

З.С.Гладун

МОНОГРАФІЯ

**Державна політика
охорони здоров'я
в Україні**

**(адміністративно-правові проблеми
формування і реалізації)**

„Економічна думка”
Тернопіль - 2005

ББК 67.9(4Укр)301я7
УДК 342.9(477)
Г-52

Г-52

Гладун З. С.

Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія – Тернопіль, „Економічна думка”, 2005 – 460 с. ISBN 966-7952-24-X

Рекомендовано до друку Вченою радою Тернопільської академії народного господарства (протокол №3 від 28 березня 2004 р.)

Рецензенти:

- Голосніченко І.П.** – заслужений юрист України, доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри конституційного і адміністративного права Української транспортної академії;
- Додін Є.В.** – доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри морського і митного права Одеської національної юридичної академії;
- Калюжний Р.А.** – доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри теорії держави і права Національної академії внутрішніх справ України;
- Солоненко І.М.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України.

Монографія присвячена проблемам формування і реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні. Основна частина монографічного дослідження присвячена дослідженню прав та інтересів людини у сфері охорони здоров'я, аналізу інституційного механізму формування і реалізації державної політики охорони здоров'я, дослідженню повноважень Президента, Верховної Ради, Кабінету Міністрів України і практики їх застосування. Автор детально дослідив компетенцію органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, які забезпечують реалізацію державної політики. В монографії знайшли відображення проблемні питання поєднання державної, регіональної і місцевої політики охорони здоров'я населення, координації діяльності органів і закладів охорони здоров'я різних форм власності і різного підпорядкування, здійснення державного контролю у цій сфері.

Для наукових працівників, докторантів та аспірантів, керівників органів виконавчої влади і місцевого самоврядування, депутатів і керівників закладів охорони здоров'я. Може бути корисною для студентів вищих юридичних і медичних навчальних закладів.

ISBN 966-7952-24-X

© З.С. Гладун, 2005

© Видавництво «Економічна думка», 2005

25.05.2005

Державна політика охорони здоров'я в Україні

(адміністративно-правові проблеми формування і
реалізації)

(М О Н О Г Р А Ф І Я)

Вступ

Розділ I. Теоретико-методологічні засади державної політики охорони здоров'я

1. Поняття і зміст здоров'я людини. Здоров'я як соціально-філософська категорія.
2. Здоров'я і права людини. Права людини у сфері охорони здоров'я.
3. Охорона здоров'я як об'єкт державної політики.
4. Сучасний стан здоров'я населення України.
5. Система охорони здоров'я України та принципи її функціонування.

Розділ II. Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я

1. Історія державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я
2. Охорона здоров'я населення як предмет комплексного правового регулювання
3. Механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я
4. Законодавство України про охорону здоров'я
5. Правова природа медичних правил і норм
6. Державне управління, регулювання і політика у сфері охорони здоров'я

Розділ III. Механізм формування державної політики охорони здоров'я

1. Методологічні засади політики охорони здоров'я.
2. Мета і завдання державної політики охорони здоров'я.
3. Суб'єкти формування державної політики охорони здоров'я.
4. Участь громадськості в процесі формування державної політики охорони здоров'я.
5. Відповідність політики охорони здоров'я України міжнародним вимогам і стандартам.

Розділ IV. Реалізація державної політики охорони здоров'я

1. Інституційний механізм реалізації державної політики охорони здоров'я.
2. Форми і методи реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я
3. Повноваження Президента України у сфері охорони здоров'я.
4. Система органів виконавчої влади загальної компетенції та їх повноваження у сфері охорони здоров'я.
5. Система органів виконавчої влади спеціальної компетенції у сфері охорони здоров'я та їх повноваження.
6. Юридична відповідальність як інститут реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

7. Юрисдикційні повноваження органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Розділ V. Взаємозв'язок державної, регіональної і місцевої політики охорони здоров'я

1. Формування регіональної і місцевої політики охорони здоров'я.
2. Взаємодія державної і комунальної систем охорони здоров'я.
3. Муніципальне управління у сфері охорони здоров'я.
4. Повноваження представницьких органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.
5. Повноваження виконавчих органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Розділ VI. Заклад охорони здоров'я – основна ланка реалізації політики охорони здоров'я

1. Поняття і види закладів охорони здоров'я.
2. Правове регулювання створення і діяльності закладів охорони здоров'я.
3. Управління закладом охорони здоров'я.
4. Ліцензування й акредитація закладів охорони здоров'я.
5. Взаємовідносини закладу охорони здоров'я з органами державної влади, місцевого самоврядування та об'єднаннями громадян.
6. Відповідальність закладів охорони здоров'я за надання медичної допомоги.

Розділ VII. Забезпечення законності у сфері охорони здоров'я як засіб реалізації політики охорони здоров'я

1. Верховенство права у сфері охорони здоров'я.
2. Контроль як функція державного управління і регулювання.
3. Контрольна функція в системі реалізації політики охорони здоров'я.
4. Державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я.
5. Громадський контроль у сфері охорони здоров'я.

Розділ VIII. Організаційно-правові проблеми вдосконалення політики охорони здоров'я в Україні

1. Реалізація прав людини – основа сучасної політики охорони здоров'я.
2. Реформування системи охорони здоров'я населення України.
3. Стратегічне планування і управління у сфері охорони здоров'я населення.
4. Удосконалення правової бази політики у сфері охорони здоров'я. Проблеми формування медичного права.
5. Реорганізація фінансово-економічних засад охорони здоров'я. Проблеми запровадження медичного страхування.
6. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я населення.
7. Поглиблення співробітництва України з Радою Європи та Європейським Союзом і міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я.

Висновки

Література

Іменний та предметний покажчик

Вступ

Віддавна люди замислювалися над природою життя, його тривалістю, захворюваннями, природою смерті, нагромаджували знання про людський організм та вплив на нього довкілля, лікувальні властивості води і рослин. Ще у прадавніх державах з'явилися перші паростки наукової медицини як ремесла і мистецтва лікувати людей, а влада почала приділяти цьому увагу. Тоді з'явилися й перші спроби розробити і прийняти правила медичної діяльності, які з часом набули правових форм і стали нормами тогочасних законів. Паралельно розвивалися й удосконалювалися медицина та законодавство, медичні й правові знання.

Спочатку спроби державної влади внести правовий порядок у сферу медичної діяльності мали епізодичний характер. Однак із розвитком держав та зміцненням державної влади медична діяльність поступово перетворилася в діяльність з охорони населення, вид професійної діяльності значної групи людей, а це, в свою чергу, потребувало не лише законодавства про охорону здоров'я, а й державного управління цією сферою відносин.

Значущість питань охорони здоров'я населення зумовила піднесення їх до рівня одного з важливіших державних завдань, внутрішньої функції сучасної держави, а це вимагає не тільки здійснення ефективного державного управління, а й формування та реалізації державної політики у цій сфері.

Саме формуванню та реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні й присвячена ця праця. У процесі її написання автор дослідив систему правовідносин і державних органів – від найвищих до найнижчих, – які виконують відповідні функції і завдання у формуванні й реалізації державної політики охорони здоров'я, проаналізував систему законодавства, що їх регулює, і практику його застосування. У монографії визначені місце та роль Верховної Ради і Президента України щодо політики охорони здоров'я, Кабінету Міністрів і системи органів виконавчої влади у справі її реалізації.

Оскільки державна політика охорони здоров'я реалізується не лише на державному рівні, а й на рівні місцевого самоврядування, тому дослідження проблем охорони здоров'я на місцевому рівні в даній праці займає особливе місце. Нарешті, кінцевий результат державної політики охорони здоров'я залежить від ефективної діяльності низової ланки системи охорони здоров'я – численних закладів охорони здоров'я, правовому статусу яких присвячений окремий розділ.

Монографія, як і більшість сучасних наукових розробок, охоплює проблеми трьох наукових дисциплін – медицини, управління і права. На вибір теми дослідження вплинула й робота автора як викладача права у Львівському національному медичному університеті 1976–1996 рр. У процесі підготовки даної праці автор опрацював значну кількість медичної літератури, зокрема із соціальної медицини та організації охорони здоров'я, і ґрунтовно дослідив їх наукову проблематику. Однак намагався висвітлювати

питання і проблеми, що виникають у цій площині, саме з позицій правової і, зокрема, адміністративно-правової науки.

Тому в даній праці головну увагу зосереджено не на категоріях і поняттях соціальної медицини та організації охорони здоров'я, а на власне правових категоріях і поняттях – правових механізмах реалізації державних медичних та оздоровчих програм, забезпеченні гарантованого Конституцією права людини на медичну допомогу, охорону здоров'я та медичне страхування, зокрема, гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги.

Одним з головних напрямків вказаного дослідження є дослідження т.зв. людського фактору в системі охорони здоров'я людини. На основі глибокого переосмислення сучасного змісту правовідносин у цій сфері, суті норм адміністративного права, які, переважно, регулюють вказані відносини, автор намагався розкриваючи будь-яке питання теми поставити на центральне місце Людину, її права та інтереси, проаналізувати саме з позицій захисту її прав та інтересів систему і структуру органів державної влади та місцевого самоврядування, їх повноваження і діяльність, процеси формування і реалізації державної, регіональної і місцевої політики охорони здоров'я. в руслі вказаних ідей наукова проблема визнання і забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я поставлена на перше місце і, по-суті, відкриває собою дане монографічне дослідження.

Вказані ідеї базуються на основоположних засадах нової доктрини адміністративного права, основні принципи і параметри якої виражені у працях провідних українських вчених-адміністративістів, професорів В.Б. Авер'янова, Н.Р. Нижник, В.М. Селіванова, В.В. Цветкова та ін.

Одним із пріоритетів цієї праці є погляд автора на систему управління (як державного, так і муніципального), систему управлінських відносин, її суб'єктний та об'єктний склад через визначення місця й ролі в ній людини, визначення її прав, обов'язків і відповідальності в системі цих відносин. Не є таємницею, що людина, звертаючись до системи охорони здоров'я, в більшості випадків відчуває себе розгубленою, безпорадною і беззахисною. Як правило, її представники розглядають людину як об'єкт медичного впливу, медико-біологічних досліджень і маніпуляцій, а часто – і як об'єкт визиску, незаконного збагачення за рахунок отриманих від пацієнта коштів. Це відбувається не тільки в Україні, але й у інших, у тому числі передових країнах світу, де медична галузь є однією зі сфер легального і переважно приватного бізнесу: половина лабораторних і комп'ютерних досліджень і третина хірургічних втручань проводиться без достатнього медичного обґрунтування, з метою отримання від пацієнта коштів.

На жаль, так було і так є нині. Але так не повинно бути. Людина – не лише об'єкт досліджень і маніпуляцій медиків. Її життя, здоров'я і честь – це найвища соціальна цінність, як це закріплено у ст. 3 Конституції України. Не речі, а людина є мірилом всіх цінностей – стверджував ще Аристотель.

Тому саме здоров'я людини, соціальне здоров'я народу, нації має стати пріоритетом державної політики. У праці висвітлено процес технології

творення сучасної державної політики охорони здоров'я, повноваження та особливості правового статусу суб'єктів її формування та реалізації.

У монографії викладені думки автора про природу політики взагалі й державної політики охорони здоров'я зокрема, сутність і механізми як державного, так і самоврядного управління, систему охорони здоров'я та її окремі елементи, систему законодавства про охорону здоров'я, проблеми формування медичного права.

Автор сподівається, що ця праця буде корисною не лише науковцям та аналітикам, які професійно досліджують систему охорони здоров'я, питання формування та реалізації державної політики та законодавство у цій сфері, а й усім, хто цікавиться сучасним станом і перспективами розвитку охорони здоров'я в Україні.

Автор вдячний за допомогу у написанні цієї праці, цінні поради та консультації В. Олуйку – народному депутатові України, голові підкомітету з адміністративної реформи, голові наглядової ради Хмельницького інституту регіонального управління і права, професору Н. Р. Нижник – першому проректору Національної академії державного управління при Президентові України, завідувачу кафедри державного управління і менеджменту, професору І. М. Солоненку – завідувачу кафедри управління охороною здоров'я національної академії державного управління при Президентові України, і окремо – її рецензентам: професору Є. В. Додіну – завідувачу кафедри морського і митного права Одеської національної юридичної академії, професору Р. А. Калюжному – начальнику кафедри Національної академії внутрішніх справ України та І. П. Голосніченку – професору кафедри конституційного та адміністративного права Київського національного університету ім. Т. Шевченка.

Розділ I. Теоретико-методологічні засади державної політики охорони здоров'я

Глава 1. Поняття і зміст здоров'я людини.

Здоров'я як соціально-філософська категорія

В усі часи здоров'я людини розглядалося як одне з найважливіших життєвих цінностей, як найбільше особисте благо. „*Valetudo bonum est*” (здоров'я – найбільше багатство) – говорили ще древні римляни. В сучасному ж світі, сповненому численних природних і антропогенних загроз і катаклізмів здоров'я людини набуває ще більшої значимості і актуальності. Незадовільний стан здоров'я населення України зумовлений низкою об'єктивних і суб'єктивних причин. Одна з головних полягає в недостатньому теоретико-методологічному рівні постановки, обґрунтування й вирішення проблеми здоров'я. Про це передусім свідчить аналіз методологічного інструментарію сучасних медичних, біологічних, соціальних, у тому числі і юридичних досліджень – понятійно-термінологічного і категоріального апарату, принципів, законів, моделей, спеціальних методів тощо.

Здоров'я людини – це і результат, і показник суспільного прогресу. На його основі визначають рівень розвитку суспільства. Оскільки здоров'я – основа життя людини, спосіб (форма) її існування та соціального буття, тому може бути характеристикою її добробуту. Особливо це стосується сьогодення.

Поняття „здоров'я людини” не є точно визначеним, що пов'язано з широкою амплітудою індивідуальних коливань найважливіших показників життєдіяльності людського організму, а також багатоманітністю чинників, що впливають на здоров'я індивіда. Слід зазначити, що сучасна наука ще не встановила складові, що визначають стан здоров'я індивідуума. У цьому і полягає причина невдалих, на нашу думку, численних спроб сформуванню найбільш загального визначення поняття „здоров'я”. Представники різних галузей науки, намагаючись врахувати різноманітні аспекти при визначенні цього поняття, беруть до уваги результати наукових пошуків у галузі біології, фізіології, психології, генетики людини загалом.

Сьогодні жодне з визначень поняття „здоров'я людини” не можна вважати універсальним. Лише умовно універсальним на нинішньому етапі розвитку науки, осягнення і осмислення феномену людського життя є визначення здоров'я людини, вказане в преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (1948 р.): „Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів”.¹ Однак це визначення, на думку багатьох

¹ Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. – Женева, 1988. – С. 5.

науковців, до певної міри суперечливе. По-перше, поняття „повне соціальне благополуччя” дуже широке і залежить не лише від індивідуальних поглядів, а й від сформованих соціальних відносин у визначеній країні. По-друге, соціальна повноцінність людини далеко не завжди визначається її біологічним станом.

Поняття „здоров’я людини” є багатогранним і багатоаспектним, тому існує велика кількість його визначень, бо фахівці різних спеціальностей використовують різні підходи для пояснення і розкриття суті цієї категорії. Оскільки це одне з ключових понять нашого дослідження, доцільно навести деякі визначення поняття „здоров’я людини”:

– це благо – здоров’я як позитивна цінність, а негативною цінністю є його відсутність;

– це суспільне багатство;

– це благополуччя (повне): фізичне, духовне, соціальне;

– це первинна невід’ємна властивість людини;

– це нормальне функціонування і розвиток людського організму;

– це вид гармонії;

– це повноцінне життя;

– це закон існування і розвитку людини;

– це засіб підтримання життя і діяльності людини;

– це здатність людини до оптимального фізіологічного, психологічного і соціального функціонування, цілісної, інтегративної поведінки, спрямованої на задоволення власних потреб;

– це мета економічного та соціального розвитку країни;

– це міра людини як біосоціального утворення;

– це суб’єктивно-психологічне відчуття здоров’я;

– це біохімічна, фізіологічна норма як необхідна умова здоров’я;

– це стан людини (людського організму): фізичний (фізіологічний), психічний (емоціональний) і розумовий (інтелектуальний); оптимального функціонування організму людини; рівноваги всіх відправлень в організмі, взаємодії із зовнішнім середовищем;

– це стан повного фізичного, психологічного і соціального благополуччя; повноти пристосованості, відсутності хвороби, фізичних дефектів; трудової і суспільної активності: виконання соціальних функцій тощо.²

Вважається, що на стан здоров’я людини впливають спосіб життя людини, освіта, система охорони здоров’я, умови праці, відпочинку та харчування, діяльність профспілок, політичних партій та громадських організацій, закладів фізичної культури, комунальної системи, служб екологічного контролю, соціального захисту, засобів масової інформації.³

² Сидоров В. М. Здоров’я: від поняття і категорії до практики. – К.: Знання, 1991. – 32 с. – С. 11.

³ Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кунгурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н. Охорона громадського здоров’я: управлінські аспекти. – Київ: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 19–20.

В сучасній науковій літературі є чимало спроб сформулювати і подати визначення поняття здоров'я людини. Спробуємо розглянути деякі з них, провівши їх критичний аналіз.

Найпростішим, на нашу думку, є визначення, подане автором відомого тлумачного словника російської мови С. І. Ожеговим: „Здоров'я – це правильна, нормальна діяльність організму”.⁴

Автори найповнішого визначення цього поняття В. О. Ліщук та О. В. Мосткова вважають, що „здоров'я – це здатність пристосовуватись до середовища і власних можливостей, протистояти зовнішнім і внутрішнім збуренням, хворобам, іншим пошкодженням, старінню та іншим формам деградації, зберігати себе, природне й штучне середовище проживання, розширювати свої можливості, умови й ареал проживання, обсяг і різноманітність екологічного, інтелектуального, морально-етичного середовища, збільшувати тривалість повноцінної життєдіяльності, поліпшувати можливості, властивості та здатності свого організму, якість життя і середовища проживання, створювати, підтримувати й зберігати собі подібних, а також культурні, моральні та матеріальні цінності, формувати адекватну самосвідомість, етико-естетичне ставлення до себе і до ближньої людини, людства, добра і зла”.⁵

На нашу думку, найбільш раціональним є визначення, яке належить відомим ученим-академікам фізіологу В. П. Казначееву та психологу Е. О. Спіріну: „Здоров'я індивіда – це динамічний процес збереження й розвитку його соціально-природних (біологічних, фізіологічних і психічних) функцій, соціально-трудої, соціокультурної і творчої активності за максимальної тривалості життєвого циклу”.

Ці самі автори вважають, що здоров'я популяції, або громадське здоров'я, є похідним від індивідуального, але має якісні особливості. А саме, здоров'я популяції – це складова процесу соціально-історичного розвитку психофізіологічної і біологічної життєздатності населення, здатності до передачі адаптивних якостей популяції наступним поколінням з удосконаленням життєздатності популяції.⁶

Це твердження близьке за суттю до прийнятого Всесвітньою організацією охорони здоров'я і свідчить про те, що в основу визначення показника ступеня людського розвитку покладено показник тривалості життя.

У наведених визначеннях заслуговує на увагу те, що уявлення про здоров'я не обмежується його фізичними показниками або фізичним профілем (В. О. Ліщук, О. В. Мосткова 1997 р.), хоча він є базисним. Здоров'я людини можливе тільки за умови нормального психічного і соціального функціонування та реалізації її творчого потенціалу.

⁴ Ожегов С. И. Словарь русского языка: Ок. 57000 слов / Под ред. докт. филол. наук, проф. Н. Ю. Шведовой. – 16-е изд., испр. – М.: Рус. яз., 1984. – С.

⁵ Цит. по: Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кунгурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. – Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 10.

⁶ Там само. – С. 10.

Зокрема, В. М. Сидоров подає таке визначення вказаного поняття: „Здоров’я – це відношення біосоціальної системи з приводу (необхідності) відновлення її сутнісних сил”.⁷ Як зазначає сам автор, таке визначення відповідає умовам ефективності й адекватності, а отже, основним вимогам, які ставлять до дефініцій філософських категорій.

Дещо по-іншому тлумачить категорію „здоров’я” професор П. Л. Капица: „Здоров’я – це складна соціально-філософська категорія, яка відображає не тільки сутність, а й різні соціальні умови і результати діяльності людини”⁸. На наш погляд, це визначення надто загальне і не відображає змісту вказаного поняття в цілісності.

Водночас укладачі такого визнаного фахового видання, як „Коротка медична енциклопедія” подають власну дефініцію: „Здоров’я – це стан організму, при якому всі його функції і системи перебувають у гармонійній взаємодії та динамічно врівноважені з навколишнім середовищем”⁹.

Відсутність інтегрального кількісного показника здоров’я потребує оцінювання його суті за окремими компонентами, набір яких ще потрібно уточнити й унаочнити. Як свідчать дослідники, нині особливо гострою є потреба в обґрунтованих, всебічно розроблених визначеннях цього поняття, що перешкоджає створенню теорії охорони, поліпшення і забезпечення здоров’я, становлення концепції здоров’я здорових людей.

Здоров’я – комплексне поняття, його не можна розглядати за межами філософської концепції людини як результату природної та соціальної еволюції, котра як її породження має бути оптимально адаптованою до природних умов життя й створеної нею культури.¹⁰ Суть здоров’я пов’язана з двома основоположними і суперечливими потребами організму, що перебувають у нерозривній єдності: з одного боку, в процесі постійного розвитку і зміни зберігати усталений (гомеостатичний) стан, а з іншого – протидіяти впливам із зовнішнього середовища¹¹.

Наведені визначення свідчать, що нині існують численні змістовно різні уявлення про здоров’я. Зміст поняття „здоров’я” доволі широкий, воно охоплює весь категоріально-понятійний апарат сучасної філософії.

Здоров’я – це міра (якість, суть) людини як біосоціального утворення, характеристика її цілісності. Вважають, що рівень здоров’я – це особистісна характеристика людини, яка забезпечує можливість її самореалізації, конкурентоспроможності в суспільстві, досягнення певної якості життя. Разом з цим, забезпечення оптимальної якості життя населення є, зрештою, метою перетворень в економічній, політичній та соціальній сферах життєдіяльності суспільства. Таким чином, здоров’я людини і населення загалом – органічна складова прогресу суспільства як цілісної системи, що забезпечується багаторівневою системою державного управління. Відповідно

⁷ Сидоров В. М. Здоров’я: від поняття і категорії до практики. – К.: Знання, 1991. – 32 с. – С. 12

⁸ Капица П. Л. Эксперимент, теория, практика. – М., 1981. – С. 115.

⁹ Краткая медицинская энциклопедия. В 3 т. Т. 1. – М.: Сов. энциклопедия, 1972. – С. 454.

¹⁰ Общественные науки и здравоохранение. – М., 1987. – 263 с. – С. 87.

¹¹ Там само. – С. 26.

до законів системного аналізу галузь охорони здоров'я можна вважати так званим внутрішнім середовищем.¹²

Одним із найбільших досягнень медичної науки XIX–XX ст. є уявлення про можливість зміцнення здоров'я людини під впливом різноманітних соціальних і природних чинників. Значною мірою його стан залежить від умов життя і праці людини, а серед них – від забруднення довкілля.

Багато науковців, використовуючи різні підходи до оцінювання здоров'я, штучно поділяють його показники (ознаки) на якісні та кількісні, хоча відомо, що в природі немає „чистих” якостей та кількостей.

На думку В. М. Сидорова, у визначенні здоров'я як потенціалу людських сутнісних сил не враховано його важливий компонент – інтелектуальні сили людини.

Здоров'я може бути ресурсом, скажімо, економічним або валеологічним. Здоровою людиною – це ресурс, оскільки саме вона є головною продуктивною силою суспільства.

Здоров'я – властивість загального характеру. Однак його вважають таким тому, що саме це поняття характеризує певний і конкретний тип реабілітаційних взаємин та виділяє з існуючої системи відносин саме здорових людей.

Здоров'я – не стан людини, її організму, хоча насправді воно характеризує її стан як біосоціальної системи. Так само здоров'я не може бути здатністю людини, оскільки «силова» модель здоров'я враховує будь-які людські здатності як невід'ємну ресурсну складову.

Навряд чи доцільно вести мову про суть здоров'я, розкриваючи її в контексті вирішення суперечливих гомеостатичних й адаптаційних тенденцій розвитку людського організму. Здоров'я є способом (формою) вияву суті людини.

Сумнівними є різноманітні шкали, рівні та градації здоров'я, що зустрічаються в науковій медичній літературі, на основі яких зараховують до цього складного комплексного поняття навіть хворих людей. Як ми зазначали, здоров'я є якістю (суттю) людини, тому воно не може бути функцією – біологічною, соціальною тощо, а головне – функцією її способу життя, оскільки ними людиною наділена як елемент суспільної системи. Отже, мають слухність науковці, які, здійснивши змістовний (предметний) аналіз визначення феномену здоров'я, дійшли висновку про:

- багатоманітність і багатозначність поняття здоров'я;
- відсутність єдиного наукового розуміння феномену здоров'я;
- інтуїтивну основу більшості визначень суті поняття здоров'я;
- необхідність використання при аналізі й узагальненні поняття здоров'я методів і засобів логіки;

¹² Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кнурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 23.

– потребу в розробці механізмів системного визначення змісту феномену здоров'я і його загальнометодологічних основ, у тому числі здоров'я людини та суспільного здоров'я;

– необхідність конкретного формулювання поняття здоров'я без урахування результатів досліджень у галузі фізіології, психології, генетики, біології загалом;

– невизначені межі між нормою і патологією тощо.

Слід визнати, що наявний понятійно-термінологічний апарат сучасної медицини й уявлень про здоров'я перебуває в постійному розвитку. Зокрема, В. П. Петленко зауважує, що науковці, аналізуючи категорію «здоров'я», визначають його як суспільний феномен, суспільне значуще явище, не враховуючи його суті, точніше, суті людини, для якої характерне здоров'я.¹³ Наявність такого етапу –закономірне явище, тому що він логічно необхідний. Саме на ньому відбувається нагромадження матеріалу, необхідного для глибокого і всебічного осмислення природи здоров'я як суспільного феномену та формування предмета і категоріального апарату наук про нього.

На сучасному етапі розвитку науки маємо змогу окреслити загальні контури системного поняття „здоров'я людини”. Численні його визначення – окремі вияви цього феномену. Наприклад, показ взаємодії біосоціальних компонентів людського організму характеризує здоров'я людини з боку одиничного.

Визначення, що тією чи іншою мірою стосуються механізмів формування здоров'я, тлумачать його з боку особливого. Нарешті, з боку всезагальності (спільності) здоров'я розглядають як міру (якість) людини.

При цьому В. М. Сидоров зазначає, що серед визначень здоров'я є і синхронічні (логічні, структурні), й діахронічні (генетичні, індуктивно-історичні) узагальнення цього поняття. Наявні також творчі та нетворчі (рутинні) дефініції. Розмежування останніх ґрунтується на порівнянні вихідних і узагальнених знань та уявлень про здоров'я. Творчі узагальнення характеризуються вищим рівнем абстракції, ідеалізації й пояснення¹⁴.

Водночас дослідник В. Бальсевич зауважує, що існують також тлумачення здоров'я, які характеризують певні етапи розвитку людини як біосоціальної системи або ж її складові. Серед окремих характеристик процесу формування здоров'я (диференційованих, інтегральних) можна виділити емпіричні й теоретичні поняття здоров'я – медичні, спортивні, педагогічні, юридичні тощо.¹⁵

Отже, поняття «здоров'я» – доволі багатоманітне. Через це малоімовірно описати його за допомогою обмеженої кількості узагальнених формальних схем. Вирішення цього завдання ускладнене ще й тим, що при створенні теоретико-методологічних основ (теорії) про здоров'я її понятійно-термінологічний апарат безперервно видозмінюватиметься, розширюватиметься й поглиблюватиметься.

¹³ Петленко В. П. Основные методологические проблемы теории медицины. – Л., 1982. – С. 25.

¹⁴ Сидоров В. М. Здоров'я: від поняття і категорії до практики. – К.: Знання, 1991. – 32 с. – С. 11.

¹⁵ Общественные науки и здравоохранение. – М., 1987. – 263 с. – С. 105.

Таким чином, стають зрозумілими труднощі визначення цього поняття. У межах конкретних наук та наукових дисциплін, особливо прикладного характеру, дати чітке визначення цього феномену дуже важко: їхні можливості у розкритті змісту й суті здоров'я обмежені. Аналізуючи поняття «здоров'я», не можна залишити поза увагою питання його охорони, що саме останнім часом набуло особливої актуальності.

Останнім часом у зарубіжній літературі поняття здоров'я все частіше замінюється новим поняттям „wellness”. На нашу думку, термін „wellness” є близьким до поняття „благополуччя”. Wellness – це реалізація потенціалу людини, як особистості і як члена сім'ї, свого суспільства і світу в цілому. Wellness об'єднує 6 сфер життя: фізичну, емоційну, духовну, соціальну, інтелектуальну і професійну. Wellness – це процес, що триває, концентрується на виборі і підтримці рівноваги між цими шістьма сферами і на прийнятті відповідальності за своє благополуччя.

Wellness включає наступні моменти (але не обмежується ними): утворення і підтримання взаємовідносин з людьми; участь у здійсненні проектів, що мають значення для людини і відображають найбільш значні внутрішні цінності; підтримка здоров'я людського організму за допомогою правильного харчування і регулярного фізичного навантаження; оцінка власної думки і розуміння точки зору інших; насолода роботою і грою, а також встановлення здорової рівноваги між обома видами діяльності.¹⁶

Одним з найважливіших досягнень науки XIX–XX ст. стало вироблення уявлення про громадське (суспільне) здоров'я, як сукупність здоров'я всіх членів суспільства. У той час як історія вчення про індивідуальне здоров'я нараховує майже дві тисячі років, беручи свій початок від медицини Древньої Греції і Древнього Риму, концепція суспільного здоров'я існує приблизно два століття. Її виникнення зв'язане з Великою французькою революцією і деякими іншими подіями кінця XVIII — початку XIX в.¹⁷

Дослідженням цього явища займається така наукова дисципліна як соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Відповідно до висновків її авторитетних представників, громадське здоров'я – це медико-соціальна комплексна категорія, що інтегрує сукупність індивідуального здоров'я людей, ступінь забезпечення його охорони, соціально-екологічні, соціально-економічні та соціально-демографічні показники суспільства.¹⁸ Таким чином, громадське здоров'я – не тільки медичне поняття, а в значній мірі соціально-політична і економічна категорія, об'єкт соціальної політики держави.¹⁹

Під громадським здоров'ям Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розуміє систему забезпечення профілактики захворювань, підвищення тривалості життя, зміцнення психічного й фізичного здоров'я

¹⁶ Н.І. Чабаненко. Якість життя та індивідуальне здоров'я // Охорона здоров'я України. – 2003. - № 1 (8). – С. 66-69.

¹⁷ Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. – М.: Мысль, 1989. –С. 14. (270 с.)

¹⁸ Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кунгурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 112.

¹⁹ Лисицын Ю.П. Слово о здоровье. – М.: Сов. Россия, 1986. – С. 11.

шляхом сукупних дій населення, громадських організацій і системи профілактичних заходів медичних державних служб. Ця система може також включати структури й процеси, що інтерпретують, забезпечують і зміцнюють здоров'я різних груп населення шляхом цілеспрямованої діяльності всього суспільства.²⁰

А оскільки забезпечення громадського здоров'я можливе тільки шляхом проведення певних заходів – організаційних, фінансових, правових і суто медичних, то це вже політика, а вона вимагає певного управління цим явищем. Тому можна стверджувати, що громадським здоров'ям можна керувати, впливаючи на його стан шляхом формування і реалізації державної, регіональної і місцевої політики охорони здоров'я, проведенням різноманітних, у тому числі медико-санітарних заходів.

Основні категорії і поняття дослідження

Проводячи наукове дослідження, якому присвячена тема даної монографії, слід дати наукове тлумачення основних категорій і термінів, що становлять його понятійний апарат.

«Словник іншомовних слів» вказує на запозичення терміну „категорія” з грецької мови і зазначає, що «категорія» (kategoria) – загальне філософське поняття, яке означає найсуттєвіші властивості і відношення предметів та явищ об'єктивного світу (матерія, простір, рух тощо); певна кількість предметів, явищ об'єднаних спільною ознакою.²¹ «Універсальний словник-енциклопедія» трактує цей термін як філософське поняття, «яке упорядковує досвід».²² За „Великим тлумачним словником сучасної української мови”, категорія – це родове поняття, що означає розряд предметів, явищ і т. ін. або їхню важливу спільну ознаку.²³

Зважаючи на те, що паралельно із терміном „категорія” ми вживатимемо й термін „поняття”, дамо і його коротке визначення.

Поняття – необхідна складова абстрактного мислення, яка є формою відображення дійсності у свідомості, відіграє важливу роль у процесі пізнання.²⁴ Поняття визначається словом-терміном.²⁵ Поняття – одна з форм мислення, результат узагальнення суттєвих ознак об'єкта дійсності; розуміння кимось чого-небудь, що склалося на основі якихось відомостей; думка про що-небудь, погляди на щось.²⁶

²⁰ Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, 1998. ???

²¹ Словник іншомовних слів: 23 000 слів та термінологічних сполучень / Уклад. Л. О. Пустовіт та ін. – К.: Довіра, 2000. – С.

²²

²³ Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і головн. ред. В. Т. Бусел. – К.: Ірпінськ: ВТФ “Перун”, 2001. – С. 420.

²⁴

²⁵

²⁶ Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і головн. ред. В. Т. Бусел. – К.: Ірпінськ: ВТФ “Перун”, 2001. – С. 863.

Таким чином, категорії – це суть, понятійна основа наук взагалі й конкретних досліджень, зокрема, юридичних.

Які ж категорії становлять понятійний апарат наукової проблеми формування і реалізації політики охорони здоров'я?

Виходячи з сутності проблеми, такими категоріями крім „здоров'я людини” є „громадське здоров'я”, „охорона здоров'я”, „медико-санітарна допомога”, „система”, „система охорони здоров'я”, „політика”, „соціальна політика”, „політика охорони здоров'я”, „законодавство про охорону здоров'я”, „державне управління”, „управління охороною здоров'я”, „галузь охорони здоров'я”, „право людини на охорону здоров'я”, „права людини у сфері охорони здоров'я”.

В сучасній науковій літературі, яка присвячена дослідженню питань громадського здоров'я та організації охорони здоров'я часто зустрічаються такі категорії, як „сфера” і „галузь” охорони здоров'я. Досліджуючи систему охорони здоров'я України, автор прийшов до висновку, що її можна трактувати як певну сферу суспільних відносин. Однак термін „галузь охорони здоров'я” також має право на існування, так як вже давно склалося в суспільній практиці і свідомості уявлення про охорону здоров'я як певну галузь соціально-культурної діяльності держави, яка являє собою систему охорони здоров'я, на чолі якої знаходиться Міністерство охорони здоров'я України як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади. Тому у багатьох урядових і міністерських документах зустрічається термін „медична галузь”, „галузь охорони здоров'я”. Таким чином, у даній праці зустрічаються обидва вказані терміни.

На початку даної глави вже було розглянуто зміст таких найважливіших категорій, як «здоров'я людини (індивіда)» і «громадське (суспільне) здоров'я». Наступною ключовою категорією даного дослідження є термін «**охорона здоров'я людини**».

Під охороною здоров'я людини прийнято вважати систему соціально-економічних та медичних заходів, спрямованих на збереження й підвищення рівня здоров'я кожної людини зокрема і населення загалом. Характер і зміст охорони здоров'я на різних етапах суспільного розвитку визначається способом виробництва, ступенем розвитку продуктивних сил, розвитком науки і техніки взагалі та медичної науки зокрема.

Всесвітня організація охорони здоров'я розуміє цей термін досить загально та обширно, як захисні заходи від потенційної загрози здоров'ю, наприклад, носіння одягу, що захищає від морозів, або вживання заходів по захисту робітників від несприятливих умов праці.²⁷

Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 3 визначають, що **охорона здоров'я** – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій,

²⁷ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8.– Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 30.

оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.²⁸

У навчальному посібнику «Державне управління в галузі охорони здоров'я» охорона здоров'я в широкому розумінні визначається як «комплекс політичних, організаційних, економічних та суто медичних заходів...». При цьому зазначено, що «систему охорони здоров'я України становить густа мережа об'єктів охорони здоров'я різного спрямування, видів і потужності». А на основі посилань на дослідження юристів В. І. Шабайлова та М. Є. Козлова зроблено висновок про те, що «...охорону здоров'я громадян можна вважати однією з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави».²⁹

Очевидно, що термін «охорона здоров'я людини», так як і попередній термін – „здоров'я людини”, сьогодні не має єдиного наукового визначення.

В міжнародно-правових актах, документах і публікаціях відмічається величезна термінологічна плутанина, яка стосується, перш за все, відсутності загальноприйнятого в міжнародному плані визначення самого поняття „охорони здоров'я”. В англійській мові вживаються слова, що в буквальному перекладі означають „служби здоров'я” („health services”), у французькій та іспанській мові – слова, що означають „суспільне здоров'я” „sauté publique” і „salud publica”) і т.д., а в багатьох країнах до цього додаються і такі невизначені епітети як „комунальна”, „базова”, „первинна”, „інтегрована” та ін.

Так, американська концепція охорони здоров'я чітко розділяє охорону здоров'я як сферу громадської діяльності, державної політики, економіки і бізнесу і сферу здоров'я людини, яка є сферою медицини, предметом відносин між індивідом і медиками. „Охорона здоров'я не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей” – писав один із засновників американської концепції громадської охорони здоров'я К.-І. Вінслоу.³⁰

Ще у 1920 році він же визначив поняття охорони здоров'я, на яке часто посилаються сучасні американські дослідники. Отже, охорона здоров'я – це наука і мистецтво попередження хвороб та інвалідності, продовження життя, поліпшення фізичного і психічного здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства по оздоровленню навколишнього середовища, контролю за інфекційними і неінфекційними хворобами, а також травматизмом, навчання людей правилам особистої гігієни, організації служб діагностики, лікування і реабілітації, розвитку соціальних механізмів, які дають можливість кожному членові суспільства жити відповідно до адекватних стандартів, що дозволяють зберігати здоров'я.³¹

²⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – С. 20.

²⁹ Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 14.

³⁰ Цит. по: Epidemiology and Leadership in Public Health in the Americas. Milton Terris // Journal of Public Health Policy. – 1998. - № 2. – V. 9. – p.p. 250-260.

³¹ Там же.

Відомий дослідник проблем соціальної медицини та організації охорони здоров'я професор Ю. П. Лісичин (м. Москва) вважає, що охорона здоров'я суспільства – це система громадських і державних соціально-економічних та медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони й поліпшення здоров'я народу.³²

Універсальний словник-енциклопедія трактує охорону здоров'я як «систему заходів, спрямованих на запобігання та лікування хвороб; до системи охорони здоров'я входять: закрита (лікарняна стаціонарна) і відкрита (амбулаторна) лікувальна справа, охорона матері й дитини, санітарно-епідеміологічна служба, проблеми екології людини».³³

Професор Н. І. Кольцова та інші автори підручника «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» дають наступне визначення: «Охорона здоров'я – система заходів (державних, громадських, медичних та індивідуальних), спрямованих на забезпечення збереження й розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя».³⁴

Автори Програми реорганізації медичної допомоги в Україні «Перспектива-2010» стверджують, що «охорона здоров'я нині є суворо регламентованою сферою в доволі ліберальному середовищі».³⁵

Медико-санітарну допомогу розуміють як комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищенню санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомога особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів. Медико-санітарну допомогу здійснюють з орієнтацією на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом в галузі охорони здоров'я. Вона має комплексний попереджувально-профілактичний характер.

Обсяг гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, що, згідно із Конституцією України, держава надає всім громадянам, встановлює Кабінет Міністрів України. Для цього асигнуються кошти Державного бюджету України, бюджету Автономної Республіки Крим, місцевих бюджетів. Надання медико-санітарної допомоги здійснюють заклади охорони здоров'я, а також медичні та фармацевтичні працівники.

З метою підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення медико-санітарна допомога передбачає встановлення на основі науково обґрунтованих медичних, фізіологічних та санітарно-гігієнічних вимог єдиних мінімальних норм заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя територій і населених пунктів. Системою даних

³² Лісичин Ю.П. Слово о здоровье. – М.: Сов. Россия, 1986. – С.9.

³³

³⁴

³⁵ Перспектива-2010. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. — Київ: Пульс України, 1999. – С. 3.

стимулів та регуляторів спрямованих на суворе дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил та норм, комплексом спеціальних санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів державного санітарного нагляду, створення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку шляхом встановлення єдиних санітарно-гігієнічних вимог до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я; в інтересах збереження генофонду народу України, запобігання демографічній кризі, забезпечення здоров'я майбутніх поколінь і профілактики спадкових захворювань, здійснення комплексу заходів, спрямованих на усунення факторів, що шкідливо впливають на генетичний апарат людини, створення системи державного генетичного моніторингу, медико-генетичної допомоги населенню; запобігання інфекційними захворюваннями, небезпечним для населення; організація профілактичних медичних оглядів неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств, установ і організацій з шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інші діяльність, яких пов'язаних з обслуговуванням населення або з підвищеною небезпекою для оточуючих; надання лікувально – профілактичної допомоги поліклініками, лікарнями, диспансерами, клініками науково-дослідних інститутів та іншими акредитованими закладами охорони здоров'я, службою швидкої медичної допомоги, а також окремими медичними працівниками, які мають відповідний дозвіл (ліцензію) як основної частини медико-санітарної допомоги та інше.³⁶

Центральною ланкою забезпечення охорони здоров'я населення в Україні є загальнодержавна (державно-комунальна) **система охорони здоров'я**, яка об'єднує численні заклади охорони здоров'я всіх форм власності (об'єкти управління) та органи виконавчої влади й місцевого самоврядування (суб'єкти управління), які здійснюють управління ними.

Сучасний словник іншомовних слів вказує, що система (грец. *systema* – утворення) – 1) значна кількість закономірно пов'язаних один з одним елементів (предметів, явищ, поглядів, принципів тощо), що становлять певне цілісне утворення, єдність; 2) порядок, зумовлений планомірним, правильним розташуванням частин у встановленому зв'язку, суворість послідовності; 3) форма, спосіб організації чого-небудь; 4) сукупність господарських одиниць, установ, споріднених своїми завданнями та організаційно об'єднаних у єдине ціле; 5) сукупність споруд, машин, механізмів, які служать єдиній меті; 6) те, що стало звичним, регулярним; 7) технічний пристрій, конструкція.³⁷

Під терміном «**система**» розуміють порядок, зумовлений правильним планомірним розташуванням і взаємним зв'язком частини чого-небудь;

³⁶ Юридична енциклопедія в 6 – ти томах. Т. 3. – С.605 – 606.

³⁷ Словник іншомовних слів: 23000 слів та термінологічних словосполучень / Уклад. Л.О. Пустовіт та ін. – К.: Довіра, 2000. – С. 840.

форма організації, будова чого-небудь; будова, структура, що становить єдність закономірно розташованих та функціональних частин; сукупність способів, методів та прийомів здійснення чого-небудь.³⁸

Філософський словник подає цей термін як сукупність елементів, які знаходяться у відносинах і зв'язках між собою, утворюючи певну цілісність, єдність.³⁹ Система – надзвичайно емке і багатогранне поняття, яке застосовується в різних сферах суспільного життя, у різних науках. Однак виходячи із гуманітарного, політико-правового змісту даного дослідження, цей термін ми будемо розуміти як певну сукупність частин єдиного цілого, особливо коли користуватимемось такими поняттями, як «система організації державної влади», «система органів виконавчої влади», «система охорони здоров'я», «система законодавства» та ін.

Поняття «система» було відоме багато століть тому. Окремі згадки про деякі питання системного підходу містилися уже в працях стародавніх філософів. Термін «система» має низку тлумачень. Так, у «Радянському енциклопедичному словнику» сказано, що «система це – множина елементів, які знаходяться у відношеннях і зв'язках один з одним, створюючи певну цілісність, єдність».⁴⁰

Дослідники теорії систем, зокрема В. Г. Афанасьєв, В. М. Глушков, Л. Г. Раскін, Є. М. Шиган, В. І. Журавель, стверджують, що нині частіше ніж раніше в теорії і на практиці використовується термін «система». Окремі автори, підкреслюючи важливість і поширеність цього терміну, вважають, що «... системи стають найважливішим сучасним поняттям в галузі управління».⁴¹

На думку В. І. Журавля, найповніше визначення поняття системи сформулював В. Г. Афанасьєв, який зазначав, що під цілісною динамічною системою слід розуміти «... сукупність компонентів, взаємодія яких породжує нові (інтегративні, системні) якості, не характерні для тих компонентів, які утворюють систему».⁴² Це визначення застосовується і до системи охорони здоров'я країни, республіки, області, району.

Сьогодні у систему охорони здоров'я України входять заклади охорони здоров'я всіх форм власності – державної, комунальної, приватної, колективної та видів – лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, діагностичні, аптечні, науково-медичні та ін., а також відповідні органи виконавчої влади і місцевого самоврядування, які здійснюють управління ними – Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління (головні управління) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі центральних районних лікарень, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад.

³⁸ Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і головн. ред. В. Т. Бусел. – К.: Ірпінь: ВТФ «Перун», 2001. – С. 1126.

³⁹ Філософський словарь / Под ред. И. Т. Фролова. Издание пятое. М.: Изд. Полит. лит-ры.. 1986. – С. 427.

⁴⁰

⁴¹ Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К., 1994. – С. 40 – 41.

⁴² Афанасьев В.Г. Общество: системность, познание и управление. – М.: Политиздат, 1981. – С. 7.

Теоретичні й організаційні принципи побудови системи охорони здоров'я обумовлені насамперед типом виробничих відносин і соціальним устроєм, які визначають ступінь відповідальності й участі суспільства у вирішенні проблем охорони здоров'я його членів. Однак у межах однієї суспільно-економічної формації можуть бути різні форми організації охорони здоров'я, зумовлені специфічними рисами історичного розвитку, характером політичного устрою, рівнем економічного розвитку та іншими чинниками. Ступінь виконання системою охорони здоров'я своїх функцій залежить від її матеріально-технічної бази, наявності висококваліфікованих кадрів, рівня розвитку медичної науки і запровадження її досягнень на практиці.

Під **системою охорони здоров'я** слід розуміти всю сукупність елементів, спрямованих на діяльність у сфері охорони здоров'я, включаючи їхні внутрішньосистемні зв'язки і відносини, діяльність допоміжних забезпечувальних елементів – підприємств хіміко-фармацевтичної, медичної і мікробіологічної промисловості, з налагоджування й ремонту медичної апаратури, аптечних складів та ін. Основним елементом системи охорони здоров'я (об'єктом управління) є різноманітні заклади охорони здоров'я – лікарні, поліклініки, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії та ін., які є її первинними і робочими ланками. Другим елементом цієї системи є відповідні органи управління, які як суб'єкти державного чи комунального управління здійснюють керівництво закладами охорони здоров'я. Поєднання перших і других елементів в одній системі якраз і дає змогу здійснювати певну діяльність й виконувати завдання системи.

Цікавою, на наш погляд, є точка зору професора **А. Д. Ярменчука**. Він на основі логічного дослідження змісту системи охорони здоров'я категорично не поділяє думку авторів, які трактують охорону здоров'я як систему заходів, галузь соціальної сфери, галузь народного господарства тощо, а пропонує зупинитися на тому, що охорона здоров'я – це, по-перше, система, по-друге, це система соціальна, оскільки до її складу входять три системоутворювальні фактори: людський, технічний та організаційний, а діяльність спрямована на людину (здорову й хвору) і чинники, що утворюються в процесі соціальних відносин, по-третє, це система державна, тому що вона утримується, фінансується і керується державою».⁴³

Державний характер системи охорони здоров'я означає провідну роль держави як власника, роботодавця і певної сфери (галузі) соціально-культурного життя суспільства. В той же час сучасна модель системи охорони здоров'я України базується на строкатому поєднанні державної і комунальної систем охорони здоров'я з «вкрапленням» мережі приватних медичних закладів.

В процесі даного дослідження виникає потреба й застосовувати термін **„система Міністерства охорони здоров'я України”**, який широко використовується як в науковій літературі, так і в актах законодавства. У цьому випадку розуміють сукупність всіх об'єктів (органів і закладів охорони

здоров'я) підпорядкованих міністерству, а також наявність чисельних структурно-субординаційних службових зв'язків між ними.

Надзвичайно складною категорією є **політика** (від грецького «politike» – мистецтво управляти державою). Це складне суспільне явище, яке залежно від сфери застосування вживається в різних значеннях. Вона є загальною формою суспільних зв'язків.

Великий тлумачний словник сучасної української мови під терміном „політика” розуміє загальний напрямок, характер діяльності держави, певного класу або політичної партії.⁴⁴

Термін «**політика державна**» охоплює суспільну діяльність, пов'язану передусім з участю в отриманні, утримуванні та реалізації влади в державі. Як сфера суспільного життя політика включає також політичні ідеї та відповідні їм установи.⁴⁵ З позицій методів і технології політику можна визначити як мистецтво можливостей та маніпулювання. В сучасній політиці наука стає важливим методом, технологічним засобом, що визначає як сутність, зміст та форми її здійснення, так і сутність діяльності самої людини, об'єктивні підстави реалізації свободи.

У широкому розумінні **соціальна політика** – це система цілеспрямованої діяльності суб'єктів, що сформувалася в суспільстві на певному етапі його розвитку і здійснюється на основі певних принципів та засад з метою забезпечення оптимального функціонування й розвитку соціальних відносин. У такому аспекті соціальна політика є системою управлінських, регулятивних, саморегулятивних способів і форм діяльності суб'єктів, сукупністю принципів, рішень і дій, що втілюються в соціальних програмах і соціальній практиці з метою задоволення соціальних потреб, збалансування соціальних інтересів людини та груп суспільства, досягнення соціальних цілей, розв'язання соціальних завдань та формування соціальних цінностей. Іншими словами, соціальна політика у широкому розумінні – це система інституційних і надінституційних, державних і громадських, суспільних та особистих, індивідуальних способів і форм діяльності, спрямованих на створення умов для всебічної самореалізації соціального потенціалу людини, її сутнісних сил.⁴⁶

У вузькому розумінні **соціальна політика** – це цілеспрямована діяльність суб'єктів з метою забезпечення соціального захисту і створення умов для формування безпечного соціального середовища людини. У такому аспекті соціальна політика передбачає комплекс заходів, спрямованих на створення системи соціальних амортизаторів суспільних, зокрема ринкових, ризиків і формування соціальних стандартів. Іншими словами, соціальна політика у вузькому розумінні – це діяльність суб'єктів соціально-

⁴⁴ Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. – К.; Ірпінь: Перун, 2003. – С. 849.

⁴⁵ Философский словарь. Под ред. И. Т. Фролова / Издание пятое. М.: Политиздат, 1986. – С. 370.

⁴⁶ Політологія / Підручник. За ред. проф. Ф. М. Кирилюка. – К.: ????????????????

політичного життя, спрямована на формування соціальної безпеки людини та суспільства.⁴⁷

Державна політика з охорони здоров'я полягає у формуванні вищими органами державної влади пріоритетів, доктрин, концепцій і програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, забезпечення діяльності і розвиток системи охорони здоров'я. Відповідно до ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я це один із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні й забезпечує її реалізацію.

Місцева (регіональна) політика охорони здоров'я – це складова державної політики. Вона полягає в розробці й затвердженні місцевими органами державної влади та органами місцевого самоврядування пріоритетів і програм охорони здоров'я населення села, селища, міста та області, зміцнення й розвитку мережі медичних закладів і здійснення заходів охорони здоров'я населення.

Законодавство про охорону здоров'я – це частина законодавства України, яка складається з системи правових актів і норм, що за допомогою специфічних правових методів регулюють суспільні відносини (організаційно-управлінські, майнові, трудові та ін.) у сфері охорони здоров'я. Його конституційною базою є норма ст. 49 Конституції України, яка закріплює права людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Базовим системоутворюючим актом цієї галузі законодавства є Основи законодавства України про охорону здоров'я. В розвиток їх норм Верховна Рада України прийняла декілька десятків законодавчих актів, норми яких розширюють і поглиблюють правове регулювання у цій сфері.

Важливою частиною законодавства про охорону здоров'я є численні акти Президента і Кабінету Міністрів України. До складу законодавства про охорону здоров'я також входить значна кількість підзаконних нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України – наказів, якими затверджені відповідні положення, списки, інструкції, переліки та ін.

Управління (державне) є необхідною функцією суспільного життя. Його мета – організація спільної діяльності людей, їх окремих груп та організацій, забезпечення координацій і взаємодії між ними, а його суть – здійснення керівного впливу на певні об'єкти. Необхідність здійснювати управління виникає там, де потрібно об'єднати та скоординувати зусилля двох і більше людей. Саме тоді, коли в первісному суспільстві з'явилися перші елементи суспільної організації і суспільної праці (наприклад, необхідність спільного полювання чи спільного захисту від ворога), виникла й особлива функція управління, започаткована в результаті певних суспільних потреб і самої природи суспільної праці. Тому держава, об'єднуючи на засадах громадянства велику кількість людей, об'єктивно потребує здійснювати роботу з управління різноманітними питаннями, що виникають у процесі життя: регулюванням розвитку економіки,

⁴⁷ Скуратівський В. А., Палій О. М. Основи соціальної політики: навч. посіб. – К.: МАУП, 2002. – С. 5–6.

забезпеченням збору податків та обороною країни, розвитком науки, культури, освіти, охорони здоров'я та інших галузей.

Найважливіше призначення кожної держави в тому, щоб керувати суспільними справами. Держава, як організація політичної влади в суспільстві, соціальний і політичний інститут – доволі абстрактне явище, що проявляє себе у зовнішніх стосунках саме через практичне здійснення цієї влади. Яка влада – така й держава. Державна влада втілюється в діяльності державних органів, які у сукупності утворюють механізм держави. Недосконала організація влади в Україні була (і значною мірою є нині) одним із джерел, що підживлюють соціально-економічну кризу.

Державне управління – один із видів діяльності щодо здійснення державної влади (поряд із законотворенням і правосуддям), яке полягає у практичному виконанні організаційних функцій із втілення в життя вимог законодавства, і на цій основі – управлінського впливу на певні суб'єкти.

Державне управління здійснюють органи, які раніше називали органами державного управління, а з кінця 80-х рр. ХХ ст., дістали назву органів виконавчої влади. Це і є суб'єкти управління. Управлінський вплив суб'єктів здійснюється щодо об'єктів управління, якими є як громадяни, так і юридичні особи (підприємства та їхні об'єднання, установи, організації). Між першими (суб'єктами) й другими (об'єктами) виникають управлінські відносини лише завдяки тому, що суб'єкти (органи виконавчої влади) наділені щодо об'єктів владними повноваженнями, які дозволяють їм здійснювати управлінський вплив. Ці відносини типу «влада – підпорядкування» можуть мати різний характер залежно від повноважень органу виконавчої влади, ступеня самостійності об'єкта управління та багатьох інших чинників. А оскільки вони виникають на правовій основі, повноваження суб'єктів визначають відповідні правові акти, переважно зі сфери адміністративного права, то ці відносини набувають рис адміністративних правовідносин, тобто управлінських, які регулюють норми адміністративного права.⁴⁸

Головною рисою адміністративно-правових відносин, що виникають у сфері державного управління, є їх владний характер (на відміну від інших правовідносин, зокрема цивільно-правових), який дає змогу органам виконавчої влади держави здійснювати управління відповідними об'єктами у визначених сферах і галузях діяльності.

Державне управління – це своєрідна форма і засіб практичного втілення в життя державної політики. Політика й управління тісно взаємопов'язані, внаслідок чого політика стає управлінням, а управління становить найбільшу політику. В. Вільсон зазначав, що управлінські питання не є політичними, але при цьому політика нічого не варта без підтримки управління, тому що управління не є політикою.⁴⁹

⁴⁸ Гладун З. Поняття і зміст державного управління: адміністративно – правовий аналіз. Львів: Л.Ф. Академії державного управління при Президентові України. – 1996. – С.14.

⁴⁹ Цит. по: Валерій Тертичка. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. – К.: Видавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С. 486 – 487.

У науці адміністративного права, з часів одного із засновників науки радянського адміністративного права професора С. С. Студенікіна, прийнято виділяти три сфери суспільних відносин, стосовно яких здійснюється державне управління, зокрема: економічну, соціально-культурну та адміністративно-політичну. До соціально-культурної (інколи її називають гуманітарною) належать такі галузі: освіта, наука, охорона здоров'я, соціальний захист і забезпечення, культура і мистецтво, фізична культура і спорт, туризм. Таким чином, охорона здоров'я входить до соціально-культурної (гуманітарної) сфери і займає в ній одне з провідних місць, є основою соціальної політики держави.⁵⁰ Враховуючи велике значення охорони здоров'я, деякі автори навіть стверджують, що охорона здоров'я є внутрішньою функцією держави. Від того, як вона буде організована, на якому якісному рівні, скільки коштів (% від ВВП або сума коштів, виділених у Державному бюджеті), передбачених на її функціонування і розвиток, значною мірою залежать і рівень соціально-економічного розвитку самої держави, її місце та імідж серед інших держав світу. Серед глобальних закономірностей життя в сучасному світі є й така: чим багатше суспільство і держава, тим більше коштів вони виділяють на охорону здоров'я своїх громадян.

Система державного управління, що діє сфері охорони здоров'я, має риси як загальної (універсальної) системи державного управління, так і специфічні риси системи управління об'єктами соціально-культурної (гуманітарної) сфери, яка має свої особливості. Об'єктами державного управління у цій сфері є різноманітні види і типи закладів охорони здоров'я: лікарні, поліклініки, диспансери, аптеки, санаторії та ін. Суб'єктами державного управління є Президент України, центральні і місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій, головні лікарі центральних районних лікарень, управління охорони здоров'я міських рад, адміністрація закладів охорони здоров'я. Залежно від форми власності закладів охорони здоров'я суб'єкти державного управління використовують різноманітні методи: від оперативного управління до ліцензування медичної діяльності, акредитації медичних закладів і контролю за дотриманням ліцензійних умов та чинного законодавства про охорону здоров'я.

Галуззю охорони здоров'я в широкому розумінні є вся сукупність органів і закладів охорони здоров'я країни, які об'єднані в системі Міністерства охорони здоров'я України та в інших галузевих (відомчих) системах (Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства транспорту, Служби безпеки України та ін.) До галузі охорони

⁵⁰ Гладун Зиновій. Поняття і зміст державного управління (адміністративно-правовий аналіз). – Львів: Львівська філія УАДУ при Президентові України, 1996. – С. 9–10.

здоров'я крім медичних закладів державної форми власності, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, входять також медичні заклади комунальної власності, підпорядковані органам місцевого самоврядування, а також медичні заклади приватної і колективної форм власності. Таким чином, говорячи про „галузь охорони здоров'я”, ми розуміємо всю сукупність закладів охорони здоров'я даної країни. Цей термін може вживатись у вузькому розумінні, коли до галузі охорони здоров'я (медичної галузі) відносять лише медичні заклади системи Міністерства охорони здоров'я України.

Одним з центральних питань сучасної політики є визнання і забезпечення **прав людини у сфері охорони здоров'я**, під яким розуміється комплекс прав людини, якими вона наділена у сфері збереження, розвитку та відновлення здоров'я й відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.⁵¹ Зокрема, на отримання медичної допомоги, вибір лікаря і медичного закладу, на таємницю інформації про стан свого здоров'я, право на соціальний захист і обслуговування та ін. передбачені міжнародними актами, Конституцією та Законами України, іншими підзаконними нормативно-правовими актами і разом з юридичною відповідальністю становлять адміністративно-правовий статус людини (особи) у сфері охорони здоров'я.

Право на охорону здоров'я – це закріплена міжнародними актами й гарантована Конституцією і законами України можливість людини використовувати всі засоби і заходи, спрямовані на збереження або відновлення стану повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, отримання медичної допомоги та відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.⁵²

Зміст цього права визначено у ст. 6 Основ законодавства про охорону здоров'я. Воно, зокрема, передбачає необхідний (належний) життєвий рівень, включаючи їжу, житло, одяг, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання здоров'я людини; безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я та інші права громадян у галузі охорони здоров'я. Як бачимо, право на охорону здоров'я включає широкий перелік інших прав, які фактично формують його структуру.

Суб'єктами цього права є громадяни України, іноземні громадяни та особи без громадянства, які перебувають на території держави. Стаття 49 Конституції України передбачає, що вказані особи мають право на охорону здоров'я, яке полягає у гарантованій державою можливості забезпечити розвиток і збереження фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності кожної людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

⁵¹ Сенюта І. Система прав громадян України у сфері охорони здоров'я // Вісник Львівського університету. Серія юридична. Вип. 38. – 2003. – С. 8–13.

⁵² Гладун З. С. Права людини у сфері охорони здоров'я // Вісник Львівського університету. Серія юридична. Вип. № 40. – 2004. – С. 2

Серед вказаних понятійних конструкцій не всі однаково рівноцінні й не відповідають принципу науковості. На нашу думку, це зумовлено не стільки специфікою наукової мови і труднощами термінологічного характеру в поясненні вказаної категорії, скільки недостатньою з'ясовністю теоретико-методологічних основ спеціально-наукового осмислення проблем здоров'я людини та його охорони.

Глава 2. Права людини у сфері охорони здоров'я

Сучасна доктрина прав людини відносить право людини на охорону здоров'я до категорії її основних і невідчужуваних прав. Охорона здоров'я – це сфера публічної і приватної діяльності держави, громадськості і окремих громадян, в якій відбувається забезпечення прав людини на життя і здоров'я, як прав, що задовольняють фізичне існування людини⁵³. Саме на засадах цієї позиції ґрунтуються норми чинного міжнародного та українського законодавства, зокрема Конституції України, низки окремих законодавчих актів, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я, державних і галузевих програм охорони здоров'я, положень програм більшості українських політичних партій і громадських організацій. Очевидно, що так було не завжди і що ідеї охорони здоров'я людини проникли в людську свідомість, а відтак і в перші норми національного, а потім і міжнародного права лише у першій чверті ХХ ст. після Першої світової війни.

Очевидно, що держави попередніх суспільно-економічних формацій такого завдання перед собою не ставили і ставити не могли. Лише в процесі демократизації суспільства в ХХ ст., остаточного територіального поділу світу, появи нових країн, дослідження процесів відтворення населення з'являється суспільний і державний інтерес до демографічних питань, народжуваності та смертності, активності й тривалості життя, здоров'я населення та комплексних заходів щодо його охорони та зміцнення. Цивілізовані держави почали розглядати здоров'я населення не лише як індивідуальне благо кожної людини, а й як велику соціальну цінність, одне із завдань державної політики, внутрішню функцію держави. Передова громадська і політична думка закріпила в суспільній свідомості ідею невід'ємних і природних прав людини, серед яких – право на здоров'я та його охорону з боку суспільства та держави, здоров'я та безпечні умови життя та праці.

Цей процес особливо активізувався у зв'язку зі створенням наддержавних органів і формуванням глобальної політики – спочатку в 1919 р. Ліги Націй,⁵⁴ а 1945 р. – Організації Об'єднаних Націй (ООН). Прийняті ООН та її спеціалізованими органами, серед яких на першому місці ВООЗ, міжнародні документи закріплюють як одне з основних прав людини право на здорове життя, здоров'я і його відновлення, юридичний обов'язок держави піклуватися про здоров'я своїх громадян, а також забезпечити його охорону і матеріально-фінансове забезпечення хоча б на мінімальному рівні.

Здоров'я безпосередньо пов'язане з якістю життя, тому є першочерговим чинником, що визначає людський розвиток; у той же час воно є одним із його результатів розвитку, як зазначав А. А. Лоедін. Таким

⁵³ Наровська К. Б. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні // Законодавство України, науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу). - № 2. - 2003. - С. 46 – 57.

⁵⁴ История дипломатии. Том третий. (1919–1939 гг.) / Под. ред. А. К. Потемкина. – Москва–Ленинград.: Государственное издательство политической литературы, 1945. – С. 31–32.

чином, визначення здоров'я не можна зводити лише до відсутності захворювання: здоров'я, як сказано у преамбулі Статуту ВООЗ, являє собою «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, яке дозволяє людям вести соціальне і економічно продуктивне життя».⁵⁵ З цього випливає, що розвиток охорони здоров'я – невід'ємна складова національного розвитку, тому їхні цілі повинні збігатися.

Право на здоров'я – це природне і невід'ємне право людини. Його визнають ООН та передова світова громадськість. Це право закріплене в ряді міжнародно-правових актів, зокрема Загальній Декларації прав людини (1948 р.), Конвенції про права дитини (1989 р.), Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права (1966 р.) та ін.

Загальна Декларація прав людини у ст. 25. 1 наголошує, що «кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я...».⁵⁶ Дещо конкретизує це положення ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права: «Держави, які беруть участь у цьому пакті, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я і для гарантування цього права повинні здійснювати наступні заходи:

- а) забезпечення здорового розвитку дитини, зменшення мертвонароджуваності й дитячої смертності;
- б) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища та гігієни праці в промисловості;
- в) запобігання та лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших захворювань і боротьба з ними;
- г) створення умов, які б забезпечували всім **медичну допомогу і медичний догляд** у разі хвороби».⁵⁷

Ці положення розвиває Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 1386 «Про права дитини», де проголошено, що «...кожна дитина має право на ім'я, національність, одномовний статус при народженні, материнський догляд і сімейну турботу, охорону здоров'я і захист проти захворювань, достатнє харчування...».⁵⁸

Володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним з основних прав будь-якої людини незалежно раси, релігії, політичних переконань, економічного або соціального становища. Здоров'я всіх народів є основним чинником у досягненні миру і безпеки і залежить від співробітництва окремих осіб і держав – закріплює Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я.⁵⁹

⁵⁵

⁵⁶

⁵⁷

⁵⁸

⁵⁹ Устав (Конституція) Всемирной организации здравоохранения. Принят Международной конференцией здравоохранения в Нью-Йорке 22 июля 1946 г. Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. – Женева, 1988. – С. 5.

Саме відтоді здоров'я як право людини закріплюється в суспільному русі за здоров'я, а з кінця минулого сторіччя цей рух ще більш посилюється у зв'язку із визнанням економічних, соціальних і культурних прав, у контексті яких, як правило, розглядаються права на здоров'я, права на охорону здоров'я. Перелік (каталог) прав людини, що зафіксований у міжнародно-правових документах, став результатом еволюційного формування певних стандартів та еталонів, більшість з яких уже стали своєрідною нормою для національного законодавства багатьох країн і в цілому для сучасного демократичного суспільства.⁶⁰

Право на охорону здоров'я – прояв позитивного права, коли в актах законодавства закріплюється суб'єктивне право людини на певне благо, зокрема на медичну допомогу і охорону здоров'я. Можна стверджувати, що право на здоров'я, як і право на життя – це природні права людини. Ще Томас Пейн писав, що природні права – це ті права, які належать людині у її праві на існування. Сюди належать усі інтелектуальні права чи право на власну думку, а також всі права на особисту діяльність задля власного щастя та комфорту, якщо вони не завдають шкоди природним правам інших.⁶¹ Однак, право саме на охорону здоров'я людини – відноситься вже до соціальних прав, оскільки гарантом цієї охорони виступає суспільство і держава, відповідна діяльність медичних закладів і медичних та фармацевтичних працівників. Ця діяльність здійснюється відповідно до певної політики у сфері охорони здоров'я, яка реалізується через органи державної влади та місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, політичні партії і громадські організації та врешті-решт через самих громадян, і тому має суспільно-значимий характер. Водночас в актах законодавства закріплюється обов'язок держави та її відповідних органів влади здійснювати захист і реалізацію цих прав людини.

Згідно зі ст. 9 Конституції України норми міжнародного права, зокрема чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України. Законодавство України про охорону здоров'я, на думку міжнародних експертів, загалом відповідає вимогам міжнародних стандартів і включає акти міжнародного права. Процес імплементації (впровадження) норм міжнародного права чинне національне законодавство є вкрай непростий і займає тривалий період. У даний час в Україні триває активна робота щодо прийняття нових законів, постанов, нормативних наказів у сфері охорони здоров'я і протягом найближчого часу вони повинні бути прийняті. Ці законодавчі акти мають відповідати міжнародним стандартам, які містяться в джерелах міжнародного медичного права. Термін „медичне право” незвичний для українського законодавства й наукової

⁶⁰ Москаленко В.Ф. Право на здоров'я (охорону здоров'я) в основних міжнародних нормативно-правових актах // Охорона здоров'я України. – 2003. – №2. – С. 5.

⁶¹ Пейн Т. Права людини / Пер. з англ. Ігор Савчак. – Львів: Літопис, 2000. – С. 48.

юридичної літератури, проте активно використовується в науці й практиці зарубіжних країн та актах міжнародного права.

Україна ратифікувала значну частину конвенцій та рекомендацій Міжнародної організації праці (МОП) у питаннях медичних оглядів, охорони материнства і дитинства. Проте акти МОП – не єдине джерело міжнародного права, нормами якого врегульовані питання охорони здоров'я людини.

На даний час є велика кількість міжнародних актів, норми яких спрямовані на захист та охорону здоров'я людини. У цьому зв'язку особливе значення має нормативно-правова база Організації Об'єднаних Націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародної організації праці, Європейського Союзу та інших організацій, присвячених правам людини, що так чи інакше стосуються різних аспектів здоров'я, а також і тих, що спеціально розроблені, прийняті і відбивають проблеми здоров'я саме в контексті прав людини.

Насамперед це стосується Статуту ВООЗ, Загальної декларації прав людини (1948 р.), Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права (1966 р.), Конвенція про захист прав і основних свобод людини (1950 р.), Конвенції з ліквідації усіх форм дискримінації відносно жінок, Конвенції з прав дитини (1989 р.), Декларації соціального прогресу і розвитку, Конвенції про усунення усіх форм расової дискримінації, Конвенції про захист прав іноземних робітників і членів їхніх родин, Конвенції про туземні і племенні народи незалежних країн, Європейської соціальної хартії (1996 р.), Хартії Європейського Союзу з основних прав, численні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я і Всесвітньої медичної асоціації, основним завданням якої є вироблення загальної політики у міжнародному медичному праві, захист прав медичних працівників і пацієнтів, у яких закріплено обов'язок держави піклуватися про здоров'я людини і забезпечувати його охорону.

Важливим етапом на шляху визнання здоров'я як одного із соціально-економічних і культурних прав людини можна вважати Конференцію з міжнародного устрою, що проходила під егідою ООН у Сан-Франциско (США, 1945 р.). Бразильська ініціатива у вигляді спеціального меморандуму, в якому медицина визначалася як одна з основ сучасного світу, стала визначальною в тому числі і для статті 55 Статуту ООН, де говориться, що "...ООН повинна сприяти вирішенню міжнародних економічних і соціальних проблем, а також проблем, пов'язаних із здоров'ям людей...". Крім цього, зазначений меморандум став основним для прийняття Декларації про заснування ВООЗ (ініціатива Бразилії і Китаю) як спеціального органу ООН, що відповідає за охорону здоров'я (стаття 57 Статуту ООН).⁶²

4 листопада 1950 р. у Римі була підписана Європейська конвенція про захист прав людини і основних свобод, укладену урядами держав – членів Ради Європи, яка вступила в силу 3 вересня 1953 р. Стаття 2.1. Конвенції встановлює, що „право кожної людини на життя охороняється законом. Ніхто

⁶² Москаленко В.Ф. Право на здоров'я (охорону здоров'я) в основних міжнародних нормативно-правових актах // Охорона здоров'я України. – 2003. – №2. – С. 5 – 6.

не може бути навмисно позбавлений життя...”.⁶³ Саме ця юридична формула, що закріплює право людини на життя і яку визнало більшість держав світу, набула поширення й в інших міжнародно-правових документах. Так, її практично відтворює ст. 6.1 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права 1966 р., і який підписала Україна, яка встановлює, що «право на життя є невід’ємним правом кожної людини. Це право охороняється законом. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя».⁶⁴

У 1975 р. ВООЗ прийняла рекомендації, відповідно до яких людський плід вагою 500 г і більше визнається дитиною, підлягає всебічній охороні й допомозі у розвитку, тобто має право і можливість вижити.

У той час колишній СРСР не підписав цих рекомендацій, оскільки таке трактування права дитини на життя збільшило б і без того високі показники дитячої смертності. Тому й на даний час в Україні формально існують норми колишнього СРСР, закріплені рядом інструкцій Міністерства охорони здоров’я, за якими життєздатною дитиною вважається людський зародок 7-місячного внутрішньоутробного розвитку, вага якого не менше 1000 г, а довжина – 35 см. Тому, окрім необхідності наближення до міжнародних стандартів і норм, необхідно їх закріпити не в медичних інструкціях, відомих вузькому колу фахівців і невідомих широкому загалу, тобто власне тим, заради кого вони прийняті, а в законодавчих актах, як нормах найвищого рівня правового регулювання відносин.

Трапляються випадки, коли діти народжуються після смерті матері внаслідок якихось трагічних обставин (наприклад, автоаварії). Щодо цього випадку, то в законі повинен бути закріплений обов’язок медичних та інших працівників підтримувати життєдіяльність людського плоду в утробі матері, з урахуванням часу внутрішньоутробного розвитку плоду та інших медичних показників.

Людське життя має не тільки початок, а й кінець. Між життям і смертю існує органічний зв’язок – після народження дитини, розвитку її особистості, довгого і повнокровного життя й старіння, настає смерть як логічне його завершення. Нині змінилося й саме уявлення про смерть, яку медики розглядають не як одиничний акт, а як певний процес, що проходить у два етапи – клінічна (перший) і біологічна (другий) смерть. Оскільки при клінічній смерті є реальна можливість оживлення людини, то можна стверджувати, що у цьому стані людина є суб’єктом права, зокрема, права на життя, і медичні працівники зобов’язані надавати їй всебічну медичну допомогу, боротись за її повернення до життя. Це впливає з норми ст. 52 Основ. Однак щоб дія цієї статті була ефективною, у ній слід було б законодавчо закріпити саме визначення біологічної смерті, людини, що є підставою для припинення активних заходів щодо підтримання життя. Навряд чи можна погодитися з ч. 2 цієї статті, яка встановлює, що поняття та критерії смерті визначає Міністерство охорони здоров’я. Визначення цього

⁶³ Голос України. – 2001. – 10 січня. – С. 3.

⁶⁴ Закони України. Міжнародні договори України. Т. 14. – К. - 1998. – С. 713- 729.

надважливого юридичного факту, настання якого тягне за собою безліч юридично значущих наслідків, має міститися в законі, а не у відомчих нормативно-правових актах.

Новий підхід до визначення політики охорони здоров'я у даний час втілений у міжнародній стратегії “Здоров'я для всіх”, прийнятій більш як у 150 країнах світу, в тому числі 1984 р. представниками 32 держав – членів Європейського регіону ВООЗ.⁶⁵ Метою політики та діяльності системи охорони здоров'я цих держав є досягнення “позитивного стану здоров'я”, а не лише зниження захворюваності, інвалідності та смертності. У стратегії передбачено підвищення пріоритетності питань зміцнення здоров'я і профілактики захворювань, активне залучення до цієї діяльності частин суспільства, діяльність яких безпосередньо чи опосередковано впливає на здоров'я населення, та приділяти більше уваги підвищенню у ній діяльності ролі окремих осіб і груп населення. Україна приєдналася до програми “Здоров'я для всіх”, взявши на себе зобов'язання з розроблення та реалізації національної стратегії, оскільки для нашої країни актуальними є всі завдання з досягнення здоров'я для всіх, сформульованих ВООЗ як універсальні орієнтири.

Всесвітня організація охорони здоров'я в Генеральній концепції для національних служб охорони здоров'я “Здоров'я для всіх у двадцять першому столітті” визначила, що воно базується на трьох фундаментальних цінностях:

- здоров'я як визначальне право людини;
- справедливість стосовно здоров'я та солідарності в діях як між країнами, так і всього суспільства в кожній країні;
- відповідальність окремих осіб, груп населення та організацій за подальший розвиток охорони здоров'я, а також їхня участь у цьому процесі⁶⁶.

Аналіз міжнародних документів про права людини свідчить, що зміст права на здоров'я недостатньо чітко нормативно визначено. Наприклад, у Загальній Декларації прав людини, право на здоров'я розуміється як похідне від права на життя (ст. 3 Загальної Декларації прав людини)⁶⁷. Опосередковано визначено право на здоров'я і в ст. 5 Декларації, де мова йде про заборону тортур та нелюдського поводження чи покарання і ст. 25 зазначеної Декларації, у якій передбачено за яких умов забезпечується підтримання належного стану здоров'я людини. Конвенція про захист прав і основних свобод людини⁶⁸ та Міжнародний пакт про громадянські й політичні права⁶⁹ теж визначає право на здоров'я через право на життя, заборону катувань, скасування смертної кари.

⁶⁵ Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. ВОЗ ЕРБ, Копенгаген, 1999. – 310 с.

⁶⁶ Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я // Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 462.

⁶⁷ Права людини. Міжнародні договори України, декларації, документи / Упоряд. Ю. Качуренко. 2-е вид. – Київ, Юрінформ, 1992. – С. 36.

⁶⁸ Голос України. – 2001. – 10 січня. – С. 3.

⁶⁹ Закони України. Міжнародні договори України. Т.14. – К. – 1998. – С. 713-729.

У повному обсязі зміст права на здоров'я викладено у ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права 1966 р.,⁷⁰ де проголошено право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, а також заходи, яких повинна вжити держава для його забезпечення. Зміст же права на охорону здоров'я, на думку колишнього міністра охорони здоров'я України проф. В.Ф. Москаленка, полягає у можливості людини на щонайвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я і право (умова) на медичну допомогу і медичний догляд у випадку хвороби.⁷¹

1.1. Конституційні права людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування

Право на медичну допомогу та охорону здоров'я є базовим у системі соціальних прав людини. Здоров'я населення загалом і кожної людини зокрема як члена суспільства має визначальне значення для існування і розвитку держави. Саме таке значення індивідуального і громадського здоров'я визнане Резолюцією Генеральної Асамблеї Організацією Об'єднаних Націй (UNO 34/58, 1979) і Програмою Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Згідно із Загальною Декларацією прав людини, Міжнародним пактом про економічні, соціальні та культурні права ратифікованим Україною, а також Європейською соціальною хартією (переглянутою) (Рада Європи, 1996 р.), підписаною Україною 7 травня 1999 р., та численними Конвенціями і Рекомендаціями Міжнародної організації праці (значна частина ратифікована Україною) обов'язком держави є піклування про здоров'я людини і забезпечення його охорони.⁷²

В Україні вперше право на охорону здоров'я було закріплене в ст. 40 Конституції Української РСР, прийнятої 1978 р.⁷³ Як не дивно, але в радянський час це право ніби випало з поля зору науковців-юристів і тому його глибокий політико-правовий аналіз практично не проводився. В юридичній науковій літературі того часу можна знайти лише поодинокі фрагменти наукових праць, зокрема підручників з конституційного права, індивідуальних і колективних монографій, присвячених демократизму радянської конституції і прав громадян. Серед дослідників того часу – С. М. Малєїн, М. С. Малєїна, М. К. Козлов та В. І. Шабайлов. За часів незалежності України звертає на себе увагу ґрунтовне дослідження прав людини на

⁷⁰ Закони України. Міжнародні договори України. Т.14. – К. – 1998. – С. 235-249.

⁷¹ Москаленко В.Ф. Право на здоров'я (охорону здоров'я) в основних міжнародних нормативно-правових актах // Охорона здоров'я України. – 2003. – №2. – С. 7.

⁷² Медичне право України: Збірник нормативно – правових актів / Упоряд. і наук. ред. Н. Б. Болотіна. – К.: Видавничий Дім „Ін Юре”. – 2001. – С. 3–6.

⁷³ Відомості Верховної Ради Української РСР. – 1978. – №18. – Ст. 268.

охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та конституційне правосуддя тодішнього голови Конституційного суду України В. Скоморохи.

Зауважимо, що вказане право людини на охорону здоров'я декларували й минулі Конституції України. Зокрема, Конституція УРСР 1927 р., основні ідеї якої базувалися на Конституції СРСР 1924 р., визначаючи основні права та обов'язки громадян, практично містила положення про безплатну медичну допомогу трудящим у ст. 100, яка проголошувала право громадян на матеріальне забезпечення в старості, а також в разі хвороби і втрати працездатності.

Першою законодавчою спробою в Україні визначити права громадянина у сфері охорони його здоров'я стала підготовка проекту Кодексу законів про охорону здоров'я в УСРР 1935 р., який так і не був прийнятий.⁷⁴

Конституція Української РСР – т. з. конституція розвинутого соціалізму, від 20 квітня 1978 р. була подібна як дві краплі води на Конституцію СРСР, прийняту 5 жовтня 1977 р.,⁷⁵ і конституції решти тодішніх союзних республік, вперше закріпила в ст. 40 право громадян на охорону здоров'я, яке забезпечувалося „безплатною кваліфікованою медичною допомогою, що подається державними закладами охорони здоров'я; розширенням мережі закладів для лікування і зміцнення здоров'я громадян; розвитком та вдосконаленням техніки безпеки і виробничої санітарії; здійсненням широких профілактичних заходів; заходами щодо оздоровлення навколишнього середовища; особливим піклуванням про здоров'я підростаючого покоління, включаючи заборону дитячої праці, не пов'язаної з навчанням і трудовим вихованням; розгортанням наукових досліджень, спрямованих на запобігання та зниження захворюваності й забезпечення довголітнього активного життя громадян”.⁷⁶

Перший український законодавчий акт, який регулював (хоча й дещо поверхово) права і обов'язки людини у цій сфері відносин, був прийнятий аж 1971 р. Ним став Закон тодішньої Української РСР „Про охорону здоров'я”. Його „декоративний” (як і багатьох інших актів того часу) характер побічно підтверджувався практично повною відсутністю практики його застосування. Досліджуючи ці питання у той час, автор даного дослідження цілеспрямовано розшукував бодай одне рішення будь-якого органу державної влади чи суду, в якому було б посилення на норми цього закону. Однак дарма, незважаючи на те, що цей закон діяв 22 роки.⁷⁷

Україна після проголошення незалежності заявила перед світовим співтовариством народів, що йде шляхом побудови демократичної, соціальної і правової держави, й приєдналась до глобальної політики світового співтовариства в галузі охорони здоров'я людей, закріпила ці передові ідеї в нормах національного законодавства.

⁷⁴ Кодекс УСРР про охорону здоров'я / Проект. – К., 1935.

⁷⁵ Відомості Верховної Ради СРСР. – 1977. – №41. – Ст. 619.

⁷⁶ Відомості Верховної Ради Української РСР. – 1978. – №18. – Ст. 268.

⁷⁷ Гладун З.С. Права людини у сфері охорони здоров'я // Вісник Львівського університету. Серія юридична. – 2004. – Випуск 40. – С. 9 – 10.

19 листопада 1992 р. Верховна Рада України прийняла Основи законодавства про охорону здоров'я. Цей зведений законодавчий акт, який охоплює своїм регулюванням практично всі найважливіші відносини в галузі охорони здоров'я, задуманий як фундамент для створення майбутнього законодавства України. Тому одним із провідних його принципів є чітке визначення прав і обов'язків громадян в галузі охорони здоров'я, встановлення їх державних гарантій і юридичного захисту.⁷⁸ Надзвичайно позитивним стало закріплення у ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я ключових понять, таких як здоров'я, охорона здоров'я, заклади охорони здоров'я, медико-санітарна допомога та ін., які нарешті набули нормативного визначення, що дозволяє чітко й однозначно їх використовувати, зокрема, відділивши медицину як вид професійної діяльності від охорони здоров'я, під якою цей Закон розуміє „систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.”

Ідеї визнання і закріплення прав людини знайшли своє відображення і в Конституції України 1996 року. У ст. 3 Конституції України проголошено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Вказана стаття є першою зі статей Основного Закону, спеціально присвячених людині. Крім поняття „людина”, у приписі заакцентована увага й на таких благах, як життя і здоров'я, недоторканність і безпека. Саме вони є первинною і вихідною передумовою життєдіяльності кожної людини. Конституція України відносить їх до найвищої соціальної цінності, й у такий спосіб визнає ієрархію прав і свобод людини. Тому, не заперечуючи того, що всі основні права людини взаємозалежні, взаємопов'язані й непорушні, все ж говоримо про те, що насамперед мають бути забезпечені право на життя й здоров'я, недоторканність і безпеку, тобто саме фізичне існування людини як матеріальну основу й умову здійснення усіх інших прав.

Конституція України у ст. 49 встановлює, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Закріплені Конституцією України вказані права людини можна трактувати в об'єктивному і суб'єктивному розуміннях. В об'єктивному – це певна система правових норм, що регламентують здійснення заходів щодо охорони здоров'я як окремих осіб, так і населення загалом, їх організацію і фінансування, встановлюють адміністративно-правовий механізм реалізації права на охорону здоров'я окремими людьми.

Об'єктом конституційного регулювання є здоров'я людини, а предметом – суспільні відносини в галузі охорони здоров'я. Звертає на себе увагу той факт, що категорії „життя” і „здоров'я” є діалектично близькими та

⁷⁸ Гладун З. С. Правове становище громадянина в галузі охорони здоров'я // Право України. – 1994. – № 10.. – С. 49.

взаємопов'язаними. З одного боку, досягнення станом здоров'я певного якісно низького показника призводить до припинення життя людини. Саме стан здоров'я, зумовлений віковими чи іншими особливостями людського організму за відсутності впливу інших чинників є природним регулятором тривалості людського життя. З іншого боку, лише наявність такої ознаки організму як життя дає змогу говорити про якісний рівень (стан) його здоров'я⁷⁹. Об'єктно-змістовний аналіз права людини на життя та права на охорону здоров'я дає підстави вважати, що перше і друге наділені своїм специфічним змістом та покликані забезпечувати різні, хоча і споріднені блага⁸⁰. Ця взаємопов'язаність дає підстави окремим дослідникам говорити про єдність комплексного права щодо охорони життя і здоров'я людини⁸¹.

Аналіз ст. 49 Конституції України показує, що суб'єктом права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування є будь-яка людина (а не лише громадянин України), яка перебуває під юрисдикцією України. Звідси можна зробити висновок, що іноземний громадянин чи особа без громадянства за чинним українським законодавством користується цим правом нарівні з громадянами України. Таке демократичне і гуманне вирішення цього питання відповідає гуманістичним ідеям та традиціям європейської і світової солідарності та принципам міжнародного права. Це підтверджують і закони України „Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства”, „Про біженців”, якими у відповідних нормах чітко визначено, що іноземні громадяни, особи без громадянства, біженці користуються правом на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Так, зокрема, ст. 10 Закону України „Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства” зазначає, що іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, а також яким надано статус біженця в Україні, користуються медичною допомогою нарівні з її громадянами. Всім іншим іноземцям та особам без громадянства медична допомога надається у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28.01.1997 р. № 79 затверджений Порядок надання медичної допомоги іноземним громадянам, які тимчасово перебувають на території України.⁸² Згідно з п. 2 Порядку, іноземці, які постійно проживають в Україні, а також особи, які подали заяви про надання їм статусу біженця в Україні, та особи, які у встановленому порядку отримали такий статус користуються медичною допомогою нарівні з громадянами України. Всім іншим іноземцям медичну допомогу надають за плату, якщо законодавством України або міжнародними договорами України не передбачено інше.

⁷⁹ Соловйов А. До питання співвідношення понять права людини на життя та права на охорону здоров'я і медичну допомогу // Підприємництво, господарство і право. – 2002. - № 10. – С. 28.

⁸⁰ Гладун З. Право людини на життя і проблеми його юридичного забезпечення в Україні // Український часопис прав людини. – 1995. - № 1. – С. 47.

⁸¹ Малєин Н.С. Охрана прав личности советским законодательством. – М.: Юрид. лит., 1985. – С. 21.

⁸² Урядовий кур'єр. – 1997. – 6 лютого.

Як суб'єктивне право особи, це право надає людині певну можливість звернутися до закладу охорони здоров'я чи до окремого медичного працівника за наданням медичної допомоги і відповідний їй обов'язок останніх таку допомогу надати. Суб'єктивне право на охорону здоров'я базується на розумінні здоров'я як певного немайнового блага людини, яке може стати основою для відносин між особою (пацієнтом) і лікарем (або іншим медичним працівником) стосовно надання першому медичної допомоги.

Однак порівняльний аналіз текстів відповідних норм Конституції УРСР 1978 р. і Конституції України 1996 р. вказує, що у відповідній нормі Конституції України 1996 р. право особи на охорону здоров'я набуло розширення і поглиблення щодо включення до норми статті 49 права особи на медичну допомогу та медичне страхування. Під цим кутом зору стає більш виразним і кваліфікованим трактування українським законодавством прав людини, зокрема, права на медичну допомогу, що є абсолютно нерівнозначне терміну „право на охорону здоров'я”.

Саме так розуміє цю норму Конституції України відомий український юрист, колишній голова Конституційного Суду України В. Скомороха, який зазначав, що, визначаючи право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, конституцієдавець у ч. 1 ст. 49 Конституції України відтворив відповідні загальнолюдські засади, закріплені ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права (1966 р.).

Складовими права особи на охорону здоров'я національне законодавство України передбачає: життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання здоров'я; безпечне для життя і здоров'я довкілля; безпечні й здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я; достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, здоров'я населення, включаючи наявні й можливі фактори ризику та їх ступінь; правовий захист від незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я; відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди тощо (ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Такими ж правами користуються в Україні іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно проживають на її території, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законодавством України (ст. 11 зазначених Основ).⁸³

У розвиток цих конституційних норм чинне українське законодавство містить доволі значну кількість окремих актів і правових норм, які деталізують і конкретизують права особи на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Центральними серед них є норми

⁸³ Скомороха В. Права людини на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та конституційне правосуддя // Право України. – 2002. – № 6. – С. 3–9.

Цивільного кодексу України, які закріплюють особисті немайнові права, що забезпечують природне існування фізичної особи – право на життя (ст. 281), охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285), таємницю про стан здоров'я (ст. 286), права особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я (ст. 287). Однак найважливішим серед них є норми ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я, які дають загальний перелік прав особи у цій сфері.

Законодавство України не містить нормативного поняття „права людини (особи) на охорону здоров'я”, але в Основах законодавства про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. вміщено визначення понять „здоров'я” та „охорона здоров'я”. Проаналізувавши визначення, які зустрічаються в сучасній науковій літературі, можна запропонувати наступне поняття права на охорону здоров'я. **Право на охорону здоров'я – це закріплена й гарантована Конституцією і законами України можливість людини (особи) використовувати всі засоби і заходи, спрямовані на збереження або відновлення стану повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, отримання медичної допомоги та відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.** Таким чином, предметом конституційного врегулювання відносин у сфері охорони здоров'я є не здоров'я людини, оскільки це природне благо, а визнання державою права людини на всебічну його охорону і захист. Отже, об'єктом конституційного врегулювання є здоров'я людини та його охорона, а предметом – суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Стаття 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначає, що право на охорону здоров'я включає: а) життєвий рівень, у т. ч. їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання здоров'я людини; б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє середовище, в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту; г) безпечні й здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; д) кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я; е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи наявні й можливі фактори ризику та їх ступінь; є) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я; ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством; з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я; и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я; і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди; ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; й) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони

здоров'я можуть бути обмежені загально визнані права людини і громадянина. Законодавством України можуть бути визначені й інші права громадян у галузі охорони здоров'я. Громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах та обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна.⁸⁴

Відповідно до п. «а» ст. 6 Основ кожний громадянин України, як суб'єкт права на охорону здоров'я, має право на відповідний життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання його здоров'я. У цій нормі викладені положення міжнародно-правових актів, ратифікованих Україною, зокрема статей 3 і 25.1 Загальної декларації прав людини, ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, ст. 24 Конвенції про права дитини та ін.

Зазначені умови життя людини – необхідна матеріальна передумова її здоров'я, бо кожна з них справляє на нього певний (як позитивний, так і негативний) вплив. Лише за наявності всіх цих передумов, твердих економічних, соціальних і політичних гарантій можна говорити про матеріальну забезпеченість здоров'я людини. За даними ВООЗ, питома вага умов життя в забезпеченні здоров'я людини становить понад 50%.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визнають і закріплюють (п. «б» ст. 6), що вирішальне значення для життя і здоров'я громадянина має безпечне навколишнє природне середовище, а отже, встановлюють його право на це благо. За останні роки в Україні зроблено чимало в галузі становлення і вдосконалення правового забезпечення чистоти й збереження навколишнього природного середовища. Більшість пов'язаних з цим питань регулюють законодавчі акти нового екологічного законодавства, серед яких центральне місце посідає Закон «Про охорону навколишнього природного середовища». Проте фактичний стан природного середовища в Україні дає підстави стверджувати, що, незважаючи на вжиті заходи, екологічна обстановка погіршується. Очевидно, ці заходи недостатні, і це зумовлює об'єктивну потребу в підготовці нових, ефективніших законодавчих актів.

Окрім економічного благополуччя, надзвичайно важливим є санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де проживає громадянин, право на яке закріплене п. «в» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя – необхідна умова збереження і зміцнення здоров'я людей. Саме на забезпечення благополуччя в галузі санітарії та епідеміології спрямовані санітарно-протиепідемічні заходи, обов'язок здійснювати які покладено на органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, суб'єкти господарювання та громадян. Дотримання в усіх сферах життєдіяльності людини гігієнічних норм і нормативів забезпечує створення безпечних і

⁸⁴ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – Ст. 20.

здорових умов праці, навчання, побуту та відпочинку, право на які передбачено п. «г» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Надзвичайно важливе значення в галузі охорони здоров'я людини має її право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу. В структурі заходів з охорони здоров'я громадян належним чином організована медико-санітарна допомога посідає одне з провідних місць. Нині в Україні діє розгалужена державна система охорони здоров'я, яка налічує 10,5 тис. медичних закладів, серед яких 7,4 тис. амбулаторно-поліклінічних і 3,1 тис. лікарняних закладів.

Разом з цим, нові умови зумовили появу індивідуальної медичної практики, закладів колективної медичної практики, закладів охорони здоров'я недержавної форми власності, включаючи перші приватні поліклініки, лікарні, медичні центри та пологові будинки.

Отже, в галузі організації охорони здоров'я громадян, зокрема надання їм медико-санітарної допомоги, здійснюється політика плюралізму форм власності на медичні заклади. З метою вирівнювання рівнів надання медичної допомоги всім громадянам держави, незалежно від місця проживання (столиця і периферія, місто і село), планується запровадити систему обов'язкового і добровільного страхування здоров'я. Проте вже й нині п. «д» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає вільний вибір кожним громадянином лікаря і закладу охорони здоров'я. Це право не скасовує, а лише доповнює наявну територіальну систему надання медико-санітарної допомоги.

За нормальних і цивілізованих умов сучасної медицини в розвинутих країнах, пацієнт є головним учасником процесу лікування. Він має право знати діагноз захворювання, розуміти в загальних рисах методи лікування, давати на це згоду. Отже, без співучасті пацієнта, його згоди правомірне лікування неможливе. Тому п. «е» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає право громадянина на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи наявні й можливі фактори ризику та їх ступінь.

Відповідно до ст. 290 Цивільного кодексу України повнолітня дієздатна фізична особа має право бути донором крові, її компонентів, а також органів та інших анатомічних матеріалів і репродуктивних клітин, здійснюється відповідно до закону. Взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в рядку, встановлених законом. Фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його. У разі імплантації органів та інших анатомічних матеріалів члени сім'ї, близькі родичі донора мають право знати ім'я особи-реципієнта.

Однак інформацію про стан здоров'я можна повідомляти лише пацієнту особисто, а з його згоди іншим особам – родичам, друзям та ін. Розголошення інформації про хворобу, медичне обстеження, огляд та їхні результати, інтимну й сімейну сторони життя громадянина без його згоди оцінюється з точки зору закону як порушення лікарської таємниці, передбачене статтями

40 і 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я. А згідно з п. «є» ст. 6 Основ дотримання лікарської таємниці – це професійний обов'язок всіх медичних і фармацевтичних працівників, порушення якого є підставою для притягнення винної особи до кримінальної чи дисциплінарної відповідальності.

В Європейській хартії прав пацієнтів, прийнятій в Римі в листопаді 2002 р.,⁸⁵ п. 3 встановлює, що кожна людина має право на доступ до всіх видів інформації, стосовно стану її здоров'я, послуг з охорони здоров'я і медичної допомоги та користування ними, а також до відомостей про всі можливості, відкриті науковими дослідженнями, і найновішими технологічними розробками в цій сфері.

Кожному з пацієнтів медичні заклади і спеціалісти повинні надавати інформацію у відповідній формі, враховуючи, зокрема, їхні релігійні, етнічні та мовні особливості.

Медичні заклади зобов'язані забезпечити безперешкодний доступ до будь-якої інформації, усуваючи бюрократичні перепони, навчаючи й інформуючи спеціалістів та інший персонал, який надає допомогу, готуючи і поширюючи інформаційні матеріали.

Кожний пацієнт має право отримати безпосередній доступ до своєї історії хвороби і результатів медичних досліджень, робити їх копії, ставити запитання стосовно їхнього змісту, а також вимагати виправлення будь-яких помилок, виявлених у цій документації.

До права на інформацію впритул наближене право на недоторканність приватного життя й конфіденційність інформації. Відповідно до п. 6 вказаного акту кожна людина має право на збереження таємниці особистої інформації, в тому числі про стан свого здоров'я та можливі діагностичні чи терапевтичні процедури, на захист своєї приватності в період проведення діагностичних досліджень, при відвідуванні спеціаліста, а також у процесі консервативного або хірургічного лікування. Інформацію щодо стану здоров'я людини, а також консервативного чи хірургічного лікування слід розглядати як особисту таємницю, і вона повинна бути належним чином захищена.

На даний час ці питання врегульовані нормами Цивільного кодексу України.⁸⁶ Зокрема, ст. 285 „Право на інформацію про стан свого здоров'я” визначає, що:

1. Повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами.

2. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного.

3. Якщо інформація про хворобу фізичної особи може погіршити стан її здоров'я або фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, й

⁸⁵ Цит по: Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В. В. Глуховський. – К.: Сфера, 2004. – С. 90–91.

⁸⁶ Цивільний Кодекс України // Відомості Верховної Ради. – 2003. – № 40 – 44. – Ст. 356.

зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

4. У разі смерті фізичної особи члени її сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин її смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків у суді.

Стаття 286 цього кодексу „Право на таємницю про стан здоров'я” встановлює, що фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про дані її медичного обстеження. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи. Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел. Фізична особа може бути зобов'язана до проходження медичного огляду у випадках, встановлених законодавством.⁸⁷

В західних країнах діють чотири моделі інформування, що залежать від особливостей пацієнта, хвороби і стану його здоров'я. Інформаційна модель полягає у тому, що лікар виступає у ролі експерта, неупереджено надає повну, у доступній формі інформацію про хворобу, способи лікування, прогноз. Пацієнт сам приймає рішення і бере на себе відповідальність. Ця модель характеризується дотриманням повної автономії хворого при мінімальній ролі лікаря. Суть інтерпретаційної моделі у тому, що роль лікаря підвищується при дотриманні автономії пацієнта. У цьому випадку лікар тісніше співпрацює з пацієнтом, виступає у ролі радника, схиляє до прийнятого ним рішення. Дорадча модель характеризується гармонією відносин між лікарем, який відіграє важливу роль, і пацієнтом, що зберігає свою автономію. Суть полягає у досягненні згоди з приводу методів лікування, обговоренні становища та діагнозу хворого. Ще однією моделлю є патерналістська (батьківська), яка полягає в тому, що лікар самостійно приймає рішення, іноді нав'язує його хворому, не беручи до уваги права пацієнта, виступає не у ролі порадики і друга, а опікуна чи диктатора. Говорити про переваги тієї чи іншої моделі без урахування конкретної ситуації важко. Тому, зважаючи на психологічні особливості пацієнта, його діагноз, стан здоров'я, конкретні умови, беручи до уваги законодавчо визначені права пацієнта, лікар зобов'язаний, дотримуючись етико-деонтологічних принципів, спираючись на професійний досвід та інтереси хворого, надавати йому інформацію у тому обсязі й у такій формі, яка б налаштовувала його на позитивний результат лікування і подолання хвороби або була б запорукою для боротьби з невиліковним недугом.⁸⁸

⁸⁸ Сенюта І. Я. Право пацієнта на медичну інформацію // Матеріали науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю “Управління охороною здоров'я”. – Львів, ЛДМУ ім. Данила Галицького. – 2003. – С. 93–95.

Відповідно до п. „є” ст.6 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадянин має право брати участь в обговоренні проектів законодавчих актів і вносити пропозиції щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я, а також на участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством. Ці положення містять демократичні засади участі громадян у формуванні і контролі за реалізацією політики охорони здоров'я. Так, під час обговорення проекту Основ законодавства України про охорону здоров'я, який після схвалення Верховною Радою України у першому читанні був опублікований у пресі, громадяни виявили велику активність, висловили багато слушних зауважень, що значною мірою сприяло винесенню на друге читання суттєво доповненого й оновленого законопроекту. Робоча група з розробки Основ законодавства України про охорону здоров'я отримала декілька сотень зауважень, доповнень і пропозицій майже з усіх областей України. Особливо активними були працівники системи охорони здоров'я, їхні громадські організації та професійні об'єднання, насамперед Всеукраїнське лікарське товариство, які приділяли багато уваги обговоренню проектів Концепції охорони здоров'я громадян України і даних Основ. У зв'язку з цим зазначимо, що Всеукраїнське лікарське товариство поступово перебирає на себе вирішення деяких питань управління охороною здоров'я, зокрема атестації та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників, встановлення професійних контактів з колегами з-за кордону тощо.

Основи передбачають (п. «з» ст. 6) право громадян на об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні їхнього здоров'я. Це положення ґрунтується на ст. 36 Конституції України, яка закріплює право громадян на об'єднання в громадські організації. Хворі громадяни можуть об'єднуватися для сприяння процесу лікування конкретних захворювань, придбання ліків, дотримання черговості при госпіталізації, їх соціального і правового захисту. Нині діють об'єднання громадян, які страждають на цукровий діабет, серцево-судинні та ракові захворювання, асоціації інвалідів, об'єднання батьків дітей, хворих на церебральний параліч тощо. Наймасовішою організацією, створеною для сприяння охороні здоров'я громадян, є Товариство Червоного Хреста України, яке має розгалужену мережу первинних організацій і територіальних органів, патронажну службу медичних сестер, підтримує міжнародні зв'язки, сприяє доставці і розподілу міжнародної медичної і гуманітарної допомоги.

Законодавством України передбачено право на правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я. В більшості випадків при укладанні трудового договору, контракту стан здоров'я працівника до уваги не береться. А даремно, бо це – важливий чинник результативності праці. Лише осіб, які влаштовуються на роботу з важкими і шкідливими умовами праці, а також неповнолітніх закон зобов'язує пройти попередній медичний огляд, в процесі якого лікарська комісія проводить оцінку стану їхнього здоров'я на відповідність майбутній

професії. Це передбачено ст. 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Проте у деяких країнах оцінка стану здоров'я, насамперед психічного, є необхідною умовою зайняття відповідальних державних посад – президента, судді, слідчого, прокурора. Вважаю, що цей досвід заслуговує на увагу.

Стаття 9 Основ законодавства України про охорону здоров'я закріпила юридичні підстави обмеження прав громадян, пов'язані зі станом їх здоров'я. Зокрема передбачено, що вони можуть бути визнані тимчасово або постійно непридатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, а також виконанням певних державних функцій. Такі підстави і порядок їх застосування, на мою думку, повинні бути детально передбачені в окремих галузевих законах.

Застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, обмеження прав інших громадян у вигляді примусового медичного огляду або примусової госпіталізації, а також у зв'язку з проведенням карантинних заходів допускається тільки на підставах і в порядку, передбачених законами України.

Навіть поверховий аналіз закріплених у законі прав людини щодо охорони її здоров'я показує, що у нормі цієї статті вказаний перелік містить як загальні права, які мають належати кожному громадянину, так і такі, що з'являються у випадку його звертання за наданням медичної допомоги, тобто як пацієнта. Очевидно, що із сучасних позицій гуманного і поважного ставлення до хворої людини, підтримки і зміцненню його віри в можливість видужання, пацієнт має право на допуск до нього священика, а також на надання умов для відправлення релігійних обрядів, зрозуміло, якщо це не порушує правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я для пацієнтів, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних вимог, як це зроблено в законодавстві інших країн СНД, зокрема Російської Федерації і Республіки Беларусь.⁸⁹

Видається необхідним законодавчо закріпити і поняття „лікуючий лікар”, врегулювавши його відносини з пацієнтом (ами) та його родичами, з колегами і співробітниками, з медичною адміністрацією і т.д. Також необхідним є визначити в законі ставлення до евтаназії, заборонивши медичним і фармацевтичним працівникам її здійснення.⁹⁰

Більш глибокий аналіз правовідносин, у які вступає громадянин стосовно реалізації свого права на охорону здоров'я показує, що його правовий статус визначають як мінімум три групи прав – основні, спеціальні та особливі. У цьому слід погодитися з дослідником питань прав громадян у сфері охорони здоров'я І. Я. Сенютою, яка пропонує такий поділ.

До першої групи прав громадян у сфері охорони здоров'я відносять основні, що належать всім громадянам, закріплені Конституцією України,

⁸⁹ Див. Закон Республіки Беларусь „О здравоохранении” в новой редакции от 11 января 2002 года // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь”.–2002.– № 10.– С. 24-40.

⁹⁰ Гладун З.С. Права людини у сфері охорони здоров'я // Вісник Львівського університету. Серія юридична. – 2004. – Випуск 40. – С. 15.

міжнародними актами, які містять норми, спрямовані на розвиток людини, зміцнення здоров'я, захист від неправомірного посягання на здоров'я людини. Цю групу прав можна ще більше деталізувати з урахуванням того, що в Основному Законі України, де закріплено основні (конституційні) права і свободи, що становлять ядро правового статусу людини і громадянина та є фундаментом для інших прав, знайшли свою повну і всебічну реалізацію вимоги міжнародних стандартів з прав людини. Другу групу прав становлять спеціальні права громадян у сфері охорони здоров'я, яких набувають усі, хто звернувся за медичною допомогою чи консультацією до закладів охорони здоров'я. У цьому випадку громадянин набуває статусу пацієнта і стає суб'єктом специфічних відносин. Третю групу становлять права окремих категорій громадян, особливі ознаки яких визначають назву "особлива група". До них законодавство відносить вік, стан здоров'я, заняття певними видами діяльності, проживання у визначених районах та ін. Стаття 31 Основного законодавства України про охорону здоров'я передбачає обов'язкові медичні огляди для неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств зі шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих.

Щодо спеціальних прав людини у сфері охорони здоров'я, то більшість з них встановлені нормами окремих законодавчих актів, прийнятих на розвиток Основного законодавства України про охорону здоров'я. Так, відповідно до ст. 4 Закону України від 24 лютого 1994 р. „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, громадяни мають право на: безпечні для здоров'я і життя харчові продукти, питну воду, умови праці, навчання, виховання, побут, відпочинок та навколишнє природне середовище; участь у розробці, обговоренні та громадській експертизі проектів програм і планів забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, внесення пропозицій з цих питань у відповідні органи; відшкодування збитків, завданих їхньому здоров'ю внаслідок порушення підприємствами, установами, організаціями, громадянами санітарного законодавства; достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, здоров'я населення, а також наявні можливі фактори ризику для здоров'я та їх ступінь.⁹¹

Однак закріплені відповідними нормами чинного українського законодавства права самі по собі вже є значним прогресом на шляху реалізації прав людини у її міжнародному та європейському вимірах. Особливо з огляду на те, що ще зовсім недавно в Україні не було й цього. Якщо порівняти нинішній стан із визнанням та дотриманням прав людини у сфері охорони здоров'я в Україні з відповідною ситуацією у цій сфері 10–15 років тому, на початках незалежності, то прогрес, причому разючий, цілком очевидний.

⁹¹ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

Посткомуністична Україна стала на шлях визнання й впровадження демократичних цінностей, розбудови громадянського суспільства та соціальної, правової держави. Вона закріпила у найважливіших програмних і законодавчих актах права людини і громадянина. Поступово, на основі створення відповідних умов формується державна політика щодо їх дотримання, громадяни дедалі частіше звертаються до суду за захистом своїх прав. Повною мірою це стосується і прав людини у такій специфічній сфері відносин, як охорона здоров'я.

У загальних рисах визначена і почала здійснюватися державна політика у сфері охорони здоров'я, в основі якої – захист прав особи в процесі надання медичної допомоги. Її реалізація стикається зі значними труднощами, зокрема брак коштів для фінансування діяльності державної та місцевих систем охорони здоров'я, незрілістю й несформованістю громадської думки щодо потреби захисту прав пацієнтів і, відповідно, невідповідності і несприйняттям, а звідси – випадки недотримання прав пацієнтів з боку медичного персоналу.

І, нарешті, найважливіше – в Україні починає формуватися судова практика щодо захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я. Пацієнти медичних закладів дедалі частіше звертаються за захистом своїх прав до суду. З'явилися рішення судів про стягнення із закладів охорони здоров'я та окремих медичних працівників, що порушили права пацієнтів, відповідних коштів, як компенсацію за заподіяні здоров'ю чи гідності людини збитків. Навіть Конституційний суд України вже прийняв декілька рішень щодо тлумачення тих чи інших положень чинного законодавства про охорону здоров'я.

2.2. Правовий статус хворої людини (пацієнта)

Покладаючи на хвору людину обов'язок лікуватися, закон надає їй право звертатися за отриманням медичної допомоги в різноманітні медичні заклади. В деяких особливих, передбачених законом випадках обов'язок лікуватися підкріплюється встановленням правових санкцій за відмову від лікування. За характером захворювань і волевиявленням хворого лікування можна класифікувати як **добровільне, обов'язкове та примусове**. **Добровільне** лікування стосується всіх захворювань, за винятком спеціально вказаних у законі. Це означає, що право лікувати чи не лікувати захворювання повністю належить самій людині. **Обов'язкове** лікування тих захворювань, що мають інфекційний характер, легко передаються іншим людям, процес лікування яких складний і тривалий, наслідки важкі, що деколи призводить до летального кінця. Це, зокрема, такі захворювання як туберкульоз, черевний тиф, дифтерія, сифіліс, гонорея та інші. **Примусове** лікування хвороб настає, як правило, внаслідок відмови від обов'язкового лікування важких інфекційних захворювань, а також алкоголізму та наркоманії, тому здійснюється в спеціальних медичних закладах чи

спеціальних відділеннях закладів охорони здоров'я, в умовах ізоляції хворих від суспільства.

Хвора людина, перебуваючи на лікуванні в медичному закладі, набуває статусу пацієнта, тобто особи, яка звернулася за наданням медичної допомоги і володіє комплексом прав, свобод та обов'язків, передбачених Конституцією України. Пацієнт, знаходячись на лікуванні у відпорному закладі охорони здоров'я має право обирати і бути обраним народним депутатом, сільським, селищним, міським головою, на період захворювання не перериваються його службово-трудова відносини з підприємством, установою чи організацією, де він працює: має право укладати будь-які не заборонені законом угоди, контракти, вступати в шлюб, отримувати пенсію, складати заповіт тощо. Але в лікарні це фізично ускладнено. В цьому випадку пацієнт може діяти як самостійно, так і через своїх представників, видаючи їм доручення на право вчинення тих чи інших дій. Проте слід визнати, що стаціонарне перебування пацієнта в лікарняних закладах якщо й не позбавляє його свободи повною мірою, то значною мірою її обмежує і потребує, по-перше, чіткого правового регулювання, а по-друге, дієвого контролю з боку суспільства й держави за перебуванням хворих у медичних закладах і дотриманням законності в процесі лікування.

У ст. 287 Цивільного кодексу України закріплені права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я. Так, зокрема, вона має право на допуск до неї інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду.

Однак чинне законодавство не містить правових норм, якими було б врегульовано адміністративно-правове становище пацієнта, що перебуває на лікуванні в медичному закладі. Окремі положення щодо цього містять Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відповідні положення, пам'ятки, інструкції та ін. про права та обов'язки пацієнтів розроблені майже в усіх закладах охорони здоров'я і затверджені їхніми керівниками. Крім відсутності єдності, у визначенні правового статусу пацієнта у цьому питанні, вони мають ще один суттєвий недолік – обмежувально-заборонний характер: відвідування хворих в лікарнях обмежуються, хоч вони не завжди доцільні й мають необхідний для одужання хворих характер. Становище хворої людини визначено через систему заборон і обмежень – від заборони самовільно залишати приміщення лікарняної палати й відділення до заборони грати на музичних інструментах, вживати спиртні напої, грати в азартні ігри, виносити постіль і нищити медичний інвентар.

Очевидно, обмежувально-заборонні заходи – наслідок довготривалого панування в охороні здоров'я адміністративної системи управління з командно-директивними методами, режимом таємності показників її діяльності, які приховували від широкої громадськості серйозні недоліки і передкризовий стан радянської медицини. В умовах демократичного суспільного і державного ладу, в нових умовах діяльності закладів охорони

здоров'я ці обмеження, якщо вони не надмірні й не зумовлені вимогами охорони інтересів самого хворого, мають бути відмінені.

Було б доцільно уніфікувати правове становище пацієнта і чітко визначити його права та обов'язки в єдиному нормативному акті. Такою могла б стати відповідна норма статті Основ законодавства про охорону здоров'я, яка б доповнила текст чинного закону. В цій правовій нормі мали б бути закріплені принципи правового становища хворої людини і серед них найголовніший – добровільність її лікування, оскільки його правомірність залежить від добровільної згоди хворого (якщо хвороба не підлягає обов'язковому і примусовому лікуванню). Він повинен розуміти (хоча б у загальних рисах) суть призначеного лікування і різноманітних медичних процедур і маніпуляцій. Поки-що закон (ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я) містить лише вимогу отримати від пацієнта згоду на проведення хірургічного втручання і застосування складних методів діагностики захворювання, не встановлюючи при цьому форму і процедуру отримання і належного оформлення згоди хворого. А медичні працівники постійно безкарно ігнорують цю вимогу. На наш погляд, у новій правовій нормі повинно бути закріплено правило, відповідно до якого лікуючий лікар, після повідомлення хворому його діагнозу, повинен отримати від пацієнта згоду в письмовій формі на процес лікування та весь комплекс медичних процедур шляхом підпису відповідного бланку-згоди, який буде вклеєний (підшитий) і зберігатиметься в медичній карті хворого. В цьому випадку хвора людина стає свідомим спільником і одноступнем лікаря в боротьбі з недугою.

2.3. Юридичні гарантії права людини на охорону здоров'я

Сучасна теорія прав людини чітко розрізняє правове закріплення (декларування) відповідних прав людини та їх реальне виконання, тобто втілення їх в життя, акцентуючи в останньому випадку на створенні відповідних інституційно-правових механізмів практичної реалізації цих прав. Відповідно до сучасної юридичної доктрини прав і свобод людини, гарантії являють собою заходи, що забезпечують реалізацію громадянами своїх суб'єктивних прав.

У цій площині можемо говорити про організаційні, правові, кадрові, фінансові та інші гарантії прав людини, які регулюються відповідними адміністративно-правовими нормами, а, значить, є предметом адміністративного права.

Відповідна норма Конституції України (ст. 49) встановлює, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Найважливішою гарантією забезпечення виконання цих прав особи є власне відповідний напрям діяльності держави, який полягає у формуванні державної політики охорони здоров'я, створенні системи охорони здоров'я (національної служби охорони здоров'я), забезпечення її діяльності, розробці й прийнятті відповідних законодавчих та інших правових актів, професійній підготовці медичних та фармацевтичних працівників всіх категорій, розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практичну діяльність закладів охорони здоров'я. Практична діяльність закладів охорони здоров'я всіх форм власності, медичних та фармацевтичних працівників і є власне найважливішою організаційною гарантією права людини на охорону здоров'я.

Разом з цим, під тиском медичного лобі у ст. 49 Конституції України закріплено положення, згідно з яким наявна мережа закладів охорони здоров'я не може бути скорочена. Цілком очевидно, що в такому випадку діяльність Кабінету Міністрів України з реструктуризації галузі та зменшення кількості закладів охорони здоров'я суперечить вимогам відповідної статті Конституції. Тому Уряд і Міністерство охорони здоров'я України вишукують різноманітні лазівки, які дозволять не скорочувати, а реструктурувати і перепрофілювати як заклади охорони здоров'я загалом так і їхні окремі підрозділи. В цьому проявляється складність і двоїстість української державної політики – з одного боку, бажання дотримуватися рекомендацій міжнародних організацій і наближатися до міжнародних стандартів, а з іншого – нічого не змінювати.

До юридичних гарантій слід віднести саму наявність законодавства про охорону здоров'я, яке, поряд із закріпленням відповідних прав, містить і встановлення юридичних обов'язків щодо їх надання й відповідальність посадових осіб і працівників охорони здоров'я щодо забезпечення виконання прав громадян, а також передбачену нормами адміністративного і цивільного права їх можливість оскаржувати дії медичної адміністрації, медичних і фармацевтичних працівників як у вищестоящих органах охорони здоров'я, так і в суді.⁹² Чекають на прийняття розроблені проекти законів України „Про гарантований державою рівень медичної допомоги”, „Про медичну діяльність”, „Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування”, „Про багатокладність медичної допомоги”, „Про первинну медико-санітарну допомогу та сімейну медицину”, „Про спеціалізовану медичну допомогу”, „Про приватну медичну діяльність”, „Про охорону дитинства”, „Про профілактичну діяльність”, „Про народну медицину”, „Про лікарські товариства”, „Про Товариство Червоного Хреста України” тощо.⁹³

Під кадровими гарантіями слід розуміти практичну діяльність всіх медичних і фармацевтичних працівників щодо здійснення заходів з охорони

⁹² Див. п. „і” ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 20; Ст.ст. 1164, 1165, 1166, 1195–1202 та ін. Цивільного кодексу України // Цивільний Кодекс України // Відомості Верховної Ради. – 2003. – № 40–44. – Ст. 356.

⁹³ Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 125.

здоров'я і надання медичної допомоги. Нині в Україні працює 224 тис. лікарів всіх спеціальностей, 526 тис. спеціалістів середнього медичного персоналу, а разом з допоміжним (санітарки, робітники кухонь, пралень і майстерень та ін.) та обслуговуючим (водії санітарних автомобілів, інженери і техніки медичної апаратури та ін.) персоналом нараховується 1300 тис. працівників охорони здоров'я.⁹⁴ Відповідно до сучасних стандартів і нормативів Всесвітньої організації охорони здоров'я, які поступово приймає і запроваджує Україна, такої кількості працівників охорони здоров'я вона не потребує. Тому відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світового банку, Банку реконструкції і розвитку, інших міжнародних організацій Україна з 1993 р. почала зменшувати кількість закладів охорони здоров'я, наявних в них лікарняних ліжок, медичних і фармацевтичних працівників, доводячи ці показники до міжнародних і європейських стандартів. Кабінет Міністрів України прийняв низку програм реструктурування системи охорони здоров'я, внаслідок чого вказані показники невпинно скорочуються.

Серйозні проблеми існують нині в Україні щодо фінансових гарантій права на охорону здоров'я. Колишня система фінансування цієї галузі з Державного бюджету припинила своє існування.

Система охорони здоров'я України за формами власності й джерелами фінансування розділена нині на 3 сектори – державний, комунальний і приватний. І якщо держава практично не займається питаннями фінансування діяльності приватних закладів охорони здоров'я, що цілком зрозуміло, то й у фінансуванні закладів охорони здоров'я державної форми власності відчутне постійне недофінансування, причиною чого, як заявляють провідні політики і міністри, є хронічна нестача коштів у державному бюджеті. Фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності (нині їх 92 %) держава переклала на місцеві бюджети, залишивши за собою фінансування державних закладів охорони здоров'я. А в структурі медичних служб з'явилися на 100% приватизовані й практично виведені із зони державного чи комунального фінансування медичні служби. Це стосується насамперед стоматологічної і фармацевтичної служб, хоча в ст. 49 Конституції України закріплено, що у державних і комунальних закладів охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Більшість медиків, керівників медичних закладів, політиків і державних діячів оцінюють ситуацію з фінансуванням охорони здоров'я як катастрофічну.

Міжнародні експерти, оцінюючи систему охорони здоров'я України, одноставні в думці, що нинішнє складне становище закладів охорони здоров'я швидко погіршуватиметься через наростаючий вплив збільшення собівартості лікування, скорочення фінансування галузі, зменшення

⁹⁴ Статистичний щорічник України за 2003 рік / Державний комітет статистики України / За ред. О.Г. Осауленка. – К.: Консультант, 2004. – С. 487.

доступності медичної допомоги для більшості населення і зростання його тривоги щодо якості лікування.

2.4. Обов'язки людини у сфері охорони здоров'я

Визначаючи правовий статус особи, ми не повинні забувати, що до нього, крім прав, входять й обов'язки людини, юридична природа яких полягає у зобов'язанні особи вчинити ті чи інші дії, обов'язковість яких закріплена у відповідній правовій нормі. Між ними має бути встановлений певний баланс – перші повинні бути пов'язані з другими і навпаки. Його порушення в той чи інший бік може призвести до розбалансування їх взаємозв'язку, дисгармонії у стосунках людини й держави.

Юридична наука розуміє під юридичним обов'язком вид і міру належної поведінки суб'єкта права, що забезпечується можливістю державного примусу.

Юридичний обов'язок – це покладена на зобов'язану особу й забезпечена можливістю застосування засобів державного примусу міра необхідної поведінки, яку вона повинна здійснювати в інтересах уповноваженої особи.⁹⁵

Ознаками юридичного обов'язку є:

- міра необхідної поведінки, точне визначення того, якою вона повинна бути;
- юридичний обов'язок встановлюється на підставі вимог правових норм;
- обов'язок встановлюється в інтересах уповноваженої сторони – окремої особи чи суспільства (держави) в цілому;
- у зобов'язаної особи немає вибору між виконанням і невиконанням обов'язку. Невиконання чи неналежне виконання юридичних обов'язків є правопорушенням і зумовлює заходи державного примусу.⁹⁶

Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 10. встановлюють загальні обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я, до яких відносять наступні:

- а) піклуватися про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні, медичні огляди і робити щеплення;
- в) надавати невідкладну допомогу іншим громадянам, які перебувають у загрозовому для життя і здоров'я стані;
- г) виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

⁹⁵ Копейчиков В.В. Теорія держави і права: Навчальний посібник / А.М. Колодій, В.В. Копейчиков та ін. / К.: Юрінком Інтер, 2002. – С. 227.

⁹⁶ Кельман М.С., Мурашин О.Г. Загальна теорія права. – Підручник. – К.: Кондор, 2002. – С. 122 – 123.

2.5. Юридична відповідальність суб'єктів права у сфері охорони здоров'я

Природа юридичного обов'язку передбачає свідоме і добровільне його виконання, однак при його невиконанні належним суб'єктом, законодавство встановлює певні засоби його примусового виконання, зокрема заходи юридичної відповідальності, причому заходи різноманітні. Під юридичною відповідальністю теорія права розуміє закріпленій у законодавстві і забезпечуваний державою юридичний обов'язок правопорушника зазнати примусового позбавлення певних цінностей, що йому належали.

Проблема юридичної відповідальності – одна із центральних і „вічних” проблем правової науки і практики. Цілком зрозуміло, що за своїм обсягом і глибиною, за своїми видами, ця проблема заслуговує на цілком самостійне дослідження, однак в даній монографії ми розглядаємо її як засіб забезпечення юридичного механізму дотримання прав людини.

2.5.1. Юридична відповідальність закладів і працівників охорони здоров'я

Очевидно, що закріплюючи в нормах законодавства позитивні права на охорону здоров'я, держава, передбачаючи можливість їх порушення, встановлює у цьому випадку заходи юридичної відповідальності.

Вони цілком не зайві, бо як свідчить суспільна практика, сьогодні в Україні порушення прав людини на охорону здоров'я носять масовий характер. Найпоширенішим порушенням права людини на медичну допомогу і охорону здоров'я сьогодні в Україні є відсутність належного фінансування діяльності як окремих закладів охорони здоров'я, так і всієї системи охорони здоров'я країни. І це, незважаючи на численні оптимістичні заяви і реляції керівників Міністерства охорони здоров'я. бюджетного фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я вистачає лише на оплату комунальних послуг та енергоносіїв і на виплату мінімальної заробітної платні медичним працівникам. А отже, коштів на ліки (основна стаття видатків!), на придбання нової медичної техніки та інструментарію, на постільну білизну, а подекуди й на харчування хворих просто немає. Це призводить до масових порушень прав людини на медичну допомогу, до корупції серед медичної адміністрації, до масових хабарів і поборів серед медичних працівників.

Як свідчить правозастосовча практика, заходи адміністративної відповідальності за правопорушення, скоєні проти громадського здоров'я і належного порядку управління у сфері охорони здоров'я, застосовуються найбільш часто. Зокрема, посадові особи Державної санітарно-епідеміологічної служби України за рік накладають найбільше адміністративних штрафів. Чинний від 1984 р. Кодекс України про

адміністративні правопорушення у главі 5 відносить до категорії правопорушень чимало їх видів – від порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42), а ж до порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення (ст. 46-1).

Наймасовішими у сфері охорони здоров'я є випадки скоєння адміністративних правопорушень. Так, у 2003 р. лише за порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 Кодексу України про адміністративні правопорушення) органами Державної санітарно-епідеміологічної служби України на порушників накладено 186 891 адміністративний штраф, з яких стягнуто 156 598.⁹⁷

Стаття 80 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.⁹⁸

На нашу думку, таке законодавче положення не виправдано звужує перелік видів юридичної відповідальності, залишаючи поза її межами заходи дисциплінарної і матеріальної відповідальності, які реально застосовуються в житті, а також конституційна відповідальність. Вона ще не мають належного обґрунтування в юридичній теорії, хоча нині не можна відкидати можливості звільнення з посади прем'єр-міністра, віце-прем'єр-міністра, міністра чи іншої посадової особи за порушення чи невиконання законодавства про охорону здоров'я. Враховуючи особливий статус цих державних посад (політичних діячів) та особливий порядок призначення на них і звільнення з цих посад, це не просте розірвання трудового договору, а засіб їх конституційної відповідальності.

Цивільний кодекс України серед особистих немайнових прав у ст. 270 передбачає право особи на охорону здоров'я,⁹⁹ яке, згідно зі ст. 283, забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою Конституцією та законами України.

Дещо рідше, але в судах почали з'являтися цивільні справи про відшкодування збитків, заподіяних здоров'ю людини, у тому числі і збитків морального характеру, наприклад, за розголошення інформації про стан здоров'я людини (згідно ст. 285 Цивільного кодексу України така інформація є конфіденційною!), або навіть про факт проходження медичного огляду на виявлення зараження ВІЛ/СНІД. Оптимізму в процесі зміцнення законності у цій сфері відносин додає те, що в ст. ст. 284 і 287 Цивільного кодексу України закріплені позитивні права особи як пацієнта медичного закладу, що дає можливість поширювати інформацію про них серед пацієнтів і добиватись їх дотримання з боку медичної адміністрації і медичних працівників.

⁹⁷ Довідка Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства охорони здоров'я України від 20.06.2003 р. № 02.1 / 1037

⁹⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – Ст. 20.

⁹⁹ Відомості Верховної Ради. – 2003. – № 40 – 44. – Ст. 356.

Законодавець слушно розмежував надання медичної допомоги від охорони здоров'я. Так, зокрема, ст. 284 Цивільного кодексу України закріплює право особи на медичну допомогу. Ця норма встановлює, що фізична особа має право на надання їй медичної допомоги. Фізична особа, яка досягла 14 років і звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та методів лікування відповідно до його рекомендацій. Надання медичної допомоги провадиться за її згодою. Повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від лікування. У невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди фізичної особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника. Надання фізичній особі психіатричної допомоги здійснюється відповідно до закону.

Цивільно-правова відповідальність у сфері охорони здоров'я пов'язана з передбаченою Цивільним кодексом України можливістю відшкодування прямих матеріальних і моральних збитків, заподіяних здоров'ю людини. Це стосується як вчинення протиправних дій винними у їх скоєнні суб'єктами, так і будь-яких інших, внаслідок чого здоров'ю людини завдано шкоду. Очевидно, усунути заподіяну здоров'ю людини шкоду вдається далеко не завжди – втрачений в результаті автоаварії орган чи частину тіла відновити чи замінити не вдається, однак норми Цивільного кодексу і не ставлять перед собою такого завдання, їхня мета – пом'якшити наслідки заподіяної здоров'ю людини шкоди. Цілком очевидно, що цей обов'язок покладається на винну особу. Вказані відносини регулюють норми цивільного законодавства. Так, зокрема, ст. 1195 Цивільного кодексу України встановлює підстави для відшкодування шкоди, завданої каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я, ст. 1197 – визначення заробітку (доходу), втраченого внаслідок каліцтва або іншого ушкодження здоров'я фізичної особи, яка працювала за трудовим договором, ст. 1198 – визначення доходу, втраченого внаслідок каліцтва або іншого ушкодження здоров'я фізичної особи-підприємця, ст. 1199 – відшкодування шкоди, завданої каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я малолітньої або неповнолітньої особи, ст. 1206 – відшкодування витрат на лікування особи, яка потерпіла від злочину.

Досить часто зустрічаються порушення прав людини у цій сфері, які носять надзвичайно грубий часом цинічний характер. Обласні і, особливо, районні газети рясніють публікаціями про випадки відмови в наданні хворим людям медичної допомоги, про заподіяння медиками внаслідок неправильного лікування тілесних ушкоджень різної тяжкості, які призвели до стійкої втрати працездатності та інвалідності, а часом навіть і до смерті пацієнта. Очевидно, що за такі вчинки має наступати кримінальна відповідальність, передбачена ст. ст. 120-145 Кримінального кодексу України.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Відомості Верховної Ради України.–2001.– № 25-26.– Ст. 131.

Кримінальна відповідальність за характером засобів відповідальності вважається найважчим видом юридичної відповідальності. Чинний Кримінальний кодекс України містить розділ II, норми якого встановлюють перелік кримінально караних діянь проти життя та здоров'я особи.

Вказані норми Кримінального кодексу України встановлюють кримінальні покарання за вчинення цих злочинів від найлегших – стягнення штрафів, до найважчих – позбавлення волі на різні терміни, а за умисне вбивство з обтяжуючими вини обставинами (ст. 115) – довічне позбавлення волі з конфіскацією майна.

У підсумку можна стверджувати, що право людини на охорону здоров'я належить за часом виникнення до групи прав другого покоління, за змістом – до фізичних (життєвих, вітальних) прав, за значенням для їх носія – до основних прав, за належністю їх суб'єктам – до прав, що належать лише людині, за цільовою установкою – до прав, що забезпечують фізичне благополуччя людини, за суб'єктним складом їх здійснення – до індивідуальних прав.

Як висновок, зазначимо, що право на охорону здоров'я є фундаментальним, природженим, невід'ємним, загальним і має індивідуальний характер.

Завершуючи огляд проблеми визначення і нормативного регулювання прав людини у сфері охорони здоров'я, зауважимо, що ця багатопланова. Однією частиною входить у загальну проблему прав людини в сучасному світі, постійно розвиватиметься за рахунок розширення комплексу загальноцивілізаційних і загальногуманітарних прав, а іншою частиною, що входить в проблему саме правового регулювання прав людини, зокрема їх конституювання, встановлення правових механізмів їх реалізації, видів і засобів відповідальності за порушення законодавства про охорону здоров'я, розвиватиметься за рахунок подальшого розвитку юридичної науки і практики, вдосконалюючи як чинне національне законодавство, так і норми міжнародного права, що регулюють правовий статус особи у сфері охорони здоров'я.

Глава 3. Охорона здоров'я як об'єкт державної політики

3.1. Поняття та зміст охорони здоров'я

Охорона здоров'я відіграє надзвичайно важливу роль в забезпеченні життєдіяльності будь-якого суспільства. Характер і зміст охорони здоров'я на різних етапах суспільного розвитку визначався такими істотними факторами як спосіб виробництва, ступінь розвитку продуктивних сил, розвиток науки і техніки взагалі та медичної науки зокрема.

Значення охорони здоров'я у сучасному суспільстві набуває особливої ваги з наступних причин:

- політичної: ступінь розвитку демократичних засад державотворення визначає забезпечення рівного доступу всіх громадян до медичної допомоги, соціальне спрямування політики розвинених країн – ступінь людського розвитку; всесвітні організації, орієнтовані на захист здоров'я людини і її прав на здоров'я (ВООЗ, ЮНІСЕФ, МФА та ін.), виробляють обов'язкову для цивілізованого світу стратегію охорони здоров'я;
- економічної: відтворення продуктивних сил, чисельності працездатного населення, зрештою, збереження генофонду нації є завданням національної безпеки і досягнення економічної конкурентоспроможності держави;
- соціально-демографічної: стан охорони здоров'я в суспільстві впливає на його старіння, демографічні зсуви, соціальну стратифікацію тощо;
- індустріально-технологічної: ступінь індустріалізації та інформатизації суспільства сприяє розвитку охорони здоров'я та її технологізації, що водночас висуває певні вимоги до стану здоров'я людини в сучасному суспільстві.

Таким чином, система охорони здоров'я – це складний соціальний феномен, який можна розглядати як визначальний чинник рівня людського розвитку суспільства та його прогресу, соціальної політики держави та її національної безпеки. Разом з цим, ефективна діяльність системи охорони громадського здоров'я забезпечує як певний рівень здоров'я населення, так і збереження генофонду нації, норми екологічного співіснування в навколишньому середовищі, що загалом сприяє конкурентоспроможності й економічній оптимізації суспільства.

Під поняттям “охорона здоров'я” розуміють комплексну систему соціально-економічних та медичних заходів, які спрямовані на збереження й підвищення рівня здоров'я кожної людини зокрема і всього населення загалом. Така дефініція виникла як результат наукових досліджень даного поняття вченими-медиками, соціологами. Юристи ж конкретизували, звузили його виклавши на законодавчому рівні як систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при

максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.¹⁰¹ Крім того, ст.ст. 4, 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначають **охорону здоров'я** як “один із пріоритетних напрямків державної діяльності”, “...один із головних чинників виживання та розвитку народу України”. Саме тому охорона здоров'я населення є одним з найважливіших завдань і внутрішніх функцій сучасної держави, пріоритетною складовою її соціальної політики, відображеною у найважливіших державних програмах і законодавчих актах.

Відповідно до визнання здоров'я найбільшою соціальною цінністю в сучасних розвинених країнах діють різноманітні моделі системи охорони здоров'я, за стан якої несе відповідальність держава, яка здійснює загальне керівництво нею. Така державна політика повинна забезпечувати рівні можливості всім членам суспільства щодо доступу до отримання послуг з охорони здоров'я та медичної допомоги. І тільки в деяких країнах, зокрема в США, значну роль в охороні здоров'я відіграють приватні медичні заклади та медичні працівники приватної практики, що надають допомогу в межах добровільного медичного страхування. Це призводить до того, що тільки 60% населення держава забезпечує необхідною медичною допомогою, а майже 40% не мають доступу до медичного обслуговування.

Державна політика у сфері охорони здоров'я включає політичні, організаційні, економічні, правові та суто медичні заходи.

3.2. Державне регулювання охорони здоров'я населення

Відмова від державно-правового управління економікою, перехід до ринкових відносин в господарській та інших сферах життєдіяльності, закріплення різних форм власності обумовили зміну методів здійснення діяльності виконавчої влади. Відбулось значне обмеження сфери використання методів безпосереднього директивного управління його об'єктами (підприємствами установами, організаціями і т. д.), господарського планування змісту та обсягу їх діяльності. Поряд з цим дістали широке застосування методи реєстрації об'єктів управління, ліцензування, контролю і нагляду, кредитування, оподаткування та ін.

Звичайно, втручання держави в сферу приватноправових відносин тягне за собою прямі чи опосередковані обмеження прав і свобод громадян, перш за все свободи підприємницької діяльності. Однак, очевидно, що повне державне невтручання практично нездійсненне.

Державний вплив у сфері ринкових відносин проявляється при здійсненні дозвільної політики (реєстрації, ліцензування, сертифікації і т.д.) в процесі правової регламентації діяльності юридичних та фізичних осіб включаючи і застосування заходів відповідальності.

Найбільш розповсюджена практика одночасного використання різних способів державного впливу, наприклад, здійснення дозвільної політики є

¹⁰¹ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – С. 20.

передумовою для наступного регулювання діяльності суб'єктів ринкових відносин на рівні законодавства і в підзаконних актах.

Значення системи медичного забезпечення у збереженні й відновленні здоров'я населення дуже велике. За даними спеціальних досліджень, добре організована система медичної допомоги могла б майже на 16% зменшити рівень потенційних втрат людино-років життя. Крім цього, вона виконує й важливу соціально-політичну функцію, оскільки сприяє формуванню почуття упевненості в майбутньому.


Державне регулювання охорони здоров'я населення означає здійснення державою комплексних заходів (організаційних, правових, економічних тощо) у сфері соціальних, економічних, політичних, духовних та ін. суспільних процесів з метою збереження й підвищення існуючого рівня здоров'я всього населення та кожної людини зокрема, запобігання на загальнодержавному рівні негативним суспільним явищам (зловживання алкогольними напоями, тютюновими виробами, реалізація неякісних харчових продуктів) та хворобам, що мають безпосереднє відношення до рівня здоров'я населення.

Державне регулювання охорони здоров'я здійснюється в інтересах усього суспільства як для стимулювання та активізації необхідних суспільству видів медичної діяльності, так і для обмеження або заборони нелегітимних її форм і видів. Його завдання – впливати на розвиток об'єктів медичної сфери всіх форм власності, здійснювати контроль за наданням ними високоякісних послуг для вирішення соціальних проблем, пов'язаних із здоров'ям, законодавчо гарантувати рівні умови господарської діяльності медичних підприємств і організацій.

В основі реалізації механізму державного регулювання охорони здоров'я населення України лежить законодавчо визначена національна податкова, бюджетна, кредитна, інвестиційна, валютно-фінансова, митна, науково-технічна політика (йдеться про регулювання через нормативно-правові акти, державний бюджет, державний контроль, податкову систему, стандарти, митні тарифи, визначення пріоритетів).

Нині охорона здоров'я України володіє доволі потужним потенціалом. Те, що його вдалося зберегти в умовах жорсткої економічної кризи, можна вважати найвагомим результатом минулого десятиріччя. Для надання медичної допомоги діє розгалужена мережа закладів охорони здоров'я. У 2000 р. в системі Міністерства охорони здоров'я функціонувало 24,2 тис. закладів та установ (в тому числі 6456 амбулаторно-поліклінічних закладів, понад 16000 фельдшерсько-акушерських пунктів, 3059 стаціонарів, де розгорнуто 434139 ліжок), 3475 закладів приватної форми власності та 198 відомчих лікарняних закладів.¹⁰²

Реальним досягненням незалежної України став перехід від монополії держави на надання медичної допомоги до формування багатуокладної

¹⁰² Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – 

системи охорони здоров'я, що закладає підвалини для створення в ній конкурентного середовища в майбутньому, а відтак – підвищення якості медичної допомоги. За останні роки зроблено певні кроки щодо забезпечення рівноправності закладів різних форм власності. Звичайно, скрутне матеріальне становище більшості громадян України стримує розвиток недержавного сектору охорони здоров'я.

3.3. Охорона здоров'я як складна соціальна система

В кожному суспільстві існує і функціонує велика кількість систем, що покликані виконувати певні функції. Існують поняття “екологічна система”, “технічна система”, “система влади” і т.д. Деякі з цих систем тільки опосередковано можуть бути керовані людиною, інші – напряму залежать від діяльності людини, створені нею.

В контексті даного дослідження нас в першу чергу цікавить система охорони здоров'я. Охорона здоров'я населення, безумовно, виступає як складна система.

Складність розгляду питання про систему охорони здоров'я пояснюється складністю і неоднозначністю поняття “охорона здоров'я”. В одних джерелах охорона здоров'я розглядається як система політичних, економічних і суто медичних заходів, в інших – як мережа об'єктів охорони здоров'я різного спрямування, видів і потужності.

Тому системність можна розглядати в кількох значеннях. Перш за все, системність можна розуміти як певну згрупованість. Адже, така складна соціальна організація як охорона здоров'я, безперечно, повинна бути певним чином згрупована. Без такого систематизування діяльності охорони здоров'я важко уявити її діяльність і керованість. Побудувавши ієрархічну структуру системи охорони здоров'я суспільство забезпечило перш за все можливість ефективної її роботи. Крім того, будь-якою діяльністю легше управляти і здійснювати її регулювання в тому випадку, якщо ця діяльність систематизована і має свою структуру.

Системність охорони здоров'я дозволяє розділити функції всієї системи на певні напрямки діяльності, потім, визначивши повноваження і компетенцію кожної підсистеми та механізм їх функціонування можна розділити ці функції між ними. Це дає можливість більш професійного підходу до виконання своїх обов'язків апаратом системи, більш ефективного керівництва системою, коли кожен відповідає за свою ланку роботи. Крім цього, це полегшує можливість проведення контролю над діяльністю системи. Наочно системність побудови охорони здоров'я можна показати на прикладі функціонування її служб. Так, зважаючи на три види медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна), в кожному з цих видів функціонує своя система служб (швидка медична допомога, стаціонарні лікарняні заклади, амбулаторні поліклінічні заклади і т.д.), що виконує специфічні, тільки їм властиві функції.

Другим напрямом розуміння системності охорони здоров'я є розуміння її як послідовної в часі діяльності. Зважаючи на визначення охорони здоров'я, як системи, що забезпечує певний рівень життєдіяльності організму людини протягом життя, можна зробити висновок, що системність повинна охоплювати не тільки діяльність системи як такої по відношенню до певного кола людей, а й по відношенню до певного часового проміжку. Варто відзначити, що функціонування системи охорони здоров'я не обмежується часовими проміжками. Допоки існує суспільство, існуватиме система охорони здоров'я, оскільки це одна з систем, що забезпечує життєдіяльність суспільства. Цим, можливо, система охорони здоров'я відрізняється від системи державної влади, яка змінюється, часом кардинально, відповідно до сучасних політичних, економічних потреб суспільства, а функціонування системи охорони здоров'я побудоване на більш стійких і стабільних принципах, що дозволяють їх змінюватися не функціонально, а лише структурно.

Аналізуючи взаємозв'язки системи охорони здоров'я з іншими системами та підсистемами, що функціонують в нашому суспільстві, можна зробити висновок, що системність охорони здоров'я включає в себе взаємопов'язаність заходів по охороні здоров'я. Адже не секрет, що здоров'я населення залежить не тільки від функціонування закладів охорони здоров'я, але й від соціального та економічного становища населення держави.

Система охорони здоров'я є соціальною системою. Перш за все, це пояснюється тим, що все її функціонування пов'язане з суспільством і його складовими – особистостями, людьми. Призначення системи охорони здоров'я полягає в тому, щоб забезпечити повсякденне функціонування здорового суспільства. Складна структура сучасної системи охорони здоров'я пояснюється складною організацією сучасного суспільства, його потребами, прагненнями, бажаннями. Не секрет, що середня тривалість життя сучасної людини набагато вища, ніж, скажімо, 100 років тому. В цьому заслуга не тільки економічного прогресу, а й прогресу соціальних систем і системи охорони здоров'я зокрема.

Виконуючи завдання держави, формалізоване в нормативних актах компетентних органів державної влади система охорони здоров'я таким чином взаємодіє з суспільством реалізуючи соціальні функції держави і впроваджуючи державну політику у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, система охорони здоров'я як соціальна система виступає організацією, що створена суспільством і державою для виконання функції підтримання здоров'я населення нашої держави.

3.4. Охорона здоров'я як сектор суспільної діяльності

Якщо XIX століття стало століттям розквіту приватної медичної практики, то XX століття перетворило медичну діяльність у потужний феномен суспільної діяльності, до того ж багатьох країнах ще й одержавлений. Завдяки впровадженню медичних технологій, передових досягнень науки і техніки праця медика із індивідуальної перетворилась у

колективну – сьогодні процес лікування захворювань забезпечують і здійснюють мобільні бригади медичних працівників, де одні з них відповідають за діагностику, другі – за лікування, треті – за реабілітацію і догляд. Таким чином, цей вид діяльності набув рис колективної праці і перетворився у потужний сектор суспільної діяльності, де сьогодні в Україні задіяно 1,3 млн. працюючих.

Всесвітня організація охорони здоров'я в діяльності по наданню медичної допомоги вбачає одне з важливіших завдань сучасної держави і громадянського суспільства і рекомендує країнам-учасникам ВООЗ розроблювати національні стратегії і політику охорони здоров'я населення, реформувати національні системи охорони здоров'я відповідно до міжнародних засад і якнайширше залучати до діяльності у серії охорони здоров'я не лише професійних медичних та фармацевтичних працівників, а й представників громадськості і широкі верстви населення, для формування здорового способу життя і зміцнення індивідуального і громадського здоров'я.

Американський підхід до медичної діяльності дещо різниться від ВООЗівського. Так, переважна більшість медичних працівників США, особливо, лікарів розглядають свою професійну діяльність як вид високооплачуваного бізнесу. Подібні ідеї характерні для країн, в яких домінуючою є приватна система охорони здоров'я.

3.5. Охорона здоров'я як сектор громадянського суспільства

Найважливіша роль в процесі здійснення охорони здоров'я населення України належить державі. Проте не варто забувати, що держава, її владні органи є похідними від суспільства і не можуть діяти врозрив із ним. Мається на увазі, що саме суспільство і його інституції (політичні партії та громадські організації) повинні бути активними учасниками законотворчого процесу, а держава, в свою чергу повинна забезпечити їм таку можливість.

Однією з загальнофілософських та політичних ідей, які циркулюють та, навіть, охопили сучасне українське суспільство, є ідея побудови громадянського суспільства. Вважається, що громадянське суспільство є однією з найоптимальніших на даний час форм суспільної організації, яка наділена гуманістичними ознаками та є базою демократизації суспільного життя. Це історично сформоване утворення постає середовищем існування та активної діяльності людини, надає певні гарантії її захищеності та стабільності. Це суспільство соціального партнерства та консенсусу, яке має багатопластову структуру і складний внутрішній механізм існування.

Громадянське суспільство – суспільна сфера з розвинутими економічними, культурними, правовими і політичними відносинами між його членами, незалежне від держави, але взаємодіюче з нею утворення, об'єднання громадян з високим соціальним, економічним, політичним,

культурним і моральним статусом, яке утворює разом з державою розвинуті правові відносини.¹⁰³

Громадянське суспільство як окремий суб'єкт суспільних відносин повинно сприяти ствердженню демократичних засад суспільного життя, гуманістичних принципів та цінностей у стосунках між різними спільнотами, саме воно пильно стежить, щоб не порушувалися, нівелювалися права людини і громадянина.

Громадянське суспільство протистоїть державі як альтернатива, контрагент державотворення і керівництва державними справами. Сутність, головна ознака громадянського суспільства полягає у відмежованості, відокремленості його від державної машини як апарату публічного адміністрування.¹⁰⁴

Громадянське суспільство складається з громадян певної держави, їх об'єднань та громадських інституцій, має свою структуру. Одним з головних завдань громадянського суспільства є задоволення інтересів членів цього суспільства, зокрема, охорони їх здоров'я. Виконання цього завдання покладається на державу та її апарат. Держава повинна бути слугою і виконавицею розпоряджень громадянського суспільства. На сучасному етапі розвитку правової науки та ідеології держава постає як засіб задоволення потреб громадянського суспільства. Саме людина, як найважливіша складова громадянського суспільства, а не держава, визнається основною соціальною цінністю. Саме так бачиться взаємозв'язок держави і громадянського суспільства сучасним українським та зарубіжними політикам та вченим.¹⁰⁵

Турбота про охорону і поліпшення індивідуального і громадського здоров'я відноситься до числа найважливіших соціальних завдань сучасного суспільства, вирішення яких покладене на державу, її органи та інститути, зокрема, на систему охорони здоров'я. В її функції входять як задоволення потреб людей у лікуванні, а головне – у попередженні захворювань (тобто в профілактиці різних видів патології, удосконалюванні й оздоровленні умов праці і побуту людей), так і здійснення комплексу заходів щодо підвищення рівня здоров'я, тривалості життя.¹⁰⁶

Від рівня розвитку охорони здоров'я населення залежить функціонування громадянського суспільства. Проблема здоров'я населення, його охорони і зміцнення є однією з найважливіших загальнонаціональних політичних і соціально-економічних проблем України. Вивчення стану здоров'я населення України, проведене під керівництвом Міністерства охорони здоров'я і Академії медичних наук України науковцями-медиками, громадськістю, доповнене звітами з Програми сталого розвитку, експертними

¹⁰³ Патей-Братасюк М., Довгунь Т. Громадянське суспільство: сутність, генеза ідеї, особливості становлення в умовах сучасної України. – Тернопіль, 1999. – С. 9.

¹⁰⁴ Філософія права: Навч. посіб. / О. О. Бандура, С. А. Бублиук, М. Л., Заїнчковський та ін.; за заг. Ред. М. В. Костицького, Б. Ф. Чміля. – К.: Юрінком Інтер, 2000. – С. 26.

¹⁰⁵ Патей-Братасюк М., Довгунь Т. Громадянське суспільство: сутність, генеза ідеї, особливості становлення в умовах сучасної України. – Тернопіль, 1999. – С. 54.

¹⁰⁶ Панкратьева Н.В. и др. Здоровье – социальная ценность: Вопросы и ответы / Н.В. Панкратьева, В.Ф. Попов, Ю. В. Шиленко. – М.: Мысль, 1989. – С. 194.

висновками українських і міжнародних експертів, спостереженнями міжнародних організацій, показує, що проблема здоров'я нації перетворилася з відомчої галузевої на одну з найважливіших політичних та економічних проблем і характеризується не лише незадовільним станом медичної допомоги та її невисокою якістю, а й недоступністю для значної частини населення.¹⁰⁷

Таким чином, можна стверджувати, що громадянське суспільство, що перебуває на стадії становлення в Україні, повинно стати основним суб'єктом і водночас об'єктом державної політики охорони здоров'я, основною її рушійною силою, інститутом, що визначає спрямованість цієї політики та контролює державні органи на предмет відповідності їх діяльності суспільним вимогам. Від розвитку сектору охорони здоров'я цього інституту в Україні буде залежати не тільки здоров'я та благополуччя людей, функціонування всієї системи охорони здоров'я, а й становлення демократичної, правової держави.

3.6. Охорона здоров'я як складова національної безпеки

Охорона здоров'я є тим життєво необхідним елементом, який прямо пов'язаний із безпечним функціонуванням суспільства, його плідним розвитком.

Основні засади державної політики, спрямованої на захист національних інтересів і гарантування в Україні безпеки особи, суспільства і держави від зовнішніх і внутрішніх загроз в усіх сферах життєдіяльності визначає Закон України "Про основи національної безпеки України" від 19 червня 2003 року.¹⁰⁸ Відповідно до його положень національною безпекою визначається захищеність життєво важливих інтересів людини і громадянина, суспільства і держави, за якої забезпечуються сталий розвиток суспільства, своєчасне виявлення, запобігання і нейтралізація реальних та потенційних загроз національним інтересам, а національними інтересами відповідно життєво важливі матеріальні, інтелектуальні і духовні цінності Українського народу як носія суверенітету і єдиного джерела влади в Україні, визначальні потреби суспільства і держави, реалізація яких гарантує державний суверенітет України та її прогресивний розвиток (пп. 1, 2 ст. 1). У контексті сказаного уявляється, що охорона здоров'я людини, громадянина, суспільства в Україні, а також забезпеченість її на високому рівні насамперед державою є важливою складовою національних інтересів.

Аналізований Закон також вказує, що загрозами національній безпеці можуть стати наявні та потенційно можливі явища і чинники, що створюють небезпеку життєво важливим національним інтересам України, а серед

¹⁰⁷ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 4.

¹⁰⁸ Офіційний вісник України. – 2003. – № 29. – Ст. 1433.

численних об'єктів національної безпеки перш за все виділяються людина і громадянин – їхні конституційні права і свободи, серед яких чільне місце обіймає й право на охорону здоров'я, а також все суспільство – його духовні, морально-етичні, культурні, історичні, інтелектуальні та матеріальні цінності, інформаційне і навколишнє природне середовище і природні ресурси (ст. 3).

Пріоритетами національних інтересів України, як зазначає Закон про основи національної безпеки, є: гарантування конституційних прав і свобод людини і громадянина серед яких і право на охорону здоров'я, медичне страхування; зміцнення фізичного здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення.

Серед чинників, які на сучасному етапі виступають основними реальними та потенційними загрозами національній безпеці України, стабільності в суспільстві, є: криза системи охорони здоров'я і соціального захисту населення і, як наслідок, небезпечне погіршення стану здоров'я населення; поширення наркоманії, алкоголізму, соціальних хвороб. Тому серед пріоритетних напрямів державної політики з питань національної безпеки України є збереження та зміцнення демографічного і трудових ресурсного потенціалу країни; подолання кризових демографічних процесів; стабілізація та поліпшення екологічного стану в містах і промислових центрах передовсім Донецько-Придніпровського регіону; недопущення неконтрольованого ввезення в Україну екологічно небезпечних технологій, речовин і матеріалів, збудників хвороб, небезпечних для людей, тварин, рослин, організмів; створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я, ліквідації алкоголізму, наркоманії, інших негативних явищ.

3.7. Охорона здоров'я як об'єкт системно-управлінського аналізу і впливу

Необхідною умовою ефективного функціонування системи охорони здоров'я як однієї з найважливіших функцій держави, складової державної політики у соціальній сфері тісно пов'язане з державним управлінням у цій сфері.

У зв'язку з аналізом управлінських засад формування і здійснення державної політики у сфері охорони здоров'я та характеристикою ієрархії функціональних блоків постає проблема субординації між носіями державних повноважень, координації між суб'єктами і об'єктами державного управління у цій сфері. Для повного розуміння цього питання варто визначити структуру, систему і функціональні зв'язки між суб'єктами і об'єктами державної політики охорони здоров'я. Для цього потрібно провести системно-управлінський аналіз системи охорони здоров'я.

Розглядаючи державу як систему субінститутів, зазначимо, що вони розмежовуються за своїми повноваженнями та функціями на горизонтальні (галузі влади) й вертикальні (рівні влади) ряди. Процес державного управління поділяється на групову активність людей, що діють в межах трьох гілок влади на три горизонтальних субпроцеси: законодавчий, адміністративний і судовий. Подібну ієрархізовану структуру має і сам об'єкт державної політики та управлінської взаємодії.¹⁰⁹

Дослідження державної політики охорони здоров'я, її системно-структурний аналіз дозволяє вдосконалити державну політику у цій сфері. Аналіз політики охорони здоров'я дозволяє помітити прогалини сучасного законодавства, вивчити проблеми, що існують в суспільстві, постають при формуванні та реалізації державної політики, при управлінській діяльності в цій сфері. Аналіз дає змогу передбачити можливі наслідки впровадження певних новацій в державну політику і т.д. Завдяки такому аналізу виробляється система пропозицій щодо покращення стану справ у цій сфері. Саме тому, системно-структурний, управлінський, політичний аналіз системи охорони здоров'я повинен стан пріоритетним напрямом досліджень науковців і практиків для вироблення ефективної державної політики охорони здоров'я, що відповідає б сучасній ситуації та потребам населення держави.

Аналіз охорони здоров'я як об'єкта державної політики тісно пов'язане із збільшенням (розширенням) розуміння фундаментальних методів такого дослідження. Методологічні проблеми формують теоретико-концептуальне тло всіх досліджень, тому аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я, системно-управлінських аналіз охорони здоров'я не є винятком, особливо, зважаючи на складність предмету дослідження.

Сфера охорони здоров'я є однією з тих сфер дослідження, що не завжди підлягає точному кількісному вимірюванню. Тому дискусійним питання є питання про застосування при дослідженні цієї сфери певних аналітичних методів, що базуються на статистиці, зокрема, методу статистичного аналізу. Проте, статистичні показники рівня здоров'я населення все ж присутні при характеристиці стану здоров'я населення країни. Чимало досліджень системно-управлінської сфери базується на застосуванні аналізу ситуативних прикладів. Тому, визначення державної політики, шляхів її здійснення та управління нею повинно базуватися на всіх можливих методах дослідження.

Важливим питанням, що стоїть в процесі здійснення такого аналізу є питання про те, хто ж повинен здійснювати такий аналіз. Перш за все, він повинен здійснюватися зацікавленими органами державної влади, органами державного управління охороною здоров'я. Аналіз також повинен здійснюватися науковими установами та окремими науковцями.

¹⁰⁹ Валерій Тертичка. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. – К.: Видавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С. 494 – 495.

Глава 4. Сучасний стан здоров'я населення України

Стан здоров'я населення – надзвичайно важливий інтегруючий показник соціально-економічного та культурного розвитку суспільства й держави. З одного боку, він відображає внутрішній політичний, економічний та соціальний стан країни, а з іншого – людський потенціал суспільства, спроможність держави конкурувати з іншими країнами в міжнародному співтоваристві. Такі показники розвитку держави як рівень економічних досягнень, науково-технологічного розвитку, стан середовища існування, зрештою, культура й освіта, рівноправність громадян впливають на тривалість і якість життєдіяльності нації, її генофонд, тобто на її здоров'я, згідно з його розумінням і визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Як вважає Всесвітня організація охорони здоров'я, стан здоров'я є загальним терміном для характеристики здоров'я громадян, груп населення або народу, вимірюваного за загальноприйнятими стандартами. У деякому роді схожий термін "рівень здоров'я" звичайно відноситься до кількісних показників стану здоров'я.¹¹⁰ Оцінка стану здоров'я проводиться також за допомогою відповідних критеріїв, під якими розуміється стандарт, на підставі якого дається оцінка чому-небудь.

В науці соціальної медицини стан здоров'я населення оцінюють за демографічними показниками (народжуваність, смертність, природній приріст тощо) та показниками медичної статистики (захворюваність, тимчасова та постійна втрата працездатності, смертність тощо). Разом з тим стан громадського здоров'я є істотним фактором суспільно-економічного розвитку держави. За прогнозами українських економістів (В. Геєць та ін.), у довгостроковому періоді низький рівень здоров'я населення України (людський потенціал або капітал) впливатиме на соціально-економічне становище і на темпи зростання.¹¹¹

Таким чином, стан здоров'я населення будь-якої країни можна вважати одним із найважливіших показників рівня розвитку даного суспільства. Інтегральні показники стану здоров'я населення, зокрема демографічні, міжнародні організації (ООН, ВООЗ, ЮНІСЕФ, МОП та ін.) використовують як еталон порівняння ступеня розвитку держав різних соціальних і культурних типів. Незважаючи на те, що Україна за показниками освіченості населення є передовою державою, зниження народжуваності та підвищення смертності ставить її на 102 місце серед інших держав, спостереження за

¹¹⁰ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 16.

¹¹¹ Цит. по: Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І.М. Солоненка, Л.І. Жаліло. - К.: Вид-во НАДУ, 2004. – С. 6.

яким веде ВООЗ. Загалом, за основним інтегральним показником стану здоров'я – тривалістю життя – серед країн Східної Європи Україна посідає передостаннє (перед Молдовою) місце.¹¹²

Сьогодні стан здоров'я населення України є вкрай незадовільним і викликає глибоку стурбованість широких кіл української і міжнародної громадськості, державних діячів, політиків, керівників органів державної влади, політичних партій і громадських організацій, а також працівників охорони здоров'я. Очевидна невідповідність між великими потребами в охороні здоров'я населення і низькими можливостями державної системи охорони здоров'я. Незважаючи на те, що Україна має добре розвинену мережу об'єктів охорони здоров'я – лікарні, поліклініки, діагностичні центри, медичні науково-дослідні інститути, здоровпункти, аптеки, диспансери, – ефективність її діяльності доволі низька, про що свідчить кількість хворих та інвалідів, яка щороку зростає.

Міжнародні експерти зазначають, що в Україні біологічний вік чоловіків перевищує паспортний на 5–7 років, а жінок – на 3–5, що свідчить про зниження якості життя.¹¹³ У сучасній Україні чоловіки передчасно старіють, більше страждають від нещасних випадків, зазнають впливу соціальних факторів, а також схильні до негативних звичок (алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління, переїдання, гіподинамія та ін.).

Через вплив екологічних, економічних та соціальних факторів трансформаційного періоду показники громадського здоров'я в Україні дедалі знижуються. Нині, за даними Міністерства охорони здоров'я України, серед 47 млн. її громадян зареєстровано понад 6 млн. осіб з різними формами серцево-судинних захворювань, 741,5 тис. онкологічно хворих, 102 тис. хворих на туберкульоз. Медична статистика свідчить, що сьогодні в Україні 726,4 тис. хворих на алкоголізм, 52,4 тис. наркоманів, 132,6 тис. психічно хворих, 2380,5 тис. інвалідів.¹¹⁴

За словами колишнього Міністра охорони здоров'я України А.В.Підаєва у країні зростає рівень смертності – у порівнянні з 2002 роком він зріс на 1,19 %. Стрімке зниження рівня народжуваності та підвищення смертності, яке розпочалося наприкінці 80-х рр. і поступово призвело до зменшення кількості населення, зумовило від'ємний його природний приріст. Вперше він був зареєстрований у 1991 р. (–0,8 на 1000 населення), а в 2000 році він уже становив –7,5.¹¹⁵

Відомо, що світова демографічна ситуація також характеризується зменшенням народжуваності, але в багатьох країнах це супроводжується

¹¹² Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кунгурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 26.

¹¹³ Україна: Людський розвиток: Звіт ПРООН 1997. – Б.м., б.р. – С. 51 – 56.

¹¹⁴ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – травень. – № 9 (94). – С. 6.

¹¹⁵ Москаленко В. Ф. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: Завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 7.

зростанням середньої тривалості життя, чого немає в Україні. На даний час середня очікувана тривалість життя в Україні, за останніми даними, становить всього 68 років, а чоловіків – лише 63.

Звичайно, на показник смертності населення безпосередньо впливають показники захворюваності. Щорічно від інфекційних хвороб страждає понад 10 млн. осіб, зростає кількість ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, реєструють близько 2 млн. хворих на серцево-судинні захворювання, понад 150 тис. – на онкологічні, понад 3,5 млн. – на ендокринні, близько 800 тис. – на захворювання нервової системи, триває епідемія туберкульозу. Значна частина населення перебуває під впливом шкідливих звичок, проживає чи працює в шкідливих для здоров'я умовах – у 2003 р. 2573 особи отримали професійні захворювання та отруєння. Із 2,5 млн. інвалідів 10% (250 тис. осіб) дістали каліцтво внаслідок професійних захворювань і травм на виробництві.¹¹⁶

Хоча в останні роки рівень загальної смертності в Україні дещо стабілізувався, однак загалом залишається високим. Структура смертності продовжує формуватися, як і в світі, в основному за рахунок хвороб системи кровообігу.

Основу структури захворюваності населення України формують наступні хвороби:

- системи кровопостачання;
- органів дихання;
- травми і отруєння;
- хвороби сечостатевої системи;
- шкіри і підшкірної клітковини;
- кістково-м'язової системи;
- очей.

Ці недуги становлять приблизно 80 % усіх первинних захворювань. В Україні від травматизму і нещасних випадків щороку гине 70 тисяч громадян.¹¹⁷

Для України характерний високий, порівняно з іншими країнами, рівень інвалідності населення, насамперед у промислових регіонах й у тих, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Так, наприклад, у містах Лисичанську, Рубіжному, Жовті Води, Стаханові, де високі рівні забруднення повітря викидами хімічних, особливо органікохімічних виробництв, загальний рівень захворюваності населення на 20-35% вищий від середніх показників по Україні, а у Сєвєродонецьку за останні 10 років удвічі збільшилася народжуваність дітей з аномаліями розвитку.¹¹⁸

¹¹⁶ Бобильова О. О. Діяльність санітарно-епідеміологічної служби України у 2000 році: завдання щодо подальшого її розвитку (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – С. 10.

¹¹⁷ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – березень. – № 6 (91). – С. 6.

¹¹⁸ Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І.М. Солоненка, Л.І. Жаліло. - К.: Вид-во НАДУ, 2004. –С. 36.

Велику стурбованість викликає епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Сьогодні в Україні налічується 36 600 ВІЛ-інфікованих. Якщо ж врахувати всіх ВІЛ-позитивних осіб, то ця кількість збільшується до 64 тис. Смертність від СНІД за рік зросла на 91%.

Інша важка недуга – туберкульоз, що є індикатором соціальних негараздів. Щорічно в Україні реєструють понад 27 тис. нових хворих на туберкульоз, рівень захворюваності на який і досі залишається високим, а смертність за останні роки зросла на 11%. За останні 10 років захворюваність на всі форми туберкульозу в Україні підвищилася на 87,8% (з 32,0 до 60,1 на 100 тис. населення). У 2001 р. в Україні на диспансерному обліку перебували понад 680 тис. осіб (1,4% усього населення країни), з них близько 140 тис. осіб (21,2%) — хворі на активні форми туберкульозу. Ці дані основані на реєстрації хворих у лікувально-профілактичних закладах, а реальна кількість таких хворих, на думку деяких авторів, в 1,5-2 рази більша. В останні роки туберкульоз в Україні значно „помолодшав”. Захворюваність на туберкульоз дітей в Україні за 1990-2000 рр. збільшилася в 1,9 разу (з 4,7 до 9,0 на 100 тис. дитячого населення), що є несприятливим прогнозом.

Захворюваність на туберкульоз органів дихання серед населення України зросла у 2 рази (з 28,0 на 100 тис. населення у 1990 р. до 56,4 на 100 тис. населення у 2000 р.), показники бактеріальних форм туберкульозу у вперше виявлених хворих в Україні зросли в 1,9 разу (з 11,0 у 1990 р. до 21,0 у 1999р.), що становить епідемічну загрозу для населення і спричинює ріст інфікованості серед населення. Сьогодні інфікованість мікобактерією туберкульозу осіб віком 7-8 років становить 8,5%, 14 років — 26%, > 40 років — 80% населення цих вікових груп.

У структурі смертності населення України від інфекційних захворювань туберкульоз посідає 1-ше місце. Щорічно від туберкульозу помирає 8-10 тис. осіб, що перевищує смертність від усіх інфекційних хвороб разом узятих. Смертність від усіх форм туберкульозу з 1990 р. до 2000 р. зросла в Україні в 2,8 разу (з 8,1 до 22,3 на 100 тис. населення). У клінічній структурі смертності 90,8 % займає туберкульоз органів дихання. Співвідношення кількості померлих чоловіків і жінок становить 7/1. Щорічно збільшується кількість хворих з посмертно встановленим діагнозом туберкульозу (близько 8,6% усіх померлих), які не лікувалися в закладах фтизіатричної служби і були джерелом інфекції впродовж тривалого часу. Епідеміологічну ситуацію в Україні вкрай загострюють небезпека виникнення епідемії хіміорезистентного туберкульозу, туберкульоз у хворих на СНІД та проблема туберкульозу в пенітенціарній системі¹¹⁹

Серйозну проблему для держави становить стале зростання захворюваності на цукровий діабет.

Викликає турботу також зловживання тютюновими виробами. Це зумовлене масштабністю шкоди паління для здоров'я. За оцінками

¹¹⁹ Усічено І.Г. Співпраця Товариства Червоного Хреста України, органів влади та закладів охорони здоров'я у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами // Охорона здоров'я України. – 2002. – №2(5). – С. 57.

Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в Україні у 1995 році 123 тисячі випадків смертей були пов'язані з вживанням тютюну, тобто майже кожний сьомий померлий.

За даними ВООЗ, паління є причиною приблизно 95 відсотків усіх випадків раку легенів у чоловіків 35—69 років, 48 відсотків жінок 35—69 років; відповідно 76 та 20 відсотків раку губи, ротової порожнини, горла, стравоходу; 85 і 35 відсотків — хронічних хвороб органів дихання; 41 і 6 відсотків — серцево-судинних хвороб.

Статистика реалізації тютюнових виробів і результати соціологічного опитування населення в Україні свідчать, що чисельність тих, хто палить, збільшується, особливо серед представників жіночої статі. За даними Українського науково-дослідного інституту кардіології, у віковій групі 20—29 років вживають тютюн 60,5 відсотка чоловіків та 32 відсотки жінок; 30—39 років — відповідно 51 відсоток та 24 відсотки; 40—49 років — 50 і 19 відсотків; 50—59 років — 39 і 7,5 відсотка.

Велике занепокоєння викликає той факт, що паління досить поширене серед учнівської та студентської молоді. Ураженість цією шкідливою звичкою складає від 50 до 75 відсотків юнаків та дівчат віком 17—18 років. За даними Світового банку, економічні витрати, які пов'язані з вживанням тютюну, складають 1,2—2 відсотки внутрішнього валового продукту, тобто від чверті до третини всіх державних витрат, які йдуть на охорону здоров'я. Тому ця організація не підтримує політику щодо виробництва та переробки тютюну і заохочує впровадження програм контролю за тютюном.¹²⁰

Важливою групою хвороб, які впливають на якість життя, є порушення психічного здоров'я. Психічне здоров'я і благополуччя характеризує дуже широкий діапазон станів — від виражених психічних розладів до різноманітного ступеня задоволення своїм станом здоров'я і пов'язаною з ним якістю життя.

Частка населення з вираженими психічними розладами, які реєструються в країнах Європи, варіює від 1 % до 6 %, при цьому в більшості країн цей показник становить 1—3 %. В Україні в 1998—2000 рр. він становив 4,6 %. З іншого боку, психічні розлади, які менш виражені і не реєструються, є значно поширенішими. Так, за даними анкетування населення, в містах України 21,5 % осіб з 15-річного віку мають нервові, або емоційні, проблеми.¹²¹

Ще один інтегральний показник стану здоров'я — інвалідність. Заходи, спрямовані на профілактику інвалідності, дали змогу за останні роки знизити первинну інвалідність серед дорослого населення на 11% — з 60,6 у 1997 р. до 54 на 10000 населення у 2000 р. Однак загальний рівень інвалідності

¹²⁰ Данільян О.Г., Дзьобань О.П., Панов М.І. Національна безпека України: структура та напрямки реалізації: Навчальний посібник / Худож.-оформлювач С.І. Правдюк. — Харків: Фоліо, 2002. — С. 174.

¹²¹ Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. — К.: Здоров'я, 2003. — С. 98.

залишається високим, а абсолютна кількість інвалідів сягає майже 2,5 млн., що можна порівняти з чисельністю населення середньої за величиною області.¹²²

Вагомий вплив на здоров'я має харчування. Незадовільний санітарний стан об'єктів громадського харчування стає причиною спалахів інфекційних захворювань і харчових отруень, а неякісне харчування призводить до розвитку патологій органів травлення, питома вага яких серед усіх хвороб за 10 останніх років збільшилась на 22%.

На стан захворюваності населення впливає низка різноманітних чинників, серед яких – низький рівень життя, що призводить до нестачі у переважної більшості населення коштів для нормального, здорового існування, відсутність доброякісного харчування та його висока вартість, катастрофічна екологічна ситуація, недостатнє і ненормальне фінансування системи охорони здоров'я, відсутність цивілізованого фармакологічного ринку з широким асортиментом препаратів та ін.

Важливими чинниками, які на 50—55 % визначають здоров'я (індивідуальне і громадське), є спосіб життя людини. Одним із індикаторів у контексті завдання виконання глобальної програми „Здоров'я для всіх” — покращення способу життя — є індекс маси тіла (ІМТ), оскільки ожиріння асоціюється з різноманітними хронічними захворюваннями. За даними медико-соціологічних досліджень, масу тіла понад норму (ІМТ > 27 кг/м²) мають 37,9 % міських жителів України, з них 17,5 % страждають від ожиріння (ІМТ > 30 кг/м²), що майже в 2 рази більше, ніж у Данії. 9,3 % опитаних мають ІМТ нижче від норми (ІМТ < 20 кг/м²).

Стосовно деяких інших аспектів способу життя населення, які впливають на формування здоров'я (фізична активність, вживання алкоголю та тютюнопаління), в науковій літературі існують наступні дані. Люди, які виявляють фізичну активність під час дозвілля, становлять в Україні 53,8 % респондентів. Цей показник практично не відрізняється від такого в більшості країн Європи. Вживають алкогольні напої близько 60 % усіх опитаних. За даними Центру проблем алкоголю і наркотиків, споживання чистого алкоголю на душу населення в Україні становить близько 13л на рік. Палять 53 % жителів віком 15 років і старші.¹²³ Насправді, реальні показники видаються значно вищими.

Коментуючи теперішню ситуацію зі станом здоров'я населення України, варто зауважити, що головним чинником ризику для здоров'я є **бідність**. За даними проведених соціологічних досліджень, у значної частки опитаних рівень щомісячного доходу на душу населення був нижчим від прожиткового мінімуму, що був прийнятий в Україні на відповідний період. Надзвичайно тривожним фактором є факт зменшення доступності медичної

¹²² Москаленко В.Ф.. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: Завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №. 2. – С. 7.

¹²³ Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 99.

допомоги для населення в Україні. З кожним роком вона все більше віддаляється від реальних потреб людей, збільшується кількість відмов пацієнтів від амбулаторного та стаціонарного лікування, внаслідок відсутності коштів.

За роки незалежності України значно скоротилося державне фінансування безплатної для населення медичної допомоги. Розрахунок динаміки цін за різними видами витрат охорони здоров'я свідчить, що обсяг державного фінансування з 1991 по 2001 р. зменшився на 2/3.¹²⁴

Необхідно також зауважити, що за витратами на охорону здоров'я (відсоток від валового внутрішнього продукту) серед 45 країн Європи Україна – на 41-му місці. Цей показник в Україні порівняно з найбільш благополучною країною — Німеччиною — нижчий більше ніж у 3 рази (Німеччина — 10,7 %; Україна — 3,3 %), порівняні із середнім в Європі — в 1,7 разу, в країнах Європейського Союзу – у 2,4 разу (Європа – 6 %; країни Європейського Союзу – 8,5 %). Особисті витрати громадян України на медичні та санаторно-курортні послуги (включаючи ліки) становлять у середньому близько 11 грн. на місяць на одну сім'ю (домогосподарство) (3,8% від загальних грошових витрат).¹²⁵

Причинно-наслідковий аналіз медичних і соціологічних факторів, які визначають рівень здоров'я населення, розкриває ще один аспект проблеми – він залежить від ставлення людини до особистого здоров'я, від того, як високо цінується здоров'я індивіда і суспільства загалом. В Україні на національному рівні немає позитивної концепції здоров'я і здорового способу життя. Тому, на думку провідних українських політиків і вчених-медиків, є підстави говорити про **інфляцію здоров'я**. Мова йде про те, що в Україні негативні зміни рівня здоров'я населення схожі на інфляцію в економіці – невідповідність між кількістю і цінністю.

Вказані кількісні і якісні показники стану здоров'я населення України, на жаль, свідчать про відсутність ефективної політики охорони, зміцнення і підтримання громадського здоров'я, а діяльність вищих органів державної влади, зокрема, влади виконавчої – Кабінету Міністрів і Міністерства охорони здоров'я України свідчать про несистемні, а швидше окремі спорадичні дії, що не дають бажаного результату. Діяльність центральних і місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування спрямована на поліпшення медичної допомоги на охорону здоров'я громадян, на жаль, ще не привела до корінного перелому в стані здоров'я населення. Адже процеси поліпшення здоров'я доволі тривалі, і потрібен значний час, щоб цілеспрямовані заходи державної політики дали позитивні результати.

¹²⁴ Запорожан В.М., Журавель В.І. Сучасні процеси перебудови системи охорони здоров'я України потребують наукового обґрунтування // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3–4 (6–7). – С. 33.

¹²⁵ Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 99.

Глава 5. Система охорони здоров'я України та принципи її функціонування

5.1. Поняття системи охорони здоров'я

Протягом тривалого часу лікування захворювань та охорони здоров'я були приватною справою медика і пацієнта. Розрізнені зусилля окремих медиків не могли суттєво вплинути на стан здоров'я всього суспільства. Більше того, масове поширення хвороб, передусім епідемічних і туберкульозу, на певному етапі суспільного розвитку стало гальмівним фактором, який потрібно було усунути. Постало питання про створення **системи охорони здоров'я**, яка б мала за мету поліпшення громадського здоров'я, здійснювала заходи щодо поліпшення здоров'я не лише окремої людини, а й суспільства загалом.

Основи законодавства України про охорону здоров'я розглядають охорону здоров'я населення як **„систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя”**.¹²⁶

Під „системою охорони здоров'я” розуміють сукупність її елементів, спрямованих на діяльність у сфері охорони здоров'я, включаючи їх внутрішньосистемні зв'язки і відносини, діяльність допоміжних забезпечувальних елементів – підприємств хіміко-фармацевтичної, медичної і мікробіологічної промисловості, аптечних складів та ін. Основним елементом системи охорони здоров'я є різноманітні заклади охорони здоров'я як її основні об'єкти, певні робочі ланки. Другим елементом цієї системи є відповідні органи управління, які як суб'єкти державного чи комунального управління здійснюють керівництво закладами охорони здоров'я. Поєднання перших і других в одній системі якраз і дає змогу здійснювати певну діяльність і виконувати поставлені перед нею завдання.

Система охорони здоров'я – це сукупність різноманітних об'єктів і суб'єктів управління. Вона складається з великої кількості різноманітних органів виконавчої влади загальної і спеціальної компетенції, закладів охорони здоров'я різних видів (лікувально-профілактичних, санітарно-профілактичних, фізкультурно-оздоровчих, діагностичних, аптечних, наукових та ін.), професійну діяльність медичних і фармацевтичних працівників, а також функціональні службові зв'язки між ними.

На думку російських дослідників Н. Б. Найговзіної та М. А. Ковалевського, для визначення змісту поняття системи охорони здоров'я можливі наступні два варіанти:

- система охорони здоров'я – це система суб'єктів, що здійснюють

¹²⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 20.

охорону здоров'я громадян;

– система охорони здоров'я – це система відносин, метою якої є охорона здоров'я громадян.

Якщо взяти за основу перший підхід, то виходячи зі змісту ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я можемо визначити, що **система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я України, метою діяльності яких є забезпечення громадянам конституційних прав на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, надання кваліфікованої медико-санітарної допомоги, здійснення комплексу спеціальних лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на діагностику та лікування захворювань, зміцнення здоров'я, підвищення медико-санітарної культури населення, запобігання захворюванням та інвалідності, реабілітацію хворих та інвалідів, організацію роботи закладів охорони здоров'я та управління ними.**

Незважаючи на удавану простоту цього підходу, однак він є хибним через наступні обставини. По-перше, він суперечить змістові поняття охорони здоров'я в міжнародних правових актах, зокрема документах ВООЗ. Наприклад, словник термінів, виданий ВООЗ, вказує, що система охорони здоров'я – це сукупність взаємозалежних заходів, що сприяють зміцненню здоров'я і проводяться вдома, у навчальних закладах, на робочих місцях, у громадських місцях, у громадах, у фізичному і психосоціальному оточенні, а також у секторі охорони здоров'я і зв'язаних з ним секторах. Система охорони здоров'я звичайно організована на різних рівнях, починаючи із самого периферійного, відомого також за назвою комунального рівня або первинного рівня медико-санітарної допомоги, має проміжний рівень (районний, обласний або провінційний) і центральний рівень. Проміжний і центральний рівні зв'язані з тими елементами системи охорони здоров'я, що регулюються національною адміністрацією, і на цих рівнях надається більш складна і більш спеціалізована допомога і підтримка. Досить складно сприйняти таку багатогранну систему охорони здоров'я, зберегти її цілісність і забезпечити функціонування відповідно до домовлених принципів.¹²⁷

Крім того, у цьому ж словнику міститься поняття комплексної системи охорони здоров'я (термін 14), що має на увазі все, що є необхідним для охорони здоров'я населення. Тобто **система охорони здоров'я** (особливо комплексна), відповідно до тлумачення, яке дає Всесвітня організація охорони здоров'я, фактично **являє собою систему відносин у сфері охорони здоров'я населення**, що відповідає не першому, а другому із поданих вище значень.

Подібний підхід з'явився в результаті історичного розвитку системи охорони здоров'я і загальних принципів відносин між людиною й державою у колишньому СРСР, коли внаслідок об'єктивних складностей розвитку країни

¹²⁷ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 15 – 16.

пріоритет у багатьох випадках віддавався саме державним інтересам, інтересам органів влади, а не інтересам окремої людини. Тому змістовнішим видається інший підхід: **система охорони здоров'я – це система відносин, що мають на меті охорону здоров'я людини**. При цьому коло подібних відносин не повинно бути дуже широким, щоб не втратити керованість системою. Визначити його – завдання поточного законодавства, яке необхідно вирішити з урахуванням політико-економічного становища країни і наявних конкретних організаційних, фінансових, кадрових та інших можливостей.¹²⁸

Однак, слід констатувати, що і сьогодні в офіційних документах і науковій літературі, коли заходить мова про систему охорони здоров'я, то більшість джерел і авторів подають її визначення і розуміння, саме як систему відповідних суб'єктів (Кабінету Міністрів, Міністерства охорони здоров'я України, управлінь і відділів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій і міських рад, закладів охорони здоров'я, приватно-практикуючих медичних та фармацевтичних працівників охорони здоров'я та ін.).

У спадок від радянського минулого системі охорони здоров'я незалежної України дістався державний характер охорони здоров'я, тобто тотальне, стопроцентне її одержавлення. Про жодну конкуренцію, змагальність між закладами охорони здоров'я, боротьбу за пацієнта шляхом підвищення якості надання медичної допомоги чи зниження її вартості не могло бути й мови.

Система охорони здоров'я України як складова системи охорони здоров'я СРСР протягом тривалого часу розвивалась екстенсивним шляхом – із року в рік, із п'ятирічки в п'ятирічку збільшувалися капіталовкладення в неї, збільшувалась й кількість закладів охорони здоров'я, медпрацівників і лікарняних ліжок. А разом із безплатністю й доступністю медичної допомоги ці показники становили одну з головних ідеологічних засад, що демонстрували переваги соціалістичного ладу над капіталістичним. Дійшло до того, що колишній СРСР за кількістю лікарів не лише випередив високорозвинуті країни, а й сконцентрував понад третину всіх лікарів у світі – 1 млн. 263 тис. (1990 р.). «Кожен третій лікар у світі – радянський!», – гордо заявляли керівники колишнього СРСР і союзного міністерства охорони здоров'я, скромно замовчуючи те, що, незважаючи на колосальні кошти, вкладені у забезпечення функціонування цієї системи, ефективність її діяльності була вкрай низькою. Кількість хворих з року в рік зростала («Радянський хворий – найхворіший у всьому світі», – у дусі тодішньої гігантоманії «жартували» керівники охорони здоров'я), збільшувалася кількість важких та ускладнених захворювань, інвалідизація населення. В гонитві за кількісними показниками знижувався і професійний рівень

¹²⁸ Найговзина Н. Б., Ковалевский М. А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. – М.: Классик-Консалтинг, 1999. – С. 19.

медичних працівників, особливо лікарів, які допускали значну кількість професійних помилок як у діагностуванні, так і в лікуванні захворювань.

Протягом тривалого періоду в країні діяла централізована система охорони здоров'я, яка мала всі ознаки тоталітарного режиму державної влади, виражений адміністративний та бюрократичний характер, була мало придатною до динамічних змін її функціонування. Практично не діяли недержавні структури надання лікувальної, профілактичної і загальнооздоровчої допомоги, фінансування галузі здійснювалось винятково за рахунок державного бюджету, не використовувались такі важливі механізми розвитку, як медичне страхування і приватна практика.

Система охорони здоров'я України за час свого існування у системі охорони здоров'я колишнього СРСР пережила багато різноманітних реформ. Остання їх низка розпочалась в епоху горбачовської перебудови у середині 80-х років. Тоді у цій системі розпочинались прогресивні зміни, які проявились, зокрема, у спробі відміни фінансування закладів охорони здоров'я за кількістю лікарняних ліжок, планування діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів відповідно до кількості відвідувань, у наданні громадянам права вільного вибору лікаря та ін.¹²⁹

Конкретна жива людина, з її хворобами і проблемами, все більше знеособлювалася й віддалялася від велетенської багатоповерхової системи охорони здоров'я «країни, де переміг соціалізм», й існувала лише для підтвердження правильності соціалістичного вибору, де ідеологічні засади були головними у виправданні її існування, й то лише в показниках десятків і сотень тисяч одиниць.

Тому, після здобуття у 1991 р. Україною незалежності і вибору нового демократичного вектора суспільного розвитку, з усією гостротою постало питання про необхідність формування нової сучасної системи охорони здоров'я.

На думку групи науковців під керівництвом доктора економічних наук професора Б. М. Данилишина, які досліджували проблеми формування концепції сталого розвитку в Україні, система охорони здоров'я в Україні за роки її незалежності пройшла три основні етапи її розбудови і трансформації. Перший з них (1991 – 1994 рр.) розпочався зі створення у грудні 1991 року Міністерства охорони здоров'я незалежної України, пройшов у 1992 році через прийняття Основ законодавства України про охорону здоров'я, затвердження у 1992 р. Президентом України першого положення про міністерство, проведення заходів щодо збереження існуючої системи охорони здоров'я в умовах соціально-економічної кризи: пошук обґрунтування, апробація, формування принципів, шляхів та напрямів функціонування системи охорони здоров'я в нових соціально-політичних умовах (період формування).

¹²⁹ Див. накази Міністерства охорони здоров'я СРСР від 22 червня 1987 р. „Про відміну планування в оцінці роботи амбулаторно-поліклінічних закладів по числу відвідувань”, від 7 серпня 1987 р. № 938 „Про вільний вибір дільничного лікаря” та ін.

Протягом другого етапу (1995 – 1998 рр.) відбувалося створення конституційних засад охорони здоров'я, активізація протидії кризовим процесам, формування конкурентного середовища та обмеження державного втручання в економіку охорони здоров'я на фоні макроекономічної стабілізації та зупинення падіння виробництва, посилення впливу органів влади на економічні процеси в охороні здоров'я, забезпечення керованості ними, введення державного і громадського контролю за розподільчими процесами (період стабілізації).

На третьому етапі (1999 р. — по даний час) продовжується розвиток фінансово-економічних, кадрових та матеріально-технічних ресурсів системи охорони здоров'я на основі соціально-економічного зростання, проведення адміністративних функціональних реформ у сфері охорони здоров'я, утвердження критичної маси ринкових перетворень, посилення інноваційної та інвестиційної складових економічного потенціалу системи охорони здоров'я, випереджаюче трансформування економічних результатів ринкових перетворень у медико-соціальні, впровадження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (період сталого розвитку).¹³⁰

Сучасна ситуація в системі охорони здоров'я України надто складна і потребує невідкладного розв'язання нагромаджених проблем. Зміни, що відбулися останнім часом у сфері соціально-економічних відносин призвели до поступового руйнування державної системи охорони здоров'я. Запровадження ж нових для галузі умов господарювання та управління здійснюється безсистемно, що значною мірою знижує ефективність перетворень в охороні здоров'я, стримує перехід на якісно новий етап розвитку.¹³¹

Тривалий час на всіх рівнях точилися дискусії про формування моделі і концепції охорони здоров'я населення в країні. Підсумок цьому підвів Президент України, прийнявши 7 грудня 2000 р. Указ, яким затвердив Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Цю Концепцію сформовано відповідно до ідей реформування системи державного управління, закріплених у концепції проведення в Україні адміністративної реформи, і у своїх головних положеннях вона розвиває та конкретизує відповідні засади щодо здійснення адміністративної реформи у сфері охорони здоров'я. Концепція передбачає формування на основі існуючої нової – державно-комунальної моделі надання медичної допомоги громадянам України.

На її базі має бути створена сучасна система охорони здоров'я громадян України, ефективного функціонування якої забезпечуватиметься виконанням чинного законодавства про охорону здоров'я і раціональним управлінням, що повинно ґрунтуватися на принципах децентралізації і відповідальності за

¹³⁰ Україна: прогрес на шляху сталого розвитку // Інформаційно-аналітичний огляд виконання „Порядку денного на XXI століття”. Науковий керівник – доктор економічних наук Б. М. Данилишин. – К.: ЗАТ „Нічлава”, 2002. – С. 76.

¹³¹ Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. – К., 2001. – С. 7.

результати діяльності на кожному з трьох основних рівнів системи управління. Водночас передбачається збереження управлінської вертикалі (Міністерство охорони здоров'я України – управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій – головні лікарі центральних районних лікарень) для забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, дотримання державних соціальних нормативів у цій сфері та єдиних галузевих (медичних, медико-технічних, санітарних, гігієнічних та ін.) правил і норм.

Сьогодні система охорони здоров'я України являє собою своєрідне поєднання державно-комунальної і громадської моделей функціонування. До громадських заходів в цій сфері відносин можна віднести діяльність політичних партій, рухів, громадських ініціатив (“Пульс України”), численних громадських організацій, зокрема Товариства Червоного Хреста України, асоціацій “Чорнобиль”, “Діти Чорнобиля”, хворих певними захворюваннями, наприклад, цукровим діабетом чи нирковою недостатністю, релігійних громад та їх об'єднань, благодійних фондів та інших, організацій по наданню медико-санітарної допомоги, проведення лікування та оздоровлення, профілактики захворювань, забезпеченню громадян ліками, діяльність недержавних органів преси, радіо, телебачення, інших інформаційних систем, що поширюють серед населення медичні знання, пропагують здоровий спосіб життя тощо. Окремо слід сказати про діяльність в сфері охорони здоров'я приватних і колективних лікувально-профілактичних та аптечних закладів, які з'явилися в Україні протягом останніх років як альтернатива відповідним закладам державної і комунальної форм власності, розширюючи інфраструктуру закладів з надання медичної допомоги і медичних послуг.

Однак, вирішальну роль у забезпеченні охорони здоров'я населення України відіграє все ж таки державно-комунальна система охорони здоров'я, яка охоплює близько 98 % всіх ресурсів системи охорони здоров'я, до якої входить велика кількість державних органів, підприємств, установ, організацій в тому числі різноманітних закладів охорони здоров'я, що густою сіткою покривають всю територію держави. За даними Державного комітету статистики України, до складу державно-комунальної системи охорони здоров'я станом на 31 грудня 2003 року відносилися 24,2 тис. закладів та установ системи Міністерства охорони здоров'я України (в т. ч. 16,2 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів), а також 198 відомчих лікарняних закладів та 3475 закладів недержавних форм власності. Діюча мережа лікувально-профілактичних закладів, без урахування санаторно-курортних, складалася з 3211 лікарень і 6384 амбулаторно-поліклінічних закладів.

Лікарняна мережа нараховувала: 625 міських лікарень, 109 дитячих міських, 134 спеціалізованих, 27 обласних, 488 центральних районних лікарень, 1047 дільничних, 87 психіатричних та наркологічних, 379 диспансерів, 87 пологових будинків. Ліжковий фонд системи охорони здоров'я України становив 472450 лікарняних ліжок.

У всіх установах та закладах охорони здоров'я України на сьогодні зайнято приблизно 1,3 млн. чол., з них у системі МОЗ України – 1,1 млн.¹³²

Досліджуючи систему охорони здоров'я як складне утворення можна побачити, що вона включає в себе низку підсистем: підсистему медичних служб (терапевтичну, хірургічну, гінекологічну, акушерську, педіатричну та ін.), підсистему закладів охорони здоров'я за їх видами (поліклініки, лікарні, диспансери, діагностичні центри, фельдшерсько-акушерські пункти та ін.), підсистему закладів охорони здоров'я за формами їх власності (державної, комунальної, приватної, колективної) і, нарешті, підсистему медичних закладів через їх адміністративно-територіальне розташування (кількість медичних закладів в тому чи іншому адміністративному районі або області). Найважливішим елементом системи охорони здоров'я є медичні і фармацевтичні працівники, тобто людський фактор цієї системи.

Найважливішими елементами будь-якої системи є її мета, завдання й принципи організації та діяльності. При цьому особливе значення має мета системи, на підставі якої в більшості випадків окремі елементи поєднуються в єдине ціле, і в той же час вони організаційно відокремлюються від зовнішнього середовища. Як визначає Всесвітня організація охорони здоров'я, метою системи охорони здоров'я є розвиток охорони здоров'я, безперервний, постійний процес поліпшення стану здоров'я населення.¹³³

За ступенем складності розрізняють системи прості, складні й дуже складні. Очевидно, що система охорони здоров'я відноситься до дуже складних і керованих систем.

За змістом системи поділяються на економічні, інформаційні, технічні, психологічні, філософські, соціально-економічні (галузі, сфери обслуговування), управлінські системи. Окремо виділяють дуже складні організаційні системи, основним елементом яких є людина – елемент сам по собі, як відомо, дуже складний, активний і не завжди передбачуваний у діях.

Користуючись методичним підходом з теорії ієрархічних систем, та доповненням В. І. Журавля для характеристики систем, можна визначити наступні особливості системи охорони здоров'я:

- по-перше, це багатоцільова і багаторівнева система з ієрархічною формою управління (ієрархічними є системи, в яких кожен компонент у свою чергу може розглядатися як система). Складовою (компонентом) системи охорони здоров'я є державне управління даною галуззю. Ієрархічність і багаторівневність у системі охорони здоров'я – це властивості не лише побудови означеної системи, а й її поведінки. Цілісне функціонування системи охорони здоров'я є результатом взаємодії всіх її сторін і рівнів;
- по-друге, її складові (елементи) нерідко піддаються випадковим, неконтрольованим впливам; характер зв'язку складний, а система певною мірою має ймовірний, а не детермінований характер;

¹³² Статистичний щорічник України за 2003 рік. / Державний комітет статистики України. За ред. О.Г. Осауленка. – К.: „Консультант”, 2004. – С. 487 – 488.

¹³³ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 16.

- по-третє, система складається з великої кількості підсистем, які відрізняються не тільки ступенем складності, характером і складом елементів, а й організаційною структурою;
- по-четверте, як і для всіх ієрархічних систем, для системи охорони здоров'я характерним є: послідовне вертикальне розташування підсистем, що її становлять (вертикальна декомпозиція); пріоритет дій або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистем верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій.

Можна стверджувати, що окрім поданих вище чотирьох особливостей, що характеризують систему охорони здоров'я, потрібно враховувати ще одну. Йдеться про великий вплив на успішну діяльність системи охорони здоров'я горизонтальних зв'язків як між іншими системами, так і між підсистемами самої системи охорони здоров'я населення.

Як соціальна системна структура охорона здоров'я виконує такі функції:

- прями: просвітницьку оздоровчу діяльність, встановлення норм професійної та побутової безпеки, профілактичні заходи щодо захворювань, лікування захворювання, охорону материнства і дитинства, реабілітацію хворих і відновлення їхнього здоров'я;

- опосередковані: забезпечення здорового середовища співіснування членів суспільства; повернення до нормального суспільного функціонування осіб, які перенесли захворювання; убезпечення існування суспільства загалом, що, врешті-решт, сприяє гуманізації суспільства.¹³⁴

Охорона здоров'я як складна система може включати кілька видів систем, зокрема:

- концептуальні – ідеї, задуми керівників різних рангів; концепції медичної науки щодо надання різних видів медичної допомоги; погляди на організацію та управління у сфері охорони здоров'я;
- емпіричні – конкретні лікувально-профілактичні заклади;
- організаційні – різні рівні органів управління охороною здоров'я та моделі фінансування тощо.

Головною умовою існування будь-якої системи є сумісність підсистем, що входять до неї. Під сумісністю розуміють відсутність нездоланих протиріч між підсистемами. В іншому випадку вони гинуть, а значить гине й уся система, і намагатись підтримати її існування – даремна справа.

Розглядаючи систему охорони здоров'я України за формами власності ми побачимо, що вона включає:

- підсистему державних закладів охорони здоров'я;
- підсистему комунальних закладів охорони здоров'я;
- мережу приватних закладів охорони здоров'я з наданням платних медичних послуг, які доповнюють діяльність двох попередніх.

¹³⁴ Жаліло Л., Солоненко І., Скуратівський В. Охорона громадського здоров'я як соціальна інституція // Вісник Української Академії державного управління. – № 2. – 2003. – С. 74 – 75.

В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основних рівні: адміністративно-територіальний і галузевий. В адміністративно-територіальному відношенні вона будується відповідно до адміністративно-територіального поділу держави і є складною, багаторівневою, ієрархічно побудованою системою. Нині система охорони здоров'я побудована на основі чинного адміністративно-територіального поділу України і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до людей, які проживають у населених пунктах – селах, селищах і містах.¹³⁵ Як елементи (підсистеми) до неї входять: охорона здоров'я на рівні держави; охорона здоров'я на рівні області; охорона здоров'я на рівні району; охорона здоров'я на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села). Але незалежно від організаційного рівня – це єдина, складна, динамічна система з великою кількістю компонентів. Так, до структури системи охорони здоров'я входять лікувально-профілактичні заклади різних рівнів підпорядкування, окремі види медичної допомоги, матеріально-технічна база, кадри, фінанси тощо.

Відповідно до політики Всесвітньої організації охорони здоров'я "Здоров'я для всіх до 2000 року", яку проголосило Європейське регіональне відділення ВООЗ у 1984 р.¹³⁶, та Основ законодавства України про охорону здоров'я (ст. 35),¹³⁷ основою національної системи охорони здоров'я є первинна медико-санітарна допомога, яку надають у фельдшерсько-акушерських пунктах, лікарських амбулаторіях, сільських, селищних та міських лікарнях і поліклініках, лікарнях і станціях швидкої медичної допомоги, а також окремі медичні працівники, які мають відповідний дозвіл (ліцензію), зокрема, лікарі сімейної практики (сімейні лікарі), які працюють у державних або комунальних закладах охорони здоров'я або займаються приватною медичною практикою.

За міжнародною термінологією, що органічно увійшла в норми чинного законодавства України про охорону здоров'я, цей вид медичної допомоги називають первинною медико-санітарною допомогою. Первинну медико-санітарну допомогу подають переважно за територіальною ознакою сімейні лікарі або інші лікарі загальної практики. До її складу входять огляд і консультація лікаря, проста діагностика і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої та високо спеціалізованої допомоги.

Первинна медико-санітарна допомога є основним видом медико-санітарної допомоги, що доступна для країни і населення за її вартістю і здійснюється практичними і науково обґрунтованими, а також соціально прийнятними методами. Кожен член суспільства повинний мати до неї доступ і кожен

¹³⁵ Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 57–58.

¹³⁶ Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1991. – С. 11.

¹³⁷ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №3. – Ст. 20.

повинен приймати в ній участь. Крім сфери охорони здоров'я в її наданні повинні брати участь і інші, зв'язані з охороною здоров'я сфери. По найменшому рахунку до її завдань входить: освіта населення про наявність медико-санітарних проблем, а також про способи, як їх уникнути і як з ними боротися; сприяння достатньому постачанню харчовими продуктами і правильному харчуванню; достатнє постачання безпечною питною водою і проведення основних санітарно-гігієнічних заходів; охорона здоров'я матері і дитини, включаючи питання планування родини; профілактика місцевих ендемічних захворювань і боротьба з ними; вакцинація проти основних інфекційних хвороб; відповідне лікування найбільш розповсюджених хвороб і травм і забезпечення основними лікарськими засобами.

Первинна медико-санітарна допомога здійснює головну функцію і є центральною ланкою системи охорони здоров'я країни, основним засобом надання медико-санітарної допомоги.¹³⁸

Головними засадами надання первинної медико-санітарної допомоги є її професійність і кваліфікованість (її надає лікар, тобто спеціаліст з вищою медичною освітою, який у встановленому порядку допущений до цього виду професійної діяльності), оперативність (цей вид медичної допомоги найбільше наближений до місць праці та проживання людей - фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, поліклініки і лікарні, розташовані в населених пунктах – селах, селищах і містах), доступність (відповідно до ст. 49 Конституції України надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я державної і комунальної форми власності є безкоштовним, а значить - і доступним для всіх, хто має у цьому потребу).

Вказані заклади охорони здоров'я, які надають первинну медико-санітарну допомогу, становлять первинну ланку національної системи охорони здоров'я. Їх є найбільша кількість, у них працює найбільше медичних працівників, і управління ними здійснюють: у сільській місцевості - головний лікар району, у місті - відділ (управління) охорони здоров'я міської ради.

Коли працівники комунальної охорони здоров'я не можуть поставити діагноз або проводити лікування деяких захворювань самотужки, або коли зіштовхуються з медико-санітарними або соціальними проблемами, що не в змозі вирішити самотійно, вони мають можливість звернутися по спеціалізованою допомогу. Це означає, що вони можуть попросити сприяння або направити пацієнтів у відповідний заклад, інститут або до фахівця на більш високому рівні системи охорони здоров'я, такому як центр охорони здоров'я або лікарня. Звіди пацієнтів і їхні історії хвороб можуть направляти до фахівців на більш високому рівні системи охорони здоров'я, що має більш високу кваліфікацію і здатний надати вузькоспеціалізовану допомогу з більш широкого кола проблем, використовуючи при цьому більш сучасну технологію, ніж та, котру можуть запропонувати на периферійному рівні.

¹³⁸ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 12.

Термін „спеціалізована допомога” також припускає двосторонній обмін інформацією і повернення пацієнтів до тих лікарів, хто них направив, наприклад, після одержання результатів обстежень і вказівок щодо подальшого лікування пацієнт повертається з установи першого рівня спеціалізованої допомоги до працівника комунальної охорони здоров'я.¹³⁹

Служби спеціалізованої допомоги найчастіше надають вторинну медико-санітарну допомогу, що носить більш спеціалізований характер, ніж та, котру може запропонувати найбільш віддалений периферійний рівень, і включає, наприклад, діагностичну рентгенографію, загальну хірургію, патронажне спостереження вагітних з різними ускладненнями і породіль, що мали важкі пологи, діагностику і лікування рідкісних і важко виліковних хвороб. Цей вид допомоги надається в районних і провінційних лікарнях персоналом, що пройшов визначену підготовку.

Вторинну (спеціалізовану) лікувально-профілактичну допомогу подають лікарі, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Вказані спеціалісти працюють у великих медичних закладах, які мають висококваліфікований персонал, достатнє матеріально-технічне забезпечення, спеціалізовані лікарняні відділення та ін. Такими закладами є центральні районні, міські і частково - обласні лікарні. Управління ними здійснюють: головний лікар району - центральною районною лікарнею, відділ (управління) охорони здоров'я виконкому міської ради - міськими лікарнями, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації - обласною лікарнею.

Ще більш спеціалізовані види допомоги, що вимагають особливих умов і уваги висококваліфікованих працівників охорони здоров'я, наприклад, нейрохірургія або хірургія серця, надаються в рамках **третинної медико-санітарної допомоги**.¹⁴⁰ Третинну (високоспеціалізовану) лікувально-профілактичну допомогу подають лікар або група лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, які рідко зустрічаються. Вказані спеціалісти працюють, як правило, в центральних спеціалізованих лікарнях і науково-медичних центрах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, в спеціалізованих санаторіях, інших лікувально-профілактичних закладах, зокрема в медичних академіях та університетах, клінічною базою яких є міські та обласні лікарні.

5.2. Модель організації охорони здоров'я

¹³⁹ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8.– Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 18.

¹⁴⁰ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8.– Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 19.

Основна частина хворих в Україні отримує медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а кількість пацієнтів приватних і колективних медичних закладів незначна і не становить навіть 2% від їх загальної кількості. Таку модель організації надання медичної допомоги можна охарактеризувати як державно-комунальну систему охорони здоров'я, тим більше, що саме вона визнана й офіційно закріплена у низці нормативно-правових актів та офіційних документів.

Система охорони здоров'я України нині являє собою функціонально поєднану державну і комунальну системи охорони здоров'я, які умовно кажучи, доповнюють і “накладаються” одна на одну, із “вкрапленням” в їхню діяльність окремих медичних закладів приватної і колективної форм власності та індивідуальною діяльністю окремих медиків і фармацевтів.

Українська модель організації охорони здоров'я передбачає етапність у діагностиці захворювань та ступеневість у лікуванні пацієнтів.

Відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я надання медичної допомоги населенню організовано за трьома рівнями –первинним, вторинним і третинним, що повністю відповідає міжнародним стандартам і вимогам Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Первина медико-санітарна допомога передбачає консультацію лікаря, діагностику і лікування найпоширеніших захворювань, травм та отруень, профілактичні заходи, скерування пацієнта для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги. Первинну медико-санітарну допомогу надають переважно за територіальним принципом сімейні лікарі або інші лікарі загальної практики.

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу надають лікарі, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування в своїй галузі, ніж лікарі загальної практики.

Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу надають лікар або група лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, при лікуванні, а також для встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що трапляються рідко.

Сьогодні в світі існують три основні моделі систем охорони здоров'я. Головним критерієм, за яким вони різняться є спосіб фінансування діяльності системи охорони здоров'я. Хоча всі з них відкриті для багатоканальних механізмів фінансування, в кожній країні переважає один із способів фінансування, який і є визначальним у характеристиці тієї чи іншої моделі охорони здоров'я.

В світовій практиці використовуються наступні джерела фінансування системи охорони здоров'я: державний і місцеві бюджети, які сформовані за рахунок податків, державна чи напівдержавна медична страхова система, кошти, зібрані через приватне страхування здоров'я, добровільні пожертви та

ін. Звичайно, кожна країна створила власну модель системи охорони здоров'я, однак всі вони можуть бути віднесені до однієї з трьох існуючих моделей.

Найважливішим питанням, яке вирізняє ту чи іншу з існуючих моделей систем охорони здоров'я є ступінь владного і регулюючого втручання держави у сферу охорони здоров'я населення, проте в жодній країні світу немає такої моделі, де б держава зовсім не втручалась у цю сферу і не формувала б власну політику охорони здоров'я. Тому, серед існуючих моделей систем охорони здоров'я можна виділити наступні.

Так звана модель **Семашка** (за прізвищем першого наркома охорони здоров'я РРФСР 1918 р., або за термінологією в західній літературі – одержавлена, радянська, соціалістична) фінансується виключно з державного бюджету, базується на загальних податках, контролюється державою через систему централізованого планування і управління, характеризується відсутністю приватного сектора. Вона діяла в СРСР, країнах Центральної та Східної Європи. Зараз більшість із цих країн перебуває на стадії переходу від цієї моделі до соціально-страхової моделі чи намагається поєднати соціальне страхування із системою, що базується на податках.

Сучасна система охорони здоров'я являє собою розглянуту вище модель, яка в період трансформації України в ринкове середовище зазнала певних змін і відчутно занепала. Реформування такої системи вимагає її докладного аналізу та чіткого бачення нової концепції, яка б, спираючись, з одного боку, на сильні сторони попередньої системи, з другого боку - враховувала б світовий досвід реформування систем охорони здоров'я, виходячи з реальних економічних, політичних та загальноцивілізаційних змін.

До переваг цієї системи належить:

- виключна роль держави, в тому числі і в діяльності системи охорони здоров'я в післявоєнний період 1945-65 рр., що сприяла економічному зростанню країни, розширенню соціального сектора, покращенню харчування, життєвих умов, зайнятості, що привело до підвищення рівня життя та покращання стану здоров'я населення;
- право кожного громадянина і всього населення на широкий спектр медичних послуг;
- сформована, розвинена інфраструктура галузі, кваліфікований медичний персонал, налагоджена система підготовки кадрів;
- жорстко структурована система санітарно-епідеміологічної служби, спрямованої на боротьбу з інфекційними та професійними захворюваннями, а також хворобами, пов'язаними із забрудненням довкілля.

Незважаючи на вказані переваги, загалом радянська система охорони здоров'я виявилася неефективною з погляду затратного економічного механізму (звідси і фінансування за залишковим принципом), покращення здоров'я народу, запобігання захворюванням та різним видам непрацездатності, причини яких добре відомі та могли б бути усунені. Крім того, державна монополія в умовах централізовано планової і орієнтованої на

пропозицію системи охорони здоров'я призвели до низької ефективності та якості медичної допомоги.

Модель **Бісмарка**, або соціально орієнтована, ґрунтується на обов'язковому соціальному страхуванні всіх громадян аж до визначеного рівня доходу. Така система фінансується через цільові внески роботодавців та працівників, а також бюджетних субсидій із загальних або цільових надходжень. Внески визначаються виходячи з можливості їх оплати, а доступ до медичних послуг - відповідно до потреб. Потенційною перевагою цієї системи є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні чи приватні страхові компанії (не безпосередньо державною адміністрацією), хоча їх діяльність строго регламентована. Тобто медичне страхування тут є функцією самоврядних незалежних організацій, які мають власні бюджет, управління та статус юридичної особи, що забезпечує їм незалежність від держави та державного бюджету. У деяких країнах (наприклад у Франції) організації, яким доручено надання соціальних послуг, є приватними, але вони перебувають під жорстким контролем уряду. Фактично вони є квазідержавними і в більшості країн – некомерційними організаціями. Одним із головних принципів медичного страхування є соціальна солідарність та субсидіарність, тобто ризики визначених груп населення розподіляються для всього населення. При соціальному страхуванні, звичайно, практикується докладний перелік видів послуг, оплата яких компенсується, а розміри внесків встановлюються на такому рівні, який дозволяє їх оплачувати. До європейських країн, які мають системи охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок страхових внесків, належать Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія та ін. Звичайно, системи соціального страхування цих країн відрізняються одна від одної залежно від історичних, соціальних, економічних, культурних відмінностей, організаційних умов та ідеологій. Європейська система соціального страхування переважно ґрунтується на соціальному партнерстві.

Така система сприяє ефективному наданню медичної допомоги та медичних послуг, встановленню прав пацієнтів як споживачів цих послуг, забезпечує відчутий приплив ресурсів у сектор охорони здоров'я, комбінує об'єднання ризиків і взаємну підтримку, надаючи послуги згідно з потребами в них і розподіляючи фінансовий тягар відповідно до можливостей оплати, може брати участь у реалізації цілей державної політики охорони здоров'я, але при цьому зберігати певну незалежність від держави. Недоліками згаданої системи є необхідність постійного обмеження витрат на медичні послуги, можливість зростання їх вартості та значні адміністративні витрати.

Модель **Беверіджа** переважно фінансується безпосередньо з державного бюджету, тобто ресурси збираються через загальну податкову систему, при цьому використовується стандартне адміністрування, а також сучасні управлінські методи. Рішення відносно загального обсягу фінансування приймається в процесі планування витрат по державному бюджету в цілому. В такій моделі більшість витрат на охорону здоров'я фінансується за рахунок загальних податків, які збираються на центральному,

регіональному чи місцевому рівнях, а фонди в рамках цієї системи загалом є нецільовими. Але і в цьому випадку всі громадяни охоплюються страхуванням і отримують однаковий обсяг медичних послуг. Відповідальність за розподіл бюджету між надавачами послуг в основному покладається на спеціальні адміністративні одиниці системи охорони здоров'я. Ця модель передбачає різноманітні підходи до фінансування системи, забезпечує загальний чи майже загальний доступ до медичних послуг і справедливий географічний розподіл ресурсів. Державний сектор тут є основним у забезпеченні фондами. Модель Беверіджа використовується в Данії, Норвегії, Швеції, Ірландії і Великобританії, країнах Південної Європи, Греції, Португалії та Іспанії.

Проте системи, що фінансуються із загальних податкових надходжень, мають відмінності. У деяких країнах, наприклад в Ірландії та Данії, тільки найменш забезпечені громадяни мають право на всю допомогу з медичного страхування без додаткової оплати, тим часом як решта населення зобов'язана компенсувати деякі додаткові витрати. А у Фінляндії, Великій Британії системи охорони здоров'я мають два джерела фінансування: основну частину – за рахунок податкових надходжень, а решту – з фондів соціального страхування. У Фінляндії внески на соціальне страхування використовуються переважно на оплату приватного медичного обслуговування, медико-санітарного обслуговування на підприємстві, ліків та допоміжних послуг. У Великій Британії зберігся розподіл внесків на соціальне страхування між роботодавцями і працівниками. В інших країнах, таких як Фінляндія, Норвегія і Швеція, відмовились від внесків працівників.

Існує спільна думка, що основним недоліком такої системи є бюрократична влада адміністрації системи охорони здоров'я. Ще одне заперечення проти системи загальних податків базується на великій залежності системи охорони здоров'я від державного бюджету. Така система характеризується відсутністю зацікавленості в економії всіх видів ресурсів та стимулів до підвищення якості та задоволення потреб споживачів.

Разом з тим система загальних податків може бути дуже ефективною щодо обмеження загальних витрат і при відповідному управлінні забезпечити менші адміністративні витрати, ніж страхова система.

Крім трьох основних вказаних, існує ще одна, т. зв. **приватна модель** охорони здоров'я, яка в чистому вигляді, практично, не існує і саме тому, більшість дослідників не виділяють її в якості окремої моделі. Найбільш характерним прикладом такої системи охорони здоров'я є та, яка існує в США. На думку переважної більшості організаторів і політиків охорони здоров'я в США, медицина і охорона здоров'я населення – це звичайний, високорентабельний бізнес. Лише в сільське господарство і будівництво вкладається більше капіталів і в цих галузях працює більше людей, ніж в охороні здоров'я.

Приватна модель, або модель переваги споживачів, базується переважно на системі приватного медичного страхування і врахуванні ризиків. Всі суб'єкти в такій моделі (страхові компанії, надавачі та споживачі медичних

послуг) взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча і забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування. Для частини населення, яке не застраховане за місцем роботи, страхування здоров'я бере на себе уряд. Премія приватного медичного страхування розраховується виходячи із середньої вартості надання послуг. Різні страхові компанії пропонують певні переліки послуг, що оплачуються, для різних категорій застрахованих. Медичну допомогу надають в основному приватні лікарі та лікарні. Часто дія приватних систем страхування згубно позначається на системі соціальної солідарності. Мається на увазі використання шкали індивідуальних показників ризику – найбільш ненадійний вид страхування. В таких випадках основою виплат окремій людині є скориговані на фактор ризику внески в страхову компанію, які є відображенням стану її здоров'я. Система, яка ґрунтується на конкуренції між приватними страховими компаніями, порушує принцип рівності і солідарності, якщо співробітники таких компаній орієнтуються лише на фактори ризику, що задовольняють їх.

Згадана система стимулює розвиток професійної діяльності нових медичних технологій та високу якість медичної допомоги, сприяє мобільності. Але вона має суттєві недоліки, насамперед зумовлені величезними соціально-економічними втратами (принаймні 35 млн. американців не мають адекватного медичного страхування), постійне підвищення суспільних витрат на охорону здоров'я, яке дуже важко стримувати.¹⁴¹

В міжнародній практиці, в діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я системи охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн (СРСР, Болгарії, Угорщини, Польщі, Румунії, Чехії, Словаччини і частково Югославії) здобули назву „централізованих систем охорони здоров'я”, де плани розвитку охорони здоров'я складала невід'ємну частину загальнодержавних планів соціально-економічного розвитку.

До другої групи країн відносяться Бельгія, Нідерланди, Великобританія, Туреччина, Франція, Швеція та ін, де існують доволі широкі процеси планування, але ці плани використовуються швидше як основні вказівки загальних напрямів діяльності.

Нарешті, у третій групі країн (Австрія, Італія та Іспанія) є лише деякі елементи планування охорони здоров'я.

Очевидно, що вибір моделі охорони здоров'я в процесі її реформування повинен насамперед відповідати соціальним потребам суспільства, бути економічно виваженим і давати змогу розвитку медичної сфери.¹⁴²

¹⁴¹ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 34.

¹⁴² Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Вісник Української Академії державного управління. – № 2. – 2003. – С. 204.

5.3. Фінансування системи охорони здоров'я

Серед проблем організації охорони здоров'я в Україні саме фінансова в умовах кризи вийшла на перше місце. Її зміст далеко не зводиться до недостатності коштів, які у державному і місцевому бюджетах виділяють для забезпечення її діяльності. Хоча значна частина керівників охорони здоров'я ще й дотепер вважає, що вирішити більшість проблем охорони здоров'я можна було б достатнім фінансуванням.

Однак це далеко не так.

У радянські часи фінансування охорони здоров'я, незважаючи на зростання цих показників в абсолютних цифрах із п'ятирічки в п'ятирічку, здійснювали за відомим залишковим принципом: на охорону здоров'я виділяли тільки те, що залишалося від фінансування пріоритетних, стратегічно важливих програм і галузей – оборони, освоєння космосу та промислового виробництва. Проте в жодній з них не були враховані інтереси конкретної людини – гонку озброєнь здійснювали не заради людей, а заради підтвердження переваг соціалістичного ладу, консервації ідеологічних догм, підтвердження вірності ідеології та правильності вибору. Навіть у промислового виробництва інтереси людини майже не враховували – часто виробництво існувало заради виробництва. Тому на охорону здоров'я виділяли лише кошти, які залишались у державному бюджеті після фінансування стратегічних галузей.

Якщо до цього додати й неефективний економічний механізм забезпечення охорони здоров'я населення в колишньому СРСР і відомий ідеологічний міф про безплатну медицину та охорону здоров'я, то зрозуміло, що практично всі сучасні проблеми охорони здоров'я виникли не нині, в часи незалежності України. Їх підвалини закладені ще в роки соціалістичного будівництва. Сформована в радянський час система охорони здоров'я України заснована на економічно й соціально неефективній моделі, у відриві від визнаних у світі моделей і принципів, тому ніяк не може пристосовуватися до зміни соціально-економічних умов і ефективно працювати в них. Застаріла модель радянського трактора, навіть якщо він виготовлений на Харківському тракторному заводі й призначений для роботи на солярі, не зможе змагатись із сучасною автомобільною чи механізованою технікою, навіть якщо його заправити сучасним високооктановим бензином. Модель не та...

Перші спроби змінити систему фінансування охорони здоров'я були зроблені в колишньому СРСР у період т. зв. горбачовської перебудови. Вже тоді було запропоновано додати до бюджетного фінансування додаткові кошти з фонду медичного страхування. В цьому напрямку й розроблялися численні пропозиції щодо запровадження нової бюджетно-страхової системи фінансування. Був підготовлений проект Основ законодавства СРСР і

союзних республік про фінансування охорони здоров'я,¹⁴³ який так і не був прийнятий.

Як свідчить світова практика, соціальна значимість та фінансова вартість здоров'я людей постійно зростають, і це змушує передові країни світу скеровувати дедалі більшу частку валового внутрішнього продукту (ВВП) на охорону й зміцнення здоров'я своїх громадян.

Нині майже в усіх країнах світу зростають витрати на охорону здоров'я і вартість утримання її служб, які споживають безперервно зростаючу частку валового внутрішнього продукту (ВВП). Дослідження, які провела ВООЗ, показали, що в багатьох країнах видатки на охорону здоров'я з кожним десятиріччям зростають у середньому на 1% і більше.

В останні роки існування СРСР та Української РСР відсоток відрахувань на фінансування діяльності державної системи охорони здоров'я становив 3,8–4,1% відповідної статті держбюджету. Видатки на фінансування діяльності системи охорони здоров'я України в 1997 р. становили близько 3% ВВП. А в ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України встановила, що „державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу”.¹⁴⁴

Зростання витрат на охорону здоров'я майже в усіх країнах світу пов'язаний насамперед зі збільшенням потреб у медичному обслуговуванні та підвищенні вимог до неї. Був час, коли політики й організатори охорони здоров'я вважали, що поліпшення організації та діяльності служб і систем охорони здоров'я настільки зміцнить здоров'я людей, що потреби в медичному обслуговуванні зменшаться. Однак життя спростувало цю думку: фінансові та матеріальні затрати на охорону здоров'я в усіх країнах – як в економічно розвинутих, так і в тих, що лише стали на шлях самостійного розвитку, щороку збільшуються.

За останні десятиліття стрімко зросла вартість надання медичної допомоги за рахунок застосування новітніх досягнень науки і техніки, складної діагностичної та лікувальної апаратури, нових і дорогих медичних препаратів та лікарських засобів. Застосування антибіотиків і протиракових хімотерапевтичних засобів, сканерів і лінійних прискорювачів, комп'ютерних томографів, операцій на відкритому серці й пересадки окремих органів, досягнення молекулярної і клітинної біології та генної інженерії дають медикам потужну сучасну зброю для лікування людей, полегшення їхніх страждань і продовження життя. А це, в свою чергу, вимагає збільшення коштів на охорону здоров'я.

Особливо це стало помітним у другій половині ХХ ст., коли в результаті прискореного наукового пізнання природи людини та біохімічних механізмів її життєдіяльності, медицина і фармація зробили величезний

¹⁴³ Медицинская газета. – 1990. – 26 октября.

¹⁴⁴ Відомості Верховної Ради України. – 1993. - №4. – Ст. 20.

стрибок вперед і перетворились на могутню силу, що спирається на величезний науково-практичний потенціал національних і міжнародних систем охорони здоров'я, медичних закладів, клінік, інститутів, медичних і фармацевтичних фірм, об'єднань та корпорацій, в яких працює величезна армія медиків і фармацевтів, науковців і практиків. Окрім загальної престижності, медична та фармацевтична діяльність надзвичайно економічно рентабельна й прибуткова – уряди передових країн світу, приватні фірми і корпорації вкладають у розвиток цих галузей, нових медичних і хіміко-фармацевтичних технологій велетенські кошти, отримуючи багатомільярдні прибутки. У виникненні в час післявоєнної розрухи німецького та японського „економічного див”, значна роль належала глибоко продуманій та ефективній соціальній політиці й, зокрема, в галузі охорони здоров'я.

Ці фактори зумовлюють підвищення ролі й значення здоров'я в сучасному світі, ведуть до необхідності розробки національних і міжнародних програм профілактики окремих найпоширеніших захворювань, охорони та зміцнення здоров'я людей.

Якщо проаналізувати за роками в радянський період розвитку розмір коштів, які виділяли на забезпечення функціонування і розвиток системи охорони здоров'я, то він коливався в межах 3,8–4,1% ВВП, тобто, ніколи не досягав показника, який ВООЗ вважає межею, нижче від котрої охорона здоров'я є нежиттєздатною (6,5% ВВП). Сьогодні всі передові країни світу щодо охорони здоров'я мають такий показник: від 6,5% ВВП у Великій Британії до 15% ВВП – у США.

Задеклароване у ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я виділення коштів у розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше 10% ВВП, відображає швидше бажане, ніж дійсне. Ніколи за часів незалежного розвитку України цей показник не досягав навіть половини вказаного в Основах законодавства рівня, залишаючись на рівні, встановленому ще в радянські часи.

Загальна економічна криза болюче позначилася на стані галузі. Нині в складних умовах кризи діяльність системи охорони здоров'я фінансують лише на 25–40% від потреби, ледве забезпечуючи (та й то несвоєчасно!) виплату заробітної плати персоналу медичних закладів.

Діяльність галузі відбувається в нелегких умовах хронічного недофінансування до реальних потреб. За витратами на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя Україна займає 111 місце серед 191 країни та 8 – серед країн колишнього Радянського Союзу. За цим показником її випереджають країни Балтії, Білорусь, Росія, Молдова і навіть Вірменія з її набагато біднішими ресурсами.

Займаючи у світі 111 місце за питомими витратами на охорону здоров'я, Україна за інтегральним критерієм ВООЗ – „досягнення цілей охорони здоров'я” – все-таки знаходиться на 60 місці у світі. Це свідчить, що

нині матеріальні та кадрові ресурси галузі використовуються із максимально можливою ефективністю.¹⁴⁵

Ступінь пріоритетності охорони здоров'я в країні відображає такий показник, як частка валового внутрішнього продукту, що витрачається на ці потреби. В Україні після тривалого спаду цей показник у 2000–2001 рр. стабілізувався, але на рівні 2,7%, що значно нижче рекомендованих ВООЗ параметрів (7–8%).

В умовах гострої нестачі бюджетних коштів зростає частка амбулаторної та стаціонарної допомоги, яку надають за гроші. Неврегульована оплата спричинила різке зменшення рівня доступності медичної допомоги. Всеукраїнське опитування, в якому взяли участь 25,3 тис. осіб, проведене Державним комітетом статистики України з жовтня 1999 р. до жовтня 2000 р., свідчить, що третина (35,3%) домогосподарств не мала змоги отримати необхідну для когось із членів сім'ї медичну допомогу. Переважна більшість опитаних (88–96%) основною причиною цього назвали дуже високу вартість ліків, предметів медичного догляду та послуг охорони здоров'я. Переважно через фінансові проблеми хворі третини домогосподарств вимушені були відмовитися від відвідування лікаря, 20% — не змогли отримати необхідне лікування в стаціонарних умовах. Зменшення доступності призводить до зростання частки випадків важких та занедбаних захворювань, які потребують спеціалізованої медичної допомоги і дорогого стаціонарного лікування (так, за даними статистики, 50–70% хворих госпіталізують в ургентному порядку). Через неспроможність задовольнити зростаючі потреби у ресурсах охорони здоров'я, дедалі погіршується стан здоров'я населення України. В найскладнішому становищі опинилися найвразливіші категорії: діти, люди похилого віку, хронічні хворі.

Тому нині найактуальнішою проблемою охорони здоров'я в Україні є збільшення асигнувань на потреби галузі. Для цього необхідно, поряд зі збільшенням державних асигнувань, забезпечити інші джерела надходжень коштів. Йдеться передусім про запровадження в Україні соціального медичного страхування, а також легалізацію і впорядкування співучасті населення у фінансуванні медичних послуг.

Як впливає із розроблених урядових і міністерських програм реформування охорони здоров'я, додатковим джерелом фінансування медичних закладів пропонують кошти, що будуть (на думку авторів цієї ідеї) зібрані як відповідні платежі від роботодавців і громадян на основі механізму страхової медицини. Питанню впровадження в Україні системи страхової медицини приділяють досить велику увагу. Якщо уважно ознайомитися з матеріалами наукової періодики, проаналізувати сучасні концепції реформування охорони здоров'я, послухати виступи політичних лідерів, парламентарів, керівників охорони здоров'я чи науковців, то можна зробити висновок, що впровадження системи страхової медицини є чи не панацеєю

¹⁴⁵ Москаленко В. Ф.. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: Завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 6.

для системи охорони здоров'я, і лише вона може її врятувати від повного розпаду. Незрозумілим у такому випадку залишається те, чому досі не прийнятий Закон „Про медичне страхування”, 5 основних проектів якого було розроблено ще 1993–1995 рр.

Проте впровадження системи медичного страхування не дасть додаткових коштів для фінансування потреб охорони здоров'я так, як це пропонують її автори і захисники. Вони, на жаль, не беруть до уваги те, що ця система може працювати лише в умовах нормального розвитку суспільства, а не його кризи, в умовах, коли забезпечено нормальний розвиток економіки, працює виробництво, виплачують заробітну плату і роботодавці можуть здійснювати певні обов'язкові платежі як страхові кошти для забезпечення діяльності системи охорони здоров'я. В умовах системної кризи, коли підприємства не мають коштів для сплати податків та обов'язкових платежів, при високому рівні безробіття вкрай складно забезпечити поступлення коштів наповнення страхових фондів фінансування охорони здоров'я. Запровадження цієї системи в законодавчому, а значить, у примусовому порядку призведе лише до посилення податкового тиску на виробника і може зумовити зменшення виробництва, оскільки деяка частина підприємств і роботодавців не витримає цього тиску і припинить своє існування. Інша – перейде працювати „в тінь”, приховуючи чисельність працівників, різними способами ухиляючись від сплати податків і платежів. Досвід Росії, яка прийняла закон про обов'язкове медичне страхування ще в 1993 р., і Польщі, яка запровадила систему медичного страхування в 1999 р., це підтверджує. Внаслідок такого рішення розмір коштів, який нині працюючі підприємства ще сплачують до державних і місцевих бюджетів, може не тільки не збільшитися, а й стати меншим.

Досвід Росії також показує, що негативним явищем для розвитку системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є поєднання двох джерел фінансування медичних закладів – з державного і місцевих бюджетів та за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування. Це перешкоджає, по-перше, плануванню витрат на охорону здоров'я, що в підсумку призводить до неефективності системи загалом, по-друге, завершити запровадження обов'язкового медичного страхування, причини якої – у недосконалої законодавчої бази при розв'язанні такої складної проблеми, як визначення джерел оплати медичної допомоги непрацюючому населенню.¹⁴⁶

Отже, реалізація законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування буде неефективною, якщо не буде визначене джерело для страхового принципу фінансування медичної допомоги непрацюючому населенню та економічно обґрунтований механізм його

¹⁴⁶Таранов А. М. Итоги и перспективы деятельности системы ОМС в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 4–5. – С. 10–13.

¹⁴⁶Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Вісник Української Академії державного управління. – 2003. – №2. – С. – 207.

реалізації. Медико-соціальні гарантії держави повинні бути не тільки законодавчо закріплені, а й фінансово забезпечені.

Виходячи з вищезазначеного, можна зробити висновок, що прийняття Закону „Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування” в умовах переходу до ринку та нинішньої економічної кризи буде не тільки своєчасним, а й єдино правильним політичним та економічним рішенням, що дасть змогу зменшити негативні наслідки бюджетного дефіциту, зберегти охорону здоров’я як галузь і створити передумови для формування принципово нового, цивілізованого інституту, в якому органічно поєднуюватимуться принципи страхування, нові підходи до фінансування медичної допомоги та соціально-економічних відносин в охороні здоров’я, захист прав застрахованих громадян у процесі охорони здоров’я.

Надзвичайно актуальною залишається проблема корупції у закладах охорони здоров’я. Непрямим свідченням корупції в системі охорони здоров’я є бодай такий факт, оприлюднений Міністром охорони здоров’я України М.Є. Поліщуком у вечірньому телеєфірі 5-го телевізійного каналу 11 квітня 2005 року, що в систему охорони здоров’я є окремі, переважно, міські лікарні, в яких на 140 ліжок для пацієнтів працює 150-160 лікарів, деякі з них працюють на 0,25 – 0,5 ставки. І при цьому ніхто не звільняється, ніхто не голодує, всі вони належать до категорії „середнього” класу і пересуваються, переважно, своїми приватними автомобілями, одне утримання і обслуговування яких значно перевищує їх офіційний розмір заробітної плати.

5.4. Принципи організації системи охорони здоров’я населення

Організація охорони здоров’я населення в Україні ґрунтується на єдиних принципах, які враховують як загальні засади організації надання медичної допомоги, так і національні особливості, властиві системі охорони здоров’я кожної країни.

Термін „принцип” (лат. *principium* – основа, першоначало) філософський словник розуміє як першоначало, керівну ідею, основне правило поведінки.¹⁴⁷ Тому, під принципами охорони здоров’я слід розуміти найважливіші ідеї та правила побудови і функціонування системи охорони здоров’я в тій чи іншій країні, так як вони, відображаючи національну специфіку, в різних країнах різні.

Радянська система охорони здоров’я склалася історично в умовах подолання наслідків громадянської війни і післявоєнної розбудови народного господарства і була обґрунтована у працях її теоретиків М. О. Семашка, Г.М. Камінського, З. П. Соловйова, М. О. Владимирського, М. О. Виноградова, І. В. Русакова, О. П. Голубкова та ін. і впливала з ідей марксизму-ленінізму

¹⁴⁷ Філософський словарь / Под ред. И. Т. Фролова. Издание пятое. М.: Изд. полит. лит-ры, 1986. – С. 382.

про рівність всіх членів суспільства та надання їм рівних можливостей у державному і суспільному житті, у тому числі у сфері охорони їх здоров'я. Вперше основні постулати новітньої соціалістичної системи охорони здоров'я висунув у своїх працях і численних публічних виступах перший голова Ради Народних Комісарів РСФСР В. І. Ленін (Ульянов). А теоретично обґрунтував їх і поглибив один із організаторів соціалістичної системи охорони здоров'я і перший комісар охорони здоров'я РСФСР М. О. Семашко. Тривалий час ця система існувала без відповідного законодавчого закріплення, її діяльність регулювали різноманітні рішення ЦК ВКП(б) (потім – КПРС), офіційні державні документи й наукові праці вчених – організаторів охорони здоров'я. Найбільш повне наукове обґрунтування вона дістала в фундаментальній праці академіка М. О. Виноградова „Организация здравоохранения в СССР” (1952 р.).¹⁴⁸

Радянська система охорони здоров'я ґрунтувалась на принципах, закріплених в Основах законодавства Союзу РСР і союзних республік (1969 р.) і Законі Української РСР „Про охорону здоров'я” (1971 р.), поданих у численних підручниках і навчальних посібниках із соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, зокрема:

- державний характер, загальнодоступність, безплатність медичної допомоги;
- профілактична спрямованість заходів охорони здоров'я;
- плановий характер медичної допомоги;
- поєднання медичної науки та медичної практики;
- участь громадськості в справах охорони здоров'я.

Ці принципи відповідали радянській дійсності й тією чи іншою мірою задовольняли потреби тогочасної системи охорони здоров'я. Але передовий світовий досвід розвитку відносин у цій сфері (Велика Британія, Канада та ін.) свідчив про те, що державний характер медицини слід поєднувати із децентралізованою формою управління та рівноправним існуванням приватної та комунальної форм власності. Гіперцентралізоване планування було однією з основних причин неефективності системи організації медичної допомоги, виключало ініціативу регіонів, поступово робило систему менш гнучкою, малоздатною пристосовуватись до потреб життя.

Вперше питання про формування сучасної системи охорони здоров'я і принципів її функціонування за часів незалежності постали при розробці заходів реформування існуючої системи охорони здоров'я і підготовці до прийняття Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.).

Організація медичної допомоги в Україні ґрунтується на єдиних принципах, які враховують як загальні засади організації охорони здоров'я, так і національні особливості, властиві системі охорони здоров'я кожної країни. Стаття 4 Основ законодавства про охорону здоров'я наводить наступний перелік принципів організації охорони здоров'я в Україні:

¹⁴⁸ „Организация здравоохранения в СССР” / Под ред. проф. Н. А. Виноградова. М.: Медгиз, 1952 . – ???с

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства й держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав та свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування поєднання державних гарантій з демонополізацією і заохоченням підприємництва та конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладу та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основах.

Ці принципи, закріплені в Основах законодавства України про охорону здоров'я, були покладені в основу формування норми ст. 49 Конституції України, яка закріпила право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, ефективність медичного обслуговування, безоплатність медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, розвиток медичних закладів усіх форм власності.

Зважаючи на комплексність правового регулювання відносин, пов'язаних із охороною здоров'я, тобто регулювання цих відносин із застосуванням норм різних галузей права, деякі з цих принципів знайшли відображення й поширення в таких законодавчих актах, як Закон України „Про власність” (багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва та конкуренції), Закон України „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” (попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до вирішення питань охорони здоров'я), „Про лікарські засоби” (принцип матеріально-технічної та фінансової забезпеченості), „Про донорство крові та її компонентів” (принцип орієнтації на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги),

Закон України „Про місцеве самоврядування в Україні”(принцип децентралізація державного управління), Закон України „Про психіатричну допомогу” (про гуманне ставлення до психічно хворих осіб), Цивільний кодекс України, Кодекс законів про працю, Кодекс України про адміністративні правопорушення, Кримінальний кодекс України тощо.

Указ Президента України „Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості” від 21.01.1999 р. № 95/99¹⁴⁹ підтвердив принцип визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, що є одним з головних чинників виживання та розвитку народу України.

В Указі Президента України „Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”¹⁵⁰ закріплено принципи децентралізації управління, зміцнення самостійності закладів охорони здоров'я і багатоканальності їх фінансування.

Зазначимо, що ця система принципів охорони здоров'я відображена і в сучасній науковій та навчальній літературі. Автори підручника для студентів-медиків (серед яких – тодішній заступник міністра охорони здоров'я України А. М. Сердюк, начальник управління охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації О. О. Приходський і відомий професор – завідувач кафедри соціальної медицини і організації охорони здоров'я Тернопільського державного медичного інституту О. М. Голяченко) „Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я”, виданого 1997 р. вважають, що система організації охорони здоров'я в самостійній українській державі, яка прагне стати країною з розвиненою ринковою економікою, повинна базуватися на таких засадах:

- державний характер з рівноправним існуванням громадської та приватної форм власності;
- децентралізації управління;
- соціально орієнтованої доступності;
- економічної ефективності;
- профілактичної спрямованості;
- вільного вибору лікаря;
- наукового забезпечення;
- широкої участі громадськості в справі охорони здоров'я;
- міжнародного співробітництва.¹⁵¹

Поряд з цим, деякі автори дещо по-іншому описують сучасні принципи системи охорони здоров'я України, на основі яких вона мала б ефективніше здійснювати функції щодо попередження та лікування захворювань і надання медичних послуг.

¹⁴⁹ Урядовий кур'єр. – 1999. – 2 лютого.

¹⁵⁰ Офіційний вісник України. – 2000. - № 49. – Ч. 1. - Ст. 2116.

¹⁵¹ Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О. О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль.; Джура, 1997. – С. 110.

Російські дослідники системи охорони здоров'я Н. Б. Найговзіна та М. А. Ковалевський вважають, що сучасна система охорони здоров'я має бути законодавчо визначена й закріплена і ґрунтуватися на наступних принципах надання медико-санітарної допомоги:

- законності;
- юридичної і фінансової самостійності медичних закладів;
- захисті прав та інтересів громадян;
- соціальної справедливості;
- підконтрольності й відповідальності медичних закладів перед державою і органами місцевого самоврядування;
- колегіальності;
- гласності й урахування думки населення;
- взаємодії місцевих і регіональних медичних структур, трудових колективів, державних медичних організацій та комерційних структур;
- самофінансування і самозабезпечення медичних закладів;
- обов'язковості виконання медичними закладами рішень вищих органів охорони здоров'я, прийнятих у межах чинного законодавства.¹⁵²

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає, що справедливість – це основний принцип досягнення здоров'я для всіх. Справедливість у питаннях охорони здоров'я означає, що всі люди повинні мати рівні можливості реалізувати повною мірою свій потенціал здоров'я. Для досягнення цієї мети необхідно прикласти зусилля по скороченню розходжень у стані здоров'я населення між країнами і окремими групами населення в межах однієї і тієї ж країни. Стратегії забезпечення справедливості у цій сфері включають такі аспекти, як поліпшення умов життя і праці людей, що знаходяться в несприятливому становищі, для того щоб підвищити якість їхнього фізичного і соціального середовища до рівня, що наближається до рівня, характерного для більш забезпечених груп.

На думку Всесвітньої організації охорони здоров'я, люди самі прагнуть до забезпечення здоров'я для усіх. Добре інформоване і мотивоване населення, що приймає активну участь у роботі, що спрямована на досягнення цієї мети, приймає найактивнішу участь у визначенні пріоритетів, а також у прийнятті і здійсненні тих або інших рішень. Такий підхід дозволяє щонайкраще використовувати наявні людські ресурси, підвищуючи в людей усвідомлення своєї власної значимості і рівень самопізнання, а також заохочуючи різні форми соціальної підтримки.¹⁵³

Враховуючи виняткову індивідуальну та суспільну цінність здоров'я, що суттєво впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства, **основні принципи охорони здоров'я на**

¹⁵² Найговзіна Н. Б., Ковалевський М. А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. – М.: Классик-Консалтинг, 1999. – С. 19.

¹⁵³ Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения // ВОЗ, ЕРБ, Копенгаген, "Здоровье для всех". - 1991. – С. 10 – 11.

сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я населення України наступні:

- справедливість у доступі населення до медичної допомоги і охорони здоров'я, незалежно від форм власності медичних закладів;
- неухильне дотримання і забезпечення прав і свобод людини і громадянина у сфері надання медико-санітарної допомоги;
- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства й держави, одним із головних чинників благополуччя та поліпшення життя народу України;
- профілактична та реабілітаційна спрямованість діяльності у сфері охорони здоров'я;
- спадкоємність в організації та реформуванні охорони здоров'я з урахуванням світового досвіду;
- комплексний медико-екологічний, медико-соціальний та міжгалузевий (міжсекторальний) підхід до вирішення проблем охорони здоров'я;
- наукова обґрунтованість проектів з охорони здоров'я, концепцій і напрямів розвитку, методів і програм діяльності;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції, що забезпечують єдиний медичний простір;
- інформаційна відкритість діяльності в сфері охорони здоров'я.¹⁵⁴

Однак нині в умовах глибокої політичної та суспільно-економічної кризи, навіть найважливіші, базові принципи організації та діяльності системи охорони здоров'я, закріплені в Конституції України, на жаль, не можуть бути реалізовані в повному обсязі. Так, внаслідок хронічної нестачі фінансування діяльності закладів охорони здоров'я медична допомога значною мірою недоступна для найбідніших верств населення. Захворювання і необхідність придбання ліків стають для більшості громадян України фінансово непосильним тягарем. Тому, особливу увагу слід звернути на забезпечення фінансування системи, а також створення сприятливих умов для розвитку приватних закладів охорони здоров'я. саме через реалізацію цих положень можна буде забезпечити реалізацію основних принципів охорони здоров'я в Україні.

5.5. Структура системи охорони здоров'я України

Система охорони здоров'я будь-якої країни повинна відповідати певним універсальним критеріям (ієрархічна будова, налагоджені управлінські зв'язки між суб'єктами й об'єктами управління, ресурси), а

¹⁵⁴ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко та ін. – К.:Здоров'я, 2003. – С. 100.

також враховувати особливості стану здоров'я населення країни, його захворюваність.

Для України в структурі захворюваності є надзвичайно важливим подолання наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які проявляються у збільшенні ракових, серцево-судинних, алергічних захворювань тощо. Саме на їх запобігання та лікування і має бути спрямована організація системи охорони здоров'я.

Організація системи охорони здоров'я здійснюється на ґрунтовній правовій основі – це норми Конституції України (ст. 49), Основ законодавства України про охорону здоров'я, законодавчих та інших підзаконних актів, зокрема, нормативно-правових актів (наказів, інструкцій, положень, циркулярних листів, списків, правил та ін.) Міністерства охорони здоров'я України.

Сучасна система охорони здоров'я України значною мірою сформувалася в попередні роки й десятиліття і увібрала як найліпші, так і не зовсім добрі надбання радянської системи у цій галузі. Система охорони здоров'я України, значною мірою оновлена, являє собою своєрідне поєднання державно-комунальної і громадської систем.

Разом з цим, для запобігання та лікування певних захворювань у системі охорони здоров'я створені окремі медичні заклади чи структурні підрозділи (відділення) закладів охорони здоров'я, які в сукупності формують медичні служби з чітко визначеною внутрішньою структурою, підпорядкованістю й керівництвом.

Заклад охорони здоров'я – найважливіша ланка системи охорони здоров'я, яка забезпечує практично всі основні результати її діяльності. Нині є чимало закладів охорони здоров'я різних типів і видів: лікарня, поліклініка, диспансер, амбулаторія, фельдшерсько-акушерський пункт та ін. Їх перелік затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. № 385 і зареєстрований у Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 р. № 892/7180.¹⁵⁵

Цим наказом закріплений вичерпний перелік різновидів закладів охорони здоров'я, які утворюються і функціонують на території України. Крім цього, всі вони, в свою чергу, відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я, поділяються на заклади, які надають первинну, вторинну і третинну лікувально-профілактичну допомогу. Зазначене слід розуміти таким чином, що інші заклади охорони здоров'я, не передбачені у цьому переліку, не можуть бути утворені й здійснювати свою діяльність на території України.¹⁵⁶

Крім вказаних органів виконавчої влади і закладів охорони здоров'я, які формують трьохланкову систему охорони здоров'я України, існують також деякі інші медичні й фармацевтичні заклади та відповідні органи управління ними, зокрема відомчі. Так, Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх

¹⁵⁵ Офіційний вісник України. – № 46. – Ст. 2116.

¹⁵⁶ Детальніше про заклади охорони здоров'я дивись розділ VI монографії.

справ, Служба безпеки, Державна прикордонна служба України мають відомчі медико-санітарні служби, представлені як закладами охорони здоров'я, так і відповідними органами управління. Відомчі медичні служби мають також Секретаріат Президента України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство закордонних справ, Міністерство транспорту та деякі інші органи державної влади.

Усі вони в сукупності входять до національної системи охорони здоров'я і творять ієрархічну систему державних органів з нормативно визначеною компетенцією, які здійснюють державне управління галуззю.

Нинішня трьохланкова система управління охороною здоров'я в Україні сформувалась в середині 20-х років ХХ ст. Впродовж 70 років неодноразово змінювалися її завдання і функції та їхня назва. Сьогодні, відповідно до суспільних потреб, у ній відбуваються кардинальні зміни, зокрема зміст процесу управління – воно стає відкритішим і демократичнішим. Відбувається його децентралізація: заклади охорони здоров'я колишньої єдиної державної форми власності мають господаря – міністерство, обласну й міську ради, які здійснюють управління ними в повному обсязі.

Управління в галузі охорони здоров'я має бути максимально спрощене і наближене до його об'єктів – закладів охорони здоров'я, а ті, в свою чергу, повинні бути наближені до населення села, селища, міста, охорону здоров'я мешканців яких вони здійснюють.

Як зазначає Всесвітня організація охорони здоров'я, система охорони здоров'я повинна мати у своєму розпорядженні ресурси охорони здоров'я, тобто володіти всіма способами, необхідними для її функціонування, включаючи кадри, приміщення, устаткування, постачання, фонди, знання і технологію. Ідеальне планування, чіткі організація і розподіл цих основних ресурсів утворюють інфраструктуру системи охорони здоров'я, в яку входять медико-санітарні служби, база, інститути й установи, організації, а також їхні співробітники, що здійснюють різноманітні програми у сфері охорони здоров'я. Вони надають окремим людям, сім'ям і територіальним громадам медико-санітарну допомогу, що являє собою сукупність оздоровчих, охоронних, профілактичних, діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів.¹⁵⁷

Однак, разом із децентралізацією управління у цій галузі в сучасних умовах, було ліквідовано систему подвійного підпорядкування органів виконавчої влади, яка, без сумніву, себе виправдала, бо саме завдяки їй окремі органи виконавчої влади різних рівнів об'єднувалися в єдину управлінську систему з підпорядкуванням Кабінету Міністрів та Міністерству охорони здоров'я України. Нині позиція більшості керівників як органів виконавчої влади, так і самих закладів охорони здоров'я свідчить

¹⁵⁷ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 17 – 18.

про потребу відновлення цієї службової вертикалі. Власне це й передбачено у проєкті Концепції розвитку охорони здоров'я населення України.¹⁵⁸

5.6. Сучасний стан системи охорони здоров'я

Сучасний етап соціально-економічного розвитку України супроводжується складними умовами функціонування системи охорони здоров'я. Кризові явища в економіці, розшарування суспільства за рівнем життєзабезпечення, соціальна і політична нестабільність призвели до погіршення стану системи охорони здоров'я населення.

За останніх 10 років мережа закладів охорони здоров'я після зменшення їх кількості 1996–1998 рр. знову зросла і стабілізувалася. При цьому значно збільшилася кількість самостійних поліклінік та амбулаторій, які надають найбільший обсяг медичних послуг – з 2015 в 1991 р. до 2850 у 2000 р.

Система закладів охорони здоров'я побудована на основі чинного адміністративно-територіального поділу України і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до людей, які проживають у населених пунктах – селах, селищах і містах.

У селах і селищах функціонують фельдшерсько-акушерські пункти, сільські дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, районні лікарні. У селищах і містах – адміністративних центрах районів – розташовані центральні районні лікарні, селищні та міські лікарні, поліклініки, диспансери, амбулаторії.

У містах – адміністративних центрах областей – розміщена низка обласних лікарень (обласна лікарня, лікарня для лікування матерів і дітей, осіб, які постраждали від наслідків Чорнобильської аварії, інвалідів Вітчизняної війни), госпіталі для ветеранів та інвалідів війни й праці, обласні диспансери, центри здоров'я, міські лікарні та поліклініки, а також науково-дослідні медичні інститути, які проводять діагностичну і лікувальну діяльність.

Найбільша й найгустіша мережа закладів охорони здоров'я розміщена у столиці – місті Києві, де діє низка спеціалізованих (колишніх республіканських) лікарень, основна частина науково-дослідних інститутів медичного профілю, які здійснюють діагностику, лікувально-реабілітаційну діяльність на своїх клінічних базах, Київський державний медичний університет, Київський державний університет післядипломної освіти, міські та районні лікарні, поліклініки, диспансери, амбулаторії, медико-санітарні частини, заклади охорони здоров'я окремих міністерств і відомств, підприємств, установ, організацій, численні приватні медичні центри, лікарні та кабінети.

В інших країнах система охорони здоров'я по-різному забезпечена й організована державою і відрізняється як за ступенем залежності від останньої, так і за ступенем фінансової підтримки. Це визначається

¹⁵⁸ Офіційний вісник України.– 2000.- № 49. – Ст. 2116.

насамперед мірою державного регулювання діяльності та часткою ВВП, що виділяється на фінансування охорони здоров'я.

Наприклад, Велика Британія характеризується добре розвинутою Національною службою охорони здоров'я: за показником тривалості життя вона посідає 14-е місце серед країн світу, на яку витрачає 6,6% ВВП, що становить понад 1,2 тис. дол. США на душу населення. Сполучені Штати Америки посідають 18-е місце за показником тривалості життя і витрачають 15% ВВП, що становить майже 4 тис. дол. США на душу населення.

В Україні витрати на охорону здоров'я становлять 2,8% ВВП, що становить 65–133 грн. на одного громадянина і за цим показником Україна відповідно посідає 96-е місце серед 176 країн світу, охоплених моніторингом ВООЗ.

Таким чином, не підлягає сумніву, що ступінь участі держави в організації й забезпеченні системи охорони здоров'я визначає місце цієї соціальної інституції в суспільстві.¹⁵⁹

Українська система охорони здоров'я потерпає від непослідовної соціально-економічної політики, відсутності єдиних умов для всіх суб'єктів господарювання, несприятливого інвестиційного клімату, недосконалої податкової політики тощо. Проте в зв'язку зі стабілізацією економіки України вона стала останнім часом дещо поліпшуватися. Починаючи з 2000 р., паралельно з процесами економічної стабілізації почали збільшуватись асигнування державного бюджету на потреби охорони здоров'я, що здало змогу вперше за попереднє десятиліття здійснити централізовану закупівлю в необхідному обсязі вакцин і деяких життєво важливих препаратів.¹⁶⁰

Ситуація в охороні здоров'я України на даний час оцінюється як складна. Виступаючи на 2-й науково-практичній конференції «Охорона здоров'я: Україна і світ» у травні 1999 р. тодішній міністр охорони здоров'я Р. В. Богатирьова охарактеризувала поточний стан галузі як такий, що характеризується:

- низьким рівнем здоров'я населення;
- неефективним і громіздким управлінням на всіх його рівнях;
- роздрібним медичним простором;
- конфліктом законодавчих та нормативних документів із соціально-економічними зрушеннями в країні;
- нераціональне використання наявного державного бюджету та диспропорції у фінансуванні рівнів медичної допомоги (в Україні відсутнє обов'язкове медичне страхування);
- недостатнім урахуванням та відсутністю механізмів забезпечення оптимального використання загальних видатків на охорону здоров'я (в Україні не розвинені й суттєво занижуються позабюджетні надходження).

¹⁵⁹ Жаліло Л., Солоненко І., Скурятівський В. Охорона громадського здоров'я як соціальна інституція // Вісник Української Академії державного управління. – №2. – 2003. – С. 74.

¹⁶⁰ Чикал Адам. Як охороняти українську систему охорони здоров'я // Голос України. – 2003. – 27 червня.

У програмі реорганізації медичної допомоги в Україні «Перспектива-2010», яке було розроблено громадською організацією „Пульс України”, стан охорони здоров’я оцінюється наступним чином: «Сучасне становище вітчизняної охорони здоров’я – це системна криза, причини якої у тому, що не працюють базові установи відтворення існуючої моделі організації медичної допомоги».¹⁶¹

Потребу в охороні здоров’я, характер та обсяг медичної допомоги визначають стан і динаміка здоров’я населення та умови їх формування, а також можливістю їхнього задоволення – юридичним, фінансово-економічним, кадровим і матеріально-технічним забезпеченням. Нині в Україні діє доволі потужна загальнодержавна система охорони здоров’я, сформована переважно за роки соціалістичного будівництва. У 2003 р. в Україні налічувалось 28,4 тис. медичних закладів державної, комунальної та приватної форм власності (з них 24,2 тис. медичних закладів системи Міністерства охорони здоров’я), серед яких 3,2 тис. лікарень на 639 тис. ліжок і 7,4 тис. амбулаторно-поліклінічних закладів на 966 тис. відвідувань за зміну, 1064 станції швидкої медичної допомоги, 324 самостійні стоматологічні поліклініки та 4676 стоматологічних відділень у складі медичних закладів, 555 санаторіїв, 855 закладів державної санітарно-епідеміологічної служби та майже 200 вищих медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти та науково-дослідних установ,¹⁶² а також 198 відомчих лікарняних закладів та 3475 закладів охорони здоров’я недержавних форм власності.¹⁶³

Кадрове забезпечення

У всіх установах та закладах охорони здоров’я України на сьогодні зайнято приблизно 1,3 млн. працівників, з них в системі Міністерства охорони здоров’я України – 1,1 млн. працівників. Із усіх працюючих 196,6 тис. лікарів, та 470,4 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою, які обіймають відповідно 224,7 тис. лікарських і 462,7 тис. посад молодших спеціалістів з медичною освітою.

Показник забезпеченості лікарями на 10 тис. населення лікарями, які безпосередньо займаються лікуванням хворих, – 26,7 на 10 тис. населення, а в цілому по галузі – 41,1. Високий цей показник у Харківській, Тернопільській, Чернівецькій областях, АР Крим, низький – у Миколаївській, Херсонській, Кіровоградській, Сумській областях.

Забезпеченість молодшими спеціалістами з медичною освітою – 98,4 на 10 тис. населення.

¹⁶¹ Перспектива-2010. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. — Київ: Пульс України, 1999. — С. 3.

¹⁶² Осташко С., Майборода С. Охорона здоров’я України: стан та шляхи реформування // Вісник Української Академії державного управління. — № 2. — 2003. — С. 213.

¹⁶³ Діяльність галузі охорони здоров’я у першому півріччі 2003 року: довідка до розширеного засідання колегії МОЗ України. — К., 2003. — С. 11.

Медичні працівники галузі мають належний рівень кваліфікації – 125,9 тис. (64,1%) лікарів та 223,5 тис. (47,5%) молодших спеціалістів з медичною освітою атестовані на кваліфікаційні категорії.

У районних лікарнях, дільничних лікарнях та сільських лікарських амбулаторіях, працює 44304 лікарів, які обіймають 51832 посади: у центральних районних лікарнях – із 42491 штатних лікарських посад зайнято 39941, у районних лікарнях із 3212 лікарських посад – 2959, у дільничних лікарнях із 3801 лікарських посад – 3372, у сільських лікарських амбулаторіях із 6697 лікарських посад – 5560.

У педіатричній службі працює понад 29 тис. лікарів-педіатрів, з них понад 8,5 тис. – у первинній ланці. Забезпеченість лікарями-психіатрами становить 1,9, а лікарями усіх педіатричних спеціальностей – майже 3,5 на 1000 дитячого населення, що посилює профілактичний напрям медичної допомоги дітям.

Щороку вищу освіту здобувають близько 9 тис. лікарів та провізорів і 21 тис. молодших спеціалістів; підвищують кваліфікацію – відповідно близько 40 тис. та 65 тис. медичних працівників.

Формально забезпеченість медичною допомогою доволі висока: лише в системі МОЗ (без відомств) кількість лікарів становить 43,8 на 10000 населення (в економічно розвинених країнах – близько 25), ліжок – 88,5 на 10000 (у країнах Європейського Союзу – 72,7, а в країнах з ефективними системами охорони здоров'я – 47–60).¹⁶⁴ Наприклад, у Японії значно менше лікарів у розрахунку на 10000 жителів, менша і ємність лікарняної мережі (у такому ж розрахунку), але японці менше хворіють, а тривалість життя – найбільша в світі. Це пояснюється насамперед тим, що у цій країні медична служба діє в основному як профілактична, і концентрує увагу й практичну діяльність не на лікуванні захворювань, а на запобіганні їм. Крім цього в Україні використання наявних ресурсів відзначається недостатньою ефективністю. В умовах вкрай обмеженого фінансування галузі в структурі медичної допомоги переважають відносно дорогі її види – стаціонарне лікування і спеціалізована амбулаторна допомога. Все це призводить до ще більшого загострення проблем доступності й своєчасності медичного обслуговування, спричинених нерегульованою платністю медичної допомоги за низької платоспроможності населення.

Амбулаторно-поліклінічні заклади

На початок 2003 року в системі Міністерства охорони здоров'я України функціонувало 6496 закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, в т.ч. 2469 у складі лікарень різного типу, 395 диспансери, 3166 самостійних

¹⁶⁴ Іпатов А. В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні. – Дніпропетровськ.: Пороги, 2000. – 262 с.

поліклінік і амбулаторій, 148 лікарських здоровпунктів, 318 стоматологічних поліклінік.

Планова потужність з року в рік зростає і в 2002 році становила 873410 відвідувань за зміну або 183 на 10 тис. населення.

Протягом 2002 року майже вдвічі збільшено кількість закладів охорони здоров'я, що працюють на засадах сімейної медицини. На сьогодні їх кількість становить 1167 (близько 80% знаходяться у сільській місцевості).

Чисельність штатних посад сімейних лікарів збільшилась з 1264 у 2001 р. до 2230 посад у 2002 р. році (з них 63% у сільській місцевості).

Заклади стаціонарної медичної допомоги

Основними типами лікувально-профілактичних закладів є лікарняні заклади, в яких об'єднано надання як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної медичної допомоги, й самостійні поліклініки та амбулаторії, в яких надають лише амбулаторно-поліклінічну допомогу.¹⁶⁵

Стаціонарна медична допомога в закладах системи Міністерства охорони здоров'я України надається достатньою мережею лікарень (2850 заклади) з загальною потужністю ліжкового фонду 426758 ліжок. Рівень госпіталізації становить 20,3 на 100 жителів, в т.ч. 20,9 для міських і 19,1 для сільських.

Нині пріоритетним в Україні є надання медичної допомоги дітям. Для цього створена й функціонує широка мережа лікувально-профілактичних закладів: 27 обласних та 115 міських (у тому числі 11 спеціалізованих) лікарень, Українська дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», 43 поліклініки, 3,3 тис. медичних закладів, що мають дитячі відділення або кабінети, 47 будинків дитини.

Майже 50% населення України становлять жителі сільської місцевості. Забезпечення цієї категорії потребує значних матеріальних та інтелектуальних витрат. Медичну допомогу сільському населенню надають у 25 обласних, 486 центральних районних, 127 районних, 889 дільничних лікарнях, майже 2,6 тис. сільських лікарських амбулаторіях, близько 16 тис. фельдшерсько-акушерських пунктах, а також обласних, міських та відомчих спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах.

Ефективніше використовується ліжковий фонд: збільшилось середнє число днів зайнятості ліжка та скоротились терміни перебування хворого на ліжку. За даними 2002 р., середнє число днів зайнятості ліжка становить 328 днів (2001 р. – 330), термін середнього перебування хворого на ліжку – 14,4 дня (2001р.– 14,6). Кількість денних стаціонарів за останні три роки збільшилася з 2,8 тис. до 3,6 тис.; кількість місць у них – з 36 тис. до 47 тис. За 2001 р. у денних стаціонарах перебувало 1,5 млн. хворих (на 40% більше, ніж у 1999 р.), у стаціонарних умовах вдома – майже 1,4 млн. (на 34% більше, ніж у 1999 р.).

¹⁶⁵ Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 100.

Аптечні заклади

Забезпечення ліками населення і лікувальних закладів здійснюється розгалуженою мережею аптек, аптечних пунктів та кіосків різних форм власності (14,5 тис.).

Асортимент зареєстрованих в Україні лікарських засобів становить 7127 найменувань, з яких 2739 вітчизняного виробництва. Частка вітчизняних ліків в обсягах внутрішнього споживання становить приблизно 40%.

Санаторно-курортні заклади

Станом на 01.01.2003 р. згідно з інвентаризацією санаторно-курортних та оздоровчих закладів України, проведеної Радою міністрів АР Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями, оздоровчою діяльністю в Україні займаються більше 3 тис. суб'єктів підприємницької діяльності, з них 626 знаходяться в Криму.

У сфері охорони здоров'я функціонує 192 санаторії. З них 97 – туберкульозного профілю (на 13973 ліжка). На 1 санаторно-курортне ліжко припадає 7,6 хворих на активний туберкульоз.

У підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України знаходиться 38 спеціалізованих санаторіїв: 21 дитячий санаторій на 6476 ліжок (у тому числі 8 протитуберкульозних санаторіїв на 2415 ліжок), 3 підліткових протитуберкульозних санаторіїв на 440 ліжок та 14 протитуберкульозних санаторіїв для дорослих на 2210 ліжок.¹⁶⁶

Крім цього, в країні функціонують відомчі (міністерств оборони, внутрішніх справ, транспорту, Служби безпеки, прикордонних військ та ін.), приватні та інші медичні заклади.

Медичні служби охорони здоров'я

У системі охорони здоров'я важливе місце займає підсистема „медична допомога”, яку розглядають як комплекс спеціальних заходів і засобів, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я, підвищенню санітарної культури населення, запобіганню захворюваності та інвалідності, забезпечують діагностику захворювань, лікування осіб з гострими і хронічними хворобами, реабілітацію хворих та інвалідів.

Серед її підсистем (галузей) слід виділити як головні лікувально-профілактичну допомогу, охорону здоров'я матері та дитини, санітарно-епідеміологічну службу, а також медикаментозну допомогу, медико-соціальну експертизу, медичну освіту й науку, санаторно-курортну допомогу

¹⁶⁶ Діяльність галузі охорони здоров'я України у першому півріччі 2003 року: Довідка до розширеного засідання колегії МОЗ України. – Київ, 2003. – С. 11–13.

тощо. Сьогодні існує понад 30 сформованих медичних служб у системі охорон здоров'я. Їх діяльність регулюється низкою актів законодавства, серед яких чільне місце займають підзаконні нормативно-правові акти, які розробляються і затверджуються Міністерством охорони здоров'я України.

Так, наказом Міністерством охорони здоров'я України № 422 від 19.11.2002 р. „Про подальший розвиток клінічної імунології в Україні” затверджена структура служби клінічної імунології, яка побудована за п'ятиланковою системою і включає в себе: Головний науково-практичний медичний центр клінічної імунології та імунопрофілактики; регіональні, обласні (міські) медичні центри клінічної імунології; відділення клінічної імунології (імунотерапії) стаціонарів; кабінети клінічної імунології поліклінік; лабораторії імунології.

Найважливішою функцією системи охорони здоров'я є надання медичної допомоги, яка забезпечує населення всіма видами профілактичної, лікувально-діагностичної допомоги та відновного лікування.

Відповідно до ст. 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я лікувально-профілактичну допомогу населенню надають поліклініки, лікарні, диспансери, клініки медичних науково-дослідних інститутів та інші акредитовані заклади охорони здоров'я, служба швидкої медичної допомоги, а також окремі медичні працівники, які мають відповідний дозвіл (ліцензію).

Процес розвитку і диференціації лікувально-профілактичної допомоги зумовив створення закладів охорони здоров'я різних видів і типів, які, крім загальної, надають також спеціалізовану медичну допомогу.

Служба крові – одна з головних галузей системи охорони здоров'я – побудована за регіонально-територіальним принципом і складається з 68 станцій переливання крові, з них: 1 республіканська, 24 обласні, 2 обласних центри крові, 1 міський центр крові, 40 міських станцій переливання крові та 600 відділень трансфузіології, які входять до структури лікувальних закладів.¹⁶⁷

Санітарно-епідеміологічна служба включає 855 санітарно-епідеміологічних станцій різного рівня (обласні, міські, районні, транспортні, інших відомств), у яких працює близько 55 тис. осіб, з них майже 11,5 тис. лікарів.

Формування здорового способу життя покладено на 73 центри здоров'я, понад 100 кабінетів санітарної освіти та 580 відділень профілактики захворювань.

Щороку гігієнічною підготовкою охоплюють близько 5 млн. осіб т. зв. декретованих груп населення, факультативними формами – майже 6,5 млн. (у тому числі 365 тис. вагітних, 366 тис. породіль). Проблемам здорового способу життя присвячено 17 тис. телепередач, 90 тис. радіопередач, 36 тис. публікацій, видається 1,5 тис. найменувань санітарно-освітньої літератури

¹⁶⁷ Новак В.Л. Гриза П.В. Служба крові в Україні: структура та шляхи реформування // Охорона здоров'я в Україні. 2002.– № 3 – 4 (6 – 7). – С. 81.

накладом 1,8 млн. примірників. Упроваджуються міжнародні проекти щодо зміцнення здоров'я, проводяться рекомендовані ВООЗ Дні здоров'я.

Відповідними наказами міністерства затверджені схеми і структури інших медичних служб (неонатологічної, педіатричної, гінекологічної, акушерської, хірургічної та ін.)

Розробка нової соціальної стратегії, зумовленої реалізацією сучасної концепції ринкової економіки, потребує оцінки соціальної сфери, виявлення причин кризової ситуації в ній, формує шляхи виходу із важкого стану. При цьому вона стимулює не тільки розвиток виробництва, а і його реформування.

Таке поєднання особливо важливе в охороні здоров'я, яка є не тільки споживчою, а й виробничою сферою економіки. Її продукт – людський капітал – потенціал будь-якої виробничої та духовної діяльності.¹⁶⁸

У постанові Верховної Ради України від 28 листопада 2002 року № 276-IV „Про інформацію Кабінету Міністрів України про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я” пріоритетними напрямками подальшого вдосконалення надання медичної допомоги в Україні на даний час визначені наступні:

- переорієнтація на первинну медико-санітарну допомогу з розвитком денних стаціонарів і стаціонарів удома, інституту сімейного лікаря;
- збереження рівномірного за питомою вагою покриття закладами охорони здоров'я державного простору, особливо на селі;
- удосконалення спеціалізованої медичної допомоги;
- перетворення частини медичних закладів, на соціальні;
- розширення соціальної бази медичних закладів шляхом залучення на партнерських засадах об'єднань громадян;
- фінансування не мережі лікарняних закладів, а обсягів медичної допомоги, яку вони надають.

Щодо недержавного сектору надання медичної допомоги населенню України, то він на даний час:

- розглядається як основа охорони здоров'я цивілізованого суспільства і набуває розвитку;
- позитивно оцінюється більшістю населення і регіональними органами управління охороною здоров'я;
- визначає найвищі стандарти медичної допомоги завдяки механізмам конкурентної ринкової економіки;
- розвантажує державні видатки на охорону здоров'я.¹⁶⁹

¹⁶⁸Москаленко В. Ф. Програма діяльності Кабінету Міністрів України: завдання охорони здоров'я на межі століть // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – 17.

¹⁶⁹Про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я. Постанова Верховної Ради України від 28 листопада 2002 року № 276-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 52. – Ст. 384.

Розділ II. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я

Глава 1. Історія державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я

З давніх-давен передові уми людства замислювалися над розумінням і значенням здоров'я людини та роллю державної волі в процесі його зміцнення. Протягом тисячоліть цивілізації про здоров'я було створено різноманітні наукові та релігійні уявлення, написано чимало праць і трактатів, прийнято різноманітних правових актів.

Перші спроби правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я можемо побачити вже в історії Древнього Єгипту і Древнього Китаю. Медичною діяльністю тут займалися жерці, але серед них було багато цивільних осіб і навіть рабів. Діяльність лікарів у цих країнах регулювали суворі вимоги моралі і закону, за порушення яких суворо карали – аж до смертної кари.

Історія слов'янських племен, які об'єдналися в Київську Русь, свідчить про традиційний та еволюційний шлях розвитку державно-правового регулювання охорони здоров'я населення в той далекий час. Вже у «Руській Правді» (1036 р.) – збірнику законів Київської Русі XI століття – згадується про лікарів і винагороду їм за лікування. У той час, поруч із лікарями-ремісниками з корінного населення, при окремих княжих дворах у великих містах практикували й приїжджі лікарі-чужинці з країн Заходу і Сходу.

Розвиток феодальних міст, набуття ними статусу „міст магдебурзького права” покликали необхідність проведення санітарних і протиепідемічних заходів проти масових епідемій холери і чуми у відповідних рішеннях і постановах міських магістратів. Буржуазні революції в Європі та промислова революція XVII – XVIII століть поставили на порядок денний питання щодо проведення санітарно-протиепідемічних та лікувальних заходів у містах і на виробництві, охорону здоров'я та оздоровлення робітників промислових підприємств, організаційні заходи щодо збереження здоров'я робітників, створення лікарських кас тощо.

У середині XIX ст. у передових країнах Європи формуються поліцейсько-чиновницькі держави, (Росія, Франція, Велика Британія, Німеччина, Австро-Угорщина та ін.), які розширюють сферу державно-правового регулювання суспільних відносин. З'являються перші акти законодавства нового часу про охорону здоров'я. Так, у Великій Британії приймають закони про обмеження тривалості робочого дня й тижня, про

страхування, про створення медичних закладів для робітників. У Російській імперії з'являються акти про медичні заклади земського підпорядкування.

“Залізному” канцлеру Пруссії, а потім і об'єднаної німецької імперії Отто фон Бісмарку належить запровадження в німецьких землях правових актів щодо охорони здоров'я робітників, створення робітничих лікарень і лікарняних кас та системи пенсійного забезпечення.

Першою комплексною спробою законодавчо врегулювати питання надання медичної допомоги в Україні, яка входила до складу тодішньої Російської Імперії, стало запровадження в 1861 р. Лікарського статуту („Уставъ врачебный”), в якому в загальних рисах було окреслено права органів влади і поліції з проведення санітарних заходів, права і обов'язки лікарів та осіб медичного персоналу, окремі питання управління лікарнями, що знаходились у віданні земств, виготовлення і продажу ліків, а також окремі питання прав пацієнтів на отримання медичної допомоги.¹⁷⁰ Земства, взяли на себе обов'язок охорони здоров'я населення. З цією метою вони наймали на роботу лікарів, фельдшерів та акушерок, які працювали на певній території (дільниці), де кожному хворому мали надавати доступну медичну допомогу. Окрім цього, на дільниці повинні були здійснювати регулярні запобіжні заходи, спрямовані на попередження виникнення епідемій та їхніх наслідків.

Вказане законодавство про охорону здоров'я населення збереглося в такому вигляді аж до жовтневого (1917 р.) перевороту в Росії, коли воно було суцільно відкинуто новою владою і взамін старих законодавчих актів нова влада почала приймати свої декрети Ради народних комісарів РРФСР. Радянське законодавство, яке склалось протягом 74 років існування радянської держави, пройшло декілька етапів свого розвитку і становлення, аж до моменту розпаду союзної радянської держави – СРСР в 1991 р.

1.1. Історія створення законодавства України про охорону здоров'я

Розробка сучасного законодавства про охорону здоров'я в 1991–1992 рр., створення правової основи для цивілізованого розвитку цієї галузі була неможлива без відповідного вивчення, аналізу й урахування попереднього досвіду як розробки законодавчих та інших правових актів, так і їх застосування. Особливо це стосується періоду відносно недалекої історії – перших років і десятиліть Радянської влади в Україні – періоду з певних політичних причин маловідомого і замовчуваного, висвітленого радянською історіографією однобоко і тенденційно.

Його перший етап характеризується тим, що після проголошення Радянської влади в Україні на її терени переносилася дія відповідних законодавчих актів РРФСР, у тому числі в галузі охорони здоров'я, часом без належного юридичного оформлення, а часом – шляхом прямого запозичення

¹⁷⁰ Уставъ Врачебный. Издание 1905 года. Собрание законовъ Россійской имперіи. Том XI.

їх органами державної влади й управління Української СРР. Це стосується таких декретів РНК РРФСР, як «Про націоналізацію аптек» від 28 грудня 1918 р., «Про обов'язкові віспощеПЛення» від 10 квітня 1919 р., «Про безкоштовне дитяче харчування» від 17 квітня 1919 р. та ін.¹⁷¹ Підкреслимо, що в умовах громадянської війни та іноземної інтервенції, економічного хаосу та спаду виробництва приймалися і діяли (а часто й не діяли) численні правові акти з питань медицини, фармації та охорони здоров'я з різними назвами (декрети, постанови, накази, інструкції та ін.), які в певних частинах і положеннях суперечили один одному. У зв'язку з переходом до мирних умов життя, в міру збільшення їх кількості на порядок денний постало питання про їхню систематизацію і кодифікацію.

У серпні 1922 р. I-а Всеукраїнська санітарна рада постановила «переглянути, кодифікувати й зареєструвати чинні законодавчі акти і розпорядження по санітарній частині»,¹⁷² створивши для цього відповідний апарат із фахівців-юристів при Народному комісаріаті охорони здоров'я УСРР. 17 квітня 1924 р. Всеукраїнський центральний виконавчий комітет і Рада народних комісарів Української СРР прийняли постанову „Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу”. Від цього часу розпочинається процес паралельної з РСФСР розробки законодавства, а в деяких випадках – з пріоритетом в Українській СРР. Зазначимо, що аналогічний Декрет ВЦВК і РНК РСФСР був прийнятий лише 1 грудня 1924 р.

У липні 1927 р. у зв'язку з відновленням роботи над Зводом чинного законодавства Української СРР, Рада народних комісарів УСРР дала завдання Народному комісаріату охорони здоров'я УСРР підготувати і внести в законодавчі органи проект Кодексу про охорону здоров'я УСРР. На виконання цього доручення народний комісаріат охорони здоров'я спільно з Народним комісаріатом юстиції УСРР розробили схему майбутнього кодексу, яка 16 січня 1928 р. була затверджена підготовчою комісією РНК УСРР. Проект Кодексу про охорону здоров'я УСРР містив 314 статей. У них були встановлені основи правового становища медичних працівників, питання діяльності закладів санітарної освіти, ведення медичної статистики, заходів із попередження епідемій та професійних захворювань, санітарної охорони кордонів, організації лікувально-профілактичних заходів охорони материнства і дитинства, організації аптечної справи і курортного лікування. 13 квітня 1929 р. законопроект був скерований зацікавленим відомствам та організаціям для відповідних висновків. Однак Народні комісаріати юстиції та внутрішніх справ УСРР дали йому негативну оцінку, вказавши на слабку кодифікаційну обробку матеріалу, відсутність відповідних положень про загальні завдання охорони здоров'я, недосконалу юридичну термінологію і

¹⁷¹ Социальная гигиена и организация здравоохранения. Учебник

¹⁷² Усенко И.Б. Первая кодификация законодательства Украинской ССР. –К.: Наукова думка, 1989. – С. 92.
Сергеев Ю.Д. Професия врача: Юридические основы. – К.: Выща шк. Головное изд-во, 1988. – С. 10.

стиль тексту законопроекту. Окрім цього, було зроблено більш як 100 зауважень за конкретними статтями. Висновок Народного комісаріату внутрішніх справ УСРР рекомендував видати зібраний матеріал не як кодекс, а як систематизований збірник нормативних актів.

На початку 1930 р. Народний комісаріат охорони здоров'я УСРР підготував новий проект Кодексу УСРР про охорону здоров'я. Порівняно з проектом 1929 р. коло питань суттєво не змінилося, була лише дещо поліпшена структура кодексу і редакція деяких положень, а також введені нові статті. Колегія Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР зробила певні зауваження щодо проекту й для остаточного його опрацювання утворила спеціальну комісію, яка провела у вересні 1930 р. декілька засідань. 7 січня 1931 р. у листі в Управління справами РНК УСРР Народний комісаріат охорони здоров'я УСРР повідомляв, що проект цього кодексу розроблений остаточно і скерований для погодження з іншими відомствами.¹⁷³ Однак і цей проект був відхилений. Така ж доля спіткала й підготовлений 1935 р. новий проект Кодексу про охорону здоров'я УСРР,¹⁷⁴ який значною мірою був продовженням попередньої роботи. Це пояснювалося політикою тодішнього керівництва як Української СРР, так і Союзу РСР. Тривало будівництво єдиної пролетарської держави з єдиними територією, кордонами, народом, класом, законодавством, готувалась майбутня «сталінська» Конституція СРСР. Тому ініціатива Української СРР, не узгоджена з центральною владою, не була підтримана і стала непотрібною. У морозі 1937 і подальших років губляться долі більшості осіб, причетних до розробки цього законопроекту – С. І. Канторовича, С. С. Кагана, М. В. Спаського, О. Ф. Євтіхієва, М. Д. Степанова та ін.

Таким чином, спроби кодифікації законодавства про охорону здоров'я в УСРР 1920–30 рр. ХХ ст. не мали успіху. Розроблений проект кодексу так і не був прийнятий. Проте ця робота, незважаючи на відсутність кінцевого результату, не була марною, оскільки сприяла підвищенню правової культури, юридичної техніки, систематизації та дальшому розвитку законодавства.

У 1950-х рр. ХХ ст. в колишньому ССРСР було зроблено доволі вдалу спробу систематизації законодавства про охорону здоров'я, результатом якої стало видання у 1955–1960 рр. 5-томного (у 6 книгах, тиражем 20 тис. примірників) збірника актів законодавства у цій сфері відносин¹⁷⁵. Тривалий час він відігравав роль правового орієнтиру в регулюванні питань охорони здоров'я населення. Однак єдиного законодавчого акта, який би всебічно врегулював ці відносини, ні в тодішньому СРСР, ні в Українській РСР не прийняли.

Закону (кодексу) про охорону здоров'я не було в Україні аж до 15 липня 1971 р., коли після прийняття 19 грудня 1969 р. союзних Основ

¹⁷³ Усенко И.Б. Первая кодификация законодательства Украинской ССР. –К.: Наукова думка, 1989. – С. 94 – 96.

¹⁷⁴ Кодекс УСРР про охорону здоров'я / Проект. – К., 1935.

¹⁷⁵ Законодательство по здравоохранению. М.: Медгиз., 1955–1960.

законодавства про охорону здоров'я був прийнятий Закон УРСР „Про охорону здоров'я”.¹⁷⁶ Проте суттєвих змін у стан правового регулювання він не вніс, оскільки був «декоративним» і практично не застосовувався. Основним регулятором у галузі охорони здоров'я залишався наказ як вияв адміністративного керівництва, а не закон, і до створення правових основ формування державної політики у сфері охорони здоров'я було ще дуже далеко.¹⁷⁷

Охорона здоров'я як галузь соціально-культурної діяльності в умовах існування тоталітарної держави і адміністративної системи управління підлягала такому щільному нормативно-правовому регулюванню, що, практично, не було жодного питання, яке б не мало свого нормативного вирішення, починаючи, наприклад, від оформлення віконних вітрин в аптеках, яке регулювалося листом Міністерства торгівлі СРСР від 10 січня 1958 року № 05 і до визначеного порядку захоронення трупів пацієнтів лікарнями, диспансерами, клініками і стаціонарами інститутів, який встановлювався інструкцією Міністерства охорони здоров'я СРСР, затвердженою 20 березня 1950 р.

Поступово система охорони здоров'я була обплутана тисячами жорстких і заборонюючих нормативних актів, які виключали будь-яку ініціативу на всіх рівнях її організації і управління. Це врешті-решт призвело до застою, а згодом і до глибокої кризи.

Право на охорону здоров'я вперше було закріплено ще в Конституції СРСР 1977 р.,¹⁷⁸ Конституції УРСР 1978 р.,¹⁷⁹ оскільки саме до цього часу була в основному сформована державна система охорони здоров'я, набули широкого розвитку такі гарантії, як існування та діяльність державних медичних закладів, закладів для лікування і зміцнення здоров'я громадян, а також інші, закріплені в нормі тієї ж статті Конституції.

Така потреба з'явилась у зв'язку з новими суспільними умовами після прийняття Декларації про державний суверенітет України 16 липня 1990 р. та Акта про незалежність України від 24 серпня 1991 р. Формування нових умов настійливо вимагало включення правових механізмів регулювання, що, в свою чергу, обумовлювало необхідність створення сучасного законодавства, яке б складалося з актів ринкової спрямованості.

¹⁷⁶ Відомості Верховної Ради Української РСР. – 1971. – № 29. – Ст. 245.

¹⁷⁷ Гладун З. С. Правове забезпечення охорони здоров'я громадян // Радянське право. – 1991. – № 5. – С. 29.

¹⁷⁸ Відомості Верховної Ради СРСР. – 1977. – №41. – Ст. 619.

¹⁷⁹ Відомості Верховної Ради Української РСР. – 1978. – №18. – Ст. 268.

Глава 2. Механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я

2.1. Поняття механізму адміністративно-правового регулювання

Норми права, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я, для того і приймаються, щоб забезпечити правовий регулятивний вплив на суспільні відносини. Цей вплив забезпечується дією відповідних механізмів, серед яких найважливішим є механізм правового регулювання. Враховуючи, що в даному дослідженні нас цікавив, передусім, адміністративно-правовий аспект даної проблеми і, відповідно, норми, саме адміністративного права, ми і розглянемо механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до усталеної точки зору, механізм правового регулювання визначається як узятя в єдності система правових засобів, за допомогою якої забезпечується результативний правовий вплив на суспільні відносини.¹⁸⁰

Цей механізм включає сукупність певних елементів, серед яких – суб'єкти і об'єкти, норми адміністративного права і адміністративно-правові відносини.

У свою конструкцію механізм правового регулювання включає норми права, правовідносини, акти тлумачення норм права, правову свідомість і правову культуру та акти реалізації норм права. З допомогою норм права законодавець встановлює права та обов'язки певних суб'єктів і, власне, створює необхідні умови для розвитку правовідносин.¹⁸¹

Ключовим поняттям у розумінні механізму правового регулювання є поняття правового регулювання, під яким розуміється сукупність певних форм і засобів дії права на поведінку учасників суспільних відносин, які здійснюються в інтересах всього суспільства або визначеного колективу з метою підкорити поведінку окремих суб'єктів встановленому у суспільстві правопорядку.¹⁸²

Механізм правового регулювання дозволяє не тільки зібрати разом явища правової дійсності (норми, правовідносини, юридичні акти та ін.) і обрисувати їх як цілісність (це досягається також і за допомогою поняття «правова система»), але і представити їх у «працюючому», системно-динамічному вигляді, що характеризує результативність правового регулювання, його здатність гарантувати з правової сторони досягнення

¹⁸⁰ Алексеев С.С. Общая теория права. В двух томах. Т. II. – М.: Юрид. лит., 1982. – С. 9.; Скакун О.Ф. Теория государства и права: Учебник. – Харьков, „Консул”, 2000. – С. 540.; Рабінович П.М. Основи загальної теорії права та держави. Вид. 5.– К., 2001.– С. 157.

¹⁸¹ Голосніченко І.П. Правосвідомість і правова культура у розбудові Української держави // Право України. – 2005. – №4. – С. 24.

¹⁸² Алексеев С.С. Механизм правового регулирования в социалистическом государстве. - М.: Юрид. лит., 1966.

поставлених законодавцем цілей; висвітити в зв'язку з цим специфічні функції, що виконують ті або інші юридичні явища в правовій системі, показати їх зв'язок і взаємодію між собою.¹⁸³

2.2. Адміністративно-правові норми у сфері охорони здоров'я

Юридична природа правових норм, як і правових відносин, що виникають в результаті дії перших, є однією з найважливіших проблем як правової науки загалом, так і адміністративно-правової науки зокрема.

Під адміністративно-правовою нормою прийнято вважати загальнообов'язкове правило поведінки, встановлене державою з метою регулювання суспільних відносин у сфері державного управління, що забезпечується заходами державного примусу. Адміністративно-правові норми містяться безпосередньо в джерелах адміністративного права – Конституції, законах України, указах Президента України, постановах і розпорядженнях Кабінету Міністрів, наказах керівників центральних та місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування та ін.

Істотними ознаками адміністративно-правової норми є її імперативний характер, а також зміст і спрямованість, на основі чого регулюються суспільні відносини у сфері виконавчо-розпорядчої діяльності. Особливістю змісту адміністративно-правових норм є те, що на відміну від норм інших галузей права, вони регулюють відносини у сфері державного управління, у певних галузях суспільних відносин: економічних, соціальних, політичних, адміністративних та ін. Адміністративно-правові норми – це регулятор суспільних відносин. Їхній зміст зумовлюється своєрідністю стану суб'єктів та об'єктів управління, де перші наділяються юридично-владними повноваженням, а другі – необхідністю їм підпорядковуватись і виконувати їхні рішення – вказівки, накази, інструкції та ін.

Адміністративно-правові норми мають загальнообов'язковий характер. Без регулюючої ролі адміністративно-правової норми неможливий чіткий процес управління. Адміністративно-правові норми переважно імперативні, їх порушення тягне за собою передбачену в нормах адміністративного права відповідальність. В сучасній юридичній літературі прийнято класифікувати норми адміністративного права за наступними критеріями:

- за предметом регулювання;
- за юридичним характером припису;
- за дією в часі;
- за колом осіб;
- за ступенем загальності;
- за повнотою правил поведінки;
- за юридичною силою.

За предметом регулювання адміністративно-правові норми поділяють на:

¹⁸³ Алексеев С.С. Общая теория права. В двух томах. Т. II. – М.: Юрид. лит., 1982. – С. 10.

- організаційні;
- норми, що визначають підстави і порядок застосування адміністративної відповідальності;
- матеріальні норми;
- процесуальні норми.¹⁸⁴

За юридичною характеристикою адміністративно-правові норми класифікують на:

- **зобов'язувальні**, що містять юридично-владну вимогу до виконавців здійснити відповідні дії;

- **уповноважувальні**, що встановлюють право суб'єкта адміністративних правовідносин на здійснення відповідних дій;

- **заборонні**, що передбачають юридично-владний припис, який вказує на неприпустимість відповідної поведінки під страхом застосування адміністративного примусу.

За дією в часі адміністративно-правові норми поділяють на обмежені та необмежені строком дії.

За колом осіб – на адміністративно-правові норми, що регулюють діяльність органів виконавчої влади, й ті, що встановлюють компетенцію посадових осіб, права та обов'язки державних службовців тощо.

За ступенем загальності адміністративно-правові норми класифікують на загальні (поширюються на всіх або більшість суб'єктів відносин) і спеціальні (встановлюються лише з окремих спеціальних питань).

Залежно від повноти викладення правил поведінки адміністративно-правові норми поділяють на визначені та бланкетні. Визначена норма має повно викладене правило поведінки, бланкетна подає відповідне правило неповно, посилаючись на інші норми або акти.

За юридичною силою норми адміністративного права класифікують на конституційні, норми законодавчих актів, норми, що містяться в Указах Президента України, постановах Кабінету Міністрів України та нормативних актах місцевих державних адміністрацій.

Структуру адміністративно-правової норми розуміють як її внутрішню будову, взаєморозміщення та взаємозв'язок її складових частин.¹⁸⁵ За структурою адміністративно-правові норми складаються з гіпотези, диспозиції і санкції. **Гіпотеза** вказує на фактичні умови, за наявності яких слід керуватися даною нормою. **Диспозиція** – основна частина адміністративно-правової норми, яка містить саме правило поведінки. **Санкція** встановлює юридичні наслідки невиконання тих чи інших правил, передбачених адміністративно-правовою нормою.

¹⁸⁴

¹⁸⁵ Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і головн. ред. В. Т. Бусел. – К.: Ірпінськ: ВТФ “Перун”, 2001. – С. 1208.

За формою виразу (вияву) адміністративно-правові норми поділяють на заборонні, зобов'язувальні, уповноважувальні, заохочувальні та рекомендаційні.¹⁸⁶

Реалізація норм адміністративного права

Норми права законодавці приймають для їхньої дії як регуляторів поведінки суб'єктів права та реалізації закріплених в них правил поведінки і вимог.

Реалізація норм адміністративного права – це практичне втілення в життя загальнообов'язкових приписів, що містять адміністративно-правові норми з метою регулювання управлінських відносин.

Існує чотири способи реалізації адміністративно-правових норм: **дотримання, виконання, використання і застосування.**

Дотримання полягає у пасивній поведінці суб'єктів, що не допускає порушення адміністративно-правових норм. Такою є форма реалізації заборонних норм.

Виконання полягає в активній поведінці суб'єктів, що виявляється у виконанні юридичних обов'язків, зафіксованих в адміністративно-правових нормах. Це є форма реалізації зобов'язувальних норм.

Використання полягає в активній поведінці суб'єктів, що виявляється у здійсненні наданих їм адміністративно-правовими нормами юридичних прав. Це є форма реалізації уповноважувальних норм.

Застосування полягає у владній діяльності державних виконавчо-розпорядчих органів і виявляється у прийнятті індивідуальних юридичних актів. Особливість цієї форми реалізації в тому, що її здійснює винятково держава через уповноважені нею органи.

Неправильне застосування норм адміністративного права, необ'єктивна оцінка фактичних обставин, до яких її застосовують, видання незаконного, необґрунтованого, недоцільного акта реалізації норми завдає шкоди не тільки окремій особі, а й колективу людей, суспільству загалом. Це пояснюється особливою значущістю управлінських відносин, що регулюють адміністративно-правові норми. Вони зачіпають інтереси громадян, організацій, закладів, підприємств, цілих галузей і сфер управління, тому різні реорганізації управлінських структур коштують платникам податків надто дорого.

При реалізації адміністративно-правових норм необхідно дотримуватися вимог законності, доцільності та обґрунтованості.

2.3. Об'єкт адміністративно-правового регулювання

¹⁸⁶ Детальніше див. Адміністративне право України [Підручник для юрид. вузів і фак. / Ю. П. Битяк, В. В. Богуцький, В. М. Гарашук та ін.]; За ред. Ю. П. Битяка. – Харків: Право, 2001. – С. 32–35.

Одним із головних елементів механізму адміністративно-правового регулювання є його об'єкт. Об'єктом адміністративно-правового регулювання є відповідні відносини, які утворюються на основі реалізації норм адміністративного права.

Правова природа правовідносин завжди викликала значний інтерес у вчених-юристів, але вона й досі залишається дослідженою не до кінця. Особливо це стосується змісту, принципів та механізму правового регулювання відносин в період зміни моделі суспільного розвитку.

Як вже зазначалося, охорона здоров'я населення є однією з важливіших сфер суспільного життя. Охорона та зміцнення здоров'я людей – важливе державне завдання, головний компонент державної соціальної політики. Прийнявши Конституцію та Основи законодавства про охорону здоров'я, Україна засвідчила бажання йти шляхом творення демократичної, правової, соціальної держави, яка визнає і захищає права своїх громадян і прагне прилучитися до глобальної політики світового співтовариства у сфері охорони здоров'я людей.

Виконання вищезазначених завдань можливе тільки за умови взаємодії органів державної влади і місцевого самоврядування, політичних, громадських, релігійних та інших організацій, мережі закладів охорони здоров'я, які творять її національну систему і є гарантом виконання державних, галузевих та регіональних програм охорони здоров'я. Україна визнала, що суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за збереження здоров'я нації, і мають забезпечити пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави.

Приступаючи до розгляду питань правовідносин, потрібно з'ясувати коло суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я, їхній специфічний правовий статус та юридичну природу. Проблемі правовідносин у вітчизняній правовій науці завжди приділяли значну увагу, особливо в попередній радянський період. Цьому присвячені фундаментальні праці таких видатних вітчизняних вчених, як М. Г. Александров, Г. М. Атаманчук, О. А. Красавчиков, О. С. Йоффе, С. С. Алексєєв, Л. С. Явич, Ю. М. Козлов, Г. І. Петров, О. Ю. Луньов, В. А. Юсупов та ін.

Основою відносин, що виникають у сфері охорони здоров'я, є відносини між громадянином – пацієнтом і медичним працівником – переважно лікарем чи медсестрою, фельдшером або закладом охорони здоров'я, до якого перший звертається за медичною допомогою. Відповідно до цього, в сфері охорони здоров'я можуть виникати наступні види правовідносин: конституційно-правові, цивільно-правові, трудові, адміністративно-правові та кримінально-правові. Детальніша класифікація виокремлює фінансові-правові відносини, які в сфері охорони здоров'я можуть бути об'єднані з адміністративно-правовими.

Конституційні правовідносини у сфері охорони здоров'я виникають на основі права особи на охорону здоров'я, яке закріплене ст. 49 Конституції України. Згідно зі ст. 3 Основ, охорона здоров'я – це система заходів,

спрямованих на забезпечення, збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.¹⁸⁷ Складовими права громадян на охорону здоров'я українське законодавство передбачає: достатній життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, необхідний для підтримання здоров'я; безпечне для життя і здоров'я довкілля; безпечні та здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; кваліфіковану медико-санітарну допомогу та ін.

Тому головними суб'єктами конституційно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є фізична особа (громадянин України, іноземець чи особа без громадянства), яка звертається за медичною допомогою, і медичний працівник чи заклад охорони здоров'я, який таку допомогу може надати. Серцевиною закладу охорони здоров'я, його рушійною силою, звичайно, є люди, які працюють у ньому – медичні та фармацевтичні працівники, а також працівники споріднених спеціальностей, технічного та обслуговуючого персоналу.

Здійснюючи професійну діяльність із надання медичної допомоги, вступаючи з пацієнтами у специфічні правовідносини, медичні та фармацевтичні працівники стають одними з найважливіших їх суб'єктів. Медичні та фармацевтичні працівники (як працівники охорони здоров'я) – усталене правове поняття, яке вживають як в актах чинного законодавства, так і в науковій, зокрема юридичній та медичній літературі. Працівники охорони здоров'я – окрема категорія працівників, професійна діяльність яких спрямована на профілактику захворювань, діагностику, лікування і реабілітацію хворих, здійснення інших заходів охорони їхнього здоров'я. Отже, до категорії працівників охорони здоров'я можна віднести всіх, хто на постійній або тимчасовій основі перебуває в трудових відносинах із закладом охорони здоров'я, займаючи при цьому певну посаду і виконуючи професійні службові обов'язки. Всі посади – від водія санітарного автомобіля, працівника харчоблоку, медсестри до лікаря, і керівника закладу – головного лікаря та його заступників – закріплені у штатному розписі закладу охорони здоров'я.

Слід зазначити, що медичною та фармацевтичною діяльністю, відповідно до ст. 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я, можуть займатися лише особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Професійні обов'язки, права та відповідальність медичних працівників визначають посадові інструкції та функціональні обов'язки, розроблені в закладах охорони здоров'я відповідно до конкретних умов діяльності, і затверджені їхніми керівниками.

Суб'єктами правовідносин у цій сфері є також заклади охорони здоров'я. Стаття 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначає заклад охорони здоров'я як підприємство, установу чи організацію,

¹⁸⁷ Відомості Верховної Ради України. – 1993. - №4. – Ст.20.

завдання яких – забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

На жаль, це нормативне визначення далеке від досконалості, оскільки зрозуміло, що заклад охорони здоров'я аж ніяк не може бути підприємством. Тому його можна визначити як інституцію, мета діяльності якої – надання кваліфікованої медичної та фармацевтичної допомоги, професійну діяльність в якій здійснюють працівники охорони здоров'я, і яка набуває офіційного статусу шляхом державної реєстрації у встановленому законом порядку.

Серед численних відносин у сфері охорони здоров'я є окрема група управлінських відносин, що виникають на основі реалізації норм адміністративного права. Суб'єктами адміністративних правовідносин є, з одного боку, органи виконавчої влади та місцевого самоврядування та їхні посадові особи, наділені для здійснення управління у сфері охорони здоров'я відповідними повноваженнями, а з іншого – фізичні особи (громадяни, іноземці, особи без громадянства, біженці), які звертаються за наданням їм медичної допомоги.

Однією з найважливіших гарантій реалізації цих прав є ефективне управління національною системою охорони здоров'я, складу якої входить 28,4 тис. об'єктів.¹⁸⁸ Як відомо, управління полягає у здійсненні цілеспрямованого впливу суб'єкта управління на його об'єкт. Тому для здійснення управлінського процесу необхідним є суб'єкт і об'єкт управління – тільки між ними й можливе налагодження управлінських відносин. Оскільки останні врегульовані нормами права, які наділяють їх певними правами та обов'язками, встановлюють підпорядкованість об'єктів суб'єктам та обов'язковість для об'єктів виконання рішень і вказівок суб'єктів, то ці відносини набувають характеру правових, тобто правовідносин. Через те, що вказані правовідносини врегульовані саме нормами адміністративного права, то вони за змістом є адміністративними.

Питання про юридичну природу й види саме адміністративних правовідносин також доволі ґрунтовно досліджене в адміністративно-правовій науці, про що свідчать значна кількість наукових публікацій, особливо радянського періоду, а також відповідні розділи в підручниках з адміністративного права. Значний внесок у наукову розробку цього питання зробили українські вчені-адміністративісти – В. В. Цветков, В. Б. Авер'янов, С. В. Ківалов, М. П. Орзіх, Ю. П. Битяк, Н. Р. Нижник, Є. Б. Кубко, Б. А. Пережняк та ін.

Виникнення адміністративних правовідносин – це, по суті, об'єктивізація загальної управлінської волі держави в реальній поведінці конкретних суб'єктів. Цей процес відбувається в три етапи.

¹⁸⁸ Діяльність галузі охорони здоров'я у першому півріччі 2003 року: довідка до розширеного засідання колегії МОЗ України. – К., 2003. – С. 11.

Перший етап – визначення необхідності, доцільності й можливості встановлення адміністративно-правового регулювання.

Другий етап – створення відповідної юридичної конструкції (своєрідний макет адміністративних правовідносин).

Третій етап – реалізація адміністративно-правових норм, в результаті яких відбувається виникнення сталих державно-владних правових зв'язків, тобто адміністративно-правових відносин.

Адміністративно-правові відносини – це врегульовані нормами адміністративного права суспільні відносини у сфері державного управління, в якому сторони беруть участь як носії прав та обов'язків, встановлених і забезпечених адміністративно-правовими нормами.

Адміністративно-правові відносини обумовлені відповідними адміністративно-правовими нормами. Конкретну реалізацію вони отримують у співвідношенні суб'єкта і об'єкта. Обов'язковий суб'єкт – орган виконавчої влади або його представник (посадова особа). Адміністративно-правові відносини за характером завжди є владними.

Їх можна класифікувати:

- за виконуваними функціями;
- за складом учасників;
- за сферою виникнення;
- за станом взаємної підпорядкованості суб'єктів.¹⁸⁹

Проте, як відомо, виникаючи в певній сфері, адміністративні правовідносини набувають, крім загальних, і певних особливих, специфічних рис. Юридичну природу, зміст та специфічні особливості в сфері охорони здоров'я через певні об'єктивні та суб'єктивні причини ні в колишній радянській правовій науці, ні в правовій науці сучасної України ніхто з юристів-науковців не досліджував.

Як було зазначено, матеріальні адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я можуть виникати: 1) між громадянином (пацієнтом) і закладом охорони здоров'я; 2) між лікарем та адміністрацією закладу охорони здоров'я; 3) між адміністрацією та власником медичного закладу; 4) між закладом охорони здоров'я та органами державної влади й місцевого самоврядування, а також в будь-якій іншій комбінації зазначених суб'єктів.

За юридичною характеристикою взаємодії учасників адміністративні правовідносини можна поділити на вертикальні, горизонтальні, та діагональні. Вертикальні передбачають рівність їх учасників і є типовими для державно-управлінської діяльності шляхом підпорядкування об'єкта управління його суб'єктові. В них завжди проявляється загальна риса – здійснення в межах прямого управлінського впливу і відповідний пріоритет юридично вираженої волі однієї сторони – суб'єкта управління. Прикладом регулювання вертикальних адміністративних правовідносин можуть бути відносини, які виникають у сфері державного санітарно-епідеміологічного

¹⁸⁹ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 182 – 185.

нагляду, що здійснюються на основі положення про нього, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 червня 1999 р. № 1109. Відповідно до нього органи державної санітарно-епідеміологічної служби наділені правом видавати обов'язкові для виконання приписи, накладати штрафи та у передбаченому законом випадку застосовувати фінансові санкції за порушення санітарного законодавства. Таким чином, всі вертикальні адміністративно-правові відносини виражають юридичну залежність однієї сторони від іншої.

Горизонтальні адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я трапляються значно рідше. Ю. М. Козлов вважав, що “горизонтальні адміністративно-правові відносини є формою управлінських зв'язків, в яких, по суті, відсутні суб'єкт та об'єкт управління; це відносини типу “суб'єкт–суб'єкт” (два органи управління) або відносини між органом управління (посадовою особою) та громадянином, які передують винесенню одностороннього юридично-владного рішення”.¹⁹⁰ На сучасному етапі горизонтальні адміністративно-правові відносини – ознака демократизації суспільного життя, тому їх застосовують значно ширше. Це відносини, що виникають при укладенні адміністративного договору між рівними суб'єктами управління (органами виконавчої влади чи місцевого самоврядування), за яким вони наділяють одного з них певними управлінськими повноваженнями.

Горизонтальні правовідносини характеризуються юридичною і фактичною рівністю сторін. У них відсутні юридично-владні повноваження однієї сторони стосовно іншої. Прикладом можуть бути відносини між службовцями одного посадового рівня в процесі підготовки тих чи інших матеріалів, довідок, звітів, проектів рішень тощо. Горизонтальними за змістом є також адміністративно-процесуальні відносини, що виникають у процесі вирішення адміністративних спорів, зокрема в межах провадження за заявами і скаргами громадян, за справами про адміністративні правопорушення. Законодавство забезпечує процесуальну рівність сторін в таких правовідносинах. Горизонтальними можуть бути також окремі відносини адміністративно-договірного характеру, виражені в різного роду угодах. Прикладом є відносини, що виникають між непідпорядкованими один одному органами, зокрема на основі взаємодії медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і діють відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. № 819.¹⁹¹

У системі адміністративних правовідносин можуть виникати й діагональні правовідносини, зміст яких у встановленні управлінських зв'язків між службово непідпорядкованими органами державної влади і місцевого самоврядування різних рівнів. Наприклад, відносини між Міністерством охорони здоров'я України та Чернівецькою міською радою як органом

¹⁹⁰ Козлов Ю.М. Административные правоотношения. – М.: Юрид. лит., 1976. – С. 172.

¹⁹¹ Офіційний вісник України. – 1995. – №. – Ст

місцевого самоврядування щодо наукового й організаційно-методичного забезпечення виконання місцевої комплексної цільової програми зміцнення здоров'я населення та лікування алопеції – облисіння дітей, підданих 1989 р. радіоактивному опроміненню.

Загальновідомо, що аналізуючи структуру адміністративних правовідносин виділяють їх суб'єкти, об'єкти та зміст.

Під суб'єктом адміністративних правовідносин ми розуміємо того з їх учасників, хто керує, виконує функції управління – орган виконавчої влади чи місцевого самоврядування в частині делегованих державою повноважень чи їх посадова особа, державний службовець.

Залежно від виду відносин у сфері охорони здоров'я, що виникають, в них відповідно беруть участь і різні суб'єкти права. Так, зокрема, суб'єктом адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я можуть бути працівники адміністрації закладу охорони здоров'я (головний лікар, завідуючий відділенням чи старша медсестра), органи виконавчої влади чи їх посадові особи (стосовно реєстрації закладу охорони здоров'я та керівництва з боку управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації конкретним закладом охорони здоров'я), адміністрація медичного закладу і трудовий колектив щодо запровадження внутрішнього трудового розпорядку, організації роботи, органи місцевого самоврядування, адміністрація підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності, громадські організації, політичні партії та ін. Але для того, щоб вони могли стати суб'єктами адміністративних правовідносин, вони повинні бути наділені правосуб'єктністю, що складається з правоздатності, дієздатності й деліктоздатності. В адміністративних правовідносинах обов'язковим учасником є орган виконавчої влади або його посадова особа, наділені певними державно-владними повноваженнями. Такі відносини виникають за ініціативи однієї зі сторін і згода іншої при цьому не потрібна.

Адміністративно-правові відносини обумовлені відповідними адміністративно-правовими нормами. Свою конкретну реалізацію вони знаходять у співвідношенні суб'єкта і об'єкта. Обов'язковий суб'єкт у цих відносинах — орган виконавчої влади або його представник (посадова особа). Адміністративно-правові відносини завжди за своїм характером є владними.

Серед суб'єктів вказаних правовідносин першим є Президент України, який згідно з Конституцією, з Основами законодавства України про охорону здоров'я та іншими законодавчими актами наділений комплексом прав та обов'язків у сфері охорони здоров'я.

Крім нього суб'єктами адміністративних правовідносин є органи виконавчої влади і місцевого самоврядування, зокрема:

- Кабінет Міністрів України;
- Рада Міністрів Автономної Республіки Крим;
- місцеві (обласні, районні, Київська та Севастопольська міські та районні в містах) державні адміністрації;
- органи місцевого самоврядування (міські, сільські та селищні голови, міські, сільські й селищні ради та їхні виконавчі органи).

Їхній правовий статус доволі чітко вказаний у відповідних законодавчих актах, як і повноваження у сфері охорони здоров'я.

Крім вказаних органів публічної влади загальної компетенції, суб'єктами адміністративних правовідносин є також органи так званої галузевої компетенції, зокрема:

- Міністерство охорони здоров'я України;
- Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим;
- управління (головні управління) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій;
- головні лікарі центральних районних лікарень;
- адміністрація закладів охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, який забезпечує реалізацію державної політики у галузі охорони і зміцнення здоров'я, санітарного та епідеміологічного благополуччя населення; здійснює керівництво дорученої йому сфери управління, несе відповідальність за її стан та розвиток. Його правовий статус закріплений у відповідному положенні, затвердженому Указом Президента України від 24 липня 2000 р. № 918/2000.¹⁹²

Міністерство охорони здоров'я України керує дорученою йому сферою як безпосередньо, так і через Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських та районних в містах держадміністрацій шляхом прийняття відповідних наказів, які можуть мати як нормативний, так й індивідуальний характер. Щороку кількість нормативних наказів Міністерства охорони здоров'я України, які затверджують відповідні положення, інструкції, правила та ін. перевищує кілька сотень, а загалом підзаконних нормативних актів, що діють у сфері охорони здоров'я, налічується понад 5 тисяч.¹⁹³

Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим – центральний орган виконавчої влади Кримської автономії. Воно має повноваження щодо здійснення управління закладами охорони здоров'я, розташованими на території автономії, які належать до республіканської (АРК) форми власності.

Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації є органом виконавчої влади середньої ланки. Його важливість визначена тим, що це, з одного боку, спеціалізований (галузевий) орган виконавчої влади області, який створює обласна державна адміністрація, а з іншого – функціонально підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України. Незважаючи на подвійне підпорядкування, управління охорони здоров'я – це окремий орган виконавчої влади, який діє самостійно у межах наданої йому компетенції. Як випливає з його назви, він створюється для організації і

¹⁹² Офіційний вісник України. – 2000. – № 17. – Ст. 740.

¹⁹³ Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 129.

забезпечення охорони здоров'я населення області й, власне, це головна мета його діяльності, про що свідчить аналіз ряду важливих державних програм, інших законодавчих та підзаконних правових актів, зокрема Основ законодавства України про охорону здоров'я. Управління охорони здоров'я забезпечує реалізацію загальнодержавних та обласних цільових комплексних програм і здійснює управління закладами охорони здоров'я обласного підпорядкування.

Особливістю державного управління у сфері охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого органу виконавчої влади. Його функції виконує головний лікар центральної районної лікарні, який одночасно є головним лікарем району. Він здійснює функціональне керівництво закладами охорони здоров'я районного підпорядкування – приймає на роботу та звільняє з неї працівників охорони здоров'я, узгоджує кандидатури керівників медичних закладів, забезпечує їх фінансування, виконання ними службових завдань, звітність, контролює їхню діяльність тощо.

Місцеве самоврядування – важливий елемент демократичної організації та функціонування суспільства й держави. Це гарантують статті 7 та 140 Конституції України. До системи органів місцевого самоврядування, які здійснюють управління закладами охорони здоров'я відповідної комунальної власності (сільської, селищної чи міської громади), належать: сільський, селищний, міський голова, сільська, селищна, міська рада та виконавчі органи, які вони утворюють. Так, керівництво закладами охорони здоров'я міської комунальної власності здійснює управління чи відділ охорони здоров'я міської ради, а також її виконавчий комітет чи міський голова відповідно до своїх повноважень. До власних повноважень органів місцевого самоврядування, що діють відповідно до Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” належить організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти. Однак, крім вказаних органи місцевого самоврядування наділені ще й делегованими державою повноваженнями, серед яких забезпечення у межах наданих повноважень доступності і безоплатності освіти та медичного обслуговування на відповідній території, забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів освіти і медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі освітніх і лікувальних закладів усіх форм власності, забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

Заклад охорони здоров'я – це особливий суб'єкт адміністративних правовідносин. Це своєрідна організація, в якій професійну діяльність здійснюють медичні працівники, первинна і головна ланка всієї системи охорони здоров'я. Його головна мета – надання висококваліфікованої медичної допомоги особам, що її потребують, здійснення профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів. Загалом, його завдання формуються відповідно до мети, профілю і виду діяльності, зокрема надання консультативної та екстреної медичної допомоги населенню (лікарня

швидкої допомоги), висококваліфікованої та високоспеціалізованої консультативної поліклінічної й стаціонарної допомоги (обласна лікарня) та первинної лікувально-профілактичної допомоги (поліклініка). Лікарня чи поліклініка як первинна ланка системи охорони здоров'я є у ній об'єктом управління. Саме на неї поширюється управлінський вплив органів виконавчої влади. Проте і в складі цього закладу охорони здоров'я є відповідний орган управління – адміністрація, яка, здійснюючи оперативну управлінську діяльність, забезпечує виконання покладених на нього завдань. До адміністрації закладу охорони здоров'я належать: її керівник – головний лікар, його заступники, завідувачі відділень та керівники інших підрозділів і служб.

В теорії правовідносин їхнім об'єктом вважають те явище, на яке спрямовано керівний вплив суб'єкта: поведінка, свідомість, матеріальні цінності, нематеріальні блага та ін. Об'єктом адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я є поведінка людей, розпорядження майном або діяльність щодо надання населенню загальнодоступної і кваліфікованої медичної допомоги. Її можуть здійснювати як окремі медичні чи фармацевтичні працівники індивідуально, на засадах підприємницької діяльності, так і працівники відповідних закладів охорони здоров'я. Таким чином, об'єкти правовідносин можна поділити на два види:

- індивідуальна діяльність окремих медичних чи фармацевтичних працівників;
- діяльність закладів охорони здоров'я.

Провідна і визначальна роль у забезпеченні охорони здоров'я належить останнім.

Зміст адміністративних правовідносин становлять суб'єктивні юридичні права та обов'язки. Суб'єктивні юридичні права – це міра дозволеної поведінки, визначена державою (право особи на медичну допомогу та охорону здоров'я, внесення пропозиції щодо поліпшення медичного обслуговування, вибору лікаря та закладу охорони здоров'я). Юридичні обов'язки – це міра необхідної поведінки, забезпечена державою: обов'язок медичного працівника, який займається приватною медичною практикою, отримати відповідну ліцензію, обов'язок адміністрації закладу охорони здоров'я дотримуватися санітарних правил і норм, обов'язок громадянина зробити щеплення проти інфекційних хвороб та ін.

Незважаючи на специфіку адміністративних правовідносин, де владні повноваження належать лише їх суб'єкту, а на об'єкти покладаються лише обов'язки виконувати рішення, прийняті суб'єктом, правове становище останніх на даний час стало більш визначеним. Крім обов'язків, у них з'явилися й права, а, відповідно, суб'єкти правовідносин наділені й обов'язками та відповідальністю за здійснення процесу управління.

Здатність мати цивільну правоздатність мають усі фізичні особи від моменту її народження. Цивільна дієздатність фізичної особи – це здатність

своїми діями набувати цивільних прав і самостійно їх здійснювати, а також створювати для себе цивільні обов'язки, самостійно їх виконувати та нести відповідальність у разі їх невиконання. Цивільну дієздатність, в свою чергу, має фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними. Фізична особа може бути визнана судом недієздатною, якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними.¹⁹⁴ Правосуб'єктність юридичних осіб настає від моменту їх створення та реєстрації у встановленому законом порядку (інколи з моменту отримання ліцензії на зайняття певним видом діяльності), її обсяг визначає закон, положення або статут.

Головним принципом регулювання цивільно-правових відносин є принцип рівності сторін, і правовідносини можуть виникати лише з ініціативи та за згодою обох (всіх) сторін. Суб'єктами цивільно-правових відносин, як правило, є фізичні особи, тобто громадяни, іноземці, особи без громадянства, з одного боку, та медичний заклад – з іншого. Заклад охорони здоров'я може мати статус як юридичної особи, так і не мати такого. Об'єктом таких правовідносин є надання медичної допомоги або медичних послуг, які можуть бути як безкоштовними, так і платними.¹⁹⁵ Щодо відносин, які виникають при заподіянні шкоди пацієнту, зокрема його здоров'ю, і теж належать до сфери охорони здоров'я, то суб'єктом відповідальності буде саме заклад охорони здоров'я, в якому пацієнтові була заподіяна шкода. Правова основа цього – норми Цивільного кодексу України (ст. 1172), які передбачають таку відповідальність за умови наявності у працівника, що завдав шкоди пацієнту, трудового договору або фактичних трудових відносин із закладом охорони здоров'я. Поряд із цим, законодавство надає право закладові охорони здоров'я пред'явити регресні вимоги своєму працівнику, з вини якого сталося ушкодження здоров'я пацієнта чи його смерть.

Крім цього, в таких випадках виникають і кримінально-правові відносини. Вони об'єднують деліктні зобов'язання: відносини заподіювача шкоди із потерпілим, з правоохоронним органом щодо розслідування обставин справи, з органом правосуддя щодо встановлення істини, вини та міри відповідальності заподіювача шкоди.

При розгляді кримінальної справи, поряд з іншими обставинами, обов'язковому з'ясуванню і вирішенню підлягають питання про відшкодування витрат на стаціонарне лікування особи, яка потерпіла від злочину, та судових витрат. Суддя чи суд при переданні обвинуваченого до суду зобов'язані перевірити, чи заявлено позов про відшкодування витрат на стаціонарне лікування потерпілої від злочину особи, чи є в матеріалах справи документи лікувального закладу про причину і термін перебування

¹⁹⁴ Див. ст. 36. Цивільного Кодексу України // Відомості Верховної Ради. – 2003. – № 40 – 44. – Ст. 356.

¹⁹⁵ Див. Напр. постанову Кабінету Міністрів України № 955 від 11 липня 2002 р. „Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги” // Офіційний вісник України. – 2002. – №28. – Ст. 1324.

потерпілого на стаціонарному лікуванні. Відповідно до ч. 1 ст. 93-1 Кримінально-процесуального кодексу України позов про стягнення таких витрат може бути пред'явлений закладом охорони здоров'я, органом Державного казначейства України або прокурором у порядку, передбаченому ст. 28 та ч. 2 і ч. 3 ст. 93 Кримінально-процесуального кодексу України. Таким чином, заклад охорони безпосередньо або через представників вступає у правовідносини з органом правосуддя та учасниками кримінального процесу стосовно задоволення своїх матеріальних вимог.

До цивільно-правових відносин у сфері охорони здоров'я належать також відносини щодо відшкодування моральних збитків, завданих особі діями працівників охорони здоров'я, що здійснюється на загальних засадах цивільного судочинства в межах позовного провадження.

Суб'єктами трудових правовідносин у сфері охорони здоров'я є адміністрація медичного або фармацевтичного закладу та її працівники, що передбачено нормами Кодексу законів про працю України,¹⁹⁶ колективним та трудовими договорами (контрактами). Всі питання, пов'язані з роботою медичних працівників у закладах охорони здоров'я, регулюють норми трудового законодавства.

Щодо фінансово-правових відносин у сфері охорони здоров'я, то їх суб'єктами можуть бути лише спеціально наділені владними повноваженнями органи виконавчої влади чи їхні посадові особи. Це відносини щодо фінансування закладу охорони здоров'я з державного чи місцевого (сільського, селищного, міського, обласного) бюджету. Відповідно їхніми суб'єктами можуть бути лише медичний заклад державної чи комунальної форми власності й Державне казначейство України та його територіальні органи.

Учасники правовідносин – їхні суб'єкти, наділені суб'єктивними правами, які мають юридичні обов'язки, що виникають відповідно до вимог норм права, котрі й визначають їх коло. Суб'єктивні юридичні права розуміють як вид і міру можливої або дозволеної поведінки суб'єкта права, встановлених юридичними нормами для задоволення його інтересів, і забезпечених державою.¹⁹⁷ Так, відповідно до пункту “д” ст. 6 Основ громадянин має право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я. В той же час, юридичні обов'язки – це вид і міра належної поведінки суб'єкта права, забезпечених можливістю державного примусу.¹⁹⁸ Так, відповідно до пункту “б” ст. 10 Основ громадяни зобов'язані у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення. Отже, найпоширенішим змістом правовідносин у сфері охорони здоров'я може бути право особи на медичну допомогу та обов'язок медичного закладу її надавати.

¹⁹⁶ Відомості Верховної Ради Української РСР. – 1971. – № 50. – Ст. 375.

¹⁹⁷ Скакун О. Ф. Теорія держави і права: Підручник / Переклад з рос. – Харків: Консум, 2001. – С. 352.

¹⁹⁸ Кельман М. С., Мурашин О. Г. Загальна теорія права: Підручник. К.: Кондор, 2002. – С. 121–122.

Підставою правовідносин в сфері охорони здоров'я, як і будь-яких інших, є юридичні факти, тобто такі обставини чи ситуації, з якими закон пов'язує їх виникнення, зміну чи припинення. Так, захворювання особи, наприклад, на цукровий діабет чи туберкульоз породжує її право звернутися до загального чи спеціалізованого закладу охорони здоров'я за наданням медичної допомоги та лікування і, відповідно, юридичний обов'язок медичних закладів та їхніх працівників надавати медичну допомогу.

За вольової ознакою юридичні факти можуть бути поділені на дії, які, в свою чергу, поділяють на правомірні й неправомірні, та події. Діями є, наприклад, звернення громадянина за медичною допомогою, наказ чи розпорядження головного лікаря закладу охорони здоров'я, видання Міністерством охорони здоров'я ліцензії на право здійснення медичної чи фармацевтичної практики. Це правомірні дії. Неправомірні: вчинення медичним працівником дисциплінарного проступку, ушкодження здоров'я з вини працівника закладу охорони здоров'я (деліктні зобов'язання). Події не залежать від волі суб'єктів правовідносин. Людина може померти чи загинути внаслідок стихійного лиха – землетрусу, повені, удару блискавки, а техногенні чинники – пожежі, аварії тощо – завдати шкоди її здоров'ю.

Таким чином, суб'єктами правовідносин у сфері надання медичної допомоги, є, як правило, дві категорії осіб: споживачі медичних послуг (фізичні особи – пацієнти) та медичні працівники (лікарі, медичні сестри, фельдшери, санітарки, акушерки та ін.), а також заклади охорони здоров'я, що їх надають. Проте оскільки охорона здоров'я – надзвичайно широка сфера суспільного життя, в її межах виникає велика кількість правовідносин, що підлягають комплексному правовому регулюванню, зокрема конституційно-правові, адміністративно-правові, цивільно-правові, кримінально-правові, фінансові, трудові та ін. Тому коло суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я надзвичайно широке. Воно включає громадян, осіб без громадянства, іноземців, заклади охорони здоров'я різноманітних видів і типів, які мають статус як юридичної особи, так і без нього, їх адміністрацію та працівників, центральні та місцеві органи виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій), виконавчі органи місцевого самоврядування (управління та відділи охорони здоров'я міських рад), правоохоронні, контролюючі органи та органи правосуддя, підприємства, установи, організації незалежно від форм власності, політичні партії, громадські та релігійні організації та ін.

Сьогодні одне з головних завдань реформування системи охорони здоров'я України – поліпшення правового регулювання відносин у цій сфері, вдосконалення законодавства, що регулює діяльність закладів охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників. Тому поглиблене дослідження юридичної природи саме цих правовідносин, аналіз медичного законодавства та практики його застосування є одним із нагальних завдань юридичної науки, зокрема теорії держави і права, а також галузевих

юридичних наук – конституційного, адміністративного, цивільного та інших галузей права.

2.4 Суб'єкти адміністративно-правового регулювання

Суб'єктами адміністративно-правового регулювання є органи державної влади, переважно, виконавчої влади та їх посадові особи, які наділені владним повноваженнями для здійснення адміністративно-правового регулювання відповідних відносин.

Найважливішими суб'єктами в плані адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я є вищі органи державної влади – Верховна Рада, Президент і Кабінет Міністрів України. Законодавством визначено їх повноваження у вказаній сфері відносин.¹⁹⁹

Міністерство охорони здоров'я України – центральний орган виконавчої влади спеціальної, галузевої компетенції є своєрідним штабом по здійсненню державного управління, регулювання і політики.

Важливе місце серед суб'єктів механізму адміністративно-правового регулювання займають місцеві органи виконавчої влади і, особливо, органи місцевого самоврядування, які забезпечують реалізацію державної і місцевої політики у сфері охорони здоров'я і здійснюють безпосереднє керівництво переважною більшістю медичних закладів.

Основним, робочим органом вказаного механізму є численні заклади охорони здоров'я, які безпосередньо і здійснюють діяльність у сфері надання медичної допомоги і охорони здоров'я. До числа суб'єктів адміністративно-правового регулювання відносяться також й інші установи, заклади і організації, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я – органи соціального страхування, органи охорони навколишнього природного середовища, органи охорони праці і техніки безпеки, страхові організації, благодійні фонди, громадські і релігійні організації, професійні об'єднання медичних працівників, а також хворих за окремими видами захворювань та ін.

Всі суб'єкти адміністративно-правового регулювання в сукупності творять сектор охорони здоров'я. В зв'язку з великою кількістю вказаних суб'єктів, їх різноманітністю існує потреба у координації усередині цього сектора, необхідність налагодити організоване співробітництво між тими, хто надає послуги на тому самому і різних рівнях системи охорони здоров'я з метою забезпечення найбільш ефективного використання ресурсів, а також у кожній категорії і серед різних категорій працівників охорони здоров'я відповідно до угоди про поділ праці.²⁰⁰

¹⁹⁹ Детальніше про це див. розділ IV даної монографії.

²⁰⁰ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВОЗ. – 1984. – С. 17.

2.5. Акти тлумачення норм права

Об'єктивна необхідність тлумачення юридичних норм зумовлюється насамперед тим, що вони формуються, виражаються за допомогою зазвичай вкрай загальних, абстрактних понять, а також полісемічних, багатозначних слів (термінів), які за різних умов різні суб'єкти можуть розуміти досить неоднозначно. Для того, щоб запобігти такому «різночитанню» закону або подолати його неоднакове тлумачення за одних і тих самих умов, якраз і необхідно вдаватися до тих чи інших видів, способів тлумачення права, яке необхідне для правильного застосування будь-якої юридичної норми. Тому, крім уявлення як обов'язкової стадії правозастосування, може виникати потреба ще й у роз'ясненні суб'єктам правозастосування і правореалізації правильного розуміння змісту юридичної норми. Отже, соціальне призначення будь-якого тлумачення права — забезпечити правильне, однозначне (уніфіковане) розуміння змісту юридичної норми всіма, хто має її застосовувати або реалізовувати.²⁰¹

Тлумачення має на меті забезпечити правильне й однакове застосування нормативних актів. Тим самим воно служить зміцненню законності. Зазвичай цілком достатньо з'ясувати зміст нормативного акта, щоб винести правильне рішення по конкретній справі. Тому спеціального роз'яснення змісту правової норми не потрібно. Тлумачення норм права може мати офіційний і неофіційний характер. До офіційного роз'яснення змісту правової норми державні органи вдаються тоді, коли в процесі з'ясування нормативного правового акта виявляється, що воля законодавця не одержала в ньому точного словесного вираження, або тоді, коли норма вимагає додаткової конкретизації і необхідно обґрунтувати застосовність загальних положень відповідного акта до конкретних обставин даної справи або до даної категорії справ.²⁰² Таким є, наприклад, рішення Конституційного Суду України від 25 листопада 1998 року № 15-рп/98 у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" (справа про платні медичні послуги)²⁰³,

²⁰¹ Рабінович П.М. Основи загальної теорії держави і права. Видання 5-те, зі змінами. Навч. посібник. – К.: Атіка. –2001. – С. 141 – 142.

²⁰² Теория государства и права: Учебник / Под. Ред. А.М. Васильева. –2-е изд. – М.: Юрид. лит, 1983. – С. 348.

²⁰³ ОВУ 31.12.1998 № 50 стаття 1854

Варто зазначити, що у сфері охорони здоров'я, де, як уже зазначалося, діє велика кількість нормативно-правових актів різної юридичної сили, що часто неузгоджені між собою, офіційне їх тлумачення має велике значення, оскільки дає можливість зорієнтуватися в неоднорідному нормативному масиві і віднайти потрібну правову норму і правильно її застосувати.

Офіційне тлумачення проводиться уповноваженими на те суб'єктами — державними органами, посадовими особами і закріплюється в спеціальному акті, що має загальнообов'язковий характер для всіх суб'єктів, які реалізують ці норми права. Ці акти називають інтерпретаційними актами, оскільки вони інтерпретують інші нормативно-правові акти. Фактично, можна стверджувати, що інтерпретаційні акти є частиною законодавства України в широкому розумінні.

Офіційне тлумачення може бути нормативним і казуальним.

Нормативне (загальне) тлумачення не призводить до створення нових правових норм, воно лише з'ясовує і роз'яснює зміст існуючих. Суть його полягає в тому, що воно є загальнообов'язковим для всіх суб'єктів суспільних відносин і використовується багато разів.

Нормативне тлумачення застосовується у випадках, коли норми не досить досконалі за своєю формою, мають різне текстове розуміння, невірну й суперечливу практику їх застосування. Воно покликано забезпечити одноманітність в розумінні і застосуванні норм права.²⁰⁴

Офіційне казуальне тлумачення нормативних правових актів дається тим органом, що розглядає конкретну справу, застосовує право. Потреба в ньому впливає з характеру конкретної справи. Таке тлумачення називається казуальним тому, що має силу тільки для даного випадку (казусу) і не обов'язково для інших навіть подібних справ. Разом з тим це тлумачення офіційне, оскільки має всі його ознаки і спричиняє правові наслідки.

Конкретні особливості різних видів казуального тлумачення обумовлюються характером роботи тих органів, що дають таке тлумачення. Казуальне тлумачення нерідко міститься в актах органів державного управління, що у разі потреби тлумачать нормативні правові акти при вирішенні конкретних питань. Казуальне тлумачення норм права дають і судові органи при вирішенні ними конкретних справ, мотивуючи застосування певного закону стосовно до розглянутої справи. Казуальне тлумачення ґрунтується на нормативному тлумаченні. У той же час практика казуального тлумачення часом виявляє потребу в нормативному тлумаченні і дає матеріал для узагальнень які використовуються при нормативному тлумаченні.²⁰⁵

Серед офіційного нормативного тлумачення необхідно виділити ***аутентичне, легальне і відомче.***

²⁰⁴ Кельман М.С., Мурашин О.Г., Загальна теорія права: Підручник. – К.: Кондор, 2002. – С. 138 – 139.

²⁰⁵ Теория государства и права: Учебник / Под. Ред. А.М. Васильева. – 2-е изд. – М.: Юрид. лит., 1983. – С. 252.

Аутентичне тлумачення проводиться тим органом, який створив дану норму права. Воно є найбільш компетентним і авторитетним, оскільки орган, який створив правову норму, може найбільш точно розкрити її зміст. Зрозумілим є і те, що будь-якого спеціального дозволу для тлумачення власних актів йому не потрібно. Він робить це в силу своєї компетенції. Суб'єктом такого тлумачення може бути, наприклад, Верховна Рада України.

Інший вид нормативного роз'яснення – **легальне тлумачення**. В цьому випадку тлумачення правових норм дається спеціально на те уповноваженим органом (наприклад, тлумачення, яке дається в постановах Пленуму Верховного Суду). На Конституційний Суд України відповідно до Конституції України покладено обов'язок вирішення питання про відповідність законів та інших нормативно-правових актів (актів Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України, правових актів Верховної Ради Автономної Республіки Крим) Конституції України, а також офіційне тлумачення Конституції та законів України (ст.ст. 147, 150). Так, прикладом легального тлумачення може бути рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу)²⁰⁶.

Відомче тлумачення — здійснюється керівництвом центрального органу того чи іншого міністерства, комітету, відомства, коли воно дає офіційну відповідь на запити підвідомчих установ і підприємств з приводу трактування і застосування окремих положень нормативних актів. Його сила обмежується сферою діяльності відповідного міністерства, комітету, відомства.²⁰⁷

Якщо офіційне тлумачення є, за сферою його дії, загальним (нормативним), воно завжди виражається в самостійному спеціальному (юридичному) документі — інтерпретаційно-правовому акті. Прикладом такого є постанова Пленуму Верховного Суду України від 07.02.2003 № 2 „Про судову практику в справах про злочини проти життя та здоров'я особи”. Якщо ж тлумачення є індивідуальним (казуальним), тоді воно може включатися, «вписуватися» у відповідний правозастосовний акт, викладатись у його мотивувальній частині або ж фіксуватися в окремому документі (наприклад, у письмовій відповіді компетентного органу на запит зацікавленого суб'єкта про те, як правильно слід розуміти закон стосовно конкретної життєвої ситуації).

Інтерпретаційно-правовий акт (акт офіційного тлумачення правової норми) – це спосіб зовнішнього прояву встановленого компетентними

²⁰⁶ ОВУ 21.06.2002 № 23 стаття 1132

²⁰⁷ Кельман М.С., Мурашин О.Г., Загальна теорія права: Підручник. – К.: Кондор, 2002. – С. 139.

органами формально-обов'язкового правила розуміння змісту юридичної норми.

Юридичні властивості інтерпретаційно-правових актів:

- формальна обов'язковість (загальна або індивідуальна) для адресатів застосування і реалізації інтерпретованої норми. Тобто, інтерпретаційно-правові акти, що мають нормативний характер є загальнообов'язковими для всіх суб'єктів суспільних відносин у певній сфері. Казуальні акти тлумачення обов'язкові для виконання в певній життєвій ситуації. Проте виконання і перших і других забезпечується методами державного примусу;
- закріплення в таких актах правил розуміння норми (а не правил фізичної поведінки);
- можливість їх прийняття лише органами, що видали нормативно-правовий акт, спеціально уповноваженими органами та органами, підзвітними авторіві нормативно-правового акту (відомче тлумачення);
- наявність (поряд із властивими нормативно-правовим актам) спеціальних письмових форм їх виразу: роз'яснень, інструктивних листів та ін.;
- не тільки пряма їх дія в часі, а й, звичайно, зворотна дія;²⁰⁸
- ці акти не змінюють нормативно-правових актів, які вони інтерпретують, а лише доповнюють їх, є лише допоміжними актами, що допомагають правильно розуміти і застосовувати нормативно-правові акти;
- ці акти мають різну юридичну силу, що визначаються юридичним статусом органів їх видання. Так, інтерпретаційні акти Верховної Ради України застосовуються у разі колізії з інтерпретаційними актами Верховного Суду України з одного і того ж питання.

Функції тлумачення норм права

1. *Пізнавальна функція.* Вона впливає з самого змісту, сутності тлумачення, під час якого суб'єкти пізнають право, зміст правових приписів.

2. *Конкретизуюча функція.* При тлумаченні правові приписи, як правило, конкретизуються, уточнюються з врахуванням конкретних обставин.

3. *Регламентуюча функція.* Тлумаченням у формі офіційного роз'яснення неначе завершується процес нормативної регламентації суспільних відносин. Це означає, що громадяни й організації, а також органи держави і посадові особи, які застосовують право, повинні керуватися не тільки юридичними нормами, а й актами їх офіційного тлумачення.

4. *Правозабезпечувальна функція.* Деякі акти тлумачення видаються для забезпечення єдності та ефективності правозастосовчої практики. Таким є,

²⁰⁸ Рабінович П.М. Основи загальної теорії держави і права. Видання 5-те, зі змінами. Навч. посібник. – К.: Атіка. –2001. – С. 144 – 145.

наприклад, роз'яснення Центральної виборчої комісії щодо порядку застосування норм закону про вибори.

5. *Сигналізаційна функція.* Тлумачення нормативних актів дозволяє виявити їх недоліки технічного й юридичного характеру. Це є «сигналом» про необхідність удосконалення норм.

У кінцевому рахунку тлумачення як юридична діяльність є запорукою забезпечення законності і підвищення ефективності правового регулювання. В сучасних умовах його актуальність значно зросла. Це пояснюється тим, що в останні роки українське законодавство ґрунтовно оновилося, в ньому з'явилися нові норми і навіть галузі права (наприклад, екологічне, космічне право). Правотворчість сьогодні здійснюється на інших принципах, застосовуються нові юридичні терміни і конструкції, цілком інший тип регулювання. В законодавчій практиці все ширше використовується зарубіжний досвід. В цих умовах тлумачення і повинно відігравати свою місію як важливий інструмент пізнання, реалізації і удосконалення права.²⁰⁹

Сфера охорони здоров'я, нормативну базу діяльності якої складають нормативні акти, видані різноманітними органами державної влади характеризується доволі великою кількістю інтерпретаційних нормативно-правових актів. Особливістю у цій сфері є те, що значну частку у офіційному тлумаченні тут становлять саме акти відомчого тлумачення.

2.6. Правосвідомість і правова культура працівників охорони здоров'я

Правова культура та правова свідомість є однією з форм суспільної культури та свідомості. Свідомість людини, відображаючи об'єктивні потреби суспільного розвитку, є передумовою та регулятором її поведінки. Свідомість як система включає різні форми відображення суспільних відносин: політичні правові, етичні, філософські, релігійні. Всі ці форми суспільної свідомості взаємопов'язані та впливають одна на одну. Правова свідомість – це система ідей, уявлень, емоцій і відчуттів, що виражають відношення індивіда, певної суспільної групи, суспільства до діючого, колишнього та бажаного права, а також до діяльності, що пов'язана з правом.²¹⁰ Правова свідомість працівника медичної сфери – усвідомлення ним цінностей природного права, прав і свобод людини (зокрема, пацієнта) та оцінка діючого права з точки зору його відповідності загальнолюдським цінностям, що знайшли своє закріплення в міжнародних документах про права людини.

Вольовою стороною правосвідомості є правова поведінка яка являє собою процес переводу правових норм в реальні правові відносини. Правова поведінка, в свою чергу, складається з правової установки – готовності особи

²⁰⁹ Кельман М.С., Мурашин О.Г., Загальна теорія права: Підручник. – К.: Кондор, 2002. – С. 148.

²¹⁰ Скакун О. Ф. Теорія государства и права: Учебник. – Харьков: Консул, 2000. – 704 с. (С. 500)

проявити активність в області пізнання та реалізації права (конкретна програма поведінки у певних умовах, яка формується з всіх наявних у суб'єкта правових знань, навиків та звичок) та мотивів правової поведінки.

Право є невід'ємною частиною соціальної культури як загального способу існування людини, її діяльності та об'єктивований варіант цієї діяльності. Всі юридичні норми є нормами культури. Правова культура особи – це обумовлена правовою культурою суспільства ступінь і характер прогресивно-правового розвитку особи, які забезпечують її правомірну діяльність. Правова культура особи включає:

- 1) знання законодавства;
- 2) переконаність в його необхідності та соціальній корисності законів і підзаконних актів;
- 3) вміння користуватися правовим інструментарієм в практичній діяльності.

Показником правової культури особи виступає права її активність, яка може проявлятися в добросовісній професійній діяльності, предметному обговоренні законопроектів.²¹¹

В українському суспільстві загальний рівень правової свідомості та правової культури громадян є доволі низьким хоч і спостерігається тенденція в позитивному напрямку. Аналогічне твердження справедливе і для такої професійної категорії як медичні працівники.

У вищих медичних закладах необхідно вдосконалювати викладання для майбутніх медиків тих галузей, інститутів права, норми яких безпосередньо чи опосередковано стосуються їх майбутньої професії.

В закладах, установах охорони здоров'я необхідно проводити ознайомчі лекції щодо недопущення виникнення ситуацій між їх працівниками та пацієнтами, що мають негативні юридичні наслідки.

²¹¹ Скакун О. Ф. Теория государства и права: Учебник. – Харьков: Консул, 2000. – 704 с. (С. 510)

Глава 3. Законодавство України про охорону здоров'я

3.1. Сучасний стан законодавства України про охорону здоров'я

Формування нового законодавства України про охорону здоров'я припало на перші роки незалежного розвитку держави. Першим законом, прийнятим в умовах незалежності став Закон України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”²¹² від 12 грудня 1991 р. 19 листопада 1992 р. Верховна Рада України прийняла Основи законодавства України про охорону здоров'я²¹³, які стали законодавчим фундаментом для подальшого розвитку законодавства про охорону здоров'я.

Конституція України 1996 р.²¹⁴ закріпила у ст. 49 право особи на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Суб'єктом цього права є будь-яка людина – громадянин України, іноземець, особа без громадянства, яка постійно або тимчасово перебуває на території держави. Це право забезпечується, як встановлює Конституція, державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного й доступного медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно; діюча мережа цих закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя, дбає про розвиток фізичної культури і спорту.

Охорона здоров'я населення як сектор громадянського суспільства і як сфера державного управління і регулювання є надзвичайно складним об'єктом, розуміння якого потребує комплексного підходу до всіх його сторін і параметрів. В умовах формування правової і соціально держави, її демократичної влади саме акти законодавства (поруч з іншими – нормами етики і професійної моралі, техніко-біологічними нормами та ін.) є найважливішим регулятором відносин у сфері охорони здоров'я. Від створення сучасної законодавчої бази регулювання відносин у цій сфері в значній мірі залежить ефективність діяльності всієї системи охорони здоров'я.

Особливостями законодавства про охорону здоров'я є широкий спектр суспільних відносин, які регулюють його норми, а також їх величезна

²¹² Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 11. – Ст. 152.

²¹³ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 20.

²¹⁴ Відомості Верховної Ради України. – 1996. - №30. – Ст. 141.

кількість та ієрархія. Практично немає такого питання, яке б тією чи іншою мірою не стосувалося здоров'я людини – це і сфера матеріального виробництва, й позавиробничої діяльності людей – відпочинок, освіта, культура, духовне життя. Діяльність будь-яких об'єктів та окремих людей підпадає під державний санітарний нагляд, здійснення якого покладено на державну санітарно-епідеміологічну службу, підпорядковану Міністерству охорони здоров'я України.

Взагалі, сьогодні про систему законодавства у цій сфері можна говорити певним чином умовно. Поняття „система” включає в себе чітку ієрархію норм за юридичною силою, предметом регулювання, визначеним колом осіб і відносин, на які поширюється дія цих норм, та часом їх дії (норми, чинні в перехідний період чи постійнодіючі), внутрішньою логічною узгодженістю змісту правових норм, за єдністю принципів регулювання. Такої системності законодавство України про охорону здоров'я ще не має. Для цього найперше необхідно виробити науково обґрунтовану концепцію реформування галузі, яка б визначила динаміку і пріоритети нормотворчості, сприяла б підвищенню ефективності правового регулювання відносин у галузі. Кроком на шляху до вироблення такої концепції є робота провідних фахівців системи Міністерства охорони здоров'я України, зокрема, Інституту громадського здоров'я. В науковій літературі висловлені слушні пропозиції про необхідність залучення до цієї справи фахівців-правознавців провідних вузів та наукових установ України.²¹⁵

Одним із філософських і теоретико-правових проблем побудови та внутрішньої структури законодавства про охорону здоров'я є питання про межі правового регулювання відносин у цій сфері. Це складний і багатогранний процес, оскільки, з одного боку, завдяки побудові правової держави ставляться на порядок денний питання про всебічність і детальність нормативно-правового врегулювання питань охорони здоров'я, вдосконалення актів і норм законодавства, а відтак – про оптимізацію правових норм і збільшення їх кількості, а з іншого – про демократичні засади правового регулювання цих відносин, про їх об'єктивний і прозорий характер, громадський і державний контроль за здійсненням управління у цій сфері, його здійснення виключно на правовій, а не на суб'єктивній і політичній основах.

Реформа законодавства неминуче поставить і питання про уточнення меж правового регулювання, окреслення кола відносин у галузі охорони здоров'я, що потребують нормативної регламентації. Без сумніву, що передбачити юридичне регулювання абсолютно всіх відносин, які виникають у сфері охорони здоров'я є, навіть практично, неможливо. При цьому слід взяти до уваги, що у цій сфері відносин надзвичайно потужним регулятором є норми професійної медичної етики і моралі, тому слід уникати юридичної зарегульованості.

²¹⁵ В. Головченко, Л. Грузова. Законодавство України про охорону здоров'я: проблеми реформування й оновлення // Право України. – 2000. – № 11. – С. 93-95.

Вказані відносини необхідно реформувати, поступово, не руйнуючи механізми, які виправдали себе раніше, та впроваджувати нові, що відповідають сьогоденним соціально-економічним умовам життя. Хід цих процесів має забезпечуватись з урахуванням необхідності широкої інтеграції нашої країни у міжнародну діяльність як з питань охорони здоров'я, так і з питань захисту прав людини.

Законодавство про охорону здоров'я може функціонувати лише як органічна частка всієї правової системи, воно не може бути незалежним від міжнародних принципів і правової системи в цілому, підмінювати їх собою чи існувати паралельно. Не можна створити окремо досконале законодавство про забезпечення права кожної людини на охорону здоров'я та медичну допомогу, якщо законодавство загалом залишатиметься недосконалим.²¹⁶

Слід також зазначити, що законодавство про охорону здоров'я – явище доволі специфічне. Практично кожен предмет чи явище, а також правовий акт, що регулює ті чи інші суспільні відносини, має відношення до здоров'я людини. У складі цієї галузі законодавства є норми багатьох галузей права, зокрема фінансового, трудового, адміністративного, соціального забезпечення тощо. Тому є підстави вважати законодавство про охорону здоров'я комплексною галуззю законодавства.²¹⁷

В Україні з урахуванням норм міжнародного права, зокрема Загальної Декларації прав людини²¹⁸ та Конституції України, поступово формується нормативно-правова база охорони здоров'я, яка складається із ратифікованих Україною міжнародно-правових актів, законів і постанов Верховної Ради України, указів і розпоряджень Президента України, постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України, наказів та інших підзаконних нормативно-правових актів (положень, списків, інструкцій та ін.) Міністерства охорони здоров'я України, підзаконних нормативно-правових актів інших центральних органів виконавчої влади.

Одним із провідних завдань при реформуванні сучасної правової системи України є приведення її у відповідність до європейських правових стандартів з метою входження до європейського правового простору в межах, насамперед, Ради Європи та Європейського Союзу.²¹⁹

Сьогодні систему законодавства про охорону здоров'я складають: 1) ратифіковані Україною міжнародно-правові акти; 2) конституційне законодавство; 3) загальне законодавство про охорону здоров'я населення; 4)

²¹⁶ К.Б. Наровська. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні // Законодавство України. Науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу). - 2003. — № 2. - С. 46-57.

²¹⁷ Гладун З. С. Законодавство України про охорону здоров'я (проект концепції) // Право України. – 1992. – № 11. – С. 31–33.

²¹⁸ Гладун З. Розвиток законодавства України про охорону Здоров'я // Актуальні проблеми правознавства: Науковий збірник Юридичного Інституту ТАНГ Випуск 2. – Тернопіль, 2001. – С. 109–115.

²¹⁹ Луць Л.А. Європейські міждержавні правові системи та проблеми інтеграції з ними правової системи України (теоретичні аспекти): Монографія. – К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2003. – С. 207.

галузеве законодавство, що містить правові норми, які регулюють суспільні відносини, учасниками яких є медичні працівники і пацієнти²²⁰.

Стаття 9 Конституції України встановлює, що чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України. Таким чином, поряд із законами України, прийнятими Верховною Радою, до складу українського законодавства входять також і міжнародні договори, які містять визнані людством принципи, права, обов'язки, процедури, вимоги з питань охорони здоров'я, з якими погодилася Україна і зобов'язання дотримуватися яких вона на себе взяла. За юридичною силою міжнародно-правові акти можна порівняти із законами України, але з певними застереженнями.

По-перше, необхідно пам'ятати про збереження верховенства за юридичною силою норм Конституції України як Основного Закону держави (знову зауважимо, що укладення міжнародних договорів, які суперечать Конституції України, можливе лише після внесення відповідних змін до Конституції) та про те, що норми Конституції України є нормами прямої дії. По-друге, у випадку виникнення суперечностей між законами і міжнародними актами законодавча і юридична практика найчастіше йде шляхом визнання за міжнародними актами більшої юридичної сили і говорить у цьому випадку про дієвість саме їх норм і про необхідність приведення чинного законодавства у відповідність з міжнародними договорами.

Однак це не дає підстав стверджувати про більшу юридичну силу міжнародних договорів. Перевага юридичної сили міжнародних актів визначена самою Конституцією України і підтверджується окремими законами України щодо конкретних міжнародно-правових актів або введенням до тексту законів України юридичної формули: "якщо законом передбачені норми, що протирічать міжнародним договорам України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, чинними є норми міжнародних договорів". Хоча законом може бути передбачене й інше, зазначена формула є загальним правилом, виробленим юридичною наукою і практикою в процесі реалізації норм Конституції України. А це свідчить про безумовну повагу України до норм міжнародного права, котрі сприймаються нею як зразок, якого прагне досягти в своєму розвитку українське законодавство. Таке ставлення пов'язане з тим, що норми міжнародного права найчастіше закріплюють найбільш важливі й цінні права людини та регулюють найсуттєвіші суспільні відносини методами, визнаними всім світом за справедливими. Особливу увагу слід звернути на етичні норми, професійні медичні кодекси, які містять зібрання універсальних морально-етичних норм, що виробили міжнародні медичні організації і які визнаються в усьому світі і на яких має ґрунтуватися національне законодавство і право.

²²⁰ В. Головченко, Л. Грузова. Законодавство України про охорону здоров'я: проблеми реформування й оновлення // Право України. – 2000. – № 11. – С. 93-95.

Верховною Радою України дана згода на обов'язковість значної кількості міжнародних угод, які прямо або опосередковано регулюють питання охорони здоров'я, права людини в цій сфері відносин.

Щодо самої системи українського законодавства про охорону здоров'я, то зазначимо, що вона побудована за класичною моделлю, в основі якої – ієрархія правових актів і норм. На верхівці цієї своєрідної піраміди – Конституція України, зокрема ст. 49, яка встановлює право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. На нижчому рівні – законодавчі акти, прийняті Верховною Радою України на розвиток положень вказаної норми Конституції. Особливе місце в цій системі належить Основам законодавства України про охорону здоров'я, ухваленим Верховною Радою 19 листопада 1992 р.²²¹ Цей зведений консолідований законодавчий акт, який комплексно охоплює найважливіші відносини галузі охорони здоров'я, задуманий як фундамент для творення майбутнього законодавства України про охорону здоров'я. Тому одним із провідних його принципів – чітке визначення прав та обов'язків громадян у галузі охорони здоров'я, встановлення державних гарантій і юридичного захисту. Основи виконують роль базового системоутворюючого законодавчого акта, який є своєрідною підвалиною для всього законодавства про охорону здоров'я. Норми Основ поглиблюють і розширюють відповідні положення конституційної норми про право на охорону здоров'я, значною мірою їх деталізують і визначають межі правового регулювання. Так, ст. 6 Основ, на розвиток положень ст. 49 Конституції, деталізує і поглиблює розуміння змісту права на охорону здоров'я, ст. 7 визначає його державні гарантії, ст. 8 встановлює державний захист права на охорону здоров'я тощо.

Найголовнішим у змісті цього законодавчого акта є визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства й держави, закріплення пріоритету охорони здоров'я людини перед іншими видами суспільної діяльності (виробничої, комерційної тощо) шляхом пільгового оподаткування закладів охорони здоров'я, створення сприятливих умов для іноземних інвестицій, приватного підприємництва та інших напрямів діяльності в галузі охорони здоров'я.

Оскільки охорона здоров'я людей – це вид професійної діяльності, то норми статей 74–78 Основ закріплюють право на заняття медичною і фармацевтичною діяльністю.

Основи містять багато інших нових положень, найважливішими з яких є механізм фінансування заходів з охорони здоров'я громадян, а також організація надання їм медико-санітарної допомоги як на безоплатній, так і на платній основах.

Законодавство України про охорону здоров'я перебуває в постійному розвитку, на який впливають такі основні чинники:

- ментальні традиції радянського періоду у поглядах людей на цінність здоров'я та необхідність його зміцнення й охорони, особливості висхідного

²²¹ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 20.

правового поля, безкоштовність радянської медицини і охорони здоров'я, чинна до серпня 1991 р. радянська союзно-республіканська система законодавства, у тому числі законодавства про охорону здоров'я);

- особливості соціально-економічних умов суспільства перехідного періоду (наприклад, затяжний період запровадження в Україні медичного страхування пояснюється відсутністю відповідних соціально-економічних умов);
- нагальні потреби системи охорони здоров'я, а саме, відсутність коштів у державному і місцевих бюджетах для фінансування діяльності державної і комунальної систем охорони здоров'я, забезпечення якості донорської крові та її компонентів, боротьба з незаконним обігом наркотичних засобів і психотропних речовин, корупція в органах державної влади і місцевого самоврядування тощо;
- наявність надзвичайних ситуацій (поширення СНІДу, наслідки Чорнобильської катастрофи, поширення туберкульозу і венеричних захворювань);
- розширення міжнародної співпраці (підписання та ратифікація Україною міжнародних угод, співпраця з ООН, ВООЗ, ЮНІСЕФ та ін.).

Норми Основ закріплюють найважливіші законодавчі положення щодо правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я. Вони ж передбачають, що конкретне і детальніше їх регулювання здійснюється в інших законодавчих актах, які, безумовно, повинні корелюватися з відповідними нормами Основ. У цьому й полягає одна з найважливіших особливостей цієї галузі законодавства.

Так, за 1991–2000 рр. була сформована нормативно-правова база з питань охорони здоров'я, що складається із 170 законів України і значної кількості підзаконних нормативно – правових актів. Найвагоміші з них: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.), «Про охорону навколишнього природного середовища» (1991 р.), «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» (1991 р.), «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (1994 р.), «Про психіатричну допомогу» (2000 р.) тощо. За роки незалежності видано 135 указів Президента, 505 постанов Уряду, 2931 наказ Міністерства охорони здоров'я України та МОЗ УРСР. Крім цього, в Україні ще досі застосовують 258 наказів МОЗ колишнього СРСР.²²²

Система законодавчих актів про охорону здоров'я ґрунтується на встановленні правового регулювання найважливіших питань охорони здоров'я, медичної та фармацевтичної діяльності. Переважна їх більшість визначена нормами Основ. Це питання щодо організації й фінансування охорони здоров'я, діяльності медичних та фармацевтичних закладів і працівників, профілактики та лікування окремих видів захворювань, зокрема інфекційних, венеричних, СНІДу, туберкульозу та ін., окремих видів

²²² Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 129.

медичної допомоги, зокрема психіатричної чи наркологічної, застосування окремих методів у лікуванні, зокрема трансплантації органів чи переливання крові.

Розвиваючи відповідні норми Основ, Верховна Рада України прийняла низку законів, які поглиблюють зміст цих положень і встановлюють механізми їх реалізації. Так, виходячи з норм, викладених у статтях 25–32 Основ, було прийнято Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 р., який визначив напрями цього виду діяльності, завдання органів влади та інших суб'єктів права, підстави і порядок здійснення державного санітарного нагляду, відповідальність за порушення санітарних і протиепідемічних норм.

Відповідно до ст. 46 Основ, 23 червня 1995 р. було прийнято Закон України «Про донорство крові та її компонентів», а 16 липня 1999 р. – Закон «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», норми якого корелюються із нормами ст. 47 Основ.

Закон України від 22 лютого 2000 р. «Про психіатричну допомогу» визначив правові й організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав та свобод людини і громадянина, встановлено обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентував права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Закон України від 6 квітня 2000 р. «Про захист населення від інфекційних хвороб» визначено правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановив права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб.

Серед актів законодавства, розроблених і прийнятих на підставі відповідних норм Основ законодавства України про охорону здоров'я, слід назвати закони України «Про лікарські засоби», «Про охорону дитинства», «Про державну допомогу сім'ям із дітьми», «Про інформацію», «Про біженців», «Про звернення громадян», Про курорти», «Про спеціальну економічну зону туристсько-рекреаційного типу «Курортполіс Трускавець» та ін.

Деякі з них безпосередньо стосуються охорони здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, решта – регулюють відносини у сфері оподаткування прибутку підприємств, державної політики у сфері науки і науково-технічної діяльності, метрології тощо.

До складу законодавства про охорону здоров'я належать також окремі норми законодавчих актів різних галузей права. Серед міжгалузевих нормативних актів можна назвати, наприклад, Закон України "Про охорону праці" від 14 жовтня 1992 р. визначає основні положення щодо

реалізації конституційного права громадян на охорону їх життя і здоров'я в процесі трудової діяльності), Закон України "Про охорону атмосферного повітря" від 16 жовтня 1992 р. – спрямований на забезпечення екологічної безпеки та запобігання шкідливому впливу атмосферного повітря на здоров'я людей та навколишнє природне середовище), Закон України "Про питну воду та питне водопостачання" від 10 січня 2002 р. – визначає правові, економічні та організаційні засади функціонування системи питного водопостачання, спрямовані на гарантоване забезпечення населення якісною та безпечною для здоров'я людини питною водою) та багато інших законів і підзаконних нормативних актів різних галузей права, які тісно пов'язані зі сферою охорони здоров'я: бюджетного, фінансового, адміністративного, земельного, конституційного, пенсійного, соціального забезпечення та соціального захисту, кримінального, цивільного, процесуального законодавства. Слід зазначити, що мало не кожний предмет, явище чи правовий акт, який регулює ті чи інші суспільні відносини, мають відношення до здоров'я людини.²²³ А в законодавстві про охорону здоров'я містяться норми фінансового, трудового, адміністративного права, права соціального забезпечення тощо. Тому є всі підстави вважати законодавство про охорону здоров'я комплексною галуззю законодавства²²⁴.

На формування законодавчої бази, що регулює відносини у сфері охорони здоров'я, істотно вплинуло прийняття в 2001 році Кримінального кодексу України, який розширив перелік злочинних діянь, що можуть бути скоєні медичними працівниками. Наприклад, уведено статтю, яка передбачає відповідальність за неналежне виконання професійних обов'язків, тобто порушення встановлених правил правового або (і) деонтологічного характеру, що спричинило тяжкі наслідки для хворого.

У зв'язку з новими соціально-економічними умовами в Україні виникла нагальна потреба у внесенні змін і доповнень до Основ Законодавства України про охорону здоров'я. Для цього потрібно узгодити саму концепцію розвитку законодавства з питань охорони здоров'я, а потім, відповідно до плану законотворчих робіт, доопрацьовувати проекти окремих законодавчих актів. На сторінках медичної та юридичної періодики правники й медики наголошують на необхідності розробки законопроекту, який би всебічно врегулював правовий статус, як медичної діяльності, так і працівників охорони здоров'я.

Поряд із низкою законодавчих актів, кількість яких сьогодні перевищує декілька десятків, до складу законодавства про охорону здоров'я входить значна кількість підзаконних нормативних актів, які поглиблюють і доповнюють відповідні законодавчі положення. Серед них на першому місці укази Президента України, зокрема „Про невідкладні заходи щодо

²²³ К.Б. Наровська. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні // Законодавство України. Науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу). - 2003. — № 2. - С. 46-57.

²²⁴ Законодавство України про охорону здоров'я. / Відп. ред. В.Ф. Москаленко. - - К.: Юрінком Інтер, 2000. — С. 9.

забезпечення права громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу" від 17 грудня 2003 р. № 1455/2003,²²⁵ «Про заходи щодо розвитку курортної зони Великої Ялти»,²²⁶ «Про розвиток Всеукраїнської дитячої оздоровниці – курорту Євпаторія»,²²⁷ Постанови Кабінету Міністрів України, зокрема «Про затвердження Програми боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки» від 17 липня 2003 р. № 1075,²²⁸ нормативно-правові акти інших органів влади. Прийняття цих та інших актів свідчить про процес активного законотворення в цій галузі відносин. Причому це стосується не тільки законодавчих, а й інших підзаконних нормативно-правових актів. Мова йде й про низку указів та розпоряджень Президента України, і про постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, і про накази та інші нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я.

Чинне законодавство України з питань охорони здоров'я характеризується доволі високим рівнем систематизації, наявністю кодифікованих актів – Основ законодавства України про охорону здоров'я та низки законодавчих актів, прийнятих на їхній основі, розроблених на високому професійному рівні з урахуванням міжнародних вимог і прийнятих Верховною Радою України. Загалом воно придатне для визначення та реалізації багатосекторної комплексної державної політики у зазначеній сфері й забезпечення здійснення державного управління і регулювання цих відносин.

3.2. Законодавство, що регулює управління у сфері охорони здоров'я

Окрема частина законодавства про охорону здоров'я складається з відповідних нормативно-правових актів, що здійснюють правове регулювання управління у цій сфері. Його умовно можна розділити на дві частини, віднісши до першої законодавство загального характеру, що встановлює правове регулювання організації та здійснення державного управління загалом, а до другої – законодавство, яке встановлює правове регулювання здійснення управління саме у сфері охорони здоров'я.

До першої частини відносять норми Конституції України (ст. ст. 49, 113, 119 та ін.), законів України „Про місцеві державні адміністрації”,²²⁹ „Про місцеве самоврядування”,²³⁰ „Про державну службу”,²³¹ „Про звернення

²²⁵ Урядовий кур'єр. – 2003. – 19 грудня.

²²⁶ Офіційний вісник України. – 1997. – № 15. – Ст. [REDACTED]

²²⁷ Офіційний вісник України. – 1997. – № 40. – Ст. [REDACTED]

²²⁸ Офіційний вісник України. – 2003. – № 30. – Ст. 1530.

²²⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 20 – 21. – Ст. 190.

²³⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170.

громадян”²³² „Про державну статистику”²³³ „Про джерела фінансування органів державної влади”²³⁴ Укази Президента України „Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні” від 22 липня 1998 р. № 810/98,²³⁵ „Про систему центральних органів виконавчої влади” від 15 грудня 1999 р. № 1572/99,²³⁶ „Питання організації проведення в Україні адміністративної реформи” від 21 липня 2001 р. № 538/2001,²³⁷ постанови Кабінету Міністрів України „Про урядові комітети” від 17 лютого 2000 р. № 339,²³⁸ „Типове положення про урядовий орган державного управління” від 22 лютого 2000 р. № 386²³⁹ та ін.

До другої частини відносять Основи законодавства України про охорону здоров'я,²⁴⁰ Закони України „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”²⁴¹ Укази Президента України „Про Концепцію розвитку охорони здоров'я України” від 07. 12. 2000 р. № 1313/2000²⁴², „Про вдосконалення державного контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення” від 01. 02. 1999 р. № 96/99,²⁴³ „Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також підвищення ефективності державного управління у цій сфері” від 07. 02. 2003 р. № 91/03,²⁴⁴ постанови Кабінету Міністрів України „Про подальше реформування медичної та мікробіологічної промисловості” від 5 червня 2000 р. № 897,²⁴⁵ „Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги” від 11. 07. 2002 р. № 955,²⁴⁶ „Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” від 17. 09. 1996 р. № 1138 зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 11. 07. 2002 р. № 989,²⁴⁷ „Про Комітет з контролю за наркотиками” від 11. 09. 2003 р. № 1446,²⁴⁸ „Про утворення Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення від 02. 06. 2003 р. № 789.²⁴⁹

Вказані законодавчі та підзаконні нормативно-правові акти щодо питань організації та здійснення управління у сфері охорони здоров'я

²³¹ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 15. – Ст. 84.

²³² Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 47. – Ст. 256.

²³³ Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 43. – Ст. 362.

²³⁴ Офіційний вісник України. – 1999. – № 31. – Ст. 1587.

²³⁵ Урядовий кур'єр. – 1998. – 25 липня.

²³⁶ Офіційний вісник України. – 1999. – № 50. – Ст. 2434.

²³⁷ Офіційний вісник України. – 2001. – № 30. – Ст. 1358.

²³⁸ Офіційний вісник України. – 2000. – № 7. – Ст. 283.

²³⁹ Офіційний вісник України. – 2000. – № 8. – Ст. 317.

²⁴⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 20.

²⁴¹ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

²⁴² Офіційний вісник України. – 2000. – № 49. – Ч. 1. – Ст. 2116.

²⁴³ Офіційний вісник України. – 1999. – № 5. – Ст. 158.

²⁴⁴ Офіційний вісник України. – 2003. – № 7. – Ст. 277.

²⁴⁵ Офіційний вісник України. – 2000. – № 23. – Ст. 945.

²⁴⁶ Офіційний вісник України. – 2002. – № 28. – Ст. 1324.

²⁴⁷ Урядовий кур'єр. – 1996. – 26 вересня.

²⁴⁸ Офіційний вісник України. – 2003. – № 37. – Ст. 1998.

²⁴⁹ Офіційний вісник України. – 2003. – № 33. – Ст. 1037.

ґрунтуються на засадах м'якого державного регулювання цих відносин шляхом встановлення правил поведінки їхніх учасників, умов ліцензування та акредитації, виділення відповідних квот і здійснення державного контролю. Ці засоби правового регулювання спрямовані на розвиток охорони здоров'я і загалом відповідають вимогам сучасного етапу формування ринкових засад в українському суспільстві.

На даний час для проведення реформування охорони здоров'я України необхідне законодавство із правовими засадами переходу від державного управління до державного регулювання, територіального керівництва процесами надання медичної допомоги. Зі свого боку, розвиток і вдосконалення законодавства сприятиме оптимізації системи охорони здоров'я і поліпшенню якості й доступності медичної допомоги населенню.²⁵⁰

Стан дотримання актів законодавства у сфері охорони здоров'я громадян багато в чому залежить від розвитку як самого законодавства, що їх регулює, так і від соціальної активності, рівня правосвідомості, знань і виконання громадянами своїх прав та обов'язків. Охорона життя й здоров'я громадян, медицина і фармація є саме тими галузями суспільного життя, які гостро потребують чіткого правового регулювання, державного і громадського контролю. Адже, незважаючи на гуманну мету – надання медичної допомоги та лікування захворювань і високі цілі, завжди є небезпека переродження суспільних відносин, які залишаються поза суспільним і громадським контролем та не врегульовані законодавством. Хоч абсолютна більшість медичних і фармацевтичних працівників дотримуються гуманних засад професійної діяльності, клять Гіппократа і лікаря, завжди є небезпека, що недобросовісний медичний чи фармацевтичний працівник, озброєний спеціальними знаннями, діагностикою та лікувальною апаратурою, лікарськими препаратами й засобами впливу на життя, здоров'я і поведінку людей, спробує використати цей арсенал не на користь, а на шкоду здоров'ю людини. Про це свідчать матеріали слідчої, прокурорської та судової практики й правозастосовчої діяльності інших державних органів і громадських організацій.

На даний час законодавство, що регулює питання управління у сфері охорони здоров'я перебуває в активній стадії творення. Початок цьому процесу поклало прийняття 1992 р. Основ законодавства України про охорону здоров'я, і нині, через тринадцять років, аналізуючи результати законотворчого процесу, можна впевнено сказати, що зроблено багато. Чинне законодавство у цій сфері відносин поповнилося багатьма законодавчими та іншими підзаконними нормативно-правовими актами, набуло контурів завершеної правової системи, однак стверджувати, що праця з формування системи законодавства про охорону здоров'я та підготовки окремих законопроектів завершена, було б передчасно. Перед українськими політиками і депутатами, урядовцями й науковцями, медиками та юристами –

²⁵⁰ Корецкий В. Л., Проданчук Н. Г., Бедный В. Г., Орлова Н. М.. Реформирование здравоохранения Украины: правовые основы. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 1. – С. 42–43.

величезний пласт роботи, якої вистачить на багато років. Розробки потребують десятки проектів законодавчих актів, зокрема "Про гарантований державою рівень медичної допомоги", "Про медичну діяльність", "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування", "Про багатокладність медичної допомоги", "Про первинну медико-санітарну допомогу і сімейну медицину", "Про спеціалізовану медичну допомогу", "Про приватну медичну діяльність", "Про профілактичну медичну діяльність", "Про народну медицину", "Про лікарські товариства", "Про захист прав пацієнтів", „Про Товариство Червоного Хреста України” та ін.²⁵¹

Законодавство України про охорону здоров'я, до речі, як і інші галузі і сфери законодавства, базується на певних концептуальних ідеях, доктринах, програмах, які в своїй сукупності можуть бути охарактеризовані як теоретична основа правової політики у цій сфері. Взагалі, між політикою і законодавством існує тісний функціональний зв'язок, внаслідок якого політичні ідеї втілюються в норми законодавства, які, в свою чергу, формуються в руслі певних політичних доктрин і концепцій. Основні засади політики охорони здоров'я закріплюються в нормах законодавства. Взагалі, законодавство є найбільш концентрованим виявом політичних ідей; між політикою і законодавством існують тісні глибинні зв'язки.

Однак, численні акти законодавства, які прийняті останніми роками вищими органами державної влади у сфері охорони здоров'я свідчать, по-перше, про намагання реформувати систему охорони здоров'я на сучасних засадах і, по-друге, що до цих пір цілісної системної стратегії реформування охорони здоров'я поки-що не створено, а спорадичні заходи в цьому напрямку більше подібні на імітацію реформування, мають фрагментарний характер і, на жаль, характеризуються відсутністю системного підходу.²⁵²

Необхідність формування сучасної стратегії розвитку охорони здоров'я в свою чергу вимагає удосконалення правового забезпечення й управління охороною здоров'я, що є необхідною умовою ефективного функціонування цієї сфери відносин, зокрема, законодавчої бази з урахуванням еволюційного переходу до нових форм і методів державної політики у сфері охорони здоров'я, забезпеченні прав людини і справедливості в отриманні медичної допомоги, широкій інтеграції України у світову та європейську співдружність. Створення цілісної системи законодавчих актів у сфері управління охороною здоров'я повинно відповідати вимогам правового регулювання цих відносин і нормам міжнародного права, у тому числі вимогам і стандартам Всесвітньої організації охорони здоров'я.

²⁵¹ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. - К.: Здоров'я, 2003. – С.129 - 130.

²⁵² Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І.М. Солоненка, Л.І. Жаліло. - К.: Вид-во НАДУ, 2004. – С. 12.

Глава 4. Правова природа медичних правил і норм

У сфері регулювання відносин по охороні здоров'я населення поряд із законодавчими актами діє значна кількість медичних правил і норм, які за своєю суттю є підзаконними нормативно-правовими актами. Їх розробка і затвердження покладене на спеціально уповноважений у цій сфері відносин центральний орган виконавчої влади – Міністерство охорони здоров'я України.

Акти Міністерства охорони здоров'я України являють собою форму реалізації його управлінської компетенції. Так само як і в актах інших органів виконавчої влади, у них виявляються вольові, владні дії державного органу, вчинені ним на основі й на виконання закону в процесі реалізації своїх завдань і функцій по здійсненню державного управління і регулювання і які спрямовані на встановлення (зміну, скасування) правових норм або на виникнення (зміну, припинення) конкретних правовідносин. Вказані акти є виразом повноважень центрального органу виконавчої влади, яким притаманний внутрісистемний (в системі міністерства), галузевий, а часом надвідомчий і міжгалузевий характер.

Зміст і суть вказаних актів обумовлені їх різною функціональною роллю у сфері здійснення державного управління і регулювання відносин у сфері охорони здоров'я і в зв'язку з тим їх подвійною приналежністю – до системи соціальних управлінських рішень і до форм (засобів) управління галуззю, реалізації компетенції міністерства.²⁵³

Правові акти Міністерства охорони здоров'я слід розглядати як владні волевиявлення, що формується в процесі його виконавчо-розпорядчої діяльності і містять певний варіант цілеспрямованого управлінського впливу на об'єкти управління та спричиняють настання правових наслідків у вигляді встановлення, зміни, припинення чи реалізації правових норм.²⁵⁴

Пункт 8 ст. 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України надає право Міністру приймати нормативно-правові акти – накази і розпорядження. Наказ є основним видом підзаконного нормативно-правового акту, який видається Міністром. За своїм змістом він може мати як нормативний, так і індивідуальний характер, а в деяких випадках – змішаний (коли в одному наказі містяться норми, що мають як нормативний, так і індивідуальний характер). Накази Міністерства охорони здоров'я України, затверджені ними положення та інструкції, списки, вказівки, циркулярні листи та інші документи становлять окрему, доволі значну групу нормативно-правових актів, що входить до складу законодавства про охорону здоров'я.

²⁵³ Яричевская Л.В. Правовые акты органов здравоохранения в СССР. – Автореф. дисс. ... к.ю.н. – Харьков, 1985. – С. 7.

²⁵⁴ Яричевская Л.В. Правовые акты органов здравоохранения в СССР. – Автореф. дисс. ... к.ю.н. – Харьков, 1985. – С. 8

Як вже зазначалося, медичні правила і норми є неоднорідними, що обумовлено неоднаковими юридичними властивостями актів, різномітності сфер і площин їх застосування. Тому, слід розрізняти акти міністерства, одні з яких носять нормативний, а інші – індивідуальний, управлінський характер. Акти індивідуального характеру спрямовані на одноразове застосування (про призначення на посаду, про проведення перевірки, про направлення на лікування за кордон та ін.). Їх дія вичерпується деколи триваючим, проте одноразовим виконанням приписів. Нормативні ж акти Міністерства охорони здоров'я України встановлюють загальні правила поведінки (тобто, містять обов'язкові правила і норми), що не мають конкретного адресата і розраховані на багаторазове застосування.

За роки незалежності видано 2931 наказ Міністерства охорони здоров'я України нормативного характеру. Крім того, в Україні ще досі застосовуються 258 наказів Міністерства охорони здоров'я колишнього СРСР.²⁵⁵ За ініціативою Міністерства охорони здоров'я в 1992–1998 рр. чинні акти міністерства було систематизовано, переглянуто й значною мірою оновлено. Велика роль в організації і проведенні цієї роботи належить Інституту громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.²⁵⁶

Основний зміст видання таких актів полягає, насамперед, у виконанні вимог законів, у їх конкретизації і деталізації, у встановленні відповідних підзаконних правових норм. Медико-санітарні правила і норми (норми галузевого медичного законодавства) є самостійними і автономними, входять до складу чинного законодавства про охорону здоров'я, що дозволяє їх самостійне застосування. Вказані акти є засобом встановлення правового режиму у відповідній сфері відносин, тому необхідно, щоб вони самі насамперед відповідали вимогам законності.²⁵⁷ Законодавством передбачено встановлення заходів юридичної відповідальності різних видів за порушення медико-санітарних правил і норм.²⁵⁸

В основі видання нормативних актів Міністерства охорони здоров'я лежить те або інше управлінське рішення, що у такий спосіб набирає правової форми, яка й передбачає обов'язковість його виконання, причому в результаті цього можуть бути встановлені як загальнообов'язкові правила поведінки, так і вирішені питання діяльності конкретних об'єктів чи осіб. Тому особливістю актів Міністерства охорони здоров'я є те, що деякі з них

²⁵⁵ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 129.

²⁵⁶ Пономаренко В. М. Підсумки наукової діяльності українського інституту громадського здоров'я за результатами виконання науково-дослідних робіт у 2000 році і впровадження наукових розробок у практику охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 23–27.

²⁵⁷ Сладков В. К. Ведомственные нормативные акты в области здравоохранения, физкультуры и спорта // Закон и ведомственные нормативные акты в СССР. – М., 1989. – С. 134.

²⁵⁸ Див. главу 6 розділу IV даної монографії.

містять і норми права, і індивідуально-конкретні розпорядження. Вони визначаються як змішані, або різнорідні акти.²⁵⁹

Відповідно до пп. 17 і 18 положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 24 липня 2000 року № 918/2000, воно бере участь у розробленні державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я, затверджує відповідні норми та нормативи у цій сфері та затверджує відповідно до законодавства державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи; встановлює в межах своєї компетенції державні стандарти якості лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, питної води, медичної техніки та виробів медичного призначення; бере участь у розробці та введенні в дію екологічних нормативів та норм радіаційної безпеки.

Вказані акти міністерства за сферою їх застосування, умовно, можна розділити на три групи: а) акти, чинність яких поширюється на діяльність об'єктів управління (органи і заклади охорони здоров'я), підпорядкованих міністерству; б) акти, що стосуються регулювання професійної діяльності у сфері надання медичної допомоги і охорони здоров'я, які поширюють свою чинність на будь-які суб'єкти цієї діяльності, незалежно від їх форми власності і службового підпорядкування; в) акти, чинність яких поширюється на невизначене коло об'єктів, які службово не підпорядковані міністерству і зміст яких має яскраво виражений надгалузевий характер (санітарні, протиепідемічні правила і норми).

Наділення Міністерства охорони здоров'я України як спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я населення комплексом надвідомчих повноважень і дозволяє йому розробляти і приймати вказані медико-санітарні правила і норми, важливішими серед яких є санітарні правила і норми.

Закон України „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” у ст.1 містить нормативне визначення вказаних правил і норм. Відповідно до нього, державні санітарні норми та правила, санітарно-гігієнічні та санітарно-протиепідемічні правила і норми, санітарно-епідеміологічні правила і норми, протиепідемічні правила і норми, гігієнічні та протиепідемічні правила і норми, державні санітарно-епідеміологічні нормативи, санітарні регламенти – це обов'язкові для виконання нормативно-правові акти центрального органу виконавчої влади в галузі охорони здоров'я, що встановлюють медичні вимоги безпеки щодо середовища життєдіяльності та окремих його факторів, недотримання яких створює загрозу здоров'ю і життю людини та майбутніх поколінь, а також загрозу виникнення і розповсюдження інфекційних хвороб та масових неінфекційних захворювань (отруєнь) серед населення.²⁶⁰

²⁵⁹ Сладков В. К. Ведомственные нормативные акты в области здравоохранения, физкультуры и спорта // Закон и ведомственные нормативные акты в СССР. – М., 1989. – С. 134.

²⁶⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

Слід зазначити, що наділення міністерства вказаними надвідомчими повноваженнями передбачає водночас і здійснення державного (надвідомчого) контролю і нагляду за дотриманням прийнятих правил і норм. Для цього у складі міністерства в якості його самостійного структурного підрозділу утворена Державна санітарно-епідеміологічна служба України, на яку покладені завдання і функції по здійсненню державного санітарно-епідеміологічного нагляду.²⁶¹

Подібними до попередніх є санітарно-протиепідемічні правила і норми, під якими Закон України „Про захист населення від інфекційних хвороб” розуміє нормативно-правові акти (накази, інструкції, правила, положення тощо) спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань охорони здоров'я, вимоги яких спрямовані на запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб.²⁶²

Інші повноваження міністерства дозволяють розробляти відповідно до законодавства рекомендації щодо встановлення для громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, додаткових норм раціонального харчування у спеціалізованих лікувальних, лікувально-санаторних і курортних закладах, встановлює медичні та фізіологічні норми харчування для зазначеної категорії осіб.

До компетенції Міністерства охорони здоров'я України належить, наприклад, видання актів (наказів) щодо медико-технічних вимог до виробів медичного призначення, встановлення порядку реалізації ліків різних категорій, а також встановлення обов'язкових вимог до виробництва, реалізації і споживання продуктів дитячого харчування.²⁶³

Окремою групою правил і норм, які розробляє і приймає міністерство, є правила і норми щодо здійснення професійної медико-санітарної діяльності, тобто правила, що діють у сфері надання медичної допомоги і охорони здоров'я, проте мають надвідомчий характер і поширюються на об'єкти охорони здоров'я будь-якої форми власності – державної, комунальної, приватної, комунальної чи колективної. Головним критерієм чинності вказаних правил є зайняття відповідним видом професійної діяльності з надання медичної допомоги і охорони здоров'я населення. До таких повноважень міністерства відносяться визначення вимог до професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників, затвердження номенклатури медичних та фармацевтичних спеціальностей і посад, встановлення єдиних кваліфікаційних вимог до осіб, які займаються медичною та фармацевтичною діяльністю в Україні. Таким є, наприклад, наказ Міністерство охорони здоров'я України № 385 від 28.10.2002 „Про затвердження переліків закладів

²⁶¹ Детальніше про контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я розглядається у розділі VII.

²⁶² Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 29. – Ст. 228.

²⁶³ Сладков В. К. Ведомственные нормативные акты в области здравоохранения, физкультуры и спорта // Закон и ведомственные нормативные акты в СССР. – М., 1989. – С. 133.

охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я”²⁶⁴.

При реформуванні законодавчої бази галузі слід звернути увагу на те, що чисельність відомчих нормативних актів в умовах відсутності належного їх обліку і комп'ютерної техніки в органах і закладах охорони здоров'я призводить до їх незнання і невиконання як з боку керівників, так і з боку рядових працівників охорони здоров'я, до дублювання відомчих нормативних актів на місцях або до застосування вже скасованих. Тому при систематизації нормативних актів галузі слід забезпечити поінформованість з питань нормативного регулювання галузі як органів і закладів системи охорони здоров'я, так і громадськості.²⁶⁵

Для впорядкування чинних актів у сфері охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я України сформувало комісію з удосконалення правового регулювання у галузі охорони здоров'я, яка і зараз продовжує експертизу чинних наказів Міністерства охорони здоров'я СРСР, Міністерства охорони здоров'я УРСР та Міністерства охорони здоров'я України, тих, що втратили чинність або не застосовуються на території України. Також за експертною оцінкою визначаються накази, які підлягають переробці²⁶⁶. З метою систематизації і вдосконалення законодавства про охорону здоров'я міністерство провело певну роботу з використанням можливостей комп'ютерної техніки, було створено кілька версій комп'ютерних нормативних баз законодавства про охорону здоров'я. За висновками експертизи актів Міністерство охорони здоров'я з 1919 року видані Переліки наказів міністерства, які застосовуються на території України, за станом на 1 січня 1997 р., та тих, які втратили чинність²⁶⁷. Видання зазначених переліків безперечно дуже важливе, але вони повинні постійно оновлюватися і бути доступними для ознайомлення не лише фахівцям галузі, а й широкому колу осіб. Адже якщо нормативний акт не відомий учаснику правовідносин, права і обов'язки якого він регулює, він не буде застосовуватись, тобто не виконуватиме своєї функції, буде „мертвим”.

Це стосується не тільки наказів Міністерство охорони здоров'я, а й нормативних актів усіх рівнів. Адже тільки протягом 2001 року "із найгостріших проблем медицини державою прийнято 137 нормативно-

²⁶⁴ Офіційний вісник України. - 2002. - № 46. - Ст. 2116.

²⁶⁵ К.Б. Наровська. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні // Законодавство України. Науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу). - 2003. - № 2. - С. 46-57.

²⁶⁶ Щорічна доповідь Міністерства охорони здоров'я за участю Українського інституту громадського здоров'я. — К., 2000. — С. 270—271.

²⁶⁷ Див.: Пономаренко В.М., Шторна А.М., Москалець Г.М., Грузова Л.М., Подрушняк В.Б., Якутович Н.І., Губина Л.М. Перелік діючих наказів МОЗ УРСР та МОЗ України. — К., 1997.; Пономаренко В.М. та ін. Перелік наказів МОЗ України, що втратили чинність. — К., 1997.; Пономаренко В.М. та ін. Перелік наказів МОЗ СРСР, які застосовуються в Україні. — К., 1997.; Пономаренко В.М. та ін. Перелік наказів колишнього МОЗ СРСР, що втратили чинність (або не застосовуються) на території України. — К., 1997.

правових актів. Серед них: 20 законів України, 43 Укази Президента України та 74 постанови Кабінету Міністрів України".²⁶⁸

Завдяки цілеспрямованій праці апарату Міністерства охорони здоров'я України та колективу наукових співробітників Інституту громадського здоров'я МОЗ України в 1992–1998 рр. вдалося провести повну інвентаризацію чинних правил і норм. Застосування комп'ютерної техніки і, зокрема, комп'ютерного обліку дозволяє із значною долею припущення говорити про наявність на сьогодні більше 5 тисяч вказаних актів, де більша половина з них становлять санітарні правила і норми.

Поліпшенням ситуації у цій сфері стало відкриття офіційної сторінки (сайту) Міністерства охорони здоров'я України в світовій комп'ютерній мережі „Інтернет”,²⁶⁹ на якій розміщено інформацію про чинне законодавство України у цій сфері, у тому числі і підзаконні нормативно-правові акти, затверджені наказами міністерства.

Переважна їх більшість за своїм змістом є організаційно-медичними нормами, які встановлюють підстави і певний порядок проведення медико-санітарних заходів, профілактичних та лікувально-діагностичних процедур.

Вказані правила і норми завдяки зусиллям окремих керівників охорони здоров'я, працівників апарату міністерства, науковців до певної міри кодифіковані в окремих збірниках, що видані в останні роки. Окремим видом їх систематизованих зібрань є збірники вказаних правил і норм за окремими службами (терапевтичною, інфекційною, психіатричною та ін.).

Вирішенню питань систематизації законодавства про охорону здоров'я сприяло видання в Україні декількох збірників законодавства у цій сфері. В 2000 році всеукраїнське видавництво „Юрінком Інтер” зробило вдалу спробу систематизації законодавства України про охорону здоров'я видавши Бюлетень законодавства і юридичної практики № 7 під редакцією тодішнього міністра охорони здоров'я В.Ф. Москаленка.²⁷⁰ А в 2001 році під редакцією професора Н. Б. Болотіної з її короткою передмовою вийшов збірник „Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів” у видавничому домі „Ін Юре”.²⁷¹

Низка українських видавництв видала різноманітні збірники законодавства України про охорону здоров'я, серед яких виділяються Збірник законів про охорону здоров'я Парламентського видавництва у Києві,²⁷² Збірник законодавства України про охорону здоров'я з коментарями та постатейними матеріалами київського видавництва „Атіка”,²⁷³ збірник

²⁶⁸ Щорічна доповідь Міністерства охорони здоров'я за участю Українського інституту громадського здоров'я.— К., 2000. —С. 270—271.

²⁶⁹ www: moz.gov.ua.

²⁷⁰ Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 2000. – № 7: Законодавство України про охорону здоров'я. – 528 с.

²⁷¹ Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів / Упоряд. і наук. ред. Н. Б. Болотіна. — К.: Видавничий Дім «Ін Юре», 2001. — С.

²⁷² Законодавство України про охорону здоров'я. Збірник законів. – К.: Парламентське в-во, 2002. – 152 с. – (Б-ка офіційних видань).

²⁷³ Законодавство України про охорону здоров'я (коментарі та постатейні матеріали).– К.: Атіка, 2000. – 256 с.

нормативно-правових актів про охорону здоров'я київського видавництва КНТ²⁷⁴ та ін. Однак, як видається, видання вказаних збірників законодавства аж ніяк не вирішує питання про необхідність офіційної систематизації цього нормативного матеріалу і є абсолютно недостатнім для задоволення вимог правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я.

В 1999–2001 рр. Міністерство охорони здоров'я України затвердило окремими наказами 7 видів медичної облікової документації. Так, медична документація, що використовується в стаціонарних лікувально-профілактичних закладах визначена наказом МОЗ України від 26.07.99 р. №184, медична облікова документація, що використовується в поліклініках (амбулаторіях) – наказом МОЗ України від 27.12.99 р. №302, медична облікова документація, що використовується в стаціонарах та поліклініках (амбулаторіях) – наказом МОЗ України від 29.12.2000 р. №369, медична облікова документація, що використовується в інших закладах охорони здоров'я – наказом МОЗ України від 05.08.99 р. №197, медична облікова документація, що використовується в санітарно-профілактичних закладах – наказом МОЗ України від 11.07.2000 р. №160, медична облікова документація, що використовується в лабораторіях лікувально-профілактичних закладів – наказом МОЗ України від 04.01.2001 р. №1.

Тривалий час в системі охорони здоров'я для найменування основного документу, який заповнювався на хвору людину, був документ, який традиційно називався „історія хвороби”. В 1999 році цей термін був осучаснений і змінений, діставши нову назву – „медична карта”, що відповідає міжнародним вимогам. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.99 р. № 302 затверджено форму медичної карти амбулаторного хворого (форма № 025), а наказом міністерства від 26.07.99 р. № 184 затверджена форма медичної карти стаціонарного хворого.

В процесі надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я заповнюється і функціонує великий обсяг медичної документації. Цілком очевидно, що вказані документи несуть певну інформацію, у тому числі й суворо конфіденційну, якщо вона стосується стану здоров'я, процесу і методів лікування конкретної хворої людини. Тому, впорядкування форм державної звітності, обігу інших медичних документів має надзвичайно велике значення для забезпечення нормального функціонування закладів охорони здоров'я, роботи медичних і фармацевтичних працівників. Тому наказом МОЗ України від 04.09.92 р. №130 „Про затвердження форм державної та галузевої статистичної звітності закладів охорони здоров'я України”, а також наказом МОЗ України від 21.07.2000 р. № 172 „Про упорядкування статистичної звітності” встановлено форми звітності і порядок її проведення.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.06.94 р. № 117 затвердив Правила виписування рецептів на лікарські засоби та вироби

²⁷⁴ Законодавство України про охорону здоров'я. Збірник нормативно-правових актів. – К.: КНТ, 2004. – 208 с.

медичного призначення, Правила відпуску лікарських засобів та виробів медичного призначення з аптек, Перелік лікарських засобів і виробів медичного призначення, що дозволені до відпуску без рецепта лікаря з аптек, Перелік лікарських засобів, що підлягають предметно-кількісному обліку в закладах охорони здоров'я та Інструкцію про порядок зберігання та обліку рецептурних бланків.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.93 р. № 90 затверджена Основна номенклатура посад Міністерства охорони здоров'я України, Обліково-контрольна номенклатура посад Міністерства охорони здоров'я України, Інструкція про порядок призначення та звільнення працівників номенклатури Міністерства охорони здоров'я України, Форма списку працівників основної і обліково-контрольної номенклатури Міністерства охорони здоров'я України, форма довідки на працівників, які подаються на затвердження.

Лікування захворювань є вкрай складним і творчим процесом, який до того ж має яскраво виражений індивідуальний характер. Медична наука і практика випрацювала певні методики лікування тих чи інших захворювань. Нині методика лікування певних видів захворювань регулюється відповідними медичними протоколами за певними спеціальностями, які, по суті, є медичними стандартами лікувальної діяльності. Так, наприклад, протокол лікування дітей за спеціальністю „Педіатрія. Дитяча офтальмологія. Дитяча пульмонологія” затверджений наказом МОЗ України №9 від 10.01.2005 р.²⁷⁵

В структурі системи охорони здоров'я прийнято виділяти окремі медичні служби, діяльність яких спрямована на лікування тих чи інших захворювань. Тому окрема група актів міністерства стосується розвитку і функціонування тих чи інших медичних служб. Вказаними наказами міністерства поряд із рішеннями, які носять не нормативний, а індивідуальний характер, затверджені відповідні положення, інструкції, списки та інші підзаконні нормативно-правові акти, які регулюють відносини в тій чи іншій галузі чи сфері. До таких актів можна віднести накази міністерства від 05.07.1999 № 164 „Про затвердження інструкцій, регламентуючих діяльність закладів служби крові України”, від 08.10.1997 № 303 „Про регламентацію діяльності анестезіологічної служби України”, від 19.11.2002 №420 „Про затвердження Положення про державну санітарно-епідеміологічну службу Міністерства охорони здоров'я України”.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2004 № 122 „Про подальший розвиток алергології в Україні” затверджено структуру служби алергології в Україні, положення про Український науково-методичний центр алергічних захворювань шкіри, медикаментозної, інсектної та харчової алергії, примірне положення про республіканський (Автономної Республіки Крим), обласний (міський) медичний центр

²⁷⁵ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2005. – №1(48). – С. 68 – 75.

алергології, положення про головного позаштатного спеціаліста зі спеціальності алергологія Міністерства охорони здоров'я України.

Крім медичних у складі системи охорони здоров'я, яка очолюється міністерством, функціонують і допоміжні служби, метою діяльності яких є забезпечення вирішення тих чи інших допоміжних питань у діяльності органів і закладів охорони здоров'я. до таких служб можуть бути віднесені служби економічна, планова, бухгалтерії, юридична, охорони праці, протипожежна та ін. Так, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.10.97 р. № 298 визначено статус і повноваження служби пожежної безпеки системи Міністерства охорони здоров'я України, а наказом міністерства від 30.09.94 р. № 268 утворено службу охорони праці системи Міністерства охорони здоров'я України.

Слід зазначити, що кількість прийнятих наказів і кількість підзаконних нормативно-правових актів завжди не співпадають, так як частими є випадки, коли одним наказом затверджується низка нормативних актів. До таких, наприклад, відноситься наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.06.1996 р. № 175 „Про заходи щодо удосконалення швидкої медичної допомоги”, яким затверджено 17 положень, що стосуються організації цієї служби (про станцію швидкої медичної допомоги, про лікарню швидкої медичної допомоги, про виїзду бригаду, про головного лікаря і, навіть, про водія виїздної бригади), 2 переліки та 1 інструкцію про дії виїздної бригади швидкої медичної допомоги у вогнищі з великою кількістю потерпілих. Наказом від 29.11.2002 р. № 434 „Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні” затверджено 33 підзаконних нормативно-правових акти, серед яких 23 примірних положення (про дитячу міську поліклініку, про головного лікаря дитячої міської поліклініки про завідуючого педіатричним відділенням, про старшу медичну сестру педіатричного відділення дитячої міської поліклініки та ін.), журнали обліку, примірні схеми, переліки, інструкції та ін.

Однією із характерних рис цієї частини законодавства про охорону здоров'я є необхідність взаємоузгодженості між вказаними правилами і нормами і між головними актами законодавства, зокрема, нормами Основ законодавства України про охорону здоров'я, іншими законодавчими актами. Слід зазначити, що у переважній більшості випадків така взаємоузгодженість існує. Медико-санітарні правила і норми мають корелюватися з відповідними нормами-принципами законодавчих актів про охорону здоров'я і містити їх подальшу конкретизацію і деталізацію. Так, застосування складних та ризикованих методів діагностики і лікування хвороб ґрунтується на нормі ст. 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я та значної кількості наказів, положень, правил, інструкцій та ін., прийнятих у її розвиток.

Застосування в процесі лікувальної діяльності хірургічного втручання, видалення окремих органів чи ампутація кінцівок відносяться до найскладніших методів лікування і базуються на вимогах норм ст. 37 та 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Порядок надання інших

видів медико-санітарної допомоги (наприклад, при пологах) відповідно до ст. Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено ст.ст. 57 та 58.

Одним із складних питань організації надання медичної допомоги є координація цієї діяльності між закладами охорони здоров'я різної форми власності і різного службового підпорядкування. Очевидно, що недоцільно і економічно не вигідно створювати паралельно медичні центри різного службового підпорядкування з діагностики та лікування складних і таких, що рідко зустрічаються, захворювань. Особливої гостроти набуває координація діяльності медичних служб різного галузевого підпорядкування в екстремальних умовах. Сьогодні питання координації діяльності вказаних медичних закладів і служб вирішується на основі постанови Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. № 819 „Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини”²⁷⁶.

З часу запровадження реєстрації актів законодавства в Міністерстві юстиції України нарешті впорядковано саму процедуру прийняття (затвердження) підзаконних нормативно-правових актів. До цього часу мало місце затвердження інструкцій, положень, списків, правил та інших актів міністерства різними посадовими особами шляхом їх простого підписання. Наприклад, санітарні правила і норми затверджував і перший заступник міністра – Головний державних санітарний лікар України, і начальник Головного управління (департаменту) санітарно-епідеміологічної служби, а в окремих випадках і його заступники. Нарешті, внаслідок правотворчої діяльності Міністерства юстиції України процес прийняття (затвердження) нормативних актів міністерства набув рис впорядкованості. І тепер, наприклад, державні санітарні норми та правила затверджуються та вводяться в дію наказом Міністра (або виконувача обов'язків Міністра у випадку відсутності першого) і реєструються у Міністерстві юстиції України. Так, наприклад, державні санітарні норми та правила „Транспортування продовольчої продукції” затверджені наказом Міністра охорони здоров'я України від 14.05.2004 р. №239 і зареєстровані в Міністерстві юстиції України 31.08.2004 за №10729671.²⁷⁷

Місцеві органи управління охороною здоров'я також розробляють і затверджують відповідні медичні правила і норми, які мають місцевий (локальний) характер. Вони, як правило, ґрунтуються на відповідних примірних правилах і нормах, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Окремим видом медичних правил і норм є відповідні акти, які розробляються і затверджуються адміністрацією закладів охорони здоров'я – положення, інструкції, правила та ін. Вказані акти, як правило, базуються на

²⁷⁶ [REDACTED]

²⁷⁷ Правовий вісник медика. Нормативно-правовий та науково-практичний збірник. – 2004. – №3. – С. 24 – 33.

виконанні вимог актів чинного законодавства, підзаконних нормативно-правових актів, виданих міністерством і носять виключно локальний характер, тобто їх дія окреслюється рамками даного конкретного закладу охорони здоров'я.

Вказані медичні правила і норми виходячи з їх юридичної природи можуть бути охарактеризовані як структурна частина законодавства про охорону здоров'я. Її комплексний характер підтверджується і тим, що велика кількість підзаконних нормативно-правових актів видаються Міністерством охорони здоров'я України спільно з іншими міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади.²⁷⁸ Такими, зокрема, є спільний наказ Міністерства охорони здоров'я і Державного департаменту з питань виконання покарань № 3/6 від 18.01.2000 „Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державного департаменту України з питань виконання покарань”²⁷⁹ або спільний наказ цього ж міністерства та Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства освіти і науки, Фонду соціального захисту інвалідів № 96/187/146/55 від 11.06.99 „Про затвердження Типового положення про центр професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів”²⁸⁰

Якість і ефективність вказаних актів, їх правомірність впливають на стан дотримання законності у сфері охорони здоров'я й у кінцевому рахунку – на стан справ з охороною здоров'я людей. Однак, як видається вказані медичні правила і норми, по-перше, мають повністю відповідати вимогам законодавчих актів, які діють у сфері охорони здоров'я, по-друге, містити лише їх конкретизацію і встановлення саме медико-технологічних процедур, порядку їх проведення. А питання, які торкаються найважливіших, основних прав і інтересів громадян, зокрема, пацієнтів, яким надається медична допомога повинні відповідно до п.1 ст.92 Конституції України регулюватися саме законодавчими, а не відомчими актами.²⁸¹

²⁷⁸ К.Б. Наровська. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні // Законодавство України. Науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу). - 2003. — № 2. - С. 46-57.

²⁷⁹ Офіційний вісник України. – 2000. – № 12. – Ст. 485.

²⁸⁰ Офіційний вісник України.– 1999.– № 26.– Ст. 1249.

²⁸¹ К.Б. Наровська. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні // Законодавство України. Науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу). - 2003. — № 2. - С. 46-57.

Глава 5. Державне управління, регулювання і політика у сфері охорони здоров'я

5.1. Поняття і зміст державного управління

Управління – це складний універсальний суспільний феномен. Його зміст найширше розкриває філософська наука, що трактує управління як функцію організованих систем (біологічних, технічних, соціальних), котра забезпечує збереження їхньої структури, підтримку режиму діяльності, реалізацію програми, досягнення мети.

Управління – необхідна функція суспільного життя, мета якої – організація спільної діяльності людей, окремих груп та організацій, забезпечення координації і взаємодії між ними, а суть – здійснення керівного впливу на певні об'єкти.

Термін **"management"** (укр. – управління) спочатку означав уміння об'їжджати коней та керувати ними. Англійське слово **"manage"** (управляти) походить від кореня латинського слово **"manus"** (рука). Згодом цей термін означав уміння володіти зброєю і керувати колісницями. Нині цей термін ми розуміємо як керування людьми, колективами (групами), а також підприємствами, установами, організаціями, включаючи органи влади. Однак стверджувати, що "управління – це процес керівництва людьми або підприємствами",²⁸² недостатньо, оскільки таке визначення не розкриває змісту цього поняття.

У доповіді Римського клубу, опублікованій у 1990 р. А. Кінгом та Б. Шнайдером, термін "управління" означає командний механізм суспільної системи та його функціонування з метою її безпеки, процвітання, цілісності, упорядкованості та стабільного існування. При цьому обов'язково маєтись на увазі певна ідеологія, залежно від якої може формуватися (в умовах авторитаризму) механізм урахування волі народу і ступеня відповідальності влади.²⁸³

Необхідність здійснювати управління виникає там, де потрібно об'єднати й скоординувати зусилля двох і більше людей. Саме тоді, коли в первісному суспільстві з'явилися перші елементи суспільної організації та суспільної праці (наприклад, необхідність спільного полювання чи захисту від ворога), виникла й особлива функція управління, започаткована в результаті певних суспільних потреб і самої природи суспільної праці. Тому держава, об'єднуючи на засадах громадянства велику кількість людей, об'єктивно потребує здійснювати роботу з управління різноманітними проблемами, що виникають у процесі життєдіяльності: регулюванням

²⁸²Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Монографія / Передмова і загальна редакція проф. Н. Р. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – С. 38.

²⁸³Цветков В.В., Горбатенко В.П. Демократія – Управління – Бюрократія: в контексті модернізації українського суспільства: Монографія. К.: Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2001. – С. 119.

розвитку економіки, забезпеченням збору податків та обороною країни, розвитком науки, культури, освіти, охорони здоров'я та інших галузей.

З наукової точки зору, управління – це цілеспрямована координація та організація об'єкта управління, сфера людської діяльності, що виникла в результаті поділу праці, за допомогою якої людина впливає на технологічні, економічні та соціальні процеси для досягнення певних цілей.²⁸⁴

Найчіткіше об'єктивну необхідність управління можна простежити у військовій справі – без сержантів й офіцерів військо стане некерованою юрбою озброєних людей. Середній та вищий командний склад виконує необхідну й надзвичайно відповідальну функцію – управління військом. Чим вище становище в управлінській ієрархії, тим більша цінність кожного керівника, в тому числі військового.

Об'єктами управління можуть бути поведінка окремих людей та їх груп, суспільна праця й виробництво, технічні засоби (верстати, машини, агрегати), тварини й рослини. Відповідно до об'єкта управління прийнято поділяти на технічне – керування технічними процесами, механізмами, агрегатами, біологічне – регулювання розмноженням та розвитком тварин і рослин та соціальне – управління людьми, суспільством.

З огляду на предмет дослідження нас цікавить насамперед соціальне управління. Виходячи з цього, розглядатимемо управління як суспільне явище, передусім, як соціальне управління. Біологічне й технічне управління мають окремий предмет дослідження, науковців і фахівців, тому заслуговують на відповідні ґрунтовні наукові пошуки й дослідження. Ці види управління не розглядатимемо.

Соціальне управління – це явище, яке характеризує внутрішню властивість суспільства, що впливає з його системної природи, суспільного характеру праці, процесу спілкування людей у праці й житті. Його зміст – у цілеспрямованому впливі на суспільство та його окремі частини (ланки) з метою їх упорядкування, вдосконалення й розвитку. Саме тому найважливішою складовою соціального управління є державне управління, тобто управління через державу, за допомогою державного апарату, головне призначення якого – управління суспільними й державними справами.

Отже, соціальне управління – це управління суспільством, а оскільки суспільство – це сукупність людей, то соціальне управління є управлінням людьми, їхньою поведінкою та суспільними справами.

Соціальне управління розуміють як реалізацію організаційних функцій, які створюють необхідні умови для досягнення в процесі спільної діяльності людей поставленої мети. Система соціального управління широка й багатопланова. Вона спирається на існування та функціонування інститутів громадянського суспільства й держави: політичних партій, громадських організацій та їх об'єднань, рухів, виробничих і комерційних підприємств та організацій, органів державної влади. В умовах існування держави,

²⁸⁴Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування.: Монографія / Предмова і загальна редакція проф. Н. Р. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – С. 38.

концентрації в її руках основних важелів управління найважливішою частиною соціального управління є державне управління. При цьому воно є основним видом соціального управління і співвідноситься з останнім як часткове й загальне.

Найважливіше призначення держави в тому, щоб керувати суспільними справами. Кожна держава як організація політичної влади в суспільстві, соціальний і політичний інститут – явище абстрактне, що проявляє себе у зовнішніх стосунках саме через практичне здійснення цієї влади. Яка влада – така й держава. Державна влада втілюється в діяльності державних органів, які в сукупності утворюють механізм держави. Недосконала організація влади в Україні була (і значною мірою є нині) одним із джерел, що підживлюють соціально-економічну кризу.

Державне управління – один із видів діяльності щодо здійснення державної влади (разом із законотворенням і правосуддям), яке полягає у практичному виконанні організаційних функцій із втілення в життя вимог законодавства та управлінського впливу на певні суб'єкти.

В. Шахов у праці «Державна політика в сфері управління: модернізація чи модифікація» зазначає: «...під державним управлінням розуміється вид діяльності держави, що полягає в здійсненні нею управлінського, тобто організуючого впливу на ті сфери й галузі суспільного життя, які вимагають певного втручання держави шляхом використання повноважень виконавчої влади....поняття «державне управління» за змістом ширше, ніж поняття «виконавча влада»²⁸⁵.

В юридичній літературі, незважаючи на те, що це поняття є однією із ключових категорій юридичної науки, ще не склалося сталого й загальновизнаного поняття державного управління. Одні тлумачать його з точки зору сутності, реального змісту, інші - з огляду на форми, яких воно набуває і в яких функціонує. Найчастіше під змістом державного управління розуміють всю незаконодавчу та несудову діяльність держави. Таке негативно-формальне визначення не розкриває глибинної сутності державного управління, його призначення. З позицій адміністративного права управління визначається як виконавча й розпорядча діяльність держави.²⁸⁶

Універсальнішим варіантом визначення державного управління є, на нашу думку, визначення, запропоноване авторами монографії «Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи», де зазначено: «В нашому трактуванні державне управління – це форма практичної реалізації державної влади»²⁸⁷. Таким чином, державне управління вони розуміють як

²⁸⁵ Шахов В. Державна політика в сфері управління: модернізація чи модифікація // Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід: Зб. наук. пр. / За заг. ред. В. М. Князева. – К.: Вид – во УАДУ, 2000. – С. 77.

²⁸⁶ Цветков В.В., Горбатенко В.П. Демократія – Управління – Бюрократія: в контексті модернізації українського суспільства: Монографія. К.: Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2001. – С. 124.

²⁸⁷

«діяльність держави щодо організації упорядкування різних соціальних процесів у суспільстві».²⁸⁸

Відомі українські дослідники проблем державного управління й виконавчої влади Н. Нижник та С. Мосов пропонують розглядати державне управління «...як діяльність органів та установ всіх гілок державної влади – законодавчої, виконавчої, судової – з вироблення і здійснення регулюючих, організуючих і координуючих впливів на всі сфери суспільства з метою задоволення його потреб, що змінюються».²⁸⁹

Отже, без управління неможливе цілеспрямоване функціонування суспільства. Тільки державне управління забезпечує функціонування й розвиток суспільства як єдиного цілого. Управління - це насамперед організуюча діяльність держави, спрямована на виконання її завдань та функцій.²⁹⁰

Часто в науці і практиці вживають як рівноцінний заміник терміна «управління» термін «адміністрація», маючи на увазі не назву керівництва певного органу чи організації, а сам процес здійснення управління (адміністрування). Цей термін походить від латинських слів «ad ministerium», що означає «підпорядкування», «служба». Він набув значного поширення в усіх країнах та мовах світу, його часто вживають в управлінській та правовій термінології. Саме тому галузь права, норми якої регулюють відносини у сфері державного управління, називається адміністративним правом.

Зрозуміти зміст державного управління можна, лише виявивши властиві йому риси, що розкривають його суть.

По-перше, державне управління – це певна організуюча діяльність, у результаті якої виникають конкретні, управлінські за змістом відносини.

По-друге, необхідною умовою їх виникнення є наявність суб'єкта, тобто органу виконавчої влади чи посадової особи, наділених владними повноваженнями щодо здійснення державного управління.

По-третє, у відносинах, крім суб'єкта, повинен брати участь об'єкт (об'єкти), на діяльність яких спрямований управлінський вплив суб'єкта. Основними видами об'єктів є громадяни та юридичні особи – приватні, колективні й державні.

По-четверте, характер відносин, що виникають між суб'єктом та об'єктами управління, завжди є владним, а в умовах державного управління – державно-владним, причому державно-владними повноваженнями наділена завжди одна сторона – суб'єкт управління, а об'єкти управління виконують вказівки й директиви суб'єкта.

По-п'яте, організуюча діяльність державно-владного характеру полягає у виконанні й розпорядництві щодо вимог законів, тобто є підзаконною, ґрунтується на чинному законодавстві.

²⁸⁸

²⁸⁹ Нижник Н., Мосов С. Про співвідношення державного управління і виконавчої влади // Вісн. УАДУ. – 2000. - № 4. – С. 23-29.

²⁹⁰ Цветков В.В., Горбатенко В.П. Демократія – Управління – Бюрократія: в контексті модернізації українського суспільства: Монографія. К.: Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2001. – С. 120.

По-шосте, управлінський вплив під час організуючої діяльності й налагодження управлінських відносин може мати різний за параметрами характер: це і державне регулювання, і централізоване керівництво, й оперативне управління.

По-сьоме, цю діяльність можна певним чином розділити на етапи (цикли, фази), в основі класифікації якої – її функціональна природа і структура. Прийнято виділяти такі функції управління: планування, організація, робота з кадрами, керівництво, координація, звітність, складання та виконання бюджету. Система функцій має поширену назву POSDCORB – аббревіатура англійських слів Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgeting – автором якої є Лютер Г'юлік (1937 р., США).

По-восьме, державне управління здійснюють у правовому полі чинного законодавства, порушення якого зумовлює юридичну відповідальність.

Це головні риси державного управління, хоча окремі дослідники подають більшу або меншу їх кількість, зазначаючи, що вони є окремим, специфічним видом соціальних відносин, визначаються економічним укладом суспільства, за характером є вольовими й т. і.

Незважаючи на те, що державне управління є явищем універсальним, на розуміння його змісту впливають ті чи інші національні особливості. Так, наприклад, широковживане німецьке розуміння державного управління базується на широковідомому його визначенні, яке належить класику німецького адміністративного права О. Майєру, який визначав державне управління як таку діяльність держави чи іншого суб'єкта публічної влади, яка не є законодавчою діяльністю чи судочинством.²⁹¹

Сучасна юридична енциклопедія визначає, що державне управління – певний вид діяльності органів держави, що має виконавчо-розпорядчий характер, полягає в організуючому впливі на суспільні відносини в економіці, соціально-культурній, адміністративно-політичній сферах шляхом застосування державно-владних повноважень. Державне управління пов'язане з використанням методів нормотворчості й розпорядливості, має підзаконний характер, передбачає можливість судового захисту громадянами своїх прав і свобод у разі їх порушення органами та посадовими особами державної влади.²⁹²

Підсумовуючи, можна стверджувати, що державне управління – це організуюча діяльність органів державної влади, в першу чергу виконавчої влади, яка спрямована на охорону і захист прав та законних інтересів громадян і полягає в організації виконання законів та інших нормативно-правових актів чинного законодавства, здійснення розпорядження ресурсами загальнодержавної власності для комплексного соціально-економічного розвитку, а також забезпечення

²⁹¹ Цит. по: Мицкевич Л.А. Понятие государственного управления в административном праве Германии // „Государство и право”. – 2002. – № 6. – С. 85 – 86.

²⁹² Юридична енциклопедія. В 6 томах. // Ред. кол.: Ю.С. Шемчушенко та ін. – К.: “Укреникл”, 1998. – Т.2: Д-Й. – 1999. – С. 120. (744 с.)

реалізації державної політики у відповідних сферах життя. В сучасній науковій літературі подані й дещо інші визначення державного управління, однак більшість із них базується на характеристиці тих чи інших його сторін, і через них розкриває зміст цього поняття. Так, один із провідних науковців Російської Федерації Ю. О. Тихомиров зазначає, що державне управління – це організований процес керівництва, регулювання й контролю державних органів за розвитком сфер економіки, культури та інших сфер державного життя.

Ключовою категорією, яка об'єднує всі елементи процесу управління (суб'єктів, об'єктів і зв'язки між ними) є система управління. Під нею ми розуміємо взаємозв'язок органів державної влади, які здійснюють державне управління за допомогою певних форм і методів правового впливу на відповідні об'єкти управління.

Система управління є похідною від форм державного устрою і політичного режиму. В умовах тоталітарного, автократичного режиму формується, як правило, жорстка, централізована, адміністративно-командна система управління, прикладом чого була система управління в колишньому СРСР. В умовах демократичної держави формується, як правило, децентралізована система управління, із широким використанням механізмів делегування повноважень вищих органів нижчим.

Під механізмом управління розуміють складову частину системи управління, що забезпечує вплив на чинники, від стану яких залежить результат діяльності управлінського об'єкта. До комплексного механізму державного управління належить система економічних, мотиваційних, організаційних, політичних та правових механізмів.²⁹³

Здійснення державного управління тісно пов'язане з застосуванням методів адміністративно-правового регулювання суспільних відносин. Проте в сучасних умовах формування ринкових відносин, демократизації суспільства роль і значення цих методів суттєво змінилася. З впровадженням нових демократичних принципів в сучасне суспільне життя, перебудовою та зміною соціальних цінностей та цілей, в процесі побудови соціальної, правової держави та громадянського суспільства, важливого значення набуває питання про зміну самої доктрини адміністративного права та державного управління. Адміністративне законодавство далеко не повно і доволі суперечливо регулює суспільні відносини, відстає від вимог сьогодення. Натомість норми цієї галузі права повинні встановити адміністративно-правові відносини нового типу, які були б спрямовані не на

²⁹³ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – О., 2004. – С. 7.

пріоритетне забезпечення державних інтересів, як це ще було нещодавно, а на забезпечення пріоритету прав і свобод людини і громадянина.²⁹⁴

Дотеперішня ідеологія та зміст адміністративно-правової науки на теоретико-методологічному рівні вимагають принципового перегляду та оновлення. Переважно через те, що ця наука за своїми ключовими, або інакше доктринальними, параметрами не відповідає належним чином новим політико-демократичним і соціально-економічним орієнтирам історичного розвитку нашої країни.²⁹⁵

Управління взагалі – це владна діяльність, але влада може проявлятися по різному: „жорстко”, в командному, безпосередньому розпорядженні, імперативних приписах, заборонах так і „м’яко”: в нормативному регулюванні, широкому використанні дозволів і рекомендацій, координації, спрямуванні діяльності і т.п.

Сьогодні в Україні в умовах формування економічних ринкових відносин відбувається перехід від „жорсткої” адміністративної до „м’якої” ліберальної форми управління.

Відмова від жорсткого, централізованого державного управління економікою, перехід до ринкових відносин в господарській та інших сферах життєдіяльності, закріплення різних форм власності обумовили і зміну методів здійснення діяльності органів державної влади. Відбулось обмеження сфери використання методів безпосереднього директивного управління його об’єктами (підприємствами установами, організаціями і т. д.). Поряд з цим дістали широке застосування методи реєстрації об’єктів управління, ліцензування, контролю і нагляду, кредитування, оподаткування та ін. Все це потребує від науки адміністративного права відмови від ряду вкорінених поглядів на роль традиційних методів державного управління.

Сутність „м’якого” регулювання суспільних відносин, яке характерне для більшості країн світу, полягає у тому, що держава шляхом застосування економічних і адміністративних важелів регулює поведінку товаровиробників та інших учасників суспільних відносин, визначаючи тим самим, перспективи розвитку національної економіки і соціальної сфери. Окрім того вона виконує спрямовуючу функцію щодо реалізації довгострокових програм розвитку, при цьому вона може впливати на об’єкти економіки і соціальної сфери шляхом впровадження прогресивної податкової та кредитно-фінансової політики, антимонопольного законодавства та ін.

В контексті нашого дослідження важливе місце займає визначення самого поняття державного регулювання і співвідношення його з державним управлінням. На сучасному етапі розвитку науки поняття “державне управління” і ”державне регулювання” дуже часто використовуються для визначення певного виду діяльності держави, проте в науковій літературі різниця між ними досліджена мало, що деколи призводить до неправильного

²⁹⁴ Пасенюк О. Реформування адміністративного права – важливий напрям правової політики // Право України. – 1998. – № 7. – С. 4 (С. 3-6)

²⁹⁵ Авер’янов В. Адміністративне право України: доктринальні аспекти реформування // Право України. – 1998. – № 8. – С. 9 (С. 8-13).

тлумачення цих термінів, а відтак – і ролі держави в сучасному суспільстві. Співвідношення між ними або не визначається, або розкривається окремими авторами залежно від їх позицій щодо уявлень про форми та методи діяльності держави. Визначення цих понять та співвідношення між ними дасть змогу краще зрозуміти суть державно-владної діяльності у певних сферах життя суспільства.

Загальноновизнано, що регулювання й управління як соціальні явища, маючи спільну сферу застосування, передбачають різний за характером вплив на об'єкти управління з метою досягнення певних результатів, тобто реалізації встановлених цілей та завдань управлінського впливу. При цьому регулювання охоплює порівняно з управлінням ширшу сферу організаційної діяльності. Управління означає цілеспрямований вплив саме на об'єкти управління, використання методів, що передбачають підпорядкування цих об'єктів управлінському впливу з боку суб'єкта управління. Регулювання ж пов'язане не стільки з впливом на об'єкти управління, скільки на оточуюче середовище. Воно передбачає високий ступінь альтернативності поведінки керованих об'єктів.²⁹⁶

В минулому визначали державне регулювання як функцію, складову частину державного управління. Однак сучасна суспільна практика, зокрема, згортання сфери державного управління, дозволяє дещо по-іншому подивитись на ці два явища і наводить на думку, що в сучасних умовах державне регулювання як метод владного керівництва суспільними справами є ширшим за своїм обсягом ніж державне управління.

В сучасній науковій літературі державне регулювання розуміється в двох аспектах. В більш широкому воно виражається у встановленні державою загальних правил поведінки учасників суспільних відносин та їх коректуванні, залежно від конкретних обставин. В такому смислі державне регулювання тотожне державному управлінню в загальному розумінні. Втім, в науці адміністративного права прийнято вважати державне регулювання як функцію державного управління. Відомі фахівці з адміністративного права професори Ю.М. Козлов і А.П. Альохін вважають, що державне регулювання в широкому розумінні – це встановлення державою загальних правил поведінки учасників суспільних відносин та їх корегування в залежності від зміни умов. У вузькому розумінні, державне регулювання – це одна з функцій державного управління. Сьогодні ця функція є пріоритетною не тільки в управлінні всім спектром суспільних відносин, зокрема, у сфері економіки, соціально-культурної діяльності та ін., тобто державне регулювання розуміється вказаними авторами не як антипод державного управління, а як його функція. Це питання є надзвичайно актуальне для розвитку держави в період її переходу від командно-адміністративної системи до демократії і ринкових відносин.

Радянські вчені-адміністративісти розглядали також регулювання як один з загальних методів діяльності органів управління. Відповідно до цього,

²⁹⁶ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 63.

регулювання розумілось як визначення загальної політики у відношенні певної галузі управління і її реалізацію в нормативних актах шляхом державного фінансування та іншими державними шляхами. В основі тут лежить правове регулювання. Разом з тим цей метод не можна ототожнювати з регулюванням як функцією управління, яка зводиться до підтримання стану впорядкованості в організації об'єкта і суб'єкта управління і у взаємовідносинах між ними.²⁹⁷

Певну схожість до попередньої має і позиція С. В. Ківалова. Він вважає, що під терміном регулювання в адміністративній науці розуміють регламентацію державою у законодавчих та інших нормативно-правових актах загальних вимог до державно-управлінської діяльності, яка здійснюється органами державного управління.²⁹⁸

Український науковець Ю. П. Битяк, досліджуючи це поняття, дійшов висновку, що застосування методу регулювання означає встановлення загальної політики та принципів щодо її реалізації через державне фінансування, пільги. Управління має за мету практичне втілення в життя загальної політики та принципів, здійснення контролю за підпорядкованими об'єктами, розроблення напрямів їх діяльності. Систематичний, безпосередній вплив суб'єктів на об'єкти становить собою метод управління.²⁹⁹

Сучасна юридична енциклопедія визначає державне регулювання як здійснення державою комплексних заходів (організаційних, правових, економічних тощо) у сфері соціальних, економічних, політичних, духовних та ін. суспільних процесів з метою їх упорядкування, встановлення загальних правил і норм суспільної поведінки, а також запобігання негативним явищам в суспільстві. Найвиразніше ця функція держави виявляється у регулюванні економіки в умовах ринкового господарювання шляхом забезпечення правової основи економічних рішень, захисту національних економічних інтересів, формування відповідної інфраструктури виробництва, створення умов для конкуренції між товаровиробниками, контрольно-базових параметрів грошового обігу. За своєю змістовою сутністю державне регулювання ширше ніж поняття державне управління, оскільки останнє для досягнення своїх цілей застосовує насамперед адміністративні методи.³⁰⁰

Державне регулювання має здійснюватись в інтересах усього суспільства як для стимулювання та активізації необхідних суспільству видів діяльності, так і для обмеження або заборони нелегітимних форм і видів регулювання. Його мета – впливати на розвиток суспільного виробництва

²⁹⁷ Советское административное право. Методы и формы государственного управления. – М.: «Юридическая литература», 1977.– С. 20 – 21.

²⁹⁸ Адміністративне право України. Підручник / За заг. ред. С.В. Ківалова. – Одеса: Юридична література, 2003.– С. 168.

²⁹⁹ Адміністративне право України / за ред. Ю.П. Битяка. – Харків: Право, 2001. – С. 149.

³⁰⁰ Юридична енциклопедія. В 6 томах. // Ред. кол.: Ю.С. Шемчушенко та ін. – К.: “Укреникл”, 1998. – Т.2: Д-Й.– 1999. – С. 118.

всіх форм власності і вирішення соціальних проблем, законодавчо гарантувати рівні умови господарської діяльності й стабільність правил економічної поведінки, сприяти запровадженню ефективних елементів ринкових відносин і мінімізувати їх негативні наслідки.

Зміст і механізм здійснення державного регулювання включає в себе:

- нормативне регулювання шляхом встановлення загальних правил поведінки учасників суспільних відносин;
- його оперативне коректування у відповідності із завданнями, які належить вирішувати тим чи іншим органам виконавчої влади по здійсненню управління;
- контроль за дотриманням чинного законодавства;
- державний захист прав та інтересів учасників суспільних відносин, поведінка яких врегульована відповідними правилами;
- координацію діяльності учасників цих відносин і загальне їх спрямування;
- офіційну (державну) реєстрацію учасників суспільних відносин;
- видача ліцензій на право здійснення того чи іншого виду діяльності та ін.

Правові методи регулювання здійснюються шляхом прийняття законів та інших законодавчих актів Верховною Радою України, підзаконних нормативно-правових актів Уряду, видання Указів Президента, а також вироблення механізму їх реалізації і контролю. Всі ці джерела визначають об'єкт регулювання, зміст регулювання, відповідальність фізичних та юридичних осіб за їх невиконання. Закони здійснюють функцію довгострокового правового регулювання, а інші акти, як правило, – короткострокового або оперативного.

Упорядники Юридичної енциклопедії слушно підмічають, що у сфері економіки державне регулювання передбачає встановлення загальних правил і порядку господарювання відповідальності за дотримання цих правил, виключає пряме втручання держави та її органів у діяльність економічних структур. В основу реалізації механізму державного регулювання становить законодавчо визначена податкова, бюджетна, кредитна, інвестиційна, валютно-фінансова, митна, науково-технічна політика. В процесі державного регулювання активно використовуються прогнозування, планування на макроекономічному рівні, облік, контроль, та інші функції управління.³⁰¹

Найгрунтовнішою позицією щодо змісту і співвідношення державного регулювання і управління, на нашу думку, є позиція В.Б. Авер'янова. Він зазначає, що вказані поняття частково збігаються. Державне регулювання й державне управління спрямовані на досягнення однієї мети управління: впорядкування соціальних об'єктів та соціальних процесів, переведення їх з одного стану в інший. Проте державне регулювання і державне управління мають суттєві відмінності, пов'язані з використанням специфічних засобів

³⁰¹ Юридична енциклопедія. В 6 томах. // Ред. кол.: Ю.С. Шемчушенко та ін. – К.: “Укреникл”, 1998. – Т.2: Д-Й.– 1999. – С. 118. (744 с.)

(методів) управлінського впливу. Державне регулювання створює умови для діяльності суб'єктів та об'єктів управління в напрямі, який є бажаним для держави і за яким відбуватиметься розвиток системи управління в цілому. Причому державне регулювання передбачає декілька варіантів майбутньої діяльності керованих об'єктів, створюючи можливість діяти найбільш ефективно. Саме тому державне регулювання інколи ототожнюють з використанням непрямих (економічних, заохочувальних, стимулюючих) методів управлінського впливу.³⁰²

Таким чином, серед чільних представників юридичної науки немає єдиного розуміння змісту державного регулювання. Як вже зазначалось вище, одні з науковців вважають, що державне регулювання є формою державного управління (Ю. М. Козлов), інші – що державне управління існує поряд з державним регулюванням як окремий вид державно-владної діяльності (В.Б. Авер'янов).

Немає єдності й у розумінні змісту цього явища й серед науковців інших, споріднених спеціальностей. Так, зокрема, доктор економічних наук, професор А. Ф. Мельник вважає, що адміністративні методи регулювання виражають по-суті пряме управління з боку держави і включають застосування системи державних замовлень і контрактів, державне підприємництво, застосування державних санкцій і штрафів, ліцензій, дозволів, квот, встановлення норм і стандартів, які регламентують вимоги до якості робіт, послуг, продукції до організації виробничих процесів, операцій на внутрішньому та зовнішньому ринку.³⁰³

Важливо з'ясувати ступінь застосування (використання) кожного з цих інструментів на різних рівнях управління. Очевидно, що методи державного регулювання і загального керівництва притаманні, головним чином, органам державної, зокрема, виконавчої влади, в першу чергу, Кабінету Міністрів України. Щодо методу безпосереднього управління, то він переважно використовується адміністрацією підприємств і об'єднань і лише частково міністерствами по відношенню до безпосередньо підвідомчих їм підприємств.³⁰⁴

Таким чином, проаналізувавши позиції авторів ми прийшли до висновку, що державне управління і державне регулювання – два окремі види державно-владної діяльності. Державне управління передбачає собою прямий управлінський вплив на суб'єкти управління з використанням адміністративно-владних повноважень та методів, що відзначаються директивними вказівками, що обов'язкові для виконання. Державне управління – пряме втручання в повсякденну діяльність об'єкта. Державне регулювання ж передбачає лише встановлення певних обмежень, рамок діяльності об'єктів, в яких вони можуть вільно функціонувати. Воно спрямоване не тільки об'єкт управління як такий, а й на середовище його

³⁰² Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 64 – 65.

³⁰³ Мельник А.Ф. Державне регулювання економіки: Навч. посібник. – К.: ІСДО, 1994. – С. 34 – 36. (272 с.)

³⁰⁴ Афанасьев В.Г. Научное управление обществом. – М.: Политиздат, 1973. – С. 229.

існування, тим самим вирізняючись від державного управління широтою владного впливу.

Варто відзначити, що ці два види діяльності мають право на самостійне існування і реально застосовуються у сучасному житті. Наприклад, не варто здійснювати державне регулювання у тих сферах суспільного життя, які повинні бути чітко організовані на засадах суворої субординації (наприклад, армія, правоохоронні органи і т.д.). Натомість, в економіці варто лише встановити організаційно-правові рамки (межі) для суб'єктів господарювання та слідкувати за дотриманням ними вимог законодавства.

Слід зазначити, що державне регулювання спрямоване на створення сприятливих економічних і організаційних умов діяльності в тому числі і закладів охорони здоров'я. Його висхідною позицією є визнання основних ланок системи – господарюючих суб'єктів, самостійними і рівноправними учасниками відносин. Таке регулювання не передбачає державного втручання в їх виробничу, професійну діяльність, у тому числі і в господарсько-фінансову діяльність, крім випадків, прямо передбачених законом.

Зважаючи на те, що охорона здоров'я є специфічною та особливою сферою суспільних відносин та відноситься до їх соціально-культурного блоку діяльності держави, виникає питання про комплексний вплив на цю сферу за допомогою як державного управління, так і державного регулювання (наприклад, доцільно здійснювати державне управління заходами боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, а державне регулювання щодо надання стоматологічних послуг приватними поліклініками).

Прикладом державного управління у цій сфері є нормативне визначення у відповідних положеннях компетенції Міністерства охорони здоров'я України,³⁰⁵ управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, встановлення постановою Кабінету Міністрів України гарантованого обсягу медичних послуг, що надаються населенню і т.д.³⁰⁶

Прикладом державного регулювання відносин у серії охорони здоров'я можуть бути постанови Уряду від 04.06.2003 р. № 874 „Про ствердження обсягів квот на 2003 р., у межах яких здійснюється виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення та вивезення наркотичних засобів і психотропних речовин”³⁰⁷, від 27.08.2003 р. № 1351 „Про затвердження тарифів (прейскурантів) на роботи і послуги, що виконуються і надаються за плату установами та закладами державної санітарно-епідеміологічної служби”³⁰⁸.

³⁰⁵ Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Указ Президента України від 24 липня 2000 р. № 918/2000 // Офіційний вісник України. – 2000 – № 30 – Ст. 1256.

³⁰⁶ Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 28. – Ст. 1324.

³⁰⁷ Офіційний вісник України. – 2003. – № 24. – Ст. 1131.

³⁰⁸ Офіційний вісник України. – 2003. – № 35. – Ст. 1893.

Охорона здоров'я є органічною частиною сфери обслуговування населення, тому більшість загальних принципів щодо державного регулювання цієї сфери властива і охороні здоров'я.

Особливістю розвитку сфери обслуговування у період формування ринкової економіки є збільшення питомої ваги послуг, які надають населенню за плату, а такою розвиток комерційного сектора. Комплексу сфери обслуговування України властиві такі характеристики як складна галузева і територіально-організаційна структура, домінування державної форми власності, вищий ніж у країнах з ринковою економікою рівень концентрації і монополізації виробництва, передача більшості підприємств сфери обслуговування у комунальну власність. Сфера обслуговування має ряд особливостей, які не дозволяють принципу ринкового саморегулювання реалізуватися так само ефективно, як у сфері виробництва товарів. По-перше, в її складі є ринки, попит на яких настільки великий і ціна рівноваги визначена так високо, що стає недоступною для більшості членів суспільства. В таких випадках держава змушена регулювати ринок. Це можливе шляхом встановлення максимальної ціни, або ж збільшення дотацій держави на підтримку тієї чи іншої сфери. По-друге, ціновий механізм регулювання для деяких видів послуг не спрацьовує. В такому разі виробництво і споживання дає доходи на макроекономічному рівні, які не відображені у ринковій ціні. У цих випадках держава втручається з метою зниження цін і зменшення витрат.

Для сфери послуг можна виділити 4 рівні регулювання: міждержавний, державний, регіональний, місцевий, які залежать від виду послуг, належності підприємств до комунальної або загальнодержавної власності, а такою від способів регулювання, а саме, правове, індикативне планування, бюджетно-фінансове, грошово-кредитне, цільове регулювання.

Центральні економічні органи виконують такі регулятивні функції:

- Визначають головні цілі і пропорції розвитку сфери послуг, його концепції;
- Прогнозують головні показники на довготерміновий період за обсягом і ресурсами, визначають головні параметри розвитку послуг на коротко- і середньо термінові періоди;
- Розробляють нормативи споживання послуг, соціально-економічні нормативи розвитку інфраструктури;
- Складають програми розвитку окремих галузей, сфер, послуг;
- Забезпечують бюджетне фінансування комерційного сектора послуг, що є загальнодержавною власністю.

Планування розвитку мережі установ охорони здоров'я орієнтується на диференційовані по регіонам нормативи потреб населення в лікарняній, амбулаторно-поліклінічній і санаторно-курортній допомозі. В основу розроблення плану будівництва і реконструкції медичних установ покладений глибокий аналіз ситуації, яка властива системі охорони здоров'я

України вцілому і в окремих її регіонах. Аналізуючи досягнутий рівень крім показників стану здоров'я населення з'ясовують ступінь забезпеченості населення лікарняними ліжками і амбулаторно-поліклінічною допомогою, стан лікувально-профілактичної допомоги по контингентах населення, стан матеріально-технічної бази та рівень її оснащення приладами та обладнанням, забезпечення матеріалами, медикаментами, а також кадрами.

Основою для обґрунтування завдань по розвитку мережі є дані аналізів стану здоров'я населення, що відображається показниками: середня тривалість життя людини, смертність дорослого населення, материнська та дитяча смертність, захворюваність працюючого населення, пов'язана з тимчасовою втратою працездатності. Такий аналіз дає змогу визначити причини, тенденції і оцінити потребу населення у медичній допомозі.

Основною умовою розвитку охорони здоров'я у період формування ринку є перехід на нову систему економічних відносин, які дозволяють фінансовий стан закладів охорони здоров'я поставити у залежність від стану здоров'я населення, а також оплати підприємствами і організаціями медичних послуг їх працівникам і населенню, яким завдано шкоди від економічно непередбаченої діяльності. Основними формами державного регулювання сфери охорони здоров'я за таких умов стають планування та фінансово-бюджетне регулювання.³⁰⁹

Платні послуги охорони здоров'я визначають як суму оплати населення різних видів медичної допомоги, яку надають госпрозрахункові та бюджетні заклади охорони здоров'я на підставі середньої вартості послуг та їхнього обсягу, передбаченого показниками, прийнятими для цього виду закладів. Особливістю сучасного механізму державного регулювання сфери послуг є поєднання індикативного планування платних послуг населенню і бюджетного планування галузей послуг, орієнтованих переважно на некомерційні критерії. На підставі прогнозів та індикативних планів виробляють регулятори діяльності товаровиробників послуг. У перехідному до ринку періоді ними можуть бути: державне замовлення, ціни і тарифи, податки і податкові пільги, фінансові допомоги.³¹⁰

Ще однією категорією, яка почала активно застосовуватись при аналізі діяльності органів державної влади в процесі керівництва суспільними (публічними) справами є категорія „державної політики”. Очевидно, що дане поняття саме по собі не є новим. В науковій літературі існує безліч публікацій про взаємовідношення між державною політикою і управлінням. Однак, в останні роки цей термін міцно увійшов у наукову проблематику сфери діяльності органів державної влади і державного управління. В наукових працях юристів-конституціоналістів і адміністративістів зроблені перші спроби визначити співвідношення і взаємодію категорій „державна політика” і

³⁰⁹ Мельник А.Ф. Державне регулювання економіки: Навч. посібник. – К.: ІСДО, 1994. – С. 250 – 252.

³¹⁰ Державне регулювання економіки / За ред. І.Р. Михасюка. – К.: Атака, Ельга-Н, 2000. – С. 464 – 466

„державне управління”. Так, наприклад, О. Скрипнюк вказує, що аналіз поняття „державна політика” виявляє його тісний діалектичний зв'язок з поняттям „державне управління”.³¹¹ В. Ребкало та В. Тертичка визначають специфіку цього зв'язку таким чином: «Державна політика необхідна не тільки як форма державного управління, а як його найбільш міцний організаційний потенціал. І навпаки, державне управління виступає як своєрідна форма державної політики і як засіб її практичного втілення в життя».³¹² До речі, в англо-американській політико-правовій науковій літературі поняття „державна (публічна) політика” („public policy”) у переважній більшості випадків застосовується як складова частина поняття „державне управління” („public management” або „public administration”).³¹³

Так, прикладом нормативно-правового закріплення державної політики у сфері охорони здоров'я можуть служити відповідні укази Президента України від 7.02.2003 р. № 91/2003 „Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також підвищення ефективності державного управління у цій сфері”³¹⁴ чи від 17.12.2003 р. № 1455/2003 „Про невідкладні заходи щодо забезпечення права громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу”,³¹⁵ а прикладом здійснення подібних заходів з боку Кабінету Міністрів України – постанова Уряду від 4.06.2003 р. № 877 „Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки”³¹⁶

5.2. Особливості управління у сфері охорони здоров'я

Говорячи про управління у сфері охорони здоров'я Всесвітня організація охорони здоров'я розуміє під цим терміном комплекс заходів щодо планування, організації, проведенню й оцінці всіх численних і взаємозалежних заходів системи. Ці міри необхідні для втілення політики в стратегію, а стратегій у план дій, у якому вказуються конкретні заходи для ефективного і діючого здійснення програм охорони здоров'я в рамках інфраструктури системи охорони здоров'я.³¹⁷

³¹¹ Скрипнюк О. Сучасна державна політика України: основні концептуальні підходи до визначення змісту поняття // Вісник академії правових наук України. – 2004. – № 4 (39). – С. 11.

³¹² Державна політика: аналіз та механізми її впровадження в Україні / За ред. В. А. Ребкала, В. В. Тертички. - К., 2000. - С. 30.

³¹³ Скрипнюк О. Сучасна державна політика України: основні концептуальні підходи до визначення змісту поняття // Вісник академії правових наук України. – 2004. – № 4 (39). – С. 11.

³¹⁴ Офіційний вісник України. – 2003. – № 7. – Ст. 277

³¹⁵ Урядовий кур'єр. – 2003. – 19 грудня.

³¹⁶ Офіційний вісник України. – 2003. – № 24. – Ст. 1133.

³¹⁷ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 24.

Система державного управління, що діє в галузі охорони здоров'я має характерні риси загальної (універсальної) системи державного управління і специфічні риси системи управління об'єктами соціально-культурної (гуманітарної) сфери.

Разом з цим, як і будь-яка галузь та комплекс управління, державне управління в галузі охорони здоров'я має характерні особливості, зокрема:

- i. велику соціально-економічну значущість охорони здоров'я як провідної, базової галузі соціально-культурної сфери життя суспільства й держави, основи державної соціальної політики;
- ii. значні труднощі у передбаченні наслідків прийняття тих чи інших управлінських рішень, які можуть проявлятися не відразу і часто не піддаються кваліфікованим оцінкам;
- iii. велику кількість та різний характер діяльності об'єктів управління: різні за потужністю лікарні (від найменших сільських до колишніх республіканських лікарень підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України), поліклініки, диспансери, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії, науково-дослідні інститути, вищі навчальні медичні заклади II, III і IV рівнів акредитації – медичні коледжі, академії та університети;
 - наявність закладів охорони здоров'я різних форм власності – державної, комунальної, приватної, колективної;
 - неоднорідність об'єктів управління з точки зору їхнього обсягу, потужності, насиченості медичною апаратурою, за кількістю персоналу, в тому числі висококваліфікованих фахівців, за різними формами власності, й, нарешті, за різним службовим підпорядкуванням (окремі заклади охорони здоров'я підпорядковані Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, міністерствам оборони, внутрішніх справ, транспорту, Службі безпеки України та ін.);
- iv. специфічний характер управлінських відносин внаслідок міжгалузевого управління шляхом прийняття відомчих нормативно-правових актів (наказів, інструкцій, оголошень, списків та ін.), які поширюють свою дію на діяльність різноманітних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, медичних і фармацевтичних працівників незалежно від місця їхньої праці, форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я, проведення їх роздержавлення й розподіл за різними формами власності (державна, комунальна, колективна, приватна), набуття ними статусу юридичної особи, застосування новітніх економічних форм і методів господарювання, праці й службового статусу працівників апарату;
- v. фахові та кваліфікаційні особливості управлінського персоналу галузевих органів виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі та їхні заступники центральних районних лікарень) і місцевого самоврядування (управлінь і відділів охорони здоров'я виконкомів міських, сільських і селищних лікарень), більшість з яких за освітою лікарі й

фармацевти, поєднують свою адміністративну роботу з практичною роботою за фахом на умовах сумісництва;

ві. значні труднощі, а часом і неможливість виправлення хибних рішень.

Усі вони сукупно впливають на формування спеціальних (галузевих) органів виконавчої влади і здійснення ними в цій галузі державного управління.

Управління у сфері охорони здоров'я має певні особливості, що відрізняють її від управління в інших сферах суспільного життя, а саме:

- результат надання медичної допомоги важко піддається визначенню і вимірові;
- надання медичної допомоги постійно змінюється і є складним процесом, що часто вимагає невідкладних рішень;
- при наданні медичної допомоги можуть бути допущені важко обумовлені несистемні помилки;
- медична допомога надається значною кількістю вузькоспеціалізованих спеціалістів і вимагає екстраординарної координації;
- у більшості систем організації медичної допомоги одночасно співіснують дві авторитарні лінії (управлінська і клінічна);
- лікарі часто є професіоналами як у медичній діяльності, так і в управлінні;
- в адміністрації медичних закладів існує мінімальний управлінський контроль над працюючими (тобто лікарями) при більшому ступені відповідальності за результати виконуваної роботи і витратами.³¹⁸

Однією з центральних особливостей здійснення управління у сфері охорони здоров'я є природа його об'єктів – закладів охорони здоров'я. Ці заклади часто називають унікальними або, принаймні, відмінними від інших типів організацій, особливо вони відрізняються від виробничих та інших комерційних підприємств та організацій. На думку відомих канадських та американських дослідників – авторів класичного підручника „Менеджмент в охороні здоров'я : структура та поведінка організацій охорони здоров'я”, між ними існують наступні відмінності:

- більш складне визначення та вимірювання результатів;
- виконувана робота дуже різноманітна та складна;
- більшість роботи, за своєю природою, є терміною та невідкладною;
- робота не допускає терпимості до невизначеності та помилок;
- виробнича діяльність надзвичайно взаємозв'язана з іншими видами роботи, вимагає високого ступеня координації дій різних професійних груп;

³¹⁸ Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – С. 14–15.

– робота потребує надзвичайно високого ступеня спеціалізації.³¹⁹

Незважаючи на очевидну соціальну значущість проблем охорони здоров'я та організації управління цією галуззю, вони мало досліджені науково, особливо їх державно-владний, юридичний аспекти. За радянський період цим проблемам було присвячено лише три монографічні дослідження: І. Я. Бичкова (1951 р.), В. І. Шабайлова (1968 р.) і М. К. Козлова (1973 р.). За останній час на книжкових полицях з'явилося кілька наукових праць, у тому числі перекладних, присвячених дослідженню проблем охорони здоров'я, її організації та управління. Це свідчить про зростаючий суспільний і професійний інтерес до згаданих питань вітчизняних та зарубіжних науковців, організаторів охорони здоров'я, економістів, менеджерів, юристів. Системі державного управління України значною мірою властиві загальні, універсальні, загальноживані й поширені в світі засади, закономірності та риси. Зазначимо, що саме за роки незалежності система державного управління в Україні почала відходити від адміністративно-командної моделі й дедалі більше набувати рис універсальності, демократичності, відкритості й правового характеру. Саме в цей період у діяльності органів державної влади України був значно послаблений режим таємності, з'явилися спеціалізовані підрозділи з контактів із засобами масової інформації, зарубіжними та міжнародними організаціями, виникли представництва цих організацій в Україні. Засоби масової інформації почали оприлюднювати не тенденційну й дозовану, як це було раніше, а повнішу та об'єктивнішу інформацію про діяльність органів державної влади. Та й сама влада стала відкритішою як для власних громадян, так і для міжнародної співпраці.

Це повною мірою стосується управління в галузі охорони здоров'я, яке за роки незалежності стало демократичнішим і відкритішим. Дедалі помітнішу роль в управлінні охороною здоров'я відіграють самоврядні громадські організації і товариства медиків та фармацевтів: Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ), галузеві асоціації – хірургів, педіатрів, стоматологів, судових медиків та ін. Поглибилася міжнародна співпраця із зарубіжними країнами та громадськими медичними організаціями за кордоном, розпочалася співпраця зі Світовою федерацією українських лікарських товариств (СФУЛТ), преса почала публікувати дані, що характеризують діяльність національної системи охорони здоров'я і стосуються таких раніше таємних показників, як народжуваність, смертність та її причини, захворюваність та її види, інвалідність тощо.

Спрощенню й демократизації управління сприяли його роздержавлення і набуття об'єктами статусу відповідної (області, міста, села, селища) комунальної власності, виникнення закладів охорони здоров'я колективної та приватної форм власності, запровадження засад конкуренції і боротьби за пацієнта щодо надання медичної допомоги. У Міністерстві охорони здоров'я України та органах місцевого самоврядування утворені управління (відділи)

³¹⁹ Менеджмент в охороні здоров'я : структура та поведінка організацій охорони здоров'я / Уклад. С.М. Шортел, А.Д. Калюжний, Пер. з англ.. Л. Тарануха. – К.: Основи, 1998. – С. 28.

міжнародних відносин. Усе це свідчить, що система державного управління охороною здоров'я в Україні набула універсальних і загальноприйнятих у світі рис та засад.

Отже, коли ми говоримо про державне управління охороною здоров'я, то розуміємо діяльність органів держави щодо організації й управління усіма складовими системи охорони здоров'я для задоволення потреб громадян України щодо збереження та зміцнення здоров'я.

З точки зору системного підходу об'єктом державного управління охороною здоров'я є вся державна система охорони здоров'я України, а його суб'єктом – система органів виконавчої влади, між якими розподілені певні завдання й функції.

Система охорони здоров'я України побудована на основі бюджетної державно-комунальної моделі з вкрапленням окремих елементів приватної медичної практики й діяльності закладів охорони здоров'я приватної і колективної форм власності. На даний час вона являє собою функціонально поєднану державну та комунальну системи охорони здоров'я, які, умовно кажучи, доповнюють і „накладаються” одна на одну з включенням у їхню діяльність окремих медичних закладів приватної і колективної форм власності та індивідуальною діяльністю окремих медиків і фармацевтів.

Автори книжки „Управління охороною здоров'я”³²⁰ вважають, що в системі управління медичною допомогою можна виділити три рівні: базовий (місто, село), регіональний (область), центральний (державний, від імені якого діє Міністерство охорони здоров'я України та деякі інші центральні органи виконавчої влади).

Відповідно до цього, ними наводиться наступний розподіл функцій по рівнях державного управління медичною допомогою в Україні. Так, **функціями центрального органу управління** медичною допомогою є:

- розробка та реалізація стратегії і тактики розвитку охорони здоров'я в державі;
- підготовка проектів законів про медичну допомогу, що виносяться на розгляд Верховної Ради;
- розробка та реалізація цільових комплексних програм, що мають загальнодержавне значення;
- управління медичною наукою;
- підготовка медичних кадрів;
- розробка та реалізація методології і методики ціноутворення в системі медичної допомоги;
- розробка та реалізація методології і методики інформаційного забезпечення управління медичною допомогою;
- забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя держави.

³²⁰ Приходський О., Морарь Л., Голяченко А. управління охороною здоров'я. – Тернопіль: Лілея, 2001. – С. 53 – 54.

Функціями регіонального органу управління медичною допомогою є:

- розробка та реалізація в регіоні заходів щодо здійсненню державної стратегії і тактики розвитку медичної допомоги;
- розробка проектів нормативних документів, що подаються на затвердження до органів місцевого самоврядування;
- оптимізація мережі медичних закладів та їхнього економічного доцільного розподілу згідно з рівнями обслуговування;
- розробка та реалізація цільових комплексних програм, що мають регіональне значення;
- пошук резервів оптимізації ціноутворення медичних послуг;
- забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя регіону.

Функціями базового органу управління медичною допомогою є:

- максимальне задоволення потреб людей у лікувально-профілактичній допомозі;
- забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги згідно з заданою якістю та ефективністю (вартістю);
- забезпечення балансу попиту та пропозиції на медичну допомогу;
- пошуки та забезпечення раціонального, економічно доцільного співвідношення факторів медичної допомоги на рідні медичних закладів;
- забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя на рівні району (міста);
- контроль за дотриманням медичного законодавства з боку приватної та громадської медичної мережі.³²¹

На загал, видається що вказаний розподіл функцій, а точніше, завдань і повноважень органів управління охороною здоров'я в певній частині співпадає із завданнями і повноваженнями вказаних органів, нормативно визначених і закріплених у відповідних нормативно-правових актах.³²² Адаже ж практично ці завдання і функції, а навіть й дещо більше, закріплені за Міністерством охорони здоров'я України в положенні про нього чи за управлінням охорони здоров'я обласної державної адміністрації, яке також діє на основі відповідного положення. Вказаним авторам слід зробити слід зробити ще одне суттєве зауваження: об'єднання в одному органі завдань по формуванню державної політики і стратегії розвитку галузі та їх реалізацією на практиці призводить до формування замкнутої бюрократичної системи, яка замість виконання поставлених перед нею завдань і функцій, внаслідок відсутності за нею зовнішнього контролю, починає працювати сама на себе, що фактично призводить до „обслуговування самої себе”. Яскравим прикладом такого хибного підходу до управління охороною здоров'я була система управління радянського періоду, яка базувалась на численних

³²¹ Приходський О., Морарь Л., Голяченко А. Управління охороною здоров'я. – Тернопіль: Лілея, 2001. – С. – 54.

³²² Див. напр., Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затв. указом Президента України від 24 липня 2000 року № 918/2000 // Офіційний вісник України. - 2000. - №17. - Ст. 740.

кількісних показниках, а інтереси охорони і захисту здоров'я людини відходили на задній план.

Слід погодитись, що здійснення вказаних функцій управління медичною допомогою потребує кардинальних змін у структурі органів управління, передусім на державному та регіональному рівнях. Саме тут потрібні фахівці із соціальної медицини, медичної статистики, економісти в галузі охорони здоров'я, менеджери, юристи, фахівці із інформаційного забезпечення.³²³

Управління, в тому числі державне, – явище універсальне, яке тією чи іншою мірою властиве кожній державі, як і будь-якій іншій керованій системі.

Державне управління, яке здійснюють органи виконавчої влади, має кілька взаємопереплетених площин, зокрема його галузева й територіальна організація. Територіальне управління здійснюють органи виконавчої влади відповідно до адміністративно-територіального устрою держави. Згідно зі ст. 132 Конституції України, територіальний устрій України ґрунтується на засадах єдності та цілісності державної території, поєднання централізації і децентралізації у здійсненні державної влади, збалансованості соціально-економічного розвитку регіонів, з урахуванням їх історичних, економічних, географічних та демографічних особливостей, етнічних і культурних традицій. Систему адміністративно-територіального устрою України становлять Автономна Республіка Крим, області, райони, міста, райони в містах, селища і села. Таким чином, адміністративний зв'язок поширюється від Кабінету Міністрів України через підпорядковані йому нижчі державні адміністрації аж до найнижчої ланки, об'єднуючи їх в єдину управлінську систему.

Галузеве управління здійснюється на основі доволі умовного поділу суспільних відносин в економічній, соціально-культурній і адміністративно-політичній сферах на окремі сфери (галузі). За основу цього поділу беруть, як правило, галузеву структуру економіки і соціальної сфери країни і Державного бюджету, де виділено окремі галузі й управлінські комплекси, а також Генеральні схеми управління ними, які розробляє і затверджує Кабінет Міністрів України. Зрозуміло, що в інших державах галузева структура (як і територіальна, до речі) дещо інша. Окремі спроби відмовитися від галузевого принципу державного управління і перейти до функціонального, поки що залишаються неблизькою перспективою і потребують попереднього проведення в Україні повномасштабних економічних реформ, які б включали й зміну соціально-економічної моделі розвитку, політичну, адміністративну, комунальну, регіональну, судово-правову реформи, реформу

³²³ Приходський О., Морарь Л., Голяченко А. управління охороною здоров'я. – Тернопіль: Лілея, 2001. – С. – 54.

адміністративно-територіального устрою та інші організаційно-правові заходи.

Отож, на часі проведення в Україні великомасштабної адміністративної реформи, яка б на основі прийнятої концепції дала змогу, відповідно до конституційних засад, деталізувати, а подекуди й змінити систему органів виконавчої влади, спростити й здешевити їхній апарат, відмовитися від невластивих державі функцій, підвищити професіоналізм державних службовців, поліпшити їхнє матеріально-технічне забезпечення, сформувати систему законодавства, яка б гарантувала ефективне здійснення адміністративним апаратом управлінських функцій, його перехід від командно-вольових до переважно правових методів і форм діяльності, нарешті, забезпечила би правові гарантії прав і свобод громадян від свавілля чиновників, включаючи право на відшкодування збитків, завданих неналежним адмініструванням.

У науці адміністративного права прийнято виділяти три сфери суспільних відносин: економічну, соціально-культурну та адміністративно-політичну. До соціально-культурної (інколи її називають гуманітарною) сфери належать: освіта, наука, охорона здоров'я, соціальний захист і забезпечення, культура і мистецтво, фізична культура, спорт і туризм. Таким чином, охорона здоров'я входить до соціально-культурної, гуманітарної сфери, займає в ній одне з провідних місць і є основою соціальної політики держави.

Враховуючи велике соціальне і політичне значення охорони здоров'я, деякі автори стверджують, що вона є внутрішньою функцією держави. Від того, на якому якісному рівні вона буде організована, скільки коштів (% від ВВП або сума у Державному бюджеті) передбачено на її функціонування та розвиток, значною мірою залежать рівень соціально-економічного розвитку держави, її місце та імідж у світі. Так, відповідно до ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, фінансування охорони здоров'я в країні повинно було складати не менше 10 % національного доходу. Однак, це швидше мрії ніж реальна дійсність, так як за всі роки незалежності фінансування охорони здоров'я в Україні перебувало в межах 2,8 – 4,5 % ВВП.

Державне управління системою охорони здоров'я здійснюють відповідно до вимог Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, інших законів України та численних підзаконних нормативно-правових актів, до яких передусім належать положення про відповідні органи виконавчої влади й місцевого самоврядування, медичні заклади та посадових осіб у сфері охорони здоров'я, затверджені указами Президента України, постановами Уряду і наказами Міністерства охорони здоров'я України.

Сьогодні в Україні функціонує трьохланкова система управління охороною здоров'я – державного, регіонального і місцевого рівня. Суб'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я є найвищі державні органи – Верховна Рада, Президент і Кабінет Міністрів

України, а також центральні органи виконавчої влади, серед яких спеціально уповноваженим органом для здійснення державного управління у цій сфері є Міністерство охорони здоров'я України

В областях органами управління об'єктами даної сфери є управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, діяльність яких регламентує типове положення, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1845.³²⁴ В Автономній Республіці Крим аналогічну роль відіграє Міністерство охорони здоров'я автономії. Управління охорони здоров'я є структурними підрозділами відповідних державних адміністрацій, які утворюють її голова та підзвітні й підконтрольні йому.

Особливість системи державного управління у тому, що на його найнижчому рівні – районному – немає окремого органу виконавчої влади, а його завдання і повноваження щодо здійснення управління у сфері охорони здоров'я покладені на головного лікаря центральної районної лікарні.

Одним із основних аспектів реформування галузі є перебудова управління системою охорони здоров'я, яка забезпечуватиме реалізацію державної політики, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення в нових економічних умовах.

³²⁴ Офіційний вісник України. – 2001. – № 51. – Ст. 2207.

12.05.2005

Розділ III. Формування державної політики охорони здоров'я в період переходу до ринкових відносин

Глава 1. Методологічні засади політики охорони здоров'я

Політика, особливо, державна політика – явище із давньою історією і, водночас, надзвичайно сучасне. Перші спогади про політику і політичну діяльність сягають ще праць древніх вчених і філософів Платона та Аристотеля. Ще Аристотель у своєму трактаті "Політика" писав, що благо усюди і завжди залежить від дотримання двох умов: 1) правильного визначення кінцевої мети будь-якого роду діяльності; 2) пошуку відповідних заходів, що ведуть до кінцевої мети³²⁵.

Різними аспектами вивчення політики займалися мислителі епохи Відродження та Нового часу (Н. Макіавеллі, Т. Гоббс, Дж. Локк, Ш.-Л. Монтеск'є). Серед вітчизняних праць з теоретичних питань формування державної політики треба зазначити публікації Ю.В. Бадзьо, І.Г. Біласа, В.Д. Бондаренка, О.Л. Валевського, Б.А. Гаєвського, А.С. Гальчинського, В.С. Журавського, Р.М. Зварича, В.Г. Кременя, І.Ф. Кураса, О.О. Кучеренка, В.І. Лугового, М.І. Михальченка, І.В. Розпутенка, Ф.М. Рудича, Л.Є. Шкляра та інших.

Проблеми теорії і практики державного управління та його зв'язку з державною політикою аналізуються в роботах таких українських і російських дослідників, як Г.В. Атаманчук, В.Д. Бабкін, В.Д. Бакуменко, В.М. Бебик, А.О. Білоус, М.Ф. Головатий, А.А. Дегтярьов, В.М. Князев, П.І. Надолішній, Н.Р. Нижник, В.А. Ребкало, В.А. Скуратівський, В.В. Тертичка, В.В. Цветков, Л.П. Юзьков та інші.

Серед сучасних зарубіжних вчених проблематикою державної політики займалися Дж. Андерсон, М.Браун, Девід Л.Веймер, Ейден Р.Вайнінг, Л.Пал, Д.Парсонс, які дали своє розуміння і визначення терміну „державна політика”, визначити деякі його фундаментальні характеристики, виявили змістовні й функціональні особливості державної політики та з'ясували просторово-часовий й контекст її організаційно-управлінського впливу.

Із праць вітчизняних вчених, присвячених політико-управлінським засадам формування державної політики, необхідно виділити роботи В.В. Цветкова, в яких здійснено спробу розглянути проблеми підвищення ефективності

³²⁵ Цит. по: Цветков В.В., Горбатенко В.П. Демократія – Управління – Бюрократія: в контексті модернізації українського суспільства: Монографія. К.: Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2001. – С. 133.

державного управління не лише як організаційно-правову, а з урахуванням сучасного соціального середовища функціонування суб'єкта та об'єкта державного управління та відносин між ними.³²⁶

Політика являє собою ідеологічну, програмну, організаційну та регулятивно-контрольну сфери суспільної діяльності органів державної влади і місцевого самоврядування, що охоплюють практично весь спектр існуючих суспільних відносин. Цей термін (від грецького „politike” – мистецтво управляти державою³²⁷) охоплює суспільну діяльність, що пов'язана передусім з участю в отриманні, утримуванні та реалізації влади в державі. Як сфера суспільного життя політика включає в себе також політичні ідеї і відповідні їм установи.³²⁸ Державна політика визначає, перш за все, зміст діяльності органів влади, способи її організації і реалізації. Саме політика передбачає урахування та пов'язування інтересів держави з інтересами інших суб'єктів права, соціальних груп та індивідів, а головне — визначення конкретного змісту та форм діяльності держави в тій чи іншій сфері.

Як стверджує сучасна юридична енциклопедія, політика – система цілей та засобів їх досягнення тієї чи іншої держави у сфері внутрішнього і зовнішнього життя.³²⁹ Зовнішнім проявом політичних ідей є відповідні програми, концепції, доктрини, які в умовах правової держави здобувають формалізацію у відповідних актах законодавства і таким чином набувають загальнообов'язкового характеру, рис саме державної політики. Між політикою і правом існує нерозривний змістовний і логічний зв'язок, однак, потрібно пам'ятати, що це все-ж різні категорії. Тому слід погодитися з думкою українського науковця Б. А. Кормича, що політика є надправовою категорією і регулюється правовими нормами лише у своєму зовнішньому, формалізованому виразі.³³⁰ Конкретний зміст політики, особливо державної, являє собою волю держави, спрямовану на досягнення конкретної мети. Вона закріплюється у правових нормах, здійснюється за їхньою допомогою у процесі діяльності державних органів та інститутів.

Характерно, що вітчизняні вчені-неправознавці визначають державну політику як політичну діяльність держави та її органів, без якої неможливі задоволення різноманітних інтересів диференційованого суспільства, їх узгодження з метою встановлення і збереження політичного та громадського порядку, досягнення згоди і політичної інтегрованості суспільства³³¹.

³²⁶ Цветков В.В. Державне управління: основні фактори ефективності (політико-правовий аспект). Харків, “Право”, 1996. – 282 с.; Цветков В.В., Горбатенко В.П. Демократія – Управління – Бюрократія: в контексті модернізації українського суспільства: Монографія. К.: Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2001. – 248 с.; Цветков В.В., Кресіна І.О., Коваленко А.А. Суспільна трансформація і державне управління в Україні: політико-правові детермінанти: Монографія. – К.: Концерн “Видавничий Дім ”Ін Юре”, 2003. – 496 с.

³²⁷ Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і головн. ред. В. Т. Бусел. – К.: Ірпінськ: ВТФ “Перун”, 2001. – С. 849.

³²⁸ Философский словарь. Под ред. И.Т. Фролова / Издание пятое. М.: Политиздат, 1986. – С. 370.

³²⁹ Юридична енциклопедія. / Під ред. Шемчуненко Ю. С. – Т. 4. – К., 2002. – С. 629.

³³⁰ Кормич Б. А. Організаційно-правові засади політики інформаційної безпеки України: Монографія – Одеса: Юридична література, 2003. – С. 148.

³³¹ Ребкало В., Шахов В. Концептуальні засади державної стратегії // Україна: поступ у XXI століття. - К., 2000. - С. 6.

Поширена у західному світі англomовна енциклопедія „Британніка” стверджує, що політика не є завершеною, без врахування права і конституції³³². На загал, такі нечіткі і доволі-таки невизначені і „обтічні” визначення характерні для наукових понять й інших західних авторів. Так, наприклад, англійський дослідник Вільям Дженкінс вважає, що державна політика – це прийняття взаємопов’язаних рішень, що стосуються вибору цілей і засобів їх досягнення. Канадський вчений Джордж Андерсон визначає державну політику як цілеспрямований курс дій уряду для розв’язання певної проблеми чи сукупності взаємопов’язаних проблем.³³³

Політика – надзвичайно багатогранна, мінлива і ємка категорія і цілком очевидно, що не існує її єдиного розуміння і поняття. Залежно від сфери застосування можна говорити і про державну політику, й про політику в якійсь окремій сфері чи галузі відносин, і про політику окремого підприємства, компанії чи фірми або їх групи і т. д. Врешті-решт, можна говорити і про сімейну політику, про політику якоїсь окремої особи, наприклад, державного діяча та ін. Як ілюстрацію багатозначності тлумачення політики Оксфордський тлумачний словник пропонує таке її визначення:

- це політична проникливість, кмітливість;
 - це уміння керувати державою;
 - це обережна поведінка;
 - це мистецтво;
- це курс дій, затверджений урядом чи політичною партією.³³⁴

Відомий український дослідник державної політики В. Тертичка у своїй монографії присвяченій цьому питанню, наводить таке визначення державної політики: „це відносно стабільна, організована й цілеспрямована діяльність/бездіяльність державних інституцій, здійснювана ними безпосередньо чи опосередковано щодо певної проблеми або сукупності проблем, яка впливає на життя суспільства”.³³⁵

Державна політика як важливий компонент життєдіяльності суспільства, маючи велику кількість вимірів і характеристик, формує відповідну систему та механізми соціально орієнтованого державного управління. У цьому зв’язку актуалізується необхідність удосконалення процесу формування та здійснення завдань державної політики й посилення її регулятивного впливу на розвиток українського суспільства. Такі завдання вимагають подальшої наукової розробки концептуальних засад державної політики, поглибленого теоретико-методологічного аналізу процесу її становлення та реалізації.³³⁶

³³² The new encyclopedia Britannica. – Chicago, 1993. – P. 564.

³³³ Цит. по Браун М. Пол. Посібник з аналізу державної політики / Пер. з англ. – К.: Основи, 2000. – С. 14.

³³⁴ Цит. по: Валерій Тертичка. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. – К.: Видавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С. .

³³⁵ Валерій Тертичка. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. – К.: Видавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С. 82 – 84.

³³⁶ Кучеренко О.О. Державна політика: теоретико-методологічні засади дослідження процесу формування та здійснення: Автореф. дис.... канд. наук з держ. упр. – К., 2000. – С. 1.

Як відносно самостійні структури елементів державної політики прийнято виділяти: соціальні суб'єкти (лідери держави, лідери політичних партій та ін.), що розробляють стратегічний курс та інституційну ієрархію державної політики; вищі органи державної влади, що визначають напрями розвитку державної політики й механізми реалізації її цілей і завдань; законодавство та інший нормативний матеріал (програми політичних партій), в нормах яких закріплюються правові норми, відповідні програми; владні відносини, умови конституювання і консолідації політичних інститутів процесів у єдину систему.³³⁷

Державна політика як суспільне явище характеризується низкою характерних рис. Так, зокрема:

- державна політика — це не випадкова, безсистемна поведінка учасників процесу політики, а цілеспрямована дія/бездіяльність, що розробляється для досягнення поставленої мети (хоча вона не завжди досягається);

- політика охоплює не окремі абстрактні рішення, а цілеспрямовані напрями чи моделі дії / бездіяльності державних інституцій і містить в собі як розробку політики, так і її впровадження;

- не всяка політика впроваджується в життя через владні структури, а досить часто використовуються приватні організації чи окремі особи;

- державна політика – це відповідь на суспільні вимоги чи вимоги дії/бездіяльності учасників процесу політики: законодавців, бюрократів, груп інтересів, громадян тощо;

- державна політика — це дієвість/пасивність державних інституцій, а не їхні плани (лише декларація); саме така політика аналізується й оцінюється;

- державна політика може бути позитивною, коли певні проблеми вирішуються, й негативною — за умови дії/бездіяльності, недосягнення поставленої мети чи іншого результату;

- державна політика засновується на законі, тобто вона має бути легітимною. У сучасному суспільстві фіскальні, регулятивні чи контрольні дії сприймаються як легітимні. Проте легітимність – необхідна, але не достатня умова ефективної державної політики;

- державна політика ґрунтується на монополії держави на законний примус чи насильство, тобто державні органи використовують певну шкалу інструментів для досягнення її цілей; потрібно розрізняти рішення й політику: щоденні урядові рішення, продиктовані як політикою, так й обставинами, спонукають до проведення політики, але вони не є політикою.³³⁸ Подібні риси державної політики відзначають й інші

³³⁷ Кучеренко О.О. Державна політика: теоретико-методологічні засади дослідження процесу формування та здійснення: Автореф. дис.... канд. наук з держ. упр. – К., 2000. – С. 11 – 12.

³³⁸ Там же, С. 83 – 84.

дослідники, зокрема, М.Б. Ільїн,³³⁹ В.В. Тертичка³⁴⁰ та ін.

В. Тертичка виділяє дві основні моделі розроблення державної політики та прийняття рішень: **активна і представницька**. При активній моделі розроблення державної стратегії законодавчими інститутами формулюються базові принципи, концептуальні засади і конституційні норми, виробляється стратегія державної політики, тоді як за виконавчими органами закріплюється практична реалізація стратегічних рішень і технологія оперативного управління. У представницькій моделі, яка існує в деяких країнах Європи, парламентські органи обмежуються формулюванням більш загальних орієнтирів і правил гри, а прийняття багатьох важливих оперативно-стратегічних рішень передається органам виконавчої влади.³⁴¹

Розробка державної політики та прийняття державно-політичних рішень в Україні пов'язані з діяльністю вищих органів державної влади – Верховною Радою, Президентом та Кабінетом Міністрів України і оперативним управлінням центральних та місцевих органів виконавчої влади. Тому найактивнішу участь у виробленні державної політики беруть законодавчий (Верховна Рада України) і виконавчі (Кабінет Міністрів України) органи влади, а також органи судової влади, зокрема, Конституційний і Верховний суди України.

Основу державної політики складають її цілі і мета, а вказані елементи, в свою чергу, становлять найважливіші компоненти **національного інтересу**. В основі формування державної політики і діяльності сучасної держави та її органів повинно бути покладено виконання саме національних інтересів. Під ними розуміємо одне або декілька головних завдань, які є визначальними для існування і розвитку тієї чи іншої нації (наприклад, розширення життєвого простору, освоєння природних багатств, мирне співіснування з іншими націями та ін.).

Проблема формування і усвідомлення національних інтересів з'явилась в Україні в період виборювання нею державної незалежності в кінці 80-х рр. ХХ ст. і набула своєї політичної гостроти з початком процесів українського державотворення в 90-х роках ХХ ст.

Стаття 1 Закону України „Про основи національної безпеки України” визначає, що **національні інтереси** – це життєво важливі матеріальні, інтелектуальні і духовні цінності Українського народу як носія суверенітету і єдиного джерела влади в Україні, визначальні потреби суспільства і держави, реалізація яких гарантує державний суверенітет України та її прогресивний розвиток.³⁴² Національний інтерес(и) є суспільно-політичною категорією і з однієї сторони є явищем доволі тривким і стабільним, а з іншої – може

³³⁹ Див.: Ильин М. Б. Слова и смыслы. Опыт описания ключевых политических понятий. - М., 1997. - С. 201.

³⁴⁰ Див.: Валерій Тертичка. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. – К.: Видавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С. 124.

³⁴¹ Валерій Тертичка. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. – К.: Видавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С. 131 – 133.

³⁴² Офіційний вісник України. – 2003. - № 29. – Ст. 1433

змінюватися під впливом різноманітних факторів. В свою чергу, ідеологічною основою національного інтересу (інтересів) є національна ідея.

Охорона здоров'я громадян держави – один із ключових національних інтересів України. Значення його для українського народу нині значно посилюється у зв'язку з глибокою демографічною кризою і катастрофічним станом здоров'я населення.

Цитований закон серед пріоритетних завдань Української держави у ст. 6 розглядає „зміцнення фізичного здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення”, а серед загроз національним інтересам і національній безпеці України визначає „кризу системи охорони здоров'я і соціального захисту населення і, як наслідок, небезпечне погіршення стану здоров'я населення; поширення наркоманії, алкоголізму, соціальних хвороб; загострення демографічної кризи”.

Серед основних напрямів державної політики Закон України „Про основи національної безпеки України” визначає створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я, ліквідації алкоголізму, наркоманії, інших негативних явищ. Тому стратегічним завданням сучасної цивілізованої держави має бути турбота про поліпшення здоров'я кожного громадянина, забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я як сукупності загальнодержавних, галузевих та місцевих медико-соціальних заходів і створення для населення широкої доступності кваліфікованої медичної допомоги.³⁴³

У механізмі державної політики прийнято виділяти чотири частини (блоки): а) визначення належного суб'єкта(ів) формування державної політики та створення інституційної ієрархії (системи державних органів) державної політики; б) вироблення стратегічного курсу і прийняття державних концептуальних рішень; в) формування системи адміністративних засобів реалізації державних рішень; г) блок державного контролю й арбітражу, забезпечення корегування та зворотного зв'язку з об'єктами державної політики.

Специфічною властивістю цього підходу є те, що державна політика постає як складний процес, в якому виділяються три аспекти: формування державної політики, прийняття стратегічних і оперативно-тактичних державно-політичних рішень та реалізація державної політики. При цьому на процес формування державної політики впливають не тільки органи державної влади, а й елементи громадянського суспільства – політичні партії, громадські організації, а також окремі громадяни.³⁴⁴

³⁴³ Офіційний вісник України. – 2003. - № 29. – Ст. 1433

³⁴⁴ Скрипнюк О. Сучасна державна політика України: основні концептуальні підходи до визначення змісту поняття // Вісник академії правових наук України. – 2004. – № 4 (39). – С. 6.

В плані даного дослідження нас цікавить не державна політика взагалі, а її формування і здійснення саме у сфері охорони здоров'я. Термін **“політика у сфері охорони здоров'я”** – відносно нове поняття, яке почали вживати в суспільній практиці колишнього СРСР, в т.ч. України в кінці 80-х років ХХ століття. Раніше цю сферу окремо не виділяли. Цей термін широко використовується у сфері міжнародних відносин, застосуванням міжнародного права і в діяльності міжнародних організацій.

Зважаючи на все більшу глобалізацію у вирішенні питань охорони здоров'я населення, сьогодні основу державної політики у цій сфері формують не лише національні державні органи, а й міжнародні організації, рішення яких можуть бути як обов'язковим для виконання країнами-учасницями, так і носити рекомендаційний характер. На сучасному етапі розвитку суспільства міжнародні організації, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародна організація праці, Міжнародна лікарська асоціація та ін. відіграють надзвичайно важливу роль координатора зусиль у боротьбі за здоров'я у кожній окремій країні. Країни-учасниці повинні не тільки імплементувати норми міжнародного права у своє національне законодавство, а й забезпечити їх впровадження в життя, реалізацію, взявши їх за основу при формуванні державної політики охорони здоров'я.

Програмою Всесвітньої організації охорони здоров'я „Процес керівництва для розвитку національної охорони здоров'я. Базові принципи для використання в підтримку стратегій по досягненню здоров'я для всіх до 2000 р.”³⁴⁵, прийнятою в 1981 р., було рекомендовано країнам-учасникам до 2000 року здійснити визначення національної політики у сфері охорони здоров'я, включаючи цілі, першочергові завдання, способи їх досягнення та ін.

Як визначає Всесвітня організація охорони здоров'я, політика у сфері охорони здоров'я полягає у визначенні певних пріоритетів, запровадженні системи заходів, спрямованих на забезпечення збереження й розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності всіх членів суспільства при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя кожної особи.³⁴⁶

Згідно з прийнятим у 1998 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я документом „Політика досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті”, країни – члени Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я повинні були розробити і здійснювати таку політику на державному, регіональному та місцевому рівня за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади.³⁴⁷

³⁴⁵ Процес руководства для развития национального здравоохранения. Основопологающие принципы для использования в поддержку стратегий по достижению здоровья для всех к 2000 году // Всемирная Организация Здравоохранения. – Женева, 1981. – 19 с.

³⁴⁶ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВОЗ. – 1984. – С. 21

³⁴⁷ Здоровье – 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ / ВОЗ, Европейск. Регион. Бюро. – Копенгаген, 1999. – 310 с.

У цій програмі Всесвітня організація охорони здоров'я проголосила п'ять стратегій сприяння здоров'ю людини, які є ключовими засадами формування національної політики охорони здоров'я:

- проводити державну політику з урахуванням інтересів охорони здоров'я населення;
- зберігати чистоту довкілля;
- залучати до всіх заходів громадськість;
- розвивати особисті навички громадян з підтримки здоров'я;
- переорієнтувати медичні послуги.³⁴⁸

Усі стратегії були покладені в основу формування нового поняття громадського здоров'я та увійшли у Оттавську Хартію (1986 р.).³⁴⁹ Нова концепція громадського здоров'я набула широкого резонансу і сприяла встановленню тісного зв'язку між рівнем здоров'я і умовами життя населення.

Люблянська хартія з реформування охорони здоров'я³⁵⁰ (1996, м. Любляна, Словенія), прийнята всіма державами-членами Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я визначає, що стан здоров'я населення – це показник розвитку суспільства. Служби охорони здоров'я хоча й мають велике значення, вони, проте вони не єдиний сектор, від якого залежить благополуччя людей; інші сектори також мають великий вплив на здоров'я населення й повинні нести за нього певну відповідальність. Саме тому міжсекторальний (міжвідомчий) підхід повинен бути однією з найважливіших характеристик політики охорони здоров'я.

Таким чином, Україна як член Всесвітньої організації охорони здоров'я та його Європейського регіонального бюро, була зобов'язана розробити свою національну політику у сфері охорони здоров'я. Це впливало із виконання відповідних резолюцій ВООЗ. 7 грудня 2000 року Президент України указом затвердив „Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”, яка й стала своєрідною нормативно-правовою основою формування національної політики охорони здоров'я.

У 2000 р. вперше Генеральна Асамблея ООН розглядала питання про здоров'я населення країн як частину державної політики, тобто підтримка здоров'я на межі тисячоліть перетворилася на політичну проблему, вирішення якої потребує відповідного підходу в державній політиці та державному управлінні.

³⁴⁸ Там же, С. –

³⁴⁹ Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В. Глухівський. – К.: Сфера. – 2004. – С. .

³⁵⁰ Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В. Глухівський. – К.: Сфера. – 2004. – С.121.

В документі ВООЗ „Здоров'я для всіх в ХХІ столітті” наведені рекомендації щодо основ формування сучасної політики стосовно досягнення здоров'я, якими вважаються міжсекторальні стратегії. Завдання щодо підтримки здоров'я населення визначені для галузей енергетики, промисловості, транспорту, сільського господарства, харчової промисловості, правосуддя, засобів масової інформації, служби соціального забезпечення, а не тільки для системи охорони здоров'я.³⁵¹

Головний напрям політики держави у сфері охорони здоров'я – створення як ідеології і стратегії збереження здоров'я, так і конкретних структур та інституцій для її реалізації, включаючи створення законодавчої бази правового регулювання.

В Україні за останні роки померло майже на 4 млн. осіб більше, ніж народилося. Вперше впродовж тривалого часу в 1991 р. кількість народжених була меншою від кількості померлих. Перед народом України реально постала проблема депопуляції – неповного відтворення населення і скорочення його чисельності. Ця ж тенденція зберігалася протягом усіх 90-х ХХ ст. і залишається актуальною нині, що дає підстави говорити про її сталість, зумовлену соціально-економічною нестабільністю в державі. Сьогодні в Україні проживає вже не 52 млн. людей, як це було в 1992-1994 рр., а лише 48 млн. осіб, тобто на 4 млн. менше³⁵². Згідно з останніми даними, середня тривалість життя чоловіків дорівнює 55, а жінок – 60 років. За цими показниками Україна перебуває у дванадцятій десятці із 198 країн – на рівні Марокко, Тунісу, Киргизстану, Таджикистану. Депопуляція в державі набула стійкого характеру і супроводжується погіршенням якісних характеристик здоров'я населення. Не зменшується материнська смертність, особливо серед сільських жінок. Репродуктивне здоров'я населення перебуває в стані кризи. Перспективні розрахунки на 1996–2026 рр. (тобто приблизно на одне покоління) засвідчили, що, найімовірніше, за збереження депопуляційної тенденції, населення України до 2026 р. зменшиться до 32 млн.³⁵³

Майже 1,8 млн. жителів України нині перебувають на диспансерному обліку через різні психопатологічні відхилення, спричинені, як вважають учені, економічними, екологічними, соціально-політичними та іншими чинниками. Серед цих хвороб переважають депресії, що нерідко закінчуються самогубством. За останніх 10 років їх кількість збільшилася на 50%, і тепер на рік трапляється близько 15 тисяч суїцидів.³⁵⁴

У цих умовах державна влада, її найвищі органи просто зобов'язані спрямувати всі зусилля і ресурси на охорону та зміцнення здоров'я людей, на створення ефективної державної політики в цій галузі, формування сучасної

³⁵¹ Найговзина Н. Б., Ковалевский М. А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. - М.: Классик-Консалтинг, 1999. –С. 31.

³⁵² Україна у цифрах у 2002 році / кор. стат. довідник // за ред. О.Г. Осауленка. – К.: “Консультант”. – 2003. – С. 16.

³⁵³ Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я. Аналітичний огляд / За заг. ред. В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 6.

³⁵⁴ Експрес. – 1998. – 17-25 жовтня.

системи охорони здоров'я, яка є одним із головних гарантів реалізації цієї політики.

Головною ідеєю сучасної політики у сфері охорони здоров'я мало б стати надання найсучаснішої медичної допомоги при повному дотриманні прав і лікаря, і пацієнта, що повністю відповідало б документу Всесвітньої організації охорони здоров'я „Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я.”³⁵⁵

Охорона здоров'я населення в соціальній і демократичній державі повинна стати політичною стратегією її розвитку, в основу якої має бути покладена ідея здоров'я нації, філософія інтеграції і координації діяльності різних секторів суспільства (державних, громадських і приватних) щодо профілактики, зміцнення здоров'я, реабілітації і медико-санітарної допомоги населенню.³⁵⁶

Аналіз сучасних засад державної політики у сфері охорони здоров'я показує, що вона повинна включати в себе три основні напрямки:

- забезпечення конституційних прав громадян на медичну допомогу, охорону здоров'я і медичне страхування, захист прав та свобод людини у сфері охорони здоров'я;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, формування єдиного національного медичного простору та ринку медичних послуг;
- проведення організаційних, фінансових, правових та інших заходів щодо підтримання здоров'я населення та його охорони і зміцнення.

Першочерговим документом у системі вироблення державної політики і постановці завдань розвитку тієї чи іншої сфери чи галузі є концепція. Вона повинна містити визначення в узагальненому вигляді мети, завдань, масштабів, темпів, пропорцій та основних напрямів розвитку системи охорони здоров'я, окремих її структурно-функціональних підсистем, а також загальне обґрунтування системи заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення та підвищення ефективності діяльності всієї системи охорони здоров'я. На підставі концепції мають бути розроблені відповідні програми — цільові комплексні документи, в яких концептуальні положення набувають докладного й конкретного обґрунтування, а також узгодження проблемних питань.

На думку В. Тертички,³⁵⁷ відповідно до призначення структура концепції, як правило, має складатися з чотирьох змістовних блоків.

1. Цільовий, в якому досліджують вихідний момент соціально-економічного розвитку держави, виявляються тенденції та основні

³⁵⁵ Прийняті 17-ю Всесвітньою медичною асамблеєю ВООЗ Нью-Йорк, США, 1963; внесені поправки 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю ВООЗ, Венеція, Італія, жовтень, 1983р. // Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В. Глухівський. – К.: Сфера. – 2004. – С. 113.

³⁵⁶ Гладун З.С. Організаційно-правові проблеми формування і реалізації державної політики охорони здоров'я // „Актуальні питання політики” / Зб. наукових праць ОНЮА. – 2004. – №17. – С. 118.

³⁵⁷ Тертичка В. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні: – К.: ІВидавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С. 133.

проблеми. У процесі ранжування виділяється декілька основних проблем, визначається характер і напрями розвитку держави. Логічним завершенням цільового блоку є формування субординаційної системи цілей близької перспективи.

2. Прогнозно-аналітичний, в якому узагальнюють результати попередньо розроблених прогнозів розвитку системи. Спільна ув'язка прогнозів здійснюється на „виході” з блоку, тобто при формуванні цілісної системи попередніх прогнозів довготривалого розвитку держави. Така послідовність дає можливість звести до мінімуму необхідність багатократних коригувань у конкретних прогнозах.

3. Блок урахування зовнішніх факторів, які, природно, брались до уваги й раніше, в інших блоках, але саме тут їх досліджено найдокладніше, оскільки вони більшою мірою впливають на вибір варіантів соціально-економічного розвитку держави в довготривалій перспективі. На цій стадії виконується остаточне узгодження цілей і ресурсів, причому можливе (й доцільне) скорочення кількості цілей або зміна їх субординації. Розробка даного блоку завершується взаємозв'язком економічного, соціального, екологічного аспектів розвитку відповідної системи.

4. Концептуальний блок. Він формується на основі системи попередніх прогнозів, що впливають із урахування зовнішніх чинників, відповідно до системи цілей. Цей блок є завершальним, зведеним. Розробляючи його, концепція розвитку системи набуває, з одного боку, високо-агрегованого, а з іншого — цільового характеру. Деякі розділи з цього блоку переходять у розряд цільових комплексних програм, але конкретна розробка й реалізація цих програм виходить за межі концепції.

Згаданий автор звертає увагу на бажаність у концепції трьох різнорівневих, але водночас взаємопов'язаних аспектів: макроструктурного, міжгалузевого, територіального.³⁵⁸

Макроструктурний спрямований на вироблення принципів підходів до таких найзагальніших проблем, як подолання кризи або припинення депресії, стабілізація і підйом економіки держави, відповідність динаміки соціальних структур соціальним цілям розвитку держави тощо.

Міжгалузевий відображається лише на рівні агрегованих сфер. Це з'ясовується у процесі виявлення проблемних ситуацій та альтернативних шляхів їх вирішення. У постановчому ключі даються рекомендації з ресурсного забезпечення міжгалузевого розвитку.

Територіальний аспект концепції відводиться формуванню переліку об'єктів, щодо яких доцільна розробка цільових комплексних програм, обґрунтуванню розташування об'єктів нового будівництва, взаємозв'язку об'єктів інфраструктури, організації системи міжрегіонального розвитку й комунікацій.

³⁵⁸ Тертичка В. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні: – К.: ІВидавництво Соломії Павличко „Основи”, 2002. – С.134-135.

Звичайно, заходи в сфері охорони здоров'я обмежуються економічними можливостями країни. Органи державної влади, які здійснюють державне управління охороною здоров'я змушені враховувати рівень економічного розвитку держави. Зрозуміло, що і в Україні, як і в інших новоутворених країнах Східної Європи, економіка перебуває в кризовому становищі, й усі питання, пов'язані з проблемою здоров'я населення, несуть на собі його відбитки.³⁵⁹

Так, основною складністю перехідного періоду як в економіці, так і в суспільному устрої України можна вважати порушення структур і службових та суспільних зв'язків, відсутність визначеності і вплив значної кількості невизначених факторів. Передусім це стосується фінансового забезпечення як сфери охорони здоров'я, так і переважної кількості громадян. Наприклад, аналогічний фактор відіграв негативну роль у впровадженні обов'язкового медичного страхування в Росії в 1993 р.

До основних етапів реалізації політики підтримки здоров'я населення країни належать наступні: виокремлення проблеми як національної, прийняття відповідних стратегічних рішень і винайдення рушійних сил для реалізації обраної політики.

Ще одна складність перехідного періоду полягає в дії нових факторів. Це стосується, наприклад, таких явищ і категорій, як якість медичної допомоги, система медичного страхування, права пацієнтів тощо.

І, нарешті, **найголовніший етап державної** політики охорони здоров'я населення – втілення обраної політики в життя. На етапі реалізації політики акценти переносяться на виконавчу гілку влади. Але, зрештою, прийняття відповідних законів законодавчою владою теж можна вважати першим кроком до реалізації обраної політики.³⁶⁰

³⁵⁹ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 44.

³⁶⁰ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 4 – 6.

Глава 2. Мета і завдання державної політики охорони здоров'я

Центральним компонентом визначення державної політики охорони здоров'я є її **мета**. Її формування повинно базуватись на певній філософській і науково-теоретичній концепції здоров'я людини, його правової охорони і захисту. Впродовж всіх років незалежності України робились численні спроби визначити мету та інші компоненти державної політики у цій сфері. У проектах концепцій, доктрин, програм реформування і розвитку системи охорони здоров'я України, законопроектів, провідні політики і державні діячі, різні автори, наукові і творчі колективи, представники політичних сил і громадських організацій пропонували власні методологічні підходи і бачення.

За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я мета політики є найбільш загальним терміном, що характеризує напрямок устремлінь, наприклад, створення здорового навколишнього середовища або надання кожній людині первинної медико-санітарної допомоги. Політика, що припускає політичну готовність використовувати ресурси нації в інтересах досягнення даних цілей, повинна виділяти також серед перспективних першочергові цілі й основні шляхи їх досягнення. Національна політика у сфері охорони здоров'я звичайно формулюється в загальних термінах і складає основу національної стратегії. Остання передбачає основні заходи, які необхідно провести у відповідних секторах для реалізації національної політики у сфері охорони здоров'я, і вказує на проблеми і шляхи їх вирішення.³⁶¹

Є в цій справі і певні міжнародні вимоги. Програма Всесвітньої організації охорони здоров'я „Процес керівництва для розвитку національної охорони здоров'я. Базові принципи для використання в підтримку стратегій по досягненню здоров'я для всіх до 2000 р.”,³⁶² прийнята у 1981 р., рекомендувала країнам-учасникам до 2000 року визначити національну політику у сфері охорони здоров'я, включаючи цілі, першочергові завдання, способи їх досягнення та ін.

Нині мета, принципи і напрями державної політики у сфері охорони здоров'я, а також шляхи її реалізації найбільш повно втілені й нормативно закріплені в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313 / 2000.³⁶³

³⁶¹ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВОЗ. – 1984. – С. 2.

³⁶² Процесс руководства для развития национального здравоохранения. основополагающие принципы для использования в поддержку стратегий по достижению здоровья для всех к 2000 году // Всемирная Организация Здравоохранения. — Женева, 1981. — С. 10.

³⁶³ Офіційний вісник України. – 2000. - № 49. – Ч. 1. - Ст. 2116.

Виходячи з її аналізу, державна політика у сфері охорони здоров'я має бути спрямована на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу. Її реалізація має забезпечити доступність кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, сприяти запровадженню нових ефективних механізмів фінансування та управління галуззю, створенню умов для формування здорового способу життя.

Структурно державна політика охорони здоров'я складається з ряду елементів. Відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я України в її змісті можна вичленити:

- мету;
- завдання;
- інституційну систему;
- систему зв'язків і відносин.

Згідно з вимогами ст. 3 Закону України „Про основи національної безпеки України”³⁶⁴ об'єктами державної політики у сфері охорони здоров'я мають бути: **людина** – її здоров'я, його охорона і захист, її конституційні права і свободи і законні інтереси; **суспільство** - його духовні, фізичні, морально-етичні, культурні, історичні, інтелектуальні та матеріальні цінності, інформаційне і навколишнє природне середовище і природні ресурси; **держава** - її конституційний лад, суверенітет, територіальна цілісність і недоторканність, система охорона здоров'я.

Головною метою державної політики в галузі охорони здоров'я на сучасному етапі має бути досягнення позитивних змін у нинішній ситуації, зокрема збереження і поліпшення здоров'я всіх верств населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на її отримання в умовах трансформації соціально-економічних відносин за рахунок удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів.³⁶⁵

У складних умовах міжнародного протистояння і конкуренції світ тяжко, непослідовно, та все ж переходить від моделі силового розв'язання протиріч до моделі діалогу і співпраці, до ідеї сталого розвитку. Проходить хоч і суперечливий, а в деяких аспектах і небезпечний процес інформатизації, інтеграції, глобалізації економічної та соціо-культурної експансії.

Стратегічним напрямком розвитку українського суспільства і держави у першому десятилітті XXI століття визначено сталий (стабільний) соціальний та економічний розвиток. Сьогодні це одна з найбільш сучасних та перспективних концепцій, яку взяли на озброєння передові держави світу. На наших очах відбувається процес переходу від моделі нестримної діяльності до моделі сталого розвитку. **Авторитетні міжнародні інституції, зокрема Світовий**

³⁶⁴ Офіційний вісник України. – 2003. - № 29. – Ст. 1433.

³⁶⁵ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. - К.: Здоров'я, 2003. – С.123.

банк, Римський клуб та інші запропонували ідеї сталого розвитку, які здобули значного поширення у провідних верствах передових країн світу. Цьому й сприяла велика представницька конференція у Ріо-де-Жанейро, на якій були прийняті відповідні угоди, що повернули людство до моделі сталого розвитку. Концепція сталого розвитку знайшла своє відображення і закріплення в низці сучасних актів законодавства, державних документів, наукових праць і державних програм. На сьогодні головне завдання для керівництва держави і всього суспільства полягає в переорієнтації національної політики і стратегії на ідеї та принципи гармонійного сталого розвитку та їх ресурсного забезпечення (законодавче, інституційне, освітнє, фінансове).

Програма переходу до сталого розвитку нашої держави викладена в посланнях Президента України до Верховної Ради України в 2000 р. - "Україна: поступ у ХХІ століття. Стратегія економічного та соціального розвитку на 2000-2004 роки"³⁶⁶ і "Європейський вибір" у 2002 р.³⁶⁷ У цих програмних документах основою подальшого розвитку країни визначено європейський вибір, відданість України загальнолюдським цінностям, ідеалам свободи та гарантованій демократії, а визнання людини, її прав і свобод - найвищою цінністю цивілізаційного прогресу.³⁶⁸

В умовах реалізації концепції сталого розвитку стратегічною метою політики держави у сфері охорони здоров'я має стати поліпшення стану здоров'я населення. Ця мета повинна включати наступні компоненти:

1. Підвищення реальної доступності медичної допомоги для широких верств населення: створення правових, економічних і організаційних умов для надання медичних послуг, види, якість і обсяги яких відповідають рівню захворюваності та запитам населення, сучасному рівню медичної науки і технології, а також ресурсам, доступним державі та громадянам. Досягнення цієї мети потребує:

1.1. Забезпечення збалансованості обсягів державних гарантій надання населенню безкоштовної медичної допомоги з фінансовими можливостями держави.

1.2. Розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я на основі введення комплексного територіального планування в системі охорони здоров'я і перегляд механізмів управління страховими фондами.

1.3. Реформування системи фінансування охорони здоров'я, що включатиме:

забезпечення стійкості і прозорості багатоканальної систем фінансування сфери охорони здоров'я;

впровадження механізмів фінансового планування і механізмів оплати медичної допомоги, що стимулюють ріст ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я;

³⁶⁶

³⁶⁷ Урядовий кур'єр. – 2002. – 4 червня.

³⁶⁸ Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І.М. Солоненка, Л.І. Жаліло. - К.: Вид-во НАДУ, 2004. –С. 7.

завершення переходу до переважно страхової форми мобілізації фінансових засобів для охорони здоров'я і страхового фінансування медичних закладів;

посилення державного регулювання платної медичної допомоги що надається в державних і муніципальних медичних установах;

поступову легалізацію співучасті населення в оплаті медичної допомоги.

1.4.Проведення реструктуризації мережі медичних закладів.

1.5.Забезпечення господарської самостійності державних і муніципальних медичних установ, розширення спектра організаційно-правових форм медичних організацій.

1.6.Зміна підходів до організації й оплати праці медичних працівників.

1.7.Створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення.

1.8.Розвиток наукових досліджень і технологічних розробок ,поліпшення якості наданих медичних послуг і лікарських засобів.

1.9.Зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів і медичних працівників.

2.Створення умов і стимулів для збільшення коштів, що інвестуються громадянами та роботодавцями в поліпшення стану здоров'я на основі забезпечення високого пріоритету здоров'я в системі соціальних цінностей суспільства.

3.Створення умов і стимулів для максимально можливого запобігання захворювань та травматизму населення, включаючи:

- забезпечення широкої профілактики захворювань і травматизму;
- формування економіко-правових умов для скорочення негативних техногенних впливів на стан здоров'я людини.

Автори цитованого документу вважають, що у найближчій перспективі – через 2–3 роки, мають бути вирішені ключові організаційно-економічні проблеми охорони здоров'я. Це послужить основою для практичної реалізації в наступні роки політики, спрямованої на створення правових та економічних умов для розвитку профілактики захворювань, здорового способу життя, росту вкладень роботодавців і населення в поліпшення стану здоров'я, підвищення ч кості лікувально-профілактичної допомоги.³⁶⁹

У другій половині 90-х років ХХ ст. в Україні було зроблено декілька спроб сформулювати єдину державну програму розвитку на тривалий час, у тому числі і розвитку системи охорони здоров'я. Однією з них стала підготовка Програми „Україна – 2010”, розробленої на виконання розпорядження Президента України від 26 лютого 1998 р. № 43³⁷⁰ за участю спеціалістів міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, вчених Національної академії наук України, наукових установ при Раді національної безпеки і оборони України. Цією програмою передбачалось, що

³⁶⁹ Україна: прогрес на шляху сталого розвитку // Інформаційно-аналітичний огляд виконання „Порядку денного на ХХІ століття”. Науковий керівник – доктор економічних наук Б. М. Данилишин. – К.: ЗАТ „Нічлава”, 2002. – С. 81 – 83.

³⁷⁰

„система охорони здоров'я вдосконалюватиметься на принципах солідарності, доступності, справедливості та універсальності. Створюватимуться умови для функціонування єдиного медичного простору держави. Це дасть змогу реально поліпшити охорону здоров'я населення, сприяти запобіганню та профілактиці захворювань, надавати кваліфіковану, вчасну та у необхідних обсягах медичну допомогу”.³⁷¹

Формулюючи завдання державної політики в галузі охорони здоров'я на 2003 – 2004 роки, Міністерство охорони здоров'я України на розширеному засіданні його колегії, визначило в якості пріоритетних, наступні завдання:

- наближення показника очікуваної тривалості життя до рівня країн з високим індексом людського розвитку, зменшення рівня материнської смертності, стабілізація рівня смертності дітей першого року життя;
- продовження реформування первинної медичної допомоги на засадах
 - сімейної медицини, передусім на селі;
 - реалізація комплексу заходів щодо попередження та стабілізації рівня інфекційних захворювань, насамперед соціально небезпечних - ВІЛ- інфекції, СНІДу та туберкульозу;
 - розвиток інституту сімейного лікаря;
 - удосконалення системи надання екстреної медичної допомоги з метою її наближення до світових стандартів;
 - розробка та затвердження державних стандартів всіх видів медичної допомоги, наявність яких має бути обов'язковою умовою реформування різних складових системи охорони здоров'я;
 - підвищення ефективності використання бази санаторно-курортного лікування за рахунок залучення інвестицій;
 - підвищення якості підготовки медичних кадрів;
 - зміцнення матеріально-технічного стану закладів охорони здоров'я та впровадження сучасних технологій діагностики, лікування і профілактики;
- сприяння прийняттю змін до Закону України "Про місцеве самоврядування", Бюджетного Кодексу України щодо регулювання міжбюджетних відносин у сфері охорони здоров'я, Основ законодавства України про охорону здоров'я;
- удосконалення системи державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення;
- удосконалення системи державних закупівель лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- забезпечення державного контролю якості лікарських засобів.³⁷²

³⁷¹ Програма „Україна – 2010”. Проект. – К., 1999. – С. 15.

³⁷² Діяльність галузі охорони здоров'я України у першому півріччі 2003 року: Довідка до розширеного засідання колегії МОЗ України. – Київ, 2003. – С. 5.

Стратегію розвитку охорони здоров'я в Україні визначають стан і динаміка здоров'я населення, діяльність закладів охорони здоров'я, а також соціально-економічна та політична ситуація в країні, зумовлена змінами в державному і громадському житті. Здобуття незалежності, демократизація суспільства, перехід до ринкових відносин не тільки створили передумови для подальшого прогресу, а й породили низку проблем перехідного періоду, які торкнулись й галузі охорони здоров'я.

В чинній сьогодні програмі реформування системи охорони здоров'я України „Перспектива 2010: реорганізація медичної допомоги в Україні”³⁷³ значну роль відведено галузі охорони здоров'я, яку їй належить виконати в умовах обмеженого фінансування. Тому галузева політика в умовах реалізації державної програми реформування охорони здоров'я має впроваджуватися в основному двома шляхами — пошуку джерел фінансування й удосконалення організації медичної допомоги та раціонального використання ресурсів.³⁷⁴

Слід зазначити, що великою спокусою, як для політиків, так і для керівників та організаторів охорони здоров'я є, очевидно, прагнення до вирішення найбільш термінових і злободенних проблем. Усвідомлення ж ними основних міжнародних засад і принципів досягнення здоров'я для усіх членів суспільства дасть їм стратегічне бачення для прийняття рішень як короткострокового, так і більш віддаленого характеру.

Як вважають автори навчального посібника „Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти”,³⁷⁵ по-перше, слід окреслити сферу, у якій має бути сформована державна політика. Інакше кажучи, якщо мова йде про охорону здоров'я, потрібно з'ясувати, що є критерієм здоров'я і яку концепцію здоров'я взято за основу наукового підходу.

На думку названої групи фахівців, методологія у формуванні політики охорони здоров'я має забезпечувати відповіді на наступні питання:

1. Чи відповідає нинішня система охорони здоров'я потребам, зумовленим станом здоров'я населення?
2. Як керівники галузі охорони здоров'я, політики, а також самі медичні працівники оцінюють стан системи охорони здоров'я країни?
3. Чи усвідомлені і виділені пріоритети в галузі охорони громадського здоров'я?
4. Як можна досягти взаємодії між зовнішнім і внутрішнім середовищем системи?
5. Наскільки вдало формується реальна політика в галузі охорони здоров'я?

Засади державної політики будуть тим ґрунтовніші, чим між її метою і завданнями буде встановлено найтісніший функціональний зв'язок. Таким чином, мета державної політики повинна „пронизувати” її завдання. Така

³⁷³ Перспектива – 2010: Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. – К., 1999. – С. 96.

³⁷⁴ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. - К.: Здоров'я, 2003. – С. 125.

³⁷⁵ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 17 – 18.

модель державної політики, що побудована на основі інтеграції мети (цілей) і завдань охорони здоров'я населення, дає можливість розробити загальну довгострокову стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні при залученні до цього усіх державних, громадських і політичних сил.³⁷⁶

В умовах обмеженого фінансування державна політика і стратегія реформування галузі на найближчі роки повинна здійснюватись за пріоритетними стратегічними напрямками розвитку системи охорони здоров'я. На даний час вони визначені в Концепції розвитку охорони здоров'я України та заходах щодо виконання цієї концепції, Основах законодавства України про охорону здоров'я, чинних актах законодавства, що діють у цій сфері відносин, а також в низці інших національних і державних програм – Міжгалузевій комплексній програмі „Здоров'я нації”, Національній програмі, „Репродуктивне здоров'я 2001-2005”, Національній програмі патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства, Національній програмі планування сім'ї, Цільовій комплексній програмі „Фізичне виховання — здоров'я нації”, Програмі профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, Цільовій комплексній програмі генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 рр., Комплексній програмі „Цукровий діабет”, Програмі профілактики ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2001 — 2003 рр., Комплексними заходами боротьби з туберкульозом та ін.

Державна політика повинна базуватись на пріоритетному вирішенні ключових проблем охорони здоров'я населення. Першочерговим завданням у цьому є формування науково обґрунтованої стратегії розвитку охорони здоров'я населення на коротко- і довготривалі періоди часу, розробка державних комплексних і цільових програм, які мають забезпечити її реалізацію.

Програма повинна охоплювати всю діяльність, спрямовану на досягнення визначених цілей і вирішення завдань, які являють собою більш конкретні поняття, ніж перспектива, і сприяють її здійсненню. Кожна програма у сфері охорони здоров'я повинна ставити конкретні цілі і завдання, по можливості переведені на мову цифр, і відповідати цілям і завданням національної стратегії у сфері охорони здоров'я. Програма повинна чітко описувати вимоги до працівників охорони здоров'я, матеріальної бази, технологій, устаткування і постачання, інформації і взаємозв'язків, методик контролю та оцінки, планів заходів і способів забезпечення координації між різними елементами програм і суміжних програм.

Зокрема, серед пріоритетів розвитку українського суспільства і держави, ст. 6 Закону України „Про основи національної безпеки України” визначає необхідність зміцнення фізичного здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення, а серед можливих загроз національній

³⁷⁶ Солоненко Н. Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні. Автореф. дис. ... канд. наук з з держ. упр-ня / 25.00.02. – Київ, 2004. – С. 13.

безпеці вказує на кризу системи охорони здоров'я і соціального захисту населення і, як наслідок, небезпечне погіршення стану здоров'я населення, поширення наркоманії, алкоголізму, соціальних хвороб.³⁷⁷

Прикладом визначення пріоритетів у розвитку української системи охорони здоров'я є Концепція розвитку охорони здоров'я України і відповідні заходи щодо виконання вказаної Концепції, які затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2001 р. №960.³⁷⁸ Вказані заходи передбачають збільшення фінансування державного і місцевого бюджетів для забезпечення діяльності і розвитку системи охорони здоров'я, реформування організації всієї системи охорони здоров'я населення, а також окремих медичних служб, розробку державних стандартів надання медичної допомоги, удосконалення системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я шляхом централізації в Міністерстві охорони здоров'я України збирання та оброблення державної статистичної звітності та медичної інформації та ін.

Реформування системи охорони здоров'я можна здійснити лише на основі системного підходу до наукового обґрунтування реформ в охороні здоров'я, який включає в себе широке коло органічно пов'язаних питань. Вирішальне значення у досягненні основної мети реформування системи охорони здоров'я мають такі напрями: профілактичні засади системи охорони здоров'я; політика держави щодо охорони здоров'я та управління галуззю; економічні засади охорони здоров'я та впровадження медичного страхування; система надання первинної та спеціалізованої медико-санітарної допомоги; система медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення галузі; управління медичною наукою та інноваційна політика; кадрова політика; формування медико-санітарної культури населення.

Системний підхід до політики реформування відносин у цій сфері передбачає, що кожен з цих напрямів є складовою цілісної концепції і програми перебудови засад надання медичної допомоги та охорони здоров'я населення, структурно та функціонально пов'язаних між собою.

Як тільки визначена мета і пріоритети (стратегія) має розпочатися розробка загальнодержавного (національного) плану дій. Мова йде про широкий міжсекторальний генеральний план по здійсненню стратегії задля реалізації національних перспектив у сфері охорони здоров'я. Він конкретизує через робочі поняття ті кроки, що повинні бути розпочаті у відповідності зі стратегією, виходячи з поставлених цілей і завдань і розроблених програм по їх виконанню. Ці кроки включають політичні, економічні, фінансові, громадські, законодавчі, адміністративні, наукові, технічні й управлінські заходи. Намічаються дії, які необхідно розпочати секторів охорони здоров'я й інших відповідних секторів, і розробляється схема контролю за здійсненням плану дій і оцінки його впливу. План дій утворює єдине ціле з національною політикою і стратегіями у сфері охорони

³⁷⁷ Офіційний вісник України. – 2003. - № 29. – Ст. 1433.

³⁷⁸ Офіційний вісник України. – 2001. – №. – Ст.

здоров'я, між ними не проводиться суворого розділу. Для здійснення національного плану дій або будь-якої передбаченої їм програми, уряд повинен обрати один або декілька підходів.³⁷⁹

На думку колективу керівних працівників Міністерства охорони здоров'я України і провідних представників медичної наукової громадськості серед пріоритетів у формуванні державної політики охорони здоров'я мають бути передбачені наступні заходи:

- проведення економічних реформ, спрямованих на прогресивний розвиток виробництва і збільшення ВВП, що дасть змогу підвищити добробут населення і сформувати державний бюджет, який забезпечить реалізацію програм охорони здоров'я і соціального захисту тих, хто його потребує;

- підвищення добробуту людей, створення умов для забезпечення раціонального збалансованого харчування, здорового житла, активного культурного відпочинку, занять фізичною культурою і спортом;

- забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища, яка включатиме впровадження екологічно безпечних технологій у промисловості, енергетиці, сільському господарстві, будівництві і на транспорті, створення та використання сучасних засобів знешкодження шкідливих речовин і захисту довкілля, підвищення екологічної культури населення;

- забезпечення охорони праці і техніки безпеки на всіх виробництвах, створення здорових умов праці, ефективна профілактика виробничого травматизму і професійних захворювань;

- формування здорового способу життя, його моральне і матеріальне стимулювання, гігієнічне виховання і навчання людей, особливо дітей та молоді, розвиток фізичної культури і спорту, боротьба зі шкідливими звичками (алкоголізмом, тютюнопалінням, наркоманією, токсикоманією);

- активна демографічна політика, спрямована на підвищення народжуваності та зниження смертності, особливо дітей і людей працездатного віку, удосконалення системи планування і захисту сім'ї, політики підтримки молоді, соціального захисту інвалідів та людей похилого віку;

- збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення, удосконалення системи охорони материнства, поліпшення умов праці та побуту жінки-матері;

- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;

- забезпечення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я шляхом удосконалення санітарного законодавства, широкого проведення профілактичних заходів

³⁷⁹ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8.– Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 21 – 22.

– розвиток фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів, медичного приладобудування, здешевлення, підвищення якості та безпеки вітчизняної продукції, що має сприяти підвищенню її конкурентноздатності, кардинальному поліпшенню медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів і населення.³⁸⁰

Серцевиною державної політики у сфері охорони здоров'я має бути удосконалення організації медичної допомоги населенню. Його складовими частинами має стати пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, реалізація комплексних заходів щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я, реструктуризація галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної допомоги, розвиток стаціонарозамінних форм медичної допомоги (денних і домашніх стаціонарів), упорядкування мережі, структури і функцій закладів охорони здоров'я, здійснення заходів щодо децентралізації та роздержавлення медичних закладів шляхом їх автономізації та приватизації, сприяння індивідуальній лікарській практиці, створення умов для здорової конкуренції між медичними закладами і лікарями, яка сприятиме підвищенню доступності та якості медичної допомоги.

Окрім державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні розроблені й інші політичні й нормативні документи, які є основою для формування галузевої політики охорони здоров'я, тобто політики в окремих галузях і підгалузях сфери охорони здоров'я. Прикладом формування такої галузевої політики є Закон України „Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”, стаття 2 якого встановлює, що державна політика у сфері боротьби із захворюванням на СНІД реалізується шляхом організації виконання цього Закону, інших нормативно-правових актів України, а також розробкою, фінансовим та матеріальним забезпеченням реалізації відповідних загальнодержавних, регіональних та місцевих програм, що передбачають систему заходів щодо профілактики поширення ВІЛ-інфекції, інформування та навчання населення, спеціальну підготовку медичного персоналу, проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень, розвиток міжнародного співробітництва у цій сфері.³⁸¹

Іншим прикладом галузевої програми у сфері охорони здоров'я є Державна програма забезпечення населення лікарськими засобами на 2004 – 2010 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 25 липня 2003 року №1162.³⁸²

Стратегічним напрямом державної політики у цій галузі і надалі залишається поліпшення профілактичної роботи, запобігання і зниження

³⁸⁰ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. - К.: Здоров'я, 2003. – С.124 – 125.

³⁸¹ Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 11. – Ст. 152.

³⁸² Офіційний вісник України. – 2003. – № 31. – Ст. 1618.

захворюваності населення на інфекційні та хронічні неінфекційні хвороби, особливо соціально небезпечні, сприяння зменшенню інвалідизації, травматизму та нещасних випадків; розширення прав, удосконалення організації і підвищення ефективності роботи державної санітарно-епідеміологічної служби в умовах формування засад ринкових відносин.

Глава 3. Суб'єкти формування державної політики охорони здоров'я

Надзвичайно важливе значення для формування ефективної політики охорони здоров'я має чітке визначення суб'єктів, відповідальних за її вироблення. Аналіз норм Конституції України, інших актів законодавства і повноважень вищих органів державної влади – Верховної Ради України, Президента України та Кабінету Міністрів України – свідчить про те, що саме вони, поряд з громадянами та об'єднаннями громадян, є суб'єктами формування державної політики загалом і у сфері охорони здоров'я – зокрема.

Чинні сьогодні Основи законодавства України про охорону здоров'я чітко розділили повноваження органів державної влади з формування та реалізації державної політики охорони здоров'я населення. Однак цей теоретичний розподіл повноважень на практиці має дещо інший характер. Річ у тім, що формування державної політики передбачає, як мінімум, підготовку певної доктрини чи концепції, розробку низки законопроектів, що не під силу законодавчому органу — Верховній Раді України, яка не має для цього ні відповідних інструментів, ні засобів. Тому проекти таких документів готують і напрацьовують у відповідних центрах влади – Секретаріаті Президента, апаратах Кабінету Міністрів України чи відповідних міністерств. Така практика діє не лише в Україні, а й в інших країнах, що є відповідним проявом такого явища як міністеріалізм. Потім підготовлені проекти, до розробки яких були залучені великі колективи фахівців і наукові установи, з необхідними пояснювальними документами передають до законодавчого органу, який повинен їх належним чином оцінити, прийнявши або відхиливши той чи інший законопроект.

Цій моделі відносин сприяє і практика Верховної Ради України, яка базується на закріплених за нею у Конституції України повноваженнях доручати Кабінету Міністрів України здійснювати підготовку проектів тих чи інших законодавчих актів. Здійснюючи їх розробку, формуючи робочі групи фахівців, створюючи ідеологію і концепцію того чи іншого акта, Кабінет Міністрів України, і, зокрема, працівники його апарату стають зацікавленими у прийнятті підготовленого ними законопроекту, лобіюють його прийняття (або ж навпаки), впливаючи на процес прийняття законодавчих актів. Цьому ж сприяє перехід народних депутатів України, їхніх помічників і консультантів на роботу з Верховної Ради на відповідальні посади до Кабінету Міністрів України. Це є свідченням єдності законотворчого процесу та взаємодії різних гілок влади.

Тому-то, внаслідок нерозробленості і відсутності єдиної державної політики охорони здоров'я, затвердженої єдиним законодавчим органом — Верховною Радою України, — кожний міністр охорони здоров'я впродовж періоду незалежності України, розпочинав свою службову діяльність з проголошення нового курсу політики у сфері охорони здоров'я і розробки "під неї" доктрини (Ю. П. Спіженко), концепції (А. М. Сердюк), нової системи

пріоритетів охорони здоров'я (Р. В. Богатирьова), нової системи фінансування (В. Ф. Москаленко). Всі ці проекти так і залишитись міністерськими чи урядовими "прожеками", не витримавши публічного обговорення, чи не здобувши підтримки у депутатів Верховної Ради України, хоча й запроваджувались в життя засобами міністерства.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає, що уряди країн-учасниць можуть створювати різноманітні механізми, що допомагають формувати та реалізовувати державну політику охорони здоров'я, стратегію, план дій і його складові програми. Тому, ВООЗ рекомендує створювати національні ради з питань охорони здоров'я, які б надавали консультативну допомогу органам державної влади у вирішенні проблем охорони здоров'я і пов'язаних з ними соціально-економічних проблем усєї країни. Склад таких рад може змінюватися в залежності від країни і конкретних умов, але їх діяльність повинна поширюватися на вирішення широкого спектру питань охорони здоров'я і пов'язаних з нею політичних, економічних і соціальних питань. До складу таких рад повинні також входити і представники громадськості.³⁸³

Відповідно до цих міжнародних вимог, стаття 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України. В практиці діяльності Верховної Ради України 1990 – 1994 рр. була спроба створити Національну раду охорони здоров'я України, яка в силу різних суб'єктивних політичних причин так і успішно не завершилася.

Громадяни

Центральним суб'єктом формування політики охорони здоров'я в умовах соціальної і демократичної держави має бути громадянин(и). Саме його життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека, відповідно до ст. 3 Конституції, визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Громадянин наділений Конституцією та чинним законодавством комплексом прав і свобод, має реальні можливості впливати на вироблення політики у сфері охорони здоров'я. Згідно із ст. 4 Закону України „Про основи національної безпеки України”³⁸⁴, громадяни є найважливішими суб'єктами формування державної політики, у тому числі і політики у сфері охорони здоров'я.

Безспірно, що правовий статус громадянина незмірно змінився за часів переходу від тоталітарного суспільства до нинішніх умов демократії. Він

³⁸³ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8.– Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 31 – 32.

³⁸⁴ Офіційний вісник України. – 2003. - № 29. – Ст. 1433

увібрав в себе нові права (на об'єднання в політичні партії та громадські організації, на приватність, на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань та ін.), передбачені актами міжнародного права, наповнився демократичним змістом.

Одним з них є право брати участь в управлінні державними справами, у всеукраїнському та місцевих референдумах, вільно обирати і бути обраними до органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Це передбачено статтею 38 Конституції України.

До цього ж зобов'язує Українську державу і низка міжнародно-правових актів. Люблянська хартія з реформування охорони здоров'я³⁸⁵ (1996, м. Любляна, Словенія) встановлює, що „думки і вибір громадян повинні впливати на розвиток служб охорони здоров'я, як і рішення, що приймаються на всіх інших рівнях”.³⁸⁶

Крім цього Оттавська хартія по підтриманню здоров'я (м. Оттава, Канада, 1986) і Джакартська Заява по просуванню підтримки здоров'я в 21 столітті (м. Джакарта, Індонезія, 1997) визнають наступне:

- система охорони здоров'я повинна бути орієнтована на пацієнтів;
- громадяни повинні обов'язково приймати участь у рішеннях стосовно системи охорони здоров'я;
- у вільному і демократичному суспільстві громадяни мають право встановлювати цілі й завдання сектору охорони здоров'я;
- участь громадян в процесі прийняття рішень приведе до суспільного визнання цілей політики охорони здоров'я.³⁸⁷

Беручи участь у виборах Президента України, народних депутатів України, депутатів місцевих рад, у всеукраїнських і місцевих референдумах, вони своїми голосами впливають на формування напрямків державної політики, визначення її пріоритетів. Відповідно до ст. 38 Конституції України громадяни мають право брати участь в управлінні державними справами, у всеукраїнському та місцевих референдумах, вільно обирати і бути обраними до органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

Однак таке становище є швидше ідеалізацією участі громадян в процесі творення політики, ніж відображенням реального становища справ у цій сфері відносин. Активність громадян щодо їх участі в політичних процесах залежить від багатьох факторів, серед яких і демократичний режим діяльності влади, зрозумілі і прозорі правила взаємодії, і рівень освіченості громадян, і рівень їх інформованості, і стан розвитку основних інститутів громадянського суспільства та безліч інших факторів.

На жаль, спроби бюрократичним шляхом, за вказівками згори залучити до процесу вироблення політичних рішень громадян, посилити їх політичну

³⁸⁵ Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В. Глухівський. – К.: Сфера. – 2004. – С.121.

³⁸⁶ Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В. Глухівський. – К.: Сфера. – 2004. – С. 127.

³⁸⁷ Там же С. 127 – 128.

активність, так і залишаються „мертвонародженими” діями влади. Як приклад такої діяльності можна навести Указ Президента України від 31.07.2004 р № 854/2004 „Про забезпечення умов для більш широкої участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики” на виконання якого Міністр охорони здоров'я України наказом від 15.10.2004 р. № 496 утворив Раду для здійснення координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій із громадськістю з питань формування і реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, до складу якої увійшло 30 осіб, всі з яких є керівниками медичних закладів та установ, або працівниками самого міністерства, що „очолили” ті чи інші „громадські організації” у сфері охорони здоров'я.

Однак, систематична діяльність в цьому напрямку, зокрема, демократизація суспільного життя в країні, підвищення рівня свідомості і культури, зокрема, правової свідомості і правової культури, розвиток інститутів громадянського суспільства, повинні привести до активізації політичної діяльності громадян, зокрема, до їх більш активної участі у вирішенні державних і суспільних справ.

Об'єднання громадян

В умовах формування громадянського суспільства важливого значення крім органів влади і місцевого самоврядування, набувають громадські організації і політичні партії як необхідна і важлива складова демократичної організації суспільства. Згідно з ст. 36 Конституції України, громадяни України мають право на свободу об'єднання у політичні партії та громадські організації для здійснення і захисту своїх прав і свобод та задоволення політичних, економічних, соціальних, культурних та інших інтересів, за винятком обмежень, встановлених законом в інтересах національної безпеки та громадського порядку, охорони здоров'я населення або захисту прав і свобод інших людей.

Поява на суспільній арені численних об'єднань громадян в період боротьби за незалежність України та її державотворення свідчила про демократичний вибір суспільного розвитку, про нові суспільні орієнтири і пріоритети. Всі вони в тій чи іншій мірі, формували структуру нового демократичного громадянського суспільства.

Політичні партії

Особливе значення в структурі громадянського суспільства мають політичні партії, які формують його структуру і політичне обличчя. Сьогодні в Україні зареєстровано 126 політичних партій – більшість з них створені відносно недавно, деякі більше відомі на політичній арені, деякі з них вже міцно вкоренилися в політичному середовищі, здобувши свій постійний електорат – Комуністична, Соціалістична партії, Партія регіонів, Народно-демократична партія, Народний Рух України, Партія підприємців та промисловців та ін.

Політичні партії мають значний вплив на вироблення державної політики, проте роблять вони це непрямо. Вони не представлені серед суб'єктів вироблення державної політики, хоча впливають на значну кількість суб'єктів цієї підсистеми, які є їхніми членами і прихильниками. Практичні дослідження показують суттєву різницю політики класу, яку проводять різні партії. Уряди, якими керують соціал-демократичні та християнсько-демократичні партії, наприклад, позитивно впливають на розвиток державних соціальних програм.³⁸⁸

Ідеї реформування системи охорони здоров'я набули значного поширення серед членів політичних партій і громадських організацій та широких верств українського суспільства. Більшість політичних партій різної орієнтації: центристської та правоцентристської (Народно-демократична партія, Партія регіонів, Партія промисловців і підприємців України, Народний Рух України, "Реформи і Порядок" та ін.), лівої (Комуністична, Соціалістична та Народна селянська партії), правої (Конгрес українських націоналістів, Українська консервативна республіканська партія та ін.) включили до своїх програм питання реформування системи охорони здоров'я, що свідчить про те, що в українському суспільстві вже існують політичні сили, які не бажають миритися з існуючим станом, бачать розвал нинішньої системи охорони здоров'я і пропонують свої шляхи виходу з кризи.

Серед великого спектру українських політичних партій є й партія реабілітації тяжкохворих України, яку очолив лікар Григорій Черниш. В програмі цієї партії передбачено зобов'язання на політичному рівні привернути увагу держави та її владних структур до вирішення проблем, пов'язаних із лікуванням, всебічною допомогою з метою соціальної та політичної реабілітації хворих громадян.³⁸⁹

У програмах Комуністичної і Соціалістичної партій передбачено відновлення державного фінансування закладів охорони здоров'я, повернення до адміністративно-директивного управління і державного регулювання в галузі охорони здоров'я. На думку представників згаданих партій, лише цей шлях зможе зупинити погіршення стану здоров'я громадян і кризу в системі охорони здоров'я України.

Програма партії „Соціально-демократична партія України (об'єднана)” передбачає збереження та розвиток системи безкоштовної медичної допомоги, забезпечення рівного доступу до неї всіх громадян.³⁹⁰

У програмі Народної аграрної партії України передбачено здійснювати діяльність щодо забезпечення кожному можливостей для реалізації права на охорону здоров'я, медичне обслуговування та безпечне довкілля.³⁹¹ Партія зелених України у своїй програмі передбачила гарантоване безкоштовне

³⁸⁸ Говлет М., рамен М. Дослідження державної політики: цикли та підсистема політики / Перекл. З англ.. Олександр Рядова. – Львів: Кальварія, 2004. – С. 63.

³⁸⁹ Яблонський В. М. Сучасні політичні партії України: Довідник. – К.: „Лексикон”, 1996. – С. 48.

³⁹⁰ Право вибору: політичні партії та виборчі блоки. – К., 1998. – С. 113.

³⁹¹ Там же, С. 38.

лікування найстарших та наймолодших громадян, створення гнучкої системи медичного страхування. Вирішення проблем фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я за рахунок створення системи обов'язкового медичного страхування також пропонують інші політичні партії.

Народно-демократична партія України виступає за вирішення питань охорони здоров'я на основі перерозподілу функцій і відповідальності між державою і підприємцями, створення ефективної системи соціальної само захищеності населення – нових форм соціального страхування, адресної допомоги і т.д.³⁹²

Партія "Реформи і Порядок", запропонувавши перед виборами до Верховної Ради і місцевих рад України у березні 1998 р. громадянам договір між ними і цією партією,³⁹³ а по суті - свою програму діяльності, передбачила в галузі охорони здоров'я наступні заходи:

законодавчо закріпити принцип, за яким рівень життя людини не залежить від її доходів;

ввести систему медичного страхування та страхування життя громадян. Запровадити державне медичне страхування, яке б покривало витрати з оплати лікарняних листків, виплат за інвалідністю та допомог за вагітністю та пологами. Заохотити створення приватних компаній із медичного страхування та страхування життя;

створити умови для розвитку медичних закладів приватної форми власності з метою виникнення конкуренції та зниження вартості медичних послуг;

пов'язати оплату праці працівників бюджетних медичних закладів із кількістю послуг, які вони надали.

Метою цих заходів є суттєве поліпшення якості медичного обслуговування, підняття рівня оплати праці медичних працівників.

Видається, що найдетальніше питання реформування системи охорони здоров'я розробили представники Львівської обласної організації Конгресу Українських Націоналістів, які при сприянні народних депутатів України Левка Глухівського і Григорія Дем'яна та за підтримки Комісії з питань охорони здоров'я і соціального захисту Львівської обласної ради у січні 1995 р. розробили Концепцію національної страхової медицини України (КНСМУ) і 11 – 12 березня 1995 у Львові провели Всеукраїнську конференцію, присвячену публічному обговоренню цієї Концепції. Дана конференція схвалила проект цієї Концепції і прийняла рішення скерувати її на розгляд Президентові, Верховній Раді та Кабінету Міністрів України²⁰. Слід зазначити, що згадана Концепція серед своїх головних положень -

³⁹² Народно-демократична партія України. Декларація, Програма, Статут. – К., 1996. – С. 17.

³⁹³ Даний договір був опублікований масовим тиражем, в тому числі у центральних та місцевих газетах України. Див., напр.: газета „Львів і львів'яни”, 1997. – 14 листопада. – №31.

роздержавлення існуючої системи охорони здоров'я, формування конкурентного середовища у сфері надання медичних послуг, зміна принципів фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я, створення страхових соціальних медичних фондів і компаній - містила ряд перспективних напрямків реформування існуючої системи охорони здоров'я, які в своїх головних моментах збігалися із Концепцією реформування охорони здоров'я, підготовленою у 1996 р. під керівництвом тодішнього міністра охорони здоров'я академіка АМН України А. М. Сердюка.

Розвиваючи вказану Концепцію ці ж організатори 12 квітня 1997 р. у м. Львові провели другу науково-практичну конференцію, яка схвалила систему соціально-страхової медичної опіки в Україні, що її запропонували згадані автори. В ухвалі конференції її делегати визначили:

- вважати національну систему охорони здоров'я однією з найважливіших економічно-соціальних галузей країни;

- визнати за необхідне реформування національної системи охорони здоров'я на засадах багатокладності форм власності, соціально-страхового механізму забезпечення медичних послуг, соціально-ринкових принципів господарювання й управління; вважати це пріоритетом державної політики й першочерговою частиною економічної реформи в Україні;

- схвалити основні напрямки реформи медичної галузі та розвитку соціально-страхової медичної опіки, викладені в Концепції національної страхової медицини України;

- продовжити обговорення проблем реформи охорони здоров'я в наукових, професійних, громадських колах та засобах масової інформації України;

- прийняти і направити до Президента, Верховної Ради та Кабінету Міністрів України відповідне звернення конференції.

У зверненні цієї конференції до Президента, Верховної Ради та Кабінету Міністрів України делегати запропонували:

- втілити в практику соціально-страхової медицини механізм забезпечення профілактично-лікувально-оздоровчих послуг через персоніфікований соціально-страховий поліс громадян і соціально-страхові фонди;

- впровадити багатокладність форм власності в охороні здоров'я;

- вжити заходів для розвитку мережі закладів лікарської опіки, а також багатокладної інфраструктури соціальних послуг та економіки "Здоров'я" на першому територіальному рівні лікарської опіки.

Ліберальна партія України найпершим завданням суспільства вважає покращення медичного обслуговування громадян. Створення умов для продовження періоду трудової активності громадян. Пропаганда здорового способу життя, занять спортом і цілеспрямоване забезпечення умов їх реалізації на практиці – важливий напрям соціальної політики ЛПУ.³⁹⁴

³⁹⁴ Програма Ліберальної партії України. – К., 1996. – С. 15 – 16.

Народний Рух України виступає за реформування галузі охорони здоров'я, що полягає в створення системи загальнодоступної медичної допомоги та дієвої профілактики захворювань. Суть реформи – запровадження загальнообов'язкового державного медичного соціального страхування, тобто втілення в життя принципу солідарності всіх громадян у можливості отримувати медичну допомогу та лікування.³⁹⁵

Українська національна асамблея пропонує велику кількість заходів щодо впровадження виробництва в Україні медичної техніки, хірургічного інструментарію, шовних матеріалів, операційної білизни, пропонує перегляд наявних тарифів оплати праці лікарів та молодшого медичного персоналу. Ця політична партія пропонує також підтримку наукових досліджень, надання інститутам та дослідницьким центрам свободи у комерційній діяльності з урахуванням можливості залучення хворих з-за кордону.³⁹⁶

Це ж стосується і нових політичних партій, які почали з'являтися на українській політичній арені після виборів Президента України у 2004 р. Так, політична партія „Третя сила” у своїй програмі „Солідарність вільних особистостей” прийнятій на установчому з'їзді 30 грудня 2004 року визначила, що охорона здоров'я – це не тільки галузь спеціальної медичної діяльності, але й, насамперед, важлива частина життя всього суспільства.

Серед основних політичних завдань партія вважає необхідним відтворення загальнонаціональної системи охорони здоров'я, реалізацію довгострокової програми диспансеризації, профілактики і попередження захворювань, що забезпечить реалізацію права громадян на збереження власного здоров'я.

Пріоритетним кроком у зміні ситуації, що склалася, є перехід до державно-суспільного управління системою охорони здоров'я. Під ним розуміється узаконений поділ повноважень з прийняття рішень між державними органами управління охороною здоров'я і громадськими організаціями медичних працівників, які представляють свої корпоративні інтереси.³⁹⁷

Під час проведення виборчої кампанії Президента України у жовтні-листопаді 2004 року деякі з кандидатів в Президенти України у своїх передвиборчих програмах торкалися питань реформування охорони здоров'я і навіть пропонували певну програму дій. Так, наприклад, кандидат в Президенти України лікар за освітою Юрій Збітнєв у своїх передвиборчій програмі пропонував „провести докорінну реформу охорони здоров'я, яка в

³⁹⁵ Програма Народного Руху України. – К., 2001. – С. 20.

³⁹⁶ Право вибору: політичні партії та виборчі блоки. – К., 1998. – С. 28.

³⁹⁷ Програма партії «Третя сила» «Солідарність вільних особистостей!» Прийнята на установчому з'їзді політичної партії «Третя сила» 30 грудня 2004 року. – К., 2005. – С. 13.

першу чергу, повинна забезпечити гідне материнство, щасливе дитинство, здорове молоде покоління”.³⁹⁸

Народний кандидат в Президенти України В.А. Ющенко у своїй передвиборчій програмі „10 кроків назустріч людям” пропонував зберегти і зміцнити безкоштовну систему охорони здоров'я населення країни.

Питання охорони здоров'я постійно перебувають у полі зору і численних громадських організацій України. Положення щодо реформування системи охорони здоров'я висувають незалежні профспілки України, Всеукраїнське лікарське товариство, чисельні медичні асоціації, товариство Червоного Хреста України та ін. В останні роки їх кількість значно розширилась за рахунок значної кількості громадських організацій, що діють у сфері охорони здоров'я населення. До них можна віднести Українську асоціацію сприяння охороні здоров'я, громадський рух „Українці проти туберкульозу”, Всеукраїнську мережу людей, які живуть з ВІЛ, Асоціацію медичних сестер України, Всеукраїнську аптечну асоціацію, Українську організацію роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості, Українську діабетичну федерацію та багато інших.

Необхідність координації їх діяльності привела до створення Національної федерації громадських медичних об'єднань України, яку очолив академік Дмитро Заболотний.

4.1. Верховна Рада України – головний суб'єкт формування державної політики охорони здоров'я

У парламентсько-президентській моделі державної влади, яка застосовується в Україні, головним завданням парламенту є сформувати основні засади державної політики і забезпечити підзвітність влади перед народом. Парламент країни є національним форумом, на якому висвітлюються і обговорюються суспільні проблеми та ставляться вимоги щодо їх вирішення.

Визначення засад внутрішньої та зовнішньої політики відповідно до ст. 85 Конституції здійснює Верховна Рада України як єдиний орган законодавчої влади. Головні завдання Верховної Ради України – прийняття законів і формування законодавства загалом, а також здійснення парламентського контролю за його виконанням та дотриманням. Ст. 85 Конституції встановила чіткий перелік повноважень і окреслює виняткову компетенцію законодавчого органу. Іншими словами, Верховна Рада шляхом прийняття законодавчих актів встановлює своєрідні правила гри й поведінки всіх учасників суспільних відносин. У цьому й суть законотворчої діяльності. Діяльність Верховної Ради регулюють відповідні норми Конституції України та її Регламент. Однак подальше вдосконалення законодавчої діяльності в

³⁹⁸ Кар'єра та успіх. – 2004. – вересень. – №2. – С. 17.

Україні, розвиток і зміцнення парламентаризму диктують необхідність розвитку законодавства, що регулює діяльність Верховної Ради України. Це стосується, зокрема, прийняття ряду нових законів, таких як "Про закони і законотворчу діяльність", "Про нормативно-правові акти в Україні" та ін., а також внесення певних доповнень до розділу IV Конституції України. Верховна Рада впливає на діяльність інших органів державної влади та місцевого самоврядування тільки шляхом прийняття відповідних законів, обов'язкових для всіх суб'єктів на території України.

Як єдиний орган законодавчої влади, Верховна Рада України є єдиним органом державної влади, що формує політику охорони здоров'я. Це здійснюється шляхом прийняття відповідних законодавчих актів. Стаття 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно – фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Серед 22 утворених у травні 2002 р. комітетів Верховної Ради України є й Комітет з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства, до якого увійшло 18 народних депутатів на чолі з народним депутатом України, доктором медичних наук, професором М. Є. Поліщуком. Саме цей комітет є робочим органом Верховної Ради України, що формує відповідні проекти засад державної політики в галузі охорони здоров'я, розглядає концепції реформування системи охорони здоров'я, готує законопроекти, пропонуючи врегулювати ті чи інші відносини, формує концепцію розвитку законодавства про охорону здоров'я. Комітет Верховної Ради України не є автономним органом державної влади (це лише структурний підрозділ Верховної Ради), і його рішення не мають самостійної юридичної сили. Ці рішення - рекомендаційні, їх оприлюднюють на сесії Верховної Ради як відповідну думку чи оцінку цього комітету. Звичайно, що така думка групи народних депутатів України, які професійно займаються питаннями здоров'я людини та її охорони й захисту, впливає на результати голосування у Верховній Раді того чи іншого законопроекту.

Розробляючи основи державної політики й відповідні законопроекти, Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я людини може залучати до роботи висококваліфікованих фахівців, експертів, провідних вчених в тій чи іншій галузі знань, створюючи дорадчі чи експертні органи комітету. Порядок створення та діяльності цих органів визначає Верховна Рада України. В роботі згаданого комітету в минулому було кілька спроб сформувати при ньому Національну Раду охорони здоров'я України, але вони так і залишилися нереалізованими.

Однак, фактичні реалії у сфері формування і реалізації політики, дещо інші, ніж це передбачає чинне законодавство. То ж виходів з цієї правової

ситуації є лише два: або змінити законодавство і включити до складу суб'єктів формування політики охорони здоров'я (та й не тільки у цій сфері!) Президента, Кабінет Міністрів і Міністерство охорони здоров'я України, як центральний орган виконавчої влади, що відповідає нинішнім реаліям, або ж Верховній Раді України домогтися виконання вимог чинного законодавства і взяти справу формування політики охорони здоров'я у свої руки. До цього часу, їй це вдавалось лише декілька разів і перший з них був у 1992 році, коли вона прийняла Основи законодавства України про охорону здоров'я.

4.2. Повноваження Президента України в сфері формування політики охорони здоров'я

Відповідно до ст. 102 Конституції України, Президент України є главою держави. Він структурно не входить до жодної гілки влади, навпаки, перебуває над ними, володіючи значними компетенційними повноваженнями, насамперед кадровими, у сфері виконавчої влади. Це є особливістю української політичної системи, сформованої на основі Конституції 1996 р.

Здійснюючи загальне керівництво державою, Президент України здійснює і загальне керівництво в галузі охорони здоров'я через наступні повноваження:

1. Володіючи правом законодавчої ініціативи у Верховній Раді України (ст. 93 Конституції України), Президент України за своєю ініціативою вправі давати доручення працівникам Адміністрації Президента і Кабінету Міністрів України щодо розробки головних напрямків державної політики, в тому числі у сфері охорони здоров'я, відповідних проектів державних і національних програм, актів законодавства та ін.

2. Несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, основу якої формує Верховна Рада України. Ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачила звіт Президента України про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я у складі щорічної доповіді Верховній Раді України. П. 2 ст. 106 Конституції України уточнив його повноваження в цій частині, встановивши, що він звертається з посланнями до народу та із щорічними і позачерговими посланнями до Верховної Ради України про внутрішнє і зовнішнє становище України.

Виконуючи це повноваження, вперше після прийняття Конституції 1996 р., Президент України 21 березня 1997 р. звернувся з посланням до Верховної Ради України, в якому приділив увагу питанням охорони здоров'я.

3. Відповідно до ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією.

Так, зокрема, формуючи новий склад Кабінету Міністрів України після призначення 16 липня 1997 р. В. В. Пустовойтенка Прем'єр-міністром України, Л. Д. Кучма Указом від 25 липня 1997 р. призначив Міністром охорони здоров'я України академіка АМН України А. М. Сердюка, який і раніше працював на цій посаді. У зв'язку з його переходом на іншу роботу Президент України Указом від 27 січня 1999 р. №83/99 призначив на цю посаду Р. В. Богатирьову, яка працювала до цього першим заступником Міністра охорони здоров'я.

4. Від імені України укладає міжнародні договори, зокрема й ті, які стосуються питань міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я. Це повноваження передбачене п. 3 ст. 106 Конституції України. Для того, щоб такий договір набрав законної сили, він повинен бути ратифікований Верховною Радою України відповідно до п. 32 ст. 85 Конституції України.

5. Здійснюючи свої законодавчі повноваження, Президент України своїми указами врегулював певні питання організації охорони здоров'я громадян. Так, наприклад, Указом від 18 січня 1996 р. № 63/96 затверджено Національну програму "Діти України", а Указом від 24 січня 2001 року № 42/2001 затверджено додаткові заходи щодо забезпечення виконання цієї програми на період до 2005 року³⁹⁹ яка містить ряд важливих положень щодо поліпшення охорони материнства й дитинства і, зокрема, положення про надання їм медико-санітарної допомоги, а Указом від 10 грудня 1997 р. № 1347/97 затверджено Програму "Здоров'я літніх людей".⁴⁰⁰

Окремими указами Президента України утворено провідні національні медичні заклади. Так, Указом від 7 квітня 1997 р. № 295/97 утворено Національний центр серця⁴⁰¹, а Указом від 3 листопада 1995 р. № 1018/95 - Міжнародний дитячий медичний центр "Євпаторія".⁴⁰²

6. Здійснює загальне керівництво Радою національної безпеки й оборони при Президентові України, яка, відповідно до статті 107 Конституції України, є координаційним органом. Згідно з Концепцією (Основами державної політики) національної безпеки України, яку 16 січня 1997 р. ухвалила Верховна Рада України, до основних напрямків державної політики національної безпеки України у соціальній сфері належить "створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я", а як реально існуюча сьогоденні загроза національній безпеці розглядається "...падіння рівня здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони".⁴⁰³

Враховуючи велику значимість охорони здоров'я для забезпечення національної безпеки, Президент України включив Міністра охорони здоров'я до складу постійних членів Ради національної безпеки й оборони України.

³⁹⁹ Офіційний вісник України. – 2001.- № 4.– Ст. 116.

⁴⁰⁰

⁴⁰¹ Урядовий кур'єр. – 1997. – 10 квітня.

⁴⁰² Урядовий кур'єр. – 1995. – 11 листопада.

⁴⁰³ Відомості Верховної Ради України. – 1997.– № 10.– Ст. 85.

7. Утворює, реорганізовує та ліквідує за поданням Прем'єр-міністра України міністерства та інші центральні органи виконавчої влади, діючи в межах коштів, передбачених на утримання органів виконавчої влади. Це передбачено п. 15 ст. 106 Конституції України.

Вперше це повноваження щодо охорони здоров'я Президент України застосував 25 лютого 1992 р., коли Указом "Про зміни в системі центральних органів державної виконавчої влади України" підтвердив правомірність існування Міністерства охорони здоров'я України і віднесення його до центральних органів державної виконавчої влади України.

Згодом, у зв'язку з чисельними реорганізаціями виконавчої влади, підписанням Конституційного договору між Верховною Радою України і Президентом України 8 червня 1995 р., прийняттям 28 червня 1996 р. нової Конституції України, йому неодноразово доводилось своїми указами уточнювати склад, структуру і повноваження Кабінету Міністрів України. Так, Указом від 14 грудня 1996 р. № 1228/96 "Про склад Кабінету Міністрів України" було, в черговий раз, встановлено, що до складу уряду входить Міністр охорони здоров'я України.

Використовуючи це своє повноваження, Президент України Указом від 26 липня 1996 р. № 596/96 "Про зміни в системі центральних органів виконавчої влади України" перетворив створений 27 травня 1992 р. Національний комітет з боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України у Комітет з боротьби із захворюванням на СНІД, підпорядкувавши його Міністерству охорони здоров'я України - так закінчився тривалий етап існування двох центральних органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.⁴⁰⁴

8. Призначає за поданням Прем'єр-міністра Міністра охорони здоров'я України, який входить до складу Кабінету Міністрів, і від його імені здійснює державне керівництво національною системою охорони здоров'я, що передбачене п. 10 ст. 106 Конституції України.

Аналіз цих повноважень і практики їхнього застосування свідчить про те, що Президент України має широке коло повноважень щодо здійснення державної політики, спрямування діяльності органів виконавчої влади щодо організації охорони здоров'я населення. Так, наприклад, коли у травні-червні 1997 р. в системі охорони здоров'я склалася особливо складна ситуація, спричинена невивплатами заробітної плати і страйками медичних працівників, Президент України провів зустріч з активом працівників охорони здоров'я України, на якій окреслив коло питань, що підлягають першочерговому вирішенню, дав необхідні доручення присутньому на цій зустрічі Прем'єр-Міністру України на продовження реформування галузі.

Зазначене не означає, що в діяльності Президента України щодо здійснення державного керівництва в питаннях охорони здоров'я все

⁴⁰⁴ Урядовий кур'єр.-1996. - 30 липня.

відбувається гладко і згідно з визначеними наперед планами, тим більше, що в складних умовах соціально-економічної кризи це просто неможливо. Непростий перебіг політичних подій, складність реформування суспільного і державного життя, невизначеність щодо орієнтирів та пріоритетів вимагають його постійної уваги, безпосередньої участі у вирішенні тих чи інших проблем, спонукають до контролю подій, здійснюючи керівництво ними. Саме ці непрості, а інколи й драматичні умови сьогодення вимагають успішного вирішення життєво важливих проблем і ефективного керівництва саме з боку Президента в кризових чи екстремальних ситуаціях.

4.3. Повноваження Кабінету Міністрів України у сфері формування державної політики охорони здоров'я

Кабінет Міністрів України, який згідно із ст. 113 Конституції України є вищим органом у системі органів виконавчої влади, організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України на основі вимог чинного законодавства у тому числі і документів програмного характеру, формує урядову політику (програму діяльності уряду) у тому числі й у сфері охорони здоров'я, розробку якої здійснює Міністерство охорони здоров'я як головний (провідний) центральний орган виконавчої влади у цій сфері.

Указами Президента та постановами Уряду в Україні затверджено десять загальнодержавних та національних програм з найактуальніших проблем охорони громадського здоров'я, спрямованих як на медичне обслуговування потреб окремих груп населення, так і на забезпечення профілактики та надання медичної допомоги при конкретних захворюваннях.

Надзвичайно важливе значення для розвитку національної охорони здоров'я мають такі нормативно-правові акти, як Міжгалузєва комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14,⁴⁰⁵ Програма подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955⁴⁰⁶, значна кількість наказів Міністерства охорони здоров'я України, що забезпечують виконання законів, указів Президента, урядових документів.

Кожний новий склад Кабінету Міністрів України розробляв певні заходи щодо охорони здоров'я населення. Так, наприклад, Кабінет Міністрів України

⁴⁰⁵ Офіційний вісник України. – 2002. – №9. – Ст.403.

⁴⁰⁶ Офіційний вісник України. – 2002. – №28. – Ст. 1324.

затвердив 22 лютого 1997 р. Національну програму реформування названої галузі⁴⁰⁷ та прийняв низку урядових постанов, які містили конкретизацію цього процесу. 18 жовтня 1997 р. Президент України Указом № 1166/97 затвердив Основні напрями соціальної політики на 1997–2000 рр.,⁴⁰⁸ які містили комплекс заходів щодо реформування системи охорони здоров'я і забезпечення її діяльності.

Підготовка урядових документів здійснюється Секретаріатом Кабінету Міністрів України, у складів якого є відповідний відділ охорони здоров'я. однак, як свідчить практика, практично всі проекти постанов Кабінету Міністрів розроблялися в апараті Міністерства охорони здоров'я України. Саме Міністерство як центральний органи виконавчої влади виступало, в значній мірі, ініціатором розробки тих чи інших актів законодавства.

Сьогодні відносини між Кабінетом Міністрів і Міністерством врегульовані низкою підзаконних нормативно-правових актів, зокрема, рядом указів Президента України, тимчасовим регламентом роботи Кабінету Міністрів, положеннями про окремі міністерства та ін. однак, відповідно до п. 12 ст. 92 Конституції України, організація і діяльність органів виконавчої влади має бути врегульована законодавчими актами. Видається, що настав час прийняття таких законодавчих актів як „Про Кабінет Міністрів України” та „Про міністерство, інший центральний орган виконавчої влади”, законопроекти про які тривалий час знаходяться на розгляді у Верховній Раді України.

Цілком очевидно, що міністерство як центральний орган виконавчої влади формує чи впливає на формування урядової політики. У законопроекті „Про центральні органи виконавчої влади” запропоновано, що міністерства формують та проводять державну політику в закріплених за ними секторах державного управління, розробляють і реалізують цільові програми розвитку у закріплених за ними секторах державного управління, визначають пріоритетні напрямки та основні планові показники розвитку у відповідних секторах державного управління та ін.⁴⁰⁹

Міністерство охорони здоров'я України є основним органом, який формує урядову політику у сфері охорони здоров'я. Звітуючи у Верховній Раді на „Дні Уряду України” 14 листопада 2000 року, Кабінет Міністрів визначив, що основною метою діяльності на сучасному етапі реформування Міністерства охорони здоров'я України є покращення здоров'я громадян України та підвищення якості медичної допомоги шляхом: забезпечення реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; розроблення, координації та контролю за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості;

407

408

409 Закон України „Про міністерства, інші центральні органи виконавчої влади”. Проект.

організації надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню; організації надання медичної допомоги в невідкладних випадках та екстремальних ситуаціях, здійснення в межах своєї компетенції заходів, пов'язаних з подоланням наслідків чорнобильської катастрофи; організації разом з Національною Академією Наук України, Академією Медичних Наук України наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки⁴¹⁰

⁴¹⁰ Матеріали звіту на „Дні Уряду України” у Верховній Раді України „Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення”. 14 листопада 2000 р. – К., 2001. – С. 18.

Глава 4. Участь громадськості в процесі формування державної політики охорони здоров'я

Для вирішення проблем, пов'язаних з охороною здоров'я, перш за все для формування політики охорони здоров'я потрібне не тільки волевиявлення держави, але й активна участь у цьому процесі громадян. Адже саме громадянин є основою сучасної держави, її основною рушійною силою у всіх сферах життя. Тому, при побудові в Україні соціальної, демократичної і правової держави, громадяни повинні все більшим чином впливати на формування державної політики. Не виключенням в цьому плані є і політика в сфері охорони здоров'я.

Сукупність громадян держави та їх численні зв'язки між собою творять громадянське суспільство, яке є, власне, тим рушієм, що визначає спрямованість державної політики. Тому, можна стверджувати, що охорона здоров'я як сфера, що нерозривно пов'язана з людиною і громадянином, як елемент соціальної сфери відносин громадянського суспільства є одним з його секторів. Як уже зазначалося вище, сфера охорони здоров'я є специфічною сферою відносин, від її розвитку багато в чому залежить існування самої держави і її населення зокрема. Обов'язок суспільства в плані реалізації державної політики охорони здоров'я – сприяти втіленню цієї політики в життя. Це означає не тільки не перешкоджання, але й активну допомогу, подання відповідних пропозицій державним органам для покращення діяльності системи охорони здоров'я, а також піклування про своє здоров'я. Таким чином можна стверджувати, що охорона здоров'я як невід'ємна частина соціальних відносин відіграє важливу роль у життєдіяльності громадянського суспільства.

Як свідчить світовий досвід, уряди розвинутих країн при їхньому фінансовому благополуччі не відмовляються від підвищення ролі громадськості в справах охорони здоров'я, а навпаки, усіляко підтримують підвищення повноважень громадян у цих питаннях, зміцнюють їхні права, поліпшують інформованість і створюють сприятливі умови для громадськості у вирішенні питань охорони здоров'я.⁴¹¹ Перш за все, основним суб'єктом формування державної політики повинен стати громадянин як головний суб'єкт права, основний його елемент. Формуючи державну політику громадяни можуть прямо впливати на процес формування і реформування системи охорони здоров'я України, що в свою чергу покращить стан медичної допомоги і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Адже саме на громадян, членів суспільства і спрямована політика охорони здоров'я.

⁴¹¹ Fallberg L. Patients' Rights in Europe. (Nordic School of Public Health, Sweden). European Partnership on Patients' Rights and Citizens' Emprovement // Nevssletter. – 1999. – issue2. Цит. по: Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 28 – 29.

Наступним суб'єктом формування державної політики охорони здоров'я є об'єднання громадян. Вже на даний час в Україні існує доволі широка практика залучення різноманітних об'єднань громадян (політичних партій і громадських організацій) до формування державної політики.

Політичні партії в громадянському суспільстві відіграють надзвичайно велику роль. Адже вони є своєрідним проміжним елементом між державою і суспільством. Політичні партії повинні стати виразниками волі певної частини населення і через своє представництво в вищих державних органах (зокрема, у Верховній Раді України) повинні впливати на формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Кожна політична партія у своїй програмі пропонує свій шлях розвитку і реформування системи охорони здоров'я і, отримавши підтримку певної частини населення, політична партія може привести свої пропозиції до рівня державної політики шляхом прийняття відповідних нормативно-правових актів.

Кожна політична партія у своїй програмі формулює свої пропозиції щодо формування політики охорони здоров'я загалом, а також подає своє бачення шляхів розв'язання певних аспектів проблем охорони здоров'я населення України. Так, наприклад, у програмі Народного Руху України вказується на необхідність комплексного завершення формування єдиного медичного простору, запровадження гарантованих обсягів медичної допомоги, статусу родинного лікаря, надання належної ваги амбулаторній медико-санітарній допомозі.⁴¹²

Значну роль у процесі формування державної політики мають відігравати професійні об'єднання працівників охорони здоров'я. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я вказують на необхідність активного залучення медичних і фармацевтичних працівників до розробки державної політики охорони здоров'я. цьому сприяє й усталена практика, коли у більшості держав-членів Всесвітньої організації охорони здоров'я особи, що надають медичну допомогу, беруть участь у процесах формулювання політики через свої професійні організації. Такі механізми залучення працівників охорони здоров'я в цей процес лише зараз починають з'являтися в країнах центральної і східної частин Європейського регіону, у тому числі і у країнах СНД. За традицією, що склалася, ці країни дотримувались єдиного підходу до формування політики як стосовно створення національної системи так і окремих служб охорони здоров'я, а також відносно підготовки професійних працівників охорони здоров'я.

У багатьох країнах зусилля по залученню громадськості в процес формулювання політики докладалися через різноманітні громадські організації – ради охорони здоров'я, групи медичного страхування й інші органи й організації, що створювалися для сприяння охороні і зміцненню здоров'я населення.

У питаннях управління системою охорони здоров'я України крім офіційних владних інституцій, міністерських чи регіональних органів

⁴¹² Програма Народного Руху України. –К., 2001. – С. 20.

управління, провідна роль повинна належати різним професійним і суспільним медичним об'єднанням — радам, асоціаціям, спілкам, фондам тощо. Необхідно активно підтримувати ініціативи, починання і проекти професійних об'єднань нашої наукової та медичної громадськості.⁴¹³

Однією з громадських організацій, діяльність якої спрямована на зміцнення здоров'я в Україні є Товариство Червоного Хреста України. Варто відзначити значну державну підтримку діяльності цієї міжнародної організації на території України. Свідченням цього є хоча б прийняття Закону України від 28 листопада 2002 року № 330-IV „Про Товариство Червоного Хреста України”.⁴¹⁴ Відповідно до цього закону, товариство допомагає державі у наданні медичної і гуманітарної допомоги під час збройних конфліктів та в мирний час, бере участь у наданні міжнародної допомоги у разі катастроф і надзвичайних ситуацій, забезпечує медико-соціальну допомогу найменш соціально захищеним верствам населення. Товариство Червоного Хреста України діє на основі статуту, затвердженого 4 квітня 1991 року 15 з'їздом Товариства Червоного Хреста України.

Основною метою діяльності Товариства є захист життя людини, попередження та полегшення людських страждань під час збройних конфліктів, стихійного лиха, катастроф та аварій, подання допомоги медичній службі збройних сил і органам охорони здоров'я, сприяння органам державної влади України у їх діяльності в гуманітарній сфері. Товариство сприяє попередженню захворювань, зміцненню здоров'я та соціального благополуччя людини, вихованню та формуванню здорового способу життя, сприяє реалізації загальнодержавних та місцевих (регіональних) програм, спрямованих на охорону здоров'я і надання допомоги незахищеним малозабезпеченим верствам населення, співпрацює для виконання цих завдань з іншими організаціями та установами.

Останнім часом у державній системі охорони здоров'я України, зокрема в структурах її управління, все частіше визначається тенденція до зближення своєї діяльності з громадськими організаціями і рухами. На різних ієрархічних рівнях створюються громадські та координаційні ради, рухи і федерації, проводяться спільні круглі столи і громадські слухання з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я України, що важко піддається реформуванню.⁴¹⁵ Прикладом цього можна назвати наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.10.2004 № 496 „Про забезпечення виконання Указу Президента України від 31.07.2004 р. № 854/2004 „Про забезпечення умов для більш широкої участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики””.⁴¹⁶ Відповідно до цього наказу при міністерстві створено Раду для здійснення

⁴¹³ Запорожан В.М., Журавель В.І. Сучасні процеси перебудови системи охорони здоров'я України потребують наукового обґрунтування // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3–4 (6–7). – С. 37.

⁴¹⁴ Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 5. – Ст. 47.

⁴¹⁵ Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 25.

⁴¹⁶

координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, що є постійно діючим консультативно-дорадчим органом і утворюється з метою створення ефективних організаційних та правових умов для всебічної реалізації громадянами конституційного права на участь в управлінні державними справами, забезпечення відкритості діяльності МОЗ, врахування громадської думки у процесі підготовки та організації виконання його рішень, підтримання постійного діалогу з усіма соціальними групами громадян, створення можливостей для вільного та об'єктивного висвітлення усіх процесів у цій сфері, засобами масової інформації. Рада співпрацює з органами державної влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями та іншими юридичними і фізичними особами.

Для виконання вищезазначеної мети, Рада виконує в установленому законодавством порядку такі основні завдання:

- представляє інтереси громадськості у її співпраці з МОЗ;
- здійснює організацію та проведення громадської експертизи законопроектів, що стосуються питань, пов'язаних з збереженням здоров'я громадянського суспільства та навколишнього середовища України;
- виконує дорадчі функції під час обговорення та прийняття рішень МОЗ з питань, визначених Порядком проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України, а також здійснює моніторинг реалізації зазначених рішень;
- забезпечує співпрацю з МОЗ щодо організації та проведення публічних громадських обговорень з основних напрямів його діяльності;
- опрацьовує та узагальнює дані щодо проведення консультацій з громадськістю, узгодження позицій для передачі МОЗ;
- вивчає та вдосконалює досвід громадських організацій для оптимального використання їх потенціалу у сфері захисту здоров'я населення та охорони довкілля;
- здійснює представницькі функції в центральних та місцевих органах виконавчої влади з метою оприлюднення пропозицій громадськості щодо вдосконалення діяльності органів охорони здоров'я;
- сприяє організації вивчення, аналізу та оприлюдненню в засобах масової інформації громадської думки щодо якості та організації надання окремими суб'єктами медичної (фармацевтичної) діяльності допомоги населенню; звернення з пропозиціями до державних органів влади з питань можливості перегляду рішень про ліцензування, акредитацію лікувально-профілактичних закладів в разі незадоволення роботою широкими верствами населення;
- взаємодіє в інших Радах, створених при органах виконавчої влади з метою впровадження заходів по збереженню здоров'я населення країни;

- розвиває міжнародне співробітництво з метою обміну досвідом та інформацією в галузі організації охорони здоров'я населення;
- бере участь у підготовці проектів законів та інших нормативно-правових актів, міжнародних договорів України у сфері охорони здоров'я та ін.

Звичайно, таку ініціативу українського керівництва можна лише вітати, проте, навряд чи спроба здійснити такі перетворення без належної підтримки громадян увінчається успіхом. Та це все ж крок назустріч до створення в Україні системи забезпечення участі громадськості у формуванні державної політики охорони здоров'я, принаймні, правова база для цього є.

Позитивним моментом тут є поступове формування розуміння в керівництва нашої поки що централізованої системи охорони здоров'я того, що громадську охорону здоров'я створити без суспільства, в принципі, неможливо. Про це нам постійно підказує досвід держав з ефективними системами громадської охорони здоров'я, де давно функціонує і система відповідної освіти в галузі громадської охорони здоров'я, а також численні документи, прийняті на міжнародному рівні з рекомендаціями державам-членам ВООЗ і Ради Європи про те, як треба будувати співробітництво із суспільством у цій сфері.⁴¹⁷

Кілька таких документів, прийнятих Комітетом міністрів Ради Європи, так і називаються "Рекомендації країнам-членам Ради Європи, по забезпеченню заходів, що сприяють активній участі громадян і пацієнтів у процесах прийняття рішень в галузі охорони здоров'я".⁴¹⁸ Інший документ, що має характер громадської угоди, прийнятий недавно в Римі, що включає, крім іншого, право громадян на активну участь в охороні здоров'я під назвою "Європейська хартія прав пацієнтів".⁴¹⁹ Іншими словами, в Європі спостерігається значний прогрес у галузі залучення громадян у вирішення багатьох проблем охорони здоров'я. Багато в чому, напевно, це й обумовлює ефективність охорони здоров'я сучасної Європи, чого в Україні ще немає.⁴²⁰

Охорона здоров'я як складна система відносин базується на застосуванні професійної діяльності медичних працівників, більшість з яких є вузькими спеціалістами і мають науково-практичну підготовку. Занурюючись у проблеми своєї спеціальності вони, до певної міри, визначають зв'язок з громадськістю і починають жити і працювати за професійно-корпоративними законами, вимагаючи вимагаючи на свої професійні проблеми все більше коштів. Ця тенденція прослідковується в усьому світі – робота лікаря, особливо вузького спеціаліста, розглядається як успішний бізнес. Недарма, в шкалі доходів громадян США лікарі стоять на 2-му місці після адвокатів,

⁴¹⁷ Вороненке Ю.В., Глуховский В.В., Коваленко А.С., Леха В.Н., Рудый В.М., Скоропада Л.Н., Солоненко И.Н. Состояние подготовки специалистов в области общественного здравоохранения в Украине и в мире. – К.: Сфера, 2003. – 86 с. ; Декларация про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі // Матеріали Європейської наради ВООЗ по правах пацієнта. – Амстердам, 1994. – 13с.

⁴¹⁸ Recommendation to Member States to ensure that citizens take an active part in decision-making process in health care. - 45th session of the European Health Committee (CDSP), Strasbourg. 1999. – P. 29 – 30.

⁴¹⁹ European Charter on Patients' Rights. Active Citizens Network Meeting. - Rome, 2002. – 12 p.

⁴²⁰ Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 25.

залишивши позаду себе представників дрібного і середнього бізнесу, менеджерів, фінансових консультантів, професорів, вчителів і т.д.

Тому західні моделі організації охорони здоров'я населення передбачають участь громадськості у вирішенні проблем медицини і охорони здоров'я, так як віддавати їх виключно на вирішення виключно медиків-професіоналів небезпечно – це призводить лише до подорожчання медичної допомоги. Західна модель охорони здоров'я виробила систему поєднання професійних інтересів медиків з інтересами громадськості, особливо якщо взяти до уваги, що ця громадськість складається виключно з платників податків.

Тут варто навести кілька прикладів з досвіду провідних країн у сфері надання медико-санітарної допомоги та системи охорони здоров'я.

Так, система охорони здоров'я Канади по праву вважається однією з кращих у світі і побудована таким чином, що вона дозволяє усім без винятку групам населення, незалежно від їхніх фінансових можливостей, одержувати медичну допомогу. В Канаді громадськість бере участь у питаннях фінансування охорони здоров'я практично на всіх рівнях, наприклад, участь у вирішенні питань компенсації за послуги лікарів. З 1994 року в Канаді діє Національний форум з питань здоров'я населення, створений з метою залучення громадськості й інших, зацікавлених сторін, до діалогу з метою визначення майбутніх напрямків розвитку системи охорони здоров'я населення Канади. За рішенням уряду Канади з 2002 року введена практика регулярного інформування канадців про все, що відбувається в системі охорони здоров'я, для чого розроблена національна стратегія системи інформації в галузі.

Загалом, канадську систему охорони здоров'я варто вважати в найвищій мірі системою громадської охорони здоров'я, в якій найбільш повно представлені інтереси громадськості, а на місцях діє розвинутий механізм громадського контролю і самоврядування.⁴²¹

Діяльність громадських рад охорони здоров'я Канади багато в чому схожа на діяльність таких же органів у Великобританії.

Приклад Канади та Великобританії наочно демонструє як діють механізми функціонування громадянського суспільства в досягненні ефективного вирішення проблем, що виникають в процесі формування державної політики охорони здоров'я.

Важливу роль у процесі забезпечення участі громадськості у процесі формування державної політики охорони здоров'я відіграють професійні об'єднання працівників охорони здоров'я. Як свідчить світовий досвід, вони здатні не тільки висловлювати думку громадян стосовно того чи іншого питання, пов'язаного з діяльністю системи охорони здоров'я, але й вносити конкретні пропозиції органам державної влади стосовно покращення надання медичної допомоги населенню країни.

⁴²¹ Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 26.

Так, наприклад, питаннями охорони здоров'я у США займається велика кількість різних асоціацій, найбільш важливими з яких є Американська медична асоціація, Американська лікарняна асоціація, Американська асоціація планування лікарень, Американська асоціація суспільної охорони здоров'я, медичних коледжів та ін.

Особливо велика роль у визначенні політики в області медичної допомоги населенню належить Американській медичній асоціації (American Medical Association — АМА), адміністративний центр якої розташований у Чикаго. Відповідно до загальноприйнятої концепції АМА є головним постачальником медичної допомоги в США і складає одну зі сторін у трикутнику — уряд, споживач і постачальник. Американська медична асоціація була заснована в 1847 р. у Філадельфії на зборах 250 лікарів, що представляли 22 штати. В даний час це могутня політична і професійна організація, що поєднує 54 медичні асоціації штатів, округів і міст, що у свою чергу об'єднують більш 19 тис. різних медичних організацій і союзів. Членами АМА є більш 74% американських лікарів.⁴²²

В умовах прогресуючого росту і без того високої вартості медичної допомоги АМА створила Національну комісію з ціноутворення лікування. Для того, щоб зберегти стабільні розцінки на медичну допомогу без погіршення якості лікування, створені стаціонари одноденного перебування хворого і деякі інші більш дешеві форми обслуговування населення. З іншого боку, АМА постійно працює з державними і приватними страховими компаніями, розробляючи більш прийнятні умови страхування пацієнтів.

Американська медична асоціація проводить також величезну санітарно-просвітню роботу. Мільйонними тиражами видає яскраві буклети з питань здорового способу життя і профілактиці захворювань, а також такі популярні книги, як „АМА, сімейний медичний довідник”, „Перша допомога в невідкладних випадках”, „Гарний сон і здоров'я”, „Здоров'я жінки”, „Здоров'я і гарне самопочуття після 50”. АМА готує щоденні радіо- і телевізійні медичні передачі з урахуванням побажань населення. Щотижня асоціація розсилає більш ніж у 3 000 видань пакет інформації про основні статті, що з'явилися в її журналах. Щомісяця АМА відповідає приблизно на 600 запитів, що надходять з газет, журналів, радіо і ТВ, а також з урядових закладів. І хоча Американська медична асоціація є суспільною госпрозрахунковою організацією, її думка досить авторитетна і нерідко є вирішальним у прийнятті законів, зв'язаних з виробництвом харчових продуктів, медикаментів, охороною навколишнього середовища.⁴²³

В аспекті обговорення питання про діяльність медичних асоціацій необхідно ще раз звернутися до досвіду Канади. Канадська медична асоціація відіграє провідну роль у системі громадського контролю охорони здоров'я, виконуючи при цьому освітню та юридичну функції. Виступаючи в захист лікарів і пацієнтів, асоціація бере участь у встановленні стандартів у галузі

⁴²² Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 35.

⁴²³ Ратнер Г. Американская медицинская ассоциация // Медицинская газета. – 1989. – 8 декабря.

медичної освіти, медичної практики і лікарської етики, а також сприяє підвищенню професійного рівня медичних працівників. Основними обов'язками асоціації є забезпечення підготовки необхідної кількості кваліфікованих лікарів, підтримка високого рівня професійних знань і нагородження медичних працівників за особливі заслуги, а також допомога в здійсненні перепідготовки медичних кадрів. Законодавство надає лікарям право і повноваження для здійснення самоврядування шляхом утворення органів, що ліцензують і регулюють.⁴²⁴

Однак, така картина в Україні є швидше ідеалізацією становища, ніж його реальним відтворенням, так як для залучення активної участі вказаних професійних медичних організацій у формуванні державної політики необхідно є низка політичних і соціально-економічних передумов. Наша держава набагато відстає від цих розвинених країн в плані забезпечення участі громадськості в у процесі формування державної політики охорони здоров'я, та й суспільство наше ще не готове прийняти на себе такий тягар відповідальності і ще не усвідомлює своєї значущості в державі. Та й наша держава не може забезпечити належного фінансування діяльності цих громадських організацій, а фінансування іноземних донорів явно не вистачає.

Громадської системи охорони здоров'я в Україні немає. Її й ніколи в Україні, у тому числі за часів будівництва соціалізму, не було. Це визначення завжди мало декларативний характер, як і багато інших визначень у законодавстві і політиці, що стосуються охорони здоров'я. Дійсної участі громадськості в діяльності системи охорони здоров'я також не було, та й не могло бути, тому що це не підтримувалося колишньою соціально-економічною системою.

⁴²⁴ Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 28.

Глава 5. Відповідність політики охорони здоров'я України міжнародним вимогам і стандартам

З часу здобуття державної незалежності Україна розпочала налагодження міжнародних зв'язків і відносин на принципово нових добросусідських і партнерських засадах. У 1991 році Україна як правонаступниця УРСР розпочала співробітництво з ООН, ВООЗ та іншими спеціалізованими установами ООН уже в статусі незалежного суб'єкта міжнародних відносин. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) була заснована 7 квітня 1948 р. із штаб-квартирою у м. Женеві, коли 26 країн-членів Організації Об'єднаних Націй, включаючи і тодішню Українську РСР, ратифікували її статут. Статут ВООЗ визначає провідну мету організації як можливість досягнення усіма людьми такого рівня здоров'я, який давав би їм змогу вести соціально та економічно активне життя.⁴²⁵ У 1977 році на Всесвітній зустрічі з питань охорони здоров'я ці ідеї було покладено в основу стратегії „Здоров'я для всіх до 2000 року”.

Між Урядом України та ВООЗ була укладена базова угода про встановлення „рамкових” умов технічного та консультативного співробітництва. У 1994 р. засновано Бюро ВООЗ з координації зв'язків з Україною,⁴²⁶ укладені відповідні середньо-термінові угоди між Міністерством охорони здоров'я України та Європейським регіональним бюро ВООЗ на 1994 – 1995, 1996 – 1997, 1998 – 1999 та 2000 – 2001 рр. На чільному місці в процесі імплементації згаданих домовленостей перебуває цілий комплекс заходів у рамках програми „Євроздоров'я”. Цю програму розробило Європейське регіональне бюро ВООЗ для підтримки країн Центральної та Східної Європи, що переживають складний етап політичного, економічного і структурного реформування. Вона передбачає надання значної консультативної, матеріальної і фінансової допомоги цим країнам. Україна як один із реципієнтів програми „Євроздоров'я” отримує допомогу в трьох формах:

- постачання вакцин, лікарських засобів та базового медичного устаткування;
- співпраця з іншими урядовими структурами України для розроблення національної політики у сфері охорони здоров'я, яка відповідає б принципам глобальної стратегії ВООЗ „Здоров'я для всіх”;
- дорадчі взаємовідносини щодо реалізації цієї політики шляхом практичного впровадження національних програм, які відповідають стратегічним пріоритетам ВООЗ.⁴²⁷

⁴²⁵ Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. – Женева, 1988. – С. 5.

⁴²⁶ Бюро ВООЗ в Україні / Календар. – К., 1998. – С. 2.

⁴²⁷ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. - К.: Здоров'я, 2003. – С. 368.

Однією з вимог міжнародних організацій і, зокрема, Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), було здійснення керівництва охороною здоров'я на основі відповідних комплексних програм – у цій сфері СРСР значно відставав від міжнародної практики. Цьому в значній мірі перешкоджала існуюча в СРСР командно-адміністративна система управління із притаманним лише їй директивним способом планування і керівництва, який аж ніяк не ув'язувався з міжнародними вимогами і стандартами.

Незважаючи на суттєві ідеологічні розбіжності між країнами соціалістичного табору і країнами Заходу та режим „холодної війни”, співпраця та обмін інформацією між СРСР та ВООЗ все ж таки відбувалися. У складі апарату ВООЗ були постійні представники від Радянського Союзу та експерти-провідні радянські лікарі, і коли ВООЗ приймала свої документи – принципи, рекомендації, резолюції, – то вони формально поширювались і на СРСР.

Формування політичних і нормативно-правових засад політики охорони здоров'я ставить на порядок денний питання про практичні результати її реалізації. В умовах хронічної нестачі коштів на нормальне фінансування діяльності системи охорони здоров'я, забезпечити її більш-менш задовільне функціонування можливо лише на основі співпраці з міжнародними організаціями, зокрема, ООН, ВООЗ, міжнародної організації Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, підготовки менеджерів і політиків охорони здоров'я, співпраці з політичними партіями, громадськими і релігійними організаціями, всіма органами державної влади і місцевого самоврядування.⁴²⁸

В умовах міжнародної інтеграції і глобалізації всіх суспільних відносин формування державної політики в галузі охорони здоров'я неможливе без здійснення стратегії інтеграції до Європейського Союзу, розширення і зміцнення міжнародних зв'язків.

Останніми роками у світі значно зросла роль партнерства: між різними організаціями системи Організації Об'єднаних Націй (ООН), урядовими і неурядовими організаціями, громадянським суспільством, окремими країнами. Прикладом цьому можна вважати організацію роботи на новій якості або корпоративну стратегію ВООЗ при вирішенні важливих проблем боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом, малярією, поліомієлітом, вакцинації населення та інше. Як відомо, ця організація має свою стратегію на найближчі роки і серед численних її задач можна виділити чотири стратегічні напрями демографічного, профілактичного, медико-соціального, фінансово-економічного і міжсекторального характеру:

- зменшення надмірної смертності, захворюваності й Інвалідності, особливо серед бідних і маргіналізованих груп населення;
- сприяння здоровому способу життя і зменшенню факторів ризику

⁴²⁸ 3. С. Гладун. Державна політика охорони здоров'я: організаційно-правові проблеми становлення // Актуальні проблеми політики. Збірник наукових праць / Голов. Ред. С.В. Ківалов; відп. за вип.. Л.І. Кормич – Одеса: Юридична література, 2004. – Вип. 19. – С. 266.

захворювань, що виникають у зв'язку з екологічними, економічними, соціальними і поведінковими причинами;

- розвиток систем охорони здоров'я, які справедливим чином покращують результати здоров'я, відповідають вимогам людей і є справедливими у фінансовому відношенні;
- формування розширеної можливості політики і створення сприятливого середовища для сектора охорони здоров'я, а також сприяння включенню аспектів здоров'я в соціальну, економічну політику і політику в області навколишнього середовища і розвитку.

Практика показує, що саме на основі цих стратегічних напрямів розроблялися і здійснювалися різні заходи і програми ВООЗ із такою ширшою і відомішою всім метою, як досягнення здоров'я для всіх.

У цьому контексті необхідно нагадати такий найважливіший документ ООН, як "Цілі тисячоліття Організації Об'єднаних Націй в області розвитку", коли на Самміті тисячоліття ООН у Нью-Йорку (вересень, 2000 р.) лідери всього світу погоджували групу глобальних цілей в області розвитку. Три з восьми цілей тисячоліття в області розвитку, 8 з 18 задач і 18 з 48 показників охоплюють сфери, пов'язані з проблемами здоров'я. Вони включають скорочення дитячої смертності, поліпшення охорони материнства та дитинства, боротьбу з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом, малярією та іншими захворюваннями, надання і поліпшення доступу до основних і недорогих лікарських засобів у країнах, що розвиваються. Інші цілі, такі як ліквідація крайньої бідності і голоду, рівність чоловіків і жінок, розширення прав жінок мають окремі аспекти, пов'язані із здоров'ям. Досягнення цих цілей вимагає злагодженої і глобальної стратегії, направленої на поліпшення доступу населення до основних служб охорони здоров'я. Відповідна резолюція ООН, прийнята у травні 2002 року, закликає держави-члени, а це практично всі країни світу, посилити і розширити можливості щодо досягнення цілей, що містяться в Декларації тисячоліття. Поліпшення здоров'я малозабезпечених і знедолених людей – це не тільки мета стійкого економічного розвитку, але і засіб його досягнення.

Важливою проблемою є і залишається проблема визнання і забезпечення прав людини на охорону здоров'я. У Статуті ВООЗ (1946 р.) головною кінцевою метою діяльності цієї Організації і її держав-членів (191) названо досягнення всіма людьми щонайвищого рівня здоров'я. Згідно з визначеннями Статуту ВООЗ, основне право кожної людини – це володіння щонайвищим досяжним рівнем здоров'я. На жаль, право на здоров'я ще не стало головним провідним і найпріоритетнішим серед соціально-економічних, політичних, культурних та інших прав людини. Проте, ВООЗ активно прагне поглибити розуміння зв'язку між здоров'ям і правами людини, реалізуючи це через три широкі області діяльності:

- сприяння здоров'ю як право людини;
- розробка підходу, заснованого на здоров'ї і правах людини;
- підтримка держав-членів ВООЗ стосовно включення прав людини в

політику і стратегії у сфері охорони здоров'я.

Паралельно з процесами входження України до Ради Європи відбувалися процеси підготовки до правової інтеграції до Європейського Союзу (ще в 1991 р. Європейські Співтовариства визнали Україну як незалежну державу). Інтеграцію до Євросоюзу міністр закордонних справ України Б.Тарасюк назвав "важливим реформостимулюючим фактором як для економіки, так і для законодавчої бази України".⁴²⁹

Статут Ради Європи був підписаний 5 травня 1949 року, і на цей момент до складу організації входили 10 держав. Станом на 2003 рік вона об'єднує 45 європейських держав. Статус незалежних спостерігачів у міждержавних структурах Ради Європи мають Канада, США, Японія.

У Статутних документах Ради Європи зафіксовані такі основні завдання:

- захист та зміцнення плюралістичної демократії та прав людини, сприяння усвідомленню та розвитку європейської культурної самобутності;
- пошук спільних шляхів вирішення соціальних проблем (зокрема таких, як національні меншини, ксенофобія, релігійна расові, етнічна нетерпимість, захист довкілля, біоетика, СНІД, наркоманія тощо);
- надання допомоги країнам Центральної та Східної Європи у проведенні та активізації політичних, законодавчих і конституційних реформ;
- широка політична та правова діяльність, уніфікація європейського законодавства, прийняття конвенцій, що мають обов'язковий характер для держав, що входять до Ради Європи⁴³⁰.

Виходячи із ст. 1 Статуту Ради Європи та відповідної частини преамбули Європейської конвенції про права людини 1950 р.⁴³¹, які визнають верховенство права (на основі примату міжнародного права), ці акти створюють міжнародно-правовий стандарт поведінки для держав-учасниць, який має зобов'язуючий характер. Таким чином, держави-учасниці зобов'язуються у межах своєї юрисдикції гарантувати права і свобода людини, визнані у цій Конвенції, а отже, встановлюється примат конвенційних норм у внутрішньому праві.⁴³²

⁴²⁹ Європейська ідея як складова національної ідеї (інтерв'ю Міністра закордонних справ України Б. Тарасюка) // Урядовий кур'єр. – 1999. – № 39. – 2 березня. – С. 4.

⁴³⁰ Л.А. Луць. Сучасні правові системи світу. Навчальний посібник. – Львів: юридичний факультет Львівського національного університету ім. І. Франка, 2003. – С. 213.

⁴³¹ Європейська конвенція з прав людини. – К., 1995. – С. 3.

⁴³² Луць Л.А. Європейські міждержавні правові системи та проблеми інтеграції з ними правової системи України (теоретичні аспекти): Монографія. – К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2003. – С. 214.

Певну роль в організації співпраці між ЄС та іншими державами, відіграє Комітет з питань екології, охорони здоров'я та споживчої політики. Це постійний допоміжний підрозділ Європарламенту.

Його основне призначення полягає в дослідженні питань, що належать до його відання і складання звітів, перекладених всіма офіційними мовами Співтовариства, відповідно до континентальної парламентської практики, що становить основу для дебатів. Однак тільки резолюції, що випливають зі звітів, є предметом голосування. На практиці комітет не тільки складає звіти для парламентських дебатів, але також і взаємодіє з Комісією та Радою, саме так гарантуючи згуртованість Співтовариства⁴³³.

Важливим напрямом правової інтеграції України до Європейського Союзу Стратегія інтеграції визнала адаптацію законодавства України до законодавства Європейського Союзу, забезпечення прав людини. Така адаптація має здійснюватися шляхом зближення із сучасною європейською системою права; вона передбачає реформування правової системи України, поступове приведення її у відповідність до європейських стандартів і охоплює приватне, митне, трудове, фінансове, податкове законодавство та інші галузі, інститути законодавства, визначені Угодою про партнерство і співробітництво.⁴³⁴

Отже, правові стандарти Ради Європи – це принципи та норми. Зафіксовані в основних джерелах права Ради Європи, які містять єдині європейські правові вимоги до держав-учасниць і визначають їх діяльність у межах європейського правового простору⁴³⁵.

Водночас необхідно відзначити, що за більш ніж 50-річний період функціонування Ради Європи сформувалася її правова система. В основі її формування є загальноєвропейські закономірності розвитку, інтеграційні та інші процеси, пов'язані з впровадженням у практику ідеї „єдиної стабільної Європи”.⁴³⁶

⁴³³ Грицяк І.А. Право та інституції Європейського Союзу: Навчальний посібник. – К.: „К.І.С.”, 2004. – С. 160-163.

⁴³⁴ Луць Л.А. Європейські міждержавні правові системи та проблеми інтеграції з ними правової системи України (теоретичні аспекти): Монографія. – К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2003. – С. 220.

⁴³⁵ Л.А. Луць. Сучасні правові системи світу. Навчальний посібник. – Львів: юридичний факультет Львівського національного університету ім. І. Франка, 2003. – С. 224.

⁴³⁶ Л.А. Луць. Сучасні правові системи світу. Навчальний посібник. – Львів: юридичний факультет Львівського національного університету ім. І. Франка, 2003. – С. 216.

Основними умовами приєднання держав до Ради Європи є визнання ними принципу верховенства права, плюралістичної демократії, зобов'язання забезпечити права та основні свободи людини всім особам, які перебувають під їхньою юрисдикцією, ефективна співпраця з іншими державами для досягнення цілей Ради Європи.⁴³⁷

Активно розвиваються міжнародні зв'язки і відносини з урядовими та неурядовими органами та організаціями Сполучених Штатів Америки. У межах співробітництва з Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) в Україні було втілено низку програм, у тому числі:

- програма вивчення захворюваності на лейкемію та частоти інших гематологічних захворювань серед учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС;
- програма дослідження частоти раку та інших захворювань щитоподібної залози в Україні, спричинених Чорнобильською аварією;
- програма гуманітарної медичної допомоги Україні від США;
- програма з проблеми раку молочної залози;
- програма оздоровлення дітей, потерпілих внаслідок Чорнобильської аварії;
- програма надання медичної допомоги щодо планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я;
- програма запобігання природженим вадам розвитку;
- програма застосування адекватних технологій в галузі охорони здоров'я.⁴³⁸

Значно активізувалася діяльність МОЗ України в напрямку організації міжнародних контактів і співпраці українських медиків із зарубіжними колегами і партнерами. У складі міністерства було створено спеціальний підрозділ, відповідальний за даний напрямок діяльності. За період 1991—2001 рр. Управління міжнародних зв'язків МОЗ України оформило стажування за кордоном та службові творчі відрядження 1382 фахівцям галузі до 62 країн світу. Базовий підхід до підготовки, здійснення та практичного втілення результатів кожного такого зарубіжного відрядження полягає в тому, щоб досягти посилення кадрових ресурсів галузі, підвищення рівня їх професійної компетентності, сучасного наукового рівня, методичних та практичних навиків. Моніторинг ефективності зарубіжних відряджень МОЗ України здійснює з урахуванням рекомендацій ВООЗ, зокрема,

⁴³⁷ Луць Л.А. Європейські міждержавні правові системи та проблеми інтеграції з ними правової системи України (теоретичні аспекти): Монографія. – К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2003. – С. 207.

⁴³⁸ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 373.

перспективного завдання створити до 2010р. "системи планування, які дадуть змогу забезпечити необхідну кількість і різноманітність складу медичних професій з урахуванням сучасних і майбутніх потреб медико-санітарних служб".

Існує нагальна необхідність подальшого поглиблення міжнародних відносин галузі з цілої низки проблем охорони здоров'я. Зокрема, це засвідчила друга щорічна міжнародна конференція з проблем донорства (2001 рік — рік охорони здоров'я населення України"), яка відбулася в Києві 7—8 грудня 2000 р. Важливість проведення конференції була зумовлена тим, що, згідно з Указом Президента України "Про додаткові заходи, спрямовані на покращення охорони здоров'я в Україні", 2001 рік було проголошено "Роком охорони здоров'я населення України". У своєму виступі на конференції Міністр охорони здоров'я України В. Ф. Москаленко, зокрема, зазначив: "Сьогодні Україна потребує фінансової і технічної допомоги від інших країн та міжнародних організацій, об'єднання зусиль країн-донорів для вирішення пріоритетних, вкрай важливих напрямів реформування нашої національної системи охорони здоров'я, особливо таких, як медичне страхування населення, первинна медико-санітарна допомога, репродуктивне здоров'я жінок і чоловіків, контроль над поширенням туберкульозу, проблема стримання поширення ВІЛ/СНІДу, забезпечення міжнародних стандартів якості вітчизняних лікарських засобів".⁴³⁹

⁴³⁹ Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко та ін. — К.: Здоров'я, 2003. — С. 373 — 374.

16.05.2005

Розділ IV. Реалізація державної політики охорони здоров'я

Глава 1. Інституційний механізм реалізації державної політики охорони здоров'я

Відповідно до чинного законодавства, суб'єктами реалізації державної політики охорони здоров'я є: громадяни України та об'єднання громадян, Президент України; Верховна Рада України; Кабінет Міністрів України; Рада національної безпеки і оборони України; міністерства та інші центральні органи виконавчої влади; Національний банк України; суди загальної юрисдикції; прокуратура України; місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування і, нарешті, заклади охорони здоров'я як основна ланка системи охорони здоров'я і надання медичної допомоги.

Реалізацію політики охорони здоров'я покладають на центральні й місцеві органи виконавчої влади, місцевого самоврядування, органи управління охороною здоров'я галузевої компетенції, заклади охорони здоров'я, та громадян, які повинні піклуватися про своє здоров'я і здоров'я своїх дітей, виконувати вимоги чинного законодавства про охорону здоров'я — своєчасно проходити медичні огляди (для певних категорій осіб — дітей, підлітків, вагітних жінок, працівників окремих виробництв і професій), робити щеплення та ін.

Найважливішими суб'єктами реалізації політики охорони здоров'я є людина (громадянин). Це навколо нього та його інтересів щодо охорони і зміцнення здоров'я „крутиться” діяльність всієї системи охорони здоров'я. Важливими суб'єктами реалізації політики у цій сфері є центральні та місцеві органи виконавчої влади і місцевого самоврядування спеціальної компетенції — Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління (головні управління) охорони здоров'я облдержадміністрацій, управління і відділи охорони здоров'я міських рад.

Для успішної реалізації політики охорони здоров'я потрібно точно визначити цілі, на які вона спрямована, а також результати, яких необхідно досягнути. Тому вкрай актуальною і важливою для України в перехідний період є необхідність вдосконалення системи і механізмів реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я відповідно до сучасних суспільних потреб.

Державна політика охорони здоров'я, як було зазначено вище, формується вищими органами державної влади і передусім Верховною Радою, Президентом і Кабінетом Міністрів України, а реалізується всією системою органів державної влади, органами місцевого самоврядування, політичними партіями і громадськими організаціями, підприємствами, установами, організаціями та громадянами України. Особливу роль у здійсненні цієї політики відіграють такі суб'єкти як громадяни України (їх найбільше!), органи державної

влади та місцевого самоврядування, а також заклади охорони здоров'я, які в процесі своєї практичної діяльності по наданню медико-санітарної допомоги та проведенню інших заходів є основними суб'єктами реалізації політики у цій сфері.

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу.

Політика охорони здоров'я визначає зміст діяльності держави та її органів влади, що охоплюється відповідними аспектами функції охорони і зміцнення здоров'я населення держави. Центральна роль у процесі реалізації політики у сфері охорони здоров'я належить державі, зокрема, органам виконавчої влади, які на практиці забезпечують виконання її положень і втілення їх у життя. Значна роль у цьому процесі відводиться також органам місцевого самоврядування, що дає підстави говорити про державно-правовий механізм реалізації політики у цій сфері.

До складу державно-правового механізму реалізації політики охорони здоров'я входить вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права, задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, а також їх повноважень та відносин між собою та іншими суб'єктами.

У його складі проглядається три наступні, взаємопов'язані між собою, частини.

По-перше, це вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, тобто **інституційний механізм охорони здоров'я**.

По-друге, це сукупність повноважень та відносин вказаних органів між собою та іншими суб'єктами, яка включає правові відносини що виникають при реалізації політики охорони здоров'я та специфічні ролі, форми і методи діяльності суб'єктів реалізації цієї політики.

По-третє, це система правових норм та принципів, які творять законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес реалізації політики охорони здоров'я, тобто **правовий механізм охорони здоров'я**.

Державна політика охорони здоров'я сьогодні нормативно визначена і закріплена в Концепції розвитку охорони здоров'я України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 року. Її аналіз дозволяє визначити три основні напрямки реалізації політики охорони здоров'я.

По-перше, це створення сучасного законодавства, що регулює відповідні суспільні відносини в сфері охорони здоров'я, встановлює правила поведінки та відповідальність суб'єктів правовідносин у цій сфері.

По-друге, це вдосконалення діяльності, реорганізація чи ліквідація (при потребі) відповідних державних органів, уточнення їх повноважень щодо управління охороною здоров'я, оптимізація роботи їх апарату.

І по-третє, це застосування в процесі діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів права законодавства з метою реалізації політики охорони здоров'я.

Метою державної політики у сфері охорони здоров'я є реалізація положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України визначає, що завданнями державної політики є:

- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля;
- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді; посилення боротьби із шкідливими звичками; розвиток фізичної культури і спорту;
- забезпечення раціонального збалансованого харчування населення;
- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;
- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я;
- удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників та пацієнтів;
- визначення критеріїв щодо диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;
- інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в тому числі медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів та виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості.

Вказана Концепція до суб'єктів її реалізації відносить:

- Міністерство охорони здоров'я України як головний (провідний) орган у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;
- на районному та міському рівні управлінські функції виконують районні та міські лікарні (або інші заклади охорони здоров'я), які визначені центральними для району, міста.
- територіальна громада міста, села, селища забезпечуватиме контроль за наданням та фінансуванням медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Кінцевою метою реалізації Концепції є досягнення таких цілей: збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей; створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі; формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах; ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

Держава зберігатиме за собою зобов'язання щодо захисту конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, контролюватиме якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

На жаль, вказана Концепція серед суб'єктів її реалізації не згадала політичні партії, громадські організації, інші об'єднання громадян, і що саме головне, самих громадян. Видається, що з сучасних демократичних позицій місця і ролі громадянина і держави в суспільстві, саме громадянин є найважливішим не лише об'єктом, а й суб'єктом реалізації державної політики.

Реалізація державної політики охорони здоров'я здійснюється шляхом державного управління і державного регулювання вказаних відносин. Відповідно до ст. 113 Конституції України державне управління здійснюють органи виконавчої влади, які очолює Кабінет Міністрів України.

Для організації практичного здійснення державної політики охорони здоров'я між вказаними суб'єктами мають встановитись службові зв'язки і відносини, а це можливо лише шляхом їх організації і закріплення в актах чинного законодавства.

Між політикою і законодавством існує тісний функціональний зв'язок, внаслідок якого політичні ідеї втілюються в норми законодавства, які, в свою чергу, формуються в руслі певних політичних доктрин і концепцій. Основні засади політики охорони здоров'я закріплюються в нормах законодавства. Взагалі, законодавство є найбільш концентрованим виявом політичних ідей; між політикою і законодавством існують тісні глибинні зв'язки. Особливостями законодавства про охорону здоров'я є надзвичайно широкий спектр суспільних відносин, які регулюються його нормами, а також величезна кількість та ієрархія цих норм. Практично немає такого питання, яке б тією чи іншою мірою не стосувалося здоров'я людини, будь то сфера чи матеріального виробництва, чи поза виробничої діяльності людей – відпочинок, освіта, культура, духовне життя. Вся діяльність будь-яких об'єктів чи то окремих людей підпадає під державний санітарний нагляд, здійснення якого покладено на державну санітарно-епідеміологічну службу, підпорядковану Міністерству охорони здоров'я України.

Усі органи виконавчої влади, що здійснюють державне управління в сфері охорони здоров'я, можна розділити на 2 групи:

- органи виконавчої влади загальної компетенції;
- органи виконавчої влади спеціальної (галузевої) компетенції.

До першої групи належать Кабінет Міністрів України, Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні й районні державні адміністрації, міські державні адміністрації в містах Києві та Севастополі. Метою діяльності системи органів виконавчої влади загальної компетенції є забезпечення здійснення в країні державного управління в усіх сферах, галузях і комплексах, тобто забезпечення керованості суспільним і державним життям у країні.

До другої групи належать Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій і головні лікарні районів.

В основі побудови системи органів виконавчої влади спеціальної (галузевої) компетенції, які також утворюються відповідно до адміністративно-територіального поділу держави, покладений змістовний принцип, суть якого полягає у тому, що зміст діяльності того чи іншого органу виконавчої влади визначає його завдання і функції, а останні впливають на формування його внутрішньої структури.

Формування політичних і нормативно-правових засад політики охорони здоров'я ставить на порядок денний питання про практичні результати її реалізації. В умовах хронічної нестачі коштів на нормальне фінансування діяльності системи охорони здоров'я, забезпечити її більш-менш задовільне функціонування можливо лише на основі співпраці з міжнародними організаціями, зокрема, ООН, ВООЗ, міжнародної організації Червоного Хреста, підготовки менеджерів і політиків охорони здоров'я, співпраці з політичними партіями, громадськими і релігійними організаціями, всіма органами державної влади і місцевого самоврядування.

Глава 2. Форми і методи реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Не менш важливою частиною державної політики у сфері охорони здоров'я є форми і методи її реалізації. Нарешті, формування політики в галузі охорони здоров'я ґрунтується на прийнятті рішень, і методологічна база цієї частини формування державної політики складається з методології управління як процесу і методології охорони здоров'я – як об'єкта управління. На вибір методології впливає ряд чинників політичного, соціально-економічного та національного характеру, таких як територія країни, її розміри та кількість населення, національні та господарські завдання охорони здоров'я, соціальний склад населення, культурний рівень та правова свідомість громадян, існуючі форми організації охорони здоров'я, взаємодія вертикального та горизонтального управління⁴⁴⁰.

Ще в останнє десятиріччя існування СРСР неодноразово робились спроби створити певні програми, в яких закріпити перспективні напрямки розвитку охорони здоров'я в країні. Цьому сприяла і співпраця із міжнародними організаціями, зокрема із Організацією Об'єднаних Націй та Всесвітньою організацією охорони здоров'я, які в своїх рекомендаціях пропонували певні моделі організації надання медичної допомоги, впровадження медико-санітарних правил і норм та ін.

Наприклад однією з істотних вимог міжнародних організацій і, зокрема, ВООЗ, було і залишається – здійснення керівництва охороною здоров'я на основі відповідних комплексних програм. Відповідно в Україні застосовується програмно-цільовий метод планування видатків для фінансування системи охорони здоров'я, який законодавчо закріплений в Бюджетному кодексі України і вже чотири роки використовується при складанні державного бюджету. Для цього була створена достатня нормативна база – ціла низка прийнятих національних державних програм цільового спрямування. Лише за 2003 рік їх було затверджено десять.

Прийняття подібних програм є цілком обґрунтованим і виправдане часом та практикою, адже, по-перше, дало змогу визначити пріоритети, і, по-друге, не розпоршувати і без того недостатні фінансові ресурси, а сконцентрувати їх на вирішенні найгостріших проблем в охороні здоров'я.

Саме за рахунок діючих програм у Міністерства охорони здоров'я України, стверджував Державний секретар цього міністерства Ю. В. Поляченко на підсумковій колегії вказаного міністерства 20 березня 2002 року, була

⁴⁴⁰ А. Недоступ. Русское врачевание вчера, сегодня и завтра. / Материалы конференции. — М., 1995. — С. 129—137.

можливість утримувати динаміку збільшення планових видатків на охорону здоров'я, в тому числі і на 2003 рік.⁴⁴¹

Зазначимо, що спроби створити певну загальнонаціональну (державну) програму розвитку охорони здоров'я в Україні робилися ще у 80-90-их рр. ХХ ст., зокрема у формі підготовки проекту закону Української РСР „Про охорону здоров'я”, яке здійснювало республіканське Міністерство охорони здоров'я. Цей законопроект був заснований на застарілих принципах командного управління і соціалістичної розподільчої системи охорони здоров'я. На низових рівнях, зокрема обласних, він зумовив велику зацікавленість медичної громадськості й посприяв пошуку та обговоренню нових моделей організації охорони здоров'я, розробки власних законопроектів, загальнодержавних і місцевих програм розвитку охорони здоров'я. Їх активно обговорювали на зборах медичних працівників в лікарнях, в осередках Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ), відділах та управліннях охорони здоров'я виконкомів обласних і міських рад. Преса публікувала різноманітні варіанти законопроектів – чернігівський, дніпропетровський, запорізький, чернівецький, львівський та ін.

За ініціативою Українського лікарського товариства у Львові Комісія з питань здоров'я людини Верховної Ради України 10-11 квітня 1992 р. провела у Львові науково-теоретичну конференцію, визнавши львівський проект Концепції охорони здоров'я громадян України найбільш вдалим. На його основі й було у травні-жовтні 1992 р. підготовлено проект Основ законодавства України про охорону здоров'я, який Верховна Рада України прийняла 19 листопада 1992 р. Цим Україна засвідчила бажання йти шляхом творення демократичної правової соціальної держави, яка визнає і захищає права своїх громадян і прагне прилучитися до глобальної політики світового співтовариства в галузі охорони здоров'я людей. Саме таким цивілізованим і правовим способом було створено законодавче підґрунтя для формування політики охорони здоров'я.

Формування політики у сфері охорони здоров'я прямо або опосередковано базується на Конституції України, чинному законодавстві, політичних та адміністративних рішеннях, які приймають відповідні органи державної влади і об'єктивуються у виступах та посланнях Президента України, в Програмах діяльності Кабінету Міністрів, в заявах та виступах Прем'єр-міністра, міністра охорони здоров'я, у тому числі через їх накази та розпорядження.

Відносно до недавнього часу форми організації управлінської діяльності носили, як правило, статичний характер. Для всіх структурних підрозділів застосовувався єдиний принцип побудови організації.

⁴⁴¹ Про підсумки роботи галузі охорони здоров'я України за 2002 рік. Доповідь Державного секретаря Міністерства охорони здоров'я України Поляченка Ю. В. на підсумковій колегії МОЗ (20.03.2002 р.). – К., 2003. – С. 16.

У другій половині 40-х років ХХ ст., із зростанням темпу нововведень з'явився перший динамічний тип структури (матриця проектів).

Деякі фахівці вважають механістичний підхід синонімом веберовської бюрократичної організації. Німецький соціолог і економіст Макс Вебер відомий тим, що сформулював на початку ХХ ст. поняття бюрократії як організації, що має такі характеристики:

- організація діє відповідно до правил і процедур, спеціально встановлених вищим керівництвом для контролю поведінки працівників;
- керівники під час прийняття рішень мають виконувати формальні правила і процедури;
- працівник підпорядковується управлінській посаді, а не особі, яка обіймає цю посаду;
- кожний працівник вузько спеціалізується в роботі, має чітко окреслені зобов'язання, необхідні права і владу;
- організація побудована за чітко ієрархічним принципом, де кожний нижчий рівень перебуває під контролем і управлінням вищого;
- кадри добираються за професійними якостями в рамках системи вільного набору. На посаду призначають, а не обирають.
- просування кадрів відбувається по службових сходинках, визначених керівником та власником. Керівник підпорядковується тим самим правилам дисципліни і контролю, що й усі інші працівники.

Традиційна організаційна структура є комбінацією лінійної і функціональної департаментизації. Ці організаційні структури управління історично виникли в рамках фабрично-заводського виробництва і виявились відповідною "організаційною" реакцією на ускладнення виробництва і необхідність взаємодії за умов, що змінюються з великою кількістю інститутів зовнішнього середовища (масовий споживач, фінансові організації, міжнародна конкуренція, законодавство, керівництво тощо). Основою цієї схеми є лінійні підрозділи, які виконують в організації головну роботу, і обслуговуючі спеціалізовані функціональні підрозділи, що створюються на "ресурсній" основі: кадри, фінанси, план, сировина, матеріали тощо⁴⁴².

Міністерство охорони здоров'я України здійснює керівництво сферою охорони здоров'я населення в таких формах:

- а) реалізації державної політики охорони здоров'я населення, загальнодержавних, національних та місцевих програм охорони здоров'я;
- б) оперативного управління підпорядкованими органами та закладами охорони здоров'я державної форми власності;
- в) державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я;
- г) державного контролю за якістю надання медичної допомоги і охорони здоров'я, ліків, наркотичних речовин та ін.

Виходячи з цього можна визначити характерні ознаки міністерства, суть яких полягає у тому, що :

⁴⁴² Бідняк Н.М. Організація управління: Навч. посібн. – К.: А.С.К., 2003. – С. 38.

- 1) міністерство є органом публічної (державної) влади;
- 2) міністерство відноситься до особливого виду державних органів – до органів виконавчої влади;
- 3) міністерство є центральним (а не місцевим) органом;
- 4) міністерство покликане здійснювати державне управління певними об'єктами, які утворюють систему міністерства;
- 5) міністерство здійснює державне керівництво, у тому числі і державне регулювання в межах відповідної сфери чи галузі відносин.

Сукупність урядових та корпоративних методів керування галуззю з метою підтримки її життєдіяльності в сучасних умовах формує і стратегію державної системи охорони здоров'я.

Формулюючи стратегію покращення охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України визначило, що вона здійснюватиметься за такими напрямками:

- поетапне збільшення державних асигнувань в охорону здоров'я, їх раціоналізацію та ефективне використання;
- підвищення якості медичних послуг;
- переорієнтація охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань;
- запобігання інфекційним захворюванням;
- зниження ризиків для здоров'я, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом довкілля;
- забезпечення дальшого реформування системи охорони здоров'я шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- створення єдиного простору медичних послуг;
- формування керованого розвитку платних медичних послуг;
- введення державного соціального медичного страхування.⁴⁴³

Законодавчою основою здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я населення і надання йому медико-санітарної допомоги повинна стати гарантована державою медична програма, яка містить перелік видів і обсягів медичної допомоги, що надається безкоштовно, перелік груп населення, що мають право на її одержання, ресурсні нормативи і джерела фінансування.⁴⁴⁴

Участь громадськості в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я

Регіональні організації Товариства Червоного Хреста України провели чимало санітарно-освітніх та пропагандистських заходів. Зокрема, у школах Автономної Республіки Крим, Закарпатської, Миколаївської, Рівненської,

⁴⁴³ Матеріали звіту на „Дні Уряду України” у Верховній Раді України „Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення”. 14 листопада 2000 р. – К., 2001. – С. 18 – 19.

⁴⁴⁴ Постанова Кабінету Міністрів України № 955 від 11.07.2002 року. „Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги”// Офіційний вісник України.– 2002. – №28. – Ст. 1324.

Тернопільської, Херсонської, Черкаської, Київської, Чернівецької, Чернігівської та інших областей були проведені лінійки, тематичні дискотеки, вікторини, лекції, брейн-ринги, бесіди, тематичні ігри та виставки з питань здорового способу життя, профілактики туберкульозу, під час яких волонтери і працівники Товариства Червоного Хреста України ознайомили учнів із станом захворюваності на туберкульоз та СНІД в Україні, проявами й ознаками захворювання, методами профілактики. Чернігівський обласний комітет Товариства Червоного Хреста України залучив до участі в акції відомих спортсменів, зокрема, олімпійську чемпіонку Валентину Цербе, молодих бізнесменів.

Упродовж останніх років робоча група координаторів реалізації Програми Національного комітету Товариства Червоного Хреста України регулярно проводила прес-конференції та брифінги для журналістів засобів масової інформації в ДІНАУ, Українському домі. Національному Комітеті Товариства Червоного Хреста, семінари для працівників засобів масової інформації, на які запрошувались представники уряду, міністерств і відомств, вчені Інституту фтизіатрії і пульмонології АМН України та лікарі-фтизіатри. Постійно у друкованих та електронних центральних і регіональних засобах масової інформації керівники, співробітники і волонтери Товариства Червоного Хреста України наголошують на вірогідності небезпеки виходу з-під контролю епідемії туберкульозу та актуальності соціальної підтримки хворих на туберкульоз, а також інформаційної та санітарно-освітньої діяльності.⁴⁴⁵

Важливою складовою своєї діяльності Національний комітет Товариства Червоного Хреста України вважає зміцнення патронажної служби для надання допомоги закладам Міністерства охорони здоров'я України щодо раннього виявлення хворих на туберкульоз, перш за все бактеріоносіїв, та профілактики захворювання. Усвідомлюючи значення ранньої діагностики та кваліфікованого лікування туберкульозу як найважливішої умови розриву епідемічного ланцюга, зменшення резервуару туберкульозної інфекції та попередження розвитку хіміо-резистентних і хронічних форм туберкульозу, в рамках реалізації Програми Національний комітет Товариства Червоного Хреста України спільно з фтизіатричною службою провів понад 30 навчальних семінарів для патронажних сестер і волонтерів Червоного Хреста (понад 800 осіб з усіх областей України). Це дозволило підвищити фаховий рівень та поінформованість з питань своєчасного виявлення і вдосконалення діагностики туберкульозу у пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою. Розроблені методичні матеріали та посібники, в яких висвітлені алгоритми виявлення туберкульозу в амбулаторних умовах, правила збору і транспортування мокротиння, методи і тактика виявлення туберкульозу серед населення шляхом широкого застосування «активного» виявлення у групах ризику та «пасивного» — за звертанням хворих, питання

⁴⁴⁵ Усічено І.Г. Співпраця товариства червоного хреста України, органів влади та закладів охорони здоров'я у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами // Охорона здоров'я України. – 2002. – №2(5). – С. 59.

соціального захисту хворих на туберкульоз як важливої умови ефективності їх лікування та реабілітації тощо.⁴⁴⁶

Вартий уваги досвід плідної співпраці Київської міської адміністрації та столичної організації Товариства Червоного Хреста України щодо створення 14 медико-соціальних центрів Червоного Хреста. Приміщення для них були виділені завдяки підтримці мера міста та голів райдержадміністрацій.

У Черкаській області за рахунок коштів райдержадміністрацій утримуються посади координаторів Програми, у Вінницькій — виділені додаткові ставки патронажних медичних сестер. У багатьох містах завдяки підтримці місцевих органів влади організації Товариства Червоного Хреста України користуються пільгами плати за оренду приміщень медико-соціальних центрів і 456 кабінетів Червоного Хреста, а також 570 банків одягу. Патронажні сестри у 2001 р. надали медико-соціальну допомогу майже 260 тис. одиноких громадян похилого віку, інвалідам, багатодітним сім'ям, в тому числі хворим на туберкульоз і ВІЛ-інфікованим.

Плідно співпрацюють з керівництвом охорони здоров'я та медичними працівниками обласні організації Закарпатської, Запорізької, Київської, Житомирської, Чернігівської, Миколаївської, Тернопільської областей та м. Києва.⁴⁴⁷

Глава 3. Повноваження Президента України у сфері охорони здоров'я

Аналіз норм Конституції України, інших актів законодавства і повноважень вищих органів державної влади – Верховної Ради України, Президента України та Кабінету Міністрів України – свідчить про те, що саме вони є суб'єктами формування державної політики в цілому, і, зокрема, у сфері охорони здоров'я. Відповідно до п. 5 ст. 85 Конституції України, основи державної внутрішньої і зовнішньої політики визначає Верховна Рада України. Вона формує її шляхом прийняття відповідних законодавчих актів. Стаття 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

⁴⁴⁶ Усічено І.Г. Співпраця товариства червоного хреста України, органів влади та закладів охорони здоров'я у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами // Охорона здоров'я України. – 2002. – №2(5). – С. 60.

⁴⁴⁷ Усічено І.Г. Співпраця товариства червоного хреста України, органів влади та закладів охорони здоров'я у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами // Охорона здоров'я України. – 2002. – №2(5). – С. 60.

Особисту відповідальність за реалізацію державної політики, у тому числі і у сфері охорони здоров'я, несе Президент України. Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України передбачає звіт про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

У системі влади Президент України посідає особливе місце, якому присвячено розділ V Конституції України 1996 року. Багатопланова та складна природа інституту Президента, визначення його як глави держави обумовлюють його специфічний конституційно-правовий статус.⁴⁴⁸

Відповідно до ст. 102 Конституції України, Президент України є главою держави. Він структурно не входить до жодної гілки влади, навпаки, відособлюється від них, володіючи значними компетенційними повноваженнями (насамперед, кадровими) у сфері виконавчої влади. Це є особливістю української політичної системи, яка сформована на основі Конституції 1996 р.⁴⁴⁹

Глава держави має інтегрувати державну владу в умовах її "поділу", надавати їй стабільність. З'явившись в деяких країнах (таких, як США) у вигляді виконавчої адміністрації, президент все ж в силу логіки політико-державного життя підвівся над "трьома владами" і став "над" ними. Відповідно, адміністративно-виконавча функція в діяльності президента відійшла начебто на другий план перед функціями глави держави, перемістилася безпосередньо до виконавчої адміністрації. Звідси формується тенденція, характерна для багатьох демократичних країн, надання більш високого значення у державній структурі посту прем'єр-міністра, який стає главою виконавчої адміністрації, тоді як у президента зосереджуються функції глави держави.⁴⁵⁰

Отже, формально, Президент України не є главою виконавчої влади, як це було до 28 червня 1996 р. Конституція 1996 р. взагалі не містить терміну "глава виконавчої влади". Після встановлення в Україні на основі Закону від 5 липня 1991 р. "Про Президента Української РСР"⁴⁵¹ інституту президентства і проведення 1 грудня 1991 р. його всенародних виборів, до чинної на той час Конституції Української РСР (прийнята 20 квітня 1978 р.) були внесені відповідні зміни і доповнення, згідно з якими Президент України був главою держави і, водночас, главою державної виконавчої

⁴⁴⁸ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 13.

⁴⁴⁹ Цей термін – латинського походження (від *praesidens, praesidentis* – той, який по-переду, на чолі) здобув майже повсюдне поширення у всьому сучасному світі і, практично, на всіх мовах означає одне і теж –першу особу якоїсь публічної інституції (держави., компанії, концерну, асоціації та ін.)

⁴⁵⁰ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 10.

⁴⁵¹ Крищенко Л. Президент України: конституційно-правовий статус // Віче. –1994. – №12. – С. 3 –16.

влади.⁴⁵² Конституція 1996 р. дещо змінила його офіційний статус, залишивши за ним пост лише глави держави. Однак це не значить, що статус Президента України набув рис "англійської королеви", яка править, але не керує. Окрім повноважень, які безпосередньо впливають з поста глави держави, (представлення держави в міжнародних відносинах, очолювання Ради національної безпеки і оборони та Верховного головнокомандування Збройними Силами, здійснення нагородження, помилування та ін.). Президент України наділений широкими повноваженнями у сфері формування і спрямування діяльності органів виконавчої влади. Їх широке коло і природа зумовлені походженням президентської влади безпосередньо від народу. Особливістю правового статусу Президента саме як глави держави є те, що він передусім особисто виконує покладені на нього Конституцією завдання і поряд з цим ініціює діяльність органів державної влади, забезпечуючи тим самим їх узгоджене функціонування та взаємодію.

Забезпечуючи та направляючи діяльність всіх органів державної влади та виконуючи функцію щодо їх координації, Президент діє лише в межах, встановлених Конституцією.⁴⁵³ Він конституційно має широкі за обсягом повноваження, які можна класифікувати на кілька груп:

- 1) у сфері представництва;
- 2) у сфері державного управління;
- 3) у сфері законодавчої діяльності;
- 4) у сфері судової влади;
- 5) у галузі громадянства;
- 6) надзвичайні повноваження.

У цьому й полягає особливість його офіційного (правового) статусу згідно з новою Конституцією України. Правовий статус Президента України визначається Конституцією і Законом України "Про Президента України" від 5 липня 1991 р.

Головне завдання Президента – уособлювати державу всередині країни та за її межами. Але це не означає, що він стає лише символом держави та має тільки представницькі функції. Представницька функція Президента як усередині країни, так і за кордоном тягне за собою владні повноваження, такі, наприклад, як підписання міжнародних угод, призначення певних посадових осіб органів виконавчої влади тощо.

Президент України обирається безпосередньо народом, що свідчить про велике значення цієї посади. За Конституцією України Президент України одержує свої повноваження в результаті проведення виборів на основі загального, рівного й прямого виборчого права при таємному голосуванні строком на п'ять років.⁴⁵⁴

⁴⁵² Відомості Верховної Ради Української РСР. – 1991. – №33. – Ст. 448.

⁴⁵³ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 15.

⁴⁵⁴ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 11.

Багатогранна діяльність Президента здійснюється через правові акти. Відповідно до ст.106 Конституції, Президент України на основі та на виконання Конституції та законів України видає укази та розпорядження, які є обов'язковими до виконання на території України, а також наділений надзвичайно важливими кадровими, координаційними та контрольними повноваженнями. Так, зокрема, указами Президента України від 8 серпня 2000 року № 963/2000 прийняті додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню, від 26 березня 2001 року № 203/2001 затверджено національну програму „Репродуктивне здоров'я” та ін.

При Президентові існує його робочий апарат у складі помічників, референтів, радників з окремих питань, консультантів, технічного та обслуговуючого персоналу, охорони, які у своїй сукупності утворюють Секретаріат Президента України (за Президента Л. Кучми – Адміністрація Президента).⁴⁵⁵ Керує цим апаратом Державний секретар України Секретаріату Президента України. Головне його завдання – забезпечити належні умови праці для Президента, а відповідальних працівників і керівників структурних підрозділів (рад, комітетів, відділів, управлінь та служб) – підготувати засідання рад і комісій, проводити наради за участю Президента, готувати відповідні проекти указів та розпоряджень Президента з тих чи інших питань.

У його складі – відповідні відділи (нагород, помилювань), управління (юридичне, охорони, господарське), комісії (з питань ядерної політики та екологічної безпеки, з питань громадянства), комітети (законодавчих ініціатив), агентства (з питань інформатизації, електроенергетики, аграрної та земельної реформи) та інші структурні підрозділи, які утворені відповідними указами або розпорядженнями Президента України.⁴⁵⁶

Діяльність Секретаріату Президента України регулюється відповідним положенням. Сьогодні все ще діє Положення про Адміністрації Президента України, найновіша редакція якого затверджена Указом Президента України від 6 березня 2003 року № 203/2003 “Питання Адміністрації Президента”⁴⁵⁷ Хоча президент В. Ющенко своїм указом від 24 січня 2005 року № 108/2005 постановив Державному секретарю України внести у тижневий строк проект Положення про Секретаріат Президента України.⁴⁵⁸ Конституція України не містить жодної згадки про Секретаріат Президента України, що означає, що цей орган не є самостійним органом державної влади, а лише службовим апаратом при Президентові. Статтею 106 Конституції України закріплене положення, згідно з яким Президент України не може передавати свої повноваження іншим особам або органам.

⁴⁵⁵ Мельниченко В.І. Президент у структурі державної влади // Трибуна. – 1995. – №1 –2; див. Указ Президента України від 24 січня 2005 року № 108/2005 “Про Секретаріат Президента України” // Урядовий кур’єр. – 2005. – 27 січня.

⁴⁵⁶ Гладун З. С. Система виконавчої влади в Україні (організаційно-правові проблеми вдосконалення). – К.: Інститут держави і права імені В.М. Корецького НАН України, 1996. – С. 4 – 5.

⁴⁵⁷ Урядовий кур’єр. – 2003. – 18 березня.

⁴⁵⁸ Урядовий кур’єр. – 2005. – 27 січня.

Президент України на основі та на виконання Конституції і законів України видає укази й розпорядження, які є обов'язковими до виконання на всій території України.

Певні акти Президента України, видані в межах його повноважень, скріплюються підписами Прем'єр-міністра України і міністра, відповідального за цей акт та його виконання.

Здійснюючи загальне керівництво державою, Президент України здійснює і загальне керівництво у сфері охорони здоров'я через наступні повноваження:

1. Несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, основу якої формує Верховна Рада України. Ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачила звіт Президента України про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я у складі щорічної доповіді Верховній Раді України. П. 2 ст.106 Конституції України уточнив його повноваження в цій частині, встановивши, що він "звертається з посланнями до народу та із щорічними і позачерговими посланнями до Верховної Ради України про внутрішнє і зовнішнє становище України".

Виконуючи це повноваження, вперше після прийняття Конституції 1996 р., Президент України 21 березня 1997 р. звернувся з посланням до Верховної Ради України, в якому приділив увагу питанням охорони здоров'я.⁴⁵⁹

2. Відповідно до ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією.

Так, зокрема, формуючи новий склад Кабінету Міністрів України після призначення 16 липня 1997 р. В. В. Пустовойтенка Прем'єр-міністром України, Л. Д. Кучма Указом від 25 липня 1997 р. призначив Міністром охорони здоров'я України академіка АМН України А. М. Сердюка, який і раніше працював на цій посаді. У зв'язку з його переходом на іншу роботу Президент України Указом від 27 січня 1999 р. №83/99 призначив на цю посаду Р. В. Богатирьову, яка працювала до цього першим заступником міністра охорони здоров'я. Указом Президента України В.А. Ющенко Міністром охорони здоров'я України призначений М.Є. Поліщук.

3. Від імені України укладає міжнародні договори, зокрема й ті, які стосуються питань міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я. Це повноваження передбачене п. 3 ст. 106 Конституції України. Для того, щоб такий договір набрав законної сили, він повинен бути ратифікований Верховною Радою України відповідно до п. 32 ст. 85 Конституції України.

⁴⁵⁹ Якою буде Україна в XXI сторіччі, залежить від того, що ми зробимо для неї зараз. Виступ Президента України Л.Д. Кучми при поданні Річного послання Президента України до Верховної Ради України // „Урядовий кур'єр”. – 1997. – 22 березня.

4. Здійснюючи свої законодавчі повноваження, Президент України своїми указами врегулював певні питання організації охорони здоров'я громадян. Так, наприклад, Указом від 18 січня 1996 р. № 63/96 затверджено Національну програму "Діти України", яка містить ряд важливих положень щодо поліпшення охорони материнства й дитинства і, зокрема, положення про надання їм медико-санітарної допомоги, а Указом від 10 грудня 1997 р. № 1347/97 затверджено Програму "Здоров'я літніх людей".

Окремими указами Президента України утворено провідні національні медичні заклади. Так, Указом від 7 квітня 1997 р. № 295/97 утворено Національний центр серця, а Указом від 3 листопада 1995 р. № 1018/95 – Міжнародний дитячий медичний центр "Євпаторія".

Ще одним напрямком діяльності Президента України у цій сфері є організація державного управління шляхом затвердження програм охорони здоров'я населення. Так, зокрема, Президент України затвердив Цільову комплексну програму „Фізичне виховання — здоров'я нації”,⁴⁶⁰ Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні,⁴⁶¹ Цільову комплексну програму генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 роки,⁴⁶² Комплексну програму „Цукровий діабет”,⁴⁶³ Національну програму „Репродуктивне здоров'я 2001-2005”.⁴⁶⁴

5. Здійснює загальне керівництво Радою національної безпеки й оборони при Президентові України, яка, відповідно до статті 107 Конституції України, є координаційним органом. Згідно з Законом України „Про основи національної безпеки України”,⁴⁶⁵ до основних напрямків державної політики національної безпеки України у соціальній сфері належить "створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я", а як реально існуюча сьогоденні загроза національній безпеці розглядається "...падіння рівня здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони".

Враховуючи велику значимість охорони здоров'я для забезпечення національної безпеки, Президент України включив Міністра охорони здоров'я до складу постійних членів Ради національної безпеки й оборони України.

6. Утворює, реорганізовує та ліквідує за поданням Прем'єр-міністра України міністерства та інші центральні органи виконавчої влади, діючи в межах коштів, передбачених на утримання органів виконавчої влади. Це передбачено п. 15 ст. 106 Конституції України.

⁴⁶⁰ Затверджена Указом Президента України від 1 вересня 1998 р. № 963/98. // Урядовий кур'єр – 1998. – 8 вересня. – №172.

⁴⁶¹ Затверджено Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 // Офіційний вісник України – 1999. – №6. – Ст. 185.

⁴⁶² Затверджена Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 118/99. // Офіційний вісник України – 1999– №6. – Ст. 186.

⁴⁶³ Затверджено Указом Президента України від 21 травня 1999 року № 545/99. // Офіційний вісник України – 1999– №21. – Ст. 941.

⁴⁶⁴ Затверджено Указом Президента України від 26 березня 2001 року № 203/2001. // Офіційний вісник України – 2001 – №13. – Ст. 531.

⁴⁶⁵ Відомості Верховної Ради України. – 2003.- № 39. – Ст. 351.

Вперше це повноваження щодо охорони здоров'я Президент України застосував 25 лютого 1992 р., коли Указом "Про зміни в системі центральних органів державної виконавчої влади України" підтвердив правомірність існування Міністерства охорони здоров'я України і віднесення його до центральних органів державної виконавчої влади України.

Пізніше, у зв'язку з чисельними реорганізаціями виконавчої влади, підписанням Конституційного договору між Верховною Радою України і Президентом України 8 червня 1995 р., прийняттям 28 червня 1996 р. нової Конституції України, йому неодноразово доводилось своїми указами уточнювати склад, структуру і повноваження Кабінету Міністрів України. Так, Указом від 14 грудня 1996 р. № 1228/96 "Про склад Кабінету Міністрів України" було, в черговий раз, встановлено, що до складу уряду входить Міністр охорони здоров'я України.⁴⁶⁶

Використовуючи це своє повноваження, Президент України Указом від 26 липня 1996 р. № 596/96 "Про зміни в системі центральних органів виконавчої влади України" перетворив створений 27 травня 1992 р. Національний комітет з боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України у Комітет з боротьби із захворюванням на СНІД, підпорядкувавши його Міністерству охорони здоров'я України - так закінчився тривалий етап існування двох центральних органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.⁴⁶⁷

7. Призначає за поданням Прем'єр-міністра Міністра охорони здоров'я України, який входить до складу Кабінету Міністрів, і здійснює державне керівництво системою охорони здоров'я. Це повноваження передбачене п. 10 ст. 106 Конституції України.

Аналіз цих повноважень і практики їх застосування свідчить про активну позицію Президента України та його центральну роль у справі організації і спрямування діяльності органів виконавчої влади із здійснення державної політики охорони здоров'я народу. Так, наприклад, коли у травні-червні 1997 р. в системі охорони здоров'я склалася особливо складна ситуація, спричинена не виплатами заробітної плати і страйками медичних працівників, Президент України провів зустріч з активом працівників охорони здоров'я України, на якій окреслив коло питань, що підлягають першочерговому вирішенню, дав необхідні доручення присутньому на цій зустрічі Прем'єр-Міністру України на продовження реформування галузі.⁴⁶⁸

Сказане не означає, що в діяльності Президента України щодо здійснення державного керівництва в питаннях охорони здоров'я все відбувається гладко і згідно з визначеними наперед планами, тим більше, що в складних умовах соціально-економічної кризи це просто неможливо. Непростий перебіг політичних подій, складність реформування суспільного і державного життя, невизначеність, у значній мірі, з орієнтирами та пріоритетами, вимагають його постійної уваги, його безпосередньої участі у

⁴⁶⁶ Урядовий кур'єр. – 1996. – 18 грудня.

⁴⁶⁷ Урядовий кур'єр. – 1996. – 15 серпня.

⁴⁶⁸ Урядовий кур'єр. – 1997. – 26 липня.

вирішенні тих чи інших проблем, і силою обставин змушують його не випускати ситуацію з-під контролю, а тримати руку "на пульсі" подій, здійснюючи керівництво ними. Саме ці непрості, а інколи й драматичні умови сьогодення вимагають успішного вирішення життєво важливих проблем і ефективного керівництва саме з боку Президента в кризових чи екстремальних ситуаціях.

Відповідно до існуючої зарубіжної практики, у таких випадках керівники держав звертаються до народу (чи до парламенту) з оцінкою тих чи інших подій і з пропозиціями щодо їх врегулювання. Кілька разів темою звернень Президентів США був критичний стан із здоров'ям американської нації і стан її охорони. Ще в 1969 р. тодішній президент США Роберт Ніксон у посланні до конгресу писав, що охорона здоров'я в США "доведена до критичного стану", а сама система медичної допомоги становить "якийсь бюрократичний жах".⁴⁶⁹ Дещо пізніше, а саме в 1972 р., інший відомий політичний діяч Америки – сенатор Едвард Кеннеді – заявив на профспілковій конференції, що "в жодній іншій країні робітники не платять за охорону здоров'я так багато і не одержують так мало, як у США, і що американська система охорони здоров'я страждає від "непотрібних видатків", "неефективності", "некомпетентності" та "прямого шахрайства".⁴⁷⁰ І такі гострі та критичні оцінки стану охорони здоров'я людей непоодинокі у різних зарубіжних країнах.

Починаючи з 1991 р., щороку в Російській Федерації готують, а потім офіційно публікують (за підписом Президента Російської Федерації) державну доповідь "Про стан здоров'я населення Російської Федерації в поточному році",⁴⁷¹ в якій в узагальненому аналітичному вигляді подано основні показники здоров'я нації: народжуваність, захворюваність та її види (нозологія), смертність та її причини, дані, що характеризують діяльність національної служби охорони здоров'я, і, нарешті, заходи, які здійснював уряд з керівництва цими процесами. Слід зазначити, що і в Україні, хоч і не в повному обсязі, вже є подібний досвід – у щорічній доповіді Президента України Верховній Раді України, з якою Л. Д. Кучма виступив 21 березня 1997 р., певна, досить незначна її частина, присвячена проблемам здоров'я нації.⁴⁷² Видається, що Президенту України слід повернутися до неухильного виконання вимог законодавства України про охорону здоров'я, зокрема, до підготовки щорічного звіту (доповіді) про стан здоров'я нації і реалізації державної політики охорони здоров'я, бо навіть щорічні звіти Міністерства охорони здоров'я, які мають, в основному, статистичний характер, не можуть його замінити.

17 лютого 1998 року Президент України виступив на засіданні колегії Міністерства охорони здоров'я України. Він зобов'язав Міністерство

⁴⁶⁹ Цит. по: Венедиктов Д.Д. Международные проблемы здравоохранения. – М.: Медицина, 1997. – С. 104.

⁴⁷⁰ Там само.

⁴⁷¹ Див. напр.: Аннотация государственного доклада « О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1991 году» // Врач. – 1992. – №9. – С. 5.

⁴⁷² Урядовий кур'єр. – 1997. – 22 березня.

невідкладно розробити відповідну програму дій у своїй галузі, внести пропозиції щодо проведення національної кампанії підтримки здорового способу життя. Питання охорони здоров'я народу, – зазначив президент України, – це питання не лише міністерства, а, по суті, усіх органів влади на всіх її рівнях. Президент наголосив на необхідності формування єдиної політики розвитку медичного забезпечення населення, створення єдиного медичного простору і такого ж єдиного ринку медичних послуг.⁴⁷³

У щорічному посланні Президента Верховній Раді України 2000 року „Україна: поступ у ХХІ століття” він закликав уряд забезпечити подальше реформування системи охорони здоров'я шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги, створення єдиного простору медичних послуг, формування керованого розвитку платних медичних послуг та введення державного соціального медичного страхування. Він зобов'язав уряд забезпечити поетапне збільшення державних асигнувань у цю сферу, їх раціоналізацію та ефективне використання, підвищення якості медичних послуг, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань.⁴⁷⁴

Глава 4. Система органів виконавчої влади загальної компетенції та їх повноваження у сфері охорони здоров'я

4.1. Компетенція Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я

Кабінет Міністрів України (Уряд України) – Центральний колегіальний орган виконавчої влади,⁴⁷⁵ який очолює всю її систему. Таким чином, Кабінет Міністрів є центром виконавчої влади, своєрідним штабом організації виконавчо-розпорядчої діяльності всіх органів виконавчої влади, хоча чинне законодавство і не вживає такого терміну. Не вживає нова Конституція України і поняття "глава виконавчої влади", яке до моменту її прийняття (28 червня 1996 р.) містилося в попередній Конституції (цей пост, одночасно з постом глави держави, займав Президент України). Отже, можна абсолютно точно стверджувати, що український законодавець – Верховна Рада України – відмовився через певні причини від застосування цього терміну, а по-друге, що повноваження, які повинен виконувати глава виконавчої влади, розділені

⁴⁷³ Урядовий кур'єр.– 1998.– 21 лютого.

⁴⁷⁴ Урядовий кур'єр.– 2000.– 23 лютого.

⁴⁷⁵ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада.– К.: Юрінком Інтер.– 2004. – С. 73.

між Президентом України і Прем'єр-міністром України, який очолює Уряд. Це – особливість української моделі "двоїстого" центру виконавчої влади.⁴⁷⁶

Правовий статус Кабінету Міністрів України визначений Конституцією та рядом інших законодавчих актів, які містять закріплення окремих його повноважень. Згідно зі ст.114 Конституції, до складу Кабінету Міністрів України входять Прем'єр-міністр України, перший віце-прем'єр-міністр, три віце-прем'єр-міністри, міністри.

Прем'єр-міністра України призначає Президент України за згодою більше, ніж половини від конституційного складу Верховної Ради України.

Персональний склад Кабінету Міністрів України призначає Президент України за поданням Прем'єр-міністра України. Указом Президента України від 14 грудня 1996 р. № 1228/96 "Про склад Кабінету Міністрів України"⁴⁷⁷ визначено, що до складу Кабінету Міністрів України входять Прем'єр-міністр, перший віце-прем'єр-міністр, три віце-прем'єр-міністри (за напрямками діяльності) і 16 міністрів, тобто разом 21 особа. Раніше склад Кабінету Міністрів України був визначений Указом Президента України від 25 січня 1992 р. № 98 "Про зміни в системі центральних органів державної виконавчої влади", за яким його чисельність становила 33 особи, у тому числі 26 міністрів.

З часу державної незалежності України в діяльності Уряду з'явилась ще одна новація, якою Україна зробила черговий крок до осягнення зарубіжного досвіду і сучасної системи державного управління – він почав діяти на основі ним же зробленої і схваленої Верховною Радою України програми. Першим, хто започаткував таку систему діяльності, був призначений 13 жовтня 1992 р. Прем'єр-міністр Л. Д. Кучма, який 18 листопада 1992 р. виступив у Верховній Раді України з проектом економічних реформ, який одержав її схвалення.⁴⁷⁸ З програмами дій Уряду свого часу виступали і Є. К. Марчук і П. І. Лазаренко. Ст.114 нової Конституції України встановлює, що Прем'єр-міністр України керує роботою Кабінету Міністрів України, спрямовує її на виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої Верховною Радою України.

У Конституції України встановлено й основні функції Кабінету Міністрів України (стаття 116). Перелік функцій уряду не є вичерпним, і вони можуть бути визначені законами і актами Президента України. З іншого боку, за змістом частини другої статті 120 Конституції України, повноваження, зокрема, Кабінету Міністрів України визначаються Конституцією і законами України. Співвідношення між відповідними конституційними положеннями виглядає суперечливим. Можна також передбачити, що Закон „Про Кабінет Міністрів України” не тільки уточнить, а й розширить компетенцію цього

⁴⁷⁶ Шаповал В. Виконавча влада: правовий статус і реалії // Урядовий кур'єр. – 1996. – 6 грудня.

⁴⁷⁷ Урядовий кур'єр. – 1996. – 24 грудня.

⁴⁷⁸ Антикризисні заходи Уряду. З доповіді Прем'єр-міністра України Л. Кучми // Урядовий кур'єр. – 1992. – 20 листопада.

органу. Подібне щодо Президента України, як було зазначено, не припускається.⁴⁷⁹

Прем'єр-міністр України входить із поданням до Президента України про утворення, реорганізацію та ліквідацію міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, в межах коштів, передбачених Державним бюджетом України на утримання цих органів.

Основною формою роботи Кабінету Міністрів України є періодичні засідання, на яких обговорюють питання і приймають рішення відповідно до наданих йому повноважень.

Постановою від 5 червня 2000 р. № 915 було затверджено Тимчасовий регламент засідань Кабінету Міністрів України.⁴⁸⁰

В 2000 році у складі Кабінету Міністрів України утворені 5 урядових комітетів,⁴⁸¹ як нова організаційна форма його роботи. Вони утворені для координації роботи членів Кабінету Міністрів, узгодження та підготовки питань для розгляду на засіданні Уряду, а також для усунення політичних та інших розбіжностей між членами Кабінету Міністрів. До складу урядових комітетів входять члени Кабінету Міністрів, а очолюють їх Прем'єр-міністр, Перший віце-прем'єр-міністр, Віце-прем'єр-міністр. За рішенням Прем'єр-міністра до складу урядового комітету з правом дорадчого голосу можуть входити також керівники інших центральних органів виконавчої влади, заступники міністрів.

Кабінет Міністрів України на основі та на виконання Конституції і законів України, актів Президента України видає в межах своєї компетенції власні акти – постанови і розпорядження, обов'язкові для виконання. Акти нормативного характеру приймаються у формі постанов Кабінету Міністрів, розпорядження (які можуть приймати Прем'єр-міністр, Перший віце-прем'єр-міністр, віце-прем'єр-міністри) – з організаційно-розпорядчих та інших поточних питань, як правило, індивідуального характеру. Акти Кабінету Міністрів України підписують Прем'єр-міністр України і міністр (раніше урядовий секретар) Кабінету Міністрів України.

Надзвичайно важливим положенням нової Конституції є те, що нормативно-правові акти Кабінету Міністрів України, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади підлягають реєстрації в порядку, встановленому законом. Офіційну (державну) реєстрацію вказаних правових актів проводить Український державний центр правової інформації при Міністерстві юстиції України. Реалізація цього положення на практиці, в значній мірі, сприяє ефективному застосуванню і виконанню чинного законодавства.

Постанови Уряду, підписані Прем'єр-міністром і Міністром Кабінету Міністрів, надсилаються Міністерству юстиції України для включення їх до Єдиного державного реєстру нормативних актів і офіційно оприлюднюються в „Офіційному віснику України”.

⁴⁷⁹ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада. – К.: Юрінком Інтер. – 2004. – С. 65 – 66.

⁴⁸⁰ Офіційний вісник України. – 2000. – № 24. – Ст. 994.

⁴⁸¹ Офіційний вісник України. – 2000. – № 34.

Кабінет Міністрів України організовує виконання та контролює виконання своїх актів безпосередньо або через центральні органи виконавчої влади, місцеві державні адміністрації та інші підвідомчі йому органи.

Крім того, У середині Кабінету Міністрів функціонує його адміністративний апарат. У Концепції адміністративної реформи в Україні щодо поняття "апарат" дається таке визначення: "Апарат органів виконавчої влади — це організаційно поєднана сукупність структурних підрозділів і посад, які призначені для здійснення консультативних чи обслуговуючих функцій щодо виконання відповідними органами закріплених за ними повноважень (компетенцій)".⁴⁸² Таке трактування апарату стосується тільки внутрішнього змісту самостійного органу виконавчої влади. Він, як і кожний орган управління, сам є системою і складається з власних елементів — структурних підрозділів і посад. А це означає, що тут виокремлюється два види апарату чи елементи різних рівнів: апарат в цілому (як система органів) і окремого органу (як система підрозділів і посад).⁴⁸³

Усі проекти нормативних актів, внесені на розгляд Кабінету Міністрів, направляються до одного з урядових комітетів згідно з розподілом компетенції між ними для попереднього обговорення, погодження та надання висновку. За необхідності доопрацювання проект разом з рішенням урядового комітету направляється головою відповідного комітету його ініціатору в 10-денний строк.

Акти Кабінету Міністрів можуть бути скасовані Президентом України. Вони в повному обсязі або їх окремі положення можуть бути визнані Конституційним Судом України неконституційними. Такі акти або їх окремі положення втрачають чинність з дня прийняття Конституційним Судом України рішення про їх неконституційність. Так, Конституційний Суд України ухвалив 25 листопада 1998 р. рішення у справі № 1-29/98 за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти". Цим рішенням було визнано неконституційним, а отже і незаконним, відповідно, було скасовані більшість положень щодо надання платних послуг закладами охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 1997 р. № 449, постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 989. Останні

⁴⁸² Концепція адміністративної реформи в Україні / Державна комісія з проведення в Україні адміністративної реформ. — К.: Центр політико-правових реформ — Центр розвитку українського законодавства, 1998. — С. 53 — 54.

⁴⁸³ Державне управління в Україні: Навчальний посібник / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — В-во ТОВ „СОМІ”, 1999. — С. 65.

зміни значно зменшили перелік платних послуг, які можуть надавати в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах.

Акти Кабінету Міністрів або їх окремі положення можуть також бути оскаржені в суді загальної юрисдикції у встановленому законом порядку, якщо вони порушують права і свободи людини і громадянина та не відповідають законам України.⁴⁸⁴

Наприклад, Кабінет Міністрів України постановою "Про обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення" від 5 серпня 1994 р. № 532 затвердив Перелік категорій населення, які проходять обов'язкові медичні огляди.⁴⁸⁵ Відповідними постановами Уряду затверджені порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності, перелік платних послуг, які надають у державних закладах Міністерства охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти, порядок надання медичної допомоги іноземним громадянам та багато інших питань державного управління.

Кабінет Міністрів організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України на основі вимог чинного законодавства у тому числі і документів програмного характеру, формує урядову політику (програму діяльності уряду) у тому числі й у сфері охорони здоров'я, розробку якої здійснює Міністерство охорони здоров'я як головний (провідний) центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Концептуальним документом, який визначає мету, завдання, напрямки діяльності і засоби їх реалізації є програма діяльності Кабінету Міністрів України. Починаючи з 1997 року кожний сформований український уряд оприлюднював програму своєї діяльності, виносячи її на розгляд і затвердження Верховної Ради України. Так, наприклад, Кабінет Міністрів України в березні 2000 року підготував програму своєї діяльності, під загальною назвою „Реформи заради добробуту”, в якій серед своїх завдань визначив впровадження здорового способу життя та поліпшення здоров'я населення, поліпшення надання медичних послуг, перехід до надання медичної допомоги за принципом „сімейного лікаря” та створення єдиного медичного простору незалежно від підпорядкування та форм власності лікувально-профілактичних закладів, поетапне запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування,

⁴⁸⁴ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 221.

⁴⁸⁵ Збірник постанов Уряду України. – 1994. – № 11. – Ст. 277.

забезпечення системи економічних і правових механізмів, гарантування медичної допомоги в належному обсязі та необхідного рівня і якості незалежно від місця проживання громадян.⁴⁸⁶

Ще одна програма діяльності Кабінету Міністрів України „Відкритість, дієвість, результативність”, прийнята 17 березня 2003 року для забезпечення розвитку охорони здоров'я, поліпшення медичного обслуговування населення, пропонує вирішити завдання стосовно: наближення показника очікуваної тривалості життя до рівня країн з високим індексом людського розвитку, зменшення рівня смертності дітей першого року життя та материнської смертності; сприяння прийняттю Верховною Радою змін до Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" та Бюджетного кодексу України щодо джерел фінансування закладів охорони здоров'я; зміцнення матеріально-технічного стану закладів охорони здоров'я та впровадження сучасних технологій діагностики, лікування і профілактики; удосконалення системи надання невідкладної медичної допомоги з метою її наближення до світових стандартів, розвитку інституту сімейного лікаря; впровадження адресної дотації на пільгове забезпечення медикаментами громадян, яким ці пільги встановлено за соціально-медичними показниками; забезпечення надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим у науково-дослідних інститутах МОЗ та Академії медичних наук; підвищення якості підготовки медичних кадрів; підвищення ефективності використання бази санаторно-курортного оздоровлення; впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я та дотримання гарантованого рівня державної безоплатної медичної допомоги; підтримки виробництва вітчизняних лікарських засобів та зростання їх питомої ваги на внутрішньому ринку, зниження цін на інсуліни вітчизняного виробництва (на 15 відсотків); сприяння прийняттю Верховною Радою Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування"; створення економічних передумов та інформаційно-технічної бази для функціонування системи державного регулювання і контролю у сфері медичного страхування, запровадження персонального обліку застрахованих осіб, відкриття персональних рахунків, формування страхових кас, забезпечення ефективного використання коштів; стабілізації епідемічної ситуації із захворюванням на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Велика роль Кабінету Міністрів України належить у визначенні основних завдань і повноважень спеціально уповноважених центральних органів виконавчої влади, якими є міністерства й державні комітети, зокрема Міністерство охорони здоров'я України. Так, ще 12 серпня 1992 р. постановою № 469 Кабінет Міністрів України затвердив Положення про Міністерство охорони здоров'я України, визначивши граничну чисельність працівників його центрального апарату в кількості 250 одиниць, а також встановив його завдання і повноваження.

⁴⁸⁶ Урядовий кур'єр.– 2000.– 15 березня.– С. 3–6.

Перехідний до ринкової економіки період в Україні та інших країнах СНД призвів до послаблення ролі централізованого державного управління і, звичайно, до підсилення ролі регіонів. В інтересах держави необхідно було внести відповідні зміни в структуру державного управління.⁴⁸⁷

Сучасні вимоги до здійснення державного управління вимагають його проведення на науковій основі із застосуванням цільового і комплексного підходу. Реалізуючи державну політику в галузі охорони здоров'я, Кабінет Міністрів України розробляє і здійснює через Міністерство охорони здоров'я України і державну систему охорону здоров'я цільові й комплексні соціально-економічні, медико-санітарні та оздоровчо-профілактичні програми, які фінансують з Державного та місцевих бюджетів. Однак слід зазначити, що єдиним механізмом створення і реалізації цих програм є Міністерство охорони здоров'я України як центральний орган виконавчої влади і очолювана ним національна система охорони здоров'я. Таким чином, процес ініціювання створення таких програм є двостороннім - як з боку Кабінету Міністрів України шляхом доручень міністерству підготувати проект тої чи іншої програми, так і підготовки різних пропозицій з боку самого Міністерства до Кабінету Міністрів України. Саме тому від активної позиції Міністерства залежить і формування, а потім і реалізація всієї соціальної політики Уряду, зокрема, політики в галузі охорони здоров'я.

Так, наприклад, 23 серпня 1995 р. тодішній Міністр охорони здоров'я України Є. Короленко звернувся до Прем'єр-міністра України Є. К. Марчука з листом "Про розвиток галузі охорони здоров'я", в якому обґрунтував необхідність прийняття і забезпечення реалізації і фінансування державних програм, проекти яких були підготовлені в апараті міністерства:

- планування сім'ї;
- первинної медичної допомоги;
- боротьби з туберкульозом і венеричними захворюваннями;
- зниження втрат працездатного населення, насамперед чоловіків;
- профілактики інфекційних хвороб;
- здоров'я громадян, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.⁴⁸⁸

Уряд розглянув пропозиції міністерства і затвердив своїми постановами ці державні програми, які в результаті доопрацювання здобули назву "національних". Першою серед них стала Національна програма планування сім'ї, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 13 вересня 1995 р. № 736.⁴⁸⁹

Зміна в червні 1996 р. складу Уряду, а відтак і Міністра охорони здоров'я України, а ним став відомий гігієніст і організатор охорони здоров'я академік АМН України А. М. Сердюк, - призвела до необхідності уточнення програми реформування галузі, розробки нової Концепції реформування

⁴⁸⁷ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 29.

⁴⁸⁸ Архів Міністерства охорони здоров'я України за 1995 р. (№1.01 – 02 від 23.08.1995 р.)

⁴⁸⁹ Зібрання постанов Уряду України. – 1995. – №2. – Ст. 37.

системи охорони здоров'я України,⁴⁹⁰ підготовки і прийняття ряду урядових постанов з цих питань.

У лютому 1997 р. Кабінет Міністрів України, заслухавши доповідь Міністра охорони здоров'я України, обговорив це питання на своєму засіданні, схваливши, в основному, пропозиції міністерства, але відправивши їх на доопрацювання. У міру їх доопрацювання Кабінет Міністрів України приймав відповідні постанови з цих питань, зокрема:

- Про впорядкування діяльності аптечних закладів та затвердження Правил роздрібної реалізації лікарських засобів" від 12 травня 1997 р. № 447;⁴⁹¹

- Про державний контроль якості лікарських засобів" від 12 травня 1997 р. № 448;⁴⁹²

- Про створення Державної акціонерної компанії "Ліки України" від 7 липня 1997 р. № 707⁴⁹³ та ін.

Виняткове значення для організації охорони здоров'я має прийнята Кабінетом Міністрів України постанова від 28 червня 1997 р. № 640 "Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення".

Протягом останніх років Кабінет Міністрів України затвердив програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2004 — 2008 роки,⁴⁹⁴ патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства,⁴⁹⁵ планування сім'ї,⁴⁹⁶ комплексні заходи боротьби з туберкульозом,⁴⁹⁷ запобігання хвороб, що передаються статевим шляхом⁴⁹⁸ та ін.

Однак, сьогодні нормативно не визначено, ким же, все ж таки, мають прийматися (затверджуватися) дані медичні програми. Цілком очевидно, що відповідно до існуючої ієрархії актів законодавства, юридична сила указу Президента України є більшою, ніж юридична сила постанови Кабінету Міністрів України. Тому сьогодні не можна навести скільки-небудь серйозних аргументів в користь того, що дані програми охорони здоров'я населення повинні прийматися (затверджуватися) чи то Президентом України, чи то Кабінетом Міністрів України. Їх логічний аналіз дає підстави

⁴⁹⁰ Оpubлікована в газеті „Ваше здоров'я”. – 1996, 7 – 13 грудня. – №49 (185).

⁴⁹¹ Урядовий кур'єр. – 1997. – 22 травня.

⁴⁹² Офіційний вісник України. – 1997. – № 20. – С. 71 – 74.

⁴⁹³ Офіційний вісник України. – 1997. – № 28. – С. 113 – 115.

⁴⁹⁴ Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 2004 року № 264 // Офіційний вісник України – 2004. – № 10. – Ст. 594.

⁴⁹⁵ Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 15 вересня 1999 року № 1697 // Офіційний вісник України. – 1999. – № 37. – Ст. 1869.

⁴⁹⁶ Затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 13.09. 1995 р. № 736. // Зібрання постанов Уряду України. – 1996. - № 2. – Ст. 37.

⁴⁹⁷ Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 року № 667 // Офіційний вісник України – 1999. – № 17. – Ст. 723.

⁴⁹⁸ Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 23 березня 1998 року №357 // Офіційний вісник України. – 1998. – № 13. – Ст. 278.

стверджувати, що спосіб набуття ними юридичної чинності є доволі кон'юнктурний і ситуативний. Розроблені апаратом Міністерства охорони здоров'я України пропозиції у вигляді проекту відповідної програми подаються до Кабінету Міністрів України, який їх розглядає і, в залежності від ситуації, або затверджує їх своєю постановою, або передає на затвердження Президенту України. Пояснити чому, наприклад, програма „Цукровий діабет” затверджена указом Президента України, а Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003 роки – постановою Кабінету Міністрів України, практично неможливо. Аналіз вказаних програм, дозволяє зробити висновок, про те, що їх затвердження в роки президентства Л.Д. Кучми відбувалося на основі принципу „хто в домі хазяїн”. Це означало, що відповідальні за розробку тієї чи іншої програми особи доповідали про її готовність міністру охорони здоров'я, той, в свою чергу, доповідав віцепрем'єр-міністрові, той, в свою чергу, в адміністрацію Президента України, і, якщо вдалося потрапити на аудієнцію до Президента і доповісти йому, то програму підписував він, якщо ж ні в силу якихось причин (закордонне відрядження Президента, відсутність по хворобі), то програму підписував Прем'єр-міністр України. Лише в останній час намітилась практика коли програми, що у своїй назві містять термін „національна” затверджуються указами Президента України, а всі інші – постановами Кабінету Міністрів України. Видається, що з метою більш чіткого визначення повноважень, вказаних вищих органів державної влади – Президента та Кабінету Міністрів України, слід було б законодавчо визначити і закріпити повноваження першого і другого в цій частині.

Однією із форм співпраці Уряду і Верховної Ради України є проведення звітів Кабінеті Міністрів у парламенті, які носять назву „Дні Уряду України” у Верховній Раді України. Так, 14 листопада 2000 р. Кабінет Міністрів України провів в парламенті звіт на тему: „Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення”. Серед заходів, які пропонував Уряд невідкладно провести були:

- удосконалення надання спеціалізованої допомоги та зниження впливу на дітей, підлітків і вагітних жінок шкідливих чинників чорнобильської катастрофи;
- удосконалення медичного обслуговування людей похилого віку та впровадження багатоканальності фінансування галузі;
- створення конкуренції між надавачами медичних послуг та забезпечення свободи вибору цих послуг;
- забезпечення доступності медичного обслуговування для соціально незахищених верств населення шляхом затвердження гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування;
- запровадження нових механізмів забезпечення медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням вітчизняного виробництва;

- подальше вдосконалення правової бази охорони здоров'я, яка має бути приведена у відповідність до норм і принципів міжнародного права, тощо.⁴⁹⁹

На виконання вимог Указу Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 „Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”⁵⁰⁰ Кабінет Міністрів України затвердив заходи щодо виконання вказаної Концепції шляхом видання відповідної постанови. Зокрема, Міністерству охорони здоров'я було доручено підготувати пропозиції про внесення змін до законодавчих актів та розробити нові закони щодо створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я, соціального захисту пацієнтів та медичних працівників, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя та задоволення потреб населення в необхідних лікарських засобах і виробках медичного призначення. Цьому ж міністерству у співпраці з іншими міністерствами, іншими центральними органами державної влади, а також з науковими установами (Академією педагогічних наук, Академією медичних наук, Академією медичних наук) було доручено розробити низку указів Президента, що стосувалися формування державної політики щодо окремих напрямів діяльності системи охорони здоров'я (Про Державну програму "Створення вітчизняних виробництв лікарських засобів і вакцин на базі обладнання, закупленого за рахунок іноземних кредитів, наданих під гарантії Кабінету Міністрів України", „Про Концепцію державної політики України щодо алкоголю та наркотиків”, ”Про Державну програму розвитку служби крові в Україні”, „Про Концепцію медико-соціальної реабілітації інвалідів”). Також передбачалося внесення пропозицій щодо змін законодавства України, що стосується удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному та місцевому рівнях згідно з вимогами адміністративної реформи та інші заходи.

Особливістю української моделі організації виконавчої влади є відсутність самостійних владних повноважень у Прем'єр-міністра України. За Конституцією України, його роль зведена до формування пропозицій щодо персонального складу Кабінету Міністрів України (їх призначає Президент), формування програми діяльності Уряду (її затверджує Верховна Рада України) і, нарешті, здійснення керівництва Кабінетом Міністрів. У цьому варіанті формування владної організації Уряду України постать Прем'єр-міністра в умовах реального існування "двоїстого" центру виконавчої влади є, по-перше, несамотійною, а по-друге, доволі слабкою, особливо якщо статус керівника українського уряду порівняти зі статусом керівників урядів інших країн з президентсько-парламентською формою правління (Франція, Росія).

Для забезпечення роботи Кабінету Міністрів України утворюють організаційний апарат – за назвою Секретаріат, керівництво яким здійснює

⁴⁹⁹ Матеріали звіту на „Дні Уряду України” у Верховній Раді України „Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення”. 14 листопада 2000 р. – К., 2001. – С. 18 – 19.

⁵⁰⁰ Відомості Верховної Ради України. – 2000. – №49. – Ст. 2116.

Міністр Кабінету Міністрів України (раніше ця посада називалась керуючий справами, а з 2001 до 2003 рр. – державний секретар). На Секретаріат кабінету Міністрів покладено організаційне, експертно-аналітичне, правове, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності Уряду. Він забезпечує підготовку та проведення засідань Кабінету Міністрів, урядових комітетів та діяльність членів Кабінету Міністрів України. Секретаріат несе відповідальність за своєчасне подання проектів законів, актів Президента України та Кабінету Міністрів, інших документів для підготовки їх до розгляду Кабінетом Міністрів, урядовими комітетами, тимчасовими органами Уряду.

Як правило, ці структурні підрозділи створюються за напрямками діяльності Кабінету Міністрів і забезпечують організаційний зв'язок між ним і відповідними міністерствами й відомствами, а також місцевими державними адміністраціями. Кожний із них здійснює "курацію"⁵⁰¹ відповідною галуззю або групою галузей господарства, соціально-культурного чи адміністративно-політичного життя. Наприклад, відділ з питань освіти, культури та охорони здоров'я, як це видно з його назви, здійснює "курацію" відразу трьох галузей соціально-культурної сфери і забезпечує організаційний зв'язок з трьома міністерствами – освіти і науки, культури і мистецтв, охорони здоров'я.

Крім подібних відділів і управлінь у складі Секретаріату Кабінету Міністрів створюють спеціалізовані підрозділи, як, наприклад, експертно-технічний комітет, міжвідомча комісія з питань демонополізації, державна комісія з безпеки дорожнього руху та ін. Вказані структурні підрозділи не мають статусу окремих юридичних осіб і лише здійснюють підготовку питань на розгляд Кабінету Міністрів. Правовий статус апарату та його підрозділів визначений відповідними положеннями, які затверджує Кабінет Міністрів України. Так, наприклад, постановою від 9 квітня 1993 р. № 267 було створено Головне управління інформації та зв'язків з пресою і громадськістю Кабінету Міністрів України.⁵⁰²

Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.⁵⁰³

24 жовтня 2002р. Кабінет Міністрів України постановою № 1566 затвердив Програму імунопрофілактики населення на 2002-2006 роки,⁵⁰⁴ а

⁵⁰¹ Курація, курування від. лат. cura – турбота, опіка, піклування; звідси – куратор (curator).

⁵⁰² Зібрання постанов Уряду України. – 1993. – №9. – Ст. 89.

⁵⁰³ Юзьков Л.П. Конституційно-правові основи виконавчої влади в Україні // Вісник Академії правових наук України. – 1993. – №1. – С. 69 – 73.

⁵⁰⁴ Офіційний вісник України. – 2002. – № 43. – Ст. 1980.

постановою від 18 січня 2003 р. № 58 затвердив Порядок здійснення контролю за обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів.⁵⁰⁵

Однак більшість нормативних актів, які приймає Уряд у галузі охорони здоров'я, стосуються встановлення правового регулювання окремих питань здійснення охорони здоров'я населення, державного управління медичними закладами державної форми власності. Наприклад, постановою від 25 липня 2003 р. № 1162 затверджено Державну програму забезпечення населення лікарськими засобами на 2004-2010 роки,⁵⁰⁶ а постановою від 11 липня 2002 р. № 955 затверджено Програму подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги.⁵⁰⁷

Виняткова роль належить Кабінету Міністрів України у встановленні правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я державної форми власності. Розвиваючи норми законодавчих актів України про охорону здоров'я, Кабінет Міністрів України встановлював тимчасові коефіцієнти розподілу асигнувань на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя (постанова від 5 вересня 1996 р. № 1070-96-п), перелік платних послуг, які надають у державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти (постановою від 17 вересня 1996 р. № 1138-96-п), впроваджував систему медичного страхування на залізницях України (розпорядження від 18 грудня 1995 р. № 773-95-р).

Міністерство охорони здоров'я є самостійним центральним органом виконавчої влади і Кабінет Міністрів України здійснює загальне керівництво охороною здоров'я через службову діяльність цього міністерства. Приймаючи відповідні постанови, уряд доручає міністерству здійснити відповідні заходи з їх реалізації, "забезпечити виконання", "організувати" та ін.

4.2. Рада Міністрів Автономної республіки Крим

Відповідно до ст. 136 Конституції України, Урядом Автономної Республіки Крим є його Рада Міністрів. Її повноваження, порядок формування і діяльності визначені Конституцією України і Конституцією Автономної Республіки Крим, законами України, нормативно-правовими актами Верховної Ради Автономної Республіки Крим з питань, віднесених до її компетенції.

Згідно зі ст. 38 Конституції Автономної Республіки Крим,⁵⁰⁸ Рада Міністрів Автономної Республіки Крим здійснює загальне керівництво справою охорони здоров'я населення, використовуючи надані їй законодавством повноваження. За своїм рівнем у системі органів виконавчої влади вона займає проміжне становище між Кабінетом Міністрів України (її постанови є обов'язковими до виконання Радою Міністрів Автономної

⁵⁰⁵ Офіційний вісник України. – 2003. – № 4. – Ст. 118.

⁵⁰⁶ Офіційний вісник України. – 2003. – № 31. – Ст. 1618.

⁵⁰⁷ Офіційний вісник України. – 2002. – № 28. – Ст. 1324

⁵⁰⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 5-6. – Ст.43.

Республіки Крим) і обласною державною адміністрацією. Державне управління мережею медичних закладів, розташованих на території Автономної Республіки Крим, вона здійснює, як правило, через Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим.

4.3. Обласні державні адміністрації

Обласна державна адміністрація є органом виконавчої влади середньої ланки, формує її голова, і вона діє на підставі Закону України "Про місцеві державні адміністрації".⁵⁰⁹ Метою цього Закону є розвиток відповідних положень чинної Конституції України щодо визначення структури, повноважень і підпорядкованості в ієрархії виконавчої влади адміністративно-територіальних одиниць України, забезпечення законності існуючих органів виконавчої влади, а також запровадження механізмів урегулювання можливих відносин чи навіть конфліктів як всередині системи органів виконавчої гілки влади, так і між органами місцевого самоврядування та органами виконавчої влади.⁵¹⁰

Місцеві державні адміністрації є єдиноначальними органами виконавчої влади загальної компетенції. Відповідно до п. 10 ст. 106 Конституції України та ст. 8 Закону України „Про місцеві державні адміністрації” голови місцевих державних адміністрацій призначаються на посаду за поданням Прем'єр-міністра і звільняються з посади Президентом України.

Місцева державна адміністрація є органом виконавчої влади на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, який виконує повноваження державної влади, делеговані йому виконавчі функції відповідних рад через створювані управління, відділи та інші структурні підрозділи й діє під керівництвом голови місцевої державної адміністрації.

У здійсненні своїх повноважень голова місцевої державної адміністрації відповідальний перед главою держави і Кабінетом Міністрів.

Разом з іншими органами виконавчої влади облдержадміністрація входить в єдину систему органів виконавчої влади України. Разом з тим, для неї характерна організаційна відокремленість від інших елементів апарату державного управління. Другою найважливішою характеристикою цього органу (як, до-речі, і всіх інших органів виконавчої влади, що входять в її єдину систему) є функціональна відокремленість, котра характеризує різні аспекти компетенції та фактичної діяльності цих органів.⁵¹¹

⁵⁰⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 20-21. – Ст. 190.

⁵¹⁰ Сушинський О.І. Місцеві державні адміністрації: статус у контексті публічної влади. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.25.

⁵¹¹ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 208 – 209.

Через обласні державні адміністрації здійснюється принцип поєднання централізації і децентралізації у здійсненні державної влади, покладений в основу територіального устрою України. Такий підхід повною мірою відповідає змісту управління місцевими справами, якого додержується більшість країн світу.⁵¹²

Відповідно до ст. 2 Закону України „Про місцеві державні адміністрації” обласна державна адміністрація в межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці забезпечує:

- виконання Конституції, законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, інших органів виконавчої влади вищого рівня;
- законність і правопорядок, додержання прав і свобод громадян;
- виконання державних і регіональних програм соціально-економічного та культурного розвитку, програм охорони довкілля, а в місцях компактного проживання корінних народів і національних меншин - також програм їх національно-культурного розвитку;
- підготовку та виконання відповідних бюджетів;
- звіт про виконання відповідних бюджетів та програм;
- взаємодію з органами місцевого самоврядування;
- реалізацію інших наданих державою, а також делегованих відповідними радами повноважень.

Метою її діяльності є забезпечення прав, свобод і законних інтересів громадян, здійснення державної політики у визначених законодавством сферах і галузях управління та організація соціально-економічного й культурного розвитку області.

Обласна державна адміністрація діє на засадах:

- відповідальності перед людиною і державою за свою діяльність;
- верховенства права;
- законності;
- пріоритетності прав людини;
- гласності;
- поєднання державних і місцевих інтересів.

Склад обласної державної адміністрації формує її голова.

Аналізуючи Закон України “Про місцеві державні адміністрації”, можемо стверджувати, що місцева державна адміністрація має такі елементи: по-перше, – це склад її керівництва, що включає голову, його першого заступника та заступників, по-друге, – це апарат з відповідною структурою яку, як правило, складають відповідні відділи, та, по-третє, – це самостійні структурні підрозділи, якими є, як правило, управління у складі обласних державних адміністрацій чи відділи у складі районних державних адміністрацій. Варто зауважити, що ні в чинній Конституції України, ні в Законі України "Про місцеві державні адміністрації"

⁵¹² Там же, С. 227.

законодавець буквально не визначив організаційно-правовий статус структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій. Відповідною нормою зазначеного Закону (частина третя статті 5) законодавець постановив тільки, що "примірні переліки управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій, а також типові положення про них затверджуються Кабінетом Міністрів України". А це означає, що законодавець виокремлює місцеві державні адміністрації як цілісне структуроване утворення, а не як сукупність самостійних і тим більше незалежних інституцій виконавчої влади.⁵¹³ Підтвердженням цієї думки є також і те, що організаційно-процедурні питання внутрішньої діяльності місцевих державних адміністрацій регулюються їх регламентами, що затверджуються головами відповідних місцевих державних адміністрацій. Регламенти розробляються на основі Типового регламенту місцевої державної адміністрації, що затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 11 грудня 1999 року № 2263.⁵¹⁴

У межах бюджетних асигнувань, виділених на утримання відповідних місцевих державних адміністрацій, її голова визначає структуру обласних державних адміністрацій.

Примірні переліки управлінь, відділів та інших структурних підрозділів обласних державних адміністрацій, а також типові положення про них затверджуються Кабінетом Міністрів України. Вказані структурні підрозділи об'єднуються в єдину систему в рамках функціонування єдиного органу – обласної державної адміністрації. Аналізуючи з позицій системного підходу її побудову та функціонування, бачимо, що їхні структурні підрозділи (управління, відділи тощо) перебувають між собою у різноманітних зв'язках і відносинах, виконуючи чи реалізуючи надані державою, а також делеговані відповідними радами повноваження.⁵¹⁵

Відповідно до ст. 13 вказаного Закону до відання обласної державної адміністрації у межах і формах, визначених Конституцією і законами України, належить вирішення питань охорони здоров'я та споріднених з ним питань – фізичної культури і спорту, неповнолітніх, жінок і молоді освіти і науки, туризму та ін..

До повноважень обласної державної адміністрації в галузі охорони здоров'я, як це впливає із змісту ст. 22 Закону України „Про місцеві державні адміністрації” належить вжиття заходів до збереження мережі закладів освіти, культури, охорони здоров'я, фізкультури і спорту та розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку, заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації, організація роботи

⁵¹³ Сушинський О.І. Місцеві державні адміністрації: статус у контексті публічної влади. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.42 – 44.

⁵¹⁴ Офіційний вісник України. – 1999. – № 50. – Ст. 2456.

⁵¹⁵ Державне управління в Україні: Навчальний посібник / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. – В-во ТОВ „СОМІ”, 1999. – С. 65.

медичних закладів по поданню допомоги населенню, надає встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей.

Обласна державна адміністрація як орган виконавчої влади загальної компетенції здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення області, де її керівний вплив поширюється на заклади охорони здоров'я державної форми власності, а через механізм делегування повноважень з боку обласної ради – також на вказані заклади обласної комунальної власності: обласні лікарні, диспансери, спеціалізовані центри, санаторії та ін. Це керівництво вона здійснює, як правило, через спеціально утворюваний нею галузевий орган виконавчої влади – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, начальника і заступників якого призначають наказом голови обласної державної адміністрації за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України.

Закон визначає, що обласна державна адміністрація здійснює свої функції і повноваження у сфері науки, освіти, охорони здоров'я, культури, спорту, де керівництво з цих питань забезпечує один із заступників голови обласної державної адміністрації. Він же і очолює, як правило, різноманітні консультативні й дорадчі органи (наприклад, протиепідемічну комісію, комісію з вакцинації населення та ін.), які утворюються при обласній державній адміністрації. На неї покладено обов'язок здійснення державного нагляду, зокрема, законодавства з питань охорони здоров'я, санітарних і ветеринарних правил.

Найважливіші питання охорони здоров'я населення області обговорюють на засіданні колегії обласної державної адміністрації, яку формує її голова, як дорадчий, консультативний орган без власних повноважень, а її персональний склад затверджує Кабінет Міністрів України. Як свідчить практика, такими питаннями можуть бути обговорення і затвердження обласної комплексної цільової програми "Здоров'я", питання фінансування діяльності обласних закладів охорони здоров'я, будівництва нових і реконструкції вже діючих медичних закладів, проведення надзвичайних протиепідемічних заходів чи стану надання населенню області медико-санітарної допомоги.

На виконання Конституції України, законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, власних і делегованих повноважень голова місцевої державної адміністрації в межах своїх повноважень видає розпорядження, а керівники управлінь, відділів та інших структурних підрозділів – накази.

Розпорядження голів місцевих державних адміністрацій, прийняті в межах їх компетенції, є обов'язковими для виконання на відповідній території всіма органами, підприємствами, установами та організаціями, посадовими особами та громадянами.

4.34. Міські державні адміністрації в містах Києві і Севастополі

Київ – найбільше місто України за чисельністю його населення, за економічним, соціальним і культурним потенціалом, столиця України. Місто Севастополь – стратегічна військова і військово-морська база півдня України і є місцем базування Військово-морських сил України. Виняткове значення цих міст визначає і особливості функціонування органів виконавчої влади та здійснення державного управління на їх території.

Відповідно до ст. 133 Конституції України міста Київ та Севастополь мають спеціальний статус, який визначений законами України. Територіальні громади жителів цих міст обирають представницькі органи місцевого самоврядування – Київську і Севастопольську міські ради, а в Києві, крім того, й районні (їх усього 14) ради, які діють на підставі Закону України від 21 травня 1997 р. "Про місцеве самоврядування в Україні".⁵¹⁶ Зате здійснення управління в цих містах покладається на міські й районні державні адміністрації, які здійснюють всі функції управління містом і керуються при цьому Законом України "Про місцеві державні адміністрації". Їх повноваження, в значній мірі, подібні до повноважень обласних державних адміністрацій, з урахуванням особливостей здійснення державного управління у великому місті. У складі міських державних адміністрацій утворюють Головне управління охорони здоров'я, а в районних державних адміністраціях міста Києва – управління охорони здоров'я.

4.5. Районні державні адміністрації

Останньою, найнижчою ланкою в системі органів виконавчої влади є районна державна адміністрація. Її утворюють призначені, відповідно до Закону України "Про місцеві державні адміністрації", голови районних державних адміністрацій, і вона включає до свого складу (крім голови) його першого заступника, заступників голови, керівників та апарат управлінь, відділів та інших структурних підрозділів. Як і всі інші органи державної влади, районна державна адміністрація входить в єдину систему виконавчої влади України.

Районні державні адміністрації підзвітні та підконтрольні обласним державним адміністраціям.

У її складі також утворюють колегію для обговорення найважливіших питань і координації роботи, персональний склад якої затверджує Кабінет Міністрів України. Подібно до обласної державної адміністрації, один із заступників голови районної державної адміністрації здійснює курацію

⁵¹⁶ Урядовий кур'єр. – 1997. – 14 червня.

такими близькими соціально-культурними сферами життя, як освіта, охорона здоров'я, культура, спорт, праця і соціальний захист населення.

На території районних адміністрацій діють і місцеві (територіальні) органи міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Їх взаємодія з обласними адміністраціями, а також органами виконавчої влади вищого рівня в період реформування цих органів набуває важливого значення, насамперед у питанні забезпечення чітких субординаційних зв'язків між ними.

Важливою особливістю адміністративно-правового статусу місцевих органів є те, що в ньому певним чином поєднуються повноваження загальної та спеціальної компетенції. Зокрема, повноваження спеціальної компетенції здійснюють структурні підрозділи районних державних адміністрацій, до відання яких віднесені питання функціонального чи галузевого управління. З огляду на це серед місцевих органів ЦОВВ виділяються органи двох типів:

- органи, що підпорядковані центральним органам виконавчої влади, хоч і мають певні зв'язки з місцевими державними адміністраціями;
- органи, що підпорядковані головам відповідних місцевих державних адміністрацій, хоч і мають враховувати вимоги реалізації завдань відповідних центральних органів виконавчої влади.⁵¹⁷

Голова районної державної адміністрації діє самостійно в межах своєї компетенції. Він очолює державну адміністрацію, здійснює керівництво її діяльністю, несе відповідальність за виконання покладених на адміністрацію завдань і за здійснення нею своїх повноважень. Крім того, він представляє відповідну районну адміністрацію у відносинах з іншими державними органами та органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями, підприємствами, установами та організаціями, громадськими та іншими особами як в Україні, так і за її межами. На голову покладені повноваження, пов'язані з вирішенням кадрових питань, укладанням та розірванням контрактів з керівниками підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління відповідної державної адміністрації. Він регулярно інформує населення про стан виконання безпосередньо покладених на місцеві адміністрації повноважень.

Управління, відділи та інші структурні підрозділи районних адміністрацій здійснюють керівництво галузями управління, несуть відповідальність за їх розвиток. По горизонталі вони підпорядковані й підзвітні голові відповідної державної адміністрації, а по вертикалі — органам виконавчої влади вищого рівня — відповідним управлінням, відділам та іншим структурним підрозділам обласної державної адміністрації.

Організаційно-процедурні питання діяльності місцевих адміністрацій регулюються їх регламентами, що затверджуються головами районних

⁵¹⁷ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 228.

адміністрацій. Типові регламенти місцевих державних адміністрацій затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Для правового, організаційного, матеріально-технічного та іншого забезпечення діяльності районної державної адміністрації, підготовки політичних, інформаційних та інших матеріалів головою відповідної місцевої державної утворюється апарат районної державної адміністрації у межах виділених бюджетом коштів. Апарат очолює посадова особа – керівник апарату, який призначається на посаду головою районної державної адміністрації. Він же затверджує положення та визначає структуру апарату, призначає на посади і звільняє з посад керівників та інших працівників структурних підрозділів апарату.⁵¹⁸

Як орган виконавчої влади загальної компетенції, районна державна адміністрація здійснює загальне керівництво охороною здоров'я населення району, до об'єктів управління якої через делегування повноважень районною радою належать районні лікарні та інші заклади охорони здоров'я районного підпорядкування. Особливість організації районної державної адміністрації полягає в тому, що у її складі не утворюють спеціального відділу охорони здоров'я, а його завдання і повноваження покладають на головного лікаря центральної районної лікарні, який, виконуючи їх паралельно з роботою з керівництва вказаної лікарні, набуває статусу керівника підрозділу районної державної адміністрації та іменується головним лікарем району.

Глава 5. Система органів виконавчої влади спеціальної компетенції у сфері охорони здоров'я та їх повноваження

5.1. Міністерство охорони здоров'я України

Для формування і проведення в життя сучасної стратегії реформування системи охорони здоров'я необхідне законодавче визначення спеціального центрального органу державної влади, на який покладено реалізацію політики охорони здоров'я і який сповідує міждисциплінарну соціально-еколого-економічну програму збереження здоров'я населення. Таким органом відповідно до чинного законодавства є Міністерство охорони здоров'я України.

Одним з найважливіших питань для належної організації державного управління в будь-якій галузі чи сфері є необхідність визначення центрального органу виконавчої влади, окреслення його завдань,

⁵¹⁸ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 230 – 231.

відмежування їх від завдань інших органів, і наділення його відповідними повноваженнями, тобто визначення його правового статусу. Таким органом є міністерство (від лат. *ministerium* – посада, служба), назва якого використовується для визначення центрального органу виконавчої влади і вживається у багатьох мовах народів світу (російська, англійська, французька, німецька, італійська, іспанська та ін.). В деяких державах для найменування центрального урядового органу управління в тій чи іншій галузі, включаючи й охорону здоров'я, використовують й інші терміни – національна рада чи комітет, департамент та ін. Однак, безспірно, що термін „міністерство” як найменування центрального органу виконавчої влади який здійснює державне управління у певній сфері відносин, є найбільш поширеним. Під час здійснення під керівництвом М.С.Горбачова модернізації радянського суспільства, в ході обговорення і проведення відповідних реформ, у тому числі і реформи охорони здоров'я, висувались пропозиції, щодо утворення Комітету (Державного комітету) охорони здоров'я як центрального органу державного управління.

Призначення міністерства та управлінська діяльність його від імені держави, обумовлюють необхідність наділення його специфічними повноваженнями, які за своєю природою є державновладними. А наявність останніх є головною юридичною ознакою будь-якого державного органу. Іншими, характерними для міністерства ознаками є: наявність визначеної компетенції та власної відокремленої організаційної структури, функціональне поле діяльності, наявність ієрархічних правових зв'язків між його працівниками.

Історія

Доречно зробити короткий відступ за публікацією І. Корнєєвої¹⁶, нагадавши, як упродовж 1910–1916 рр. відомий російський вчений і громадський діяч, академік Г. Є. Рейн (1854–1942 рр.) намагався переконати російський уряд та імператора Миколу II в доцільності створення міністерства народного здоров'я.

21 вересня 1916 р. було оприлюднено указ про створення Головного управління охорони здоров'я, а 22 вересня Г. Є. Рейн був призначений його головноуправляючим. Але працював на цій посаді академік лише 5 місяців.

Успішнішою щодо створення міністерства здоров'я була робота українського професора І. Горбачевського (1854–1942 рр.). Він був першим організатором і впродовж 1917–1918 рр. міністром першого в Австро-Угорщині Міністерства народного здоров'я, членом Найвищої ради здоров'я Австро-Угорщини у Відні.

Під час керівництва Генеральним секретаріатом Української Народної Республіки В. Винниченком (1880–1951 рр.) та В. Голубовичем (1885–1939

¹⁶Корнєєва І. Лікар-реформатор, провісник державної охорони здоров'я академік Г. Є. Рейн // Агапіт. – 1996. – № 4. – С. 25–30.

рр.) діяли окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Б. Матюшенко (1883–1944 рр.), який ще 1917 р. почав організовувати медично-санітарну службу в Україні та Є. Лукаевич (1871–1929 рр.) – один із організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюріхського університету.

Першим державним органом, який предметно займався питаннями охорони здоров'я в Україні, стало Міністерство здоров'я та соціальної опіки, створене за правління гетьмана П. Скоропадського (1873–1945 рр.) у травні 1918 р. Першим міністром був призначений В. Любинський, який залишався на цій посаді до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Директорами департаментів на той час були: медичного – Б. Матюшенко; санітарного – О. Корчак-Чепурківський (1857–1947 рр.); загального – М. Галаган; відділення очолювали: освіти – В. П. Піснячевський (1889–1933 рр.); інформаційно-видавниче – Ю. Меленевський; судової експертизи – Сулима; санітарно-технічне – інженер О. Земляніцин; демобілізаційне – О. Сидоренко.

Як зазначають дослідники діяльності Міністерства здоров'я за часів УНР, робота цього відомства була дуже складною. Величезна міграція населення, відсутність захисту людей від численних ворогів, анархії та саботажу, недостатня кількість харчів, транспорту, відчутний брак медикаментів створювали вкрай складні умови праці й зумовлювали поширення епідемій тифу, паратифу, дизентерії, педикульозу, холери.

За часів Директорії міністром здоров'я був І. Липа – один із керівників Української партії самостійників-соціалістів, автор релігійної програми уряду УНР, який перебував в опозиції до соціалістів.

Утворений 18 квітня 1918 р. Український Червоний Хрест був на той час автономним підрозділом Міністерства здоров'я, і його діяльність, особливо в пізніший період, була більш значною, ніж самого Міністерства здоров'я.

Після утворення в листопаді 1918 р. Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) державним секретарем здоров'я в уряді був призначений випускник медичного факультету Віденського університету доктор І. Куровець (1863–1931 рр.).

Відразу після проголошення самостійності України і створення Української народної республіки (18 січня 1918р.) справами охорони здоров'я відповідно до законів Росії, які ще діяли на той час, опікувалися губернські органи (департаменти) Міністерство внутрішніх справ.

Окреме ж **Міністерство здоров'я та соціальної опіки** було створене за правління гетьмана П. Скоропадського у травні 1918р. Першим його міністром був доктор В. Любинський, який залишався на цьому посту до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Директорами департаментів на той час були: медичного - Б. Матюшенко; санітарного - О. Корчак-Чепурківський (1857-1947); загального - М. Галаган; відділення очолювали: освіти - В.П. Піснячевський (1889-1933); інформаційно-видавниче - Ю.

Меленевський; судової експертизи - Сулима; санітарно-технічне - інженер О. Земляніцин; демобілізаційне - О. Сидоренко.

Приблизно в цей же час Декретом Ради Народних Комісарів від 11 липня 1918 року було створено Народний комісаріат охорони здоров'я РСФСР.⁵¹⁹

Структуру Міністерства здоров'я та соціальної опіки в уряді УНР подано на рис. 1.1.

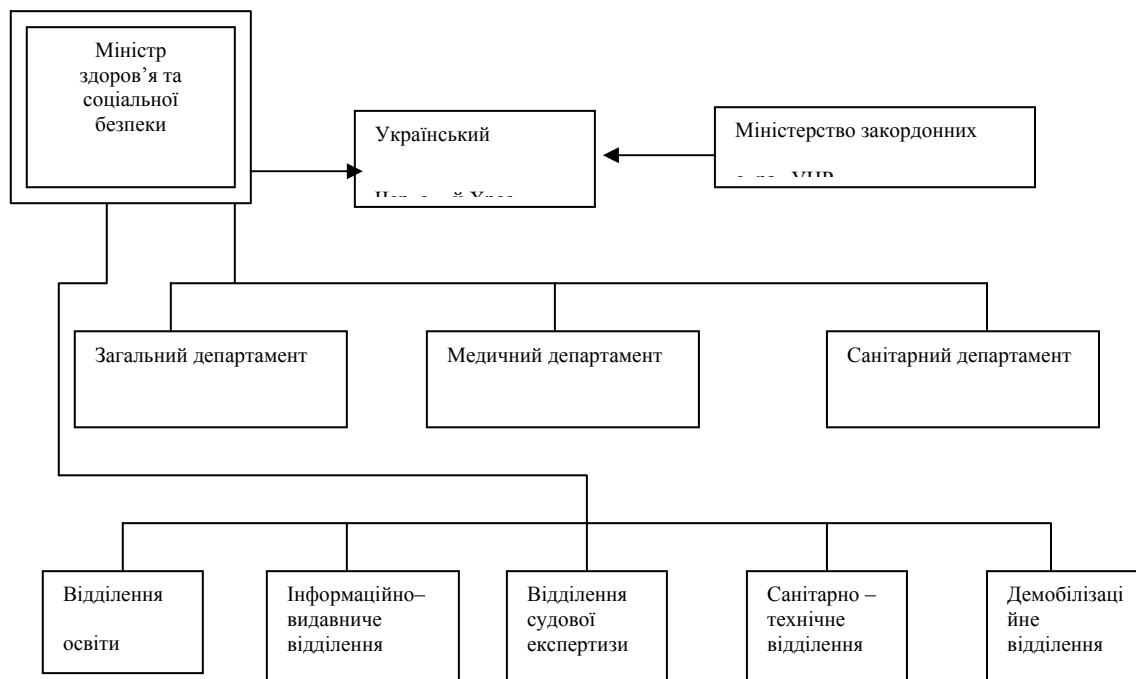


Рис. 1.1. Структура Міністерства здоров'я і соціальної опіки в уряді УНР

Невдовзі після створення Міністерства здоров'я і соціальної опіки Української держави часів Гетьманату, завідувач його інформаційно-видавничого відділення Ю. Меленевський почав видавати українською мовою "Вісник Міністерства народного здоров'я".

Після В. Любинського на пост міністра здоров'я (вже за Директорії) було призначено спочатку Б. Матюшенка, а в 1919 р. – професора-медика, майбутнього академіка О. Корчак-Чепурківського. Останній ще в 1906 р. почав викладати "Основи соціальної гігієни і громадської медицини"¹⁸, у жовтні 1917 р. був членом Ради медико-санітарного відділу при Генеральному секретаріаті Української Центральної Ради. Певний час відомий тодішній політик доктор Іван Липа також обіймав посаду Міністра здоров'я в уряді за часів Директорії, перебуваючи в опозиції до соціалістів.

Коли головою Українського уряду став Б. Мартос, міністром здоров'я було призначено М. Білоуса, який, щоправда, недовго перебував на цьому

⁵¹⁹ Организация здравоохранения в СССР./ Под ред. проф. Н. А. Виноградова. М.: Медгиз, 1952. – ...с.

посту. Після нього міністром здоров'я став Д. Одрина. Останній, закінчивши з відзнакою в 1916 р. медичний факультет Київського університету Св. Володимира, вже в 1917 р. з початком революції організував на фронті українські санітарні частини. Після прибуття до Києва він працював у секретаріаті Центральної Ради, де займався організацією санітарно-медичної справи в українському війську, допомагав створювати Український Червоний Хрест. З 1919 р. Д. Одрина - заступник голови Трудового конгресу України, а в червні того ж року призначається міністром здоров'я і заступником голови Ради міністрів. У ранзі міністра він здійснив низку поїздок по Україні для організації нової служби охорони здоров'я. Раптово помер 16 листопада 1919р. в Кам'янці-Подільському в розпалі епідемії тифу.

Останнім міністром здоров'я в уряді УНР був доктор С. Стеминовський.

Міністерство здоров'я та соціальної опіки УНР організувало справу охорони здоров'я цивільного населення та забезпечувало разом з Міністерством військових справ санітарну опіку торговельного флоту; допомагало Міністерству внутрішніх справ у репатріації наших співвітчизників, допомагало полоненим; разом з Міністерством закордонних справ займалося поверненням українських втікачів із західних країн та Далекого Сходу і, нарешті, співпрацювало з Міністерством торгівлі у справі придбання із-за кордону лікувальних матеріалів для України [78]. У складі Міністерства здоров'я автономним підрозділом був Український Червоний Хрест і його діяльність, особливо в пізнішому періоді, була часто більш значною, ніж самого Міністерства здоров'я.⁵²⁰

В уряді Української Соціалістичної Радянської Республіки, утворення якої було проголошено Всеукраїнським з'їздом Рад у м. Харкові 25 грудня 1918 р. (за тодішньою термінологією – Раді Народних Комісарів УСРР), як центральний орган державного управління охороною здоров'я був створений Народний комісаріат охорони здоров'я.

Отже, роком створення Міністерства охорони здоров'я в Україні слід вважати 1918 р., коли спочатку в УНР воно було утворено як Народний секретаріат у справах здоров'я, в ЗУНР – як Державний секретаріат громадського здоров'я, а потім і УСРР як Народний комісаріат охорони здоров'я. Остаточну свою назву - Міністерство охорони здоров'я, цей орган виконавчої влади набув у 1946 році в результаті перейменування народних комісаріатів у міністерства.

В умовах безроздільного панування єдиної соціалістичної державної власності всі суб'єкти і об'єкти управління у цій сфері поєднувались в єдиній системі Міністерства охорони здоров'я колишньої УРСР. Саме це стверджував п.3 Положення про Міністерство охорони здоров'я УРСР затвердженого постановою Ради Міністрів УРСР №46 від 21 січня 1969 року, яке встановлювало, що „Міністерство охорони здоров'я УРСР, органи управління охороною здоров'я Рад депутатів трудящих підвідомчі їм

⁵²⁰ Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія) / Передмова і загальна редакція – проф. Н.Р.Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – с. 25-26.

лікувально-профілактичні установи (лікарні, поліклініки, диспансери, станції швидкої медичної допомоги і переливання крові та інші заклади), санітарно-профілактичні установи, аптеки, науково-дослідні установи, вищі і середні медичні і фармацевтичні навчальні заклади та інші підвідомчі заклади, організації і підприємства складають єдину систему Міністерства охорони здоров'я УРСР”⁵²¹.

Поняття Міністерства

Стаття 15 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Міністерство покликане здійснювати керівництво відповідною сферою чи галуззю економіки, соціально-культурного чи адміністративно-політичного життя держави.

Однією з центральних проблем в діяльності міністерства є відсутність відповідного законодавчого акту, який би регулював його діяльність. Багато років у Верховній Раді України лежить проект Закону „Про центральні органи виконавчої влади” внесений народними депутатами України Соболевим С.В., Стецьківим Т.С. і Стретовичем В.М., розроблений групою фахівців в напрямку реалізації Адміністративної реформи в Україні. Відповідно до вказаного законопроекту, Міністерство є основним органом у системі центральних органів виконавчої влади, головним завданням якого є формування та реалізація державної політики у відповідному секторі державного управління. Міністерства утворюються за функціональним, галузевим, функціонально-галузевим або іншим принципом.

Особливості міністерства як центрального органу виконавчої влади проявляються перш за все в його компетенції, яка може носити як функціональний, так і галузевий характер. Його компетенцію складає комплекс прав і обов'язків для виконання функцій управління об'єктами даної галузі, і жодна із основних сторін життя і діяльності не виключена з кола відання і сфери впливу міністерства. Компетенція міністерства, як правило, закріплювалася у відповідному акті законодавства, який може мати юридичну силу як закону, так і постанови Кабінету Міністрів, хоча п. 12 ст. 92 Конституції України відносить ці питання до виключної компетенції Верховної Ради України.

Колишнє міністерство охорони здоров'я УРСР являло собою типовий командно-штабний орган лінійно-функціональної структури, який фінансувався з коштів державного бюджету і здійснював розподільчу функцію щодо фінансування організаційно підпорядкованих органів і закладів охорони здоров'я. Апарат МОЗ УРСР, як і інших органів державної влади, був невід'ємною складовою частиною адміністративно-командної системи управління в країні. Формуванню цієї адміністративно-командної

⁵²¹ Збірник постанов Уряду УРСР. – 1970. – №1. – Ст. 11.

системи сприяло і панування державної форми власності на всі заклади охорони здоров'я.

Назва центрального органу виконавчої влади

Як було зазначено вище, державний орган, створений спеціально для керівництва охороною здоров'я в Україні та з назвою міністерство був утворений вперше у травні 1918 р. Численні реорганізації змінювали і назву цього органу – від Департаменту здоров'я, Державного секретаріату до Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР аж поки в 1946 р., в результаті проведення реформи державного управління він не здобув остаточну назву - Міністерство охорони здоров'я. Міжнародних вимог щодо організації, завдань, та внутрішньої структури керівного органу виконавчої влади, який здійснює керівництво системою охорони здоров'я населення, не існує. Тому в різних державах, у тому числі Європейського Союзу, цей орган носить різне найменування, але, практично, в усіх державах світу він є міністерством. Подібну назву мають і відповідні органи державної влади інших, передусім європейських держав світу. Так, в Російській федерації – Міністерство охорони здоров'я і медичної промисловості, в Республіці Польща – Міністерство охорони (народного) здоров'я, у Французькій республіці – Міністерство національного (народного) здоров'я та ін.

Міністерство охорони здоров'я України є сьогодні одним з 17-ти діючих в країні міністерств. Виникає запитання, чому центральним органом виконавчої влади у цій сфері має бути саме міністерство? Очевидно, що це може бути й інший орган, з іншою назвою і правовим статусом, тим більше, що подібні пропозиції мали місце в свій час.

Про міністерський статус центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я неодноразово приймали рішення як перший, другий, так і третій Президенти України, утворюючи Міністерство охорони здоров'я України, затверджуючи положення про нього і призначаючи його керівників. Слід зазначити, що незважаючи на численні трансформації, яким піддавалась система органів виконавчої влади, вони завжди не зачіпляли самого існування Міністерства охорони здоров'я України. Таким чином стало вже певною конституційною традицією те, що при черговій реорганізації урядової системи чи при черговому затвердженні складу уряду, ніби самим собою розумілось незаперечне існування Міністерства охорони здоров'я України.

Міністеріальна система в колишньому СРСР з'явилась в 1946 році, коли існуючі на той час центральні органи державного управління – народні комісаріати, були перетворені у відповідні міністерства. Один із перших радянських дослідників їх природи проф. В. А. Власов вважав що “радянські міністерства є розпорядчими і виконавчими органами державної влади в певній галузі державного управління, керівництво якою на основі Конституції і в межах, визначених законом і постановами уряду, здійснюється

міністром.”⁵²² Міністерства в колишньому СРСР проіснували як основна форма органів державного управління аж до його розпаду в 1991 році.

На момент здобуття незалежності в Україні існували республіканські міністерства, які здійснювали державне управління відповідними галузями і сферами в межах республіки. Законом від 3 серпня 1990 року “Про міністерства і державні комітети Української РСР” було визначено перелік центральних органів виконавчої влади, який включав 22 міністерства і 14 державних комітетів. 13 травня 1991 року було прийнято Закон “Про перелік міністерств та інших центральних органів державного управління Української РСР”, згідно з яким кількість міністерств майже не змінилась (23), проте дещо змінилися їх назви та завдання. І в першому і в другому випадку в переліку існуючих міністерств було й Міністерство охорони здоров’я УРСР.

Юридична природа центральних органів виконавчої влади, у тому числі і міністерства знаходиться в полі зору українських дослідників – юристів, політологів, економістів, фахівців з державного управління та менеджменту та ін. Цілком очевидно, що розкриваючи природу міністерства і даючи йому визначення (поняття), вони опиралися на норми чинного на той чи інший час законодавства. Так, проф. І. П. Голосніченко визначав, що “міністерство України – центральний орган державної виконавчої влади. Здійснює управління у відповідній галузі або створюється для виконання окремої функції в масштабах країни”.⁵²³ Специфіка статусу міністерства полягає в тому, – зазначала проф. Н. Р. Нижник, – що це – орган виконавчої влади, який здійснює керівництво дорученою йому галуззю чи сферою управління. Керівник міністерства – міністр – входить до складу Кабінету Міністрів і керує дорученою галуззю, сферою управління на основі єдиноначалля, несе персональну відповідальність за виконання покладених на міністерство функцій.⁵²⁴

Звертає на себе увагу необґрунтоване використання у законотворчій діяльності такого складного і стилістично кострубатого терміну як “спеціально-уповноважений центральний орган виконавчої влади”. Його використання викликає певні смислові заперечення, оскільки сам термін “міністерство” є значно коротшим і точнішим за вказаний. Видається, що прийняття Закону України “Про міністерство, інший центральний орган виконавчої влади” в значній мірі спростило б практику застосування таких неоковирних юридичних термінів.

Таким чином, Міністерство охорони здоров’я є центральним органом виконавчої влади галузевої компетенції. Відповідно до п. 15 ст. 106 Конституції України воно утворюється, реорганізовує та ліквідується Президентом за поданням Прем’єр-міністра України. Міністерство у своїй діяльності підпорядковується Кабінету Міністрів України.

Міністерство охорони здоров’я у своїй діяльності керується Конституцією і законами України, постановами Верховної Ради України,

⁵²² Власов В. А. Советский государственный аппарат. М.: Госюриздат, 1951. – С. 89-90.

⁵²³ Голосніченко І. П. Адміністративне право України (основні категорії і поняття) Ірпінь, 1998. – С. 10.

⁵²⁴ Нижник Н. Р. Україна – державне управління, шляхи реформування. К., 1997. – С. 21-22.

указами і розпорядженнями Президента України, постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів України, а також положенням про нього. У межах своєї компетенції міністерство організовує виконання актів законодавства України і здійснює систематичний контроль за їх виконанням. Воно узагальнює практику застосування законодавства з питань, що входять до його компетенції, розробляє пропозиції щодо його удосконалення і вносить їх на розгляд Кабінету Міністрів України.

Законодавство, що регулює діяльність Міністерства

Першим нормативним актом який почав регулювати діяльність Міністерства охорони здоров'я після проголошення державної незалежності України стала постанова Кабінету Міністрів України № 469 від 12 серпня 1992 р., яким було затверджено відповідне Положення про дане міністерство.⁵²⁵ Відповідно до цього положення Міністерство охорони здоров'я було визначено, як „центральний орган” державної виконавчої влади, підвідомчий Кабінету Міністрів України.

Перше положення про Міністерство охорони здоров'я України формувалось цілком у руслі старих радянських управлінських стереотипів. Воно містило багато запозичених позицій і щодо завдань Міністерства, і щодо повноважень, і щодо його структури, які Були як дві каплі води подібні на відповідні позиції, що містились в Положенні про Міністерство охорони здоров'я колишнього СРСР. Навіть за способом надання йому юридичної сили вони були подібні як близнюки – і в тому і в іншому випадку затверджувались постановами Уряду.

Надзвичайно широкий перелік повноважень міністерства свідчив про бажання авторів цього документа (а всі вони були відповідальними працівниками самого міністерства) передати міністерству практично всі функції колишнього союзного Міністерства охорони здоров'я, ліквідованого в грудні 1991 року у зв'язку з розпадом СРСР. Детальний аналіз цього положення вказував на те, що воно було своєрідним витвором адміністративної творчості апарату самого Міністерства охорони здоров'я початкового періоду українського державотворення. Ці повноваження вказували на продовження старої адміністративно – командної політики міністерства, але вже в нових умовах. Це дало підстави автору зробити висновок про його недовговічність.⁵²⁶

Наступне Положення про Міністерство охорони здоров'я України було затверджено Указом Президента України від 17 серпня 1998 року № 884 / 98.⁵²⁷ Це положення визначало правовий статус міністерства яке „є центральним органом виконавчої влади, який забезпечує проведення у життя державної політики в галузі охорони і зміцнення здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, здійснює керівництво дорученою йому

⁵²⁵ Збірник постанов Уряду України. – 1992. – № 9. – Ст. 223.

⁵²⁶ Гладун З. МОЗ України як центральний орган державної виконавчої влади в системі охорони здоров'я // Право України. – 1995. – № 7. – С. 38-40.

⁵²⁷ Офіційний вісник України. - 1998. - №. 33. - Ст. 1221.

сферою управління, несе відповідальність за її стан та розвиток". Щодо повноважень то вони набули ще більшого розширення (в положенні їх сформульовано 46 !), хоча, за для об'єктивності слід зазначити що більшість з них набула ринкових орієнтирів.

І цей нормативний акт також проіснував не довго - аж до 24 липня 2000 року коли Указом Президента України № 918/2000 було затверджене нове, чинне й до тепер Положення про Міністерство охорони здоров'я України.⁵²⁸

Внутріапаратну, внутріорганізаційну діяльність працівників апарату Міністерства охорони здоров'я України регулює Регламент, який затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 8 від 14.01.2004 р.⁵²⁹.

Компетенція (повноваження) Міністерства

Особливості міністерства як галузевого органу державної виконавчої влади проявляються перш за все в його компетенції, яка носить переважно галузевий або міжгалузевий характер. Його компетенцію складає комплекс прав і обов'язків для виконання функцій управління даною галуззю чи сферою, і жодна із основних сторін життя і діяльності не виключена з кола відання і сфери впливу міністерства.

Зміст діяльності міністерства визначається його основними завданнями та функціями як центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Міністерство охорони здоров'я очолює розгалужену систему місцевих органів і закладів охорони здоров'я. Її управлінський каркас побудований відповідно до адміністративно-територіального поділу країни і склався в Україні вперше за роки радянської влади.

Чинне положення про міністерство дещо розширює його повноваження, покладаючи на міністерство такі права і обов'язки, які воно не мало раніше. Це стосується, в першу чергу, здійснення державного управління шляхом реалізації комплексних цільових програм, здійснення контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я недержавної власності та ін. Змінюється і сама роль в організації державного управління в галузі охорони здоров'я України. Відповідно до нових уявлень про сутність державного регулювання і управління, і відповідно до нового положення, міністерство повинно виступати як провідник державної політики, як замовник науково обґрунтованого соціального замовлення медичній науці і практиці по розробці і впровадженню нових методів запобігання, діагностики, лікування захворювань та реабілітації хворих.

Відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України № 918/2000 від 24 липня 2000 року воно є **головним (провідним)** центральним органом виконавчої влади, який забезпечує реалізацію державної політики у сферах охорони здоров'я,

⁵²⁸ Офіційний вісник України. - 2000. - №17. - Ст. 740.

⁵²⁹ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. - 2004. - № 36. - січень. - С. 69-74.

санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; розробляє, координує та контролює виконання державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості; організовує надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню; організовує надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях, здійснює в межах своєї компетенції заходи, пов'язані з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи; розробляє заходи щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; організовує разом з Національною академією наук України, Академією медичних наук України наукові дослідження з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки.

Функції ж міністерства є складовими частинами змісту його діяльності і відображаються в закріплених у положенні про нього завданнях по забезпеченню життєво важливих потреб сфери охорони здоров'я і здійснюються структурними підрозділами (і посадовими особами) шляхом реалізації покладених на них повноважень.

Основним завданням Міністерства охорони здоров'я є розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я, забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я усіх форм власності, здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, формування здорового способу життя, забезпечення надання державними закладами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно безплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню, координація розвитку мережі закладів охорони здоров'я та ін. Для порівняння, завдання Міністерства охорони здоров'я, освіти і добробуту США у сфері охорони здоров'я населення обмеженіші. Міністерство виконує наступні функції:

- 1) забезпечує лікарняне й амбулаторне обслуговування лише деяких невеликих груп населення (моряки торговельного флоту, ветерани війни, атестовані державні службовці, індійське населення) ;
- 2) несе відповідальність за карантин і медичне обстеження іммігрантів;
- 3) здійснює і підтримує наукові дослідження в області охорони здоров'я і захворюваності;
- 4) здійснює керівництво програмами;
- 5) надає консультативну допомогу;
- 6) фінансує і підтримує різні програми по створенню лікувальних установ, боротьбі з факторами зовнішнього середовища, небезпечними для здоров'я;
- 7) керує програмами те поліпшенню служб охорони здоров'я, по боротьбі з інфекційними і хронічними хворобами і нещасними випадками;

координує роботу зі здійснення міжнародних програм надання допомоги при стихійних лихах, а також діяльність в області національної санітарної статистики.⁵³⁰

Поряд з Міністерством охорони здоров'я, освіти і добробуту функції управління охороною здоров'я виконує і ряд інших міністерств і відомств, що тією чи іншою мірою займаються проблемами медицини й охорони здоров'я. До них відносяться Міністерство сільського господарства США, у складі якого є відділ, що відає питаннями наукових досліджень із проблем харчування населення. Міністерство оборони і відділ цивільної оборони і медичних програм. Питання охорони здоров'я і медицини вирішує спеціальний помічник секретаря міністра. Міністерство оборони відає американськими військовими госпіталями, що знаходяться на території США, а також на території країн, у яких розташовані американські військові бази.⁵³¹

Щодо компетенції Міністерства охорони здоров'я то вона в загальних рисах впливає з його назви, тобто до кола відання даного міністерства відносяться всі питання, які стосуються охорони здоров'я людей. Однак практика діяльності Міністерства охорони здоров'я, місцевих органів охорони здоров'я, свідчить про те, що це швидше ідеал, ніж реальна дійсність. Річ у тому, що міністерство попри все своє бажання на 97% займається організацією надання медичної допомоги населенню, а саме функцією охорони здоров'я людей, особливо в умовах виробництва, навчання, побуту і відпочинку, контролю за якістю питної води, продуктів харчування, умов безпеки людей на транспорті, практично не займається. В певній мірі ці завдання вирішує державна санітарно-епідеміологічна служба, яка знаходиться в системі міністерства. Однак, якщо проаналізувати внутрішню структуру центрального апарату міністерства і місцевих органів охорони здоров'я, то у вічі просто-таки кидається запрограмованість цих органів на вирішення суто медичних питань, питань забезпечення населення всіма видами медичної допомоги. Але медична допомога і охорона здоров'я хоча і близькі, проте не ідентичні поняття. І навіть, якщо питання саме охорони здоров'я в значній мірі вирішує державна санітарно-епідеміологічна служба, то вона в центральному апараті міністерства представлена лише одним головним управлінням, в той час як інші галузеві підрозділи, мають виключно медичну спрямованість. А в склад місцевих органів охорони здоров'я державна санітарно-епідеміологічна служба, як орган державного нагляду, просто не входить.

Сфера управління Міністерства охорони здоров'я України є надзвичайно широка. Вона включає в себе не лише управління безпосередньо підпорядкованими міністерству закладами охорони здоров'я, а й іншими підприємствами, установами, організаціями, які хоч і мають допоміжне

⁵³⁰ Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 29-30.

⁵³¹ Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 33-34.

значення в системі охорони здоров'я, проте їх є значна кількість і вони займають значну частину управлінської діяльності Міністерства.

Перш за все, це стосується аптечних закладів, управління фармацевтичною службою, яка є невід'ємною складовою частиною системи охорони здоров'я. В радянський період схема управління аптеками була подібна до схеми управління медичними закладами. Керівником аптечної мережі району був завідувач центральної районної аптеки, який подібно до головного лікаря центральної районної лікарні здійснював керівництво всіма аптеками району.

На рівні області дана служба була представлена вже окремим органом управління – аптечним управлінням виконкому обласної ради. У складі Міністерства охорони здоров'я УРСР як структурний підрозділ існувало Головне аптечне управління.

За часів незалежності в процесі формування засад ринкових відносин понад 90 % аптечних закладів було приватизовано. На базі Головного аптечного управління було утворено виробниче об'єднання „Укрфармація”, яке пережило низку реорганізацій. В результаті їх проведення у Міністерства залишилися функції видачі ліцензій на виробництво, постачання і реалізацію ліків і функція контролю за їх якістю, яку виконує Державна інспекція по контролю за якістю ліків Міністерства охорони здоров'я України.

Ще в радянський час, в період проведення перебудови серед численних пропозицій по вдосконаленню державного управління у сфері охорони здоров'я висловлювались і пропозиції щодо розширення сфери охорони здоров'я і повноважень міністерства. Зокрема, пропонувалось створити об'єднаний потужний орган державного управління – Державний комітет охорони народного здоров'я, включивши до його складу міністерство охорони здоров'я, міністерство соціального забезпечення, комітет по фізичній культурі і спорту, відомчі органи охорони праці⁵³². Були пропозиції щодо включення в систему охорони здоров'я і курортів профспілок, поклавши на міністерство охорони здоров'я управління ними⁵³³.

У даний час в галузеву систему Міністерства охорони здоров'я входить і сектор медичної і мікробіологічної промисловості, представлений низкою науково-дослідних інститутів, виробничих підприємств і господарських організацій, діяльність яких зорієнтована на забезпечення діяльності медичних і фармацевтичних працівників і закладів охорони здоров'я і носить відносно неї допоміжний характер. З часу організаційного оформлення підприємств і організацій, які входять до даного сектору в певну систему, її керівний орган неодноразово змінювався.

За час свого існування функції міністерства неодноразово змінювались і доповнювались. Так, Указом Президента України від 25 лютого 1992 р. № 98 "Про зміни в системі центральних органів державної виконавчої влади України" Міністерству охорони здоров'я були передані функції ліквідованого

⁵³² Зарин А. Без бар'єров // „Правда”. – 1985. – 25 декабря.

⁵³³ Марцинкявичус А.Й. Предлагаю объединить // „Аргументы и факты”. – 1988. - № 43. – С. 3.

Державного комітету України з хімічної, нафтохімічної промисловості та медичних препаратів, які пізніше знову були відібрані у міністерства, і на їх базі утворений новий центральний орган виконавчої влади - Державний комітет України з медичної та мікробіологічної промисловості.

Указом Президента України № 1573/99 від 15 грудня 1999 р. „Про зміни у структурі центральних органів виконавчої влади” було ліквідовано Державний комітет України з медичної та мікробіологічної промисловості.

Головним у визначенні і закріпленні правового статусу будь-якого органу, у тому числі і центрального органу виконавчої влади, є його мета. У згаданому Положенні вона чітко не сформульована. При визначенні мети діяльності Міністерства охорони здоров'я ключовою має бути теза про те, що вказане міністерство забезпечує, шляхом проведення відповідних організаційних заходів, охорону здоров'я населення і здійснює управління державною системою охорони здоров'я, а також здійснює регулятивні функції щодо діяльності комунальних та приватних суб'єктів у цій сфері.

Проблема з'ясування сучасної управлінської і правової природи міністерства як центрального органу виконавчої влади здобула своє нормативне вирішення. Указ Президента України від 15 грудня 1999 року № 1572/99 “Про систему центральних органів виконавчої влади” визначив, що міністерство є головним (провідним) органом в системі центральних органів виконавчої влади у забезпеченні реалізації державної політики у визначеній сфері діяльності. Аналіз його юридичної природи і характерних ознак показує, що воно є, по-перше, державним органом; по-друге, органом виконавчої влади і по-третє, центральним органом виконавчої влади, який здійснює державне управління у визначеній галузі чи сфері. Міністерство є вищою (порівняно з державним комітетом чи органом виконавчої влади із спеціальним статусом) формою органу виконавчої влади і саме Президент України Указом від 15 грудня 1999 року № 1574 “Про склад Кабінету Міністрів України” встановив, що до складу Кабінету Міністрів України входить Міністр охорони здоров'я України. 12 січня 2000 року Президент України призначив доктора медичних наук, професора В. Ф. Москаленка Міністром охорони здоров'я України. В 2003 році на цьому посту його змінив професор А.В. Підаєв, який до цього працював на посаді Міністра охорони здоров'я Автономної республіки Крим. Після обрання в грудні 2004 р. Президентом України В.А. Ющенка і призначення Прем'єр-міністром України Ю.В. Тимошенко Міністром охорони здоров'я України був призначений відомий нейрохірург професор М.Є. Поліщук.

Визначальним у правовому статусі міністерства, яке, в свою чергу, впливає на його роль, є функції управління, якими воно наділено. Саме вони й визначають характер його діяльності. Їх повнота й обсяг вказують на те місце, яке цей орган займає в системі органів виконавчої влади.

Члени робочої групи Державної комісії з проведення в Україні адміністративної реформи, напрацювавши Концепцію адміністративної реформи в Україні, визначили, що міністерства – це центральні органи виконавчої влади, покликані формувати та реалізувати державну політику у

відповідних сферах суспільного життя (секторах державного управління). Їх очолюють міністри, які за посадою є членами Кабінету Міністрів України і відповідно до цього мають статус політичних діячів (політиків).

Міністерства займають провідне місце серед центральних органів виконавчої влади та інших підвідомчих Кабінету Міністрів органів і фінансуються із державного бюджету. Між міністерствами розподіляється весь спектр урядової політики, за винятком тих напрямів, реалізація яких віднесена до повноважень центральних органів виконавчої влади із спеціальним статусом. Міністерства є єдиноначальними органами. Міністерства повинні мати право видавати загальнообов'язкові нормативно-правові акти в межах повноважень, визначених Конституцією і законами України, а також відповідно до Указів Президента України та актів Кабінету Міністрів України.⁵³⁴

Діяльність міністерств сьогодні регулюється низкою актів законодавства, серед яких Конституція і закони України, укази Президента, Постанови і розпорядження Кабінету Міністрів і, зокрема, відповідними положеннями про них, що затверджені указами Президента України. Більшість положень про існуючі міністерства були затверджені в 2000 році, що поклало початок вже третьому етапу (перший – 1992 рік, другий – 1996-1998 рр.) їх розробки і вдосконалення. Вказаний нормативний акт (Положення про Міністерство охорони здоров'я України) містить багато положень з неприйнятого закону “Про міністерство, інший центральний орган виконавчої влади”, проект якого був давно розроблений і тривалий час перебуває на розгляді у Верховній Раді України.⁵³⁵

Таким чином, у чинному Положенні про міністерство охорони здоров'я закріплений варіант поєднання концентрації (централізації) і децентралізації влади. Міністерство охорони здоров'я виконує роль координатора діяльності і замовника від імені держави, який в значному обсязі здійснює не стільки державне управління, скільки державне регулювання відносин у цій сфері шляхом встановлення нормативів, квот, замовлення на закупівлю медикаментів і ліків, видачі ліцензій, акредитації закладів охорони здоров'я та інших методів "м'якого", плавного регулювання. Цьому процесу сприяв і розподіл закладів охорони здоров'я за формою власності – на державну та комунальну власність міст, сіл, селищ, районів і областей. Водночас зберігаються й функції міністерства щодо державного управління зазначеними закладами державної форми власності, які перебувають у його службовому підпорядкуванні (республіканські лікарні, медичні академії й університети, медичні науково-дослідні інститути, санаторії та ін.).

Відразу ж після призначення на посаду, Міністр охорони здоров'я України розподілив сфери діяльності і службові обов'язки між своїми заступниками та затвердив відповідні положення про структурні підрозділи

⁵³⁴ Адміністративна реформа в Україні / Документи і матеріали // Український правовий часопис. – Випуск 4. – 1999. – С. 14.

⁵³⁵ Закон України „Про міністерства та інші центральні органи виконавчої влади”. Проект.

міністерства і посадові інструкції для їх працівників, а власне невід'ємними обов'язками міністра стали: звітування перед Верховною Радою України про роботу в дорученій йому сфері управління, визначення політичних пріоритетів та стратегічних напрямів роботи міністерства, внесення за власною ініціативою питань на розгляд Кабінету Міністрів України та прийняття рішень на його засіданнях.

Проблема визначення і правового закріплення повноважень міністерства полягає у тому, що в умовах формування та функціонування демократичної і правової держави, визначальні положення, що стосуються організації виконавчої влади, її окремих органів, здійснення в цілому державного управління повинні регулюватися не положеннями, нехай навіть затвердженими Кабінетом Міністрів України, які все ж таки мають силу підзаконних актів, а саме законодавчими актами, тобто законами, прийнятими Верховною Радою України. Саме це і є одним із завдань започаткованої в Україні адміністративної реформи.

Концепція даної реформи передбачає розробку та прийняття низки законодавчих актів, що мають комплексно врегулювати питання організації і здійснення державного управління. Першими з них мали б стати закони "Про Кабінет Міністрів України" і "Про міністерства та інші центральні органи виконавчої влади", після чого настане час визначити конкретний правовий статус усіх існуючих міністерств (і впорядкувати їх кількість!) шляхом прийняття відповідних законодавчих актів, у тому числі про Міністерство охорони здоров'я України.

Одним з важливіших напрямків Адміністративної реформи в Україні є реформування системи державного управління і системи органів виконавчої влади. Концепція адміністративної реформи в Україні передбачає не лише здійснення комплексних широкомасштабних заходів щодо зміни діяльності системи органів виконавчої влади в цілому, але й так званих структурно-функціональних змін в роботі кожного галузевого органу цієї системи.

Програмне управління у сфері охорони здоров'я

Однією з новацій в роботі Міністерства охорони здоров'я України став перехід від здійснення командного управління до програмних форм управління, що знайшло своє нормативне закріплення в п. 4 положення про міністерство, який зазначає, що воно „бере участь у розробленні проектів Державної програми економічного і соціального розвитку України, Державного бюджету України, Програми діяльності Кабінету Міністрів України, готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує реалізацію державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я”. Задля об'єктивності слід зазначити, що перші спроби програмного управління почали застосовуватись в колишньому СРСР ще в кінці 60-х на початку 70-х років ХХ століття. Як і все перше, вони страждали чи малою кількістю недоліків, серед яких найважливішими були декларативність, відсутність ресурсного забезпечення, а звідсіля і низька ефективність. Однак, якщо подивитись на програмне

управління в широкому розумінні, то його першими зразками були перші 5-річні плани розвитку народного господарства країни.

Положення визначає правовий статус Міністерства як центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Указами Президента та постановами Уряду в Україні затверджено десять загальнодержавних та національних програм з найактуальніших проблем охорони громадського здоров'я, спрямованих як на обслуговування потреб окремих груп населення, так і на забезпечення профілактики та надання медичної допомоги при конкретних захворюваннях.

Надзвичайно важливе значення для розвитку національної охорони здоров'я мають такі нормативно-правові акти, як Міжгалузєва комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14, Програма подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955⁵³⁶, значна кількість наказів Міністерства охорони здоров'я України, що забезпечують виконання законів, указів Президента, урядових постанов.

Особливо слід підкреслити, що в положенні про міністерство є окремі позиції, які стосуються програмного управління охороною здоров'я. Так, у 1999 році міністерство здійснювало керівництво десятима програмами охорони здоров'я різних категорій населення, профілактики і боротьби з різноманітними захворюваннями. Однак лише п'ять із них фінансувалися з Державного бюджету, причому в 1999 р. рівень фінансування становив 22,2 % від плану. Це – Національна програма імунопрофілактики населення і придбання вакцин; Національна програма "Діти України"; програма розвитку служби медицини катастроф; Національна програма "СНІД, наркоманія" на 1998-2000 рр.; програма "Здоров'я літніх людей"; Комплексна програма розвитку медичної промисловості. Аналіз фінансування державних програм за період 1999-2001 роки засвідчує, що фінансове забезпечення їх виконання збільшилося майже в 3,5 рази. У 2001 році з Державного бюджету України на фінансування національних програм та комплексних заходів було заплановано виділити 106394,9 тис. грн, фактично профінансовано 83791,2 тис. грн або на 78,8 % від планових показників.

Однак при наявності тенденції до збільшення обсягів фінансування державних програм, фактично профінансовано майже в повному обсязі лише "Комплексні заходи боротьби з туберкульозом" (на 84,1 %) та Комплексну програму "Цукровий діабет" (на 79,4 %), крім того закуплено протитуберкульозних препаратів на суму понад 30 млн. грн, та інсулінів на суму понад 53 млн грн. Програма "Здоров'я літніх людей" профінансована на 10,4 %, на 18,8 % – "Програма створення єдиної державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення". На жаль в 2001 році не були профінансовані з Державного бюджету Програма створення Урядової

⁵³⁶ Офіційний вісник України. – 2002. – №28. – Ст. 1324.

інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій на 2000-2002 рр., Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я, Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 рр., Програма розвитку Державної служби медицини катастроф на 1998-2001 рр.

Застосування програмного управління як управлінське завдання постало перед Україною в усій своїй масштабності і складності після здобуття нею державної незалежності. Це в повній мірі стосувалося як управління країною в цілому, так і управління в окремих секторах і сферах, серед яких, звичайно, була і охорона здоров'я. Починаючи із середини 90-х років ХХ століття Міністерство охорони здоров'я України, виконуючи відповідний курс українського Уряду, поступово переходило на принципи і засади програмного управління.

Одним із важливіших питань організації програмного управління є питання про створення належних органів, як здійснюють керівництво виконанням цієї програми. Так, наприклад, п. 3 постанови Кабінету Міністрів України № 1075 від 17 липня 2003 р. „Про затвердження Програми боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки” встановлено, що на Міністерство охорони здоров'я України покладено обов'язки органу, який координує виконання цієї програми.⁵³⁷

17 липня 2003 року Кабінет Міністрів України постановою №1075 затвердив Програму боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки. Цією ж постановою Міністерство охорони здоров'я України визначено органом, який координує виконання програми.⁵³⁸

На основі Указу Президента України № 345/2001 від 29 травня 2001 року „Про чергові заходи щодо дальшого здійснення адміністративної реформи в Україні”⁵³⁹ в Міністерстві охорони здоров'я України з'явилася посада державного секретаря, яка проіснувала два роки і була замінена на посаду першого заступника міністра. Указом Президента України від 26 травня 2003 року № 434/2001 “Про деякі заходи щодо оптимізації керівництва в системі центральних органів виконавчої влади”⁵⁴⁰ інститут державних секретарів в міністерствах ліквідований, а розглядувані функції, як це і було до впровадження посад державних секретарів, покладені на перших заступників та заступників міністра. Відповідно до чинного законодавства їх призначає на посаду за поданням Прем'єр-міністра України та звільняє з посади Президент України. Перші заступники та заступники підзвітні і підконтрольні Міністрові. Міністр особисто на власний розсуд розподіляє обов'язки між першими заступниками та заступниками, визначає ступінь їх

⁵³⁷ Офіційний вісник України. - 2003. - № 30. – Ст. 1530

⁵³⁸ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003.– № 31. – С. 3–4.

⁵³⁹ Офіційний вісник України. - 2001. - № 22. – Ст. 985.

⁵⁴⁰ Офіційний вісник України. - 2003. - № 22. – Ст. 989.

відповідальності. Таким чином не проіснувавши й двох років створений як черговий захід з проведення адміністративної реформи інститут державних секретарів був ліквідований Президентом України як такий, “що не відповідає оптимальній системі керівництва центральними органами виконавчої влади, не забезпечує сприятливі умови для послідовного здійснення в Україні реформи політичної системи та гальмує процес прийняття законодавчих актів щодо порядку організації та діяльності центральних органів виконавчої влади.”⁵⁴¹

Міністр

Правовий статус Міністра охорони здоров'я України визначений нині чинним Положенням про Міністерство охорони здоров'я України, як затвердив Указом від 24 липня 2000 року № 918/2000 Президент України.⁵⁴² Указом Президента України „Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 квітня 2002 року № 379/2002”⁵⁴³ внесено зміни до вказаного Положення, якими уточнено повноваження міністра. Так, відповідно до п. 8 вказаного Положення, Міністерство охорони здоров'я України очолює Міністр, якого призначає на посаду та звільняє з посади в установленому законодавством порядку Президент України.

Згідно з цим Положенням, Міністр охорони здоров'я України :

1) керує Міністерством, несе персональну відповідальність перед Президентом України та Кабінетом Міністрів України за розроблення і реалізацію державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, виконання МОЗ України своїх завдань і функцій;

2) спрямовує і координує як член Кабінету Міністрів України здійснення центральними органами виконавчої влади заходів з питань, віднесених до його відання, визначає на виконання вимог законодавства в межах наданих йому повноважень політичні пріоритети, стратегічні напрями роботи МОЗ України та шляхи досягнення поставлених цілей;

3) погоджує проекти законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України з питань, що належать до сфери діяльності Міністерства;

4) подає в установленому порядку на розгляд Кабінету Міністрів України проекти законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України, розробником яких є МОЗ України;

5) подає Прем'єр-міністрові України пропозиції щодо кандидатур на посаду Державного секретаря МОЗ України (далі - Державний секретар), а за

⁵⁴¹ Там же.

⁵⁴² Офіційний Вісник України. – 2000. – №30. – Ст. 1256

⁵⁴³ Офіційний Вісник України. – 2002. – №17. – Ст. 896.

поданням Державного секретаря - пропозиції щодо призначення на посади першого заступника та заступників Державного секретаря;

6) затверджує за поданням Державного секретаря програми і плани роботи МОЗ України, розглядає та затверджує звіт Державного секретаря про їх виконання;

7) приймає за поданням Державного секретаря рішення щодо розподілу бюджетних коштів, головним розпорядником яких є МОЗ України, розглядає та затверджує звіт Державного секретаря про виконання цих рішень;

8) підписує нормативно-правові акти МОЗ України;

9) подає Кабінету Міністрів України пропозиції щодо утворення, реорганізації, ліквідації у складі МОЗ України урядових органів державного управління;

10) вносить Кабінету Міністрів України подання про призначення на посади та звільнення з посад керівників урядових органів державного управління, утворених у складі МОЗ України;

11) призначає на посади та звільняє з посад у встановленому законодавством порядку керівників територіальних органів МОЗ України, а також підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства;

12) порушує в установленому порядку питання щодо притягнення до дисциплінарної відповідальності Державного секретаря, його першого заступника та заступників;

13) вносить у встановленому порядку подання щодо відзначення державними нагородами України працівників МОЗ України;

14) погоджує пропозиції Державного секретаря з питань: призначення на посади та звільнення з посад працівників центрального апарату МОЗ України; утворення, реорганізації, ліквідації територіальних органів МОЗ України, а також підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства, затвердження їх положень (статутів); граничної чисельності працівників урядових органів державного управління, утворених у складі МОЗ України;

15) погоджує виконання Державним секретарем функцій з управління майном, що перебуває у сфері управління Міністерства;

16) здійснює інші повноваження відповідно до законодавства України.

Неприйнятий Закон України „Про центральні органи виконавчої влади” передбачав закріплення за міністром наступних повноважень:

- визначає напрям державної політики та організовує його реалізацію в закріпленому за міністерством секторі державного управління;
- затверджує структуру міністерства за погодженням з Прем'єр-міністром України;
- подає Кабінету Міністрів України пропозиції щодо утворення, реорганізації та ліквідації у системі міністерства урядових органів;

- доповідає законопроекти та інші питання, що належать до компетенції міністерства, на пленарних засіданнях Верховної Ради України;
- затверджує проекти нормативно-правових актів центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується та координується міністром;
- затверджує структуру міністерства за погодженням з Прем'єр-міністром України;
- подає Кабінету Міністрів України пропозиції щодо утворення, реорганізації та ліквідації у системі міністерства урядових органів;
- визначає напрям державної політики та організовує його реалізацію в закріпленому за міністерством секторі державного управління;
- та здійснює інші повноваження, встановлені Конституцією України, цим та іншими законами, а також інші функції, в тому числі відповідно до актів Президента України та Кабінету Міністрів України.⁵⁴⁴

Міністр охорони здоров'я України має двох перших і чотирьох заступників міністра. Кількість посад заступників міністра визначається Кабінетом Міністрів України за поданням міністра.

Заступники міністра повинні надавати підтримку міністру у політичній діяльності та за його дорученням організовують відносини міністерства з іншими органами державної влади та недержавними організаціями, попередньо розглядають та погоджують проекти нормативно-правових актів, які готуються у міністерстві та підпорядкованих йому органах, керують відповідними консультативно-дорадчими органами при міністерстві та здійснюють інші повноваження. Розподіл обов'язків між заступниками міністра здійснює міністр.

Заступники міністра, згідно розподілу обов'язків між ними, виконують обов'язки міністра щодо керівництва міністерством у разі його відсутності чи неможливості здійснювати свої повноваження, а також заміщують міністра на засіданні Кабінету Міністрів України з правом дорадчого голосу.

Міністр встановлює розподіл обов'язків і ступінь відповідальності між своїми заступниками. Кожен із заступників міністра здійснює керівництво декількома напрямками роботи міністерства, наприклад, заступник міністра з лікувально-профілактичної допомоги та кадрів, заступник міністра з охорони материнства і дитинства та ін. Заступник міністра з питань забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя одночасно очолює всю систему державної санітарно-епідеміологічної служби і має спеціальне звання - Головний державний санітарний лікар України – Перший заступник міністра охорони здоров'я України.

Керівники міністерства здійснюють комплексне (у повному об'ємі, без виключень) і лінійне (владно-розпорядче) управління іншими структурними підрозділами міністерства.

⁵⁴⁴ Закон України „Про міністерства та інші центральні органи виконавчої влади”. Проект.

Особливе місце серед керівників міністерства займає міністр. Він має у своєму прямому підпорядкуванні декілька підрозділів, але одночасно, як перший керівник, має право взяти на себе вирішення будь-якого питання, яке входить до компетенції міністерства, хоча б воно і було в компетенції будь-якого з його заступників

Перший заступник міністра, у сфері функціональних повноважень якого знаходиться управління апаратом міністерства, організовує та несе відповідальність за роботу працівників апарату міністерства.

У серпні 2003 року в Міністерстві охорони здоров'я України було введено посаду першого заступника Міністра у зв'язках з Верховною Радою України. Цей крок значно поліпшив співпрацю не лише з профільним Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства. Інтенсифікації набули відносини з Комітетом з питань екологічної політики, природокористування та наслідків Чорнобильської катастрофи, Комітетом з питань бюджету, Комітету у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів. В усіх засіданнях профільного комітету та засіданнях інших комітетів Верховної Ради України при розгляді законопроектів з питань охорони здоров'я постійно брали участь керівники міністерства та фахівці його структурних підрозділів, а в роботі засідань колегії Міністерства охорони здоров'я – члени профільного комітету. За оцінкою першого заступника Міністра охорони України у зв'язках з Верховною Радою України Тимура Педченка в останній час „робота Міністерства охорони здоров'я з Верховною Радою стала більш динамічною плановою та прозорою”.⁵⁴⁵

Колегія міністерства

У практичній діяльності з керівництва охороною здоров'я міністр спирається на **колегію міністерства**, яка є своєрідним консультативно-дорадчим органом при ньому. Постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 1994 р. № 469 було визначено, що колегія Міністерства охорони здоров'я України складається з 9 осіб. До неї входили міністр, п'ять його заступників, начальники двох головних управлінь міністерства і голова республіканського комітету профспілки працівників охорони здоров'я. Персональний склад колегії міністерства затверджує Кабінет Міністрів України. На засіданні колегії головує міністр, який є її головою, або, у випадку його відсутності, один із заступників міністра. Засідання колегії скликають періодично для вирішення питань, що належать до повноважень Міністерства охорони здоров'я, обговорення найважливіших напрямків діяльності і розвитку галузі. Практикують проведення розширених засідань колегії, для участі в яких запрошують керівників інших державних органів, народних депутатів, керівників структурних підрозділів апарату міністерства, місцевих органів та закладів охорони здоров'я.

⁵⁴⁵ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – лютий. - № 4 (89). – С. 6.

Колегія міністерства приймає рішення простою більшістю голосів, які втілюють у життя, як правило, наказами міністра. У випадку розбіжностей між рішеннями колегії і думкою міністра останній має право втілювати у життя своє рішення, беручи на себе відповідальність за його наслідки.

Апарат міністерства

Виконання завдань, визначених законодавством для Міністерства охорони здоров'я України, у вирішальній мірі залежить від належного ресурсного, і в першу чергу організаційного і кадрового забезпечення, від створення оптимальної організаційної структури апарату управління. Власне наявність організаційної структури забезпечує безперебійну управлінську діяльність міністерства як центрального органу виконавчої влади.

Як уже зазначалось, у різних країнах центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я носить різні назви і відмінні внутрішні структури. Як правило, в основу його організаційної побудови покладаються лінійний, функціональний, або лінійно-функціональний принципи. Головна вимога при цьому – здійснення ефективної державної політики, організаційне забезпечення управління підпорядкованими об'єктами.

Очевидно також і те, що в загальних рисах, внутрішня структура міністерства повинна виходити із забезпечення виконання його службових завдань, сприяти виконанню поставлених цілей і відповідати вимогам часу. В різні періоди життя країни перед центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я ставляться і різні завдання. І якщо на початку розбудови індустріального соціалістичного суспільства в 20-30 рр. ХХ століття в Україні головними завданнями були створення мережі медичних закладів і санітарно-освітня робота серед населення, то сьогодні пріоритетними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є забезпечення фінансування діяльності системи охорони здоров'я, стандартизації медичної діяльності, організація міжнародної співпраці. В цих умовах на перше місце в діяльності міністерства займає робота економічного управління і департаменту міжнародної співпраці.

Апарат Міністерства охорони здоров'я складається з відповідної кількості посад державних службовців, які відповідно до штатного розпису розподілені між певними структурними підрозділами-секторами, відділами, управліннями, головними управліннями, департаментами і службами. В апараті міністерства можна виділити 4 категорії структурних підрозділів :

- а) керівництво;
- б) галузеві (лінійні) підрозділи ;
- в) функціональні підрозділи (служби);
- г) обслуговуючі підрозділи.⁵⁴⁶

⁵⁴⁶ Гладун З. С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я України) // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні / Вісник української академії державного управління. – К., 2001. – С. 26 – 30.

Всі працівники центрального апарату міністерства є державними службовцями (за виключенням працівників допоміжних, господарських служб і підрозділів) і їх діяльність регламентується Законом від 16 грудня 1993 р. "Про державну службу". За об'ємом і характером повноважень їх можна розділити на керівників міністерства (міністр і його заступники), керівників структурних підрозділів міністерства (начальники головних управлінь, управлінь та самостійних відділів та їх заступники), спеціалісти (фахівці певного фаху і певної кваліфікації, які займають відповідні посади спеціалістів в головних управліннях, управліннях і відділах) і працівники технічного і обслуговуючого персоналу (секретарі, друкарки, оператори і програмісти ЕОМ, діловоди, архіваріуси, водії і техніки автомобілів, робітники господарського відділу та ін.). Службова діяльність двох останніх категорій регулюється окрім того й посадовими (службовими) інструкціями, які затверджуються керівниками структурних підрозділів міністерства.

Постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 1992 р. № 469 „Питання Міністерства охорони здоров'я України”⁵⁴⁷ вперше було встановлено граничну чисельність працівників центрального апарату Міністерства у кількості 250 одиниць. Ця кількість була змінена постановою Кабінету Міністрів України від 26 лютого 2000 р. № 403 „Про затвердження граничної чисельності працівників апарату міністерств, інших центральних органів виконавчої влади і підпорядкованих їм територіальних органів та встановлення ліміту легкових автомобілів, що їх обслуговують”⁵⁴⁸ на 266 одиниць, у тому числі 4 заступники керівника міністерства.

До керівництва міністерства слід віднести посаду самого міністра (у США Міністерство охорони здоров'я, освіти і добробуту очолює державний секретар), який призначається на неї відповідно до Конституції України Президентом України і несе персональну відповідальність за виконання покладених на міністерство завдань і здійснення ним своїх функцій, а також його заступників, серед яких два перших, керівник апарату міністерства та керівники відповідних департаментів та урядових органів. Міністр очолює міністерство та є членом Кабінету Міністрів України. Міністр підзвітний і підконтрольний Кабінету Міністрів України, відповідальний перед Прем'єр-Міністром України за стан справ у відповідному секторі державного управління, а також перед Президентом України з питань, що належать до конституційних повноважень Президента України.

Проект Закону країни „Про центральні органи виконавчої влади” передбачає, що апарат міністерства надає допомогу міністру у розробці політики міністерства та її реалізації, здійснює контроль за дотримання

⁵⁴⁷ Збірник постанов Уряду України. – 1992. – № 9. – Ст. 233.

⁵⁴⁸ Про затвердження граничної чисельності працівників апарату міністерств, інших центральних органів виконавчої влади і підпорядкованих їм територіальних органів та встановлення ліміту легкових автомобілів, що їх обслуговують. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 лютого 2000 року № 403 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 9.

відповідного законодавства, а також забезпечує надання адміністративних послуг фізичним та юридичним особам.

У структурі апарату міністерства утворюються: департаменти, управління, відділи, секретаріат та інші структурні підрозділи. Структурні підрозділи апарату міністерства діють на підставі положень про них, які затверджуються першим заступником міністра – керівником апарату міністерства.

Керівники департаментів міністерств очолюють окремі функціональні чи галузеві напрямки роботи міністерства та мають в своєму підпорядкуванні відповідні структурні підрозділи міністерства.

Керівники управлінь, відділів та інших структурних підрозділів апарату міністерства призначаються на посади та звільняються з посад першим заступником міністра – керівником апарату міністерства у порядку, передбаченому законодавством про державну службу.

Для правового обслуговування, організаційного та матеріально-технічного забезпечення діяльності міністерства у його апараті діє секретаріат міністерства. До складу секретаріату міністерства входять структурні підрозділи з питань:

- правового обслуговування;
- інформаційно-аналітичного забезпечення;
- організації діловодства;
- матеріально-технічного, транспортного і соціально-побутового забезпечення; інші допоміжні служби.

Керівник секретаріату міністерства призначається на посаду та звільняється з посади міністром за поданням першого заступника міністра – керівника апарату міністерства в порядку, передбаченому законодавством про державну службу.

Структура, чисельність, повноваження та умови оплати праці службовців та працівників секретаріату міністерства визначаються положенням про секретаріат міністерства, яке затверджується першим заступником міністра – керівником апарату міністерства.

Однак в 2003-2004 рр.. з метою реалізації напрацьованих висновків і рекомендацій Державної комісії з проведення адміністративної реформи в Україні, провідних науково-дослідних установ та окремих вчених у сфері адміністративного права і державного управління, Кабінет Міністрів України за ініціативою Міністерства охорони здоров'я України розпочав II-й етап модернізації внутрішньої структури міністерства. Головною метою цієї модернізації стало підвищення мобільності і відповідальності центрального апарату Міністерства охорони здоров'я, підвищення самостійності його структурних підрозділів.

В результаті цієї модернізації почали реформуватися окремі підрозділи міністерства, які до того були представлені департаментами чи управліннями. В апараті Кабінету Міністрів України була напрацьована нова організаційно-правова форма самостійних структурних підрозділів міністерства, яка

успішно почала застосовуватись в процесі реформування внутрішньої структури Міністерства охорони здоров'я України. Нею став урядовий орган державного управління як спеціально уповноважений компетентний орган у відповідній сфері, галузі чи підгалузі суспільних відносин.

Структура міністерства визначається його функціями і відповідно до наявних галузей і служб охорони здоров'я складається з таких підрозділів: Головного управління організації медичної допомоги населенню (у його складі є управління первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої медичної допомоги, організації медичної допомоги дітям і матерям), Головного санітарно-епідеміологічного управління, Головного управління освіти, науки та інформаційно-аналітичного забезпечення, Головного управління медичних кадрів та державної служби, Головного управління економіки, Управління профілактики соціально небезпечних хвороб, СНІДу та формування здорового способу життя, Управління радіаційного захисту населення та медичних проблем аварії на ЧАЕС, Управління медичного страхування, нових медичних технологій та експлуатації медичних закладів, Управління медико-соціальної експертизи, Управління міжнародних зв'язків, юридичного відділу тощо. Для порівняння, в структуру Міністерства охорони здоров'я, освіти і добробуту США входять: 1) управління, що відає питаннями утворення, 2) управління по координації діяльності місцевих органів з питань, що входять у компетенцію міністерства, 3) служба суспільної охорони здоров'я, 4) федеральна лікарняна рада, 5) управління соціального забезпечення, в яку входить бюро з питань непрацездатності і страхування здоров'я, 6) соціальна служба і служба по відновленню працездатності. У свою чергу, наприклад, Служба суспільної охорони здоров'я включає управління гігієни навколишнього середовища, управління службами охорони здоров'я і психічного здоров'я, управління національними інститутами охорони здоров'я і федеральну лікарняну раду як консультативний орган.⁵⁴⁹ А Департамент суспільної охорони здоров'я штату Алабама має наступну структуру: 1) керівництво департаменту; 2) відділ загального планування охорони здоров'я штату; 3) відділ будівництва й устаткування медичних установ; 4) відділ по видачі ліцензій на практику і посвідчень; 5) відділ по охороні материнства і дитинства⁵⁵⁰.

Для забезпечення управління і контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів (медикаментів, імунобіо-логічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та виробів медичного призначення), державного контролю за експортом, імпортом, оптовою та роздрібною реалізацією, обігом, зберіганням, застосуванням, утилізацією та знищенням продукції, а також для участі в розробленні та реалізації державної політики у сфері виробництва зазначеної продукції та забезпечення нею населення і закладів охорони здоров'я Постановою Кабінету міністрів

⁵⁴⁹ Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 29-30.

⁵⁵⁰ Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 39.

України №789 від 2 червня 2003 року створено Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення.⁵⁵¹

Державну службу очолює голова, який призначається на посаду та звільняється з посади Кабінетом Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я.

11 вересня 2003 р. Кабінет Міністрів України постановою № 1446 утворив у складі Міністерства охорони здоров'я Комітет з контролю за наркотиками на базі Комітету з контролю за наркотиками при Міністерстві охорони здоров'я, який був ліквідований.⁵⁵²

3 жовтня 2003 р. Кабінет Міністрів України постановою № 1577 утворив Державну санітарно-епідеміологічну службу, замість існуючого до того часу Департаменту державного санітарно-епідеміологічного нагляду.⁵⁵³

Цими постановами Кабінету Міністрів України визначено правовий статус вказаних органів, які, хоч і є вповні самостійними, однак знаходяться у складі Міністерства охорони здоров'я і йому ж підпорядковуються. Особливість правового статусу цих органів вказує на їх двоїсту природу. З одного боку, шляхом їх утворення і нормативного визначення повноважень зросла їх самостійність і відповідальність. З іншого – вони утворені у складі центрального апарату Міністерства охорони здоров'я і в тій чи іншій мірі виконують службові завдання покладені саме на міністерство, підпорядковуються саме міністру (чи одному з його заступників). Як це передбачено п. 8 Положення про Комітет з контролю за наркотиками, „Комітет очолює голова, який призначається на посаду і звільняється з посади в установленому порядку Кабінетом Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я. Голова Комітету є членом колегії Міністерства охорони здоров'я та Національної координаційної ради боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України”.⁵⁵⁴

Таким чином був підвищений офіційний статус саме міністерства, розширені його повноваження і, відповідно, ускладнена і зміцнена його внутрішня організаційна структура (особливо якщо порівняти її із структурою Міністерства охорони здоров'я 5-10 річної давності). В цій схемі міністерство, на відміну від державного комітету, державної комісії чи державної служби, стає по-справжньому найважливішим **основним** центральним органом виконавчої влади, набуває рис суперміністерства.

З метою вдосконалення здійснення процесу управління у 80-х рр. ХХ століття на основі рішень відповідних директивних і владних органів в якості нововведення були запроваджені Генеральні схеми управління галузями

⁵⁵¹ Офіційний вісник України. – 2003. – №23 . – С.1037.

⁵⁵² Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003. – вересень. - № 32. – С. 24-28.

⁵⁵³ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003. – жовтень. - № 33. – С. 10.

⁵⁵⁴ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003. – вересень. - № 32. – С. 27.

народного господарства країни, виконані десятки науково-практичних робіт по впорядкуванню функцій управління.

Внутрішня організація апарату міністерства постійно реорганізовується, в його складі з'являються нові структурні підрозділи, наприклад, представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я України, відділ міжнародної співпраці та ін. Так, Указом Президента України від 26 липня 1996 р. № 596/96 "Про зміни в системі центральних органів виконавчої влади України" було перетворено Національний комітет з боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України у Комітет з боротьби із захворюванням на СНІД, із підпорядкуванням його Міністерству охорони здоров'я України,⁵⁵⁵ який в майбутньому був реорганізований в Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (із статусом структурного підрозділу Міністерства охорони здоров'я України).

Виконання завдань, визначених законодавством для Міністерства охорони здоров'я, у вирішальній мірі залежить від належного ресурсного, і, в першу чергу, організаційного забезпечення, від створення оптимальної організаційної структури апарату управління. Власне, наявність організаційної структури може забезпечити безперебійну управлінську діяльність міністерства як центрального органу виконавчої влади. Міністерство охорони здоров'я України, як і вся система органів виконавчої влади, розвивається і вдосконалює свою діяльність. Змінюються його організаційна структура, методи і форми здійснення державного управління. Ці новації вимагають і відповідних коштів, яких нема. Визначена Кабінетом Міністрів України кількість працівників центрального апарату міністерства у 250 осіб замала, щоб забезпечити стратегічне управління системою охорони здоров'я.⁵⁵⁶ Аналогічні органи інших, передусім європейських, держав мають значно більше працівників і технічно озброєні набагато краще.

Однак ставити і вирішувати питання про збільшення чисельності центрального апарату міністерства, особливо тепер, коли йде звуження сфери державного регулювання (дерегуляція) суспільних відносин, про збільшення бюджетних коштів на утримання апарату міністерства, є сьогодні, в умовах економічної кризи, практично неможливим. Навпаки, Президент і Кабінет Міністрів України вживають надзвичайних заходів щодо зупинення кризових явищ, економічної стабілізації, скорочення бюджетних видатків. Відповідно до указу Президента України від 21 січня 1998 р. № 41/98 "Про запровадження режиму жорсткого обмеження бюджетних видатків та інших державних витрат, заходи щодо забезпечення надходження доходів до бюджету і запобігання фінансовій кризі"⁵⁵⁷, чисельність працівників Секретаріату Президента України та апарату Кабінету Міністрів України скорочена на 20 відсотків. Такі ж заходи запропоновано здійснити

⁵⁵⁵ Урядовий кур'єр. – 1996. – 28 липня.

⁵⁵⁶ Україна. Соціальна сфера у перехідний період. Аналіз Світового банку. – К.: Основи, 1994. – С. 138.

⁵⁵⁷ Урядовий кур'єр. – 1998. – 24 січня.

міністерствам та іншим центральним органам виконавчої влади. Отже, йдеться про здійснення управлінських завдань і функцій у кризових умовах, т. зв. "кризове управління".

Виконуючи вимоги Концепції охорони здоров'я населення України, а відтак й ідеї Концепції адміністративної реформи в Україні, Міністерство охорони здоров'я України перейшло на функціональний принцип управління. Існуючі до того відділи та управління міністерства були реорганізовані. Було сформовано чотири напрямки службової діяльності міністерства, які очолюють заступники міністра: блок лікувально-профілактичної допомоги, санітарно-епідеміологічний блок, блок фармації і медичної промисловості, блок новітніх технологій та страхової медицини.

Відповідно до нових завдань Міністерство охорони здоров'я України змінило сьогодні і свою організаційну структуру – замість колишніх лінійних головних управлінь, управлінь і відділів сформовано нову організаційно-штатну структуру. На її основі вперше створено адміністрацію міністерства, діяльність якої має переважно внутрішньо-організаційний характер і, яка підпорядкована безпосередньо міністру та включає управління справами, відділ кадрів, юридичний, фінансовий відділи, бухгалтерію і канцелярію.⁵⁵⁸

Сьогодні у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України знаходиться лише 206 закладів охорони здоров'я державної форми власності.

Порядок роботи апарату Міністерства охорони здоров'я України визначений відповідним Регламентом, який затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 8 від 14.01. 2004 р.⁵⁵⁹. Регламент роботи апарату міністерства визначає організацію діяльності міністерства, його структурних підрозділів, створюваних при ньому дорадчих органів (колегія, вчена медична рада, комісії, робочі групи тощо), а також взаємодію всіх цих структурних підрозділів з реалізації функцій, покладених на міністерство в цілому. Даний регламент регулює процесі підготовки та прийняття рішень, здійснення контролю за їх виконанням, процедуру розроблення й узгодження проектів законів, актів Президента України та Кабінету Міністрів України, визначає роль тих чи інших посадових осіб міністерства, розмежування та узгодження їхньої діяльності з метою уникнення дублювання функцій.

Проблема реформування системи охорони здоров'я в умовах її неефективності та неспроможності вирішення покладених на неї завдань постає надзвичайно гостро. Потребує розробки концепція та доктрина розвитку охорони здоров'я.

Вперше у 1993 р. на державному рівні під керівництвом тодішнього Міністра охорони здоров'я України Ю. П. Спіженка та із залученням значної

⁵⁵⁸ Гладун З.С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення діяльності центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я України) // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні / Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю (30 травня 2001 р., Київ). Том 1. – К.: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 180-182.

⁵⁵⁹ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2004. - № 36. – січень. - С. 69-74.

групи фахівців системи цього Міністерства з потужним інтелектуальним потенціалом були розроблені проекти Доктрини і Концепції охорони здоров'я, які стали основою для формування проекту Національної програми охорони здоров'я. Незважаючи на те, що їх підтримала і схвалила медична громадськість країни, вони, на жаль, не були затверджені ні Верховною Радою України, ні Кабінетом Міністрів України і не набули значення нормативно-правових актів і юридичної сили.

Їх значення полягало в тому, що це була спроба підготовки документів такого значного масштабу, в яких, по-перше, дано критичну оцінку стану діяльності системи охорони здоров'я України, виявлені й поставлені проблеми функціонування та розвитку галузі і, по-друге, намічені шляхи вирішення цих проблем.

Друга спроба сформувавши сучасну Концепцію реформування системи охорони здоров'я України була зроблена під керівництвом призначеного у 1996 р. міністра А. М. Сердюка. На жаль, і вона залишилась у вигляді опублікованого проекту, який так і не набув сили правового акту, хоча й Кабінет Міністрів України схвалив цей проект, запропонувавши, відповідно до вимог чинного законодавства, зокрема ст. 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я, скерувати його на розгляд Верховної Ради України.

Всі структурні підрозділи міністерства за приналежністю можна віднести до 4 блоків його діяльності. Аналізуючи детальніше кожен із вже згадуваних систематизованих напрямків службової діяльності міністерства варто зазначити, що до блоку стратегічного планування входять підрозділи (відділи), які визначають політику сфери, роблять стратегічний аналіз, готують наукові замовлення і проекти рішень про державну закупівлю медикаментів та медичних матеріалів. Йому ж підпорядковані й інші підрозділи, які входять у блоки міжнародного співробітництва і зв'язків з професійними та громадськими організаціями.⁵⁶⁰

Блок з питань формування здоров'я нації включає три підрозділи, які забезпечують пропаганду здорового способу життя, розробку відповідних програм інформування населення, профілактику неінфекційних та інфекційних захворювань і діяльність санітарно-епідеміологічної та екологічної служб, включаючи службу радіаційного захисту.

Блок організації медичної допомоги через свої відділи забезпечує розробку стандартів медичної допомоги для дорослого населення, матерів та дітей, яку надають заклади охорони здоров'я всіх форм власності, проведення медико-соціальної експертизи, координації діяльності відомчих закладів охорони здоров'я та ін.

Блок організації фармацевтичної діяльності та стандартизації якості лікарських засобів і виробів медичного призначення розробляє стандарти

⁵⁶⁰ Гладун З.С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення діяльності центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я України) // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні / Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю (30 травня 2001 р., Київ). Том 1. – К.: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 180-182.

якості лікарських засобів і виробів медичного призначення, стандарти акредитації лікувально-профілактичних та аптечних закладів і здійснює координацію роботи інспекцій контролю за якістю.

Можна зробити висновок, що названа структура міністерства відповідає покладеним на нього сьогодні завданням і значною мірою нагадує структуру міністерств охорони здоров'я інших, у тому числі передових країн світу.

Особливий адміністративно-правовий статус мають створені у складі Міністерства охорони здоров'я України спеціалізовані структурні підрозділи: **Фармакологічний центр, Комітет контролю і стандартизації імунобіологічних препаратів, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Комітет контролю і стандартизації імунобіологічних препаратів, Комітет з гігієнічної регламентації і державної реєстрації потенційно небезпечних для здоров'я факторів, Комітет з контролю за наркотиками.** Це є спеціалізовані органи Міністерства охорони здоров'я, які входять у склад його центрального апарату і діють на підставі спеціальних положень, які затверджує Кабінет Міністрів України. Він же затверджує і їх персональний склад. З іншого боку, їх повноваження свідчать про загальнодержавний характер їх діяльності в галузі спеціальних питань охорони здоров'я. Аналіз положень про них і практика їх діяльності свідчать про те, що вони є спеціальними органами виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

У складі Міністерства охорони здоров'я України Кабінетом Міністрів України можуть бути утворені урядові органи державного управління (департаменти, служби, інспекції). Так, наприклад, на сьогодні створено нову державну систему контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення. Організаційне забезпечення зазначеної системи покладене на Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення, яка за своїм правовим статусом є урядовим органом державного управління. у складі міністерства і йому підпорядковується.

Для розгляду наукових рекомендацій та пропозицій щодо головних напрямів розвитку медичної науки, обговорення найважливіших програм з питань охорони здоров'я в Міністерстві можуть утворюватися **Вчена медична рада**, інші консультативні та дорадчі органи. Склад цих органів і положення про них затверджує Міністр охорони здоров'я України. Вчена медична рада Міністерства тісно співпрацює з Академією медичних наук України – самоврядною державною науковою організацією з проблем медицини та охорони здоров'я, статут якої затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 18 жовтня 1999 року № 1913⁵⁶¹.

2 червня 2003 року Кабінет Міністрів України постановою №789 утворив у складі Міністерства охорони здоров'я на базі Державного департаменту з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення, що був ліквідований, Державну

⁵⁶¹ Офіційний вісник України. – 1999. – № 42. – Ст. 2093.

службу лікарських засобів і виробів медичного призначення як урядовий орган державного управління⁵⁶².

11 вересня 2003 року Кабінет Міністрів України постановою №1446 утворив Комітет з контролю за наркотиками у складі Міністерства охорони здоров'я України як урядовий орган державного управління.⁵⁶³

За своєю юридичною природою, повноваження міністерства можна розділити на чотири групи – управлінсько-розпорядчі, нормативно-установчі, координаційні та контрольні.

Управлінські є одними з найважливіших повноважень, наданих міністерству. До них, зокрема, відносяться: здійснення відповідно до законодавства України функцій з управління об'єктами державної власності, що належать до сфери його управління; управління закладами охорони здоров'я через організацію відповідно до законодавства державної акредитації закладів охорони здоров'я, ліцензування їх діяльності тощо.

До нормативно-установчих повноважень міністерства відносяться його право затверджувати відповідно до законодавства державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи; встановлює в межах своєї компетенції державні стандарти якості лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, питної води, медичної техніки та виробів медичного призначення; бере участь у розробці та введенні в дію екологічних нормативів та норм радіаційної безпеки.

Координаційними повноваженнями міністерства є: його участь у формуванні та реалізації інвестиційної політики в сфері охорони здоров'я; у формуванні та реалізації антимонопольної політики в сфері охорони здоров'я. Міністерство здійснює координацію діяльності закладів охорони здоров'я, органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, науково-дослідних установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності щодо питань діагностики, лікування і профілактики захворювань, формування здорового способу життя; бере участь у визначенні заходів та проведенні разом з центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування роботи із запобігання хворобам, а також зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення та ін.

Серед численних повноважень міністерства, які визначає вказане положення слід виділити групу контрольних повноважень міністерства. В Положенні про Міністерство охорони здоров'я України зазначено, що воно є головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення контролю якості та реалізації лікарських засобів і

⁵⁶² Офіційний вісник України. – 2003. – №23. – Ст. 1037.

⁵⁶³ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003–№32. – С.24-28.

виробів медичного призначення. У межах своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я України організовує виконання актів законодавства і здійснює систематичний контроль за їх реалізацією.

Відповідно контроль за якістю та реалізацією лікарських засобів і виробів медичного призначення, контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості, організації надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню, надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях є основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я як центральний орган виконавчої влади очолює розгалужену систему органів і закладів охорони здоров'я. Її управлінський каркас побудований відповідно до адміністративно-територіального поділу країни. В той час, відповідно до ідеї “подвійного” підпорядкування, місцеві органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я підпорядковуються по вертикалі вищому органу державного управління аж до Міністерства включно, а по горизонталі – обласній державній адміністрації чи виконавчому комітетові відповідної місцевої Ради. Слід зазначити, що ця схема управління забезпечує доволі високу надійність і ефективність управління охороною здоров'я населення на місцевому рівні.

Галузеві підрозділи міністерства здійснюють комплексне і лінійне управління підпорядкованими їм структурними одиницями. До них можна віднести Головне управління лікувально-профілактичної допомоги, Управління лікувально-профілактичної допомоги матерям і дітям, Головне санітарно-епідеміологічне управління та деякі інші. Свідченням змін і позитивних зрушень у напрямку поглиблення міжнародної співпраці в галузі зміцнення і охорони здоров'я людей є утворення у складі Міністерства не тільки Управління міжнародних відносин і співпраці, а й відкриття при ньому постійного представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Функціональні підрозділи міністерства покликані забезпечити кваліфіковане здійснення окремих функцій управління (планування, фінансування, підбору і розстановки кадрів, бухгалтерський облік, матеріально-технічне постачання, юридичне забезпечення). За своїм становищем функціональні підрозділи є, перш за все, допоміжними, підготовчими ланками при керівництві органу. Вони наділені самостійними владно-розпорядчими повноваженнями щодо об'єктів управління і реалізують свої повноваження через керівників міністерства або керівників галузевих підрозділів. До них належить планово-фінансове управління, бухгалтерія, контрольно-ревізійний відділ, юридичний відділ та ін.

Обслуговуючі підрозділи виконують допоміжні, матеріально-технічні завдання, забезпечуючи нормальну роботу міністерства, і не беруть участь у здійсненні управлінської діяльності (секретарські й канцелярські функції,

господарське забезпечення діяльності апарату, охорона та ін.). До вказаних підрозділів можна віднести канцелярію, приймальню громадян, адміністративно-господарський відділ, гараж та ін.

Вперше за тривалий період розвитку з часів незалежності України була сформована нова сучасна структура міністерства і перед ним поставлені нові стратегічно важливі завдання, що позитивно вплинуло на реформування суспільних відносин і якісно покращило ефективність управління загальнонаціональною системою охорони здоров'я, а також дозволило вирішити ряд наболілих проблем у сфері охорони здоров'я.

Позаштатні головні спеціалісти

Серед працівників апарату Міністерства охорони здоров'я України можна виділити їх специфічну категорію, які з одного боку, є відповідальними працівниками міністерства і очолюють відповідні медичні служби, а з іншого – не перебувають у трудових відносинах і таким чином не є працівниками міністерства. Мова йде про позаштатних головних спеціалістів Міністерства охорони здоров'я України.

Інститут позаштатних спеціалістів виник з необхідності залучати до керівництва відповідними частинами медичної допомоги (медичними службами) найбільш кваліфікованих спеціалістів в тій чи іншій галузі медичної діяльності і остаточно оформився в практиці здійснення державного управління у сфері охорони здоров'я в 30-ті роки ХХ століття. Так як мистецтво лікувати людей є не лише благородною, а й вельми прибутковою справою, а управлінська діяльність, у тому числі і на державній службі розглядається більшістю медиків як тимчасова нетривка і непевна, до того ж низькооплачувана робота, то більшість спеціалістів-медиків, які досягли значних висот професійної діяльності не бажають її покидати і переходити на суто управлінську діяльність в апарати міністерства, управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, аналогічні відділи і управління міських рад. Тому й виникла ідея залучати цих фахівців до управлінської роботи на засадах сумісництва, тобто не пориваючи їх зв'язків з медичною практикою та із закладами охорони здоров'я, де вони працюють. А так, як медична практика надзвичайно багатостороння і внаслідок спеціалізації виникає значна кількість вузьких спеціальностей, той кількість головних позаштатних спеціалістів зросла у міністерстві до 49 осіб (сучасна номенклатура лікарських спеціальностей, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23 лютого 2000 року "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я" включає 97 спеціальностей, а міжнародна класифікація лікарських спеціальностей нараховує їх 196). Всі вони – висококваліфіковані спеціалісти, більшість з яких мають значний професійний стаж роботи, наукові ступені докторів і

кандидатів медичних наук і вчені звання доцентів і професорів, значна частина є керівниками чи провідними співробітниками профільних науково-дослідних медичних установ, вищих медичних навчальних закладів чи окремих закладів охорони здоров'я.

За своїм офіційним статусом вони прирівняні до відповідальних працівників міністерства, мають відповідні службові обов'язки, права і відповідальність за організаційно-науково-методичне керівництво відповідними медичними службами. Вказані особи є, по-суті, керівниками відповідних медичних служб на громадських засадах. Однак, при проведенні оплати праці їм встановлюється відповідна доплата (15-25 %) до посадового окладу за керівництво відповідною медичною службою, а в їх посадових інструкціях передбачаються обов'язки по організаційно-науково-методичному керівництву цими службами і виділяється для цього відповідний робочий час.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 серпня 2003 р. № 169-0 затверджено Примірне положення про головного позаштатного спеціаліста Міністерства охорони здоров'я України.⁵⁶⁴ Відповідно до нього, головним позаштатним спеціалістом Міністерства охорони здоров'я України з однієї із лікарських спеціальностей призначається провідний фахівець з цієї спеціальності системи Міністерства охорони здоров'я України, що має:

- повну вищу освіту (спеціаліст, магістр) за напрямком „медицина” та відповідною спеціальністю і спеціалізацію за фахом;
- вищу кваліфікаційну категорію з відповідної спеціальності;
- стаж науково-педагогічної і практичної діяльності не менше 10 років;
- науковий ступінь – доктора медичних наук, як виключення – кандидата медичних наук.

Організація роботи головного позаштатного спеціаліста покладається на відповідний профільний структурний підрозділ Міністерства охорони здоров'я України.

Відповідно до статті 5 вищезгаданого Положення на головного позаштатного спеціаліста покладаються наступні службові обов'язки:

- забезпечення організаційно-методичної роботи лікувально-профілактичних закладів України по наданню медичної допомоги хворим з профільною патологією на сучасному рівні;
- вивчення стану та проведення аналізу якості надання медичної допомоги хворим з профільною патологією. Проведення аналізу діяльності лікувально-профілактичних закладів по наданню допомоги таким хворим, внесення пропозицій по вдосконаленню роботи, підготовка проектів нормативно-правових актів;
- координація роботи штатних та позаштатних спеціалістів управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;

⁵⁶⁴ Див.: Архів Міністерства охорони здоров'я України за 2003 рік.

- приймати участь у роботі МОЗ України щодо реалізації державних програм у сфері охорони здоров'я.
- Головний позаштатний спеціаліст має право:
- перевіряти стан надання лікувально-діагностичної допомоги хворим в закладах охорони здоров'я України;
 - надавати пропозиції щодо розподілу та призначення лікарів-спеціалістів на посади профільної служби. Співпрацювати з профільними кафедрами вищих медичних закладів освіти щодо визначення фахових проблем;
 - надавати консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу населенню.

Головному позаштатному спеціалісту за виконання покладених на нього обов'язків з організації та виконання певної роботи встановлюється надбавка в розмірі 15-25 % посадового окладу за основним місцем роботи, за поданням структурних підрозділів МОЗ України в межах виділених асигнувань.

Фінансування діяльності міністерства

Охорона здоров'я – надзвичайно широка сфера державного управління, так як діяльність органів і закладів охорони здоров'я напряму стикається з діяльністю практично всіх галузей економіки, соціально-культурної та адміністративно-політичної сфер життя держави. Державна система охорони здоров'я володіє значними організаційними, матеріальними, фінансовими, кадровими та ін. ресурсами і здатна, незважаючи на економічні труднощі в державі, виконувати поставлені перед нею завдання. Охорона здоров'я населення перебуває сьогодні в кризовому стані, що визнають більшість політиків, народних депутатів, урядовців, керівників органів і закладів охорони здоров'я, і що власне й відчуває на собі більшість населення країни. Однією з причин такого стану є недостатність фінансування діяльності системи охорони здоров'я в цілому.

Відповідно до ст. ст. 2-3 Закону України „Про джерела фінансування органів державної влади”⁵⁶⁵ Міністерство охорони здоров'я здійснює свою діяльність виключно за рахунок бюджетного фінансування в межах, передбачених Законом України про Державний бюджет України на відповідний рік. Фінансування утворення, реорганізації та ліквідації Міністерства здійснюється в межах коштів, передбачених на утримання органів державної влади Законом України про Державний бюджет України на відповідний рік або (у разі недостатності такого фінансування) після внесення відповідних змін до такого Закону. Кошти на фінансування Міністерства передбачаються у Державному бюджеті України окремим рядком. Міністерство охорони здоров'я України може отримувати додаткові кошти з місцевих бюджетів для виконання делегованих законами України повноважень органів місцевого самоврядування. Йому забороняється

⁵⁶⁵ Відомості Верховної Ради. – 1999. - № 34. - Ст. 274.

створювати позабюджетні фонди, мати позабюджетні спеціальні рахунки та використовувати кошти, одержані за здійснення функцій держави, що передбачають видачу дозволів (ліцензій), сертифікатів, посвідчень, проведення реєстрацій та інших дій на платній основі, в будь-який інший спосіб, крім зарахування таких коштів до Державного бюджету України.

Слід зазначити, що ще в 1992 році на фінансування охорони здоров'я Україна витратила 211,032 млн. крб. що складало 7,7% валового національного продукту (ВНП), тобто за даними Світового банку більше ніж Білорусь, Польща, Португалія, стільки, як Великобританія, і дещо менше, ніж Канада і Швеція. Однак вже у 1996 році цей показник становив лише 4 %, а у 2001 році – 2,6 % (при цьому слід врахувати, що таке зниження витрат на фінансування потреб охорони здоров'я пояснюється також частково випереджаючими темпами приросту реального ВНП відносно темпів збільшення витрат на охорону здоров'я). Загальні обсяги фінансування сфери охорони здоров'я протягом 1997-2001 років зросли на 63,4 %, відповідно видатки з місцевих бюджетів у 1,5 рази, з Державного бюджету – в 4,7 рази. У 2001 році обсяги видатків на охорону здоров'я склали 5233,4 млн. грн., що на 952,5 млн. грн. (на 22,3 %) більше, ніж в 2000 році. Було поліпшено стан фінансування закладів охорони здоров'я. Протягом 2001 року видатки з місцевих бюджетів здійснено на 97,4 % проти 96,1 % у 2000 році. Обсяг видатків на надання медичної допомоги в розрахунку на одного мешканця в Україні у 2001 році становив 101,0 грн., що на 13,2 % більше у порівнянні з 2000 роком.

Загальний фонд зведеного бюджету Міністерства охорони здоров'я України на 2004 рік визначено в сумі 8877, млн. грн. у цьому році збільшення видатків на охорону здоров'я 10,6 % у порівнянні з 2003 роком. Питома вага видатків у загальному обсязі ВВП у 2004 році очікується в розмірі 3,1 % (2002 р. – 2,6 %, 2003 р. – 3,2 %).

Загальні видатки на охорону здоров'я з урахуванням коштів спеціального фонду збільшилися в 2004 році на 6,2 %, з урахуванням коштів спеціального фонду у 2004 році питома вага видатків на охорону здоров'я у ВВП становитиме 3,5 %. Видатки на одного мешканця України у 2004 році становили 185 грн. (2003 р. – 163,2 грн.), а з урахуванням спеціального фонду досягнуть понад 202 грн.

Якщо у відсотках розподілити бюджет Міністерства охорони здоров'я України, то отримаємо наступну картину:

- апарат управління – 0,3 %;
- охорона здоров'я – 88,7 %, у т.ч. санаторно-курортні заклади – 6,2 %;
- наука – 0,9 %;
- освіта – 9,9 %;
- культура – 0,2 %.⁵⁶⁶

⁵⁶⁶ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – квітень. - № 7 (92). – С. 6.

Відповідно до Закону України „Про Державний бюджет України на 2004 рік”, на фінансування діяльності міністерства та управлінь охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій передбачено 3.212.417,5 тис. грн, що складає 0.3 % необхідного бюджету Міністерства охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я є юридичною особою, а значить, має на своєму балансі відокремлене майно державної власності, рахунки в банках, може від свого імені офіційно вступати в будь-які не заборонені чинним законодавством відносини, бути позивачем і відповідачем у суді, арбітражному чи третейському суді.

Можна стверджувати, що ефективність управління охороною здоров'я полягає не лише в наявності (чи відсутності) фінансових ресурсів, але й в раціональному їх використанні, знаходженні оптимального співвідношення між кількістю закладів охорони здоров'я та органів, що здійснюють керівництво ними, а також кількості медичних працівників, які працюють в перших і других. Отже, зі сказаного можна підвести підсумок, суть якого полягає в тому, що ефективність діяльності всієї національної системи охорони здоров'я залежить в значній мірі від ефективного управління нею.

Акти Міністерства

Реалізація функцій Міністерства охорони здоров'я України здійснюється через прийняття ним управлінських рішень в межах своїх повноважень, або через внесення пропозицій щодо прийняття таких рішень іншими відповідними державними органами. Рішення – це відповідний акт, акт управління, результат управлінської діяльності державного органу чи його посадової особи. Через рішення визначаються мета і завдання певної дії, шляхи і можливості її реалізації, воно залежне від визначеної потреби на підставі зібраної інформації та наявних засобів та наслідків поетапного виконання. Рішення є формою матеріалізації ідеї, оскільки воно змушує рухатися матеріальні, фінансові та людські ресурси.

Відповідно до положення про Міністерство охорони здоров'я України правом видавати відповідні акти (накази і розпорядження) наділений тільки Міністр, або особа, яка виконує його обов'язки. Особливості актів міністерства визначаються його завданнями і правовим становищем в системі державного управління охороною здоров'я, у державному апараті і впливають з його компетенції.

Зміст актів Міністерства охорони здоров'я України безпосередньо відображається в їх юридичній природі, внаслідок

чого вказані акти можуть бути поділені на нормативні, ненормативні і змішані. Це обумовлено тим, що міністерство має широкі повноваження управлінського впливу на об'єкти управління. На думку Л.В. Яричевської,⁵⁶⁷ за ознакою їх характеру можна виділити наступні види актів:

- субординаційні – у відносинах з органами нижчого підпорядкування, що організаційно входять в систему міністерства (наприклад, з управліннями охорони здоров'я обласних, Київською та Севастопольською міських державних адміністрацій);
- надвідомчі – у відносинах з організаційно не підлеглими суб'єктами управління, що мають іншу відомчу або галузеву приналежність (наприклад, з установами ветеринарної медицини);
- координаційно-вертикальні – у відносинах з організаційно не підлеглими суб'єктами, що виникають у процесі здійснення спільної діяльності по охороні здоров'я населення (наприклад, з регіональними відділеннями Антимонопольного комітету України);
- координаційно-горизонтальні – у відносинах організації взаємної співпраці з організаційно не підлеглими суб'єктами (наприклад, з Міністерством екології та природних ресурсів України).

На цій основі сфера дії актів міністерства, зокрема за колом осіб, у залежності від регульованих питань поширюється на:

органи управління охороною здоров'я (системі Міністерства і галузі);

інші державні органи, їх посадових осіб, відповідальні за дотримання загальних вимог, що містяться в актах Міністерства охорони здоров'я з питань охорони навколишнього середовища, умов праці, побуту, відпочинку населення, закріплених у санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правилах;

громадян, що зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, (ст. 5 Основ законодавства України про охорону здоров'я), а також дотримуватись адресованих їм приписів.

Важливою частиною діяльності міністерства є **підготовка і прийняття актів управління**. Правовими актами управління, відповідно до п. 6 Положення про Міністерство охорони здоров'я, є накази, які міністр у межах

⁵⁶⁷ Яричевская Л. В. Правовые акты органов управления здравоохранением в СССР. Автореф. дисс... к.ю.н. – Х.: 1985. – С. 13 – 14.

своєї компетенції видає на основі й на виконання чинного законодавства, організує і контролює їх виконання. Міністр охорони здоров'я, у разі необхідності, видає разом з іншими центральними, а також місцевими органами виконавчої влади та громадськими об'єднаннями спільні нормативно-правові акти. Акти міністра являють собою правову форму реалізації його управлінської компетенції. В них проявляються владні вольові дії органу виконавчої влади, які він вчиняє на основі вимог законодавства в процесі реалізації своїх завдань і функцій і скеровані на встановлення, зміну чи відміну правових норм або на виникнення, припинення чи зміну конкретних правовідносин.

Накази міністра з питань охорони здоров'я, видані у межах його компетенції, є обов'язковими для центральних та місцевих органів виконавчої влади, а також підприємств, установ і організацій. В літературі часто зустрічається такий термін як „наказ міністерства”. Слід зазначити, що даний термін не є юридично коректним так як згідно з чинним законодавством право прийняття наказів належить не міністерству як центральному органу виконавчої влади, а саме міністру чи його заступникам. Накази й розпорядження вправі приймати і підписувати міністр або його заступники в межах своїх службових повноважень.

Нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України встановлюють загальні правила поведінки, які не мають конкретного адресата і розраховані на неодноразове застосування. Вони служать основою для виникнення, зміни і припинення конкретних адміністративно-правових відносин і є актами підзаконної адміністративної нормотворчості. Основний смисл видання таких актів полягає перш за все у виконанні законів, в їх конкретизації і деталізації, у встановленні відповідних підзаконних правових норм.⁵⁶⁸

В основі видання нормативних актів Міністерства охорони здоров'я України лежить те чи інше управлінське рішення, якому таким чином надається правова форма (що передбачає обов'язковість його виконання), причому, в цьому випадку можуть бути встановлені як загальнообов'язкові правила поведінки, так і вирішені питання діяльності конкретних об'єктів управління чи їх посадових осіб. Особливістю актів міністерство є те, що деякі з них містять як і норми права, так і індивідуально-конкретні приписи. Вони визначаються як змішані або різнорідні акти. Так, в наказі „Про затвердження стандартів державної акредитації закладів охорони здоров'я України" від 12 січня 1998 року № 2, поряд із затвердженням вказаних стандартів містяться і конкретні вказівки начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, головним лікарям центральних районних лікарень вжити необхідних заходів щодо дотримання вказаних стандартів в процесі організації державної акредитації закладів охорони здоров'я.

⁵⁶⁸ Сладков В.К. Ведомственные нормативные акты в области здравоохранения, физкультуры и спорта // Закон и ведомственные нормативные акты в СССР. Труды 46. (Под ред. А.А. Ламм, Л.А. Минкуева). – М., 1989. –С. 133.

Наказ – головна правова форма здійснення міністерством управлінських повноважень. Здійснюючи управління суб'єктами, які входять у систему охорони здоров'я, міністерство, використовуючи відомчі (галузеві) повноваження, видає накази, які стосуються лише органів і закладів системи Міністерства охорони здоров'я України. До таких ми можемо віднести накази Міністерства охорони здоров'я України від 30 червня 1994 р. № 117 "Про порядок виписування рецептів та відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек" чи від 23 травня 1997 р. № 158 "Про затвердження облікових статистичних форм".

Міністерство, відповідно до положення про нього, володіє також надвідомчими (міжгалузевими) повноваженнями, реалізація яких дозволяє приймати накази, що поширюють свою загальнообов'язкову дію на інших суб'єктів, які не входять у відомчу систему управління. Такі накази можуть бути видані міністерством як самостійно, так і за погодженням з іншими центральними органами виконавчої влади (міністерствами і відомствами) або спільно з ними. Як приклад, можна навести спільний наказ Міністерства охорони здоров'я і Міністерства освіти України від 29 січня 1996 р. № 25/20 "Про затвердження Інструкції про звільнення від перевідних і випускних екзаменів учнів середніх загальноосвітніх навчально-виховних закладів України за станом здоров'я". Інколи прийняті управлінські рішення лише узгоджують з іншим органом виконавчої влади, як це було, наприклад, із Інструкцією про порядок заповнення і реєстрації випадків смерті дітей у перинатальному періоді, яка була затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 липня 1995 р. №124 і узгоджена з Міністерством статистики України 04 липня 1995 р. (№ 04-1-7/176).

Серед відомчих нормативно-правових актів, які видає міністерство зустрічаються: інструкції, положення, списки, які, однак, не є самостійними правовими актами, бо вони затверджуються відповідними наказами. Таким чином, наказ є основною формою нормативного акту Міністерства охорони здоров'я, в основі якого лежить те чи інше управлінське рішення, яке таким чином набирає правової форми (що зобов'язує до його неухильного виконання), причому в результаті можуть бути встановлені як загальнообов'язкові правила поведінки, так і вирішені питання діяльності конкретних об'єктів, осіб.

Відомчі нормативні акти є засобом встановлення правового режиму у відповідній галузі, тому необхідно, щоб вони самі відповідали вимогам законності. Незважаючи на те, що їх більшість видається на основі і відповідно до вимог чинного законодавства, однак зустрічаються випадки, видання вказаних актів, які не відповідають вимогам законності. Це показала проведена в січні-лютому 2004 року перевірка Генеральної Прокуратури України стану законності у цій сфері відносин.⁵⁶⁹

⁵⁶⁹ Про стан прокурорського нагляду за додержанням гарантованих Конституцією та законами України прав громадян на медичну допомогу / Виступ Генерального прокурора України Геннадія Васильєва на розширеному засіданні колегії 18 березня 2004 року // Прокуратура. Людина. Держава. – 2004. – № 3 (33). – С.3 - 4.

Окрім традиційних управлінських документів, які визначають і закріплюють внутрішню структуру міністерства (схеми взаємодії, положення про структурні підрозділи, штатний розпис, спис очний склад та ін.) з'явилися і нові, раніше невідомі підзаконні нормативно-правові акти, які регламентують діяльність апарату міністерства. Це, перш за все, стосується затвердженого наказом в.о. Міністра охорони здоров'я України від 14 січня 2004 р. № 8 Регламенту роботи апарату МОЗ України.⁵⁷⁰

В 2003 р. Міністерство охорони здоров'я України прийняло 1182 накази організаційно-розпорядчого характеру.

Володіючи інформацією про стан справ у сфері охорони здоров'я, міністерство відіграє головну роль у формуванні стратегії розвитку і функціонування національної системи охорони здоров'я.

Взаємодія Міністерства охорони здоров'я України з іншими органами державної влади

ВРУ

Секретаріат ПУ

КМУ

РНБО України

Дані аналізу звернень народних депутатів України до Міністерства охорони здоров'я впродовж останніх п'яти років свідчать про значимість сфери охорони здоров'я, про гостроту проблем, які стоять зараз перед галуззю, проблем, які потребують негайного вирішення.

Міжнародна співпраця

Для забезпечення цього виду діяльності у міністерстві створено спеціальний департамент.

Міністерство охорони здоров'я України має право представляти Кабінет Міністрів України за його дорученням у міжнародних організаціях та під час укладення міжнародних договорів України; одержувати в установленому законодавством порядку від центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також від підприємств, установ та організацій інформацію, документи і матеріали, необхідні для виконання покладених на Міністерство завдань;

Міністерство тісно співпрацює із відділенням ВООЗ в Україні.

У квітні 2004 року відбулася церемонія підписання двосторонньої угоди про співробітництво між Міністерством охорони здоров'я України і Всесвітньою організацією охорони здоров'я. З боку України угоду підписав тодішній Міністр охорони здоров'я Андрій Підаєв, з боку ВООЗ – регіональний директор ВООЗ у Європі доктор Марк Донзон.

⁵⁷⁰ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2004. – січень. - № 36. – С. 69-74.

Доктор Ната Менабде – директор відділу підтримки діяльності в країнах Європейського регіонального бюро ВООЗ зазначила, що Україна докладає значних зусиль для створення такого органу, отже прямує правильним курсом на шляху створення дієвих механізмів якості лікарських засобів. На думку, д-ра Н. Менабде, на шляху створення національної політики в галузі лікарських засобів (яка отримала офіційну назву „Державна програма забезпечення населення лікарськими засобами на 2004-2010 рр.” і була затверджена постановою кабінету Міністрів України від 25 липня 2003 р. за № 1162) Україна проводить правильну стратегію, спрямовану на покращення здоров'я населення і дотримується курсу рекомендацій ВООЗ щодо більшості пріоритетних напрямів (доступність лікарських засобів, їхня якість, адекватна інформація, раціональне використання тощо)⁵⁷¹.

5.2. Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим

Відповідно до Положення, затверджене постановою Ради міністрів Автономної Республіки Крим № 608 від 7.12. 2004 р. Міністерство є органом виконавчої влади і займає проміжне становище між Міністерством охорони здоров'я України і органами управління охороною здоров'я районного рівня в Автономній республіці Крим, якими є головні лікарі центральних районних лікарень.

За обсягом своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим більше нагадує управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, але з врахуванням існування у складі України Автономної Республіки Крим, називається міністерством. Так, вказаний орган забезпечує реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я; прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію; організовує надання медико-санітарної допомоги населенню, роботу органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Як свідчить зміст цього Положення, воно повністю списане з Типового положення про управління охорони здоров'я обласних, Київської та

⁵⁷¹ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – травень. - № 10 (95). – С. 6.

Севастопольської міських державних адміністрацій, що затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20.12. 2000 р. № 1845 з певними редакційними правками. Вони стосуються, перш за все, бажання вивести Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим із службового підпорядкування Міністерство охорони здоров'я України, що абсолютно невірним. Якщо в п. 1 Типового положення встановлено, що управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій підпорядковується голові відповідної державної адміністрації та Міністерству охорони здоров'я України, то в Положенні Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим ця схема „подвійного” підпорядкування замінена на підпорядкування виключно Раді Міністрів і Верховній Раді Автономної республіки Крим. І все. Про підпорядкування Міністерству охорони здоров'я України жодного слова, так як ніби Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим не входить в єдину систему охорони здоров'я населення України, а є не тільки автономним органом виконавчої влади, що здійснює державне управління і регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, а й органом виконавчої влади цілком іншої держави. Єдина норма, яка встановлює основні засади регулювання відносин між цими двома міністерствами є п. 4.4. Положення, яким передбачено, що Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим в установленому законодавством порядку надає Міністерству охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи і матеріали.

Видається, що це типовий прояв кримського сепаратизму, який мав би бути попереджений та припинений ще не етапі підготовки проекту даного положення, проведення його правової експертизи або на етапі його державної реєстрації в Міністерстві юстиції Автономної республіки Крим.

Структура міністерства побудована відповідно до поставлених завдань і в загальних рисах нагадує структуру Міністерства охорони здоров'я України з врахуванням місцевих особливостей. Міністерство очолює міністр, який має першого заступника і декілька заступників міністра. При міністрі в якості дорадчого органу створена колегія міністерства. У складі міністерства відповідні департаменти, управління і відділи, які своїми назвами повторюють назви вказаних підрозділів у Міністерстві охорони здоров'я України.

Є ще одна географічно-кліматична особливість в діяльності Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим – в Криму розташована значна кількість санаторіїв, будинків відпочинку, інших оздоровчих закладів, в яких щороку відпочиває та оздоровлюється значна кількість людей. Тому у складі Міністерства охорони здоров'я Міністерство Автономної Республіки Крим створено спеціальне управління санаторно-оздоровчих закладів, яке забезпечує державний контроль за станом медичного обслуговування та проведенням відновного лікування. Однак, слід зазначити, що вказані повноваження Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим поширюються виключно на оздоровчі об'єкти прямо підпорядковані міністерству. А таких насправді небагато, так як їх

основна кількість підпорядкована Міністерству охорони здоров'я України або іншим центральним органам виконавчої влади – Кабінету Міністрів, Міністерствам оборони, внутрішніх справ, транспорту і зв'язку, Службі безпеки України та ін.

5.2. Управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій

У всіх 24 областях України для здійснення керівництва охороною здоров'я населення у складі обласних державних адміністрацій створені управління (головні управління) охорони здоров'я як спеціалізований галузевий орган виконавчої влади. У місті Києві дане управління носить дещо іншу назву – Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації.

Згідно із Законом України "Про місцеві державні адміністрації"⁵⁷² управління охорони здоров'я створюють відповідно до примірної схеми і примірного переліку управлінь та відділів обласної державної адміністрації наказом (розпорядженням) її голови.

Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації⁵⁷³ є важливим органом виконавчої влади середньої ланки. Його важливість визначена тим, що воно є, з одного боку, спеціалізованим (галузевим) органом виконавчої влади області і його утворює обласна державна адміністрація, а з другого - як галузевий орган воно повинно вступати у службові відносини з Міністерством охорони здоров'я України, входить у систему органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління у визначеній галузі відносин і наділені для цього відповідними владними повноваженнями. Ця "двоїстість" юридичної природи управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації проявляється у поєднанні в його діяльності як загальнодержавних, так і територіальних засад, і саме тому воно є головним "робочим" органом реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в області, з виконання законодавчих актів, урядових постанов і наказів Міністерства охорони здоров'я України на місці.

У системі державного управління сферою охорони здоров'я і організації медичної допомоги важливе місце займають галузеві органи управління охороною здоров'я, що покликані своїми управлінськими засобами

⁵⁷² Відомості Верховної Ради. – 1999. – № 20-21. – Ст.190 Урядовий кур'єр. – 1999. – 15 травня. – № 89.

⁵⁷³ Повно офіційна назва цього органу – управління (головне управління) охорони здоров'я обласної державної адміністрації. Однак, у подальшому, для зручності, крім його повної назви, автор вживатиме і скорочені варіанти – Управління охорони здоров'я області, Управління охорони здоров'я.

забезпечувати виконання багатогранних і складних завдань, що стоять перед усією системою охорони здоров'я. Від досконалості їх організаційної структури, чіткості функціонування і злагодженості в роботі значною мірою залежить сила організуючого і мобілізуючого впливу на керовані об'єкти, ефективність управління. Тому вирішенню саме цих питань приділяється серйозна увага.⁵⁷⁴

Таке важливе місце, яке займає управління охорони здоров'я в системі галузевих (спеціальних) органів виконавчої влади, і та велика роль, яку воно відіграє в організації і здійсненні державного управління, здавалось би, повинні були привести до глибоких і серйозних досліджень його природи, завдань, функцій і структури, аналізу його владних повноважень та практики їх застосування, його організаційної та управлінської діяльності підпорядкованими закладами охорони здоров'я.

Однак, як виявилось, це зовсім не так. І на це є певні причини. Оскільки в галузевому відношенні цей орган належить до галузі охорони здоров'я, в якій кількісно і якісно домінують спеціалісти-медики, то, незважаючи навіть на наявність окремої лікарської спеціальності - лікар-організатор охорони здоров'я, значної кількості керівників органів і закладів охорони здоров'я, великої групи науковців-медиків, докторів і кандидатів наук з цієї спеціальності, слід об'єктивно визнати, що питання організації і діяльності управління охорони здоров'я, за окремими незначними винятками, опинились за межею їх наукових досліджень.⁵⁷⁵

Ставити цю прогалину у вину науковцям-медикам було б несправедливо, оскільки як, властиво, питання природи органів державної, у тому числі виконавчої, влади, дослідження владних повноважень цих органів і практики їх застосування, організації і здійснення державного управління найбільше входить, все ж таки, у сферу юридичної науки і науки державного управління. Однак внаслідок тривалого періоду правового нігілізму і невігластва та панування адміністративно-командної системи управління роль права, закону та його засобів регулювання була штучно занижена і, по суті, зведена до бутафорської ширми, коли штатний розпис управління охорони здоров'я навіть не передбачав посади юрисконсульта (а в самому Міністерстві охорони здоров'я України працювало 1-2 юристи - і це на всю галузь у межах усієї республіки!), юристів, які професійно займалися питаннями охорони здоров'я, було надзвичайно мало, а юристів-науковців,

⁵⁷⁴ Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – С. 100 –101.

⁵⁷⁵ Практично єдиною, що висвітлила цю проблему, стала книга тодішнього Міністра охорони здоров'я Латвійської РСР П.Й.Калью „Современные проблемы управления здравоохранением», випущена видавництвом «Медицина» в Москві 1975 р. Більшість наукових публікацій медиків з проблем організації і діяльності управління (тоді відділу) охорони здоров'я стосувалися лише окремих питань його діяльності. Див.: Кобець Г.Л. Управление здравоохранением области. К.: „Здоров'я”, 1974 або Монастирський Р.Я., Петришин С.М. Пути совершенствования методов управления здравоохранением области // Советское здравоохранение, 1974, № 1. – С.22-25.

які з правових позицій досліджували б питання організації і управління охорони здоров'я, – ще менше.⁵⁷⁶

Ці причини разом і привели до того, що питання організації і управління охорони здоров'я, особливо в сучасних умовах, є малодослідженими в науці, а про управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, їх управлінську природу, форми і методи діяльності і сьогодні нема жодної роботи у вітчизняній науковій літературі за більш як 80-річний період існування цього органу.

Однак в умовах формування демократичної правової держави, підвищення ролі права в житті українського суспільства і держави, закріплення у ст. 8 Конституції України принципу верховенства права, створення незалежної судової влади так більше тривати не може. І більшість сучасних керівників органів і закладів охорони здоров'я добре розуміють це. В штатних розписах управлінь охорони здоров'я областей нарешті з'явилися посади юрисконсультів, і все частіше керівники охорони здоров'я перед прийняттям рішень обговорюють із юристами їх юридичну обґрунтованість і відповідність чинному законодавству. Вхідження працівників апарату управлінь охорони здоров'я до категорії державних службовців зобов'язує їх постійно підвищувати свій рівень правових знань і при виконанні службових обов'язків керуватися тільки вимогами законодавства. Дедалі частіше управління охорони здоров'я як самостійні юридичні особи вступають в юридичні відносини з іншими державними органами, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями, укладаючи з ними адміністративні договори. Саме життя змусило запровадити посади юрисконсультів у великих закладах охорони здоров'я, а за юридичне обслуговування невеликих медичних закладів взялися адвокати за договорами.

Незважаючи на подвійне підпорядкування, управління охорони здоров'я є окремим органом виконавчої влади, який самостійно діє у межах наданої йому компетенції. Вперше в Україні вони були утворені в 20-х роках як спеціалізовані органи управління губернських (потім обласних) Рад робітничих, селянських і солдатських депутатів і за час свого існування перетерпіли багато змін і реорганізацій, які стосувалися службових завдань, структури, форм і методів діяльності. Протягом тривалого часу за радянського періоду, аж до проголошення державної незалежності України (24 серпня 1991 р.), вони проіснували як відділи охорони здоров'я виконкомів обласних Рад народних депутатів (до 1992 р.).

У зв'язку із запровадженням в Україні інституту президентства і наступною реорганізацією системи державного управління у великих областях ці відділи були перетворені в Управління охорони здоров'я, а в 1994 р., виходячи із завдань, що постали перед згаданими органами щодо охорони і захисту здоров'я населення від впливу негативних факторів забруднення

⁵⁷⁶ Єдиною науковою роботою, яку за часів колишнього СРСР з цієї проблеми юрист, була книга В.І.Шабайлова „Управление здравоохранением в СССР”, видана у видавництві „Юридическая литература” в Москві у 1968 р..

довкілля, в окремих великих областях (Донецькій, Дніпропетровській, Одеській і Львівській) вони були реорганізовані у головні управління охорони здоров'я.

Сьогодні управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації є доволі потужним спеціалізованим галузевим органом виконавчої влади, який організований за всіма критеріями самостійного органу і має такі характерні риси:

- самостійність у здійсненні управління підлеглими об'єктами, якими виступають системи охорони здоров'я міст і районів області й заклади охорони здоров'я обласного підпорядкування;
- чітко окреслена ієрархічна структура влади, яка має форму піраміди;
- розподіл праці працівників апарату на робочих місцях;
- затверджені правила і процедури, які визначають права, обов'язки і функції працівників апарату, а також правила і процедури, що стосуються самої роботи;
- відбір, прийняття на роботу і просування по службі осіб залежно від їх кваліфікаційних і особистих даних.⁵⁷⁷

Як впливає із самої назви, цей орган виконавчої влади створюють для організації і забезпечення охорони здоров'я населення області і, власне, це є його головною метою діяльності. Про це свідчить аналіз ряду важливих Державних програм та інших документів, законодавчих й інших правових актів⁵⁷⁸, зокрема, Основ законодавства України про охорону здоров'я.⁵⁷⁹ Однак уже у визначенні мети створення і діяльності цього органу закладено певне протиріччя, що впливає із самого розуміння змісту охорони здоров'я.

Якщо розуміти охорону здоров'я в широкому тлумаченні, як це подають Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, ряд інших міжнародно-правових актів, Основи законодавства України про охорону здоров'я, то слід відразу ж визнати, що згаданий орган виконавчої влади не може забезпечити виконання цієї мети, оскільки не володіє для цього відповідними засобами і ресурсами. Так, зокрема, у ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я йдеться, що охорона здоров'я - це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності й соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Такі заходи за своїм характером можуть бути політичними, соціальними, організаційними, економічними, медичними, правовими, духовними та ін. і, зрозуміло, що застосовувати їх, впливати на всі сфери суспільного життя (соціальну, економічну, культурну, духовну) управління

⁵⁷⁷ Управление людскими ресурсами здравоохранения / Доклад комитета экспертов ВОЗ. Серия технических докладов. – Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1991. – С.28.

⁵⁷⁸ Див. напр. „Про основи національної безпеки України”. Закон України від 19 червня 2003 р. // Офіційний вісник України. – 2003. - № 29. – Ст. 1433.

⁵⁷⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1993. - № 4. – Ст.19.

охорони здоров'я не має достатніх повноважень. Аналіз положення ⁵⁸⁰ про нього, свідчить про те, що діяльність управління охорони здоров'я на 90% запрограмована не на охорону здоров'я населення, а на організацію і забезпечення надання населенню медико-санітарної допомоги.

І тому загальноприйнятним вважають розуміння охорони здоров'я у вузькому значенні, тобто саме як організацію медико-санітарної допомоги населенню. Власне, це і є основою службової діяльності управління охорони здоров'я, з цього й випливають його основні завдання та функції.

Правовий статус управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації сьогодні визначений на основі Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, яке було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 1998 р. № 1946⁵⁸¹. Воно замінило положення про відділ охорони здоров'я виконавчого комітету обласної, міської (міста республіканського підпорядкування) Ради народних депутатів, що діяло з 1981 року.⁵⁸² Проте, через два роки і це положення було змінене нині чинним.⁵⁸³

На основі вказаного типового положення обласні державні адміністрації розробляють свої конкретні положення про управління охорони здоров'я, які враховують конкретні місцеві умови, в тому числі й місцеву систему закладів охорони здоров'я, їх мережу та потужність, і які затверджує голова відповідної обласної державної адміністрації.

Основними завданнями управління охорони здоров'я є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

4. Управління відповідно до покладених на нього завдань:

⁵⁸⁰ Типове положення про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1946 // Офіційний вісник України. – 2000. – №51. – Ст. 2207.

⁵⁸¹ Офіційний вісник України. – 1998. – №50. – Ст.1839.

⁵⁸² Збірник постанов Уряду УРСР. – 1981. – №8. – Ст. 67.

⁵⁸³ Офіційний вісник України. – 2001. – № 51. – Ст. 2207.

- готує пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку території та проектів місцевого бюджету, подає їх на розгляд відповідній держадміністрації та забезпечує їх виконання;
- у межах своєї компетенції сприяє органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку відповідної території;
- вивчає стан здоров'я населення, вживає заходів до запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;
- в установленому законодавством порядку надає Міністерству охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи та матеріали;
- здійснює на основі галузевих медичних стандартів контроль за якістю та обсягом медико-санітарної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я всіх форм власності;
- організовує роботу з охорони здоров'я, материнства і дитинства, відбір дітей та підлітків на санаторно-курортне лікування, контролює стан здоров'я дітей у дошкільних та інших навчальних закладах незалежно від форми власності, виробництво і якість продуктів дитячого харчування в закладах охорони здоров'я;
- готує пропозиції, спрямовані на проведення реформи в галузі охорони здоров'я, і подає їх на розгляд відповідній держадміністрації;
- визначає потребу у медичній техніці, медикаментах, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;
- забезпечує у визначений законом термін розгляд звернень громадян та їх об'єднань, здійснює контроль за цією роботою в закладах охорони здоров'я;
- сприяє санаторно-курортному лікуванню інвалідів, ветеранів війни та праці, осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- сприяє розвитку міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я;
- здійснює систематичний контроль за дотриманням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності;
- виконує інші функції, пов'язані з реалізацією покладених на відповідну держадміністрацію завдань у галузі охорони здоров'я

Управління охорони здоров'я - досить сильний орган виконавчої влади середньої ланки, до компетенції якого віднесено вирішення практично тих самих завдань, за деякими винятками,⁵⁸⁴ що й до компетенції Міністерства охорони здоров'я України, тільки на рівні області.

Відповідно до покладених на управління охорони здоров'я завдань та для їх успішного вирішення воно наділено відповідними повноваженнями, зокрема:

⁵⁸⁴ Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації не займається сертифікацією рівня медичних послуг, розвитком пріоритетних напрямків наукових досліджень та організацією підготовки медичних і фармацевтичних працівників з вищою освітою та ін.

- визначає потребу у медичній техніці, медикаментах, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;
- подає пропозиції та погоджує проекти планів приватизації закладів охорони здоров'я;
- здійснює організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення на відповідній території;
- здійснює фінансування закладів охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласних бюджетів, бюджетів міст Києва та Севастополя, контролює ефективне використання ними фінансових, матеріальних та трудових ресурсів;
- сприяє розвитку медичної науки і техніки, реалізації регіональних науково-технічних програм, впроваджує в практику наукові досягнення та передовий досвід у галузі охорони здоров'я;
- забезпечує здійснення контролю за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану, організовує пропаганду наукових медичних і гігієнічних знань серед населення;
- вживає заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляє прогнози її розвитку, враховує їх під час розроблення проектів програм соціально-економічного розвитку відповідних територій;
- проводить в установленому порядку державну акредитацію комунальних закладів охорони здоров'я;
- організовує правове виховання працівників галузі, роз'яснення законодавства про охорону здоров'я;
- визначає потребу у фахівцях різних спеціальностей для галузі охорони здоров'я, формує замовлення та проводить в установленому порядку підготовку, перепідготовку та атестацію працівників охорони здоров'я;

Для виконання своїх повноважень Управління охорони здоров'я має право: отримувати статистичні та аналітичні матеріали від обласного статистичного управління про діяльність закладів охорони здоров'я іншого підпорядкування, розміщених на території відповідної області, незалежно від їх форм власності; отримувати від інших структурних підрозділів обласної державної адміністрації документи та оперативну інформацію, що стосується повноважень Управління; контролювати дотримання чинного законодавства у підпорядкованих установах та ін.

Управління охорони здоров'я забезпечує порядок надання населенню швидкої медичної допомоги спеціальною службою, здійснення заходів щодо підготовки органів, закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги в екстремальних і надзвичайних умовах, матеріально-технічного забезпечення установ, призначених для Міноборони, цивільної оборони та служби екстремальної медицини (у військовий час).

Управління охорони здоров'я бере участь і координує діяльність під час розробки екологічних програм в області, проведення оздоровчих заходів

серед населення, у пропаганді здорового способу життя, наданні методично-організаційної допомоги місцевим органам влади з питань охорони здоров'я населення, у розробці та проведенні заходів щодо оздоровлення навколишнього середовища.⁵⁸⁵

У рамках наданих управлінню повноважень воно входить із поданням до обласної державної адміністрації про припинення дій адміністрацій відповідних підприємств, установ та інших юридичних осіб, що суперечать Конституції України і законам України, указам Президента України та іншим актам законодавчої і виконавчої влади, або про звернення до суду, арбітражного суду з позовом про їх визнання недійсними, а також про звільнення з посад службових осіб, винних у таких порушеннях; погоджує статути закладів, які належать до компетенції управління, змінює їх назви і підпорядкованість, якщо це не потребує зміни власності на приміщення і майно; контролює дотримання чинного законодавства в підпорядкованих закладах.

Управління охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством України та положенням про нього, забезпечує реалізацію законів України, указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України, інших актів законодавчої і виконавчої влади, рішень відповідних органів самоврядування, прийнятих у межах їх компетенції, забезпечує економічний та соціальний розвиток, а також інші функції державного управління охороною здоров'я області.

У питаннях забезпечення законності, прав і свобод громадян управління охорони здоров'я забезпечує належний розгляд звернень громадян щодо діяльності доручених галузей, вживає заходів попередження їх виникнення; у разі порушення громадського порядку, стихійного лиха, екологічних катастроф, епідемій, епізоотій та пожеж, у межах своєї компетенції вживає передбачені законом особливі заходи, пов'язані з підтриманням громадського порядку, врятуванням життя людей, захистом їх здоров'я і прав, збереженням матеріальних цінностей; взаємодіє з органами прокуратури та фінансовими організаціями у питаннях, пов'язаних із діяльністю установ дорученої галузі.

Управління охорони здоров'я реалізує й інші повноваження, доручені обласною державною адміністрацією або визначені законодавством України.

Управління охорони здоров'я координує свою діяльність з іншими підрозділами обласної державної адміністрації в рамках єдиної концепції розвитку регіону.

Управління охорони здоров'я здійснює свої повноваження самостійно і несе відповідальність за протиправні рішення і дії згідно з законодавством України.

Центральною проблемою у здійсненні державного управління в галузі охорони здоров'я на рівні області є відсутність єдності його організаційної

⁵⁸⁵ Див. "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення". Закон України // Відомості Верховної Ради України. – 1994. - № 27. – Ст. 218.

системи. Вона полягає у відсутності єдиного органу виконавчої влади, який би здійснював державне управління в галузі охорони здоров'я у повному обсязі. Сьогодні державне управління в цій галузі здійснює і головний державний санітарний лікар, який водночас, *ex officio*⁵⁸⁶ очолює і обласну санітарно-епідеміологічну станцію, і санітарно-епідеміологічну службу в області. Певні функції управління щодо медикаментозного забезпечення населення і закладів охорони здоров'я області виконують обласні державно-комунальні підприємства (корпорації) "Фармація", котрі утворились в 1993-1996 рр. внаслідок роздержавлення і приватизації аптечних закладів, керівництво якими раніше здійснювали виробничі об'єднання "Фармація", а ще раніше - аптечні управління облвиконкомів.

В умовах уже існуючої конкуренції у сфері торгівлі медичною апаратурою обласне державно-комунальне підприємство "Політехмед", яке є окремою юридичною особою, здавалось би, жодних функцій управління щодо закладів державної і комунальної форм власності не виконує. Однак при майже загальній відсутності коштів у закладів охорони здоров'я на придбання нової і ремонт та обслуговування вже діючої медичної техніки це підприємство здійснює, як не дивно, розподіл медичної техніки, що надходить, із наступною її оплатою. А розподіл, уже сам собою, є своєрідним проявом управління.

І, нарешті, необхідно сказати про створення у 1989 р. в областях управлінь охорони навколишнього природного середовища, які вирішують завдання збереження довкілля, що є необхідною умовою здоров'я людей і які, згідно зі своїм статусом спеціалізованого органу виконавчої влади, мають співпрацювати і з управлінням охорони здоров'я, і з обласною санітарно-епідеміологічною службою.

Це – органи виконавчої влади, в яких завдання охорони здоров'я людей стоїть на першому місці. Однак на рівні області є й інші органи, у сферу службової діяльності яких входять питання охорони здоров'я. Це і управління у справах захисту прав споживачів, і управління (відділ) ветеринарної медицини, і управління Державної служби боротьби з економічною злочинністю Управління Міністерства внутрішніх справ України в області та ін.

У випадках проведення ревізій у підпорядкованих управлінням охорони здоров'я медичних закладах виникає потреба у координації діяльності з органами Контрольно-ревізійної служби України.

Взагалі, окрему групу відносин становлять відносини управління охорони здоров'я з державними органами, які здійснюють контрольню-наглядову діяльність. Це - органи Державної протипожежної і автомобільної інспекцій, енергонагляду, технічного нагляду за безпечним веденням робіт, санітарно-епідеміологічної служби, державної інспекції контролю за цінами, архітектурного нагляду, у справах захисту прав споживачів та ін. У випадках виявлення порушень законодавства у діяльності працівників підлеглих

⁵⁸⁶ *ex officio* (лат.) – за посадою.

управлінню охорони здоров'я медичних закладів чи апарату самого управління керівники зобов'язані передати ці матеріали у відповідну прокуратуру за територіальністю чи у відповідний орган внутрішніх справ. У протилежному випадку для них особисто настає відповідальність за приховування фактів порушення закону.

Постійні службові відносини в управління охорони здоров'я існують з управлінням освіти та комітетом з професійно-технічної освіти і стосуються дотримання вимог законодавства про охорону здоров'я школярів та молоді в процесі здійснення навчально-виховної роботи у відповідних (дошкільних, шкільних, позашкільних, професійно-технічної освіти) закладах, організації забезпечення медичної допомоги дітям і підліткам, навчання їх здорового способу життя та ін.

Відповідно до завдань та повноважень сформульована і внутрішня структура апарату управління охорони здоров'я, яка в загальних рисах повторює структуру міністерства.

Очолює управління охорони здоров'я начальник, який є вищою посадовою особою в системі охорони здоров'я області, і якого призначає на цю посаду та звільняє з неї своїм рішенням голова обласної державної адміністрації. Начальник управління у своїй роботі підпорядковується голові обласної державної адміністрації і безпосередньо одному з його заступників, який здійснює керівництво, "курацію" гуманітарною та соціально-культурною сферою.

Начальник керує діяльністю управління та забезпечує виконання поставлених перед управлінням завдань, персонально відповідає за їх виконання і здійснення ним своїх функцій, встановлює ступінь відповідальності заступників, керівників структурних підрозділів; приймає на роботу і звільняє працівників апарату управління, головних лікарів медичних закладів області, міст і районів, установ охорони здоров'я, що є клінічними базами медичного університету чи академії, та підпорядкованих середніх медичних навчальних закладів за погодженням з місцевими органами державної влади та погоджує призначення на посади заступників вищеперерахованих закладів; є розпорядником коштів, затверджених кошторисом; організовує мобілізаційну підготовку управління та медичних установ області згідно з їх завданням та медичну службу цивільної оборони області; керує державним наглядом у системі охорони здоров'я області, контролює діяльність лікувально-профілактичних та фармацевтичних установ, приватних і страхових медичних організацій.

Крім того, начальник управління охорони здоров'я має право у встановленому порядку відкривати необхідні розрахункові та інші рахунки в установах банків; діяти від імені управління і представляти його інтереси в усіх підприємствах, установах, організаціях; видавати доручення, в тому числі і з правом передоручення тощо.

Начальник управління, в межах своїх повноважень та відповідно до законодавства, одноосібно видає акти (накази, розпорядження) управління, організовує та перевіряє виконання розпоряджень обласної державної

адміністрації, нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України, у необхідних випадках видає з керівниками інших управлінь спільні накази та інструкції. Накази і розпорядження начальника управління є актами правозастосування. Їх юридичний зміст полягає в організації виконання актів законодавства, актів вищих галузевих органів і органів загальної компетенції. У той же час вони виражають розпорядчі повноваження керівного і контролюючого характеру стосовно актів підлеглих суб'єктів – нижчестоящих відділів і адміністрації закладів охорони здоров'я.⁵⁸⁷

У випадку його відсутності накази і розпорядження, в межах визначених посадовою інструкцією повноважень, мають право видавати його заступники.

При управлінні охорони здоров'я як консультативно-дорадчий орган створюють колегію у складі начальника управління (голова колегії), його заступників, керівників відділів управління та медичних закладів обласного підпорядкування. Персональний склад колегії затверджують наказом (розпорядженням) голови обласної державної адміністрації.

Членом колегії управління охорони здоров'я за посадою є також головний державний санітарний лікар відповідно області, міст Києва і Севастополя. До складу колегії можуть входити керівники інших структурних підрозділів відповідної обласної (міської) державної адміністрації та працівники закладів охорони здоров'я.

Склад колегії затверджує голова відповідної обласної (міської) державної адміністрації за поданням начальника управління охорони здоров'я.

Рішення колегії оформляють наказами начальника управління охорони здоров'я. При розбіжностях між рішеннями начальника управління та членами колегії до виконання приймають рішення начальника, який персонально відповідає за нього. Діяльність управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації ґрунтується на засадах законності, персональної відповідальності, поєднання загальнодержавних та місцевих інтересів, взаємодії з іншими органами виконавчої влади і місцевого самоврядування, гласності та врахування думки населення.

Начальник управління охорони здоров'я має заступників, яких призначає за його поданням на посаду своїм наказом голова обласної державної адміністрації.

Розподіл повноважень і ступінь відповідальності заступників, керівників структурних підрозділів здійснює начальник управління охорони здоров'я.

Штатний розпис працівників управління і фонд їх заробітної плати затверджує голова обласної державної адміністрації, а начальнику управління

⁵⁸⁷ Яричевская Л. В. Правовые акты органов управления здравоохранением в СССР. Автореф. дисс... к.ю.н. – Х.: 1985. – С. 16.

охорони здоров'я надано право в межах штатної чисельності працівників і фонду заробітної плати вводити нові посади, одночасно ліквідуючи старі, змінювати структуру управління. Штатний розпис управління охорони здоров'я передбачає 20-50 посад усіх категорій працівників залежно від кількості населення області, рівня її соціально-економічного розвитку, господарського потенціалу і перспектив розвитку.

Усіх працівників управління охорони здоров'я, які становлять його апарат, можна умовно поділити на 4 категорії. Перша - це керівники, до яких належать начальник управління та його заступники, друга - керівники структурних підрозділів (відділів), третя - спеціалісти, які працюють у відділах управління (головні спеціалісти, спеціалісти, бухгалтери, юрисконсульт), четверта - технічний та допоміжний (обслуговуючий) персонал (секретар, діловод, архіваріус, водії автомобілів, прибиральниці, інші робітники).

Структура управління охорони здоров'я до певної міри повторює структуру міністерства і складається з таких підрозділів:

- відділ (управління) лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню;
- відділ (управління) лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям;
- фінансово-плановий відділ;
- відділ обліку, планування і підготовки кадрів;
- відділ контролю за постачанням, якістю та раціональним використанням медикаментів;
- військово-мобілізаційний відділ;
- організаційно-методичний відділ;
- відділ бухгалтерського обліку та звітності;
- відділ (управління) санаторного і реабілітаційного лікування;
- канцелярія.

Керівництво відділами здійснюють начальники відділів, яких призначає на посади своїм наказом начальник управління.

Історичний досвід показує, що органи охорони здоров'я, зокрема, їх обласна ланка, їх структура і апарат на різних етапах розвитку зазнавали істотних змін і піддавалися вдосконалюванню. Однак наукою і практикою ще не розроблені чіткі наукові підходи до формування структури і апарату закладів охорони здоров'я, у результаті чого при їхньому створенні нерідко допускалися промахи і прорахунки. Вони виражалися в тому, що чисельний склад окремих підрозділів не завжди відповідав їх завданням, створювалися підрозділи з нечітко визначеними функціями, а часом такі, що дублювали один одного. Досвід показує, що в таких випадках нерідко виникають непорозуміння, робота затрудняється, а іноді зривається.⁵⁸⁸

Провідними у структурі обласного управління охорони здоров'я є відділи лікувально-профілактичної допомоги населенню та лікувально-

⁵⁸⁸ Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – С. 105.

профілактичної допомоги матерям і дітям. У цих відділах працюють лікарі відповідних спеціальностей, які займають штатні посади або головних спеціалістів (головний терапевт, головний хірург, головний акушер-гінеколог, головний педіатр), або лікарів-інспекторів. Лікарі-інспектори здійснюють організаційну і виконавчо-розпорядчу діяльність з керівництва підпорядкованими обласному управлінню охорони здоров'я лікувально-профілактичними та іншими закладами, а головні спеціалісти, крім того, ще й очолюють відповідні медичні служби. На ці посади приймають лікарів, які мають відповідний стаж роботи за спеціальністю в закладах охорони здоров'я, високу кваліфікацію, необхідні організаційні здібності й досвід, користуються серед колег авторитетом і повагою.⁵⁸⁹ Очолюють ці відділи завідувачі, які за своїми посадами одночасно є і заступниками начальника обласного управління охорони здоров'я.

Як і в кожному органі управління, в обласному управлінні охорони здоров'я є також функціональні підрозділи - планово-фінансовий відділ, бухгалтерія, відділ кадрів або окремі спеціалісти, наприклад, юрисконсульт. Своєю професійною діяльністю вони забезпечують успішне виконання завдань, які стоять перед управлінням охорони здоров'я. До обслуговуючих підрозділів належать приймальня, канцелярія, адміністративно-господарський відділ, гараж.

Незважаючи на те, що переважна більшість відповідальних і оперативних працівників за фахом - медики різних спеціальностей, вони є державними службовцями апарату органів виконавчої влади за місцем праці, й на них поширюється дія Закону України від 16 грудня 1993 р. "Про державну службу"⁵⁹⁰. Нестача штатних спеціалістів, значний обсяг справ і специфічні умови управління процесом охорони здоров'я настійливо вимагають залучення до нього провідних фахівців у різних галузях медицини, а також широких верств медичної громадськості. Сьогодні у штаті управління охорони здоров'я області працює лише 5 головних спеціалістів, які за службовим становищем, *ex officio*, очолюють і відповідні медичні служби. Це головні терапевт, хірург, акушер-гінеколог, педіатр і неонатолог.

Сьогодні в сучасній системі охорони здоров'я існує понад тридцять порівняно самостійних медичних служб (терапевтична, педіатрична, акушерсько-гінекологічна, неонатологічна, хірургічна, фтизіатрична, ендокринологічна, служба крові та ін), які потребують фахового керівництва досвідчених і висококваліфікованих фахівців. До цих структур належать наступні медичні служби:

Із довоєнних радянських часів склалося так, що цими службами керують позаштатні головні спеціалісти. Їх діяльність необхідно регулювати відповідним положенням про позаштатних головних спеціалістів управління охорони здоров'я, однак, заради істини, слід зазначити, що не в усіх обласних

⁵⁸⁹ Управління здравоохранением области / Под. ред. Г.П.Кобца. – К.: „Здоров'я”, 1997. – С.34.

⁵⁹⁰ Див. Закон України „Про державну службу” // Відомості Верховної Ради України. – 1994. - № 52. – Ст. 490.

управліннях охорони здоров'я такі документи є, а примірні положення затвердило ще у 70-80-х рр. Міністерство охорони здоров'я колишнього СРСР.

На ці позаштатні посади добирають і затверджують, як правило, керівників лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я (керівників структурних підрозділів - завідуючих структурними підрозділами), що підпорядковані управлінню охорони здоров'я.⁵⁹¹ До їх повноважень належить підготовка плану заходів з профілактики, виявлення, диспансеризації і лікування відповідних захворювань, координація роботи медичних закладів та спеціалістів відповідного профілю, контроль і аналіз їх діяльності, розбір заяв та скарг пацієнтів, участь у плануванні заходів із вдосконалення й підготовки кадрів та ін.

Незважаючи на те, що більшість позаштатних спеціалістів є справді висококваліфікованими фахівцями, які сумлінно виконують доручену їм роботу, і, навіть, беручи до уваги те, що на ці позаштатні посади їх призначають наказом начальника управління охорони здоров'я, і виглядає це ніби так, що саме він, як висока посадова особа в системі виконавчої влади, наділяє їх, делегує їм певні повноваження. Їх службовий статус визначається Примірним положенням про головного позаштатного спеціаліста, яке затверджено наказом Міністра охорони здоров'я України від 28 серпня 2003 року № 169-0.⁵⁹²

На основі примірного положення в управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій має бути розроблене власне положення про головних позаштатних спеціалістів.

Управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відповідно до положення про ці управління, надано право самостійно організовувати міжнародну співпрацю із медичними закладами інших країн.

Управління охорони здоров'я для виконання покладених на нього завдань наділене, в межах своїх повноважень, певною самостійністю, має права юридичної особи, тобто згідно зі ст. 23 Цивільного кодексу України має відокремлене майно, може від свого імені набувати майнових та особистих немайнових прав і нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем у суді, арбітражному суді або в третейському суді. Таким чином, управління охорони здоров'я може самостійно вступати в господарські відносини (начальник управління та його заступники мають право укладати договори від імені управління), має передане в оперативне користування майно, яке є об'єктом обласної комунальної власності, розрахунковий та інші рахунки в установах банків, користується бланками, штампами і печаткою із зображенням Державного Герба України та зі своїм найменуванням і діє на підставі положення про нього.

Управління охорони здоров'я – спеціалізований орган обласної державної адміністрації, і тому його фінансують із коштів обласного бюджету

⁵⁹¹ Наприклад, головного лікаря обласного кардіологічного диспансеру призначають головним кардіологом, завідуючого проктологічним відділенням обласної лікарні – головним проктологом і т.п.

⁵⁹² Див.: [Архів Міністерства охорони здоров'я України за 2003 рік.](#)

через Управління державного казначейства України в області, яке водночас здійснює і фінансовий контроль за використанням бюджетних коштів.

Управління охорони здоров'я набуває прав юридичної особи з моменту його утворення у встановленому порядку, визначеному законодавством України.

Управлінська ефективність діяльності цього органу залежить від багатьох чинників. Одним з перших питань ефективності його діяльності досліджував радянський дослідник Р. Л. Цванг (1973), який встановив, що недостатня ефективність наказів, виданих обласними відділами охорони здоров'я, була з наступних причин: накази не надійшли в об'єкти (50,5%); недостатня матеріально-технічна база для їхнього виконання (8,2%); у наказах були відсутні конкретні вказівки (6,8%); можливі були несприятливі наслідки для виконавця (5,8%); накази повторювали раніше видані акти (5,3%); різне тлумачення наказу об'єктом і суб'єктом керування (4,9%) та інші причини (12,7%).⁵⁹³

Припинення діяльності управління охорони здоров'я може відбуватися у формі ліквідації або реорганізації згідно з рішенням компетентних органів виконавчої влади, за рішенням яких вони утворені, а також у передбачених законодавством випадках. Порядок ліквідації чи реорганізації визначає орган, який прийняв рішення про ліквідацію чи реорганізацію.

5.3. Головний лікар району

Особливістю організації державного управління в галузі охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого органу виконавчої влади. До 1957 р. в сільських районах тодішньої Української РСР існували відділи охорони здоров'я виконавчих комітетів районних Рад депутатів трудящих, однак у зв'язку із розширенням мережі закладів охорони здоров'я, зміцненням матеріально-технічної бази і створенням центральних районних лікарень⁵⁹⁴ було визнано доцільним ліквідувати ці органи, передавши їх функції останнім. Очолює ЦРЛ головний лікар, який одночасно є і головним лікарем району, тобто керівником охорони здоров'я населення району. Правовий статус ЦРЛ та її головного лікаря ще донедавна визначали на підставі відповідних положень, які були затверджені наказами Міністра охорони здоров'я колишнього СРСР.⁵⁹⁵ Після прийняття і введення в дію Основ законодавства України про охорону здоров'я правове становище ЦРЛ та її головного лікаря було закріплено у статутах центральних районних лікарень, які затвердили в 1990-1992 рр. виконкоми районних Рад народних депутатів, а з 1994 р. - перезатверджували голови районних державних адміністрацій.

⁵⁹³ Цит по: Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – С. 86.

⁵⁹⁴ Далі – ЦРЛ.

⁵⁹⁵ Положення про центральну району лікарню, затверджене наказом Міністра охорони здоров'я СРСР № 395 від 31.07.1963 р..

Центральна районна лікарня утворюється в адміністративному центрі району на базі районної чи міської лікарні й перебуває в безпосередньому віданні районної державної адміністрації. Майно центральної районної лікарні (будівлі, споруди, транспорт, медичне обладнання й апаратура та ін.) є районною комунальною власністю. Відкриття, утримання і закриття лікарні проводять у встановленому законодавством порядку. Штатний розпис центральної районної лікарні затверджують наказом або розпорядженням голови чи заступника голови районної державної адміністрації відповідно до чинних штатних нормативів і типових штатів. Фінансують її діяльність із коштів районного бюджету.

Центральна районна лікарня наділена правами юридичної особи, має на балансі відокремлене майно, рахунки в банках, самостійно розпоряджається ресурсами, у тому числі фінансовими коштами, виділеними й залученими для надання медичної допомоги населенню, користується печаткою зі своїм найменуванням, може укладати від свого імені будь-які не заборонені законодавством і її статутом договори, бути позивачем і відповідачем у суді, арбітражному чи третейському суді. В нових умовах господарювання у статутах центральних районних лікарень дістали закріплення нові повноваження, що зміцнюють її самостійність саме як закладу охорони здоров'я. Зокрема, у багатьох статутах ЦРЛ з'явилося право за власною ініціативою приймати рішення, якщо вони не суперечать чинному законодавству, засновувати й відкривати кооперативи, госпрозрахункові відділення і кабінети, організовувати малі підприємства, акціонерні товариства, товариства з обмеженою відповідальністю, орендні підприємства, надавати населенню платні медичні послуги та ін. Все це - засоби для додаткового, позабюджетного фінансування діяльності центральних районних лікарень, які передбачені чинним законодавством для юридичних осіб і в цьому, напевно, нема нічого поганого, коли лікарня "заробляє" легальним шляхом додаткові кошти на своє утримання. Погане починається тоді, коли ці додаткові повноваження виходять на перший план, і організація починає займатись іншою, не передбаченою її статутом діяльністю. У такому випадку діяльність повинна бути припинена за рішенням державних органів, які забезпечують контроль за дотриманням законів.

У службовому підпорядкуванні головного лікаря є, крім медичного персоналу, доволі чисельна адміністрація - у великих районах він має 5-6 штатних заступників.⁵⁹⁶ У ЦРЛ функціонує організаційно-методичний кабінет, який є своєрідним "штабним" підрозділом лікарні, в якому накопичують і аналізують інформацію про стан охорони здоров'я населення району,⁵⁹⁷ яка допомагає головному лікареві ЦРЛ, його заступникам, районним спеціалістам приймати правильні рішення. Крім них, у ЦРЛ

⁵⁹⁶ Заступники головного лікаря району (ЦРЛ): з роботи в ЦРЛ, з поліклінічної роботи, з медичного обслуговування населення, району, із соціально – трудової експертизи, з охорони здоров'я матерів і дітей із господарської роботи та ін.

⁵⁹⁷ Статут Чортківської центральної районної лікарні, прийнятий на зборах трудового колективу лікарні 20.12.1992 р. – Архів управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації за 1992 р.

працює велика група керівників служб і підрозділів лікарні. Важливу роль в управлінні охороною здоров'я населення району відіграють районні спеціалісти - районний терапевт, районний хірург, районний педіатр, районний акушер-гінеколог та інші, які працюють у ЦРЛ завідуючими відповідними відділеннями, а також очолюють відповідні медичні служби району, і на яких спирається у своїй управлінській роботі головний лікар ЦРЛ. Здійснюючи функцію управління в галузі охорони здоров'я населення району, головний лікар ЦРЛ має для цього і відповідне організаційне, кадрове, матеріально-технічне та фінансове забезпечення.

Головного лікаря району (центральної районної лікарні) призначають на посаду і звільняють з неї наказом голови (або заступника голови) районної державної адміністрації за погодженням з начальником управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. Головний лікар району (ЦРЛ) здійснює керівництво охороною здоров'я населення району, приймає на роботу та звільняє з роботи лікарів і середніх медичних працівників усіх закладів охорони здоров'я району, призначає і звільняє з посад головних лікарів районних закладів охорони здоров'я, укладає з ними трудові контракти, в межах своїх повноважень видає накази і розпорядження, обов'язкові для виконання всіма працівниками охорони здоров'я району. Так, відповідно до п. 4.4. статуту Жовківської центральної районної лікарні Львівської області,⁵⁹⁸ головний лікар району - він і головний лікар ЦРЛ:

- керує діяльністю ЦРЛ і всіх закладів охорони здоров'я району, забезпечує виконання поставлених перед ними завдань;
- приймає на роботу і звільняє працівників ЦРЛ і працівників районних закладів охорони здоров'я;
- керує державним наглядом у системі охорони здоров'я району, контролює діяльність лікувально-профілактичних закладів;
- є розпорядником коштів, затверджених кошторисом;
- організовує мобілізаційну підготовку районних закладів охорони здоров'я згідно з їх завданнями та ін.

Заступники головного лікаря району (ЦРЛ) виконують виконавчо-розпорядчу роботу в межах наданих їм повноважень, здійснюючи керівництво окремими напрямками діяльності у галузі охорони здоров'я: роботою районної поліклініки, центральної районної лікарні, її господарською службою, мережею районних закладів охорони здоров'я, медико-соціальною експертизою втрати працездатності та ін.

Раніше правове становище головного лікаря центральної районної лікарні і його заступників визначалося на основі спеціальних положень про них, затверджених наказом Міністра охорони здоров'я СРСР,⁵⁹⁹ а нині - на

⁵⁹⁸ Статут Жовківської центральної районної лікарні, який затвердив голова районної державної адміністрації 12.05.1997 р. – Архів Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації за 1997 р.

⁵⁹⁹ Положення про головного лікаря ЦРЛ (головного лікаря району) було затверджене наказом Міністра охорони здоров'я СРСР від 26.02.1982 р. № 185. Цим же наказом було затверджене і відповідне положення про заступника головного лікаря ЦРЛ з дитинства і рододопомоги.

основі затвердженого статуту лікарні, яким визначені основні завдання, права й обов'язки адміністрації і чинного законодавства України.

Як зазначають фахівці, ця схема здійснення державного управління в галузі охорони здоров'я через головного лікаря району (ЦРЛ) на районному рівні є нині найбільш оптимальною. Окремі спроби в 1992-1993 рр. відновити у сільських районах відділи охорони здоров'я не привели до поліпшення медичного обслуговування населення - малочисельні (4-7 осіб) районні відділи охорони здоров'я не справлялись із своїми завданнями, відбувалось дублювання у роботі, особливо в кадровій між ними та ЦРЛ, і, нарешті, виникли серйозні проблеми забезпечення районних відділів охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, оскільки добрі фахівці, медики за фахом, відмовлялися переходити на керівну й суто апаратну роботу, яку вони небезпідставно вважали тимчасовою.

Практично в усій навчальній та науковій, як медичній, так і в юридичній літературі, стверджують, що центральна районна лікарня виконує покладені на неї функції органу управління.⁶⁰⁰ Однак це не зовсім так - функції управління охороною здоров'я виконує лише адміністрація ЦРЛ, тобто головний лікар та його заступники, в той час як сама центральна районна лікарня здійснює своє головне завдання із надання населенню кваліфікованої медичної допомоги. Тому слід погодитись з тим, що ЦРЛ у власному розумінні як лікарня не є органом, що здійснює державне управління, як правильно зазначив В. П. Новосьолов, а органом виконавчої влади є лише головний лікар ЦРЛ та його заступники.⁶⁰¹ Саме він як посадова особа здійснює керівництво охороною здоров'я в районі, призначає і звільняє керівників районних закладів охорони здоров'я, контролює їх діяльність, забезпечує виконання заходів із надання населенню лікувально-профілактичної допомоги, вчиняє інші адміністративно-управлінські дії.

В нових умовах фінансової і господарської самостійності у головного лікаря району значно розширились і дещо змінилися його повноваження по керівництву районною мережею закладів охорони здоров'я. Щодо нових повноважень, то з'явилися вони у сфері надання населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, платних медичних послуг, реалізації місцевих програм охорони здоров'я.

Головному лікарю району надано право самостійно організовувати міжнародну співпрацю із закордонними медичними закладами.

З цього й слід виходити, створюючи відповідні нормативно-правові акти про управління охороною здоров'я чи формуючи рішення з цих питань. Тому, хоча адміністрація ЦРЛ не є окремим самостійним органом виконавчої влади, а лише підрозділом (нехай навіть найважливішим) центральної

⁶⁰⁰ Див.напр.: Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под. ред. А.Ф.Серенко, В.В. Ермакова. 2-е изд. - М.: Медицина, 1984. - С. 583; Шабайлов В.И. Управление здравоохранением в СССР. - М.: юрид. Лит., 1968. - С.15 та ін.

⁶⁰¹ Новоселов В.П. Административно - правовой статус больницы. Автореф. дисс... к.ю.н. - Свердловск, 1990. - С.3.

районної лікарні, власне вона (головний лікар ЦРЛ та його заступники) виконує обов'язки та функції органу виконавчої влади.

Глава 6. Юридична відповідальність як інститут реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Охорона здоров'я населення здійснюється не лише закладами охорони здоров'я, але й правоохоронними органами. Правова охорона здоров'я населення проявляється у наявності юридичної відповідальності за порушення спеціальних правил по охороні здоров'я, гігієні, санітарії, збереження середовища проживання людей, тощо.⁶⁰²

Діяльність системи охорони здоров'я регулюється нормами права. Здійснюючи правомірну діяльність, її суб'єкти та об'єкти вступають у сферу дії права і відповідно функціонуючи виявляють свій вибір між різними варіантами поведінки (правової та неправової). Вибір правового варіанта забезпечує їм низку переваг: інші суб'єкти зобов'язані сприяти їхнім діям або не втручатися у них; у випадку невиконання ними своїх обов'язків держава в правовій формі примусу забезпечує відновлення порушеного права і виконання зобов'язаним суб'єктом відповідних обов'язків. Здійснення ж правопорушень тягне за собою настання заходів юридичної відповідальності.

Юридичну відповідальність прийнято розуміти як вид соціальної відповідальності, яку можна розглядати як правовідносини, в яких держава (в особі компетентних органів) має право застосувати певні заходи примусу до суб'єктів, що вчинили правопорушення і зобов'язані зазнавати втрат чи обмежень, передбачених санкціями норм права. Іншими словами – це юридичний обов'язок (міра покарання) правопорушника зазнати примусового, від імені держави (суспільства), на підставі закону або іншого нормативного акту позбавлення його певних соціальних благ чи цінностей (матеріальних, духовних чи особистих), які йому належали до факту правопорушення, з метою попередження правопорушень у перспективі (майбутньому) та відновлення (чи відшкодування) втрачених прав на ті чи інші цінності.⁶⁰³ Своє право щодо застосування заходів юридичної відповідальності держава здійснює через наступні правовідносини:

- заборона суспільно-небезпечних і суспільно-шкідливих вчинків і передбачення відповідних карально-виправних заходів у санкціях правових норм;
- індивідуалізація санкцій щодо конкретних правопорушників;
- забезпечення відшкодування правопорушниками завданих збитків.

Притягнення до юридичної відповідальності здійснюється на основі акта застосування норми права, в якому індивідуалізуються заходи юридичної відповідальності до конкретного правопорушника.

⁶⁰² Смитиенко В. Н. Уголовно-правовая охрана здоровья населения в СССР. – К.: Высшая школа. – 1989. – С. 25-26. (243 с.)

⁶⁰³ Теорія держави і права: Навчальний посібник / Авт.-упоряд. Кравчук М. В. – Тернопіль, 1999. – С. 96-97.

На практиці, на жаль, зустрічаються випадки неухважного ставлення медичного персоналу до громадян, які потребують медичної допомоги. Це нерідко призводить до погіршення стану здоров'я хворих. У таких випадках до винних медичних працівників залежно від характеру правопорушення, ступеня і суспільної небезпеки, тяжкості і негативних наслідків можуть застосовуватись заходи різних видів юридичної відповідальності.⁶⁰⁴

За характеристиками видів правопорушень традиційно розрізняють наступні види юридичної відповідальності: конституційна, цивільна, дисциплінарна, матеріальна, адміністративна та кримінальна.

Конституційна відповідальність – це передбачений нормами конституційного права вид соціальної та юридичної відповідальності, що існує у сфері конституційно-правових відносин, характеризується наявністю специфічних суб'єктів, механізму реалізації та санкцій і полягає у примусовому позбавленні певних благ і застосуванні певних заходів впливу за протиправне діяння та у відповідному стані зобов'язаного суб'єкта і є найважливішою гарантією реалізації та захисту Конституції.

Державна політика охорони здоров'я, як зазначалось у четвертому розділі, формується вищими органами державної влади і передусім Верховною Радою, Президентом і Кабінетом Міністрів України, а найважливішими суб'єктами її реалізації є центральні та місцеві органи виконавчої влади і місцевого самоврядування спеціальної компетенції — Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління (головні управління) охорони здоров'я облдержадміністрацій, управління і відділи охорони здоров'я міських рад. З вказаних суб'єктів можливе притягнення до конституційної відповідальності лише тих органів та посадових осіб, які реалізують (виконують) положення державної політики охорони здоров'я. Так, у разі невиконання чи неналежного виконання Прем'єр-міністром чи окремими членами Кабінету Міністрів (наприклад, Міністром охорони здоров'я, Міністром екології та природних ресурсів, Міністром з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи) своїх безпосередніх обов'язків щодо реалізації тих чи інших положень державної політики охорони здоров'я Верховна Рада України може розглядати питання про відставку Прем'єр-міністра, окремих членів Кабінету Міністрів або всього складу Кабінету Міністрів України.

Дане питання підлягає включенню до порядку денного (в тому числі і до вже затвердженого), якщо за це проголосувало не менше 1/3 депутатів від їх фактичної кількості. Воно підлягає розгляду і обговоренню не раніше 5 і не пізніше 10 днів з моменту включення до порядку денного. Рішення про відставку Прем'єр-міністра, окремих членів або всього складу Кабінету Міністрів України чи про довір'я їм вважається прийнятим, якщо за нього проголосувала більшість депутатів від їх фактичної кількості.

⁶⁰⁴ Малеин Н. С., Малеина М. Н. Закон и охрана здоровья граждан. – М.: Знание. – 1986. – С. 32. (64 с.)

Ішим наочним прикладом притягнення до конституційної відповідальності може бути припинення Президентом України повноважень голови місцевої державної адміністрації (звільнення його з посади) як наслідок невиконання чи неналежного виконання покладених на місцеву державну адміністрацію завдань і за нездійснення чи неналежного здійснення ним своїх повноважень. Серед завдань же місцевої державної адміністрації є:

реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я;

здійснення загального керівництва закладами охорони здоров'я;

вжиття заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробка прогнозів її розвитку, врахування їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку;

вжиття заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації;

реалізація державної політики в галузі соціального забезпечення та соціального захисту соціально незахищених громадян – пенсіонерів, інвалідів, одиноких непрацездатних, дітей-сиріт, одиноких матерів, багатодітних сімей, інших громадян, які внаслідок недостатньої матеріальної забезпеченості потребують допомоги та соціальної підтримки з боку держави.

Також санкцією конституційної відповідальності є висловлення недовіри обласною та районною радами голові відповідної місцевої державної адміністрації, на підставі чого, з урахуванням пропозицій органу виконавчої влади вищого рівня, Президент України приймає рішення і дає відповідній раді обґрунтовану відповідь. Якщо недовіру голові обласної чи районної державної адміністрації висловили дві третини від складу відповідної ради, Президент України приймає відставку голови відповідної місцевої державної адміністрації.

Цивільно-правова відповідальність виникає за порушення обов'язків, що зазначені у договорах, інших умовах, а також у випадку заподіяння шкоди здоров'ю чи майну особи (відшкодування майнових втрат, моральної шкоди, відміна незаконних угод, штрафи та інші заходи). Питання притягнення до цивільної відповідальності вирішує суд, господарський суд, третейський суд чи органи адміністративної юрисдикції.⁶⁰⁵

Право на здоров'я – це немайнове право, пов'язане з майновим. Під час лікування в стаціонарі надання медичної допомоги (особисті відносини) супроводжується наданням харчування та інших послуг майнового характеру. При наданні безоплатної медичної допомоги у державних закладах охорони здоров'я відносини приватного характеру є передумовою

⁶⁰⁵ Цивільне право України. Академічний курс / За заг. ред. Я. М. Шевченко. Т. 1. – К.: «Ін Юре». – 2004. – С. 20. (408 с.)

для виникнення майнових відносин: купівля пацієнтом медикаментів, протезів, ортопедичного взуття, путівок в санаторії тощо. Таким чином при наданні безоплатної медичної допомоги громадянам виникають особисті немайнові відносини, пов'язані з майновими.⁶⁰⁶

Гарантовані Цивільним кодексом України та наділені цивільно-правовою охороною наступні особисті немайнові права, що забезпечують природне існування фізичної особи: право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю (ст. 282); право на охорону здоров'я (ст. 283); право на медичну допомогу (ст. 284); право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285); право на таємницю про стан здоров'я (ст. 286); права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я (ст. 287); право на особисту недоторканність (ст. 289); право на донорство (ст. 290); право на безпечне для життя і здоров'я довкілля (ст. 293).⁶⁰⁷

Згідно з чинним законодавством лише до цивільно-правової відповідальності можна притягнути заклад охорони здоров'я за правопорушення, вчинені його працівниками під час виконання ними службових обов'язків. Крім того, відповідати за заподіяну громадянину чи організації шкоду у цивільно-правовому порядку, тобто відшкодувати заподіяні збитки коштами чи своїм майном, може лише заклад охорони здоров'я, який є юридичною особою.

Керівники ж та інші працівники закладу можуть притягатись до цивільно-правової, матеріальної, дисциплінарної, адміністративної та кримінальної відповідальності.

У випадку пошкодження здоров'я пацієнту чи спричинення його смерті виникає обов'язок, який характеризується як правовідносини, через які особа, відповідальна за спричинення шкоди здоров'ю (чи життю) потерпілому, зобов'язана відшкодувати спричинену йому майнову шкоду. У багатьох випадках протиправний характер діяння (дії чи бездіяльності) медичного персоналу встановлюється відносно легко (наприклад, у випадках залишення в черевній порожнині хірургічних, салфеток чи інструментів під час оперативного втручання, явної помилки при застосуванні ліків тощо).⁶⁰⁸

Теорія цивільного права виокремлює інститут зобов'язального права. Останній, в свою чергу, розрізняє договірні та позадоговірні зобов'язання.⁶⁰⁹ Зрозуміло, що відповідальність за недотримання договірних зобов'язань виникає у закладу охорони здоров'я в разі невиконання чи неналежного

⁶⁰⁶ Малина М. Н. Защита личных неимущественных прав советских граждан. – М.: Знание. – 1991. – С. 26-28. (128 с.)

⁶⁰⁷ Ярема А. Г. Науково-практичний коментар до цивільного законодавства України в 4-х т. Т. 1. –К.: А. С. К.; Севастополь: Інститут юридичних досліджень. – 2004. – 928 с.

⁶⁰⁸ Майданик Л.А., Сергеева Н.Ю. Материальная ответственность за повреждение здоровья. М.: Юридическая литература, – 1968. – С. 6.

⁶⁰⁹ Ярема А. Г. Науково-практичний коментар до цивільного законодавства України в 4-х т. Т. 2. –К.: А. С. К.; Севастополь: Інститут юридичних досліджень. – 2004. – 1020 с.

виконання укладених ним з іншими суб'єктами господарювання чи фізичними особами договорів. Характерним же прикладом позадоговірних зобов'язань, що можуть виникати в закладу та його відповідальності за них, є зобов'язання із заподіяння шкоди (деліктні зобов'язання). Відповідно до ст.ст. 440–441 Цивільного Кодексу України, відповідальність за завдані збитки, у тому числі здоров'ю людини, заподіяні винними діями працівника, який був при виконанні професійних (службових) обов'язків і перебуває у трудових відносинах з організацією, несе вказана організація. Остання повинна відшкодувати шкоду, заподіяну з вини її працівників під час виконання ними своїх трудових (службових) обов'язків.

Відповідно до норм Цивільного кодексу України особи, які спільно заподіяли шкоду, несуть солідарну відповідальність перед потерпілим. Стаття 1192 ЦК України вказує способи відшкодування шкоди: “присуджуючи відшкодування шкоди, суд, господарський суд або третейський суд відповідно до обставин справи зобов'язує особу, відповідальну за шкоду, відшкодувати її в натурі (надати річ того ж роду і якості, виправити пошкоджену річ і таке інше) або повністю відшкодувати заподіяні збитки”.

Якщо груба необережність самого потерпілого сприяла виникненню або збільшенню шкоди, то залежно від ступеня вини потерпілого (а при вині заподіювача шкоди – і залежно від ступеня його вини) розмір відшкодування, якщо інше не передбачено законом, повинен бути зменшений або у відшкодуванні шкоди повинно бути відмовлено (ст. 1193 Цивільного кодексу).

У разі заподіяння каліцтва або іншого ушкодження здоров'я організація чи громадянин, відповідальні за шкоду, зобов'язані відшкодувати потерпілому заробіток, втрачений ним внаслідок втрати або зменшення працездатності, а також відшкодувати витрати, зумовлені ушкодженням здоров'я (посилене харчування, протезування, сторонній догляд тощо) (ч. 1 ст. 1195, ст. 1197 Цивільного кодексу). Якщо ж каліцтво або інше ушкодження здоров'я заподіяно організацією або громадянином, не зобов'язаними сплачувати за потерпілого внески з державного соціального страхування, ця організація або громадянин повинні відшкодувати потерпілому шкоду за правилами статей 1195-1202 Цивільного кодексу у частині, що перевищує суму одержуваної ним допомоги або призначеної йому після ушкодження його здоров'я і фактично одержуваної ним пенсії (п. 3 ст. 1195 Цивільного кодексу).⁶¹⁰

У разі реорганізації закладу охорони здоров'я-юридичної особи, виплата щомісячних платежів (ст. ст. 618, 1205 Цивільного кодексу), належних з неї в зв'язку з заподіянням каліцтва або іншого ушкодження здоров'я чи заподіянням смерті, покладається на його правонаступників. При ліквідації ж

⁶¹⁰ Савицкая А. Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов: Высшая школа. – 1982. – С. 49–77.

такої юридичної особи без правонаступника належні платежі повинні бути капіталізовані за правилами державного страхування і внесені його органам для виплати їх у розмірі і строки, зазначені у відповідному рішенні про відшкодування шкоди. В разі ліквідації закладу охорони здоров'я позови про відшкодування шкоди, заподіяної ліквідованою юридичною особою, пов'язані з ушкодженням здоров'я чи смертю громадянина, пред'являються до вищестоящої організації або до організації, зазначеної в рішенні про ліквідацію юридичної особи. Вимога ж про збільшення або зменшення розміру одержуваного потерпілим відшкодування шкоди на підставах, передбачених у ст. ст. 1204, 1208 Цивільного кодексу України, пред'являється до правонаступника або до відповідних організацій, або відповідно правонаступникам юридичної особи чи організаціями, які провадять відшкодування за заподіяну шкоду.

Отже, за заподіяння шкоди здоров'ю людини (пацієнта) працівником закладу охорони здоров'я при виконанні професійних обов'язків цивільно-правова відповідальність за вказану шкоду покладається саме на заклад охорони здоров'я. Стаття 1191 Цивільного кодексу України забезпечує в свою чергу право регресу до винної особи (особа, яка відшкодувала шкоду, заподіяну з вини іншого, має право зворотної вимоги (регресу) до винної особи в розмірі виплаченого відшкодування, якщо інший розмір не встановлено законом). При цьому ст. 1166 Цивільного кодексу України не допускає уступки вимог про відшкодування майнової шкоди, зумовленої ушкодженням здоров'я або заподіянням смерті.

Варто сказати і про можливість відшкодування немайнової шкоди, завданої пацієнту, іншому відвідувачу, який звернувся за допомогою до закладу охорони здоров'я. Відповідно до статті 1168 Цивільного кодексу України моральну (немайнову) шкоду, заподіяну громадянину або організації діяннями іншої особи, яка порушила їх законні права, відшкодовує особа, яка заподіяла шкоду, якщо вона не доведе, що моральна шкода заподіяна не з її вини. Моральна шкода відшкодовується в грошовій або іншій матеріальній формі за рішенням суду незалежно від відшкодування майнової шкоди.

Розмір відшкодування визначає суд з урахуванням суті позовних вимог, характеру діяння особи, яка заподіяла шкоду, фізичних чи моральних страждань потерпілого, а також інших негативних наслідків, але не менше п'яти мінімальних розмірів заробітної плати.

Нерідко засоби масової інформації повідомляють про випадки (навіть з летальними наслідками) халатності лікарів, іншого медичного персоналу під час виконання ними своїх професійних обов'язків (найчастіше це занесення інфекції в організм пацієнта під час проведення хірургічної операції, переливання чи простого взяття крові для аналізу тощо). У даному випадку маємо всі підстави говорити про підвищену небезпеку для життя і здоров'я людини, яка переступає поріг лікувального закладу і повністю довіряється професійній кваліфікації лікарів і належному технічному обладнанню. Дана

ситуація теж врегульована цивільно-правовими нормами. Стаття 1187 Цивільного кодексу України регулює зобов'язальні відносини, що виникають з факту заподіяння шкоди джерелом підвищеної небезпеки. (п. 5 ст. 1187: організації і громадяни, діяльність яких пов'язана з підвищеною небезпекою для оточення (транспортні організації, промислові підприємства, будови, власники автомобілів та ін.), зобов'язані відшкодувати шкоду, заподіяну джерелом підвищеної небезпеки, якщо не доведуть, що шкода виникла внаслідок непереборної сили або умислу потерпілого.). У цій нормі йдеться про особливий засіб заподіяння шкоди – про джерело підвищеної небезпеки. У зв'язку з цим за ст. 1187 Цивільного кодексу України використовують три взаємопов'язані категорії: підвищена небезпека для оточення; діяльність, пов'язана з підвищеною небезпекою; джерело підвищеної небезпеки. Лікування як діяльність включає різноманітні методи його здійснення. Деякі з них, безумовно, не є джерелами значної небезпеки, наприклад, профілактичні заходи, косметологічні операції, терапевтичне лікування.⁶¹¹ Сучасний рівень розвитку медицини характеризується значним технічним потенціалом у цій галузі. Це машини, механізми, устаткування, різні знаряддя праці, що безсумнівно покликані допомагати лікарю, разом з тим їх експлуатація, як свідчить досвід, пов'язана з можливістю заподіяння шкоди життю і здоров'ю громадян (рентгенівське устаткування, родонові ванни, кобальтові гармати, ядерні водії ритму серця, лазерні апарати, пристрої з використання ультразвуку, отруйні, наркотичні, сильнодіючі лікарські засоби, використання електричного струму). Чинне законодавство містить приблизний перелік джерел підвищеної небезпеки (організацій і громадян, діяльність яких пов'язана з підвищеною небезпекою), однак діяльність працівників закладу охорони здоров'я у ньому не згадується. Разом з цим, оскільки перелік не є вичерпним, судова практика в господарських справах має право визнавати певні види діяльності джерелами підвищеної небезпеки (хірургічні інструменти до таких не відносять). Однак хірургічний метод лікування не виключає небезпеки для пацієнта, разом з цим використання хірургічних інструментів здійснюється під контролем волі та свідомості лікаря. Крім цього, у цьому випадку можливе спричинення шкоди лише одній людині – пацієнту, але не оточуючим. Виникла також практична необхідність законодавчого закріплення в Цивільному кодексі України таких ознак джерела підвищеної небезпеки, як непрогнозованість відповідної діяльності діям кваліфікованого фахівця та високий ступінь вірогідності заподіяння непередбаченої (випадкової) шкоди цією діяльністю. Обидві ознаки присутні при здійсненні лікарем, наприклад, найпростішої операції чи лікуванні пацієнта новітніми технічно оснащеними методами. Таким чином, медична діяльність неоднорідна і не може бути в цілому віднесена до джерел підвищеної небезпеки, хоча окремі методи (способи) лікування відповідають визначенню останніх (адже джерело підвищеної небезпеки, що вийшло з-під

⁶¹¹ Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве. – М.: Издательство БЕК, 1995. – С. 146.

контролю медичного персоналу, може спричинити шкоду не лише пацієнту, а й третім особам).

Підставами відповідальності за шкоду, заподіяну джерелом підвищеної небезпеки є власне сама шкода (доведений факт її існування), протиправність діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, причинний зв'язок між джерелом підвищеної небезпеки та шкодою, що настала. Аналізуючи дві останніх підстави, слід викласти такі зауваження. Діяльність, пов'язана з використанням засобів техніки, сама собою правомірна. Проте правомірність експлуатації джерел підвищеної небезпеки зовсім не означає правомірності заподіяння ними шкоди особі. Отже, заподіяння шкоди джерелом підвищеної небезпеки – завжди неправомірна дія. Відшкодування за ст. 1187 Цивільного кодексу України проводиться, якщо шкода безпосередньо заподіяна джерелом підвищеної небезпеки. Якщо ж шкода заподіяна хоч і під час експлуатації джерела підвищеної небезпеки, але не ним, відшкодування за заподіяну шкоду за ст. 1187 Цивільного кодексу неможливе. Згідно із вказаною статтею обов'язок з відшкодування заподіяної шкоди виникає незалежно від вини заподіювача шкоди (це істотна особливість порівняно з відшкодуванням на загальних підставах).⁶¹²

Дисциплінарна відповідальність здійснюється у формі накладення адміністрацією підприємств, установ та організацій, в тому числі і закладів охорони здоров'я, передбачених нормою ст. 147 Кодексу законів про працю України дисциплінарних стягнень внаслідок: а) порушення правил внутрішнього трудового розпорядку; б) у порядку підлеглості. Заходами дисциплінарної відповідальності є догана та звільнення з роботи.

За порушення правил внутрішнього трудового розпорядку (запізнення на роботу, невиконання чи неякісне виконання службових обов'язків винні особи, а до них, можна віднести усіх працівників закладу охорони здоров'я – від сторожа чи санітарки до головного лікаря включно, можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності, й до них, відповідно до ст. 147 Кодексу законів про працю України, може бути накладено одне із двох дисциплінарних стягнень: догана або звільнення з роботи. Так, працівник закладу охорони здоров'я може бути звільнений внаслідок прогулу без поважних причин протягом повного робочого дня що є грубим порушенням трудової дисципліни. У цих випадках слід встановити факт та причину прогулу. Якщо працівник в цей день був на роботі, але без дозволу адміністрації і без поважних причин озалишив роботу, то це порушення трудової дисципліни не слід розглядати як прогул. До прогула прирівнюється також поява на роботі в нетверезому стані, що підтверджується висновком відповідної експертної установи. Причиною звільнення може також бути вчинення працівником злочину, безпосередньо пов'язаною з його роботою і

⁶¹² Зобов'язальне право: теорія і практика. За ред. О. В. Дзери. – К.: Юрінком Інтер, 1998. – С. 843–855.

встановленого таким, що вступив в законну силу обвинувальним вироком суду.⁶¹³

Матеріальна відповідальність робітників і службовців полягає в обов'язку працівника відшкодувати власнику підприємства, організації, закладу майнову шкоду, заподіяну в результаті винного, протиправного невиконання або неналежного виконання трудових обов'язків у встановлених законом розмірі й порядку.⁶¹⁴

Відповідно до ст.ст. 130–138 Кодексу законів про працю України за шкоду, заподіяну закладу охорони здоров'я при виконанні трудових обов'язків працівником, наприклад, псування медичної чи іншої апаратури, її знищення та ін., працівники закладу охорони здоров'я можуть бути притягнуті до матеріальної відповідальності.⁶¹⁵

При покладенні матеріальної відповідальності права і законні інтереси працівників гарантуються шляхом встановлення відповідальності тільки за пряму дійсну шкоду, лише в межах і порядку, передбачених законодавством, і за умови, коли така шкода заподіяна підприємству, установі, організації винними протиправними діями (бездіяльністю) працівника. Ця відповідальність, як правило, обмежується певною часткою заробітку працівника і не повинна перевищувати повного розміру заподіяної шкоди, за винятком випадків, передбачених законодавством.

За наявності зазначених підстав і умов матеріальна відповідальність може бути покладена незалежно від притягнення працівника до дисциплінарної, адміністративної чи кримінальної відповідальності.

На працівників не може бути покладена відповідальність за шкоду, віднесена до категорії нормального виробничо-господарського ризику, а також за недержані підприємством, установою, організацією прибутку і за шкоду, заподіяну працівником, що перебував у стані крайньої необхідності.

Працівник, який заподіяв шкоду, може добровільно покрити її повністю або частково. За згодою власника або уповноваженого ним органу працівник може передати для покриття заподіяної шкоди рівноцінне майно або поправити пошкоджене.

Адміністративну відповідальність можна визначити як форму реагування держави на адміністративні правопорушення, яка виявляється в застосуванні повноважними державними органами, посадовими особами адміністративних санкцій щодо винної особи у межах і порядку, встановлених законодавством. Вона є складним, багатогранним явищем, яке охоплює адміністративно-правові відносини, адміністративно-правові норми,

⁶¹³ Артёмьев Ф. А. Трудовые права медицинских работников. – М.: «Юридическая литература». – 1965. – С. 34-35. (142 с.)

⁶¹⁴ Трудове право України. Академічний курс / За ред. П. Д. Пилипенка. – К.: „Ін Юре”. – 2004. – С. 346-434. (536 с.)

⁶¹⁵ Сличинський Б. С. Науково-практичний коментар до законодавства України про працю. – К.: А. С. К.. – 2003. С. 571-628. (1024 с.)

до яких відносяться норми, що містять адміністративні санкції, правопорушення з його статичними елементами (об'єкт, об'єктивна сторона, суб'єкт, суб'єктивна сторона), діяльність правозастосовних органів та їх посадових осіб тощо. Хоча аналізований вид відповідальності реалізується в обов'язку порушника зазнати певних обмежень, чи інших несприятливих наслідків, що визначені санкцією порушеної статті закону, зводити поняття адміністративної відповідальності до поняття адміністративного стягнення буде невірним, бо адміністративна відповідальність включає такі елементи як державний осуд діяння (дії чи бездіяльності) і особу, яка його скоїла та застосування до порушника заходів, визначених санкцією порушеної статті закону.⁶¹⁶

На сучасному етапі розвитку державності України роль і значення адміністративної відповідальності як необхідного інструменту здійснення державної політики у сфері охорони здоров'я суттєво зростає. Адже в основному саме даний вид відповідальності спрямований на забезпечення законності і правопорядку в сфері адміністративно-правового регулювання суспільних відносин національної системи охорони здоров'я.

Протягом тривалого часу юристи-науковці досліджували проблеми застосування адміністративної відповідальності зокрема і в сфері охорони здоров'я, здійснювали підготовку відповідної теоретичної бази для належного обґрунтування нормативних основ відповідальності за адміністративні правопорушення в тому числі й в аналізованій сфері суспільних відносин. Разом з тим ще й досі у чинному законодавстві України про адміністративні правопорушення немає систематизації норм у рамках одного законодавчого акту, що призводить до конкуренції норм, їх двозначного тлумачення. Так, поряд з Кодексом України про адміністративні правопорушення (далі – КУпАП) – основним законодавчим актом, що встановлює адміністративну відповідальність (є нормативною підставою її настання) діють також інші закони прямої дії, що містять норми, які встановлюють адміністративну відповідальність, наприклад, такі кодекси як: Митний⁶¹⁷, Повітряний⁶¹⁸, закони: “Про боротьбу з корупцією”, “Про захист від недобросовісної конкуренції”⁶¹⁹, “Про відповідальність підприємств, установ і організацій за порушення законодавства про ветеринарну медицину”⁶²⁰, “Про рекламу”⁶²¹, “Про державну податкову службу в Україні”⁶²² та ін.

Фактичною підставою настання (притягнення до) адміністративної відповідальності є адміністративний проступок. Глава 5 Розділу II Особливої частини Кодексу України про

⁶¹⁶ Агапов А. Б. Административная ответственность. – М.: Статут. – 2004. – С. 18-20. (351 с.)

⁶¹⁷ Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 38-39. – Ст. 288

⁶¹⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 25. – Ст. 274.

⁶¹⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 36. – Ст. 164.

⁶²⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 7. – Ст. 58.

⁶²¹ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 39. – Ст. 181.

⁶²² Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 15. – Ст. 84; – 1995. – № 1. – Ст. 3. – № 30. – Ст. 229.

адміністративні правопорушення “Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення” включає притягнення до адміністративної відповідальності за наступні адміністративні правопорушення: порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42); виробництво, заготівля, реалізація сільськогосподарської продукції, що містить хімічні препарати понад гранично допустимі рівні концентрації (ст. 42-1); заготівля, переробка або збут радіоактивно забруднених продуктів харчування чи іншої продукції (ст. 42-2); виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених мікроорганізмами та іншими біологічними агентами понад гранично допустимі рівні (ст. 42-3); незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44) (невеликий розмір визначається спеціально уповноваженим органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я). Особа, що добровільно здала наркотичні засоби або психотропні речовини, які були у неї в невеликих розмірах і які вона виробила, виготовила, придбала, зберігала, перевозила, пересилала без мети збуту, звільняється від адміністративної відповідальності за дії, передбачені цією статтею; ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44-1); ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45); порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1); умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46); порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення (ст. 46-1).

Також в сфері охорони здоров'я можуть вчинятися й інші адміністративні правопорушення, наприклад щодо якості виробництва медичних препаратів, які в свою чергу передбачені главою 13 КУпАП “Адміністративні правопорушення в галузі стандартизації, якості продукції, метрології та сертифікації”: випуск і реалізація продукції, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 167); випуск у продаж нестандартної продукції (ст. 168); виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил (ст. 168-1);

передача замовнику або у виробництво документації, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 169); недодержання стандартів при транспортуванні, зберіганні і використанні продукції (ст. 170) та ін.

Крім того глава 15 КУпАП “Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління” містить такі адміністративні проступки як: невиконання законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188-10 КУпАП); невиконання постанов, розпоряджень, приписів, висновків, а так само інших законних вимог посадових осіб органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ст. 188-11 КУпАП)

Враховуючи кожне з перелічених адміністративних правопорушень та характерні елементи його складу проаналізуємо елементи загального складу цих правопорушень. Отже, родовим об’єктом вищезазначених правопорушень є здоров’я кожного індивіда, окремих соціальних груп населення чи суспільства загалом, а також певні правила поведінки, вимоги та норми, постанови, розпорядження, приписи, висновки та інші законні вимоги посадових осіб (наприклад, вимоги стандартів, сертифікатів відповідності; правила поводження на радіоактивно забрудненій території, порядок зберігання крові донорів; норми, правила і зразки (еталони) щодо якості; санітарні норми), обов’язковість дотримання яких пояснюється збереженням на належному рівні здоров’я будь-якої людини та недопущення його погіршення чи втрати.

Наступним елементом складу вказаних правопорушень виступає їх об’єктивна сторона. Оскільки всі вони є проступками з формальним складом, тобто обов’язковою ознакою виступає лише факт вчинення протиправного діяння (крім недодержання стандартів і технічних умов при транспортуванні, зберіганні і використанні (експлуатації) продукції (ст. 170 КУпАП), при якому для притягнення до адміністративної відповідальності обов’язкове настання шкідливих наслідків – зниження якості, псування або наднормативні втрати продукції), то можемо зробити висновок, що кожне з перелічених діянь буде вважатися адміністративним правопорушенням зразу ж після його вчинення незважаючи чи настав протиправний результат від вчинення того чи іншого правопорушення і не шукаючи причинного зв’язку між діянням та

цими результатами (наслідками). Наприклад, порушення певних правил і норм; заготівля, переробка чи збут радіоактивно забруднених продуктів харчування; виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених мікроорганізмами; незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах; ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження і ін. будуть вважатись адміністративними проступками зразу ж в момент їх вчинення і відповідно каратимуться.

Одним із обов'язкових елементів складу кожного з перелічених вище адміністративних правопорушень є їх суб'єкт, тобто особа, яка здійснила проступок і до якої може бути застосовано адміністративне стягнення. Загальними ознаками суб'єкта аналізованих адміністративних проступків і адміністративної відповідальності за них є те, що ним обов'язково є фізична особа – людина, яка досягла 16-річного віку і вона є осудною на момент вчинення правопорушення, тобто розуміє (усвідомлює) протиправність своїх діянь і керує ними. Разом з тим ряд вище перелічених статей передбачають наявність і спеціального суб'єкта з притаманними лише йому ознаками. Йдеться перш за все про посадових осіб, громадян-власників підприємств чи уповноважених ними осіб, громадян, які займаються підприємницькою діяльністю, які підлягають адміністративній відповідальності за адміністративні правопорушення, зв'язані з недодержанням установлених правил у сфері охорони здоров'я населення, забезпечення виконання яких входять до їх службових обов'язків.

Іншими спеціальними суб'єктами є особи, хворі на наркоманію; особи, щодо яких є достатні дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу; особи, які були у контакті з хворими на венеричну хворобу та хворі на венеричну хворобу.

Останнім елементом складу розглядуваних адміністративних правопорушень є їх суб'єктивна сторона, тобто вина – психічне ставлення суб'єкта до вчиненого ним правопорушення і до шкідливих наслідків, які настали чи могли б настати. Вина є необхідною умовою відповідальності. Якщо в діяннях особи вини не встановлено, а шкідливі наслідки стали результатом випадкових обставин – немає суб'єктивної сторони, немає адміністративного проступку, немає адміністративної відповідальності. Більшість з

перелічених вище проступків можуть бути вчинені як умисно так і з необережності, однак є ряд проступків, які можуть бути вчинені лише умисно, наприклад, ст. 46 КУпАП Умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою; ч. 3 ст. 46-1 Умисне придбання і використання для виробничих потреб зазначених у цій статті будівельних матеріалів, устаткування, транспортних засобів, які винесено або вивезено з території, що зазнала радіоактивного забруднення.

За вчинення вище розглядуваних адміністративних правопорушень Кодекс передбачає накладення заходів адміністративної відповідальності, що проявляються в таких санкціях як накладення штрафу, конфіскація недоброякісної продукції, адміністративний арешт.

Крім нормативної та фактичної підстав адміністративної відповідальності існує ще одна обов'язкова підстава настання адміністративної відповідальності – процесуальна, суть якої полягає в тому, що для притягнення до відповідальності необхідний акт компетентного органу про накладення конкретного адміністративного стягнення за конкретний адміністративний проступок.

Кримінальна відповідальність – настає за скоєння злочинів і передбачає найжорсткіші заходи (втрата фізичної свободи, виправні роботи тощо), вона застосовується тільки в судовому порядку.

У випадку вчинення правопорушення, яке чинний Кримінальний Кодекс України визнає за злочин, винні у його скоєнні особи можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності.

Основний зміст злочинів проти здоров'я полягає у тому, що при їх вчиненні шкода спричиняється безпосередньо і лише здоров'ю людини і тому ці злочини слід відмежовувати від таких наприклад, як бандитизм, розбій, транспортні та інші злочини, підставою кримінальної відповідальності за вчинення яких виступають діяння, направлені проти основ державного ладу, державної, комунальної, колективної чи приватної власності тощо, а спричинення шкоди здоров'ю не є їх обов'язковою ознакою.⁶²³

Наприклад, відповідні особи можуть притягатися до кримінальної відповідальності за вчинення наступних злочинів у сфері охорони здоров'я: доведення до самогубства (ст. 120); умисне тяжке тілесне ушкодження (ст. 121); умисне середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 122); умисне легке тілесне ушкодження (ст. 125); необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 128); зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 130); зараження венеричною

⁶²³ Загородников Н. И. Преступления против здоровья. –М.: «Юридическая литература». – 1969. – С. 9-10. (166 с.)

хворобою (ст. 133); залишення в небезпеці (ст. 135); неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137); незаконна лікувальна діяльність (ст. 138).⁶²⁴

Працівники охорони здоров'я як спеціальні суб'єкти можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності за скоєння наступних злочинів: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131); розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132); незаконне проведення абортів (ст. 134); ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140); порушення прав пацієнта (ст. 141); незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142); порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143); насильницьке донорство (ст. 144); незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145).

Санкції вказаних статей передбачають застосування до винних таких видів кримінальних покарань як штраф, позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, громадські чи виправні роботи, обмеження та позбавлення волі.

Потерпілою стороною внаслідок вчинення даних злочинів є населення України (громадяни України, особи без громадянства та іноземці). Належним потерпілим благом як компонентом об'єкта вказаних злочинів виступає здоров'я населення, яке розуміється як фактичний або максимально досяжний в Україні стан організму людей, що в ній проживають чи перебувають, необхідний для забезпечення їх біологічного існування, здатності до активного тривалого життя та відтворення здорового людського покоління.⁶²⁵

Розглянемо детальніше склади деяких найпоширеніших у юридичній практиці злочинів, які можуть бути вчинені працівниками охорони здоров'я. Так, суб'єктивною стороною неналежного виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи ВІЛ-інфекцією чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 131 Кримінального кодексу України) є необережність, що проявляється у недбалому чи несумлінному ставленні до своїх професійних обов'язків, об'єктивна ж сторона проявляється як в активних діях, наприклад, використання нестерилізованих шприців, неякісного здійснення перевірки донорської крові, так і в бездіяльності, наприклад, недотримання обов'язкових заходів асептики та антисептики. Злочин вважається закінченим з моменту зараження особи

⁶²⁴ Кримінальне право України. Особлива частина / За ред. Проф. М. І. Бажанова, В. В. Сташиса, В. Я. Тація. – К.: Юрінком Інтер; Х.: Право. – 2001. – С. 29-74. (496 с.)

⁶²⁵ Фесенко Є. Система злочинів проти здоров'я населення та його охорони. – Право України. – 2000. – № 10. – С. 43-46.

невиліковною інфекцією. А щодо суб'єктивної сторони іншого злочину – розголошення відомостей про проведення медичного огляду щодо виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 Кримінального кодексу України), то вона може характеризуватись як наміром так і необережністю, причому, не має значення, з якою метою здійснюється таке розголошення, яким способом та кому надається така інформація. Разом з цим важливо, щоб таке розголошення було здійснене проти волі (без дозволу) особи, якої стосується розголошена інформація. Однак не буде вважатись злочином надання вказаної інформації на правомірний запит органів дізнання слідства та суду, або щоб уникнути інфікування інших осіб. Аналізований злочин слід відрізнити від такого злочину, як незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 Кримінального кодексу України), суб'єктивною стороною якого є лише намір і крім того обов'язковою кваліфікаційною ознакою якого – спричинення таким діянням тяжких наслідків, що не є обов'язковим у складі злочину, передбаченого ст. 132 Кримінального кодексу України.⁶²⁶

Склад злочину, передбаченого ст. 134 Кримінального кодексу України (незаконне проведення абортів) передбачає обов'язкову наявність в якості суб'єкта особи, яка не має спеціальної медичної освіти, тобто підтверджених дипломом (або іншим документом) спеціальних знань, навичок, для проведення такого роду операцій. У даному випадку не має значення мотив суб'єкта даного злочину (корисливий, добродійний, щоб допомогти жінкам, які бажають позбутися вагітності тощо). Юридична конструкція цієї статті недосконала, оскільки не виключає проведення незаконних абортів хоч і кваліфікованою особою, але з недотриманням інших умов і вимог, необхідних для проведення абортів, наприклад, проведення його поза стаціонаром чи при наявності протипоказань у пацієнтки. Разом з цим, позитивним є закріплення кваліфікаційних ознак у ч. 2 цієї статті, з настанням яких посилюється відповідальність винної особи, це – незаконне проведення абортів, якщо воно спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність чи смерть потерпілої.

Склад такого злочину як ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 Кримінального кодексу України) характеризується тим, що його суб'єктом є медичний працівник, який зобов'язаний згідно Закону чи іншого встановленого правила надати допомогу хворому. Крім цього, обов'язковою ознакою суб'єктивної сторони цього злочину є те, що такий працівник повинен заздалегідь знати про те, що ненадання ним такої допомоги може мати тяжкі наслідки для хворого (настання останніх не є обов'язковою умовою для кваліфікації за цією частиною статті). Вина медичного працівника – прямий умисел стосовно ненадання допомоги, умисел (як прямий так і непрямої) чи необережність у формі злочинної самовпевненості – по відношенню до наслідків. Ненадання допомоги

⁶²⁶ Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України / Під заг. ред. М. О. Потєбенька, Г. В. Гончаренка. – К.: „Форум”. – 2001. – С. 176. (680 с.)

хворому полягає у бездіяльності, тобто у невчиненні необхідних в конкретних умовах дій, спрямованих на порятунок життя, вилікування, полегшення страждань хворого. Однак при наявності поважних причин ненадання допомоги хворому відповідальність медичного працівника не настає. Такими причинами на практиці визнаються стихійне лихо, хвороба самого медпрацівника, надання допомоги одночасно іншому важко хворому, відсутність стерильних засобів для перев'язки. Редакція ч. 1 ст. 139 Кримінального кодексу України також є недосконалою, оскільки, якщо бездіяльність медичного працівника не спричинила шкоди хворому чи настали неважкі наслідки, яких лікар не бажав, то гуманніше та ефективніше було б застосовувати до винного дисциплінарну і цивільно-правову відповідальність, але не кримінальну.

У ч. 2 ст. 139 Кримінального кодексу України встановлена відповідальність за те ж діяння, якщо воно спричинило смерть хворого чи інші тяжкі наслідки. Вбачається, що суб'єктами цього злочину можуть бути лише медичні працівники при ненаданні ними допомоги не при виконанні своїх службових обов'язків (під час відпустки, у громадських місцях, тощо), при невиконанні ж ними своїх службових обов'язків у службовий час відповідальність настає за ст. 140 Кримінального кодексу України (неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником).

Під час підготовки нового Кримінального кодексу України, який вступив в силу 1 вересня 2001 року, в наукових колах точилася дискусія з приводу можливості визнання суб'єктом деяких злочинів проти здоров'я населення поряд з фізичними і юридичними осіб. Аргументи на користь цієї новації в національному кримінальному законі головним чином зводилися до необхідності врахування характеру і особливостей нових відносин що склалися в сфері економіки, а також правотворчого досвіду інших держав. Однак ця позиція не знайшла своєї підтримки на законотворчому рівні.⁶²⁷

Окремо слід сказати про дуже важливу статтю Кримінального кодексу України – статтю 184 “Порушення права на безоплатну медичну допомогу”, зі змісту якої випливає, що коли у пацієнта вимагають оплатити надані в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я медичні послуги, за які чинним законодавством не передбачена оплата, то такі “вимагачі” караються штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (1700 грн.) або арештом до шести місяців. Проблематичнішою є застосування ч. 2 цієї статті, згідно з якою за незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я посадова особа карається штрафом до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (17000 грн.) або виправними роботами на строк до двох років.

⁶²⁷ Фесенко Є. Особенности субъекта преступлений против здоровья населения и система мер, обеспечивающих его охрану. – Экономика и право. – 2003. – № 2. – С. 48-50.

У медичній науці і практиці є поняття лікарської помилки. Загалом нею охоплюються хибні висновки і дії лікаря при встановленні діагнозу захворювання, визначенні тактики і методики його лікування⁶²⁸. Для юриспруденції важливими є суб'єктивні причини виникнення лікарської помилки, тобто недостатня професійна підготовка і досвід лікаря, порушення ним службових та етичних засад надання медичної допомоги, недоліки морального характеру медичного працівника. У чинному кримінальному кодексі статті про відповідальність за лікарську помилку прямо не передбачено, однак у разі виникнення тяжких наслідків, спричинених такою помилкою, діяння медичного або фармацевтичного працівника буде кваліфікуватися, як неналежне виконання своїх професійних обов'язків (ст. 140 Кримінального кодексу України). І звичайно, внаслідок лікарської помилки, вчиненої із заподіянням шкоди здоров'ю пацієнта настає цивільно-правова відповідальність за ст. 1195 Цивільного кодексу України.

Юридична відповідальність – один із найважливішим інструментів забезпечення дисципліни і порядку в діяльності закладів охорони здоров'я та роботі його працівників.

Неналежне лікування, що є протиправним і спричинило шкоду здоров'ю хворого або його смерть, тягне за собою обов'язок відшкодувати цю шкоду, тобто цивільно-правова відповідальність настає лише за наявності вини лікаря або іншого медичного працівника. Вина є суб'єктивною основою відповідальності і, як елемент правопорушення, характеризує його з точки зору внутрішнього, психічного стану винного.⁶²⁹ Це ж стосується й інших видів юридичної відповідальності – дисциплінарної, адміністративної, матеріальної і кримінальної. Без вини немає відповідальності!

Етичні засади професійної діяльності лікаря, корені якої виходять з клятви Гіппократа, нині визначені у Клятві лікаря, затвердженій Указом Президента України від 15 червня 1992 року N 349 “Про Клятву лікаря”.⁶³⁰ Тому слід виходити із того, що правомірна, високоморальна поведінка медичного працівника, який взірцево виконує свої професійні та службові обов'язки повинна всіляко заохочуватись (що передбачено Кодексом законів про працю України, а також умовами колективному договору і правилами внутрішнього трудового розпорядку), а невиконання, чи неналежне виконання своїх обов'язків тягнути за собою настання відповідних заходів юридичної відповідальності.

⁶²⁸ Юридична енциклопедія: в 6Т. - К.: “Українська Енциклопедія”, 2001., С. 490.

⁶²⁹ Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. – Львов: «Вища школа», 1982. – С. 173.

⁶³⁰ Урядовий кур'єр . – 1992. – 28 червня.

Глава 7. Адміністративно-юрисдикційні повноваження органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я

Необхідність удосконалення організаційних і правових механізмів державного управління охороною здоров'я стосовно поліпшення якості медичної допомоги та профілактики правопорушень зумовлюється передусім: станом та адекватністю нормативно-правової бази, законності й **юридичної** відповідальності як складових правового механізму державного управління закладами охорони здоров'я; неефективністю чинної системи відомчого і зовнішнього контролю та нагляду за якістю медичної допомоги та профілактикою професійних правопорушень; наявними організаційно-правовими проблемами і відсутністю компетентної служби, наприклад медико-правової як відносно самостійної підсистеми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я.⁶³¹

Медико-правова служба – це динамічна керована система, яка повинна би організовуватися на базових принципах і підходах державного управління, була би складовою частиною відповідного органу управління охорони здоров'я і забезпечувала би реалізацію функцій стосовно поліпшення якості медичної допомоги, внутрішньовідомчого контролю і профілактики правопорушень, надання правової допомоги медичним фахівцям і пацієнтам та їх правового захисту на засадах відносно самостійної управлінської структури.⁶³²

Створення подібної служби дозволить удосконалити організаційно-правові механізми державного управління діяльністю закладів системи охорони здоров'я України, а також більш дієво та об'єктивно контролювати й оцінювати роботу структурних медичних підрозділів з державно-правових позицій, що буде сприяти, з одного боку, зниженню рівня правопорушень медичних працівників та поліпшенню якості медичної допомоги, а з другого – правовому захисту суб'єктів відносин "лікар-пацієнт".⁶³³

⁶³¹ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України.– О., 2004. – С. 1 – 2.

⁶³² Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України.– О., 2004. – С. 15.

⁶³³ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України.– О., 2004. – С. 3.

Пропонована медико-правова служба як керована підсистема у структурному відношенні являє собою три класичні складові частини - суб'єкт управління (управління або відділ органу управління системою охорони здоров'я), об'єкт управління (органи, заклади, служби системи охорони здоров'я, медичні працівники, пацієнти) та блок наукового регулювання (чинна відомча система інформаційного забезпечення медичних структур - інформаційно-аналітичні або організаційно-методичні відділи, статистичні кабінети чи центри, офіційна звітно-облікова інформація функціонально-структурних підрозділів, нормативно-правова база, службові документи та матеріали, скарги, заяви, матеріали судово-слідчих структур тощо).⁶³⁴

Щодо регіонального рівня, то медико-правова служба може бути представлена відділом медико-правової допомоги та захисту, до якого мають структурно входити два сектори: медико-технологічного контролю (у штаті якого є лікар-інспектор, лікарі-експерти з основних медичних спеціальностей, які працюють на громадських засадах; медичний психолог-соціолог) та правового регулювання (у штаті якого є юрист-інспектор; юрист-консультант та інспектор). Відділ безпосередньо підпорядкований начальнику управління охороною здоров'я обласної або міської державної адміністрації та взаємодіє (на функціональній основі) з усіма його функціонально-структурними підрозділами.⁶³⁵

Відповідно до ст. 214 КУпАП усі справи про адміністративні правопорушення (за винятком віднесених самим Кодексом до відання інших органів (посадових осіб)) вирішують адміністративні комісії при виконавчих органах сільських, селищних, міських рад. Іншими ж органами, уповноваженими розглядати справи про адміністративні правопорушення, передбаченими КУпАП є виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад, судді районних (міських) судів, органи внутрішніх справ, органи державних інспекцій та інші уповноважені органи.

Як визначає ст. 215 КУпАП адміністративні комісії утворюються відповідними органами місцевого самоврядування у складі голови, заступника голови, відповідального секретаря, а також членів комісії. Адміністративні комісії при виконавчих комітетах районних у містах рад

⁶³⁴ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2004. – С. 12.

⁶³⁵ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – , 2004. – С. 13.

утворюються у разі надання районній у місті раді та її виконавчому комітету відповідних повноважень міською радою.

Як вказано в ст. 216 КУпАП адміністративні комісії мають право розглядати справи про адміністративні правопорушення при наявності не менш як половини членів їх складу, а виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад – при наявності не менш як двох третин від загального складу виконавчого комітету. Правомочність же засідань інших колегіальних органів, уповноважених розглядати справи про адміністративні правопорушення, встановлюється чинним законодавством України.

Згідно ст. 217 КУпАП посадові особи, уповноважені розглядати справи про адміністративні правопорушення, можуть накладати адміністративні стягнення, передбачені КУпАП, у межах наданих їм повноважень і лише під час виконання службових обов'язків.

Відповідно до ст. 221 КУпАП місцеві (міськрайонні) суди (судді) розглядають справи про такі адміністративні правопорушення – виробництво, заготівля, реалізація сільськогосподарської продукції, що містить хімічні препарати понад гранично допустимі рівні концентрації; заготівля, переробка або збут радіоактивно забруднених продуктів харчування чи іншої продукції; виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених мікроорганізмами та іншими біологічними агентами понад гранично допустимі рівні; незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах; ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження; порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення (ст.ст. 42-1 - 42-3, ч. 1 ст. 44, ст.ст. 44-1, 46-1 КУпАП).

Згідно ст. 222 КУпАП Органи внутрішніх справ (міліція) розглядають справи про такі адміністративні правопорушення – незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ч. 1 ст. 44 КУпАП)

Від імені органів внутрішніх справ (міліції) розглядати дану категорію справ мають право начальники або заступники начальників районних, міських, районних у містах відділів (управлінь) внутрішніх справ, а також начальники або заступники начальників органів внутрішніх справ на транспорті, інших органів внутрішніх справ, прирівняних до районних, міських, районних у містах відділів (управлінь) внутрішніх справ, начальники відділень міліції, що є в системі органів внутрішніх справ

Органи, установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби відповідно до ст. 236 КУпАП розглядають справи про адміністративні правопорушення, пов'язані з порушенням державних

санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 КУпАП),

Від імені органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби розглядати справи про адміністративні правопорушення і накладати адміністративні стягнення в межах територій та об'єктів нагляду, визначених законодавством, мають право:

1) головний державний санітарний лікар України та його заступники, головні державні санітарні лікарі Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, головні державні санітарні лікарі водного, залізничного, повітряного транспорту, водних басейнів, залізниць та їх заступники, головні державні санітарні лікарі районів, міст, районів у містах, лінійних підрозділів та об'єктів водного, залізничного, повітряного транспорту, об'єктів, що мають особливий режим роботи, Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету у справах охорони державного кордону України, Служби безпеки України, з'єднань, частин та підрозділів і їх заступники;

2) лікарі-гігієністи, лікарі-епідеміологи органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби

У відповідності зі ст. 244-8 КУпАП органи державного контролю якості лікарських засобів розглядають справи про адміністративні правопорушення, пов'язані з недодержанням вимог стандартів, норм, правил і технічних умов під час виробництва, зберігання, транспортування, реалізації чи використання лікарських засобів, передбачені ст.ст. 167-170 КУпАП, з порушенням встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1 КУпАП), а також з невиконанням законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188-10 КУпАП).

Від імені органів державного контролю якості лікарських засобів розглядати справи про адміністративні правопорушення і накладати адміністративні стягнення мають право Головний державний інспектор України з контролю якості лікарських засобів та його заступники, начальники державних інспекцій з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, їх заступники та державні інспектори з контролю якості лікарських засобів.

Як вже згадувалось фактичною підставою настання адміністративної відповідальності є скоєння адміністративного проступку. Згідно ст. 254 КУпАП про вчинення адміністративного правопорушення складається протокол уповноваженими на те посадовою особою або представником громадської організації чи органу громадської самодіяльності. Протокол не складається у випадках, коли відповідно до закону штраф накладається і стягується, а попередження фіксується на місці вчинення правопорушення

Особи, які мають право складати протоколи про адміністративні правопорушення визначені в ст. 255 КУпАП. У справах про адміністративні правопорушення, що розглядаються вище згадуваними органами, протоколи про правопорушення мають право складати уповноважені на те посадові особи:

органів внутрішніх справ (ч. 1 ст. 44 КУпАП, ст.ст. 44-1, 46-1 КУпАП)

органів охорони здоров'я (ст.ст. 45, 46 КУпАП)

органів у справах захисту прав споживачів (ст. 42-2 КУпАП)

органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ст.ст. 42-1 - 42-3 КУпАП);

органів державного ветеринарного нагляду (ст.ст. 42-1 - 42-3 КУпАП);

лабораторій радіаційного контролю міністерств і відомств України, організацій споживчої кооперації (ст. 42-2 КУпАП).

Відповідно до ст.ст. 276, 277 КУпАП справа про адміністративне правопорушення розглядається за місцем його вчинення і за загальним правилом в п'ятнадцятиденний строк з дня одержання органом (посадовою особою), правомочним розглядати справу, протоколу про адміністративне правопорушення та інших матеріалів справи. Однак справи про адміністративні правопорушення, передбачені статтею 42-2, частиною першою статті 44, 44-1 КУпАП.

Орган (посадова особа) при підготовці до розгляду справи про адміністративне правопорушення вирішує такі питання:

- 1) чи належить до його компетенції розгляд даної справи;
- 2) чи правильно складено протокол та інші матеріали справи про адміністративне правопорушення;
- 3) чи сповіщено осіб, які беруть участь у розгляді справи, про час і місце її розгляду;
- 4) чи витребувано необхідні додаткові матеріали;
- 5) чи підлягають задоволенню клопотання особи, яка притягається до адміністративної відповідальності, потерпілого, їх законних представників і адвоката.

Як зазначає ст. 279 КУпАП розгляд справи розпочинається з оголошення складу колегіального органу або представлення посадової особи, яка розглядає дану справу.

Головуючий на засіданні колегіального органу або посадова особа, що розглядає справу, оголошує, яка справа підлягає розгляду, хто притягається до адміністративної відповідальності, роз'яснює особам, які беруть участь у розгляді справи, їх права і обов'язки. Після цього оголошується протокол про адміністративне правопорушення. На засіданні заслуховуються особи, які

беруть участь у розгляді справи, досліджуються докази і вирішуються клопотання. У разі участі в розгляді справи прокурора заслуховується його висновок.

При розгляді справи про адміністративне правопорушення обов'язково підлягають з'ясуванню наступні обставини: чи було вчинено адміністративне правопорушення, чи винна дана особа в його вчиненні, чи підлягає вона адміністративній відповідальності, чи є обставини, що пом'якшують і обтяжують відповідальність, чи заподіяно майнову шкоду, чи є підстави для передачі матеріалів про адміністративне правопорушення на розгляд громадської організації, трудового колективу, а також з'ясувати інші обставини, що мають значення для правильного вирішення справи.

При розгляді колегіальним органом справи про адміністративне правопорушення ведеться протокол, в якому зазначаються:

- 1) дата і місце засідання;
- 2) найменування і склад органу, який розглядає справу;
- 3) зміст справи, що розглядається;
- 4) відомості про явку осіб, які беруть участь у справі;
- 5) пояснення осіб, які беруть участь у розгляді справи, їх клопотання і результати їх розгляду;
- 6) документи і речові докази, досліджені при розгляді справи;
- 7) відомості про оголошення прийнятої постанови і роз'яснення порядку та строків її оскарження.

Протокол засідання колегіального органу підписується головуючим на засіданні і секретарем цього органу.

Орган (посадова особа), який розглядає справу, встановивши причини та умови, що сприяли вчиненню адміністративного правопорушення, вносить у відповідний державний орган чи орган місцевого самоврядування, громадську організацію або посадовій особі пропозиції про вжиття заходів щодо усунення цих причин та умов. При вжитті заходи протягом місяця з дня надходження пропозиції повинно бути повідомлено орган (посадову особу), який вніс пропозицію.

Розглянувши справу про адміністративне правопорушення, орган (посадова особа) виносить постанову по справі. Постанова виконавчого органу сільської, селищної, міської ради по справі про адміністративне правопорушення приймається у формі рішення.

Постанова повинна містити: найменування органу (посадової особи), який виніс постанову, дату розгляду справи; відомості про особу, щодо якої розглядається справа; викладення обставин, установлених при розгляді справи; зазначення нормативного акта, який передбачає відповідальність за дане адміністративне правопорушення; прийняте по справі рішення.

Якщо при вирішенні питання про накладення стягнення за адміністративне правопорушення уповноваженими на те органами (посадовими особами), одночасно вирішується питання про відшкодування винним майнової шкоди, то в постанові по справі зазначаються розмір шкоди, що підлягає стягненню, порядок і строк її відшкодування.

Постанова по справі повинна містити вирішення питання про вилучені речі і документи, а також вказівку про порядок і строк її оскарження.

Постанова колегіального органу приймається простою більшістю голосів членів колегіального органу, присутніх на засіданні.

Постанова по справі про адміністративне правопорушення підписується посадовою особою, яка розглянула справу, а постанова колегіального органу - головуючим на засіданні і секретарем цього органу.

У випадках, передбачених законодавством України, про захід стягнення робиться відповідний запис на протоколі про адміністративне правопорушення або постанова оформляється іншим установленим способом.

По справі про адміністративне правопорушення, орган (посадова особа) виносить одну з таких постанов:

- 1) про накладення адміністративного стягнення;
- 2) про застосування заходів впливу, передбачених КУпАП;
- 3) про закриття справи.

Постанова про закриття справи виноситься при оголошенні усного зауваження, передачі матеріалів на розгляд громадської організації чи трудового колективу або передачі їх прокурору, органу попереднього слідства чи дізнання.

Постанова оголошується негайно після закінчення розгляду справи. Копія постанови протягом трьох днів вручається або висилається особі, щодо якої її винесено.

Копія постанови в той же строк вручається або висилається потерпілому на його прохання.

Копія постанови вручається під розписку. В разі, якщо копія постанови висилається, про це робиться відповідна відмітка у справі.

18.03.2005

Розділ IV. Реалізація державної політики охорони здоров'я

Глава 1. Інституційний механізм реалізації державної політики охорони здоров'я

Важливою ланкою взаємодії виконавчої та представницької гілок влади є поєднання зусиль у виробленні та узгодженні концепцій пріоритетних законопроектів та урядових рішень щодо найважливіших аспектів життя країни, а також гармонізація стосунків між цими взаємозалежними гілками влади. У розділі містяться рекомендації та пропозиції щодо налагодження конструктивної взаємодії Парламенту й Уряду України; визначаються принципи й напрями підвищення результативності такої взаємодії.

Дисертант робить предметом дослідження один із НОВІ-Х складових елементів ефективності державної політики, а саме інститут політичної експертизи, що активно поширюється у високорозвинених демократичних країнах світу.

У розділі робиться висновок про доцільність (шляхо л налагодження спеціальної підготовки й перепідготовки) формування в нашій країні корпусу політичних експертів, у тому числі для підвищення компетентності суб'єктів регіональної державної політики.⁶³⁶

ВИСНОВКИ

Навіть найкраще написання політичної програми не забезпечує її реалізацію. Життя їй надають конкретні виконавці – суб'єкти реалізації державної політики, діяльність яких повинна ґрунтуватись на економічних та правових механізмах державного управління і регулювання.

Відповідно до чинного законодавства, суб'єктами реалізації державної політики охорони здоров'я є: громадяни України та об'єднання громадян, Президент України; Верховна Рада України; Кабінет Міністрів України; Рада національної безпеки і оборони України; міністерства та інші центральні органи виконавчої влади; Національний банк України; суди загальної юрисдикції; прокуратура України; місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування і, нарешті, заклади охорони здоров'я як основна ланка системи охорони здоров'я і надання медичної допомоги.

Реалізацію політики охорони здоров'я покладають на центральні й місцеві органи виконавчої влади, місцевого самоврядування, органи управління охороною здоров'я галузевої компетенції, заклади охорони здоров'я, та громадян, які повинні піклуватися про своє здоров'я і здоров'я своїх дітей, виконувати вимоги чинного законодавства про охорону здоров'я — своєчасно проходити медичні огляди (для певних категорій осіб — дітей, підлітків, вагітних жінок, працівників окремих виробництв і професій), робити щеплення та ін.

Найважливішими суб'єктами реалізації політики охорони здоров'я є людина (громадянин). Це навколо нього та його інтересів щодо охорони і зміцнення здоров'я „крутиться” діяльність всієї системи охорони здоров'я. Важливими суб'єктами реалізації політики у цій сфері є центральні та місцеві органи виконавчої влади і місцевого самоврядування спеціальної компетенції — Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я

⁶³⁶ Кучеренко О.О. Державна політика: теоретико-методологічні засади дослідження процесу формування та здійснення: Автореф. дис.... канд. наук з держ. упр. – К., 2000. – С. 14.

Автономної Республіки Крим, управління (головні управління) охорони здоров'я облдержадміністрацій, управління і відділи охорони здоров'я міських рад.

Для успішної реалізації політики охорони здоров'я потрібно точно визначити цілі, на які вона спрямована, а також результати, яких необхідно досягнути. Тому вкрай актуальною і важливою для України в перехідний період є необхідність вдосконалення системи і механізмів реалізації державної політики сфері охорони здоров'я відповідно до сучасних суспільних потреб.

Державна політика охорони здоров'я, як було зазначено вище, формується вищими органами державної влади і передусім Верховною Радою, Президентом і Кабінетом Міністрів України, а реалізується всією системою органів державної влади, органами місцевого самоврядування, політичними партіями і громадськими організаціями, підприємствами, установами, організаціями та громадянами України. Особливу роль у здійсненні цієї політики відіграють такі суб'єкти як громадяни України (їх найбільше!), органи державної влади та місцевого самоврядування, а також заклади охорони здоров'я, які в процесі своєї практичної діяльності по наданню медико-санітарної допомоги та проведенню інших заходів є основними суб'єктами реалізації політики у цій сфері.

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу.

Політика охорони здоров'я визначає зміст діяльності держави та її органів влади, що охоплюється відповідними аспектами функції охорони і зміцнення здоров'я населення держави. Центральна роль у процесі реалізації політики у сфері охорони здоров'я належить державі, зокрема, органам виконавчої влади, які на практиці забезпечують виконання її положень і втілення їх у життя. Значна роль у цьому процесі відводиться також органам місцевого самоврядування, що дає підстави говорити про державно-правовий механізм реалізації політики у цій сфері.

До складу державно-правового механізму реалізації політики охорони здоров'я входить вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права, задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, а також їх повноважень та відносин між собою та іншими суб'єктами.

У його складі проглядається три наступні, взаємопов'язані між собою, частини.

По-перше, це вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, тобто **інституційний механізм охорони здоров'я**.

По-друге, це сукупність повноважень та відносин вказаних органів між собою та іншими суб'єктами, яка включає правові відносини що виникають при реалізації політики охорони здоров'я та специфічні ролі, форми і методи діяльності суб'єктів реалізації цієї політики.

По-третє, це система правових норм та принципів, які творять законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес реалізації політики охорони здоров'я, тобто **правовий механізм охорони здоров'я**.

Державна політика охорони здоров'я сьогодні нормативно визначена і закріплена в Концепції розвитку охорони здоров'я України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 року. Її аналіз дозволяє визначити три основні напрямки реалізації політики охорони здоров'я.

По-перше, це створення сучасного законодавства, що регулює відповідні суспільні відносини в сфері охорони здоров'я, встановлює правила поведінки та відповідальність суб'єктів правовідносин у цій сфері.

По-друге, це вдосконалення діяльності, реорганізація чи ліквідація (при потребі) відповідних державних органів, уточнення їх повноважень щодо управління охороною здоров'я, оптимізація роботи їх апарату.

І по-третє, це застосування в процесі діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів права законодавства з метою реалізації політики охорони здоров'я.

Метою державної політики у сфері охорони здоров'я є реалізація положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України визначає, що завданнями державної політики є:

- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля;
- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді; посилення боротьби із шкідливими звичками; розвиток фізичної культури і спорту;
- забезпечення раціонального збалансованого харчування населення;
- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;

- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я;
- удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників та пацієнтів;
- визначення критеріїв щодо диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;
- інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в тому числі медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів та виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості.

Вказана Концепція до суб'єктів її реалізації відносить:

- Міністерство охорони здоров'я України як головний (провідний) орган у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;
- на районному та міському рівні управлінські функції виконують районні та міські лікарні (або інші заклади охорони здоров'я), які визначені центральними для району, міста.
- територіальна громада міста, села, селища забезпечуватиме контроль за наданням та фінансуванням медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Кінцевою метою реалізації Концепції є досягнення таких цілей: збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей; створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі; формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах; ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

Держава зберігатиме за собою зобов'язання щодо захисту конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, контролюватиме

якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

На жаль, вказана Концепція серед суб'єктів її реалізації не згадала політичні партії, громадські організації, інші об'єднання громадян, і що саме головне, самих громадян. Видається, що з сучасних демократичних позицій місця і ролі громадянина і держави в суспільстві, саме громадянин є найважливішим не лише об'єктом, а й суб'єктом реалізації державної політики.

Реалізація державної політики охорони здоров'я здійснюється шляхом державного управління і державного регулювання вказаних відносин. Відповідно до ст. 113 Конституції України державне управління здійснюють органи виконавчої влади, які очолює Кабінет Міністрів України.

Для організації практичного здійснення державної політики охорони здоров'я між вказаними суб'єктами мають встановитись службові зв'язки і відносини, а це можливо лише шляхом їх організації і закріплення в актах чинного законодавства.

Між політикою і законодавством існує тісний функціональний зв'язок, внаслідок якого політичні ідеї втілюються в норми законодавства, які, в свою чергу, формуються в руслі певних політичних доктрин і концепцій. Основні засади політики охорони здоров'я закріплюються в нормах законодавства. Взагалі, законодавство є найбільш концентрованим виявом політичних ідей; між політикою і законодавством існують тісні глибинні зв'язки. Особливостями законодавства про охорону здоров'я є надзвичайно широкий спектр суспільних відносин, які регулюються його нормами, а також величезна кількість та ієрархія цих норм. Практично немає такого питання, яке б тією чи іншою мірою не стосувалося здоров'я людини, будь то сфера чи матеріального виробництва, чи позавиробничої діяльності людей - відпочинок, освіта, культура, духовне життя. Вся діяльність будь-яких об'єктів чи то окремих людей підпадає під державний санітарний нагляд, здійснення якого покладено на державну санітарно-епідеміологічну службу, підпорядковану Міністерству охорони здоров'я України.

Усі органи виконавчої влади, що здійснюють державне управління в галузі охорони здоров'я, можна розділити на 2 групи:

- органи виконавчої влади загальної компетенції;
- органи виконавчої влади спеціальної (галузевої) компетенції.

До першої групи належать Кабінет Міністрів України, Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні й районні державні адміністрації, міські державні адміністрації в містах Києві та Севастополі. Метою діяльності системи органів виконавчої влади загальної компетенції є забезпечення здійснення в країні державного управління в усіх сферах, галузях і комплексах, тобто забезпечення керованості суспільним і державним життям у країні.

До другої групи належать Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій і головні лікарі району.

В основі побудови системи органів виконавчої влади спеціальної (галузевої) компетенції, які також утворюються відповідно до адміністративно-територіального поділу держави, покладений змістовний принцип, суть якого полягає у тому, що зміст діяльності того чи іншого органу виконавчої влади визначає його завдання і функції, а останні впливають на формування його внутрішньої структури.

Формування політичних і нормативно-правових засад політики охорони здоров'я ставить на порядок денний питання про практичні результати її реалізації. В умовах хронічної нестачі коштів на нормальне фінансування діяльності системи охорони здоров'я, забезпечити її більш-менш задовільне функціонування можливо лише на основі співпраці з міжнародними організаціями, зокрема, ООН, ВООЗ, міжнародної організації Червоного Хреста, підготовки менеджерів і політиків охорони здоров'я, співпраці з політичними партіями, громадськими і релігійними організаціями, всіма органами державної влади і місцевого самоврядування.

Глава 2. Форми і методи реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Не менш важливою частиною державної політики у сфері охорони здоров'я є форми і методи її реалізації. Нарешті, формування політики в галузі охорони здоров'я ґрунтується на прийнятті рішень, і методологічна база цієї частини формування державної політики складається з методології управління як процесу і методології охорони здоров'я – як об'єкта управління.

Ще в останнє десятиріччя існування СРСР неодноразово робились спроби створити певні програми, в яких закріпити перспективні напрямки розвитку охорони здоров'я в країні. Цьому сприяла і співпраця із міжнародними організаціями, зокрема із Організацією Об'єднаних Націй та Всесвітньою організацією охорони здоров'я, які своїх рекомендацій пропонували певні моделі організації надання медичної допомоги, медико-санітарні правила і норми та ін.

Однією з вимог міжнародних організацій і, зокрема, ВООЗ, є здійснення керівництва охороною здоров'я на основі відповідних комплексних програм. Застосування програмно-цільового методу планування видатків для фінансування системи охорони здоров'я, який законодавчо закріплений в Бюджетному кодексі України і вже чотири роки використовується при складанні державного бюджету. Для цього був створений достатній базис – ціла низка прийнятих національних, державних та цільових програм. Лише за 2003 їх було затверджено десять.

Їх прийняття було цілком обгрунтоване і виправдане часом і практикою, адже по-перше дало змогу визначити пріоритети, по-друге не розпорошувати і без того недостатні фінансові ресурси, а сконцентрувати їх на вирішення найгостріших проблем в охороні здоров'я.

Саме за рахунок діючих програм у Міністерства охорони здоров'я України, стверджував Державний секретар цього міністерства Ю. В. Поляченко на підсумковій колегії МОЗ 20 березня 2002 року, була можливість утримувати динаміку збільшення планових видатків на охорону здоров'я, в тому числі і на 2003 рік.⁶³⁷

Зазначимо, що спроби створити певну загальнонаціональну (державну) програму розвитку охорони здоров'я в Україні робилися ще у 80-90-их рр. ХХ ст., зокрема у формі підготовки проекту закону Української РСР „Про охорону здоров'я”, яке здійснювало республіканське Міністерство охорони здоров'я. Цей законопроект був заснований на застарілих принципах командного управління і соціалістичної розподільчої системи охорони здоров'я, і міністерство, згідно з вимогами нового часу, надсилало для обговорення й внесення пропозицій на місцях. На низових рівнях, зокрема обласних, це зумовило велику зацікавленість медичної громадськості й посприяло пошуку та обговоренню нових моделей організації охорони здоров'я, розробки власних законопроектів, загальнодержавних і місцевих програм розвитку охорони здоров'я. Їх активно обговорювали на зборах медичних працівників в лікарнях, в осередках Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ), відділах та управліннях охорони здоров'я виконкомів обласних і міських рад. Преса публікувала різноманітні варіанти законопроектів – чернігівський, дніпропетровський, запорізький, чернівецький, львівський та ін.

За ініціативою Українського лікарського товариства у Львові Комісія з питань здоров'я людини Верховної Ради України 10-11 квітня 1992 р. провела у Львові науково-теоретичну конференцію, визнавши львівський проект Концепції охорони здоров'я громадян України найбільш вдалим. На його основі й було у травні-жовтні 1992 р. підготовлено проект Основ законодавства України про охорону здоров'я, який Верховна Рада України прийняла 19 листопада 1992 р. Цим Україна засвідчила бажання йти шляхом творення демократичної правової соціальної держави, яка визнає і захищає права своїх громадян і прагне прилучитися до глобальної політики світового співтовариства в галузі охорони здоров'я людей. Саме таким цивілізованим і правовим способом було створено законодавче підґрунтя для формування політики охорони здоров'я.

Формування політики у сфері охорони здоров'я прямо або опосередковано базується на Конституції України, чинному законодавстві,

⁶³⁷ Про підсумки роботи галузі охорони здоров'я України за 2002 рік. Доповідь Державного секретаря Міністерства охорони здоров'я України Поляченка Ю. В. на підсумковій колегії МОЗ (20.03.2002 р.). – К., 2003. – С. 16.

політичних та адміністративних рішеннях, які приймають відповідні органи державної влади і об'єктивуються у виступах та послання Президента України, в Програмах діяльності Кабінету Міністрів, в заявах та виступах Прем'єр-міністра, міністра охорони здоров'я, у тому числі через їх накази та розпорядження.

До недавнього часу форми організації управлінської діяльності носили, як правило, статичний характер.

Для всіх структурних підрозділів застосовується єдиний принцип побудови організації. Коли вводили нову структуру, малося на увазі, що вона залишиться незмінною протягом тривалого часу.

У другій половині 40-х років ХХ ст., із зростанням темпу нововведень з'явився перший динамічний тип структури (матриця проектів).

Деякі фахівці вважають механістичний підхід синонімом веберовської бюрократичної організації. Німецький соціолог і економіст Макс Вебер відомий тим, що сформулював на початку ХХ ст. поняття бюрократії як організації, що має такі характеристики:

- організація діє відповідно до правил і процедур, спеціально встановлених вищим керівництвом для контролю поведінки працівників;
- керівники під час прийняття рішень мають виконувати формальні правила і процедури;
- працівник підпорядковується управлінській посаді, а не особі, яка обіймає цю посаду;
- кожний працівник вузько спеціалізується в роботі, має чітко окреслені зобов'язання, необхідні права і владу;
- організація побудована за чітко ієрархічним принципом, де кожний нижчий рівень перебуває під контролем і управлінням вищого;
- кадри добираються за професійними якостями в рамках системи вільного набору. На посаду призначають, а не обирають.
- просування кадрів відбувається по службових сходинках, визначених керівником та власником. Керівник підпорядковується тим самим правилам дисципліни і контролю, що й усі інші працівники.

Традиційна організаційна структура є комбінацією лінійної і функціональної департаментизації. Ці організаційні структури управління історично виникли в рамках фабрично-заводського виробництва і виявились відповідною "організаційною" реакцією на ускладнення виробництва і необхідність взаємодії за умов, що змінюються з великою кількістю інститутів зовнішнього середовища (масовий споживач, фінансові організації, міжнародна конкуренція, законодавство, керівництво тощо). Основою цієї схеми є лінійні підрозділи, які виконують в організації головну роботу, і обслуговуючі спеціалізовані функціональні підрозділи, що створюються на "ресурсній" основі: кадри, фінанси, план, сировина, матеріали тощо⁶³⁸.

⁶³⁸ Бідняк Н.М. Організація управління: Навч. посібн. – К.: А.С.К., 2003. – С. 38.

Міністерство охорони здоров'я України здійснює керівництво сферою охорони здоров'я населення в таких формах:

- а) реалізації державної політики охорони здоров'я населення, загальнодержавних, національних та місцевих програм охорони здоров'я;
- б) оперативного управління підпорядкованими органами та закладами охорони здоров'я державної форми власності;
- в) державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я;
- г) державного контролю за якістю надання медичної допомоги і охорони здоров'я, ліків, наркотичних речовин та ін.

Виходячи з цього можна визначити характерні ознаки міністерства, суть яких полягає у тому, що :

- 1) міністерство є органом публічної (державної) влади;
- 2) міністерство відноситься до особливого виду державних органів - до органів виконавчої влади;
- 3) міністерство є центральним (а не місцевим) органом;
- 4) міністерство покликане здійснювати державне управління певними об'єктами, які утворюють систему міністерства;
- 5) міністерство здійснює державне керівництво, у тому числі і державне регулювання в межах відповідної сфери чи галузі відносин.

Сукупність урядових та корпоративних методів керування галуззю з метою підтримки її життєдіяльності в сучасних умовах формує і стратегію державної системи охорони здоров'я. На вибір методології впливає ряд чинників політичного, соціально-економічного та національного характеру, таких як територія країни, її розміри та кількість населення, національні та господарські завдання охорони здоров'я, соціальний склад населення, культурний рівень та правова свідомість громадян, існуючі форми організації охорони здоров'я, взаємодія вертикального та горизонтального управління⁶³⁹.

Формулюючи стратегію покращення охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України визначило, що вона здійснюватиметься за такими напрямками:

- поетапне збільшення державних асигнувань в охорону здоров'я, їх раціоналізацію та ефективне використання;
- підвищення якості медичних послуг;
- переорієнтація охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань;
- запобігання інфекційним захворюванням;
- зниження ризиків для здоров'я, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом довкілля;
- забезпечення дальшого реформування системи охорони здоров'я шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- створення єдиного простору медичних послуг;

⁶³⁹ А. Недоступ. Русское врачевание вчера, сегодня и завтра. / Материалы конференции. — М., 1995. —С. 129—137.

- формування керованого розвитку платних медичних послуг;
- введення державного соціального медичного страхування.⁶⁴⁰

Законодавчою основою здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я населення і надання йому медико-санітарної допомоги повинна стати гарантована державою медична програма, яка містить перелік видів і обсягів медичної допомоги, що надається безкоштовно, перелік груп населення, що мають право на її одержання, ресурсні нормативи і джерела фінансування.⁶⁴¹

Регіональні організації Товариства Червоного Хреста України провели чимало санітарно-освітніх та пропагандистських заходів. Зокрема, у школах Автономної Республіки Крим, Закарпатської, Миколаївської, Рівненської, Тернопільської, Херсонської, Черкаської, Київської, Чернівецької, Чернігівської та інших областей були проведені лінійки, тематичні дискотеки, вікторини, лекції, брейн-ринги, бесіди, тематичні ігри та виставки з питань здорового способу життя, профілактики туберкульозу, під час яких волонтери і працівники Товариства Червоного Хреста України ознайомили учнів із станом захворюваності на туберкульоз та СН ІД в Україні, проявами й ознаками захворювання, методами профілактики. Чернігівський обласний комітет Товариства Червоного Хреста України залучив до участі в акції відомих спортсменів, зокрема, олімпійську чемпіонку Валентину Цербе, молодих бізнесменів.

Упродовж останніх років робоча група координаторів реалізації Програми Національного комітету Товариства Червоного Хреста України регулярно проводила прес-конференції та брифінги для журналістів засобів масової інформації в ДІНАУ, Українському домі. Національному Комітеті Товариства Червоного Хреста, семінари для працівників засобів масової інформації, на які запрошувались представники уряду, міністерств і відомств, вчені Інституту фтизіатрії і пульмонології АМН України та лікарі-фтизіатри. Постійно у друкованих та електронних центральних і регіональних засобах масової інформації керівники, співробітники і волонтери Товариства Червоного Хреста України наголошують на вірогідності небезпеки виходу з-під контролю епідемії туберкульозу та актуальності соціальної підтримки хворих на туберкульоз, а також інформаційної та санітарно-освітньої діяльності.⁶⁴²

⁶⁴⁰ Матеріали звіту на „Дні Уряду України” у Верховній Раді України „Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення”. 14 листопада 2000 р. – К., 2001. – С. 18 – 19.

⁶⁴¹ Постанова Кабінету Міністрів України № 955 від 11.07.2002 року. „Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги”// Офіційний вісник України.– 2002. – №28. – Ст. 1324.

⁶⁴² Усічено І.Г. Співпраця товариства червоного хреста України, органів влади та закладів охорони здоров'я у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами // Охорона здоров'я України. – 2002. – №2(5). – С. 59.

Важливою складовою своєї діяльності Національний комітет Товариства Червоного Хреста України вважає зміцнення патронажної служби для надання допомоги закладам Міністерства охорони здоров'я України щодо раннього виявлення хворих на туберкульоз, перш за все бактеріоносіїв, та профілактики захворювання. Усвідомлюючи значення ранньої діагностики та кваліфікованого лікування туберкульозу як найважливішої умови розриву епідемічного ланцюга, зменшення резервуару туберкульозної інфекції та попередження розвитку хіміо-резистентних і хронічних форм туберкульозу, в рамках реалізації Програми Національний комітет Товариства Червоного Хреста України спільно з фтизіатричною службою провів понад 30 навчальних семінарів для патронажних сестер і волонтерів Червоного Хреста (понад 800 осіб з усіх областей України). Це дозволило підвищити фаховий рівень та поінформованість з питань своєчасного виявлення і вдосконалення діагностики туберкульозу у пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою. Розроблені методичні матеріали та посібники, в яких висвітлені алгоритми виявлення туберкульозу в амбулаторних умовах, правила збору і транспортування мокротиння, методи і тактика виявлення туберкульозу серед населення шляхом широкого застосування «активного» виявлення у групах ризику та «пасивного» — за звертанням хворих, питання соціального захисту хворих на туберкульоз як важливої умови ефективності їх лікування та реабілітації тощо.⁶⁴³

Вартий уваги досвід плідної співпраці Київської міської адміністрації та столичної організації Товариства Червоного Хреста України щодо створення 14 медико-соціальних центрів Червоного Хреста. Приміщення для них були виділені завдяки підтримці мера міста та голів райдержадміністрацій.

У Черкаській області за рахунок коштів райдержадміністрацій утримуються посади координаторів Програми, у Вінницькій — виділені додаткові ставки патронажних медичних сестер. У багатьох містах завдяки підтримці місцевих органів влади організації Товариства Червоного Хреста України користуються пільгами плати за оренду приміщень медико-соціальних центрів і 456 кабінетів Червоного Хреста, а також 570 банків одягу. Патронажні сестри у 2001 р. надали медико-соціальної допомоги майже 260 тис. самотніх громадян похилого віку, інвалідам, багатодітним сім'ям, в тому числі хворим на туберкульоз і ВІЛ-інфікованим.

Плідно співпрацюють з керівництвом охорони здоров'я та медичними працівниками обласні організації Закарпатської, Запорізької, Київської, Житомирської, Чернігівської, Миколаївської, Тернопільської областей та м. Києва.⁶⁴⁴

⁶⁴³ Усічено І.Г. Співпраця товариства червоного хреста України, органів влади та закладів охорони здоров'я у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами // Охорона здоров'я України. — 2002. — №2(5). — С. 60.

⁶⁴⁴ Усічено І.Г. Співпраця товариства червоного хреста України, органів влади та закладів охорони здоров'я у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами // Охорона здоров'я України. — 2002. — №2(5). — С. 60.

Глава 3. Повноваження Президента України у сфері охорони здоров'я

Глава держави інтегрований до виконавчої гілки влади.⁶⁴⁵

Ч.2 ст. 19 Конституції України розвиває засаду конституційної законності, закріплену в згадуваній ч.2 ст. 6: «органи державної влади зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень і у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України». Водночас на підставі п.31 ч.1 ст.106 Конституції Президент України „здійснює інші повноваження, визначені Конституцією України”. Будь-яких інших повноважень, що не визначені Конституцією, глава держави здійснювати не вправі.⁶⁴⁶

«Поєднання функцій Президента із сферою виконавчої влади не в останню чергу забезпечується існуванням такого органу як Рада національної безпеки і оборони України і його головуванням у цьому органі», — підкреслює В.Шаповал, — «Конституційний, статус Ради - багато в чому зумовлює визначення прийнятої форми державного правління як президентсько-парламентської республіки».⁶⁴⁷ Зазначу, що визначення законом компетенції та функцій цього органу не може не торкнутися владних повноважень Президента України. Рішення Ради національної безпеки і оборони України вводяться в дію указами Президента.

Передбачивши «закритий» перелік повноважень Президента України, Конституція встановила межі його повноважень щодо нормативного регулювання суспільних відносин. *Вирішення* усіх інших питань, які потребують правової регламентації шляхом прийняття підзаконних нормативних актів, згідно з Конституцією об'єктивно належить до відання Кабінету Міністрів України, що й повинно, бути закріплено статутним (компетенційним) законом. «Залишкові» нормотворчі повноваження аж ніяк не означають збитковості компетенції Кабінету Міністрів. Враховуючи обмеженість предмета виключного законодавчого регулювання, здійснюваного Верховною Радою України та компетенції

⁶⁴⁵ Михеєнко Р. Виконавча влада і конституційні статуси Президента України та Кабінету Міністрів України // Право України. – 2000. – № 8.– С. 25.

⁶⁴⁶ Михеєнко Р. Виконавча влада і конституційні статуси Президента України та Кабінету Міністрів України // Право України. – 2000. – № 8.– С. 25.

⁶⁴⁷ Шаповал В.М. Конституційно-правовий механізм державної влади в незалежній Україні: політико-правові проблеми організації виконавчої влади // Право України: — 1997. — № 1. — С. 32.

Президента України, лише в межах якої]ним можуть видаватися акти, залишається найширший простір для регламентації правовідносин, що можна визначити як конституційну «презумпцію компетенції» Кабінету, Міністрів України.⁶⁴⁸

Президент України де-факто керує Кабінетом Міністрів України. Про це свідчать різноманітні неформалізовані зв'язки між ним і членами Кабінету Міністрів України щодо здійснення виконавчої влади, наявність яких є досить очевидною.⁶⁴⁹

Президента нерідко узагальнено визначають як найвищу посадову особу держави, чим акцентується увага на його формальній першості серед державних інститутів. Проте відповідне визначення може спричинити некоректність у характеристиці компетенційних зв'язків, що існують між вищими органами держави, призвести до констатації „зверхності” президента щодо інших ланок державного механізму, яку по суті вбачають прибічники «президентського арбітражу» та подібних ідей. Тому доречно визначати президента і як один з вищих органів (одноосібний) держави.⁶⁵⁰

Заслуговує на увагу питання про функції Президента України та їх співвідношення з його повноваженнями. Як вважає відомий український юрист, заступник Голови Конституційного Суду України, професор В.М. Шаповал, термін „функції президента” є ненормативним з огляду на зміст Конституції України, що не заперечує можливість їх доктринального визначення. Але характеристика функцій Президента України є реальною лише тоді, коли вона відображає зміст його конституційного статусу. Співвідношення ж

⁶⁴⁸ ⁶⁴⁸ Михеєнко Р. Виконавча влада і конституційні статуси Президента України та Кабінету Міністрів України // Право України. – 2000. – № 8. – С. 26.

⁶⁴⁹ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада. – К.: Юрінком Інтер. – 2004. – С. 77.

⁶⁵⁰ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада. – К.: Юрінком Інтер. – 2004. – С. 62.

між функціями будь-якого державного органу і його повноваженнями виглядає як співвідношення загального і конкретного. Тому функції можуть бути сформульовані насамперед за змістом аналізу відповідних повноважень, а їх виконання об'єктивоване реалізацією останніх.⁶⁵¹

Названі функції Президента України є зазвичай більш загальними і ширшими, аніж відповідні функції Кабінету Міністрів України. Частина з них може бути певною мірою забезпечено шляхом реалізації компетенції Кабінету Міністрів України, що засвідчує їх сполученість за змістом з явищем виконавчої влади. Проте забезпечення таких функцій Президента України у першу чергу відбувається через здійснення його власних повноважень. Частина з вказаних функцій притаманна Президенту України як главі держави і не має прямого відношення до виконавчої влади.

Повноваження Президента України доречно класифікувати на, по-перше, пов'язані з його статусом як глави держави і, по-друге, поєднані з роллю носія виконавчої влади. Таким чином, як зазначає В.М. Шаповал, Президент за Конституцією України є фактичним главою виконавчої влади, хоча його конституційно-правовий статус дозволяє стверджувати про те, що внаслідок наявності й інших повноважень (крім повноважень виконавчої влади), посада Президента вивисується над усіма трьома гілками державної влади. Саме тому, вказаний автор аналізуючи функції Президента України, не називає його виконавчої влади, а лише її носієм.

Така класифікація відповідає сутності інституту глави держави. Деякі з повноважень можуть розглядатися як віднесені до обох груп наведеної класифікації. Зокрема, такими є повноваження щодо формування Кабінету Міністрів України. Істотними є повноваження Президента України, що їх розглядають зазвичай у контексті стримувані, і противаг між виконавчою і законодавчою владою.⁶⁵²

Багатогранна діяльність Президента здійснюється через правові акти. Основними з них є укази і розпорядження. Згідно із ст. 106 Конституції "Президент України на основі та на виконання Конституції і законів України видає укази і розпорядження, які є обов'язковими до виконання на території України".

Укази - це нормативні акти, що належать до невизначеного кола фізичних і юридичних осіб, органів держави, посадових осіб, установ, організацій, підприємств.

Розпорядження - це, як правило, акти індивідуального характеру. Акти Президента України, видані в межах повноважень, передбачених пунктами 3-

⁶⁵¹ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада. – К.: Юрінком Інтер. – 2004. – С. 63.

⁶⁵² Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада. – К.: Юрінком Інтер. – 2004. – С. 66 – 67.

5, 8, 10, 14, 15, 17, 18, 21-24 ст. 106 Конституції України, скріплюються підписами Прем'єр-міністра України і міністра, відповідального за акт та його виконання. Це так звана контрасигнатура, яка надає цьому документу юридичної сили. Тобто, Прем'єр-міністр або міністр беруть на себе юридичну та політичну відповідальність за даний акт. У практичному плані контрасигнатура не викликає жодних проблем, але при науковому розгляді вона неясна, а сфера її застосування - спірна. Смісл її бачиться у двох аспектах. Це політична залежність Президента від уряду і політична відповідальність уряду перед парламентом.

Політична залежність полягає в тому, що Президент не може проводити самостійну політику без волі Прем'єр-міністра і міністра, яким відповідає за акт і його виконання, не повинен порушувати гідності, державного керівництва. Отже контрасигнатура ставить Президента в залежність від уряду. Таким чином, Президент лише частково залучений до системи управління.⁶⁵³

Взаємовідносини глави держави з виконавчою владою найбільш тісні. Навіть у тих державах, де він не входить до жодної з трьох влад (Франція та ін.) або про його статус у Конституції взагалі не сказано (ФРН), юридична наука і практика визначають президента главою виконавчої влади, тому що ніхто з посадових осіб не може мати функції та владні повноваження без влади. Водночас за такої ситуації, не заперечуючи принципи поділу влади, утворюється особливий статус глави держави, що впливає із повноважень, які характерні лише для президента, його обов'язку виступати гарантом Конституції та здійснювати вище представництво. Глава держави не тільки ділить свою владу з іншими особами, але і з огляду на принцип поділу влади діє незалежно від гілок влади.⁶⁵⁴

Аналіз норм Конституції України, інших актів законодавства і повноважень вищих органів державної влади – Верховної Ради України, Президента України та Кабінету Міністрів України – свідчить про те, що саме вони є суб'єктами формування державної політики в цілому, і, зокрема, у сфері охорони здоров'я. Відповідно до п. 5 ст. 85 Конституції України, основи державної внутрішньої і зовнішньої політики визначає Верховна Рада України. Вона формує її шляхом прийняття відповідних законодавчих актів. Стаття 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування,

⁶⁵³ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 13 – 14.

⁶⁵⁴ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 19.

створення системи відповідних кредитно – фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Особисту відповідальність за реалізацію державної політики, у тому числі і у сфері охорони здоров'я, несе Президент України. Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України передбачає звіт про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

У системі влади Президент України посідає особливе місце, якому присвячено розділ V Конституції України 1996 року. Багатопланова та складна природа інституту Президента, визначення його як глави держави обумовлюють його специфічний конституційно-правовий статус.⁶⁵⁵

Відповідно до ст. 102 Конституції України, Президент України є главою держави. Він структурно не входить до жодної гілки влади, навпаки, підвищується над ними, володіючи значними компетенційними повноваженнями (насамперед, кадровими) у сфері виконавчої влади. Це є особливістю української політичної системи, яка сформована на основі Конституції 1996 р.⁶⁵⁶

Глава держави має інтегрувати державну владу в умовах її "поділу", надавати їй стабільність. З'явившись в деяких країнах (таких, як США) у вигляді виконавчої адміністрації, президент все ж в силу логіки політико-державного життя підвівся над "трьома владами" і став "над" ними. Відповідно, адміністративно-виконавча функція в діяльності президента відійшла начебто на другий план перед функціями глави держави, перемістилася безпосередньо до виконавчої адміністрації. Звідси формується тенденція, характерна для багатьох демократичних країн, надання більш високого значення у державній структурі посту прем'єр-міністра, який стає главою виконавчої адміністрації, тоді як у президента зосереджуються функції глави держави.⁶⁵⁷

Отже, формально, він не є главою виконавчої влади, як це було до 28 червня 1996 р. Конституція 1996 р. взагалі не містить терміну "глава виконавчої влади". Після встановлення в Україні на основі Закону від 5 липня 1991 р. "Про Президента Української РСР"⁶⁵⁸ інституту президентства і проведення 1 грудня 1991 р. його всенародних виборів, до чинної на той час Конституції Української РСР (прийнята 20 квітня 1978 р.) були внесені

⁶⁵⁵ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 13.

⁶⁵⁶ Цей термін – латинського походження (від praesidens, praesidentis – той, який по-переду, на чолі) здобув майже повсюдне поширення у всьому сучасному світі і, практично, на всіх мовах означає одне і теж –першу особу якоїсь публічної інституції (держави., компанії, концерну, асоціації та ін.)

⁶⁵⁷ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 10.

⁶⁵⁸ Крищенко Л. Президент України: конституційно-правовий статус // Віче. –1994. – №12. – С. 3 –16.

відповідні зміни і доповнення, згідно з якими Президент України був главою держави і, водночас, главою державної виконавчої влади.⁶⁵⁹ Конституція 1996 р. дещо змінила його офіційний статус, залишивши за ним пост лише глави держави. Однак це не значить, що статус Президента України набув рис "англійської королеви", яка править, але не керує. Окрім повноважень, які безпосередньо впливають з поста глави держави, (представлення держави в міжнародних відносинах, очолювання Ради національної безпеки і оборони та Верховного головнокомандування Збройними Силами, здійснення нагородження, помилування та ін.). Президент України наділений широкими повноваженнями у сфері формування і спрямування діяльності органів виконавчої влади. Їх широке коло і природа зумовлені похідністю президентської влади безпосередньо від народу. **Особливістю правового статусу Президента саме як глави держави є те, що він передусім особисто виконує покладені на нього Конституцією завдання і поряд з цим ініціює діяльність органів державної влади, забезпечуючи тим самим їх узгоджене функціонування та взаємодію.**

Забезпечуючи та направляючи діяльність всіх органів державної влади та виконуючи функцію щодо їх координації, Президент діє лише в межах, встановлених Конституцією.⁶⁶⁰ Він конституційно має широкі за обсягом повноваження, які можна класифікувати на кілька груп:

- 1) у сфері представництва;
- 2) у сфері державного управління;
- 3) у сфері законодавчої діяльності;
- 4) у сфері судової влади;
- 5) у галузі громадянства;
- 6) надзвичайні повноваження.

У цьому й полягає особливість його офіційного (правового) статусу згідно з новою Конституцією України. Правовий статус Президента України визначається Конституцією і Законом України "Про Президента України" від 5 липня 1991 р.

Головне завдання Президента – уособлювати державу всередині країни та за її межами. Але це не означає, що він стає лише символом держави та має тільки представницькі функції. Представницька функція Президента як усередині країни, так і за кордоном тягне за собою владні повноваження, такі, наприклад, як підписання міжнародних угод, призначення певних посадових осіб органів виконавчої влади тощо.

Президент України обирається безпосередньо народом, що свідчить про велике значення цієї посади. За Конституцією України Президент України одержує свої повноваження в результаті проведення

⁶⁵⁹ Відомості Верховної Ради Української РСР. – 1991. – №33. – Ст. 448.

⁶⁶⁰ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 15.

виборів на основі загального, рівного й прямого виборчого права при таємному голосуванні строком на п'ять років.⁶⁶¹

Багатогранна діяльність Президента здійснюється через правові акти. Відповідно до ст.106 Конституції, Президент України на основі та на виконання Конституції та законів України видає укази та розпорядження, які є обов'язковими до виконання на території України, а також наділений надзвичайно важливими кадровими, координаційними та контрольними повноваженнями. Так, зокрема, указами Президента України від 8 серпня 2000 року № 963/2000 прийняті додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню, затверджено національну програму „Репродуктивне здоров'я” (від 26 березня 2001 року № 203/2001) та ін.

При Президентові існує його робочий апарат у складі помічників, референтів, радників з окремих питань, консультантів, технічного та обслуговуючого персоналу, охорони, які у своїй сукупності утворюють Секретаріат Президента України.⁶⁶² Керує цим апаратом керівник Секретаріату Президента України. Головне його завдання - забезпечити належні умови праці для Президента, а відповідальних працівників і керівників структурних підрозділів (рад, комітетів, відділів, управлінь та служб) - підготувати засідання рад і комісій, проводити наради за участю Президента, готувати відповідні проекти указів та розпоряджень Президента з тих чи інших питань.

У її складі - відповідні відділи (нагород, помилювань), управління (юридичне, охорони, господарське), комісії (з питань ядерної політики та екологічної безпеки), комітети (законодавчих ініціатив), агентства (з питань інформатизації, електроенергетики, аграрної та земельної реформи) та інші структурні підрозділи, які утворені відповідними указами або розпорядженнями Президента України.⁶⁶³

Діяльність Секретаріату Президента України регулюється відповідним положенням, яке Президент затвердив⁶⁶⁴ Конституція України не містить жодної згадки про Секретаріат Президента України, що означає, що цей орган не є самостійним органом державної влади, а лише службовим апаратом при Президентові. Статею 106 Конституції України закріплене положення, згідно з яким Президент України не може передавати свої повноваження іншим особам або органам.

Президент України на основі та на виконання Конституції і законів України видає укази й розпорядження, які є обов'язковими до виконання на всій території України.

⁶⁶¹ Нижник Н.Р. Проблеми президентської влади в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 1999. – №8: Президент в Україні: Законодавче забезпечення діяльності. – С. 11.

⁶⁶² Мельниченко В.І. Президент у структурі державної влади // Трибуна. – 1995. – №1 –2.

⁶⁶³ Гладун З. С. Система виконавчої влади в Україні (організаційно-правові проблеми вдосконалення). – К.: Інститут держави і права імені В.М. Корецького НАН України, 1996. – С. 4 – 5.

⁶⁶⁴

Певні акти Президента України, видані в межах його повноважень, скріплюються підписами Прем'єр-міністра України і міністра, відповідального за цей акт та його виконання.

Здійснюючи загальне керівництво державою, Президент України здійснює і загальне керівництво у сфері охорони здоров'я через наступні повноваження:

1. Несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, основу якої формує Верховна Рада України. Ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачила звіт Президента України про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я у складі щорічної доповіді Верховній Раді України. П. 2 ст.106 Конституції України уточнив його повноваження в цій частині, встановивши, що він "звертається з посланнями до народу та із щорічними і позачерговими посланнями до Верховної Ради України про внутрішнє і зовнішнє становище України".

Виконуючи це повноваження, вперше після прийняття Конституції 1996 р., Президент України 21 березня 1997 р. звернувся з посланням до Верховної Ради України, в якому приділив увагу питанням охорони здоров'я.⁶⁶⁵

2. Відповідно до ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією.

Так, зокрема, формуючи новий склад Кабінету Міністрів України після призначення 16 липня 1997 р. В. В. Пустовойтенка Прем'єр-міністром України, Л. Д. Кучма Указом від 25 липня 1997 р. призначив Міністром охорони здоров'я України академіка АМН України А. М. Сердюка, який і раніше працював на цій посаді. У зв'язку з його переходом на іншу роботу Президент України Указом від 27 січня 1999 р. №83/99 призначив на цю посаду Р. В. Богатирьову, яка працювала до цього першим заступником міністра охорони здоров'я. Указом Президента України В.А. Ющенко Міністром охорони здоров'я України призначений М.Є. Поліщук.

3. Від імені України укладає міжнародні договори, зокрема й ті, які стосуються питань міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я. Це повноваження передбачене п. 3 ст. 106 Конституції України. Для того, щоб такий договір набрав законної сили, він повинен бути ратифікований Верховною Радою України відповідно до п. 32 ст. 85 Конституції України.

4. Здійснюючи свої законодавчі повноваження, Президент України своїми указами врегулював певні питання організації охорони здоров'я громадян. Так, наприклад, Указом від 18 січня 1996 р. № 63/96 затверджено Національну програму "Діти України", яка містить ряд важливих положень

⁶⁶⁵ Якою буде Україна в XXI сторіччі, залежить від того, що ми зробимо для неї зараз. Виступ Президента України Л.Д. Кучми при поданні Річного послання Президента України до Верховної Ради України // „Урядовий кур'єр”. – 1997. – 22 березня.

щодо поліпшення охорони материнства й дитинства і, зокрема, положення про надання їм медико-санітарної допомоги, а Указом від 10 грудня 1997 р. № 1347/97 затверджено Програму "Здоров'я літніх людей".

Окремими указами Президента України утворено провідні національні медичні заклади. Так, Указом від 7 квітня 1997 р. № 295/97 утворено Національний центр серця, а Указом від 3 листопада 1995 р. № 1018/95 - Міжнародний дитячий медичний центр "Євпаторія".

Ще одним напрямком діяльності Президента України у цій сфері є організація державного управління шляхом затвердження програм охорони здоров'я населення. Так, зокрема, Президент України затвердив Цільову комплексну програму „Фізичне виховання — здоров'я нації”,⁶⁶⁶ Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні,⁶⁶⁷ Цільову комплексну програму генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 роки,⁶⁶⁸ Комплексну програму „Цукровий діабет”,⁶⁶⁹ Національну програму „Репродуктивне здоров'я 2001-2005”.⁶⁷⁰

5. Здійснює загальне керівництво Радою національної безпеки й оборони при Президентові України, яка, відповідно до статті 107 Конституції України, є координаційним органом. Згідно з Законом України „Про основи національної безпеки України”,⁶⁷¹ до основних напрямків державної політики національної безпеки України у соціальній сфері належить "створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я", а як реально існуюча сьгодні загроза національній безпеці розглядається "...падіння рівня здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони".

Враховуючи велику значимість охорони здоров'я для забезпечення національної безпеки, Президент України включив Міністра охорони здоров'я до складу постійних членів Ради національної безпеки й оборони України.

6. Утворює, реорганізовує та ліквідує за поданням Прем'єр-міністра України міністерства та інші центральні органи виконавчої влади, діючи в межах коштів, передбачених на утримання органів виконавчої влади. Це передбачено п. 15 ст. 106 Конституції України.

Вперше це повноваження щодо охорони здоров'я Президент України застосував 25 лютого 1992 р., коли Указом "Про зміни в системі центральних

⁶⁶⁶ Затверджена Указом Президента України від 1 вересня 1998 р. № 963/98. // Урядовий кур'єр – 1998. – 8 вересня. – №172.

⁶⁶⁷ Затверджено Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 // Офіційний вісник України – 1999. – №6. – Ст. 185.

⁶⁶⁸ Затверджена Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 118/99. // Офіційний вісник України – 1999 – №6. – Ст. 186.

⁶⁶⁹ Затверджено Указом Президента України від 21 травня 1999 року № 545/99. // Офіційний вісник України – 1999 – №21. – Ст. 941.

⁶⁷⁰ Затверджено Указом Президента України від 26 березня 2001 року № 203/2001. // Офіційний вісник України – 2001 – №13. – Ст. 531.

⁶⁷¹ Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 39. – Ст. 351..

органів державної виконавчої влади України" підтвердив правомірність існування Міністерства охорони здоров'я України і віднесення його до центральних органів державної виконавчої влади України.

Пізніше, у зв'язку з чисельними реорганізаціями виконавчої влади, підписанням Конституційного договору між Верховною Радою України і Президентом України 8 червня 1995 р., прийняттям 28 червня 1996 р. нової Конституції України, йому неодноразово доводилось своїми указами уточнювати склад, структуру і повноваження Кабінету Міністрів України. Так, Указом від 14 грудня 1996 р. № 1228/96 "Про склад Кабінету Міністрів України" було, в черговий раз, встановлено, що до складу уряду входить Міністр охорони здоров'я України.⁶⁷²

Використовуючи це своє повноваження, Президент України Указом від 26 липня 1996 р. № 596/96 "Про зміни в системі центральних органів виконавчої влади України" перетворив створений 27 травня 1992 р. Національний комітет з боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України у Комітет з боротьби із захворюванням на СНІД, підпорядкувавши його Міністерству охорони здоров'я України - так закінчився тривалий етап існування двох центральних органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.⁶⁷³

7. Призначає за поданням Прем'єр-міністра Міністра охорони здоров'я України, який входить до складу Кабінету Міністрів, і здійснює державне керівництво системою охорони здоров'я. Це повноваження передбачене п. 10 ст. 106 Конституції України.

Аналіз цих повноважень і практики їх застосування свідчить про активну позицію Президента України та його центральну роль у справі організації і спрямування діяльності органів виконавчої влади із здійснення державної політики охорони здоров'я народу. Так, наприклад, коли у травні-червні 1997 р. в системі охорони здоров'я склалася особливо складна ситуація, спричинена невивплатами заробітної плати і страйками медичних працівників, Президент України провів зустріч з активом працівників охорони здоров'я України, на якій окреслив коло питань, що підлягають першочерговому вирішенню, дав необхідні доручення присутньому на цій зустрічі Прем'єр-Міністру України на продовження реформування галузі.⁶⁷⁴

Сказане не означає, що в діяльності Президента України щодо здійснення державного керівництва в питаннях охорони здоров'я все відбувається гладко і згідно з визначеними наперед планами, тим більше, що в складних умовах соціально-економічної кризи це просто неможливо. Непростий перебіг політичних подій, складність реформування суспільного і державного життя, невизначеність, у значній мірі, з орієнтирами та пріоритетами, вимагають його постійної уваги, його безпосередньої участі у вирішенні тих чи інших проблем, і силою обставин змушують його не випускати ситуацію з-під контролю, а тримати руку "на пульсі" подій,

⁶⁷² Урядовий кур'єр. – 1996. – 18 грудня.

⁶⁷³ Урядовий кур'єр. – 1996. – 15 серпня.

⁶⁷⁴ Урядовий кур'єр. – 1997. – 26 липня.

здійснюючи керівництво ними. Саме ці непрості, а інколи й драматичні умови сьогодення вимагають успішного вирішення життєво важливих проблем і ефективного керівництва саме з боку Президента в кризових чи екстремальних ситуаціях.

Відповідно до існуючої зарубіжної практики, у таких випадках керівники держав звертаються до народу (чи до парламенту) з оцінкою тих чи інших подій і з пропозиціями щодо їх врегулювання. Кілька разів темою звернень Президентів США був критичний стан із здоров'ям американської нації і стан її охорони. Ще в 1969 р. тодішній президент США Роберт Ніксон у посланні до конгресу писав, що охорона здоров'я в США "доведена до критичного стану", а сама система медичної допомоги становить "якийсь бюрократичний жах".⁶⁷⁵ Дещо пізніше, а саме в 1972 р., інший відомий політичний діяч Америки - сенатор Едвард Кеннеді - заявив на профспілковій конференції, що "в жодній іншій країні робітники не платять за охорону здоров'я так багато і не одержують так мало, як у США, і що американська система охорони здоров'я страждає від "непотрібних видатків", "неефективності", "некомпетентності" та "прямого шахрайства".⁶⁷⁶ І такі гострі та критичні оцінки стану охорони здоров'я людей непоодинокі у різних зарубіжних країнах.

Починаючи з 1991 р., щороку в Російській Федерації готують, а потім офіційно публікують (за підписом Президента Російської Федерації) державну доповідь "Про стан здоров'я населення Російської Федерації в поточному році",⁶⁷⁷ в якій в узагальненому аналітичному вигляді подано основні показники здоров'я нації: народжуваність, захворюваність та її види (нозологія), смертність та її причини, дані, що характеризують діяльність національної служби охорони здоров'я, і, нарешті, заходи, які здійснював уряд з керівництва цими процесами. Слід зазначити, що і в Україні, хоч і не в повному обсязі, вже є подібний досвід - у щорічній доповіді Президента України Верховній Раді України, з якою Л. Д. Кучма виступив 21 березня 1997 р., певна, досить незначна її частина, присвячена проблемам здоров'я нації.⁶⁷⁸ Видається, що Президенту України слід повернутися до неухильного виконання вимог законодавства України про охорону здоров'я, зокрема, до підготовки щорічного звіту (довіді) про стан здоров'я нації і реалізації державної політики охорони здоров'я, бо навіть щорічні звіти Міністерства охорони здоров'я, які мають, в основному, статистичний характер, не можуть його замінити.

17 лютого 1998 року Президент України виступив на засіданні колегії Міністерства охорони здоров'я України. Він зобов'язав Міністерство невідкладно розробити відповідну програму дій у своїй галузі, внести пропозиції щодо проведення національної кампанії підтримки здорового

⁶⁷⁵ Цит. по: Венедиктов Д.Д. Международные проблемы здравоохранения. – М.: Медицина, 1997. – С. 104.

⁶⁷⁶ Там само.

⁶⁷⁷ Див. напр.: Аннотация государственного доклада « О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1991 году» // Врач. – 1992. – №9. – С. 5.

⁶⁷⁸ Урядовий кур'єр. – 1997. – 22 березня.

способу життя. Питання охорони здоров'я народу, – зазначив президент України, – це питання не лише міністерства, а, по суті, усіх органів влади на всіх її рівнях. Президент наголосив на необхідності формування єдиної політики розвитку медичного забезпечення населення, створення єдиного медичного простору і такого ж єдиного ринку медичних послуг.⁶⁷⁹

У щорічному посланні Президента Верховній Раді України (2000 рік) „Україна: поступ у ХХІ століття” він закликав уряд забезпечити подальше реформування системи охорони здоров'я шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги, створення єдиного простору медичних послуг, формування керованого розвитку платних медичних послуг та введення державного соціального медичного страхування. Він зобов'язав уряд забезпечити поетапне збільшення державних асигнувань у цю сферу, їх раціоналізацію та ефективне використання, підвищення якості медичних послуг, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань.⁶⁸⁰

Глава 4. Система органів виконавчої влади загальної компетенції та їх повноваження у сфері охорони здоров'я

4.1. Компетенція Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я

Характер його компетенційних зв'язків з Кабінетом Міністрів України, «поширений» практикою поза їх конституційного визначення, унаочнює таку роль Президента України.⁶⁸¹ Разом з тим, із огляду на відповідну роль Президента України, Кабінет Міністрів України некоректно іменувати найвищим (вищим) органом виконавчої влади. Припустиме його визначення як центрального колегіального органу виконавчої влади.⁶⁸²

⁶⁷⁹ Урядовий кур'єр.– 1998.– 21 лютого.

⁶⁸⁰ Урядовий кур'єр.– 2000.– 23 лютого.

⁶⁸¹ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада.– К.: Юрінком Інтер.– 2004. – С. 70.

⁶⁸² Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада.– К.: Юрінком Інтер.– 2004. – С. 73.

Як було зазначено, особливістю організації та функціонування державного механізму за умов змішаної республіканської форми правління є „дуалізм” виконавчої влади. Такий „дуалізм” встановлено і за Конституцією України, що визнає більшість вітчизняних авторів. На думку В. Б. Авер'янова, „в основу управлінської вертикалі покладено модель своєрідного „складного центру”... Специфічність цієї моделі в тому, що відношення цих суб'єктів до гілки виконавчої влади неоднакові. Якщо уряд входить до неї саме як окрема структурна ланка системи органів (виконавчої влади В. Ш) то Президент ... лише функціонально – через певний обсяг своїх повноважень у сфері виконавчої влади”. Сприйняття теоретичної конструкції «дуалізму» виконавчої влади по суті засвідчує поєднання Президента України зі сферою виконавчої влади. З іншого боку, за її змістом частина авторів доходить висновку, що Президент України має розглядатися поза «розподіленими владами».⁶⁸³

У Конституції України встановлено й основні функції Кабінету Міністрів України (стаття 116). Перелік функцій уряду не є вичерпним, і вони можуть бути визначені законами і актами Президента України. З іншого боку, за змістом частини другої статті 120 Конституції України, повноваження, зокрема, Кабінету Міністрів України визначаються Конституцією і законами України. Співвідношення між відповідними конституційними положеннями виглядає суперечливим. Можна також передбачити, що Закон „Про Кабінет Міністрів України” не тільки уточнить, а й розширить компетенцію цього органу. Подібне щодо Президента України, як було зазначено, не припускається.⁶⁸⁴

Дахова І.І. Поняття компетенції Кабінету Міністрів України // Право і безпека. – 2003. - № 2'1. – С. 16-19.

Компетенція заснована на ідеї, що влада не є власністю того, хто нею володіє, і володар такої влади може приймати рішення тільки в межах своєї компетенції. Згідно з означеною ст.6 Основного Закону гілки влади є самостійними і виконують тільки їм притаманні завдання і функції

Для вирішення питання компетенції державного органу, перш за все треба визначити її поняття та структуру. Сьогодні в літературі існують багато точок зору щодо визначення даного питання. Вчені наголошують на тому, що в залежності від кількості елементів, що входять до структури компетенції, є декілька підходів до її тлумачення: "класичний" (компетенція розглядається як

⁶⁸³ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада. – К.: Юрінком Інтер. – 2004. – С. 69.

⁶⁸⁴ Шаповал В. М. Конституція і виконавча влада. – К.: Юрінком Інтер. – 2004. – С. 65 – 66.

сукупність повноважень і предметів відання), "розширювальний" (до змісту компетенції включаються завдання, функції, форми, методи діяльності тощо) і "обмежувальний" (зміст компетенції зводиться до предмету відання), але єдиного висновку відносно поняття та структури компетенції не існує.

У Концепції адміністративної реформи в Україні⁶⁸⁵ вказується, що поняття "компетенція" застосовується для визначення певного обсягу повноважень, закріпленого за кожним органом, а повноваження Концепція визначає як права і обов'язки, в тому числі обов'язки нести відповідальність за наслідки виконання повноважень.

В.В. Кравченко вказує, що компетенція - це сукупність визначених Конституцією та законами України предметів відання та повноважень, де повноваження - це конкретні права та обов'язки.

Таким чином, можна зробити висновок, що компетенція органу держави складається з двох складових: 1) повноважень як сукупності прав і обов'язків, де права являють собою міру можливої поведінки органу, а обов'язки - міру його належної поведінки; 2) предмету відання або підвідомчості. Предмет відання - це сфера суспільних відносин, в якій здійснюються закріплені за певним органом повноваження.

Спираючись на вищевказане, можна зазначити, що компетенцію Кабінету Міністрів України складає сукупність визначених Конституцією і законами України повноважень, якими уряд наділяється для здійснення діяльності в сфері виконавчої влади.

Кабінет Міністрів України (Уряд України) – вищий орган виконавчої влади, який очолює всю її систему. Таким чином, Кабінет Міністрів є центром виконавчої влади, своєрідним штабом організації виконавчо-розпорядчої діяльності всіх органів виконавчої влади, хоча чинне законодавство і не вживає такого терміну. Не вживає нова Конституція України і поняття "глава виконавчої влади", яке до моменту її прийняття (28 червня 1996 р.) містилося в попередній Конституції (цей пост, одночасно з постом глави держави, займав Президент України). Отже, можна абсолютно точно стверджувати, що український законодавець - Верховна Рада України - відмовився через певні причини від застосування цього терміну, а по-друге, що повноваження, які повинен виконувати глава виконавчої влади, розділені між Президентом України і Прем'єр-міністром України, який очолює Уряд. Це - особливість української моделі "двоїстого" центру виконавчої влади.⁶⁸⁶

⁶⁸⁵ Концепція адміністративної реформи в Україні // Український правовий часопис. – К., 1999. – Вип. 4. Адміністративна реформа в Україні: Документи і матеріали. – 108 с.

⁶⁸⁶ Шаповал В. Виконавча влада: правовий статус і реалії // Урядовий кур'єр. – 1996. – 6 грудня.

Правовий статус Кабінету Міністрів України визначений Конституцією та рядом інших законодавчих актів, які містять закріплення окремих його повноважень. Згідно зі ст.114 Конституції, до складу Кабінету Міністрів України входять Прем'єр-міністр України, перший віце-прем'єр-міністр, три віце-прем'єр-міністри, міністри.

Прем'єр-міністра України призначає Президент України за згодою більше, ніж половини від конституційного складу Верховної Ради України.

Персональний склад Кабінету Міністрів України призначає Президент України за поданням Прем'єр-міністра України. Указом Президента України від 14 грудня 1996 р. № 1228/96 "Про склад Кабінету Міністрів України"⁶⁸⁷ визначено, що до складу Кабінету Міністрів України входять Прем'єр-міністр, перший віце-прем'єр-міністр, три віце-прем'єр-міністри (за напрямками діяльності) і 16 міністрів, тобто разом 21 особа. Раніше склад Кабінету Міністрів України був визначений Указом Президента України від 25 січня 1992 р. № 98 "Про зміни в системі центральних органів державної виконавчої влади", за яким його чисельність становила 33 особи, у тому числі 26 міністрів.

З часу державної незалежності України в діяльності Уряду з'явилась ще одна новація, якою Україна зробила черговий крок до осягнення зарубіжного досвіду і сучасної системи державного управління - він почав діяти на основі ним же зробленої і схваленої Верховною Радою України програми. Першим, хто започаткував таку систему діяльності, був призначений 13 жовтня 1992 р. Прем'єр-міністр Л. Д. Кучма, який 18 листопада 1992 р. виступив у Верховній Раді України з проектом економічних реформ, який одержав її схвалення.⁶⁸⁸ З програмами дій Уряду свого часу виступали і Є. К. Марчук і П. І. Лазаренко. Ст.114 нової Конституції України встановлює, що Прем'єр-міністр України керує роботою Кабінету Міністрів України, спрямовує її на виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої Верховною Радою України.

Прем'єр-міністр України входить із поданням до Президента України про утворення, реорганізацію та ліквідацію міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, в межах коштів, передбачених Державним бюджетом України на утримання цих органів.

Основною формою роботи Кабінету Міністрів України є періодичні засідання, на яких обговорюють питання і приймають рішення відповідно до наданих йому повноважень.

Постановою від 8 липня 1993 р. № 523 було затверджено Тимчасовий регламент засідань Кабінету Міністрів України і Положення про підготовку проектів постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України.⁶⁸⁹

⁶⁸⁷ Урядовий кур'єр. – 1996. – 24 грудня.

⁶⁸⁸ Антикризисні заходи Уряду. З доповіді Прем'єр-міністра України Л. Кучми // Урядовий кур'єр. – 1992. – 20 листопада.

⁶⁸⁹ Зібрання постанов Уряду України. – 1993. – №12. – Ст.. 254.

В 2000 році у складі Кабінету Міністрів України утворені 5 урядових комітетів,⁶⁹⁰ як нова організаційна форма його роботи. Вони утворені для координації роботи членів Кабінету Міністрів, узгодження та підготовки питань для розгляду на засіданні Уряду, а також для усунення політичних та інших розбіжностей між членами Кабінету Міністрів. До складу урядових комітетів входять члени Кабінету Міністрів, а очолюють їх Прем'єр-міністр, Перший віце-прем'єр-міністр, Віце-прем'єр-міністр. За рішенням Прем'єр-міністра до складу урядового комітету з правом дорадчого голосу можуть входити також керівники інших центральних органів виконавчої влади, заступники міністрів.

Кабінет Міністрів України на основі та на виконання Конституції і законів України, актів Президента України видає в межах своєї компетенції власні акти – постанови і розпорядження, обов'язкові для виконання. Акти нормативного характеру приймаються у формі постанов Кабінету Міністрів, розпорядження (які можуть приймати Прем'єр-міністр, Перший віце-прем'єр-міністр, віце-прем'єр-міністри) – з організаційно-розпорядчих та інших поточних питань, як правило, індивідуального характеру. Акти Кабінету Міністрів України підписують Прем'єр-міністр України і міністр Кабінету Міністрів України.

Надзвичайно важливим положенням нової Конституції є те, що нормативно-правові акти Кабінету Міністрів України, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади підлягають реєстрації в порядку, встановленому законом. Офіційну (державну) реєстрацію вказаних правових актів проводить Український державний центр правової інформації при Міністерстві юстиції України. Реалізація цього положення на практиці, в значній мірі, сприяє ефективному застосуванню і виконанню чинного законодавства.

Постанови Уряду, підписані Прем'єр-міністром і Міністром Кабінету Міністрів, надсилаються Міністерству юстиції України для включення їх до Єдиного державного реєстру нормативних актів і офіційно оприлюднюються в „Офіційному віснику України”.

Кабінет Міністрів України організовує виконання та контролює виконання своїх актів безпосередньо або через центральні органи виконавчої влади, місцеві державні адміністрації та інші підвідомчі йому органи.

Усі проекти нормативних актів, внесені на розгляд Кабінету Міністрів, направляються до одного з урядових комітетів згідно з розподілом компетенції між ними для попереднього обговорення, погодження та надання висновку. За необхідності доопрацювання проект разом з рішенням урядового комітету направляється головою відповідного комітету його ініціатору в 10-денний строк.

690

Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" (справа про платні медичні послуги № 1-29 / 98 від 25 листопада 1998 р.).

Акти Кабінету Міністрів можуть бути скасовані Президентом України. Вони в повному обсязі або їх окремі положення можуть бути визнані Конституційним Судом України неконституційними. Такі акти або їх окремі положення втрачають чинність з дня прийняття Конституційним Судом України рішення про їх неконституційність. Так, Конституційний Суд України ухвалив 25 листопада 1998 р. рішення у справі № 1-29/98 за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти". Цим рішенням було визнано неконституційним, а отож і незаконним, і відповідно, було скасовані більшість положень щодо надання платних послуг закладами охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 1997 р. № 449, постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 989. Останні зміни значно зменшили перелік платних послуг, які можуть надавати в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах.

Акти Кабінету Міністрів або їх окремі положення можуть також бути оскаржені в суді загальної юрисдикції у встановленому законом порядку, якщо вони порушують права і свободи людини і громадянина та не відповідають законам України.⁶⁹¹

Наприклад, Кабінет Міністрів України постановою "Про обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення" від 5 серпня 1994 р. № 532 затвердив Перелік категорій населення, які проходять обов'язкові медичні огляди.⁶⁹² Відповідними постановами Уряду затверджені порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності, перелік платних послуг, які надають у державних закладах Міністерства охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти, порядок надання медичної допомоги іноземним громадянам та багато інших питань державного управління.

⁶⁹¹ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 221.

⁶⁹² Збірник постанов Уряду України. – 1994. – № 11. – Ст. 277.

Кабінет Міністрів організовує розробку та здійснення комплексних і цілевих загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України на основі вимог чинного законодавства у тому числі і документів програмного характеру, формує урядову політику (програму діяльності уряду) у тому числі й у сфері охорони здоров'я, розробку якої здійснює Міністерство охорони здоров'я як головний (провідний) центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Концептуальним документом, який визначає мету, завдання, напрямки діяльності і засоби їх реалізації є програма діяльності Кабінету Міністрів України. Починаючи з 1997 кожний сформований український уряд оприлюднював програму своєї діяльності, виносячи її на розгляд і затвердження Верховної Ради України. Так, наприклад, Кабінет Міністрів України в березні 2000 року підготував програму своєї діяльності, під загальною назвою „Реформи заради добробуту”, в якій серед своїх завдань визначив впровадження здорового способу життя та поліпшення здоров'я населення, поліпшення надання медичних послуг, перехід до надання медичної допомоги за принципом „сімейного лікаря” та створення єдиного медичного простору незалежно від підпорядкування та форм власності лікувально-профілактичних закладів, поетапне запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, забезпечення системи економічних і правових механізмів, гарантування медичної допомоги в належному обсязі та необхідного рівня і якості незалежно від місця проживання громадян.⁶⁹³

Ще одна програма діяльності Кабінету Міністрів України „Відкритість, дієвість, результативність”, прийнята 17 березня 2003 року для забезпечення розвитку охорони здоров'я, поліпшення медичного обслуговування населення пропонує вирішити завдання стосовно: наближення показника очікуваної тривалості життя до рівня країн з високим індексом людського розвитку, зменшення рівня смертності дітей першого року життя та материнської смертності; сприяння прийняттю Верховною Радою змін до Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" та Бюджетного кодексу України щодо джерел фінансування закладів охорони здоров'я; зміцнення матеріально-технічного стану закладів охорони здоров'я та впровадження сучасних технологій діагностики, лікування і профілактики; удосконалення системи надання невідкладної медичної допомоги з метою її наближення до світових стандартів, розвитку інституту сімейного лікаря; впровадження адресної дотації на пільгове забезпечення медикаментами громадян, яким ці

⁶⁹³ Урядовий кур'єр.– 2000.– 15 березня.– С. 3–6.

пільги встановлено за соціально-медичними показниками; забезпечення надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим у науково-дослідних інститутах МОЗ та Академії медичних наук; підвищення якості підготовки медичних кадрів; підвищення ефективності використання бази санаторно-курортного оздоровлення; впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я та дотримання гарантованого рівня державної безоплатної медичної допомоги; підтримки виробництва вітчизняних лікарських засобів та зростання їх питомої ваги на внутрішньому ринку, зниження цін на інсуліни вітчизняного виробництва (на 15 відсотків); сприяння прийняттю Верховною Радою Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування"; створення економічних передумов та інформаційно-технічної бази для функціонування системи державного регулювання і контролю у сфері медичного страхування, запровадження персонального обліку застрахованих осіб, відкриття персональних рахунків, формування страхових кас, забезпечення ефективного використання коштів; стабілізації епідемічної ситуації із захворюванням на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Велика роль Кабінету Міністрів України належить у визначенні основних завдань і повноважень спеціально уповноважених центральних органів виконавчої влади, якими є міністерства й державні комітети, зокрема Міністерство охорони здоров'я України. Так, ще 12 серпня 1992 р. постановою № 469 Кабінет Міністрів України затвердив Положення про Міністерство охорони здоров'я України, визначивши граничну чисельність працівників його центрального апарату в кількості 250 одиниць, а також встановив його завдання і повноваження.

Перехідний до ринкової економіки період в Україні та інших країнах СНД призвів до послаблення ролі централізованого державного управління і, звичайно, до підсилення ролі регіонів. В інтересах держави необхідно було внести відповідні зміни в структуру державного управління.⁶⁹⁴

Сучасні вимоги до здійснення державного управління вимагають його проведення на науковій основі із застосуванням цільового і комплексного підходу. Реалізуючи державну політику в галузі охорони здоров'я, Кабінет Міністрів України розробляє і здійснює через Міністерство охорони здоров'я України і державну систему охорону здоров'я цільові й комплексні соціально-економічні, медико-санітарні та оздоровчо-профілактичні програми, які фінансують з Державного та місцевих бюджетів. Однак слід зазначити, що єдиним механізмом створення і реалізації цих програм є Міністерство охорони здоров'я України як центральний орган виконавчої влади і очолювана ним національна система охорони здоров'я. Таким чином, процес ініціювання створення таких програм є двостороннім - як з боку Кабінету Міністрів України шляхом доручень міністерству підготувати проект тої чи

⁶⁹⁴ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 29.

іншої програми, так і підготовки різних пропозицій з боку самого Міністерства до Кабінету Міністрів України. Саме тому від активної позиції Міністерства залежить і формування, а потім і реалізація всієї соціальної політики Уряду, зокрема, політики в галузі охорони здоров'я.

Так, наприклад, 23 серпня 1995 р. тодішній Міністр охорони здоров'я України Є. Короленко звернувся до Прем'єр-міністра України Є. К. Марчука з листом "Про розвиток галузі охорони здоров'я", в якому обґрунтував необхідність прийняття і забезпечення реалізації і фінансування державних програм, проекти яких були підготовлені в апараті міністерства:

- планування сім'ї;
- первинної медичної допомоги;
- боротьби з туберкульозом і венеричними захворюваннями;
- зниження втрат працездатного населення, насамперед чоловіків;
- профілактики інфекційних хвороб;
- здоров'я громадян, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.⁶⁹⁵

Уряд розглянув пропозиції міністерства і затвердив своїми постановами ці державні програми, які в результаті доопрацювання здобули назву "національних". Першою серед них стала Національна програма планування сім'ї, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 13 вересня 1995 р. № 736.⁶⁹⁶

Зміна в червні 1996 р. складу Уряду, а відтак і Міністра охорони здоров'я України, а ним став відомий гігієніст і організатор охорони здоров'я академік АМН України А. М. Сердюк, - призвела до необхідності уточнення програми реформування галузі, розробки нової Концепції реформування системи охорони здоров'я України,⁶⁹⁷ підготовки і прийняття ряду урядових постанов з цих питань.

У лютому 1997 р. Кабінет Міністрів України, заслухавши доповідь Міністра охорони здоров'я України, обговорив це питання на своєму засіданні, схваливши, в основному, пропозиції міністерства, але відправивши їх на доопрацювання. У міру їх доопрацювання Кабінет Міністрів України приймав відповідні постанови з цих питань, зокрема:

- Про впорядкування діяльності аптечних закладів та затвердження Правил роздрібної реалізації лікарських засобів" від 12 травня 1997 р. № 447;⁶⁹⁸
- Про державний контроль якості лікарських засобів" від 12 травня 1997 р. № 448;⁶⁹⁹
- Про створення Державної акціонерної компанії "Ліки України" від 7 липня 1997 р. № 707⁷⁰⁰ та ін.

⁶⁹⁵ Архів Міністерства охорони здоров'я України за 1995 р. (№1.01 – 02 від 23.08.1995 р.)

⁶⁹⁶ Зібрання постанов Уряду України. – 1995. – №2. – Ст. 37.

⁶⁹⁷ Опублікована в газеті „Ваше здоров'я”. – 1996, 7 – 13 грудня. – №49 (185).

⁶⁹⁸ Урядовий кур'єр. – 1997. – 22 травня.

⁶⁹⁹ Офіційний вісник України. – 1997. – № 20. – С. 71 – 74.

⁷⁰⁰ Офіційний вісник України. – 1997. – № 28. – С. 113 – 115.

Виняткове значення для організації охорони здоров'я має прийнята Кабінетом Міністрів України постанова від 28 червня 1997 р. № 640 "Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення".

Протягом останніх років Кабінет Міністрів України затвердив програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2004 — 2008 роки,⁷⁰¹ патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства,⁷⁰² планування сім'ї,⁷⁰³ комплексні заходи боротьби з туберкульозом,⁷⁰⁴ запобігання хвороб, що передаються статевим шляхом⁷⁰⁵ та ін.

Однак, сьогодні нормативно не визначено, ким же, все ж таки, мають прийматися (затверджуватися) дані медичні програми. Цілком очевидно, що відповідно до існуючої ієрархії актів законодавства, юридична сила указу Президента України є більшою, ніж юридична сила постанови Кабінету Міністрів України. Тому сьогодні не можна навести скільки-небудь серйозних аргументів в користь того, що дані програми охорони здоров'я населення повинні прийматися (затверджуватися) чи то Президентом України, чи то Кабінетом Міністрів України. Їх логічний аналіз дає підстави стверджувати, що спосіб набуття ними юридичної чинності є доволі кон'юнктурний і ситуативний. Розроблені апаратом Міністерства охорони здоров'я України пропозиції у вигляді проекту відповідної програми подаються до Кабінету Міністрів України, який їх розглядає і, в залежності від ситуації, або затверджує їх своєю постановою, або передає на затвердження Президенту України. Пояснити чому, наприклад, програма „Цукровий діабет” затверджена указом Президента України, а Програма профілактики ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2001 — 2003 роки – постановою Кабінету Міністрів України, практично неможливо. Аналіз вказаних програм, дозволяє зробити висновок, про те, що їх затвердження в роки президентства Л.Д. Кучми відбувалося на основі принципу „хто в домі хазяїн”. Це означало, що відповідальні за розробку тієї чи іншої програми особи доповідали про її готовність міністру охорони здоров'я, той, в свою чергу, доповідав віце-прем'єр-міністрові, той, в свою чергу, в адміністрацію Президента України, і, якщо вдалося потрапити на аудієнцію до Президента і доповісти йому, то програму підписував він, якщо ж ні в силу якихось причин (закордонне відрядження Президента, відсутність по хворобі), то програму підписував

⁷⁰¹ Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 2004 року № 264 // Офіційний вісник України – 2004. – № 10 . – Ст. 594.

⁷⁰² Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 15 вересня 1999 року № 1697 // Офіційний вісник України . – 1999. – № 37 . – Ст. 1869.

⁷⁰³ Затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 13.09. 1995 р. № 736. // Зібрання постанов Уряду України. – 1996. - № 2. – Ст. 37.

⁷⁰⁴ Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 року № 667 // Офіційний вісник України – 1999. – № 17. – Ст. 723.

⁷⁰⁵ Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 23 березня 1998 року №357 // Офіційний вісник України. – 1998. – № . – Ст.

Прем'єр-міністр України. Лише в останній час намітилась практика коли програми, що у своїй назві містять термін „національна” затверджуються указами Президента України, а всі інші – постановами Кабінету Міністрів України. Видається, що з метою більш чіткого визначення повноважень, вказаних вищих органів державної влади – Президента та Кабінету Міністрів України, слід було б законодавчо визначити і закріпити повноваження першого і другого в цій частині.

Однією із форм співпраці Уряду і Верховної Ради України є проведення звітів Кабінеті Міністрів у парламенті, які носять назву „Дні Уряду України” у Верховній Раді України. Так, 14 листопада 2000 р. Кабінет Міністрів України провів в парламенті звіт на тему: „Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення”. Серед заходів, які пропонував Уряд невідкладно провести були:

- удосконалення надання спеціалізованої допомоги та зниження впливу на дітей, підлітків і вагітних жінок шкідливих чинників чорнобильської катастрофи;
- удосконалення медичного обслуговування людей похилого віку та впровадження багатоканальності фінансування галузі;
- створення конкуренції між надавачами медичних послуг та забезпечення свободи вибору цих послуг;
- забезпечення доступності медичного обслуговування для соціально незахищених верств населення шляхом затвердження гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування;
- запровадження нових механізмів забезпечення медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням вітчизняного виробництва;
- подальше вдосконалення правової бази охорони здоров'я, яка має бути приведена у відповідність до норм і принципів міжнародного права, тощо.⁷⁰⁶

На виконання вимог Указу Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 „Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”⁷⁰⁷ Кабінет Міністрів України затвердив заходи щодо виконання вказаної Концепції шляхом видання відповідної постанови.⁷⁰⁸ Зокрема, МОЗ було доручено підготувати пропозиції про внесення змін до законодавчих актів та розробити нові закони щодо створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я, соціального захисту пацієнтів та медичних працівників, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя та задоволення потреб населення в необхідних

⁷⁰⁶ Матеріали звіту на „Дні Уряду України” у Верховній Раді України „Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення”. 14 листопада 2000 р. – К., 2001. – С. 18 – 19.

⁷⁰⁷ Офіційний вісник України. –

⁷⁰⁸ Офіційний вісник України. –

лікарських засобах і виробках медичного призначення. Цьому ж міністерству у співпраці з іншими міністерствами, іншими центральними органами державної влади, а також з науковими установами (Академією педагогічних наук, Академією медичних наук, Академією медичних наук) було доручено розробити низку указів Президента, що стосувалися формування державної політики щодо окремих напрямів діяльності системи охорони здоров'я (Про Державну програму "Створення вітчизняних виробництв лікарських засобів і вакцин на базі обладнання, закупленого за рахунок іноземних кредитів, наданих під гарантії Кабінету Міністрів України", „Про Концепцію державної політики України щодо алкоголю та наркотиків”, „Про Державну програму розвитку служби крові в Україні”, „Про Концепцію медико-соціальної реабілітації інвалідів”). Також передбачалося внесення пропозицій щодо змін законодавства України, що стосується удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному та місцевому рівнях згідно з вимогами адміністративної реформи та інші заходи.

Особливістю української моделі організації виконавчої влади є відсутність самостійних владних повноважень у Прем'єр-міністра України. За Конституцією України, його роль зведена до формування пропозицій щодо персонального складу Кабінету Міністрів України (їх призначає Президент), формування програми діяльності Уряду (її затверджує Верховна Рада України) і, нарешті, здійснення керівництва Кабінетом Міністрів. У цьому варіанті формування владної організації Уряду України постать Прем'єр-міністра в умовах реального існування "двоїстого" центру виконавчої влади є, по-перше, несамотійною, а по-друге, доволі слабкою, особливо якщо статус керівника українського уряду порівняти зі статусом керівників урядів інших країн з президентсько-парламентською формою правління (Франція, Росія).

Для забезпечення роботи Кабінету Міністрів України утворюють організаційний апарат – за назвою Секретаріат, керівництво яким здійснює Міністр Кабінету Міністрів України (раніше ця посада називалась керуючий справами, а з 2001 до 2003 рр. – державний секретар). На Секретаріат кабінету Міністрів покладено організаційне, експертно-аналітичне, правове, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності Уряду. Він забезпечує підготовку та проведення засідань Кабінету Міністрів, урядових комітетів та діяльність членів Кабінету Міністрів України. Секретаріат несе відповідальність за своєчасне подання проектів законів, актів Президента України та Кабінету Міністрів, інших документів для підготовки їх до розгляду Кабінетом Міністрів, урядовими комітетами, тимчасовими органами Уряду.

Як правило, ці структурні підрозділи створюються за напрямками діяльності Кабінету Міністрів і забезпечують організаційний зв'язок між ним і відповідними міністерствами й відомствами, а також місцевими державними адміністраціями. Кожний із них здійснює "курацію"⁷⁰⁹ відповідною галуззю

⁷⁰⁹ Курація, курування від. лат. *cura*) – турбота, опіка, піклування; звідси – куратор (*curator*).

або групою галузей господарства, соціально-культурного чи адміністративно-політичного життя. Наприклад, відділ з питань освіти, культури та охорони здоров'я, як це видно з його назви, здійснює "курацію" відразу трьох галузей соціально-культурної сфери і забезпечує організаційний зв'язок з трьома міністерствами – освіти і науки, культури і мистецтв, охорони здоров'я.

Крім подібних відділів і управлінь у складі Секретаріату Кабінету Міністрів створюють спеціалізовані підрозділи, як, наприклад, експертно-технічний комітет, міжвідомча комісія з питань демонополізації, державна комісія з безпеки дорожнього руху та ін. Вказані структурні підрозділи не мають статусу окремих юридичних осіб і лише здійснюють підготовку питань на розгляд Кабінету Міністрів. Правовий статус апарату та його підрозділів визначений відповідними положеннями, які затверджує Кабінет Міністрів України. Так, наприклад, постановою від 9 квітня 1993 р. № 267 було створено Головне управління інформації та зв'язків з пресою і громадськістю Кабінету Міністрів України.⁷¹⁰

Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.⁷¹¹

24 жовтня 2002р. Кабінет Міністрів України постановою № 1566 затвердив Програму імунопрофілактики населення на 2002-2006 роки,⁷¹² а постановою від 18 січня 2003 р. № 58 затвердив Порядок здійснення контролю за обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів.⁷¹³

Однак більшість нормативних актів, які приймає Уряд у галузі охорони здоров'я, стосуються встановлення правового регулювання окремих питань здійснення охорони здоров'я населення, державного управління медичними закладами державної форми власності. Наприклад, постановою від 25 липня 2003 р. № 1162 затверджено Державну програму забезпечення населення лікарськими засобами на 2004-2010 роки,⁷¹⁴ а постановою від 11 липня 2002 р. № 955 затверджено Програму подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги.⁷¹⁵

Виняткова роль належить Кабінету Міністрів України у встановленні правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я державної

⁷¹⁰ Зібрання постанов Уряду України. – 1993. – №9. – Ст. 89.

⁷¹¹ Юзьков Л.П. Конституційно-правові основи виконавчої влади в Україні // Вісник Академії правових наук України. – 1993. – №1. – С. 69 – 73.

⁷¹² Офіційний вісник України. – 2002. – № 43. – Ст. 1980.

⁷¹³ Офіційний вісник України. – 2003. – № 4. – Ст. 118.

⁷¹⁴ Офіційний вісник України. – 2003. – № 31. – Ст. 1618.

⁷¹⁵ Офіційний вісник України. – 2002. – № 28. – Ст. 1324

форми власності. Розвиваючи норми законодавчих актів України про охорону здоров'я, Кабінет Міністрів України встановлював тимчасові коефіцієнти розподілу асигнувань на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя (постанова від 5 вересня 1996 р. № 1070-96-п), перелік платних послуг, які надають у державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти (постановою від 17 вересня 1996 р. № 1138-96-п), впроваджував систему медичного страхування на залізницях України (розпорядження від 18 грудня 1995 р. № 773-95-р).

Міністерство охорони здоров'я є самостійним центральним органом виконавчої влади і Кабінет Міністрів України здійснює загальне керівництво охороною здоров'я через службову діяльність цього міністерства. Приймаючи відповідні постанови, уряд доручає міністерству здійснити відповідні заходи з їх реалізації, "забезпечити виконання", "організувати" та ін.

4.2. Рада Міністрів Автономної республіки Крим

Відповідно до ст.136 Конституції України, Урядом Автономної Республіки Крим є його Рада Міністрів. Її повноваження, порядок формування і діяльності визначені Конституцією України і Конституцією Автономної Республіки Крим, законами України, нормативно-правовими актами Верховної Ради Автономної Республіки Крим з питань, віднесених до її компетенції.

Згідно зі ст. 38 Конституції Автономної Республіки Крим,⁷¹⁶ Рада Міністрів Автономної Республіки Крим здійснює загальне керівництво справою охорони здоров'я населення, використовуючи надані їй законодавством повноваження. За своїм рівнем у системі органів виконавчої влади вона займає проміжне становище між Кабінетом Міністрів України (його постанови є обов'язковими до виконання Радою Міністрів Автономної Республіки Крим) і обласною державною адміністрацією. Державне управління мережею медичних закладів, розташованих на території Автономної Республіки Крим, вона здійснює, як правило, через Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим.

4.3. Обласні державні адміністрації

Для визначення системи органів, як правило і вживається узагальнюючий термін "апарат", зокрема - апарат державного управління чи адміністративний апарат. У Концепції адміністративної реформи в Україні щодо поняття "апарат" дається таке визначення: "Апарат органів виконавчої влади — це організаційно поєднана сукупність структурних підрозділів і

⁷¹⁶ Відомості Верховної Ради України. — 1999. - № 5-6. — Ст.43.

посад, які призначені для здійснення консультативних чи обслуговуючих функцій щодо виконання відповідними органами закріплених за ними повноважень (компетенції)".⁷¹⁷ Таке трактування апарату стосується тільки внутрішнього змісту самостійного органу виконавчої влади. Він, як і кожний орган управління, сам є системою і складається з власних елементів - структурних підрозділів і посад. А це означає, що тут виокремлюється два види апарату чи елементи різних рівнів: апарат в цілому (як система органів) і окремого органу (як система підрозділів і посад).⁷¹⁸

Обласна державна адміністрація є органом виконавчої влади середньої ланки, формує її голова, і вона діє на підставі Закону України "Про місцеві державні адміністрації".⁷¹⁹ Метою цього Закону є розвиток відповідних положень чинної Конституції України щодо визначення структури, повноважень і підпорядкованості в ієрархії виконавчої влади адміністративно-територіальних одиниць України, забезпечення законності існуючих органів виконавчої влади, а також запровадження механізмів урегулювання можливих відносин чи навіть конфліктів як всередині системи органів виконавчої гілки влади, так і між органами місцевого самоврядування та органами виконавчої влади.⁷²⁰

Місцеві державні адміністрації є єдиноначальними органами виконавчої влади загальної компетенції. Відповідно до п. 10 ст. 106 Конституції України та ст. 8 Закону України „Про місцеві державні адміністрації” голови місцевих державних адміністрацій призначаються на посаду за поданням Прем'єр-міністра і звільняються з посади Президентом України.

Місцева державна адміністрація є органом виконавчої влади на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, який виконує повноваження державної влади, делеговані йому виконавчі функції відповідних рад через створювані управління, відділи та інші структурні підрозділи й діє під керівництвом голови місцевої державної адміністрації.

У здійсненні своїх повноважень голова місцевої державної адміністрації відповідає перед главою держави і Кабінетом Міністрів.

Разом з іншими органами виконавчої влади облдержадміністрація входить в єдину систему органів виконавчої влади України. Разом з тим, для неї характерна організаційна відокремленість від інших елементів апарату державного управління. Другою найважливішою характеристикою цього

⁷¹⁷ Концепція адміністративної реформи в Україні / Державна комісія з проведення в Україні адміністративної реформи. – К.: Центр політико-правових реформ – Центр розвитку українського законодавства, 1998. – С. 53 – 54.

⁷¹⁸ Державне управління в Україні: Навчальний посібник / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. – В-во ТОВ „СОМІ”, 1999. – С. 65.

⁷¹⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 20-21. – Ст. 190.

⁷²⁰ Сушинський О.І. Місцеві державні адміністрації: статус у контексті публічної влади. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.25.

органу (як, до-речі, і всіх інших органів виконавчої влади, що входять в її єдину систему) є функціональна відокремленість, котра характеризує різні аспекти компетенції та фактичної діяльності цих органів.⁷²¹

Необхідною рисою системної оцінки місцевих державних адміністрацій пов'язана з визначенням їхньої цілісності, яка, за твердженням В.Б. Авер'янова,⁷²² є необхідною якісною властивістю соціальних систем. Автор наголошує, що у наукових джерелах при розгляді апарату як системи органів ознака цілісності, як загальне правило, окремо не виділяється. Цілісність системи органів насамперед пропонується трактувати як зв'язаність їх між собою та з так званим єдиним керівним чи організуючим центром.⁷²³

Через обласні державні адміністрації здійснюється принцип поєднання централізації і децентралізації у здійсненні державної влади, покладений в основу територіального устрою України. Такий підхід повною мірою відповідає змісту управління місцевими справами, якого додержується більшість країн світу.⁷²⁴

Відповідно до ст. 2 Закону України „Про місцеві державні адміністрації” обласна державна адміністрація в межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці забезпечує:

- виконання Конституції, законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, інших органів виконавчої влади вищого рівня;
- законність і правопорядок, додержання прав і свобод громадян;
- виконання державних і регіональних програм соціально-економічного та культурного розвитку, програм охорони довкілля, а в місцях компактного проживання корінних народів і національних меншин - також програм їх національно-культурного розвитку;
- підготовку та виконання відповідних бюджетів;
- звіт про виконання відповідних бюджетів та програм;
- взаємодію з органами місцевого самоврядування;
- реалізацію інших наданих державою, а також делегованих відповідними радами повноважень.

Метою її діяльності є забезпечення прав, свобод і законних інтересів громадян, здійснення державної політики у визначених законодавством сферах і галузях управління та організація соціально-економічного й культурного розвитку області.

Обласна державна адміністрація діє на засадах:

⁷²¹ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 208 – 209.

⁷²² Державне управління в Україні: Навчальний посібник / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. – В-во ТОВ „СОМІ”, 1999. – С. 65.

⁷²³ Сушинський О.І. Місцеві державні адміністрації: статус у контексті публічної влади. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.42.

⁷²⁴ Там же, С. 227.

- відповідальності перед людиною і державою за свою діяльність;
- верховенства права;
- законності;
- пріоритетності прав людини;
- гласності;
- поєднання державних і місцевих інтересів.

Склад обласної державної адміністрації формує її голова.

Аналізуючи відповідний Закон, можемо стверджувати, що місцева державна адміністрація має такі елементи: по-перше, - це склад її керівництва, що включає голову, його першого заступника та заступників, по-друге, - це апарат з відповідною структурою яку, як правило, складають відповідні відділи, та, по-третє, - це самостійні структурні підрозділи, якими є, як правило, управління у складі обласних державних адміністрацій чи відділи у складі районних державних адміністрацій. Варто зауважити, що ні в чинній Конституції України, ні в Законі України "Про місцеві державні адміністрації" законодавець буквально не визначив організаційно-правовий статус структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій. Відповідною нормою зазначеного Закону (частина третя статті 5) законодавець постановив тільки, що "примірні переліки управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій, а також типові положення про них затверджуються Кабінетом Міністрів України". А це означає, що законодавець виокремлює місцеві державні адміністрації як цілісне структуроване утворення, а не як сукупність самостійних і тим більше незалежних інституцій виконавчої влади. Підтвердженням цієї думки є також і те, що організаційно-процедурні питання внутрішньої діяльності місцевих державних адміністрацій регулюються їх регламентами, що затверджуються головами відповідних місцевих державних адміністрацій. Типові регламенти місцевих державних адміністрацій затверджуються Кабінетом Міністрів України.⁷²⁵

У межах бюджетних асигнувань, виділених на утримання відповідних місцевих державних адміністрацій, її голова визначає структуру обласних державних адміністрацій.

Примірні переліки управлінь, відділів та інших структурних підрозділів обласних державних адміністрацій, а також типові положення про них затверджуються Кабінетом Міністрів України. Вказані структурні підрозділи об'єднуються в єдину систему в рамках функціонування єдиного органу – обласної державної адміністрації. Аналізуючи з позицій системного підходу її побудову та функціонування, бачимо, що їхні структурні підрозділи (управління, відділи тощо) перебувають між собою у різноманітних зв'язках і

⁷²⁵ Сушинський О.І. Місцеві державні адміністрації: статус у контексті публічної влади. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.42 – 44.

відносинах, виконуючи чи реалізуючи надані державою, а також делеговані відповідними радами повноваження.⁷²⁶

Відповідно до ст. 13 вказаного Закону до відання обласної державної адміністрації у межах і формах, визначених Конституцією і законами України, належить вирішення питань охорони здоров'я та споріднених з ним питань – фізичної культури і спорту, неповнолітніх, жінок і молоді освіти і науки, туризму та ін..

До повноважень обласної державної адміністрації в галузі охорони здоров'я, як це випливає із змісту ст. 22 Закону України „Про місцеві державні адміністрації” належить вжиття заходів до збереження мережі закладів освіти, культури, охорони здоров'я, фізкультури і спорту та розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку, заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації, організація роботи медичних закладів по поданню допомоги населенню, надає встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей.

Обласна державна адміністрація як орган виконавчої влади загальної компетенції здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення області, де її керівний вплив поширюється на заклади охорони здоров'я державної форми власності, а через механізм делегування повноважень з боку обласної ради – також на вказані заклади обласної комунальної власності: обласні лікарні, диспансери, спеціалізовані центри, санаторії та ін. Це керівництво вона здійснює, як правило, через спеціально утворений нею галузевий орган виконавчої влади – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, начальника і заступників якого призначають наказом голови обласної державної адміністрації за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України.

Закон визначає, що обласна державна адміністрація здійснює свої функції і повноваження у сфері науки, освіти, охорони здоров'я, культури, спорту, де керівництво з цих питань забезпечує один із заступників голови обласної державної адміністрації. Він же і очолює, як правило, різноманітні консультативні й дорадчі органи (наприклад, протиепідемічну комісію, комісію з вакцинації населення та ін.), які утворюються при обласній державній адміністрації. На неї покладено обов'язок здійснення державного нагляду, зокрема, законодавства з питань охорони здоров'я, санітарних і ветеринарних правил.

Найважливіші питання охорони здоров'я населення області обговорюють на засіданні колегії обласної державної адміністрації, яку формує її голова, як дорадчий, консультативний орган без власних повноважень, а її персональний склад затверджує Кабінет Міністрів України. Як свідчить практика, такими питаннями можуть бути обговорення і

⁷²⁶ Державне управління в Україні: Навчальний посібник / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. – В-во ТОВ „СОМІ”, 1999. – С. 65.

затвердження обласної комплексної цільової програми "Здоров'я", питання фінансування діяльності обласних закладів охорони здоров'я, будівництва нових і реконструкції вже діючих медичних закладів, проведення надзвичайних протиепідемічних заходів чи стану надання населенню області медико-санітарної допомоги.

На виконання Конституції України, законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, власних і делегованих повноважень голова місцевої державної адміністрації в межах своїх повноважень видає розпорядження, а керівники управлінь, відділів та інших структурних підрозділів – накази.

Розпорядження голів місцевих державних адміністрацій, прийняті в межах їх компетенції, є обов'язковими для виконання на відповідній території всіма органами, підприємствами, установами та організаціями, посадовими особами та громадянами.

4.34. Міські державні адміністрації в містах Києві і Севастополі

Київ - найбільше місто України за чисельністю його населення, за економічним, соціальним і культурним потенціалом, столиця України. Місто Севастополь - стратегічна військова і військово-морська база півдня України і є місцем базування Військово-морських сил України. Виняткове значення цих міст визначає і особливості функціонування органів виконавчої влади та здійснення державного управління на їх території.

Відповідно до ст. 133 Конституції України міста Київ та Севастополь мають спеціальний статус, який визначений законами України. Територіальні громади жителів цих міст обирають представницькі органи місцевого самоврядування - Київську і Севастопольську міські ради, а в Києві, крім того, й районні (їх усього 14) ради, які діють на підставі Закону України від 21 травня 1997 р. "Про місцеве самоврядування".⁷²⁷ Зате здійснення управління в цих містах покладається на міські й районні державні адміністрації, які здійснюють всі функції управління містом і керуються при цьому Законом України "Про місцеві державні адміністрації". Їх повноваження, в значній мірі, подібні до повноважень обласних державних адміністрацій, з урахуванням особливостей здійснення державного управління у великому місті. У складі міських державних адміністрацій утворюють Головне управління охорони здоров'я, а в районних державних адміністраціях міста Києва - управління охорони здоров'я.

⁷²⁷ Урядовий кур'єр. – 1997. – 14 червня.

4.5. Районні державні адміністрації

Останньою, нижчою ланкою в системі органів виконавчої влади є районна державна адміністрація. Її утворюють призначені, відповідно до Закону України "Про місцеві державні адміністрації", голови районних державних адміністрацій, і вона включає до свого складу (крім голови) його першого заступника, заступників голови, керівників та апарат управлінь, відділів та інших структурних підрозділів. Як і всі інші органи державної влади, районна державна адміністрація входить в єдину систему виконавчої влади України.

Районні державні адміністрації підзвітні та підконтрольні обласним державним адміністраціям.

У її складі також утворюють колегію для обговорення найважливіших питань і координації роботи, персональний склад якої затверджує Кабінет Міністрів України. Подібно до обласної державної адміністрації, один із заступників голови районної державної адміністрації здійснює курацію такими близькими соціально-культурними сферами життя, як освіта, охорона здоров'я, культура, спорт, праця і соціальний захист населення.

На території районних адміністрацій діють і місцеві (територіальні) органи міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Їх взаємодія з обласними адміністраціями, а також органами виконавчої влади вищого рівня в період реформування цих органів набуває важливого значення, насамперед у питанні забезпечення чітких субординаційних зв'язків між ними.

Важливою особливістю адміністративно-правового статусу місцевих органів є те, що в ньому певним чином поєднуються повноваження загальної та спеціальної компетенції. Зокрема, повноваження спеціальної компетенції здійснюють структурні підрозділи районних державних адміністрацій, до відання яких віднесені питання функціонального чи галузевого управління. З огляду на це серед місцевих органів ЦОВВ виділяються органи двох типів:

- органи, що підпорядковані центральним органам виконавчої влади, хоч і мають певні зв'язки з місцевими державними адміністраціями;
- органи, що підпорядковані головам відповідних місцевих державних адміністрацій, хоч і мають враховувати вимоги реалізації завдань відповідних центральних органів виконавчої влади.⁷²⁸

Голова районної державної адміністрації діє самостійно в межах своєї компетенції. Він очолює державну адміністрацію, здійснює керівництво її

⁷²⁸ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 228.

діяльністю, несе відповідальність за виконання покладених на адміністрацію завдань і за здійснення нею своїх повноважень. Крім того, він представляє відповідну районну адміністрацію у відносинах з іншими державними органами та органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями, підприємствами, установами та організаціями, громадськими та іншими особами як в Україні, так і за її межами. На голову покладені повноваження, пов'язані з вирішенням кадрових питань, укладанням та розірванням контрактів з керівниками підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління відповідної державної адміністрації. Він регулярно інформує населення про стан виконання безпосередньо покладених на місцеві адміністрації повноважень.

Управління, відділи та інші структурні підрозділи районних адміністрацій здійснюють керівництво галузями управління, несуть відповідальність за їх розвиток. по горизонталі вони підпорядковані й підзвітні голові відповідної державної адміністрації, а по вертикалі — органам виконавчої влади вищого рівня — відповідним управлінням, відділам та іншим структурним підрозділам обласної державної адміністрації.

Організаційно-процедурні питання діяльності місцевих адміністрацій регулюються їх регламентами, що затверджуються головами районних адміністрацій. Типові регламенти місцевих державних адміністрацій затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Для правового, організаційного, матеріально-технічного та іншого забезпечення діяльності районної державної адміністрації, підготовки політичних, інформаційних та інших матеріалів головою відповідної місцевої державної утворюється апарат районної державної адміністрації у межах виділених бюджетом коштів. Апарат очолює посадова особа – керівник апарату, який призначається на посаду головою районної державної адміністрації. Він же затверджує положення та визначає структуру апарату, призначає на посади і звільняє з посад керівників та інших працівників структурних підрозділів апарату.⁷²⁹

Як орган виконавчої влади загальної компетенції, районна державна адміністрація здійснює загальне керівництво охороною здоров'я населення району, до об'єктів управління якої через делегування повноважень районною радою належать районні лікарні та інші заклади охорони здоров'я районного підпорядкування. Особливість організації районної державної адміністрації полягає в тому, що у її складі не утворюють спеціального відділу охорони здоров'я, а його завдання і повноваження покладають на головного лікаря центральної районної лікарні, який, виконуючи їх паралельно з роботою з керівництва вказаної лікарні, набуває статусу керівника підрозділу районної державної адміністрації та іменується головним лікарем району.

⁷²⁹ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 230 – 231.

Глава 5. Система органів виконавчої влади спеціальної компетенції у сфері охорони здоров'я та їх повноваження

5.1. Міністерство охорони здоров'я України

1. Федеральні органи управління

Основним федеральним органом управління охороною здоров'я в США є Міністерство охорони здоров'я, освіти і добробуту (Department of Health, Education and Welfare), на чолі якого стоїть державний секретар. Він має помічників по законодавству, утворенню, охороні здоров'я і науці, плануванню і розвитку, по обслуговуванню населення, адміністративним питанням і помічника по контролі. У структуру міністерства входять: 1) управління, що відає питаннями утворення, 2) управління по координації діяльності місцевих органів з питань, що входять у компетенцію міністерства, 3) служба суспільної охорони здоров'я, 4) федеральна лікарняна рада, 5) управління соціального забезпечення, в яку входить бюро з питань непрацевдатності і страхування здоров'я, 6) соціальна служба і служба по відновленню працевдатності.

У результаті реорганізації була вироблена нова структура Служби охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я, освіти і добробуту США. Вона включає управління гігієни навколишнього середовища, управління службами охорони здоров'я і психічного здоров'я, управління національними інститутами охорони здоров'я і федеральну лікарняну раду як консультативний орган.⁷³⁰

Задачі Міністерства охорони здоров'я, освіти і добробуту у сфері охорони здоров'я населення обмежені. Міністерство виконує наступні функції:

б) забезпечує лікарняне й амбулаторне обслуговування лише деяких невеликих груп населення (моряки торговельного флоту, ветерани війни, атестовані державні службовці, індійське населення);

7) несе відповідальність за карантин і медичне обстеження іммігрантів;

8) здійснює і підтримує наукові дослідження в області охорони здоров'я і захворюваності;

9) здійснює керівництво програмами;

10) надає консультативну допомогу;

⁷³⁰ Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 29-30.

б) фінансує і підтримує різні програми по створенню лікувальних установ, боротьбі з факторами зовнішнього середовища, небезпечними для здоров'я;

8) керує програмами те поліпшенню служб охорони здоров'я, по боротьбі з інфекційними і хронічними хворобами і нещасними випадками;

9) координує роботу зі здійснення міжнародних програм надання допомоги при стихійних лихах, а також діяльність в області національної санітарної статистики.

Поряд з Міністерством охорони здоров'я, освіти і добробуту функції управління охороною здоров'я виконує і ряд інших міністерств і відомств, що тією чи іншою мірою займаються проблемами медицини й охорони здоров'я. До них відносяться Міністерство сільського господарства США, у складі якого є відділ, що відає питаннями наукових досліджень із проблем харчування населення. Міністерство оборони і відділ цивільної оборони і медичних програм. Питання охорони здоров'я і медицини вирішує спеціальний помічник секретаря міністра. Міністерство оборони відає американськими військовими госпіталями, що знаходяться на території США, а також на території країн, у яких розташовані американські військові бази.⁷³¹

Департамент суспільної охорони здоров'я штату Алабама має наступну структуру: 1) керівництво департаменту; 2) відділ загального планування охорони здоров'я штату; 3) відділ будівництва й устаткування медичних установ; 4) відділ по видачі ліцензій на практику і посвідчень; 5) відділ по охороні материнства і дитинства⁷³².

Для формування і проведення в життя сучасної стратегії реформування системи охорони здоров'я необхідне законодавче визначення центрального органу державної влади, на який покладено реалізацію політики охорони здоров'я і який сповідує міждисциплінарну соціально-еколого-економічну програму збереження здоров'я населення. Таким органом відповідно до чинного законодавства є Міністерство охорони здоров'я України.

⁷³¹ Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 33-34.

⁷³² Калью П.Й. Управление здравоохранением в США. М.: Издательство «Медицина». – 1971. – С. 39.

Одним з найважливіших питань для належної організації державного управління в будь-якій галузі чи сфері є необхідність визначення центрального органу виконавчої влади, окреслення його завдань, відмежування їх від завдань інших органів, і наділення його відповідними повноваженнями, тобто визначення його правового статусу. Таким органом є міністерство (від лат. *ministerium* - посада, служба), назва якого використовується для визначення центрального органу виконавчої влади і вживається у багатьох мовах народів світу (російська, англійська, французька, німецька, італійська, іспанська та ін.). В деяких державах для найменування центрального урядового органу управління в тій чи іншій галузі, включаючи й охорону здоров'я, використовують й інші терміни – національна рада чи комітет, департамент та ін. Однак, безспірно, що термін „міністерство” як найменування центрального органу виконавчої влади який здійснює державне управління у певній сфері відносин, є найбільш поширеним. Під час здійснення під керівництвом М.С.Горбачова модернізації радянського суспільства, в ході обговорення і проведення відповідних реформ, у тому числі і реформи охорони здоров'я, висувались пропозиції, щодо утворення Комітету (Державного комітету) охорони здоров'я як центрального органу державного управління.

Призначення міністерства та управлінська діяльність його від імені держави, обумовлюють необхідність наділення його специфічними повноваженнями, які за своєю природою є державновладними. А наявність останніх є головною юридичною ознакою будь-якого державного органу. Іншими, характерними для міністерства ознаками є: наявність визначеної компетенції та власної відокремленої організаційної структури, функціональне поле діяльності, наявність ієрархічних правових зв'язків між його працівниками.

Історія

Доречно зробити короткий відступ за публікацією І. Корнєєвої¹⁶, нагадавши, як упродовж 1910–1916 рр. відомий російський вчений і громадський діяч, академік Г. Є. Рейн (1854–1942 рр.) намагався переконати російський уряд та імператора Миколу II в доцільності створення міністерства народного здоров'я.

21 вересня 1916 р. було оприлюднено указ про створення Головного управління охорони здоров'я, а 22 вересня Г. Є. Рейн був призначений його головноуправляючим. Але працював на цій посаді академік лише 5 місяців.

¹⁶Корнєєва І. Лікар-реформатор, провісник державної охорони здоров'я академік Г. Є. Рейн // Агарт. – 1996. – № 4. – С. 25–30.

Успішнішою щодо створення міністерства здоров'я була робота українського професора І. Горбачевського (1854–1942 рр.). Він був першим організатором і впродовж 1917–1918 рр. міністром першого в Австро-Угорщині Міністерства народного здоров'я, членом Найвищої ради здоров'я Австро-Угорщини у Відні.

Під час керівництва Генеральним секретаріатом Української Народної Республіки В. Винниченком (1880–1951 рр.) та В. Голубовичем (1885–1939 рр.) діяли окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Б. Матюшенко (1883–1944 рр.), який ще 1917 р. почав організовувати медично-санітарну службу в Україні та Є. Лукаевич (1871–1929 рр.) – один із організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюрихського університету.

Першим державним органом, який предметно займався питаннями охорони здоров'я в Україні, стало Міністерство здоров'я та соціальної опіки, створене за правління гетьмана П. Скоропадського (1873–1945 рр.) у травні 1918 р. Першим міністром був призначений В. Любинський, який залишався на цьому посту до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Директорами департаментів на той час були: медичного – Б. Матюшенко; санітарного – О. Корчак-Чепурківський (1857–1947 рр.); загального – М. Галаган; відділення очолювали: освіти – В. П. Піснячевський (1889–1933 рр.); інформаційно-видавниче – Ю. Меленевський; судової експертизи – Сулима; санітарно-технічне – інженер О. Землянцін; демобілізаційне – О. Сидоренко.

Як зазначають дослідники діяльності Міністерства здоров'я за часів УНР, робота цього відомства була дуже складною. Величезна міграція населення, відсутність захисту людей від численних ворогів, анархії та саботажу, недостатня кількість харчів, транспорту, відчутний брак медикаментів створювали вкрай складні умови праці й зумовлювали поширення епідемій тифу, паратифу, дизентерії, педикульозу, холери.

За часів Директорії міністром здоров'я був І. Липа – один із керівників Української партії самостійників-соціалістів, автор релігійної програми уряду УНР, який перебував в опозиції до соціалістів.

Утворений 18 квітня 1918 р. Український Червоний Хрест був на той час автономним підрозділом Міністерства здоров'я, і його діяльність, особливо в пізніший період, була більш значною, ніж самого Міністерства здоров'я.

Після утворення в листопаді 1918 р. Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) державним секретарем здоров'я в уряді був призначений випускник медичного факультету Віденського університету доктор І. Куровець (1863–1931 рр.).

Відразу після проголошення самостійності України і створення Української народної республіки (18 січня 1918р.) справами охорони здоров'я відповідно до законів Росії, які ще діяли на той час, опікувалися губернські органи (департаменти) Міністерство внутрішніх справ.

Окреме ж **Міністерство здоров'я та соціальної опіки** було створене за правління гетьмана П. Скоропадського у травні 1918р. Першим його міністром був доктор В. Любинський, який залишався на цьому посту до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Директорами департаментів на той час були: медичного - Б. Матюшенко; санітарного - О. Корчак-Чепурківський (1857-1947); загального - М. Галаган; відділення очолювали: освіти - В.П. Піснячевський (1889-1933); інформаційно-видавниче - Ю. Меленевський; судової експертизи - Сулима; санітарно-технічне - інженер О. Земляніцин; демобілізаційне - О. Сидоренко.

Приблизно в цей же час Декретом Ради Народних Комісарів від 11 липня 1918 року було створено Народний комісаріат охорони здоров'я РСФСР.⁷³³

Структуру Міністерства здоров'я та соціальної опіки в уряді УНР подано на рис. 1.1.

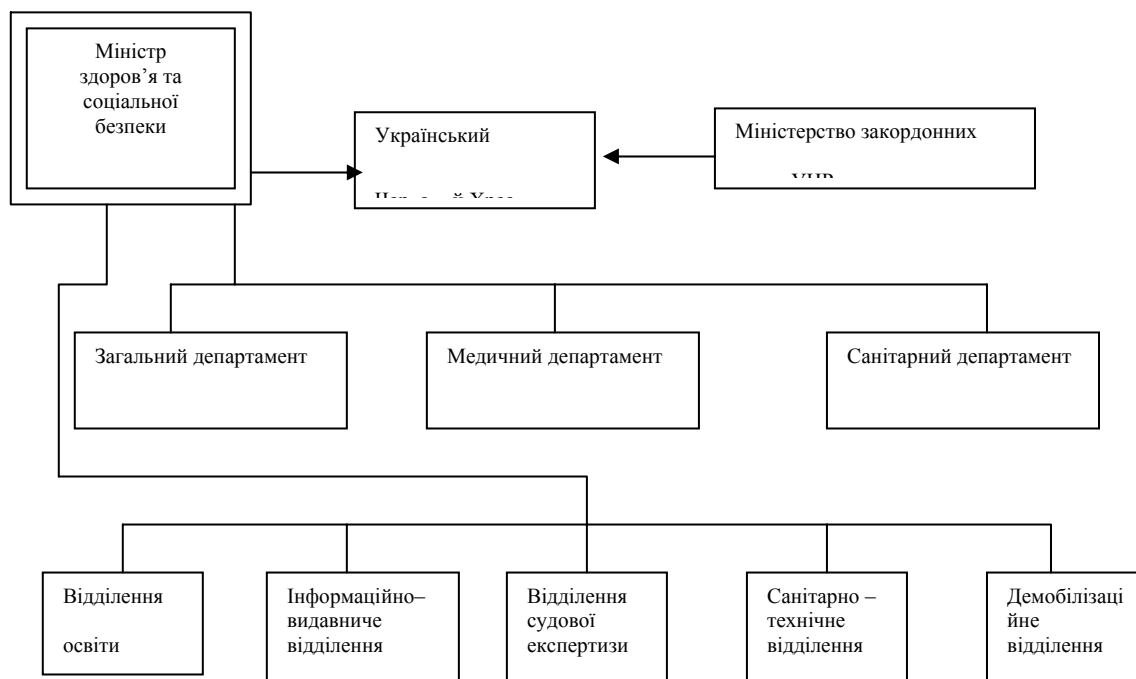


Рис. 1.1. Структура Міністерства здоров'я і соціальної опіки в уряді УНР

Невдовзі після створення Міністерства здоров'я і соціальної опіки Української держави часів Гетьманату, завідувач його інформаційно-

⁷³³ Организация здравоохранения в СССР./ Под ред. проф. Н. А. Виноградова. М.: Медгиз, 1952. – ...с.

видавничого відділення Ю. Меленевський почав видавати українською мовою "Вісник Міністерства народного здоров'я".

Після В. Любинського на пост міністра здоров'я (вже за Директорії) було призначено спочатку Б. Матюшенка, а в 1919 р. – професора-медика, майбутнього академіка О. Корчак-Чепурківського. Останній ще в 1906 р. почав викладати "Основи соціальної гігієни і громадської медицини"¹⁸, у жовтні 1917 р. був членом Ради медико-санітарного відділу при Генеральному секретаріаті Української Центральної Ради. Певний час відомий тодішній політик доктор Іван Липа також обіймав посаду Міністра здоров'я в уряді за часів Директорії, перебуваючи в опозиції до соціалістів.

Коли головою Українського уряду став Б. Мартос, міністром здоров'я було призначено М. Білоуса, який, щоправда, недовго перебував на цьому посту. Після нього міністром здоров'я став Д. Одрина. Останній, закінчивши з відзнакою в 1916 р. медичний факультет Київського університету Св. Володимира, вже в 1917 р. з початком революції організував на фронті українські санітарні частини. Після прибуття до Києва він працював у секретаріаті Центральної Ради, де займався організацією санітарно-медичної справи в українському війську, допомагав створювати Український Червоний Хрест. З 1919 р. Д. Одрина - заступник голови Трудового конгресу України, а в червні того ж року призначається міністром здоров'я і заступником голови Ради міністрів. У ранзі міністра він здійснив низку поїздок по Україні для організації нової служби охорони здоров'я. Раптово помер 16 листопада 1919р. в Кам'янці-Подільському в розпалі епідемії тифу.

Останнім міністром здоров'я в уряді УНР був доктор С. Стеминовський.

Міністерство здоров'я та соціальної опіки УНР організувало справу охорони здоров'я цивільного населення та забезпечувало разом з Міністерством військових справ санітарну опіку торговельного флоту; допомагало Міністерству внутрішніх справ у репатріації наших співвітчизників, допомагало полоненим; разом з Міністерством закордонних справ займалося поверненням українських втікачів із західних країн та Далекого Сходу і, нарешті, співпрацювало з Міністерством торгівлі у справі придбання із-за кордону лікувальних матеріалів для України [78]. У складі Міністерства здоров'я автономним підрозділом був Український Червоний Хрест і його діяльність, особливо в пізнішому періоді, була часто більш значною, ніж самого Міністерства здоров'я.⁷³⁴

В уряді Української Соціалістичної Радянської Республіки, утворення якої було проголошено Всеукраїнським з'їздом Рад у м. Харкові 25 грудня 1918 р. (за тодішньою термінологією – Раді Народних Комісарів УСРР), як центральний орган державного управління охороною здоров'я був створений Народний комісаріат охорони здоров'я.

Отже, роком створення Міністерства охорони здоров'я в Україні слід вважати 1918 р., коли спочатку в УНР воно було утворено як Народний

⁷³⁴ Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія) / Передмова і загальна редакція – проф. Н.Р.Нижник. – К.: Вид- во УАДУ, 2001. – с. 25-26.

секретаріат у справах здоров'я, в ЗУНР – як Державний секретаріат громадського здоров'я, а потім і УСРР як Народний комісаріат охорони здоров'я. Остаточну свою назву - Міністерство охорони здоров'я, цей орган виконавчої влади набув у 1946 році в результаті перейменування народних комісаріатів у міністерства.

В умовах безроздільного панування єдиної соціалістичної державної власності всі суб'єкти і об'єкти управління у цій сфері поєднувались в єдиній системі Міністерства охорони здоров'я колишньої УРСР. Саме це стверджував п.3 Положення про Міністерство охорони здоров'я УРСР затвердженого постановою Ради Міністрів УРСР №46 від 21 січня 1969 року, яке встановлювало, що „Міністерство охорони здоров'я УРСР, органи управління охороною здоров'я Рад депутатів трудящих підвідомчі їм лікувально-профілактичні установи (лікарні, поліклініки, диспансери, станції швидкої медичної допомоги і переливання крові та інші заклади), санітарно-профілактичні установи, аптеки, науково-дослідні установи, вищі і середні медичні і фармацевтичні навчальні заклади та інші підвідомчі заклади, організації і підприємства складають єдину систему Міністерства охорони здоров'я УРСР”⁷³⁵.

Поняття Міністерства

Стаття 15 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Міністерство покликане здійснювати керівництво відповідною сферою чи галуззю економіки, соціально-культурного чи адміністративно-політичного життя держави.

Однією з центральних проблем в діяльності міністерства є відсутність відповідного законодавчого акту, який би регулював його діяльність. Багато років у Верховній Раді України лежить проект Закону „Про центральні органи виконавчої влади” внесений народними депутатами України Соболевим С.В., Стецьківим Т.С. і Стретовичем В.М., розроблений групою фахівців в напрямку реалізації Адміністративної реформи в Україні. Відповідно до вказаного законопроекту, Міністерство є основним органом у системі центральних органів виконавчої влади, головним завданням якого є формування та реалізація державної політики у відповідному секторі державного управління. Міністерства утворюються за функціональним, галузевим, функціонально-галузевим або іншим принципом.

Особливості міністерства як центрального органу виконавчої влади проявляються перш за все в його компетенції, яка може носити як функціональний, так і галузевий характер. Його компетенцію складає комплекс прав і обов'язків для виконання функцій управління об'єктами даної галузі, і жодна із основних сторін життя і діяльності не виключена з кола відання і сфери впливу міністерства. Компетенція міністерства, як правило,

⁷³⁵ Збірник постанов Уряду УРСР. – 1970. – №1. – Ст. 11.

закріплювалася у відповідному акті законодавства, який може мати юридичну силу як закону, так і постанови Кабінету Міністрів, хоча п. 12 ст. 92 Конституції України відносить ці питання до виключної компетенції Верховної Ради України.

Суттєвою організаційно-структурною особливістю міністерства є те, що воно має у своєму підпорядкуванні місцеві органи, які разом з апаратом центрального органу створюють так звану “систему” відповідного міністерства. Рішення міністерства набувають юридичної сили, коли вони оформлені як правові акти, видані ним у межах своїх повноважень на основі та на виконання Конституції та законів України, актів Президента і Кабінету Міністрів України.

Колишнє міністерство охорони здоров'я УРСР являло собою типовий командно-штабний орган лінійно-функціональної структури, який фінансувався з коштів державного бюджету і здійснював розподільчу функцію щодо фінансування організаційно підпорядкованих органів і закладів охорони здоров'я. Апарат МОЗ УРСР, як і інших органів державної влади, був невід'ємною складовою частиною адміністративно-командної системи управління в країні. Формуванню цієї адміністративно-командної системи сприяло і панування державної форми власності на всі заклади охорони здоров'я.

Назва центрального органу виконавчої влади

Як було зазначено вище, державний орган, створений спеціально для керівництва охороною здоров'я в Україні та з назвою міністерство був утворений вперше у травні 1918 р. Численні реорганізації змінювали і назву цього органу – від Департаменту здоров'я, Державного секретаріату до Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР аж поки в 1946 р., в результаті проведення реформи державного управління він не здобув остаточну назву - Міністерство охорони здоров'я. Міжнародних вимог щодо організації, завдань, та внутрішньої структури керівного органу виконавчої влади, який здійснює керівництво системою охорони здоров'я населення, не існує. Тому в різних державах, у тому числі Європейського Союзу, цей орган носить різне найменування, але, практично, в усіх державах світу він є міністерством. Подібну назву мають і відповідні органи державної влади інших, передусім європейських держав світу. Так, в Російській федерації – Міністерство охорони здоров'я і медичної промисловості, в Республіці Польща – Міністерство охорони (народного) здоров'я, у Французькій республіці – Міністерство національного (народного) здоров'я та ін.

Міністерство охорони здоров'я України є сьогодні одним з 17-ти діючих в країні міністерств. Виникає запитання, чому центральним органом виконавчої влади у цій сфері має бути саме міністерство? Очевидно, що це може бути й інший орган, з іншою назвою і правовим статусом, тим більше, що подібні пропозиції мали місце в свій час.

Про міністерський статус центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я неодноразово приймали рішення як перший, другий,

так і третій Президенти України, утворюючи Міністерство охорони здоров'я України, затверджуючи положення про нього і призначаючи його керівників. Слід зазначити, що незважаючи на численні трансформації, яким піддавалась система органів виконавчої влади, вони завжди не зачіпляли самого існування Міністерства охорони здоров'я України. Таким чином стало вже певною конституційною традицією те, що при черговій реорганізації урядової системи чи при черговому затвердженні складу уряду, ніби самим собою розумілось незаперечне існування Міністерства охорони здоров'я України.

Міністеріальна система в колишньому СРСР з'явилась в 1946 році, коли існуючі на той час центральні органи державного управління – народні комісаріати, були перетворені у відповідні міністерства. Один із перших радянських дослідників їх природи проф. В. А. Власов вважав що “радянські міністерства є розпорядчими і виконавчими органами державної влади в певній галузі державного управління, керівництво якою на основі Конституції і в межах, визначених законом і постановами уряду, здійснюється міністром.”⁷³⁶ Міністерства в колишньому СРСР проіснували як основна форма органів державного управління аж до його розпаду в 1991 році.

На момент здобуття незалежності в Україні існували республіканські міністерства, які здійснювали державне управління відповідними галузями і сферами в межах республіки. Законом від 3 серпня 1990 року “Про міністерства і державні комітети Української РСР” було визначено перелік центральних органів виконавчої влади, який включав 22 міністерства і 14 державних комітетів. 13 травня 1991 року було прийнято Закон “Про перелік міністерств та інших центральних органів державного управління Української РСР”, згідно з яким кількість міністерств майже не змінилась (23), проте дещо змінились їх назви та завдання. І в першому і в другому випадку в переліку існуючих міністерств було й Міністерство охорони здоров'я УРСР.

Юридична природа центральних органів виконавчої влади, у тому числі і міністерства знаходиться в полі зору українських дослідників – юристів, політологів, економістів, фахівців з державного управління та менеджменту та ін. Цілком очевидно, що розкриваючи природу міністерства і даючи йому визначення (поняття), вони опиралися на норми чинного на той чи інший час законодавства. Так, проф. І. П. Голосніченко визначав, що “міністерство України – центральний орган державної виконавчої влади. Здійснює управління у відповідній галузі або створюється для виконання окремої функції в масштабах країни”.⁷³⁷ Специфіка статусу міністерства полягає в тому, – зазначала проф. Н. Р. Нижник, – що це – орган виконавчої влади, який здійснює керівництво дорученою йому галуззю чи сферою управління. Керівник міністерства – міністр – входить до складу Кабінету Міністрів і керує дорученою галуззю, сферою управління на основі єдиноначалля, несе персональну відповідальність за виконання покладених на міністерство функцій.⁷³⁸

⁷³⁶ Власов В. А. Советский государственный аппарат. М.: Госюриздат, 1951. – С. 89-90.

⁷³⁷ Голосніченко І. П. Адміністративне право України (основні категорії і поняття) Ірпінь, 1998. – С. 10.

⁷³⁸ Нижник Н. Р. Україна – державне управління, шляхи реформування. К., 1997. – С. 21-22.

Звертає на себе увагу необґрунтоване використання у законотворчій діяльності такого складного і стилістично кострубатого терміну як “спеціально-уповноважений центральний орган виконавчої влади”. Його використання викликає певні смислові заперечення, оскільки сам термін “міністерство” є значно коротшим і точнішим за вказаний. Видається, що прийняття Закону України “Про міністерство, інший центральний орган виконавчої влади” в значній мірі спростило б практику застосування таких неоковирних юридичних термінів.

Таким чином, Міністерство охорони здоров'я є центральним органом виконавчої влади галузевої компетенції. Відповідно до п. 15 ст. 106 Конституції України воно утворюється, реорганізовує та ліквідовується Президентом за поданням Прем'єр-міністра України. Міністерство у своїй діяльності підпорядковується Кабінету Міністрів України.

Міністерство охорони здоров'я у своїй діяльності керується Конституцією і законами України, постановами Верховної Ради України, указами і розпорядженнями Президента України, постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів України, а також положенням про нього. У межах своєї компетенції міністерство організовує виконання актів законодавства України і здійснює систематичний контроль за їх виконанням. Воно узагальнює практику застосування законодавства з питань, що входять до його компетенції, розробляє пропозиції щодо його удосконалення і вносить їх на розгляд Кабінету Міністрів України.

Законодавство, що регулює діяльність Міністерства

Першим нормативним актом який почав регулювати діяльність Міністерства охорони здоров'я після проголошення державної незалежності України стала постанова Кабінету Міністрів України № 469 від 12 серпня 1992 р., яким було затверджено відповідне Положення про дане міністерство.⁷³⁹ Відповідно до цього положення Міністерство охорони здоров'я було визначено, як „центральный орган” державної виконавчої влади, підвідомчий Кабінету Міністрів України.

Перше положення про Міністерство охорони здоров'я України формувалось цілком у руслі старих радянських управлінських стереотипів. Воно містило багато запозичених позицій і щодо завдань Міністерства, і щодо повноважень, і щодо його структури, які Були як дві каплі води подібні на відповідні позиції, що містились в Положенні про Міністерство охорони здоров'я колишнього СРСР. Навіть за способом надання йому юридичної сили вони були подібні як близнюки – і в тому і в іншому випадку затверджувались постановами Уряду.

Надзвичайно широкий перелік повноважень міністерства свідчив про бажання авторів цього документа (а всі вони були відповідальними працівниками самого міністерства) передати міністерству практично всі функції колишнього союзного Міністерства охорони здоров'я, ліквідованого

⁷³⁹ Збірник постанов Уряду України. – 1992. – № 9. – Ст. 223.

в грудні 1991 року у зв'язку з розпадом СРСР. Детальний аналіз цього положення вказував на те, що воно було своєрідним витвором адміністративної творчості апарату самого Міністерства охорони здоров'я початкового періоду українського державотворення. Ці повноваження вказували на продовження старої адміністративно – командної політики міністерства, але вже в нових умовах. Це дало підстави автору зробити висновок про його недовговічність.⁷⁴⁰

Наступне Положення про Міністерство охорони здоров'я України було затверджено Указом Президента України від 17 серпня 1998 року № 884 / 98.⁷⁴¹ Це положення визначало правовий статус міністерства яке „є центральним органом виконавчої влади, який забезпечує проведення у житті державної політики в галузі охорони і зміцнення здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, здійснює керівництво дорученою йому сферою управління, несе відповідальність за її стан та розвиток”. Щодо повноважень то вони набули ще більшого розширення (в положенні їх сформульовано 46 !), хоча, за для об'єктивності слід зазначити що більшість з них набула ринкових орієнтирів.

І цей нормативний акт також проіснував не довго - аж до 24 липня 2000 року коли Указом Президента України № 918/2000 було затверджене нове, чинне й до тепер Положення про Міністерство охорони здоров'я України.⁷⁴²

Внутріапаратну, внутріорганізаційну діяльність працівників апарату Міністерства охорони здоров'я України регулює Регламент, який затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 8 від 14.01.2004 р.⁷⁴³

Компетенція (повноваження) Міністерства

Особливості міністерства як галузевого органу державної виконавчої влади проявляються перш за все в його компетенції, яка носить переважно галузевий або міжгалузевий характер. Його компетенцію складає комплекс прав і обов'язків для виконання функцій управління даною галуззю чи сферою, і жодна із основних сторін життя і діяльності не виключена з кола відання і сфери впливу міністерства.

Зміст діяльності міністерства визначається його основними завданнями та функціями як центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Міністерство охорони здоров'я очолює розгалужену систему місцевих органів і закладів охорони здоров'я. Її управлінський каркас побудований відповідно до адміністративно-територіального поділу країни і склався в Україні вперше за роки радянської влади.

⁷⁴⁰ Гладун З. МОЗ України як центральний орган державної виконавчої влади в системі охорони здоров'я // Право України . – 1995. – № 7. – С. 38-40.

⁷⁴¹ Офіційний вісник України. - 1998. - №. 33. - Ст. 1221.

⁷⁴² Офіційний вісник України. - 2000. - №17. - Ст. 740.

⁷⁴³ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2004. - № 36. – січень. - С. 69-74.

Чинне положення про міністерство дещо розширює його повноваження, покладаючи на міністерство такі права і обов'язки, які воно не мало раніше. Це стосується, в першу чергу, здійснення державного управління шляхом реалізації комплексних цільових програм, здійснення контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я недержавної власності та ін. Змінюється і сама роль в організації державного управління в галузі охорони здоров'я України. Відповідно до нових уявлень про сутність державного регулювання і управління, і відповідно до нового положення, міністерство повинно виступати як провідник державної політики, як замовник науково обґрунтованого соціального замовлення медичній науці і практиці по розробці і впровадженню нових методів запобігання, діагностики, лікування захворювань та реабілітації хворих.

Відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України № 918/2000 від 24 липня 2000 року воно є **головним (провідним)** центральним органом виконавчої влади, який забезпечує реалізацію державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; розробляє, координує та контролює виконання державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості; організовує надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню; організовує надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях, здійснює в межах своєї компетенції заходи, пов'язані з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи; розробляє заходи щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; організовує разом з Національною академією наук України, Академією медичних наук України наукові дослідження з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки.

Функції ж міністерства є складовими частинами змісту його діяльності і відображаються в закріплених у положенні про нього завданнях по забезпеченню життєво важливих потреб сфери охорони здоров'я і здійснюються структурними підрозділами (і посадовими особами) шляхом реалізації покладених на них повноважень.

Основним завданням Міністерства охорони здоров'я є розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я, забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я усіх форм власності, здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, формування здорового способу життя, забезпечення надання державними закладами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно безоплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню, координація розвитку мережі закладів охорони здоров'я та ін.

Щодо компетенції Міністерства охорони здоров'я то вона в загальних рисах впливає з його назви, тобто до кола відання даного міністерства відносяться всі питання, які стосуються охорони здоров'я людей. Однак практика діяльності Міністерства охорони здоров'я, місцевих органів охорони здоров'я, свідчить про те, що це швидше ідеал, ніж реальна дійсність. Річ у тому, що міністерство попри все своє бажання на 97 % займається організацією надання медичної допомоги населенню, а саме функцією охорони здоров'я людей, особливо в умовах виробництва, навчання, побуту і відпочинку, контролю за якістю питної води, продуктів харчування, умов безпеки людей на транспорті, практично не займається. В певній мірі ці завдання вирішує державна санітарно-епідеміологічна служба, яка знаходиться в системі міністерства. Однак, якщо проаналізувати внутрішню структуру центрального апарату міністерства і місцевих органів охорони здоров'я, то у вічі просто-таки кидається запрограмованість цих органів на вирішення суто медичних питань, питань забезпечення населення всіма видами медичної допомоги. Але медична допомога і охорона здоров'я хоча і близькі, проте не ідентичні поняття. І навіть, якщо питання саме охорони здоров'я в значній мірі вирішує державна санітарно-епідеміологічна служба, то вона в центральному апараті міністерства представлена лише одним головним управлінням, в той час як інші галузеві підрозділи, мають виключно медичну спрямованість. А в склад місцевих органів охорони здоров'я державна санітарно-епідеміологічна служба, як орган державного нагляду, просто не входить.

Сфера управління Міністерства охорони здоров'я України є надзвичайно широка. Вона включає в себе не лише управління безпосередньо підпорядкованими міністерству закладами охорони здоров'я, а й іншими підприємствами, установами, організаціями, які хоч і мають допоміжне значення в системі охорони здоров'я, проте їх є значна кількість і вони займають значну частину управлінської діяльності Міністерства.

Перш за все, це стосується аптечних закладів, управління фармацевтичною службою, яка є невід'ємною складовою частиною системи охорони здоров'я. В радянський період схема управління аптеками була подібна до схеми управління медичними закладами. Керівником аптечної мережі району був завідувач центральної районної аптеки, який подібно до головного лікаря центральної районної лікарні здійснював керівництво всіма аптеками району.

На рівні області дана служба була представлена вже окремим органом управління – аптечним управлінням виконкому обласної ради. У складі Міністерства охорони здоров'я УРСР як структурний підрозділ існувало Головне аптечне управління.

За часів незалежності в процесі формування засад ринкових відносин понад 90 % аптечних закладів було приватизовано. На базі Головного аптечного управління було утворено виробниче об'єднання „Укрфармація”, яке пережило низку реорганізацій. В результаті їх проведення у Міністерства залишилися функції видачі ліцензій на виробництво, постачання і реалізацію

ліків і функція контролю за їх якістю, яку виконує Державна інспекція по контролю за якістю ліків Міністерства охорони здоров'я України.

Ще в радянський час, в період проведення перебудови серед численних пропозицій по вдосконаленню державного управління у сфері охорони здоров'я висловлювались і пропозиції щодо розширення сфери охорони здоров'я і повноважень міністерства. Зокрема, пропонувалось створити об'єднаний потужний орган державного управління – Державний комітет охорони народного здоров'я, включивши до його складу міністерство охорони здоров'я, міністерство соціального забезпечення, комітет по фізичній культурі і спорту, відомчі органи охорони праці⁷⁴⁴. Були пропозиції щодо включення в систему охорони здоров'я і курортів профспілок, поклавши на міністерство охорони здоров'я управління ними⁷⁴⁵.

В даний час в галузеву систему Міністерства охорони здоров'я входить і сектор медичної і мікробіологічної промисловості, представлений низкою науково-дослідних інститутів, виробничих підприємств і господарських організацій, діяльність яких зорієнтована на забезпечення діяльності медичних і фармацевтичних працівників і закладів охорони здоров'я і носить відносно неї допоміжний характер. З часу організаційного оформлення підприємств і організацій, які входять до даного сектору в певну систему, її керівний орган неодноразово змінювався.

За час свого існування функції міністерства неодноразово змінювалися і доповнювалися. Так, Указом Президента України від 25 лютого 1992 р. № 98 "Про зміни в системі центральних органів державної виконавчої влади України" Міністерству охорони здоров'я були передані функції ліквідованого Державного комітету України з хімічної, нафтохімічної промисловості та медичних препаратів, які пізніше знову були відібрані у міністерства, і на їх базі утворений новий центральний орган виконавчої влади - Державний комітет України з медичної та мікробіологічної промисловості.

Указом Президента України № 1573/99 від 15 грудня 1999 р. „Про зміни у структурі центральних органів виконавчої влади” було ліквідовано Державний комітет України з медичної та мікробіологічної промисловості.

Головним у визначенні і закріпленні правового статусу будь-якого органу, у тому числі і центрального органу виконавчої влади, є його мета. У згаданому Положенні вона чітко не сформульована. При визначенні мети діяльності Міністерства охорони здоров'я ключовою має бути теза про те, що вказане міністерство забезпечує, шляхом проведення відповідних організаційних заходів, охорону здоров'я населення і здійснює управління державною системою охорони здоров'я, а також здійснює регулятивні функції щодо діяльності комунальних та приватних суб'єктів у цій сфері.

Проблема з'ясування сучасної управлінської і правової природи міністерства як центрального органу виконавчої влади здобула своє

⁷⁴⁴ Зарин А. Без барьеров // „Правда”. – 1985. – 25 декабря.

⁷⁴⁵ Марцинкявичус А.Й. Предлагаю объединить // „Аргументы и факты”. – 1988. - № 43. – С. 3.

нормативне вирішення. Указ Президента України від 15 грудня 1999 року № 1572/99 “Про систему центральних органів виконавчої влади” визначив, що міністерство є головним (провідним) органом в системі центральних органів виконавчої влади у забезпеченні реалізації державної політики у визначеній сфері діяльності. Аналіз його юридичної природи і характерних ознак показує, що воно є, по-перше, державним органом; по-друге, органом виконавчої влади і по-третє, центральним органом виконавчої влади, який здійснює державне управління у визначеній галузі чи сфері. Міністерство є вищою (порівняно з державним комітетом чи органом виконавчої влади із спеціальним статусом) формою органу виконавчої влади і саме Президент України Указом від 15 грудня 1999 року № 1574 “Про склад Кабінету Міністрів України” встановив, що до складу Кабінету Міністрів України входить Міністр охорони здоров’я України. 12 січня 2000 року Президент України призначив доктора медичних наук, професора В. Ф. Москаленка Міністром охорони здоров’я України. В 2003 році на цьому посту його змінив професор А.В. Підаєв, який до цього працював на посаді Міністра охорони здоров’я Автономної республіки Крим. Після обрання в грудні 2004 р. Президентом України В.А. Ющенка і призначення Прем’єр-міністром України Ю.В. Тимошенко Міністром охорони здоров’я України був призначений відомий нейрохірург професор М.Є. Поліщук.

Визначальним у правовому статусі міністерства, яке, в свою чергу, впливає на його роль, є функції управління, якими воно наділено. Саме вони й визначають характер його діяльності. Їх повнота й обсяг вказують на те місце, яке цей орган займає в системі органів виконавчої влади.

Члени робочої групи Державної комісії з проведення в Україні адміністративної реформи, напрацювавши Концепцію адміністративної реформи в Україні, визначили, що міністерства – це центральні органи виконавчої влади, покликані формувати та реалізувати державну політику у відповідних сферах суспільного життя (секторах державного управління). Їх очолюють міністри, які за посадою є членами Кабінету Міністрів України і відповідно до цього мають статус політичних діячів (політиків).

Міністерства займають провідне місце серед центральних органів виконавчої влади та інших підвідомчих Кабінету Міністрів органів і фінансуються із державного бюджету. Між міністерствами розподіляється весь спектр урядової політики, за винятком тих напрямів, реалізація яких віднесена до повноважень центральних органів виконавчої влади із спеціальним статусом. Міністерства є єдиноначальними органами. Міністерства повинні мати право видавати загальнообов’язкові нормативно-правові акти в межах повноважень, визначених Конституцією і законами України, а також відповідно до Указів Президента України та актів Кабінету Міністрів України.⁷⁴⁶

⁷⁴⁶ Адміністративна реформа в Україні / Документи і матеріали // Український правовий часопис. – Випуск 4. – 1999. – С. 14.

Діяльність міністерств сьогодні регулюється низкою актів законодавства, серед яких Конституція і закони України, укази Президента, Постанови і розпорядження Кабінету Міністрів і, зокрема, відповідними положеннями про них, що затверджені указами Президента України. Більшість положень про існуючі міністерства були затверджені в 2000 році, що поклало початок вже третьому етапу (перший – 1992 рік, другий – 1996-1998 рр.) їх розробки і вдосконалення. Вказаний нормативний акт (Положення про Міністерство охорони здоров'я України) містить багато положень з неприйнятого закону “Про міністерство, інший центральний орган виконавчої влади”, проект якого був давно розроблений і тривалий час перебуває на розгляді у Верховній Раді України.⁷⁴⁷

Таким чином, у чинному положенні про міністерство охороною здоров'я закріплений варіант поєднання концентрації (централізації) і децентралізації влади. Міністерство охорони здоров'я виконує роль координатора діяльності і замовника від імені держави, який в значному обсязі здійснює не стільки державне управління, скільки державне регулювання відносин у цій сфері шляхом встановлення нормативів, квот, замовлення на закупівлю медикаментів і ліків, видачі ліцензій, акредитації закладів охорони здоров'я та інших методів "м'якого", плавного регулювання. Цьому процесу сприяв і розподіл закладів охорони здоров'я за формою власності – на державну та комунальну власність міст, сіл, селищ, районів і областей. Водночас зберігаються й функції міністерства щодо державного управління зазначеними закладами державної форми власності, які перебувають у його службовому підпорядкуванні (республіканські лікарні, медичні академії й університети, медичні науково-дослідні інститути, санаторії та ін.).

Відразу ж після призначення на посаду, Міністр охорони здоров'я України розподілив сфери діяльності і службові обов'язки між своїми заступниками та затвердив відповідні положення про структурні підрозділи міністерства і посадові інструкції для їх працівників, а власне невід'ємними обов'язками міністра стали: звітування перед Верховною Радою України про роботу в дорученій йому сфері управління, визначення політичних пріоритетів та стратегічних напрямів роботи міністерства, внесення за власною ініціативою питань на розгляд Кабінету Міністрів України та прийняття рішень на його засіданнях.

Проблема визначення і правового закріплення повноважень міністерства полягає у тому, що в умовах формування та функціонування демократичної і правової держави, визначальні положення, що стосуються організації виконавчої влади, її окремих органів, здійснення в цілому державного управління повинні регулюватися не положеннями, нехай навіть

⁷⁴⁷ Закон України „Про міністерства та інші центральні органи виконавчої влади”. Проект.

затвердженими Кабінетом Міністрів України, які все ж таки мають силу підзаконних актів, а саме законодавчими актами, тобто законами, прийнятими Верховною Радою України. Саме це і є одним із завдань започаткованої в Україні адміністративної реформи.

Концепція даної реформи передбачає розробку та прийняття низки законодавчих актів, що мають комплексно врегулювати питання організації і здійснення державного управління. Першими з них мали б стати закони "Про Кабінет Міністрів України" і "Про міністерства та інші центральні органи виконавчої влади", після чого настане час визначити конкретний правовий статус усіх існуючих міністерств (і впорядкувати їх кількість!) шляхом прийняття відповідних законодавчих актів, у тому числі про Міністерство охорони здоров'я України.

Одним з важливіших напрямків Адміністративної реформи в Україні є реформування системи державного управління і системи органів виконавчої влади. Концепція адміністративної реформи в Україні передбачає не лише здійснення комплексних широкомасштабних заходів щодо зміни діяльності системи органів виконавчої влади в цілому, але й так званих структурно-функціональних змін в роботі кожного галузевого органу цієї системи.

Програмне управління у сфері охорони здоров'я

Однією з новацій в роботі Міністерства охорони здоров'я України став перехід від здійснення командного управління до програмних форм управління, що знайшло своє нормативне закріплення в п. 4 положення про міністерство, який зазначає, що воно „бере участь у розробленні проектів Державної програми економічного і соціального розвитку України, Державного бюджету України, Програми діяльності Кабінету Міністрів України, готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує реалізацію державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я”. Задля об'єктивності слід зазначити, що перші спроби програмного управління почали застосовуватись в колишньому СРСР ще в кінці 60-х на початку 70-х років ХХ століття. Як і все перше, вони страждали чи малою кількістю недоліків, серед яких найважливішими були декларативність, відсутність ресурсного забезпечення, а звідсіля і низька ефективність. Однак, якщо подивитись на програмне управління в широкому розумінні, то його першими зразками були перші 5-річні плани розвитку народного господарства країни.

Положення визначає правовий статус Міністерства як центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Указами Президента та постановами Уряду в Україні затверджено десять загальнодержавних та національних програм з найактуальніших проблем охорони громадського здоров'я, спрямованих як на обслуговування

потреб окремих груп населення, так і на забезпечення профілактики та надання медичної допомоги при конкретних захворюваннях.

Надзвичайно важливе значення для розвитку національної охорони здоров'я мають такі нормативно-правові акти, як Міжгалузєва комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14, Програма подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955⁷⁴⁸, значна кількість наказів Міністерства охорони здоров'я України, що забезпечують виконання законів, указів Президента, урядових постанов.

Особливо слід підкреслити, що в положенні про міністерство є окремі позиції, які стосуються програмного управління охороною здоров'я. Так, у 1999 році міністерство здійснювало керівництво десятима програмами охорони здоров'я різних категорій населення, профілактики і боротьби з різноманітними захворюваннями. Однак лише п'ять із них фінансувалися з Державного бюджету, причому в 1999 р. рівень фінансування становив 22,2 % від плану. Це – Національна програма імуннопрофілактики населення і придбання вакцин; Національна програма "Діти України"; програма розвитку служби медицини катастроф; Національна програма "СНІД, наркоманія" на 1998-2000 рр.; програма "Здоров'я літніх людей"; Комплексна програма розвитку медичної промисловості. Аналіз фінансування державних програм за період 1999-2001 роки засвідчує, що фінансове забезпечення їх виконання збільшилося майже в 3,5 рази. У 2001 році з Державного бюджету України на фінансування національних програм та комплексних заходів було заплановано виділити 106394,9 тис. грн, фактично профінансовано 83791,2 тис. грн або на 78,8 % від планових показників.

Однак при наявності тенденції до збільшення обсягів фінансування державних програм, фактично профінансовано майже в повному обсязі лише "Комплексні заходи боротьби з туберкульозом" (на 84,1 %) та Комплексну програму "Цукровий діабет" (на 79,4 %), крім того закуплено протитуберкульозних препаратів на суму понад 30 млн. грн, та інсулінів на суму понад 53 млн грн. Програма "Здоров'я літніх людей" профінансована на 10,4 %, на 18,8 % – "Програма створення єдиної державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення". На жаль в 2001 році не були профінансовані з Державного бюджету Програма створення Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій на 2000-2002 рр., Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я, Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 рр., Програма розвитку Державної служби медицини катастроф на 1998-2001 рр.

Застосування програмного управління як управлінське завдання постало перед Україною в усій своїй масштабності і складності після здобуття нею державної незалежності. Це в повній мірі стосувалося як

⁷⁴⁸ Офіційний вісник України. – 2002. – №28. – Ст. 1324.

управління країною в цілому, так і управління в окремих секторах і сферах, серед яких, звичайно, була і охорона здоров'я. Починаючи із середини 90-х років ХХ століття Міністерство охорони здоров'я України, виконуючи відповідний курс українського Уряду, поступово переходило на принципи і засади програмного управління.

Одним із важливіших питань організації програмного управління є питання про створення належних органів, як здійснюють керівництво виконанням цієї програми. Так, наприклад, п. 3 постанови Кабінету Міністрів України № 1075 від 17 липня 2003 р. „Про затвердження Програми боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки” встановлено, що на Міністерство охорони здоров'я України покладено обов'язки органу, який координує виконання цієї програми.⁷⁴⁹

17 липня 2003 року Кабінет Міністрів України постановою №1075 затвердив Програму боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки. Цією ж постановою Міністерство охорони здоров'я України визначено органом, який координує виконання програми.⁷⁵⁰

На основі Указу Президента України № 345/2001 від 29 травня 2001 року „Про чергові заходи щодо дальшого здійснення адміністративної реформи в Україні”⁷⁵¹ в Міністерстві охорони здоров'я України з'явилася посада державного секретаря, яка проіснувала два роки і була замінена на посаду першого заступника міністра. Указом Президента України від 26 травня 2003 року № 434/2001 “Про деякі заходи щодо оптимізації керівництва в системі центральних органів виконавчої влади”⁷⁵² інститут державних секретарів в міністерствах ліквідований, а розглядувані функції, як це і було до впровадження посад державних секретарів, покладені на перших заступників та заступників міністра. Відповідно до чинного законодавства їх призначає на посаду за поданням Прем'єр-міністра України та звільняє з посади Президент України. Перші заступники та заступники підзвітні і підконтрольні Міністрові. Міністр особисто на власний розсуд розподіляє обов'язки між першими заступниками та заступниками, визначає ступінь їх відповідальності. Таким чином не проіснувавши й двох років створений як черговий захід з проведення адміністративної реформи інститут державних секретарів був ліквідований Президентом України як такий, “що не відповідає оптимальній системі керівництва центральними органами виконавчої влади, не забезпечує сприятливі умови для послідовного здійснення в Україні реформи політичної системи та гальмує процес

⁷⁴⁹ Офіційний вісник України. - 2003. - № 30. – Ст. 1530

⁷⁵⁰ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003.– № 31. – С. 3–4.

⁷⁵¹ Офіційний вісник України. - 2001. - № 22. – Ст. 985.

⁷⁵² Офіційний вісник України. - 2003. - № 22. – Ст. 989.

прийняття законодавчих актів щодо порядку організації та діяльності центральних органів виконавчої влади.”⁷⁵³

Міністр

Правовий статус Міністра охорони здоров'я України визначений нині чинним Положенням про Міністерство охорони здоров'я України, як затвердив Указом від 24 липня 2000 року № 918/2000 Президент України.⁷⁵⁴

Указом Президента України „Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 квітня 2002 року № 379/2002”⁷⁵⁵ внесено зміни до вказаного Положення, якими уточнено повноваження міністра. Так, відповідно до п. 8 вказаного Положення, Міністерство охорони здоров'я України очолює Міністр, якого призначає на посаду та звільняє з посади в установленому законодавством порядку Президент України.

Згідно з цим Положенням, Міністр охорони здоров'я України :

1) керує Міністерством, несе персональну відповідальність перед Президентом України та Кабінетом Міністрів України за розроблення і реалізацію державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, виконання МОЗ України своїх завдань і функцій;

2) спрямовує і координує як член Кабінету Міністрів України здійснення центральними органами виконавчої влади заходів з питань, віднесених до його відання, визначає на виконання вимог законодавства в межах наданих йому повноважень політичні пріоритети, стратегічні напрями роботи МОЗ України та шляхи досягнення поставлених цілей;

3) погоджує проекти законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України з питань, що належать до сфери діяльності Міністерства;

4) подає в установленому порядку на розгляд Кабінету Міністрів України проекти законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України, розробником яких є МОЗ України;

5) подає Прем'єр-міністрові України пропозиції щодо кандидатур на посаду Державного секретаря МОЗ України (далі - Державний секретар), а за поданням Державного секретаря - пропозиції щодо призначення на посади першого заступника та заступників Державного секретаря;

6) затверджує за поданням Державного секретаря програми і плани роботи МОЗ України, розглядає та затверджує звіт Державного секретаря про їх виконання;

⁷⁵³ Там же.

⁷⁵⁴ Офіційний Вісник України. – 2000. – №30. – Ст. 1256

⁷⁵⁵ Офіційний Вісник України. – 2002. – №17. – Ст. 896.

7) приймає за поданням Державного секретаря рішення щодо розподілу бюджетних коштів, головним розпорядником яких є МОЗ України, розглядає та затверджує звіт Державного секретаря про виконання цих рішень;

8) підписує нормативно-правові акти МОЗ України;

9) подає Кабінету Міністрів України пропозиції щодо утворення, реорганізації, ліквідації у складі МОЗ України урядових органів державного управління;

10) вносить Кабінету Міністрів України подання про призначення на посади та звільнення з посад керівників урядових органів державного управління, утворених у складі МОЗ України;

11) призначає на посади та звільняє з посад у встановленому законодавством порядку керівників територіальних органів МОЗ України, а також підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства;

12) порушує в установленому порядку питання щодо притягнення до дисциплінарної відповідальності Державного секретаря, його першого заступника та заступників;

13) вносить у встановленому порядку подання щодо відзначення державними нагородами України працівників МОЗ України;

14) погоджує пропозиції Державного секретаря з питань: призначення на посади та звільнення з посад працівників центрального апарату МОЗ України; утворення, реорганізації, ліквідації територіальних органів МОЗ України, а також підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства, затвердження їх положень (статутів); граничної чисельності працівників урядових органів державного управління, утворених у складі МОЗ України;

15) погоджує виконання Державним секретарем функцій з управління майном, що перебуває у сфері управління Міністерства;

16) здійснює інші повноваження відповідно до законодавства України.

Неприйнятий Закон України „Про центральні органи виконавчої влади” передбачав закріплення за міністром наступних повноважень:

- визначає напрям державної політики та організовує його реалізацію в закріпленому за міністерством секторі державного управління;
- затверджує структуру міністерства за погодженням з Прем'єр-міністром України;
- подає Кабінету Міністрів України пропозиції щодо утворення, реорганізації та ліквідації у системі міністерства урядових органів;
- доповідає законопроекти та інші питання, що належать до компетенції міністерства, на пленарних засіданнях Верховної Ради України;
- затверджує проекти нормативно-правових актів центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується та координується міністром;

- затверджує структуру міністерства за погодженням з Прем'єр-міністром України;
- подає Кабінету Міністрів України пропозиції щодо утворення, реорганізації та ліквідації у системі міністерства урядових органів;
- визначає напрям державної політики та організовує його реалізацію в закріпленому за міністерством секторі державного управління;
- та здійснює інші повноваження, встановлені Конституцією України, цим та іншими законами, а також інші функції, в тому числі відповідно до актів Президента України та Кабінету Міністрів України.⁷⁵⁶

Міністр охорони здоров'я України має двох перших і чотирьох заступників міністра. Кількість посад заступників міністра визначається Кабінетом Міністрів України за поданням міністра.

Заступники міністра повинні надавати підтримку міністру у політичній діяльності та за його дорученням організовують відносини міністерства з іншими органами державної влади та недержавними організаціями, попередньо розглядають та погоджують проекти нормативно-правових актів, які готуються у міністерстві та підпорядкованих йому органах, керують відповідними консультативно-дорадчими органами при міністерстві та здійснюють інші повноваження. Розподіл обов'язків між заступниками міністра здійснює міністр.

Заступники міністра, згідно розподілу обов'язків між ними, виконують обов'язки міністра щодо керівництва міністерством у разі його відсутності чи неможливості здійснювати свої повноваження, а також заміщують міністра на засіданні Кабінету Міністрів України з правом дорадчого голосу.

Міністр встановлює розподіл обов'язків і ступінь відповідальності між своїми заступниками. Кожен із заступників міністра здійснює керівництво декількома напрямками роботи міністерства, наприклад, заступник міністра з лікувально-профілактичної допомоги та кадрів, заступник міністра з охорони материнства і дитинства та ін. Заступник міністра з питань забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя одночасно очолює всю систему державної санітарно-епідеміологічної служби і має спеціальне звання - Головний державний санітарний лікар України – Перший заступник міністра охорони здоров'я України.

Керівники міністерства здійснюють комплексне (у повному об'ємі, без виключень) і лінійне (владно-розпорядче) управління іншими структурними підрозділами міністерства.

Особливе місце серед керівників міністерства займає міністр. Він має у своєму прямому підпорядкуванні декілька підрозділів, але одночасно, як перший керівник, має право взяти на себе вирішення будь-якого питання, яке входить до компетенції міністерства, хоча б воно і було в компетенції будь-якого з його заступників

⁷⁵⁶ Закон України „Про міністерства та інші центральні органи виконавчої влади”. Проект.

Перший заступник міністра, у сфері функціональних повноважень якого знаходиться управління апаратом міністерства, організовує та несе відповідальність за роботу працівників апарату міністерства.

У серпні 2003 року в Міністерстві охорони здоров'я України було введено посаду першого заступника Міністра у зв'язках з Верховною Радою України. Цей крок значно поліпшив співпрацю не лише з профільним Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства. Інтенсифікації набули відносини з Комітетом з питань екологічної політики, природокористування та наслідків Чорнобильської катастрофи, Комітетом з питань бюджету, Комітету у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів. В усіх засідання профільного комітету та засіданнях інших комітетів Верховної Ради України при розгляді законопроектів з питань охорони здоров'я постійно брали участь керівники міністерства та фахівці його структурних підрозділів, а в роботі засідань колегії Міністерства охорони здоров'я – члени профільного комітету. За оцінкою першого заступника Міністра охорони України у зв'язках з Верховною Радою України Тимура Педченка в останній час „робота Міністерства охорони здоров'я з Верховною Радою стала більш динамічною плановою та прозорою”.⁷⁵⁷

Колегія міністерства

У практичній діяльності з керівництва охороною здоров'я міністр спирається на **колегію міністерства**, яка є своєрідним консультативно-дорадчим органом при ньому. Постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 1994 р. № 469 було визначено, що колегія Міністерства охорони здоров'я України складається з 9 осіб. До неї входили міністр, п'ять його заступників, начальники двох головних управлінь міністерства і голова республіканського комітету профспілки працівників охорони здоров'я. Персональний склад колегії міністерства затверджує Кабінет Міністрів України. На засіданні колегії головує міністр, який є її головою, або, у випадку його відсутності, один із заступників міністра. Засідання колегії скликають періодично для вирішення питань, що належать до повноважень Міністерства охорони здоров'я, обговорення найважливіших напрямків діяльності і розвитку галузі. Практикують проведення розширених засідань колегії, для участі в яких запрошують керівників інших державних органів, народних депутатів, керівників структурних підрозділів апарату міністерства, місцевих органів та закладів охорони здоров'я.

Колегія міністерства приймає рішення простою більшістю голосів, які втілюють у життя, як правило, наказами міністра. У випадку розбіжностей між рішеннями колегії і думкою міністра останній має право втілювати у життя своє рішення, беручи на себе відповідальність за його наслідки.

⁷⁵⁷ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – лютий. - № 4 (89). – С. 6.

Апарат міністерства

Виконання завдань, визначених законодавством для Міністерства охорони здоров'я України, у вирішальній мірі залежить від належного ресурсного, і в першу чергу організаційного і кадрового забезпечення, від створення оптимальної організаційної структури апарату управління. Власне наявність організаційної структури забезпечує безперебійну управлінську діяльність міністерства як центрального органу виконавчої влади.

Як уже зазначалось, у різних країнах центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я носить різні назви і відмінні внутрішні структури. Як правило, в основу його організаційної побудови покладаються лінійний, функціональний, або лінійно-функціональний принципи. Головна вимога при цьому – здійснення ефективної державної політики, організаційне забезпечення управління підпорядкованими об'єктами.

Очевидно також і те, що в загальних рисах, внутрішня структура міністерства повинна виходити із забезпечення виконання його службових завдань, сприяти виконанню поставлених цілей і відповідати вимогам часу. В різні періоди життя країни перед центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я ставляться і різні завдання. І якщо на початку розбудови індустріального соціалістичного суспільства в 20-30 рр. ХХ століття в Україні головними завданнями були створення мережі медичних закладів і санітарно-освітня робота серед населення, то сьогодні пріоритетними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є забезпечення фінансування діяльності системи охорони здоров'я, стандартизації медичної діяльності, організація міжнародної співпраці. В цих умовах на перше місце в діяльності міністерства займає робота економічного управління і департаменту міжнародної співпраці.

Апарат Міністерства охорони здоров'я складається з відповідної кількості посад державних службовців, які відповідно до штатного розпису розподілені між певними структурними підрозділами-секторами, відділами, управліннями, головними управліннями, департаментами і службами. В апараті міністерства можна виділити 4 категорії структурних підрозділів :

- а) керівництво;
- б) галузеві (лінійні) підрозділи ;
- в) функціональні підрозділи (служби);
- г) обслуговуючі підрозділи.⁷⁵⁸

Всі працівники центрального апарату міністерства є державними службовцями (за виключенням працівників допоміжних, господарських служб і підрозділів) і їх діяльність регламентується Законом від 16 грудня 1993 р. "Про державну службу". За об'ємом і характером повноважень їх можна розділити на керівників міністерства (міністр і його заступники),

⁷⁵⁸ Гладун З. С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я України) // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні / Вісник української академії державного управління. – К., 2001. – С. 26 – 30.

керівників структурних підрозділів міністерства (начальники головних управлінь, управлінь та самостійних відділів та їх заступники), спеціалісти (фахівці певного фаху і певної кваліфікації, які займають відповідні посади спеціалістів в головних управліннях, управліннях і відділах) і працівники технічного і обслуговуючого персоналу (секретарі, друкарки, оператори і програмісти ЕОМ, діловоди, архіваріуси, водії і техніки автомобілів, робітники господарського відділу та ін.). Службова діяльність двох останніх категорій регулюється окрім того й посадовими (службовими) інструкціями, які затверджуються керівниками структурних підрозділів міністерства.

Постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 1992 р. № 469 „Питання Міністерства охорони здоров'я України”⁷⁵⁹ вперше було встановлено граничну чисельність працівників центрального апарату Міністерства у кількості 250 одиниць. Ця кількість була змінена постановою Кабінету Міністрів України від 26 лютого 2000 р. № 403 „Про затвердження граничної чисельності працівників апарату міністерств, інших центральних органів виконавчої влади і підпорядкованих їм територіальних органів та встановлення ліміту легкових автомобілів, що їх обслуговують”⁷⁶⁰ на 266 одиниць, у тому числі 4 заступники керівника міністерства.

До керівництва міністерства слід віднести посаду самого міністра, який призначається на неї відповідно до Конституції України Президентом України і несе персональну відповідальність за виконання покладених на міністерство завдань і здійснення ним своїх функцій, а також його заступників, серед яких два перших, керівник апарату міністерства та керівники відповідних департаментів та урядових органів. Міністр очолює міністерство та є членом Кабінету Міністрів України. Міністр підзвітний і підконтрольний Кабінету Міністрів України, відповідальний перед Прем'єр-Міністром України за стан справ у відповідному секторі державного управління, а також перед Президентом України з питань, що належать до конституційних повноважень Президента України.

Проект Закону країни „Про центральні органи виконавчої влади” передбачає, що апарат міністерства надає допомогу міністру у розробці політики міністерства та її реалізації, здійснює контроль за дотримання відповідного законодавства, а також забезпечує надання адміністративних послуг фізичним та юридичним особам.

У структурі апарату міністерства утворюються: департаменти, управління, відділи, секретаріат та інші структурні підрозділи. Структурні підрозділи апарату міністерства діють на підставі положень про них, які

⁷⁵⁹ Збірник постанов Уряду України. – 1992. – № 9. – Ст. 233.

⁷⁶⁰ Про затвердження граничної чисельності працівників апарату міністерств, інших центральних органів виконавчої влади і підпорядкованих їм територіальних органів та встановлення ліміту легкових автомобілів, що їх обслуговують. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 лютого 2000 року № 403 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 9.

затверджуються першим заступником міністра – керівником апарату міністерства.

Керівники департаментів міністерств очолюють окремі функціональні чи галузеві напрямки роботи міністерства та мають в своєму підпорядкуванні відповідні структурні підрозділи міністерства.

Керівники управлінь, відділів та інших структурних підрозділів апарату міністерства призначаються на посади та звільняються з посад першим заступником міністра – керівником апарату міністерства у порядку, передбаченому законодавством про державну службу.

Для правового обслуговування, організаційного та матеріально-технічного забезпечення діяльності міністерства у його апараті діє секретаріат міністерства. До складу секретаріату міністерства входять структурні підрозділи з питань:

- правового обслуговування;
- інформаційно-аналітичного забезпечення;
- організації діловодства;
- матеріально-технічного, транспортного і соціально-побутового забезпечення; інші допоміжні служби.

Керівник секретаріату міністерства призначається на посаду та звільняється з посади міністром за поданням першого заступника міністра – керівника апарату міністерства в порядку, передбаченому законодавством про державну службу.

Структура, чисельність, повноваження та умови оплати праці службовців та працівників секретаріату міністерства визначаються положенням про секретаріат міністерства, яке затверджується першим заступником міністра – керівником апарату міністерства.

Однак в 2003-2004 рр. з метою реалізації напрацьованих висновків і рекомендацій Державної комісії з проведення адміністративної реформи в Україні, провідних науково-дослідних установ та окремих вчених у сфері адміністративного права і державного управління, Кабінет Міністрів України за ініціативою Міністерства охорони здоров'я України розпочав II-й етап модернізації внутрішньої структури міністерства. Головною метою цієї модернізації стало підвищення мобільності і відповідальності центрального апарату Міністерства охорони здоров'я, підвищення самостійності його структурних підрозділів.

В результаті цієї модернізації почали реформуватися окремі підрозділи міністерства, які до того були представлені департаментами чи управліннями. В апараті Кабінету Міністрів України була напрацьована нова організаційно-правова форма самостійних структурних підрозділів міністерства, яка успішно почала застосовуватись в процесі реформування внутрішньої структури Міністерства охорони здоров'я України. Нею став урядовий орган державного управління як спеціально уповноважений компетентний орган у відповідній сфері, галузі чи підгалузі суспільних відносин.

Структура міністерства визначається його функціями і відповідно до наявних галузей і служб охорони здоров'я складається з таких підрозділів: Головного управління організації медичної допомоги населенню (у його складі є управління первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої медичної допомоги, організації медичної допомоги дітям і матерям), Головного санітарно-епідеміологічного управління, Головного управління освіти, науки та інформаційно-аналітичного забезпечення, Головного управління медичних кадрів та державної служби, Головного управління економіки, Управління профілактики соціально небезпечних хвороб, СНІДу та формування здорового способу життя, Управління радіаційного захисту населення та медичних проблем аварії на ЧАЕС, Управління медичного страхування, нових медичних технологій та експлуатації медичних закладів, Управління медико-соціальної експертизи, Управління міжнародних зв'язків, юридичного відділу тощо.

Для забезпечення управління і контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів (медикаментів, імунобіо-логічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та виробів медичного призначення), державного контролю за експортом, імпортом, оптовою та роздрібною реалізацією, обігом, зберіганням, застосуванням, утилізацією та знищенням продукції, а також для участі в розробленні та реалізації державної політики у сфері виробництва зазначеної продукції та забезпечення нею населення і закладів охорони здоров'я Постановою Кабінету міністрів України №789 від 2 червня 2003 року створено Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення.⁷⁶¹

Державну службу очолює голова, який призначається на посаду та звільняється з посади Кабінетом Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я.

11 вересня 2003 р. Кабінет Міністрів України постановою № 1446 утворив у складі Міністерства охорони здоров'я Комітет з контролю за наркотиками на базі Комітету з контролю за наркотиками при Міністерстві охорони здоров'я, який був ліквідований.⁷⁶²

3 жовтня 2003 р. Кабінет Міністрів України постановою № 1577 утворив Державну санітарно-епідеміологічну службу, замість існуючого до того часу Департаменту державного санітарно-епідеміологічного нагляду.⁷⁶³

Цими постановами Кабінету Міністрів України визначено правовий статус вказаних органів, які, хоч і є вповні самостійними, однак знаходяться у складі Міністерства охорони здоров'я і йому ж підпорядковуються. Особливість правового статусу цих органів вказує на їх двоїсту природу. З одного боку, шляхом їх утворення і нормативного визначення повноважень зросла їх самостійність і відповідальність. З іншого – вони утворені у складі

⁷⁶¹ Офіційний вісник України. – 2003. – №23 . – С.1037.

⁷⁶² Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003. – вересень. - № 32. – С. 24-28.

⁷⁶³ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003. – жовтень. - № 33. – С. 10.

центрального апарату Міністерства охорони здоров'я і в тій чи іншій мірі виконують службові завдання покладені саме на міністерство, підпорядковуються саме міністру (чи одному з його заступників). Як це передбачено п. 8 Положення про Комітет з контролю за наркотиками, „Комітет очолює голова, який призначається на посаду і звільняється з посади в установленому порядку Кабінетом Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я. Голова Комітету є членом колегії Міністерства охорони здоров'я та Національної координаційної ради боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України”.⁷⁶⁴

Таким чином був підвищений офіційний статус саме міністерства, розширені його повноваження і, відповідно, ускладнена і зміцнена його внутрішня організаційна структура (особливо якщо порівняти її із структурою Міністерства охорони здоров'я 5-10 річної давності). В цій схемі міністерство, на відміну від державного комітету, державної комісії чи державної служби, стає по-справжньому найважливішим **основним** центральним органом виконавчої влади, набуває рис суперміністерства.

З метою вдосконалення здійснення процесу управління у 80-х рр. ХХ століття на основі рішень відповідних директивних і владних органів в якості нововведення були запроваджені Генеральні схеми управління галузями народного господарства країни, виконані десятки науково-практичних робіт по впорядкуванню функцій управління.

Внутрішня організація апарату міністерства перебуває постійно в русі, в його складі з'являються нові структурні підрозділи, наприклад, представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я України, відділ міжнародної співпраці та ін. Так, Указом Президента України від 26 липня 1996 р. № 596/96 "Про зміни в системі центральних органів виконавчої влади України" було перетворено Національний комітет з боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України у Комітет з боротьби із захворюванням на СНІД, із підпорядкуванням його Міністерству охорони здоров'я України,⁷⁶⁵ який в майбутньому був реорганізований в Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (із статусом структурного підрозділу Міністерства охорони здоров'я України).

Виконання завдань, визначених законодавством для Міністерства охорони здоров'я, у вирішальній мірі залежить від належного ресурсного, і, в першу чергу, організаційного забезпечення, від створення оптимальної організаційної структури апарату управління. Власне, наявність організаційної структури може забезпечити безперебійну управлінську

⁷⁶⁴ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003. – вересень. - № 32. – С. 27.

⁷⁶⁵ Урядовий кур'єр. – 1996. – 28 липня.

діяльність міністерства як центрального органу виконавчої влади. Міністерство охорони здоров'я України, як і вся система органів виконавчої влади, розвивається і вдосконалює свою діяльність. Змінюються його організаційна структура, методи і форми здійснення державного управління. Ці новації вимагають і відповідних коштів, яких нема. Визначена Кабінетом Міністрів України кількість працівників центрального апарату міністерства у 250 осіб замала, щоб забезпечити стратегічне управління системою охорони здоров'я.⁷⁶⁶ Аналогічні органи інших, передусім європейських, держав мають значно більше працівників і технічно озброєні набагато краще.

Однак ставити і вирішувати питання про збільшення чисельності центрального апарату міністерства, особливо тепер, коли йде звуження сфери державного регулювання (дерегуляція) суспільних відносин, про збільшення бюджетних коштів на утримання апарату міністерства, є сьогодні, в умовах економічної кризи, практично неможливим. Навпаки, Президент і Кабінет Міністрів України вживають надзвичайних заходів щодо зупинення кризових явищ, економічної стабілізації, скорочення бюджетних видатків. Відповідно до указу Президента України від 21 січня 1998 р. № 41/98 "Про запровадження режиму жорсткого обмеження бюджетних видатків та інших державних витрат, заходи щодо забезпечення надходження доходів до бюджету і запобігання фінансовій кризі"⁷⁶⁷, чисельність працівників Секретаріату Президента України та апарату Кабінету Міністрів України скорочена на 20 відсотків. Такі ж заходи запропоновано здійснити міністерствам та іншим центральним органам виконавчої влади. Отже, йдеться про здійснення управлінських завдань і функцій у кризових умовах, т. зв. "кризове управління".

Виконуючи вимоги Концепції охорони здоров'я населення України, а відтак й ідеї Концепції адміністративної реформи в Україні, Міністерство охорони здоров'я України перейшло на функціональний принцип управління. Існуючі до того відділи та управління міністерства були реорганізовані. Було сформовано чотири напрямки службової діяльності міністерства, які очолюють заступники міністра: блок лікувально-профілактичної допомоги, санітарно-епідеміологічний блок, блок фармації і медичної промисловості, блок новітніх технологій та страхової медицини.

Відповідно до нових завдань Міністерство охорони здоров'я України змінило сьогодні і свою організаційну структуру – замість колишніх лінійних головних управлінь, управлінь і відділів сформовано нову організаційно-штатну структуру. На її основі вперше створено адміністрацію міністерства, діяльність якої має переважно внутрішньо-організаційний характер і, яка підпорядкована безпосередньо міністру та включає управління справами, відділ кадрів, юридичний, фінансовий відділи, бухгалтерію і канцелярію.⁷⁶⁸

⁷⁶⁶ Україна. Соціальна сфера у перехідний період. Аналіз Світового банку. – К.: Основи, 1994. – С. 138.

⁷⁶⁷ Урядовий кур'єр. – 1998. – 24 січня.

⁷⁶⁸ Гладун З.С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення діяльності центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я України) // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні / Матеріали науково-практичної

Сьогодні у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України знаходиться лише 206 закладів охорони здоров'я державної форми власності.

Порядок роботи апарату Міністерства охорони здоров'я України визначений відповідним Регламентом, який затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 8 від 14.01. 2004 р⁷⁶⁹. Регламент роботи апарату міністерства визначає організацію діяльності міністерства, його структурних підрозділів, створюваних при ньому дорадчих органів (колегія, вчена медична рада, комісії, робочі групи тощо), а також взаємодію всіх цих структурних підрозділів з реалізації функцій, покладених на міністерство в цілому. Даний регламент регулює процесі підготовки та прийняття рішень, здійснення контролю за їх виконанням, процедуру розроблення й узгодження проектів законів, актів Президента України та Кабінету Міністрів України, визначає роль тих чи інших посадових осіб міністерства, розмежування та узгодження їхньої діяльності з метою уникнення дублювання функцій.

Проблема реформування системи охорони здоров'я в умовах її неефективності та неспроможності вирішення покладених на неї завдань постає надзвичайно гостро. Потребує розробки концепція та доктрина розвитку охорони здоров'я.

Вперше у 1993 р. на державному рівні під керівництвом тодішнього Міністра охорони здоров'я України Ю. П. Спіженка та із залученням значної групи фахівців системи цього Міністерства з потужним інтелектуальним потенціалом були розроблені проекти Доктрини і Концепції охорони здоров'я, які стали основою для формування проекту Національної програми охорони здоров'я. Незважаючи на те, що їх підтримала і схвалила медична громадськість країни, вони, на жаль, не були затверджені ні Верховною Радою України, ні Кабінетом Міністрів України і не набули значення нормативно-правових актів і юридичної сили.

Їх значення полягало в тому, що це була спроба підготовки документів такого значного масштабу, в яких, по-перше, дано критичну оцінку стану діяльності системи охорони здоров'я України, виявлені й поставлені проблеми функціонування та розвитку галузі і, по-друге, намічені шляхи вирішення цих проблем.

Друга спроба сформувавши сучасну Концепцію реформування системи охорони здоров'я України була зроблена під керівництвом призначеного у 1996 р. міністра А. М. Сердюка. На жаль, і вона залишилась у вигляді опублікованого проекту, який так і не набув сили правового акту, хоча й Кабінет Міністрів України схвалив цей проект, запропонувавши, відповідно до вимог чинного законодавства, зокрема ст. 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я, скерувати його на розгляд Верховної Ради України.

конференції за міжнародною участю (30 травня 2001 р., Київ). Том 1. – К.: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 180-182.

⁷⁶⁹ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2004. - № 36. – січень. - С. 69-74.

Всі структурні підрозділи міністерства за приналежністю можна віднести до 4 блоків його діяльності. Аналізуючи детальніше кожен із вже згадуваних систематизованих напрямків службової діяльності міністерства варто зазначити, що до блоку стратегічного планування входять підрозділи (відділи), які визначають політику сфери, роблять стратегічний аналіз, готують наукові замовлення і проекти рішень про державну закупівлю медикаментів та медичних матеріалів. Йому ж підпорядковані й інші підрозділи, які входять у блоки міжнародного співробітництва і зв'язків з професійними та громадськими організаціями.⁷⁷⁰

Блок з питань формування здоров'я нації включає три підрозділи, які забезпечують пропаганду здорового способу життя, розробку відповідних програм інформування населення, профілактику неінфекційних та інфекційних захворювань і діяльність санітарно-епідеміологічної та екологічної служб, включаючи службу радіаційного захисту.

Блок організації медичної допомоги через свої відділи забезпечує розробку стандартів медичної допомоги для дорослого населення, матерів та дітей, яку надають заклади охорони здоров'я всіх форм власності, проведення медико-соціальної експертизи, координації діяльності відомчих закладів охорони здоров'я та ін.

Блок організації фармацевтичної діяльності та стандартизації якості лікарських засобів і виробів медичного призначення розробляє стандарти якості лікарських засобів і виробів медичного призначення, стандарти акредитації лікувально-профілактичних та аптечних закладів і здійснює координацію роботи інспекцій контролю за якістю.

Можна зробити висновок, що названа структура міністерства відповідає покладеним на нього сьогодні завданням і значною мірою нагадує структуру міністерств охорони здоров'я інших, у тому числі передових країн світу.

Особливий адміністративно-правовий статус мають створені у складі Міністерства охорони здоров'я України спеціалізовані структурні підрозділи: **Фармакологічний центр, Фармакопейний, Комітет контролю і стандартизації імунобіологічних препаратів, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Комітет контролю і стандартизації імунобіологічних препаратів, Комітет з гігієнічної регламентації і державної реєстрації потенційно небезпечних для здоров'я факторів, Комітет з контролю за наркотиками.** Це є спеціалізовані органи Міністерства охорони здоров'я, які входять у склад його центрального апарату і діють на підставі спеціальних положень, які затверджує Кабінет Міністрів України. Він же затверджує і їх персональний склад. З іншого боку, їх повноваження свідчать про загальнодержавний характер їх діяльності в галузі спеціальних питань охорони здоров'я. Аналіз положень про них і

⁷⁷⁰ Гладун З.С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення діяльності центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я України) // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні / Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю (30 травня 2001 р., Київ). Том 1. – К.: Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 180-182.

практика їх діяльності свідчать про те, що вони є спеціальними органами виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

У складі Міністерства охорони здоров'я України Кабінетом Міністрів України можуть бути утворені урядові органи державного управління (департаменти, служби, інспекції). Так, наприклад, на сьогодні створено нову державну систему контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення. Організаційне забезпечення зазначеної системи покладене на Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення, яка за своїм правовим статусом є урядовим органом державного управління. у складі міністерства і йому підпорядковується.

Для розгляду наукових рекомендацій та пропозицій щодо головних напрямів розвитку медичної науки, обговорення найважливіших програм з питань охорони здоров'я в Міністерстві можуть утворюватися **Вчена медична рада**, інші консультативні та дорадчі органи. Склад цих органів і положення про них затверджує Міністр охорони здоров'я України. Вчена медична рада Міністерства тісно співпрацює з Академією медичних наук України – самоврядною державною науковою організацією з проблем медицини та охорони здоров'я, статут якої затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 18 жовтня 1999 року № 1913⁷⁷¹.

2 червня 2003 року Кабінет Міністрів України постановою №789 утворив у складі Міністерства охорони здоров'я на базі Державного департаменту з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення, що був ліквідований, Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення як урядовий орган державного управління⁷⁷².

11 вересня 2003 року Кабінет Міністрів України постановою №1446 утворив Комітет з контролю за наркотиками у складі Міністерства охорони здоров'я України як урядовий орган державного управління.⁷⁷³

За своєю юридичною природою, повноваження міністерства можна розділити на чотири групи – управлінсько-розпорядчі, нормативно-установчі, координаційні та контрольні.

Управлінські є одними з найважливіших повноважень, наданих міністерству. До них, зокрема, відносяться: здійснення відповідно до законодавства України функцій з управління об'єктами державної власності, що належать до сфери його управління; управління закладами охорони здоров'я через організацію відповідно до законодавства державної акредитації закладів охорони здоров'я, ліцензування їх діяльності тощо.

⁷⁷¹ Офіційний вісник України. – 1999. – № 42. – Ст. 2093.

⁷⁷² Офіційний вісник України. – 2003. – №23. – Ст. 1037.

⁷⁷³ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2003–№32.– С.24-28.

До нормативно-установчих повноважень міністерства відносяться його право затверджувати відповідно до законодавства державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи; встановлює в межах своєї компетенції державні стандарти якості лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, питної води, медичної техніки та виробів медичного призначення; бере участь у розробці та введенні в дію екологічних нормативів та норм радіаційної безпеки.

Координаційними повноваженнями міністерства є: його участь у формуванні та реалізації інвестиційної політики в сфері охорони здоров'я; у формуванні та реалізації антимонопольної політики в сфері охорони здоров'я. Міністерство здійснює координацію діяльності закладів охорони здоров'я, органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, науково-дослідних установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності щодо питань діагностики, лікування і профілактики захворювань, формування здорового способу життя; бере участь у визначенні заходів та проведенні разом з центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування роботи із запобігання хворобам, а також зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення та ін.

Серед численних повноважень міністерства, які визначає вказане положення слід виділити групу контрольних повноважень міністерства. В Положенні про Міністерство охорони здоров'я України зазначено, що воно є головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення. У межах своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я України організовує виконання актів законодавства і здійснює систематичний контроль за їх реалізацією.

Відповідно контроль за якістю та реалізацією лікарських засобів і виробів медичного призначення, контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості, організації надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню, надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях є основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я як центральний орган виконавчої влади очолює розгалужену систему органів і закладів охорони здоров'я. Її управлінський каркас побудований відповідно до адміністративно-територіального поділу країни. В той час, відповідно до ідеї "подвійного" підпорядкування, місцеві органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я підпорядковуються по вертикалі вищому органу державного управління аж до Міністерства включно, а по горизонталі – обласній державній адміністрації чи виконавчому комітетові відповідної місцевої Ради. Слід

зазначити, що ця схема управління забезпечує доволі високу надійність і ефективність управління охороною здоров'я населення на місцевому рівні.

Галузеві підрозділи міністерства здійснюють комплексне і лінійне управління підпорядкованими їм структурними одиницями. До них можна віднести Головне управління лікувально-профілактичної допомоги, Управління лікувально-профілактичної допомоги матерям і дітям, Головне санітарно-епідеміологічне управління та деякі інші. Свідченням змін і позитивних зрушень у напрямку поглиблення міжнародної співпраці в галузі зміцнення і охорони здоров'я людей є утворення у складі Міністерства не тільки Управління міжнародних відносин і співпраці, а й відкриття при ньому постійного представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Функціональні підрозділи міністерства покликані забезпечити кваліфіковане здійснення окремих функцій управління (планування, фінансування, підбору і розстановки кадрів, бухгалтерський облік, матеріально-технічне постачання, юридичне забезпечення). За своїм становищем функціональні підрозділи є, перш за все, допоміжними, підготовчими ланками при керівництві органом. Вони наділені самостійними владно-розпорядчими повноваженнями щодо об'єктів управління і реалізують свої повноваження через керівників міністерства або керівників галузевих підрозділів. До них належить планово-фінансове управління, бухгалтерія, контрольно-ревізійний відділ, юридичний відділ та ін.

Обслуговуючі підрозділи виконують допоміжні, матеріально-технічні завдання, забезпечуючи нормальну роботу міністерства, і не беруть участь у здійсненні управлінської діяльності (секретарські й канцелярські функції, господарське забезпечення діяльності апарату, охорона та ін.). До вказаних підрозділів можна віднести канцелярію, приймальню громадян, адміністративно-господарський відділ, гараж та ін.

Вперше за тривалий період розвитку з часів незалежності України була сформована нова сучасна структура міністерства і перед ним поставлені нові стратегічно важливі завдання, що позитивно вплинуло на реформування суспільних відносин і якісно покращило ефективність управління загальнонаціональною системою охорони здоров'я, а також дозволило вирішити ряд наболілих проблем у сфері охорони здоров'я.

Позаштатні головні спеціалісти

Серед працівників апарату Міністерства охорони здоров'я України можна виділити їх специфічну категорію, які з одного боку, є відповідальними працівниками міністерства і очолюють відповідні медичні служби, а з іншого – не перебувають у трудових відносинах і таким чином не є працівниками міністерства. Мова йде про позаштатних головних спеціалістів Міністерства охорони здоров'я України.

Інститут позаштатних спеціалістів виник з необхідності залучати до керівництва відповідними частинами медичної допомоги (медичними службами) найбільш кваліфікованих спеціалістів в тій чи іншій галузі медичної діяльності і остаточно оформився в практиці здійснення державного управління у сфері охорони здоров'я в 30-ті роки ХХ століття. Так як мистецтво лікувати людей є не лише благородною, а й вельми прибутковою справою, а управлінська діяльність, у тому числі і на державній службі розглядається більшістю медиків як тимчасова нетривка і непевна, до того ж низькооплачувана робота, то більшість спеціалістів-медиків, які досягли значних висот професійної діяльності не бажають її покидати і переходити на суто управлінську діяльність в апарати міністерства, управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, аналогічні відділи і управління міських рад. Тому й виникла ідея залучати цих фахівців до управлінської роботи на засадах сумісництва, тобто не пориваючи їх зв'язків з медичною практикою та із закладами охорони здоров'я, де вони працюють. А так, як медична практика надзвичайно багатостороння і внаслідок спеціалізації виникає значна кількість вузьких спеціальностей, той кількість головних позаштатних спеціалістів зросла у міністерстві до 49 осіб (сучасна номенклатура лікарських спеціальностей, затверджена наказом МОЗ України № від включає 97 спеціальностей, а міжнародна класифікація лікарських спеціальностей нараховує їх 196). Всі вони – висококваліфіковані спеціалісти, більшість з яких мають значний професійний стаж роботи, наукові ступені докторів і кандидатів медичних наук і вчені звання доцентів і професорів, значна частина є керівниками чи провідними співробітниками профільних науково-дослідних медичних установ, вищих медичних навчальних закладів чи окремих закладів охорони здоров'я.

За своїм офіційним статусом вони прирівняні до відповідальних працівників міністерства, мають відповідні службові обов'язки, права і відповідальність за організаційно-науково-методичне керівництво відповідними медичними службами. Вказані особи є, по-суті, керівниками відповідних медичних служб на громадських засадах. Однак, при проведенні оплати праці їм встановлюється відповідна доплата (15-25 %) до посадового окладу за керівництво відповідною медичною службою, а в їх посадових інструкціях передбачаються обов'язки по організаційно-науково-методичному керівництву цими службами і виділяється для цього відповідний робочий час.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 серпня 2003 р. № 169-0 затверджено Примірне положення про головного позаштатного спеціаліста МОЗ України.⁷⁷⁴ Відповідно до нього, головним позаштатним спеціалістом Міністерства охорони здоров'я України з однієї із лікарських спеціальностей призначається провідний фахівець з цієї спеціальності системи Міністерства охорони здоров'я України, що має:

⁷⁷⁴ Див.: Архів Міністерства охорони здоров'я України за 2003 рік.

- повну вищу освіту (спеціаліст, магістр) за напрямком „медицина” та відповідною спеціальністю і спеціалізацію за фахом;
- вищу кваліфікаційну категорію з відповідної спеціальності;
- стаж науково-педагогічної і практичної діяльності не менше 10 років;
- науковий ступінь – доктора медичних наук, як виключення – кандидата медичних наук.

Організація роботи головного позаштатного спеціаліста покладається на відповідний профільний структурний підрозділ Міністерства охорони здоров'я України.

Відповідно до статті 5 вищезгаданого Положення на головного позаштатного спеціаліста покладаються наступні службові обов'язки:

- забезпечення організаційно-методичної роботи лікувально-профілактичних закладів України по наданню медичної допомоги хворим з профільною патологією на сучасному рівні;
- вивчення стану та проведення аналізу якості надання медичної допомоги хворим з профільною патологією. Проведення аналізу діяльності лікувально-профілактичних закладів по наданню допомоги таким хворим, , внесення пропозицій по вдосконаленню роботи, підготовка проектів нормативно-правових актів;
- координація роботи штатних та позаштатних спеціалістів управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;
- приймати участь у роботі МОЗ України щодо реалізації державних програм у сфері охорони здоров'я.

Головний позаштатний спеціаліст має право:

- перевіряти стан надання лікувально-діагностичної допомоги хворим в закладах охорони здоров'я України;
- надавати пропозиції щодо розподілу та призначення лікарів-спеціалістів на посади профільної служби. Співпрацювати з профільними кафедрами вищих медичних закладів освіти щодо визначення фахових проблем;
- надавати консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу населенню.

Головному позаштатному спеціалісту за виконання покладених на нього обов'язків з організації та виконання певної роботи встановлюється надбавка в розмірі 15-25 % посадового окладу за основним місцем роботи, за поданням структурних підрозділів МОЗ України в межах виділених асигнувань.

Фінансування діяльності міністерства

Охорона здоров'я – надзвичайно широка сфера державного управління, так як діяльність органів і закладів охорони здоров'я напряму стикається з діяльністю практично всіх галузей економіки, соціально-культурної та

адміністративно-політичної сфер життя держави. Державна система охорони здоров'я володіє значними організаційними, матеріальними, фінансовими, кадровими та ін. ресурсами і здатна, незважаючи на економічні труднощі в державі, виконувати поставлені перед нею завдання. Охорона здоров'я населення перебуває сьогодні в кризовому стані, що визнають більшість політиків, народних депутатів, урядовців, керівників органів і закладів охорони здоров'я, і що власне й відчуває на собі більшість населення країни. Однією з причин такого стану є недостатність фінансування діяльності системи охорони здоров'я в цілому.

Відповідно до ст. ст. 2-3 Закону України „Про джерела фінансування органів державної влади”⁷⁷⁵ Міністерство охорони здоров'я здійснює свою діяльність виключно за рахунок бюджетного фінансування в межах, передбачених Законом України про Державний бюджет України на відповідний рік. Фінансування утворення, реорганізації та ліквідації Міністерства здійснюється в межах коштів, передбачених на утримання органів державної влади Законом України про Державний бюджет України на відповідний рік або (у разі недостатності такого фінансування) після внесення відповідних змін до такого Закону. Кошти на фінансування Міністерства передбачаються у Державному бюджеті України окремим рядком. Міністерство охорони здоров'я України може отримувати додаткові кошти з місцевих бюджетів для виконання делегованих законами України повноважень органів місцевого самоврядування. Йому забороняється створювати позабюджетні фонди, мати позабюджетні спеціальні рахунки та використовувати кошти, одержані за здійснення функцій держави, що передбачають видачу дозволів (ліцензій), сертифікатів, посвідчень, проведення реєстрацій та інших дій на платній основі, в будь-який інший спосіб, крім зарахування таких коштів до Державного бюджету України.

Слід зазначити, що ще в 1992 році на фінансування охорони здоров'я Україна витратила 211,032 млн. крб. що складало 7,7% валового національного продукту (ВНП), тобто за даними Світового банку більше ніж Білорусь, Польща, Португалія, стільки, як Великобританія, і дещо менше, ніж Канада і Швеція. Однак вже у 1996 році цей показник становив лише 4 %, а у 2001 році – 2,6 % (при цьому слід врахувати, що таке зниження витрат на фінансування потреб охорони здоров'я пояснюється також частково випереджаючими темпами приросту реального ВНП відносно темпів збільшення витрат на охорону здоров'я). Загальні обсяги фінансування сфери охорони здоров'я протягом 1997-2001 років зросли на 63,4 %, відповідно видатки з місцевих бюджетів у 1,5 рази, з Державного бюджету – в 4,7 рази. У 2001 році обсяги видатків на охорону здоров'я склали 5233,4 млн. грн., що на 952,5 млн. грн. (на 22,3 %) більше, ніж в 2000 році. Було поліпшено стан фінансування закладів охорони здоров'я. Протягом 2001 року видатки з місцевих бюджетів здійснено на 97,4 % проти 96,1 % у 2000 році. Обсяг видатків на надання медичної допомоги в розрахунку на одного мешканця в

⁷⁷⁵ Відомості Верховної Ради. – 1999. - № 34. - Ст. 274.

Україні у 2001 році становив 101,0 грн., що на 13,2 % більше у порівнянні з 2000 роком.

Загальний фонд зведеного бюджету Міністерства охорони здоров'я України на 2004 рік визначено в сумі 8877, млн. грн. у цьому році збільшення видатків на охорону здоров'я 10,6 % у порівнянні з 2003 роком. Питома вага видатків у загальному обсязі ВВП у 2004 році очікується в розмірі 3,1 % (2002 р. – 2,6 %, 2003 р. – 3,2 %).

Загальні видатки на охорону здоров'я з урахуванням коштів спеціального фонду збільшилися в 2004 році на 6,2 %, з урахуванням коштів спеціального фонду у 2004 році питома вага видатків на охорону здоров'я у ВВП становитиме 3,5 %. Видатки на одного мешканця України у 2004 році становили 185 грн. (2003 р. – 163,2 грн.), а з урахуванням спеціального фонду досягнуть понад 202 грн.

Якщо у відсотках розподілити бюджет Міністерства охорони здоров'я України, то отримаємо наступну картину:

- апарат управління – 0,3 %;
- охорона здоров'я – 88,7 %, у т.ч. санаторно-курортні заклади – 6,2 %;
- наука – 0,9 %;
- освіта – 9,9 %;
- культура – 0,2 %.⁷⁷⁶

Відповідно до Закону України „Про Державний бюджет України на 2004 рік”, на фінансування діяльності міністерства та управлінь охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій **передбачено.....**, що складає 0.3 % бюджету Міністерства охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я є юридичною особою, а значить, має на своєму балансі відокремлене майно державної власності, рахунки в банках, може від свого імені офіційно вступати в будь-які не заборонені чинним законодавством відносини, бути позивачем і відповідачем у суді, арбітражному чи третейському суді.

Можна стверджувати, що ефективність управління охороною здоров'я полягає не лише в наявності (чи відсутності) фінансових ресурсів, але й в раціональному їх використанні, знаходженні оптимального співвідношення між кількістю закладів охорони здоров'я та органів, що здійснюють керівництво ними, а також кількості медичних працівників, які працюють в перших і других. Отже, зі сказаного можна підвести підсумок, суть якого полягає в тому, що ефективність діяльності всієї національної системи охорони здоров'я залежить в значній мірі від ефективного управління нею.

Акти Міністерства

⁷⁷⁶ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – квітень. - № 7 (92). – С. 6.

Реалізація функцій Міністерства охорони здоров'я України здійснюється через прийняття ним управлінських рішень в межах своїх повноважень, або через внесення пропозицій щодо прийняття таких рішень іншими відповідними державними органами. Рішення – це відповідний акт, акт управління, результат управлінської діяльності державного органу чи його посадової особи. Через рішення визначаються мета і завдання певної дії, шляхи і можливості її реалізації, воно залежне від визначеної потреби на підставі зібраної інформації та наявних засобів та наслідків поетапного виконання. Рішення є формою матеріалізації ідеї, оскільки воно змушує рухатися матеріальні, фінансові та людські ресурси.

Відповідно до положення про Міністерство охорони здоров'я України правом видавати відповідні акти (накази і розпорядження) наділений тільки Міністр, або особа, яка виконує його обов'язки. Особливості актів міністерства визначаються його завданнями і правовим становищем в системі державного управління охороною здоров'я, у державному апараті і впливають з його компетенції.

Зміст актів Міністерства охорони здоров'я України безпосередньо відображається в їх юридичній природі, внаслідок чого вказані акти можуть бути поділені на нормативні, ненормативні і змішані. Це обумовлено тим, що міністерство має широкі повноваження управлінського впливу на об'єкти управління. На думку Л.В. Яричевської,⁷⁷⁷ за ознакою їх характеру можна виділити наступні види актів:

- субординаційні – у відносинах з органами нижчого підпорядкування, що організаційно входять в систему міністерства (наприклад, з управліннями охорони здоров'я обласних, Київською та Севастопольською міських державних адміністрацій);
- надвідомчі – у відносинах з організаційно не підлеглими суб'єктами управління, що мають іншу відомчу або галузеву приналежність (наприклад, з установами ветеринарної медицини);
- координаційно-вертикальні – у відносинах з організаційно не підлеглими суб'єктами, що виникають у процесі здійснення

⁷⁷⁷ Яричевская Л. В. Правовые акты органов управления здравоохранением в СССР. Автореф. дисс... к.ю.н. – Х.: 1985. – С. 13 – 14.

спільної діяльності по охороні здоров'я населення (наприклад, з регіональними відділеннями Антимонопольного комітету України);

- координаційно-горизонтальні – у відносинах організації взаємної співпраці з організаційно невідлеглими суб'єктами (наприклад, з Міністерством екології та природних ресурсів України).

На цій основі сфера дії актів міністерства, зокрема за колом осіб, у залежності від регульованих питань поширюється на:

органи управління охороною здоров'я (системі Міністерства і галузі);

інші державні органи, їх посадових осіб, відповідальні за дотримання загальних вимог, що містяться в актах Міністерства охорони здоров'я з питань охорони навколишнього середовища, умов праці, побуту, відпочинку населення, закріплених у санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правилах;

громадян, що зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, (ст. 5 Основ законодавства України про охорону здоров'я), а також дотримуватись адресованих їм приписів.

Важливою частиною діяльності міністерства є **підготовка і прийняття актів управління**. Правовими актами управління, відповідно до п. 6 Положення про Міністерство охорони здоров'я, є накази, які міністр у межах своєї компетенції видає на основі й на виконання чинного законодавства, організує і контролює їх виконання. Міністр охорони здоров'я, у разі необхідності, видає разом з іншими центральними, а також місцевими органами виконавчої влади та громадськими об'єднаннями спільні нормативно-правові акти. Акти міністра являють собою правову форму реалізації його управлінської компетенції. В них проявляються владні вольові дії органу виконавчої влади, які він вчиняє на основі вимог законодавства в процесі реалізації своїх завдань і функцій і скеровані на встановлення, зміну чи відміну правових норм або на виникнення, припинення чи зміну конкретних правовідносин.

Накази міністра з питань охорони здоров'я, видані у межах його компетенції, є обов'язковими для центральних та місцевих органів виконавчої влади, а також підприємств, установ і організацій. В літературі часто зустрічається такий термін як „наказ міністерства”. Слід зазначити, що даний термін не є юридично коректним так як згідно з чинним законодавством право прийняття наказів належить не міністерству як центральному органу виконавчої влади, а саме міністру чи його заступникам. Накази й розпорядження вправі приймати і підписувати міністр або його заступники в межах своїх службових повноважень.

Нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України встановлюють загальні правила поведінки, які не мають конкретного адресата і розраховані

на неодноразове застосування. Вони служать основою для виникнення, зміни і припинення конкретних адміністративно-правових відносин і є актами підзаконної адміністративної нормотворчості. Основний смисл видання таких актів полягає перш за все у виконанні законів, в їх конкретизації і деталізації, у встановленні відповідних підзаконних правових норм.⁷⁷⁸

В основі видання нормативних актів Міністерства охорони здоров'я України лежить те чи інше управлінське рішення, якому таким чином надається правова форма (що передбачає обов'язковість його виконання), причому, в цьому випадку можуть бути встановлені як загальнообов'язкові правила поведінки, так і вирішені питання діяльності конкретних об'єктів управління чи їх посадових осіб. Особливістю актів міністерство є те, що деякі з них містять як і норми права, так і індивідуально-конкретні приписи. Вони визначаються як змішані або різнорідні акти. Так, в наказі „Про затвердження стандартів державної акредитації закладів охорони здоров'я України" від 12 січня 1998 року № 2, поряд із затвердженням вказаних стандартів містяться і конкретні вказівки начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, головним лікарям центральних районних лікарень вжити необхідних заходів щодо дотримання вказаних стандартів в процесі організації державної акредитації закладів охорони здоров'я.

Наказ – головна правова форма здійснення міністерством управлінських повноважень. Здійснюючи управління суб'єктами, які входять у систему охорони здоров'я, міністерство, використовуючи відомчі (галузеві) повноваження, видає накази, які стосуються лише органів і закладів системи Міністерства охорони здоров'я України. До таких ми можемо віднести накази Міністерства охорони здоров'я України від 30 червня 1994 р. № 117 "Про порядок виписування рецептів та відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек" чи від 23 травня 1997 р. № 158 "Про затвердження облікових статистичних форм".

Міністерство, відповідно до положення про нього, володіє також надвідомчими (міжгалузевими) повноваженнями, реалізація яких дозволяє приймати накази, що поширюють свою загальнообов'язкову дію на інших суб'єктів, які не входять у відомчу систему управління. Такі накази можуть бути видані міністерством як самостійно, так і за погодженням з іншими центральними органами виконавчої влади (міністерствами і відомствами) або спільно з ними. Як приклад, можна навести спільний наказ Міністерства охорони здоров'я і Міністерства освіти України від 29 січня 1996 р. № 25/20 "Про затвердження Інструкції про звільнення від перевідних і випускних екзаменів учнів середніх загальноосвітніх навчально-виховних закладів України за станом здоров'я". Інколи прийняті управлінські рішення лише узгоджують з іншим органом виконавчої влади, як це було, наприклад, із

⁷⁷⁸ Сладков В.К. Ведомственные нормативные акты в области здравоохранения, физкультуры и спорта // Закон и ведомственные нормативные акты в СССР. Труды 46. (Под ред. А.А. Ламм, Л.А. Минкуева). – М., 1989. –С. 133.

Інструкцією про порядок заповнення і реєстрації випадків смерті дітей у перинатальному періоді, яка була затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 липня 1995 р. №124 і узгоджена з Міністерством статистики України 04 липня 1995 р. (№ 04-1-7/176).

Серед відомчих нормативно-правових актів, які видає міністерство зустрічаються: інструкції, положення, списки, які, однак, не є самостійними правовими актами, бо вони затверджуються відповідними наказами. Таким чином, наказ є основною формою нормативного акту Міністерства охорони здоров'я, в основі якого лежить те чи інше управлінське рішення, яке таким чином набирає правової форми (що зобов'язує до його неухильного виконання), причому в результаті можуть бути встановлені як загальнообов'язкові правила поведінки, так і вирішені питання діяльності конкретних об'єктів, осіб.

Відомчі нормативні акти є засобом встановлення правового режиму у відповідній галузі, тому необхідно, щоб вони самі відповідали вимогам законності. Незважаючи на те, що їх більшість видається на основі і відповідно до вимог чинного законодавства, однак зустрічаються випадки, видання вказаних актів, які не відповідають вимогам законності. Це показала проведена в січні-лютому 2004 року перевірка Генеральної Прокуратури України стану законності у цій сфері відносин.⁷⁷⁹

Окрім традиційних управлінських документів, які визначають і закріплюють внутрішню структуру міністерства (схеми взаємодії, положення про структурні підрозділи, штатний розпис, спис очний склад та ін.) з'явилися і нові, раніше невідомі підзаконні нормативно-правові акти, які регламентують діяльність апарату міністерства. Це, перш за все, стосується затвердженого наказом в.о. Міністра охорони здоров'я України від 14 січня 2004 р. № 8 Регламенту роботи апарату МОЗ України.⁷⁸⁰

В 2003 р. МОЗ України прийняло 1182 накази організаційно-розпорядчого характеру.

Володіючи інформацією про стан справ у сфері охорони здоров'я, міністерство відіграє головну роль у формуванні стратегії розвитку і функціонування національної системи охорони здоров'я.

Взаємодія Міністерства охорони здоров'я України з іншими органами державної влади

⁷⁷⁹ Про стан прокурорського нагляду за додержанням гарантованих Конституцією та законами України прав громадян на медичну допомогу / Виступ Генерального прокурора України Геннадія Васильєва на розширеному засіданні колегії 18 березня 2004 року // Прокуратура. Людина. Держава. – 2004. – № 3 (33). – С.3 - 4.

⁷⁸⁰ Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2004. – січень. - № 36. – С. 69-74.

ВРУ
Секретаріат ПУ

КМУ
РНБО України

Дані аналізу звернень народних депутатів України до Міністерства охорони здоров'я впродовж останніх п'яти років свідчать про значимість сфери охорони здоров'я, про гостроту проблем, які стоять зараз перед галуззю, проблем, які потребують негайного вирішення.

Міжнародна співпраця

Для забезпечення цього виду діяльності у міністерстві створено спеціальний департамент.

Міністерство охорони здоров'я України має право представляти Кабінет Міністрів України за його дорученням у міжнародних організаціях та під час укладення міжнародних договорів України; одержувати в установленому законодавством порядку від центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також від підприємств, установ та організацій інформацію, документи і матеріали, необхідні для виконання покладених на Міністерство завдань;

Міністерство тісно співпрацює із відділенням ВООЗ в Україні.

У квітні 2004 року відбулася церемонія підписання двосторонньої угоди про співробітництво між Міністерством охорони здоров'я України і Всесвітньою організацією охорони здоров'я. З боку України угоду підписав тодішній Міністр охорони здоров'я Андрій Підаєв, з боку ВООЗ – регіональний директор ВООЗ у Європі доктор Марк Донзон.

Доктор Ната Менабде – директор відділу підтримки діяльності в країнах Європейського регіонального бюро ВООЗ зазначила, що Україна докладає значних зусиль для створення такого органу, отже прямує правильним курсом на шляху створення дієвих механізмів якості лікарських засобів. На думку, д-ра Н. Менабде, на шляху створення національної політики в галузі лікарських засобів (яка отримала офіційну назву „Державна програма забезпечення населення лікарськими засобами на 2004-2010 рр.” і була затверджена постановою кабінету Міністрів України від 25 липня 2003 р. за № 1162) Україна проводить правильну стратегію, спрямовану на покращення здоров'я населення і дотримується курсу рекомендацій ВООЗ щодо більшості пріоритетних напрямів (доступність лікарських засобів, їхня якість, адекватна інформація, раціональне використання тощо)⁷⁸¹.

5.2. Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим

⁷⁸¹ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. – травень. - № 10 (95). – С. 6.

Відповідно до Положення, затверджене постановою Ради міністрів Автономної Республіки Крим № 608 від 7.12. 2004 р. Міністерство є органом виконавчої влади і займає проміжне становище між Міністерством охорони здоров'я України і органами управління охороною здоров'я районного рівня в Автономній республіці Крим, якими є головні лікарі центральних районних лікарень.

За обсягом своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим більше нагадує управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, але з врахуванням існування у складі України Автономної Республіки Крим, називається міністерством. Так, вказаний орган забезпечує реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я; прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію; організовує надання медико-санітарної допомоги населенню, роботу органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Як свідчить зміст цього Положення, воно повністю списане з Типового положення про управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, що затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20.12. 2000 р. № 1845 з певними редакційними правками. Вони стосуються, перш за все, бажання вивести Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим із службового підпорядкування Міністерство охорони здоров'я України, що абсолютно невірним. Якщо в п. 1 Типового положення встановлено, що управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій підпорядковується голові відповідної державної адміністрації та Міністерству охорони здоров'я України, то в Положенні Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим ця схема „подвійного” підпорядкування замінена на підпорядкування виключно Раді Міністрів і Верховній Раді Автономної республіки Крим. І все. Про підпорядкування Міністерству охорони здоров'я України жодного слова, так як ніби Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки Крим не входить в єдину систему охорони здоров'я населення України, а є не тільки автономним органом виконавчої влади, що здійснює державне управління і регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, а й органом виконавчої влади цілком іншої держави. Єдина норма, яка встановлює основні засади регулювання відносин між цими двома міністерствами є п. 4.4. Положення, яким передбачено, що Міністерство охорони здоров'я Автономної республіки

Крим в установленому законодавством порядку надає Міністерству охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи і матеріали.

Видається, що це типовий прояв кримського сепаратизму, який мав би бути **присічений** ще на етапі підготовки проекту даного положення, проведення його правової експертизи або на етапі його державної реєстрації в Міністерстві юстиції Автономної республіки Крим.

Структура міністерства побудована відповідно до поставлених завдань і в загальних рисах нагадує структуру Міністерства охорони здоров'я України з врахуванням місцевих особливостей. Міністерство очолює міністр, який має першого заступника і декілька заступників міністра. При міністрі в якості дорадчого органу створена колегія міністерства. У складі міністерства відповідні департаменти, управління і відділи, які своїми назвами повторюють назви вказаних підрозділів у Міністерстві охорони здоров'я України.

Є ще одна географічно-кліматична особливість в діяльності Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим – в Криму розташована значна кількість санаторіїв, будинків відпочинку, інших оздоровчих закладів, в яких щороку відпочиває та оздоровлюється значна кількість людей. Тому у складі Міністерства охорони здоров'я Міністерство Автономної Республіки Крим створено спеціальне управління санаторно-оздоровчих закладів, яке забезпечує державний контроль за станом медичного обслуговування та проведенням відновного лікування. Однак, слід зазначити, що вказані повноваження Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим поширюються виключно на оздоровчі об'єкти прямо підпорядковані міністерству. А таких насправді небагато, так як їх основна кількість підпорядкована Міністерству охорони здоров'я України або іншим центральним органам виконавчої влади – Кабінету Міністрів, Міністерствам оборони, внутрішніх справ, транспорту і зв'язку, Службі безпеки України та ін.

5.2. Управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій

У всіх 24 областях України для здійснення керівництва охороною здоров'я населення у складі обласних державних адміністрацій створені управління (головні управління) охорони здоров'я як спеціалізований галузевий орган виконавчої влади. У місті Києві дане управління носить дещо іншу назву – Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації.

Згідно із Законом України "Про місцеві державні адміністрації"⁷⁸² управління охорони здоров'я створюють відповідно до примірної схеми і примірного переліку управлінь та відділів обласної державної адміністрації наказом (розпорядженням) її голови.

Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації⁷⁸³ є важливим органом виконавчої влади середньої ланки. Його важливість визначена тим, що воно є, з одного боку, спеціалізованим (галузевим) органом виконавчої влади області і його утворює обласна державна адміністрація, а з другого - як галузевий орган воно повинно вступати у службові відносини з Міністерством охорони здоров'я України, входить у систему органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління у визначеній галузі відносин і наділені для цього відповідними владними повноваженнями. Ця "двоїстість" юридичної природи управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації проявляється у поєднанні в його діяльності як загальнодержавних, так і територіальних засад, і саме тому воно є головним "робочим" органом реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в області, з виконання законодавчих актів, урядових постанов і наказів Міністерства охорони здоров'я України на місці.

У системі державного управління сферою охорони здоров'я і організації медичної допомоги важливе місце займають галузеві органи управління охороною здоров'я, що покликані своїми управлінськими засобами забезпечувати виконання багатогранних і складних завдань, що стоять перед усією системою охорони здоров'я. Від досконалості їх організаційної структури, чіткості функціонування і злагодженості в роботі значною мірою залежить сила організуючого і мобілізуючого впливу на керовані об'єкти, ефективність управління. Тому вирішенню саме цих питань приділяється серйозна увага.⁷⁸⁴

Таке важливе місце, яке займає управління охорони здоров'я в системі галузевих (спеціальних) органів виконавчої влади, і та велика роль, яку воно відіграє в організації і здійсненні державного управління, здавалось би, повинні були привести до глибоких і серйозних досліджень його природи, завдань, функцій і структури, аналізу його владних повноважень та практики їх застосування, його організаційної та управлінської діяльності підпорядкованими закладами охорони здоров'я.

Однак, як виявилось, це зовсім не так. І на це є певні причини. Оскільки в галузевому відношенні цей орган належить до галузі охорони здоров'я, в якій кількісно і якісно домінують спеціалісти-медики, то, незважаючи навіть на наявність окремої лікарської спеціальності - лікар-організатор охорони здоров'я, значної кількості керівників органів і закладів охорони здоров'я, великої групи науковців-медиків, докторів і кандидатів наук з цієї

⁷⁸² Відомості Верховної Ради. – 1999. – № 20-21. – Ст.190 Урядовий кур'єр. – 1999. – 15 травня. – № 89.

⁷⁸³ Повно офіційна назва цього органу – управління (головне управління) охорони здоров'я обласної державної адміністрації. Однак, у подальшому, для зручності, крім його повної назви, автор вживатиме і скорочені варіанти – Управління охорони здоров'я області, Управління охорони здоров'я.

⁷⁸⁴ Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – С. 100 –101.

спеціальності, слід об'єктивно визнати, що питання організації і діяльності управління охорони здоров'я, за окремими незначними винятками, опинились за межею їх наукових досліджень.⁷⁸⁵

Ставити цю прогалину у вину науковцям-медикам було б несправедливо, оскільки як, властиво, питання природи органів державної, у тому числі виконавчої, влади, дослідження владних повноважень цих органів і практики їх застосування, організації і здійснення державного управління найбільше входить, все ж таки, у сферу юридичної науки і науки державного управління. Однак внаслідок тривалого періоду правового нігілізму і невігластва та панування адміністративно-командної системи управління роль права, закону та його засобів регулювання була штучно занижена і, по суті, зведена до бутафорської ширми, коли штатний розпис управління охорони здоров'я навіть не передбачав посади юрисконсульта (а в самому Міністерстві охорони здоров'я України працювало 1-2 юристи - і це на всю галузь у межах усєї республіки!), юристів, які професійно займалися питаннями охорони здоров'я, було надзвичайно мало, а юристів-науковців, які з правових позицій досліджували б питання організації і управління охорони здоров'я, – ще менше.⁷⁸⁶

Ці причини разом і привели до того, що питання організації і управління охорони здоров'я, особливо в сучасних умовах, є малодослідженими в науці, а про управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, їх управлінську природу, форми і методи діяльності і сьогодні нема жодної роботи у вітчизняній науковій літературі за більш як 80-річний період існування цього органу.

Однак в умовах формування демократичної правової держави, підвищення ролі права в житті українського суспільства і держави, закріплення у ст. 8 Конституції України принципу верховенства права, створення незалежної судової влади так більше тривати не може. І більшість сучасних керівників органів і закладів охорони здоров'я добре розуміють це. В штатних розписах управлінь охорони здоров'я областей нарешті з'явилися посади юрисконсультів, і все частіше керівники охорони здоров'я перед прийняттям рішень обговорюють із юристами їх юридичну обґрунтованість і відповідність чинному законодавству. Вхідження працівників апарату управлінь охорони здоров'я до категорії державних службовців зобов'язує їх постійно підвищувати свій рівень правових знань і при виконанні службових обов'язків керуватися тільки вимогами законодавства. Дедалі частіше управління охорони здоров'я як самостійні юридичні особи вступають в

⁷⁸⁵ Практично єдиною, що висвітлила цю проблему, стала книга тодішнього Міністра охорони здоров'я Латвійської РСР П.І.Калью „Современные проблемы управления здравоохранением», випущена видавництвом «Медицина» в Москві 1975 р. Більшість наукових публікацій медиків з проблем організації і діяльності управління (тоді відділу) охорони здоров'я стосувалися лише окремих питань його діяльності. Див.: Кобець Г.Л. Управление здравоохранением области. К.: „Здоров'я”, 1974 або Монастирський Р.Я., Петришин С.М. Пути совершенствования методов управления здравоохранением области // Советское здравоохранение, 1974, № 1. – С.22-25.

⁷⁸⁶ Єдиною науковою роботою, яку за часів колишнього СРСР з цієї проблеми юрист, була книга В.І.Шабайлова „Управление здравоохранением в СССР”, видана у видавництві „Юридическая литература” в Москві у 1968 р..

юридичні відносини з іншими державними органами, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями, укладаючи з ними адміністративні договори. Саме життя змусило запровадити посади юрисконсультів у великих закладах охорони здоров'я, а за юридичне обслуговування невеликих медичних закладів взялися адвокати за договорами.

Незважаючи на подвійне підпорядкування, управління охорони здоров'я є окремим органом виконавчої влади, який самостійно діє у межах наданої йому компетенції. Вперше в Україні вони були утворені в 20-х роках як спеціалізовані органи управління губернських (потім обласних) Рад робітничих, селянських і солдатських депутатів і за час свого існування перетерпіли багато змін і реорганізацій, які стосувалися службових завдань, структури, форм і методів діяльності. Протягом тривалого часу за радянського періоду, аж до проголошення державної незалежності України (24 серпня 1991 р.), вони проіснували як відділи охорони здоров'я виконкомів обласних Рад народних депутатів (до 1992 р.).

У зв'язку із запровадженням в Україні інституту президентства і наступною реорганізацією системи державного управління у великих областях ці відділи були перетворені в Управління охорони здоров'я, а в 1994 р., виходячи із завдань, що постали перед згаданими органами щодо охорони і захисту здоров'я населення від впливу негативних факторів забруднення довкілля, в окремих великих областях (Донецькій, Дніпропетровській, Одеській і Львівській) вони були реорганізовані у головні управління охорони здоров'я.

Сьогодні управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації є доволі потужним спеціалізованим галузевим органом виконавчої влади, який організований за всіма критеріями самостійного органу і має такі характерні риси:

- самостійність у здійсненні управління підлеглими об'єктами, якими виступають системи охорони здоров'я міст і районів області й заклади охорони здоров'я обласного підпорядкування;
- чітко окреслена ієрархічна структура влади, яка має форму піраміди;
- розподіл праці працівників апарату на робочих місцях;
- затверджені правила і процедури, які визначають права, обов'язки і функції працівників апарату, а також правила і процедури, що стосуються самої роботи;
- відбір, прийняття на роботу і просування по службі осіб залежно від їх кваліфікаційних і особистих даних.⁷⁸⁷

Як впливає із самої назви, цей орган виконавчої влади створюють для організації і забезпечення охорони здоров'я населення області і, власне, це є його головною метою діяльності. Про це свідчить аналіз ряду важливих

⁷⁸⁷ Управление людскими ресурсами здравоохранения / Доклад комитета экспертов ВОЗ. Серия технических докладов. – Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1991. – С.28.

Державних програм та інших документів, законодавчих й інших правових актів⁷⁸⁸, зокрема, Основ законодавства України про охорону здоров'я.⁷⁸⁹ Однак уже у визначенні мети створення і діяльності цього органу закладено певне протиріччя, що впливає із самого розуміння змісту охорони здоров'я.

Якщо розуміти охорону здоров'я в широкому тлумаченні, як це подають Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, ряд інших міжнародно-правових актів, Основи законодавства України про охорону здоров'я, то слід відразу ж визнати, що згаданий орган виконавчої влади не може забезпечити виконання цієї мети, оскільки не володіє для цього відповідними засобами і ресурсами. Так, зокрема, у ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я йдеться, що охорона здоров'я - це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності й соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Такі заходи за своїм характером можуть бути політичними, соціальними, організаційними, економічними, медичними, правовими, духовними та ін. і, зрозуміло, що застосовувати їх, впливати на всі сфери суспільного життя (соціальну, економічну, культурну, духовну) управління охорони здоров'я не має достатніх повноважень. Аналіз положення⁷⁹⁰ про нього, свідчить про те, що діяльність управління охорони здоров'я на 90% запрограмована не на охорону здоров'я населення, а на організацію і забезпечення надання населенню медико-санітарної допомоги.

І тому загальноприйнятним вважають розуміння охорони здоров'я у вузькому значенні, тобто саме як організацію медико-санітарної допомоги населенню. Власне, це і є основою службової діяльності управління охорони здоров'я, з цього й випливають його основні завдання та функції.

Правовий статус управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації сьогодні визначений на основі Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, яке було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 1998 р. № 1946⁷⁹¹. Воно замінило положення про відділ охорони здоров'я виконавчого комітету обласної, міської (міста республіканського підпорядкування) Ради народних депутатів, що діяло з 1981 року.⁷⁹² Проте, через два роки і це положення було змінено нині чинним.⁷⁹³

На основі вказаного типового положення обласні державні адміністрації розробляють свої конкретні положення про управління охорони

⁷⁸⁸ Див. напр. „Про основи національної безпеки України”. Закон України від 19 червня 2003 р. // Офіційний вісник України. – 2003. - № 29. – Ст. 1433.

⁷⁸⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1993. - № 4. – Ст.19.

⁷⁹⁰ Типове положення про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1946 // Офіційний вісник України. – 2000. – №51. – Ст. 2207.

⁷⁹¹ Офіційний вісник України. – 1998. – №50. – Ст.1839.

⁷⁹² Збірник постанов Уряду УРСР. – 1981. – №8. – Ст. 67.

⁷⁹³ Офіційний вісник України. – 2001. – № 51. – Ст. 2207.

здоров'я, які враховують конкретні місцеві умови, в тому числі й місцеву систему закладів охорони здоров'я, їх мережу та потужність, і які затверджує голова відповідної обласної державної адміністрації.

Основними завданнями управління охорони здоров'я є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

4. Управління відповідно до покладених на нього завдань:

- готує пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку території та проектів місцевого бюджету, подає їх на розгляд відповідній держадміністрації та забезпечує їх виконання;
- у межах своєї компетенції сприяє органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку відповідної території;
- вивчає стан здоров'я населення, вживає заходів до запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;
- в установленому законодавством порядку надає Міністерству охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи та матеріали;
- здійснює на основі галузевих медичних стандартів контроль за якістю та обсягом медико-санітарної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я всіх форм власності;
- організовує роботу з охорони здоров'я, материнства і дитинства, відбір дітей та підлітків на санаторно-курортне лікування, контролює стан здоров'я дітей у дошкільних та інших навчальних закладах незалежно від форми власності, виробництво і якість продуктів дитячого харчування в закладах охорони здоров'я;
- готує пропозиції, спрямовані на проведення реформи в галузі охорони здоров'я, і подає їх на розгляд відповідній держадміністрації;
- визначає потребу у медичній техніці, медикаментах, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;
- забезпечує у визначений законом термін розгляд звернень громадян та їх об'єднань, здійснює контроль за цією роботою в закладах охорони здоров'я;

- сприяє санаторно-курортному лікуванню інвалідів, ветеранів війни та праці, осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- сприяє розвитку міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я;
- здійснює систематичний контроль за додержанням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності;
- виконує інші функції, пов'язані з реалізацією покладених на відповідну держадміністрацію завдань у галузі охорони здоров'я

Управління охорони здоров'я - досить сильний орган виконавчої влади середньої ланки, до компетенції якого віднесено вирішення практично тих самих завдань, за деякими винятками,⁷⁹⁴ що й до компетенції Міністерства охорони здоров'я України, тільки на рівні області.

Відповідно до покладених на управління охорони здоров'я завдань та для їх успішного вирішення воно наділено відповідними повноваженнями, зокрема:

- визначає потребу у медичній техніці, медикаментах, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;
- подає пропозиції та погоджує проекти планів приватизації закладів охорони здоров'я;
- здійснює організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення на відповідній території;
- здійснює фінансування закладів охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласних бюджетів, бюджетів міст Києва та Севастополя, контролює ефективне використання ними фінансових, матеріальних та трудових ресурсів;
- сприяє розвитку медичної науки і техніки, реалізації регіональних науково-технічних програм, впроваджує в практику наукові досягнення та передовий досвід у галузі охорони здоров'я;
- забезпечує здійснення контролю за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану, організовує пропаганду наукових медичних і гігієнічних знань серед населення;
- вживає заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляє прогнози її розвитку, враховує їх під час розроблення проектів програм соціально-економічного розвитку відповідних територій;
- проводить в установленому порядку державну акредитацію комунальних закладів охорони здоров'я;
- організовує правове виховання працівників галузі, роз'яснення законодавства про охорону здоров'я;

⁷⁹⁴ Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації не займається сертифікацією рівня медичних послуг, розвитком пріоритетних напрямків наукових досліджень та організацією підготовки медичних і фармацевтичних працівників з вищою освітою та ін.

- визначає потребу у фахівцях різних спеціальностей для галузі охорони здоров'я, формує замовлення та проводить в установленому порядку підготовку, перепідготовку та атестацію працівників охорони здоров'я;

Для виконання своїх повноважень Управління охорони здоров'я має право: отримувати статистичні та аналітичні матеріали від обласного статистичного управління про діяльність закладів охорони здоров'я іншого підпорядкування, розміщених на території відповідної області, незалежно від їх форм власності; отримувати від інших структурних підрозділів обласної державної адміністрації документи та оперативну інформацію, що стосується повноважень Управління; контролювати дотримання чинного законодавства у підпорядкованих установах та ін.

Управління охорони здоров'я забезпечує порядок надання населенню швидкої медичної допомоги спеціальною службою, здійснення заходів щодо підготовки органів, закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги в екстремальних і надзвичайних умовах, матеріально-технічного забезпечення установ, призначених для Міноборони, цивільної оборони та служби екстремальної медицини (у військовий час).

Управління охорони здоров'я бере участь і координує діяльність під час розробки екологічних програм в області, проведення оздоровчих заходів серед населення, у пропаганді здорового способу життя, наданні методично-організаційної допомоги місцевим органам влади з питань охорони здоров'я населення, у розробці та проведенні заходів щодо оздоровлення навколишнього середовища.⁷⁹⁵

У рамках наданих управлінню повноважень воно входить із поданням до обласної державної адміністрації про припинення дій адміністрацій відповідних підприємств, установ та інших юридичних осіб, що суперечать Конституції України і законам України, указам Президента України та іншим актам законодавчої і виконавчої влади, або про звернення до суду, арбітражного суду з позовом про їх визнання недійсними, а також про звільнення з посад службових осіб, винних у таких порушеннях; погоджує статuti закладів, які належать до компетенції управління, змінює їх назви і підпорядкованість, якщо це не потребує зміни власності на приміщення і майно; контролює дотримання чинного законодавства в підпорядкованих закладах.

Управління охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством України та положенням про нього, забезпечує реалізацію законів України, указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України, інших актів законодавчої і виконавчої влади, рішень відповідних органів самоврядування, прийнятих у межах їх компетенції, забезпечує економічний та соціальний розвиток, а також інші функції державного управління охороною здоров'я області.

⁷⁹⁵ Див. "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення". Закон України // Відомості Верховної Ради України. – 1994. - № 27. – Ст. 218.

У питаннях забезпечення законності, прав і свобод громадян управління охорони здоров'я забезпечує належний розгляд звернень громадян щодо діяльності доручених галузей, вживає заходів попередження їх виникнення; у разі порушення громадського порядку, стихійного лиха, екологічних катастроф, епідемій, епізоотій та пожеж, у межах своєї компетенції вживає передбачені законом особливі заходи, пов'язані з підтриманням громадського порядку, врятуванням життя людей, захистом їх здоров'я і прав, збереженням матеріальних цінностей; взаємодіє з органами прокуратури та фінансовими організаціями у питаннях, пов'язаних із діяльністю установ дорученої галузі.

Управління охорони здоров'я реалізує й інші повноваження, доручені обласною державною адміністрацією або визначені законодавством України.

Управління охорони здоров'я координує свою діяльність з іншими підрозділами обласної державної адміністрації в рамках єдиної концепції розвитку регіону.

Управління охорони здоров'я здійснює свої повноваження самостійно і несе відповідальність за протиправні рішення і дії згідно з законодавством України.

Центральною проблемою у здійсненні державного управління в галузі охорони здоров'я на рівні області є відсутність єдності його організаційної системи. Вона полягає у відсутності єдиного органу виконавчої влади, який би здійснював державне управління в галузі охорони здоров'я у повному обсязі. Сьогодні державне управління в цій галузі здійснює і головний державний санітарний лікар, який водночас, *ex officio*⁷⁹⁶ очолює і обласну санітарно-епідеміологічну станцію, і санітарно-епідеміологічну службу в області. Певні функції управління щодо медикаментозного забезпечення населення і закладів охорони здоров'я області виконують обласні державно-комунальні підприємства (корпорації) "Фармація", котрі утворились в 1993-1996 рр. внаслідок роздержавлення і приватизації аптечних закладів, керівництво якими раніше здійснювали виробничі об'єднання "Фармація", а ще раніше - аптечні управління облвиконкомів.

В умовах уже існуючої конкуренції у сфері торгівлі медичною апаратурою обласне державно-комунальне підприємство "Політехмед", яке є окремою юридичною особою, здавалось би, жодних функцій управління щодо закладів державної і комунальної форм власності не виконує. Однак при майже загальній відсутності коштів у закладів охорони здоров'я на придбання нової і ремонт та обслуговування вже діючої медичної техніки це підприємство здійснює, як не дивно, розподіл медичної техніки, що надходить, із наступною її оплатою. А розподіл, уже сам собою, є своєрідним проявом управління.

І, нарешті, необхідно сказати про створення у 1989 р. в областях управлінь охорони навколишнього природного середовища, які вирішують завдання збереження довкілля, що є необхідною умовою здоров'я людей і які, згідно зі своїм статусом спеціалізованого органу виконавчої влади, мають

⁷⁹⁶ *ex officio* (лат.) – за посадою.

співпрацювати і з управлінням охорони здоров'я, і з обласною санітарно-епідеміологічною службою.

Це - органи виконавчої влади, в яких завдання охорони здоров'я людей стоїть на першому місці. Однак на рівні області є й інші органи, у сферу службової діяльності яких входять питання охорони здоров'я. Це і управління у справах захисту прав споживачів, і управління (відділ) ветеринарної медицини, і управління Державної служби боротьби з економічною злочинністю Управління Міністерства внутрішніх справ України в області та ін.

У випадках проведення ревізій у підпорядкованих управлінню охорони здоров'я медичних закладах виникає потреба у координації діяльності з органами Контрольно-ревізійної служби України.

Взагалі, окрему групу відносин становлять відносини управління охорони здоров'я з державними органами, які здійснюють контрольню-наглядову діяльність. Це - органи Державної протипожежної і автомобільної інспекцій, енергонагляду, технічного нагляду за безпечним веденням робіт, санітарно-епідеміологічної служби, державної інспекції контролю за цінами, архітектурного нагляду, у справах захисту прав споживачів та ін. У випадках виявлення порушень законодавства у діяльності працівників підлеглих управлінню охорони здоров'я медичних закладів чи апарату самого управління керівники зобов'язані передати ці матеріали у відповідну прокуратуру за територіальністю чи у відповідний орган внутрішніх справ. У протилежному випадку для них особисто настає відповідальність за приховування фактів порушення закону.

Постійні службові відносини в управління охорони здоров'я існують з управлінням освіти та комітетом з професійно-технічної освіти і стосуються дотримання вимог законодавства про охорону здоров'я школярів та молоді в процесі здійснення навчально-виховної роботи у відповідних (дошкільних, шкільних, позашкільних, професійно-технічної освіти) закладах, організації забезпечення медичної допомоги дітям і підліткам, навчання їх здорового способу життя та ін.

Відповідно до завдань та повноважень сформульована і внутрішня структура апарату управління охорони здоров'я, яка в загальних рисах повторює структуру міністерства.

Очолює управління охорони здоров'я начальник, який є вищою посадовою особою в системі охорони здоров'я області, і якого призначає на цю посаду та звільняє з неї своїм рішенням голова обласної державної адміністрації. Начальник управління у своїй роботі підпорядковується голові обласної державної адміністрації і безпосередньо одному з його заступників, який здійснює керівництво, "курацію" гуманітарною та соціально-культурною сферою.

Начальник керує діяльністю управління та забезпечує виконання поставлених перед управлінням завдань, персонально відповідає за їх виконання і здійснення ним своїх функцій, встановлює ступінь відповідальності заступників, керівників структурних підрозділів; приймає на

роботу і звільняє працівників апарату управління, головних лікарів медичних закладів області, міст і районів, установ охорони здоров'я, що є клінічними базами медичного університету чи академії, та підпорядкованих середніх медичних навчальних закладів за погодженням з місцевими органами державної влади та погоджує призначення на посади заступників вищеперерахованих закладів; є розпорядником коштів, затверджених кошторисом; організовує мобілізаційну підготовку управління та медичних установ області згідно з їх завданням та медичну службу цивільної оборони області; керує державним наглядом у системі охорони здоров'я області, контролює діяльність лікувально-профілактичних та фармацевтичних установ, приватних і страхових медичних організацій.

Крім того, начальник управління охорони здоров'я має право у встановленому порядку відкривати необхідні розрахункові та інші рахунки в установах банків; діяти від імені управління і представляти його інтереси в усіх підприємствах, установах, організаціях; видавати доручення, в тому числі і з правом передоручення тощо.

Начальник управління, в межах своїх повноважень та відповідно до законодавства, одноосібно видає акти (накази, розпорядження) управління, організовує та перевіряє виконання розпоряджень обласної державної адміністрації, нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України, у необхідних випадках видає з керівниками інших управлінь спільні накази та інструкції. Накази і розпорядження начальника управління є актами правозастосування. Їх юридичний зміст полягає в організації виконання актів законодавства, актів вищих галузевих органів і органів загальної компетенції. У той же час вони виражають розпорядчі повноваження керівного і контролюючого характеру стосовно актів підлеглих суб'єктів – нижчестоящих відділів і адміністрації закладів охорони здоров'я.⁷⁹⁷

У випадку його відсутності накази і розпорядження, в межах визначених посадовою інструкцією повноважень, мають право видавати його заступники.

При управлінні охорони здоров'я як консультативно-дорадчий орган створюють колегію у складі начальника управління (голова колегії), його заступників, керівників відділів управління та медичних закладів обласного підпорядкування. Персональний склад колегії затверджують наказом (розпорядженням) голови обласної державної адміністрації.

Членом колегії управління охорони здоров'я за посадою є також головний державний санітарний лікар відповідно області, міст Києва і Севастополя. До складу колегії можуть входити керівники інших структурних підрозділів відповідної обласної (міської) державної адміністрації та працівники закладів охорони здоров'я.

⁷⁹⁷ Яричевская Л. В. Правовые акты органов управления здравоохранением в СССР. Автореф. дисс... к.ю.н. – Х.: 1985. – С. 16.

Склад колегії затверджує голова відповідної обласної (міської) державної адміністрації за поданням начальника управління охорони здоров'я.

Рішення колегії оформляють наказами начальника управління охорони здоров'я. При розбіжностях між рішеннями начальника управління та членами колегії до виконання приймають рішення начальника, який персонально відповідає за нього. Діяльність управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації ґрунтується на засадах законності, персональної відповідальності, поєднання загальнодержавних та місцевих інтересів, взаємодії з іншими органами виконавчої влади і місцевого самоврядування, гласності та врахування думки населення.

Начальник управління охорони здоров'я має заступників, яких призначає за його поданням на посаду своїм наказом голова обласної державної адміністрації.

Розподіл повноважень і ступінь відповідальності заступників, керівників структурних підрозділів здійснює начальник управління охорони здоров'я.

Штатний розпис працівників управління і фонд їх заробітної плати затверджує голова обласної державної адміністрації, а начальнику управління охорони здоров'я надано право в межах штатної чисельності працівників і фонду заробітної плати вводити нові посади, одночасно ліквідуючи старі, змінювати структуру управління. Штатний розпис управління охорони здоров'я передбачає 20-50 посад усіх категорій працівників залежно від кількості населення області, рівня її соціально-економічного розвитку, господарського потенціалу і перспектив розвитку.

Усіх працівників управління охорони здоров'я, які становлять його апарат, можна умовно поділити на 4 категорії. Перша - це керівники, до яких належать начальник управління та його заступники, друга - керівники структурних підрозділів (відділів), третя - спеціалісти, які працюють у відділах управління (головні спеціалісти, спеціалісти, бухгалтери, юрисконсульт), четверта - технічний та допоміжний (обслуговуючий) персонал (секретар, діловод, архіваріус, водії автомобілів, прибиральниці, інші робітники).

Структура управління охорони здоров'я до певної міри повторює структуру міністерства і складається з таких підрозділів:

- відділ (управління) лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню;
- відділ (управління) лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям;
- фінансово-плановий відділ;
- відділ обліку, планування і підготовки кадрів;
- відділ контролю за постачанням, якістю та раціональним використанням медикаментів;
- військово-мобілізаційний відділ;
- організаційно-методичний відділ;

- відділ бухгалтерського обліку та звітності;
- відділ (управління) санаторного і реабілітаційного лікування;
- канцелярія.

Керівництво відділами здійснюють начальники відділів, яких призначає на посади своїм наказом начальник управління.

Історичний досвід показує, що органи охорони здоров'я, зокрема, їх обласна ланка, їх структура і апарат на різних етапах розвитку зазнавали істотних змін і піддавалися вдосконалюванню. Однак наукою і практикою ще не розроблені чіткі наукові підходи до формування структури і апарату закладів охорони здоров'я, у результаті чого при їхньому створенні нерідко допускалися промахи і прорахунки. Вони виражалися в тому, що чисельний склад окремих підрозділів не завжди відповідав їх завданням, створювалися підрозділи з нечітко визначеними функціями, а часом такі, що дублювали один одного. Досвід показує, що в таких випадках нерідко виникають непорозуміння, робота затrudняється, а іноді зривається.⁷⁹⁸

Провідними у структурі обласного управління охорони здоров'я є відділи лікувально-профілактичної допомоги населенню та лікувально-профілактичної допомоги матерям і дітям. У цих відділах працюють лікарі відповідних спеціальностей, які займають штатні посади або головних спеціалістів (головний терапевт, головний хірург, головний акушер-гінеколог, головний педіатр), або лікарів-інспекторів. Лікарі-інспектори здійснюють організаційну і виконавчо-розпорядчу діяльність з керівництва підпорядкованими обласному управлінню охорони здоров'я лікувально-профілактичними та іншими закладами, а головні спеціалісти, крім того, ще й очолюють відповідні медичні служби. На ці посади приймають лікарів, які мають відповідний стаж роботи за спеціальністю в закладах охорони здоров'я, високу кваліфікацію, необхідні організаційні здібності й досвід, користуються серед колег авторитетом і повагою.⁷⁹⁹ Очолюють ці відділи завідувачі, які за своїми посадами одночасно є і заступниками начальника обласного управління охорони здоров'я.

Як і в кожному органі управління, в обласному управлінні охорони здоров'я є також функціональні підрозділи - планово-фінансовий відділ, бухгалтерія, відділ кадрів або окремі спеціалісти, наприклад, юрисконсульт. Своєю професійною діяльністю вони забезпечують успішне виконання завдань, які стоять перед управлінням охорони здоров'я. До обслуговуючих підрозділів належать приймальня, канцелярія, адміністративно-господарський відділ, гараж.

Незважаючи на те, що переважна більшість відповідальних і оперативних працівників за фахом - медики різних спеціальностей, вони є державними службовцями апарату органів виконавчої влади за місцем праці, й на них поширюється дія Закону України від 16 грудня 1993 р. "Про

⁷⁹⁸ Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – С. 105.

⁷⁹⁹ Управление здравоохранением области / Под. ред. Г.П.Кобца. – К.: „Здоров'я”, 1997. – С.34.

державну службу"⁸⁰⁰. Нестача штатних спеціалістів, значний обсяг справ і специфічні умови управління процесом охорони здоров'я настійливо вимагають залучення до нього провідних фахівців у різних галузях медицини, а також широких верств медичної громадськості. Сьогодні у штаті управління охорони здоров'я області працює лише 5 головних спеціалістів, які за службовим становищем, *ex officio*, очолюють і відповідні медичні служби. Це головні терапевт, хірург, акушер-гінеколог, педіатр і неонатолог.

Сьогодні в сучасній системі охорони здоров'я існує понад тридцять порівняно самостійних медичних служб (терапевтична, педіатрична, акушерсько-гінекологічна, неонатологічна, хірургічна, фтизіатрична, ендокринологічна, служба крові та ін), які потребують фахового керівництва досвідчених і висококваліфікованих фахівців. До цих структур належать наступні медичні служби:

Із довоєнних радянських часів склалося так, що цими службами керують позаштатні головні спеціалісти. Їх діяльність необхідно регулювати відповідним положенням про позаштатних головних спеціалістів управління охорони здоров'я, однак, заради істини, слід зазначити, що не в усіх обласних управліннях охорони здоров'я такі документи є, а примірні положення затвердило ще у 70-80-х рр. Міністерство охорони здоров'я колишнього СРСР.

На ці позаштатні посади добирають і затверджують, як правило, керівників лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я (керівників структурних підрозділів - завідуючих структурними підрозділами), що підпорядковані управлінню охорони здоров'я.⁸⁰¹ До їх повноважень належить підготовка плану заходів з профілактики, виявлення, диспансеризації і лікування відповідних захворювань, координація роботи медичних закладів та спеціалістів відповідного профілю, контроль і аналіз їх діяльності, розбір заяв та скарг пацієнтів, участь у плануванні заходів із вдосконалення й підготовки кадрів та ін.

Незважаючи на те, що більшість позаштатних спеціалістів є справді висококваліфікованими фахівцями, які сумлінно виконують доручену їм роботу, і, навіть, беручи до уваги те, що на ці позаштатні посади їх призначають наказом начальника управління охорони здоров'я, і виглядає це ніби так, що саме він, як висока посадова особа в системі виконавчої влади, наділяє їх, делегує їм певні повноваження. Їх службовий статус визначається Примірним положенням про головного позаштатного спеціаліста, яке затверджено наказом Міністра охорони здоров'я України від 28 серпня 2003 року № 169-0.⁸⁰²

⁸⁰⁰ Див. Закон України „Про державну службу” // Відомості Верховної Ради України. – 1994. - № 52. – Ст. 490.

⁸⁰¹ Наприклад, головного лікаря обласного кардіологічного диспансеру призначають головним кардіологом, завідуючого проктологічним відділенням обласної лікарні – головним проктологом і т.п.

⁸⁰² Див.: [Архів Міністерства охорони здоров'я України за 2003 рік.](#)

На основі примірного положення в управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій має бути розроблене власне положення про головних позаштатних спеціалістів.

Управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відповідно до положення про ці управління, надано право самостійно організовувати міжнародну співпрацю із медичними закладами інших країн.

Управління охорони здоров'я для виконання покладених на нього завдань наділене, в межах своїх повноважень, певною самостійністю, має права юридичної особи, тобто згідно зі ст. 23 Цивільного кодексу України має відокремлене майно, може від свого імені набувати майнових та особистих немайнових прав і нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем у суді, арбітражному суді або в третейському суді. Таким чином, управління охорони здоров'я може самостійно вступати в господарські відносини (начальник управління та його заступники мають право укладати договори від імені управління), має передане в оперативне користування майно, яке є об'єктом обласної комунальної власності, розрахунковий та інші рахунки в установах банків, користується бланками, штампами і печаткою із зображенням Державного Герба України та зі своїм найменуванням і діє на підставі положення про нього.

Управління охорони здоров'я – спеціалізований орган обласної державної адміністрації, і тому його фінансують із коштів обласного бюджету через Управління державного казначейства України в області, яке водночас здійснює і фінансовий контроль за використанням бюджетних коштів.

Управління охорони здоров'я набуває прав юридичної особи з моменту його утворення у встановленому порядку, визначеному законодавством України.

Управлінська ефективність діяльності цього органу залежить від багатьох чинників. Одним з перших питань ефективності його діяльності досліджував радянський дослідник Р. Л. Цванг (1973), який встановив, що недостатня ефективність наказів, виданих обласними відділами охорони здоров'я, була з наступних причин: накази не надійшли в об'єкти (50,5%); недостатня матеріально-технічна база для їхнього виконання (8,2%); у наказах були відсутні конкретні вказівки (6,8%); можливі були несприятливі наслідки для виконавця (5,8%); накази повторювали раніше видані акти (5,3%); різне тлумачення наказу об'єктом і суб'єктом керування (4,9%) та інші причини (12,7%).⁸⁰³

Припинення діяльності управління охорони здоров'я може відбуватися у формі ліквідації або реорганізації згідно з рішенням компетентних органів виконавчої влади, за рішенням яких вони утворені, а також у передбачених законодавством випадках. Порядок ліквідації чи реорганізації визначає орган, який прийняв рішення про ліквідацію чи реорганізацію.

⁸⁰³ Цит по: Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – С. 86.

5.3. Головний лікар району

Особливістю організації державного управління в галузі охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого органу виконавчої влади. До 1957 р. в сільських районах тодішньої Української РСР існували відділи охорони здоров'я виконавчих комітетів районних Рад депутатів трудящих, однак у зв'язку із розширенням мережі закладів охорони здоров'я, зміцненням матеріально-технічної бази і створенням центральних районних лікарень⁸⁰⁴ було визнано доцільним ліквідувати ці органи, передавши їх функції останнім. Очолює ЦРЛ головний лікар, який одночасно є і головним лікарем району, тобто керівником охорони здоров'я населення району. Правовий статус ЦРЛ та її головного лікаря ще донедавна визначали на підставі відповідних положень, які були затверджені наказами Міністра охорони здоров'я колишнього СРСР.⁸⁰⁵ Після прийняття і введення в дію Основ законодавства України про охорону здоров'я правове становище ЦРЛ та її головного лікаря було закріплено у статутах центральних районних лікарень, які затвердили в 1990-1992 рр. виконкоми районних Рад народних депутатів, а з 1994 р. - перезатверджували голови районних державних адміністрацій.

Центральна районна лікарня утворюється в адміністративному центрі району на базі районної чи міської лікарні й перебуває в безпосередньому віданні районної державної адміністрації. Майно центральної районної лікарні (будівлі, споруди, транспорт, медичне обладнання й апаратура та ін.) є районною комунальною власністю. Відкриття, утримання і закриття лікарні проводять у встановленому законодавством порядку. Штатний розпис центральної районної лікарні затверджують наказом або розпорядженням голови чи заступника голови районної державної адміністрації відповідно до чинних штатних нормативів і типових штатів. Фінансують її діяльність із коштів районного бюджету.

Центральна районна лікарня наділена правами юридичної особи, має на балансі відокремлене майно, рахунки в банках, самостійно розпоряджається ресурсами, у тому числі фінансовими коштами, виділеними й залученими для надання медичної допомоги населенню, користується печаткою зі своїм найменуванням, може укладати від свого імені будь-які не заборонені законодавством і її статутом договори, бути позивачем і відповідачем у суді, арбітражному чи третейському суді. В нових умовах господарювання у статутах центральних районних лікарень дістали закріплення нові повноваження, що зміцнюють її самостійність саме як закладу охорони здоров'я. Зокрема, у багатьох статутах ЦРЛ з'явилося право за власною ініціативою приймати рішення, якщо вони не суперечать чинному законодавству, засновувати й відкривати кооперативи, госпрозрахункові відділення і кабінети, організовувати малі підприємства, акціонерні

⁸⁰⁴ Далі – ЦРЛ.

⁸⁰⁵ Положення про центральну району лікарню, затверджене наказом Міністра охорони здоров'я СРСР № 395 від 31.07.1963 р..

товариства, товариства з обмеженою відповідальністю, орендні підприємства, надавати населенню платні медичні послуги та ін. Все це - засоби для додаткового, позабюджетного фінансування діяльності центральних районних лікарень, які передбачені чинним законодавством для юридичних осіб і в цьому, напевно, нема нічого поганого, коли лікарня "заробляє" легальним шляхом додаткові кошти на своє утримання. Погане починається тоді, коли ці додаткові повноваження виходять на перший план, і організація починає займатись іншою, не передбаченою її статутом діяльністю. У такому випадку діяльність повинна бути припинена за рішенням державних органів, які забезпечують контроль за дотриманням законів.

У службовому підпорядкуванні головного лікаря є, крім медичного персоналу, доволі чисельна адміністрація - у великих районах він має 5-6 штатних заступників.⁸⁰⁶ У ЦРЛ функціонує організаційно-методичний кабінет, який є своєрідним "штабним" підрозділом лікарні, в якому накопичують і аналізують інформацію про стан охорони здоров'я населення району,⁸⁰⁷ яка допомагає головному лікареві ЦРЛ, його заступникам, районним спеціалістам приймати правильні рішення. Крім них, у ЦРЛ працює велика група керівників служб і підрозділів лікарні. Важливу роль в управлінні охороною здоров'я населення району відіграють районні спеціалісти - районний терапевт, районний хірург, районний педіатр, районний акушер-гінеколог та інші, які працюють у ЦРЛ завідуючими відповідними відділеннями, а також очолюють відповідні медичні служби району, і на яких спирається у своїй управлінській роботі головний лікар ЦРЛ. Здійснюючи функцію управління в галузі охорони здоров'я населення району, головний лікар ЦРЛ має для цього і відповідне організаційне, кадрове, матеріально-технічне та фінансове забезпечення.

Головного лікаря району (центральної районної лікарні) призначають на посаду і звільняють з неї наказом голови (або заступника голови) районної державної адміністрації за погодженням з начальником управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. Головний лікар району (ЦРЛ) здійснює керівництво охороною здоров'я населення району, приймає на роботу та звільняє з роботи лікарів і середніх медичних працівників усіх закладів охорони здоров'я району, призначає і звільняє з посад головних лікарів районних закладів охорони здоров'я, укладає з ними трудові контракти, в межах своїх повноважень видає накази і розпорядження, обов'язкові для виконання всіма працівниками охорони здоров'я району. Так,

⁸⁰⁶ Заступники головного лікаря району (ЦРЛ): з роботи в ЦРЛ, з поліклінічної роботи, з медичного обслуговування населення, району, із соціально - трудової експертизи, з охорони здоров'я матерів і дітей із господарської роботи та ін.

⁸⁰⁷ Статут Чортківської центральної районної лікарні, прийнятий на зборах трудового колективу лікарні 20.12.1992 р. – Архів управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації за 1992 р.

відповідно до п. 4.4. статуту Жовківської центральної районної лікарні Львівської області,⁸⁰⁸ головний лікар району - він і головний лікар ЦРЛ:

- керує діяльністю ЦРЛ і всіх закладів охорони здоров'я району, забезпечує виконання поставлених перед ними завдань;
- приймає на роботу і звільняє працівників ЦРЛ і працівників районних закладів охорони здоров'я;
- керує державним наглядом у системі охорони здоров'я району, контролює діяльність лікувально-профілактичних закладів;
- є розпорядником коштів, затверджених кошторисом;
- організовує мобілізаційну підготовку районних закладів охорони здоров'я згідно з їх завданнями та ін.

Заступники головного лікаря району (ЦРЛ) виконують виконавчо-розпорядчу роботу в межах наданих їм повноважень, здійснюючи керівництво окремими напрямками діяльності у галузі охорони здоров'я: роботою районної поліклініки, центральної районної лікарні, її господарською службою, мережею районних закладів охорони здоров'я, медико-соціальною експертизою втрати працездатності та ін.

Раніше правове становище головного лікаря центральної районної лікарні і його заступників визначалося на основі спеціальних положень про них, затверджених наказом Міністра охорони здоров'я СРСР,⁸⁰⁹ а нині - на основі затвердженого статуту лікарні, яким визначені основні завдання, права й обов'язки адміністрації і чинного законодавства України.

Як зазначають фахівці, ця схема здійснення державного управління в галузі охорони здоров'я через головного лікаря району (ЦРЛ) на районному рівні є нині найбільш оптимальною. Окремі спроби в 1992-1993 рр. відновити у сільських районах відділи охорони здоров'я не привели до поліпшення медичного обслуговування населення - малочисельні (4-7 осіб) районні відділи охорони здоров'я не справлялись із своїми завданнями, відбувалось дублювання у роботі, особливо в кадровій між ними та ЦРЛ, і, нарешті, виникли серйозні проблеми забезпечення районних відділів охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, оскільки добрі фахівці, медики за фахом, відмовлялися переходити на керівну й суто апаратну роботу, яку вони небезпідставно вважали тимчасовою.

Практично в усій навчальній та науковій, як медичній, так і в юридичній літературі, стверджують, що центральна районна лікарня виконує покладені на неї функції органу управління.⁸¹⁰ Однак це не зовсім так - функції управління охороною здоров'я виконує лише адміністрація ЦРЛ,

⁸⁰⁸ Статут Жовківської центральної районної лікарні, який затвердив голова районної державної адміністрації 12.05.1997 р. – Архів Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації за 1997 р.

⁸⁰⁹ Положення про головного лікаря ЦРЛ (головного лікаря району) було затверджене наказом Міністра охорони здоров'я СРСР від 26.02.1982 р. № 185. Цим же наказом було затверджене і відповідне положення про заступника головного лікаря ЦРЛ з дитинства і рододопомоги.

⁸¹⁰ Див.напр.: Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под. ред. А.Ф.Серенко, В.В. Ермакова. 2-е изд. – М.: Медицина, 1984. – С. 583; Шабайлов В.И. Управление здравоохранением в СССР. – М.: юрид. Лит.. 1968. – С.15 та ін.

тобто головний лікар та його заступники, в той час як сама центральна районна лікарня здійснює своє головне завдання із надання населенню кваліфікованої медичної допомоги. Тому слід погодитись з тим, що ЦРЛ у власному розумінні як лікарня не є органом, що здійснює державне управління, як правильно зазначив В. П. Новосолов, а органом виконавчої влади є лише головний лікар ЦРЛ та його заступники.⁸¹¹ Саме він як посадова особа здійснює керівництво охороною здоров'я в районі, призначає і звільняє керівників районних закладів охорони здоров'я, контролює їх діяльність, забезпечує виконання заходів із надання населенню лікувально-профілактичної допомоги, вчиняє інші адміністративно-управлінські дії.

В нових умовах фінансової і господарської самостійності у головного лікаря району значно розширились і дещо змінились його повноваження по керівництву районною мережею закладів охорони здоров'я. Щодо нових повноважень, то з'явилися вони у сфері надання населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, платних медичних послуг, реалізації місцевих програм охорони здоров'я.

Головному лікарю району надано право самостійно організовувати міжнародну співпрацю із закордонними медичними закладами.

З цього й слід виходити, створюючи відповідні нормативно-правові акти про управління охороною здоров'я чи формуючи рішення з цих питань. Тому, хоча адміністрація ЦРЛ не є окремим самостійним органом виконавчої влади, а лише підрозділом (нехай навіть найважливішим) центральної районної лікарні, власне вона (головний лікар ЦРЛ та його заступники) виконує обов'язки та функції органу виконавчої влади.

⁸¹¹ Новоселов В.П. Адміністративно – правовий статус лікарні. Автореф. дисс... к.ю.н. – Свердловск, 1990. – С.3.

Глава 6. Юридична відповідальність як інститут реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Охорона здоров'я населення здійснюється не лише закладами охорони здоров'я, але й правоохоронними органами. Правова охорона здоров'я населення проявляється у наявності юридичної відповідальності за порушення спеціальних правил по охороні здоров'я, гігієні, санітарії, збереження середовища проживання людей, тощо.⁸¹²

Діяльність системи охорони здоров'я регулюється нормами права. Здійснюючи правомірну діяльність, її суб'єкти та об'єкти вступають у сферу дії права і відповідно функціонуючи виявляють свій вибір між різними варіантами поведінки (правової та неправової). Вибір правового варіанта забезпечує їм низку переваг: інші суб'єкти зобов'язані сприяти їхнім діям або не втручатися у них; у випадку невиконання ними своїх обов'язків держава в правовій формі примусу забезпечує відновлення порушеного права і виконання зобов'язаним суб'єктом відповідних обов'язків. Здійснення ж правопорушень тягне за собою настання заходів юридичної відповідальності.

Юридичну відповідальність прийнято розуміти як вид соціальної відповідальності, яку можна розглядати як правовідносини, в яких держава (в особі компетентних органів) має право застосувати певні заходи примусу до суб'єктів, що вчинили правопорушення і зобов'язані зазнавати втрат чи обмежень, передбачених санкціями норм права. Іншими словами – це юридичний обов'язок (міра покарання) правопорушника зазнати примусового, від імені держави (суспільства), на підставі закону або іншого нормативного акту позбавлення його певних соціальних благ чи цінностей (матеріальних, духовних чи особистих), які йому належали до факту правопорушення, з метою попередження правопорушень у перспективі (майбутньому) та відновлення (чи відшкодування) втрачених прав на ті чи інші цінності.⁸¹³ Своє право щодо застосування заходів юридичної відповідальності держава здійснює через наступні правовідносини:

- заборона суспільно-небезпечних і суспільно-шкідливих вчинків і передбачення відповідних карально-виправних заходів у санкціях правових норм;
- індивідуалізація санкцій щодо конкретних правопорушників;
- забезпечення відшкодування правопорушниками завданих збитків.

Притягнення до юридичної відповідальності здійснюється на основі акта застосування норми права, в якому індивідуалізуються заходи юридичної відповідальності до конкретного правопорушника.

⁸¹² Смитиенко В. Н. Уголовно-правовая охрана здоровья населения в СССР. – К.: Высшая школа. – 1989. – С. 25-26. (243 с.)

⁸¹³ Теорія держави і права: Навчальний посібник / Авт.-упоряд. Кравчук М. В. – Тернопіль, 1999. – С. 96-97.

На практиці, на жаль, зустрічаються випадки неухважного ставлення медичного персоналу до громадян, які потребують медичної допомоги. Це нерідко призводить до погіршення стану здоров'я хворих. У таких випадках до винних медичних працівників залежно від характеру правопорушення, ступеня і суспільної небезпеки, тяжкості і негативних наслідків можуть застосовуватись заходи різних видів юридичної відповідальності.⁸¹⁴

За характеристиками видів правопорушень традиційно розрізняють наступні види юридичної відповідальності: конституційна, цивільна, дисциплінарна, матеріальна, адміністративна та кримінальна.

Конституційна відповідальність – це передбачений нормами конституційного права вид соціальної та юридичної відповідальності, що існує у сфері конституційно-правових відносин, характеризується наявністю специфічних суб'єктів, механізму реалізації та санкцій і полягає у примусовому позбавленні певних благ і застосуванні певних заходів впливу за протиправне діяння та у відповідному стані зобов'язаного суб'єкта і є найважливішою гарантією реалізації та захисту Конституції.

Державна політика охорони здоров'я, як зазначалось у четвертому розділі, формується вищими органами державної влади і передусім Верховною Радою, Президентом і Кабінетом Міністрів України, а найважливішими суб'єктами її реалізації є центральні та місцеві органи виконавчої влади і місцевого самоврядування спеціальної компетенції — Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління (головні управління) охорони здоров'я облдержадміністрацій, управління і відділи охорони здоров'я міських рад. З вказаних суб'єктів можливе притягнення до конституційної відповідальності лише тих органів та посадових осіб, які реалізують (виконують) положення державної політики охорони здоров'я. Так, у разі невиконання чи неналежного виконання Прем'єр-міністром чи окремими членами Кабінету Міністрів (наприклад, Міністром охорони здоров'я, Міністром екології та природних ресурсів, Міністром з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи) своїх безпосередніх обов'язків щодо реалізації тих чи інших положень державної політики охорони здоров'я Верховна Рада України може розглядати питання про відставку Прем'єр-міністра, окремих членів Кабінету Міністрів або всього складу Кабінету Міністрів України.

Дане питання підлягає включенню до порядку денного (в тому числі і до вже затвердженого), якщо за це проголосувало не менше 1/3 депутатів від їх фактичної кількості. Воно підлягає розгляду і обговоренню не раніше 5 і не пізніше 10 днів з моменту включення до порядку денного. Рішення про відставку Прем'єр-міністра, окремих членів або всього складу Кабінету Міністрів України чи про довір'я їм вважається прийнятим, якщо за нього проголосувала більшість депутатів від їх фактичної кількості.

⁸¹⁴ Малеин Н. С., Малеина М. Н. Закон и охрана здоровья граждан. – М.: Знание. – 1986. – С. 32. (64 с.)

Ішим наочним прикладом притягнення до конституційної відповідальності може бути припинення Президентом України повноважень голови місцевої державної адміністрації (звільнення його з посади) як наслідок невиконання чи неналежного виконання покладених на місцеву державну адміністрацію завдань і за нездійснення чи неналежного здійснення ним своїх повноважень. Серед завдань же місцевої державної адміністрації є:

реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я;

здійснення загального керівництва закладами охорони здоров'я;

вжиття заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробка прогнозів її розвитку, врахування їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку;

вжиття заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації;

реалізація державної політики в галузі соціального забезпечення та соціального захисту соціально незахищених громадян – пенсіонерів, інвалідів, одиноких непрацездатних, дітей-сиріт, одиноких матерів, багатодітних сімей, інших громадян, які внаслідок недостатньої матеріальної забезпеченості потребують допомоги та соціальної підтримки з боку держави.

Також санкцією конституційної відповідальності є висловлення недовіри обласною та районною радами голові відповідної місцевої державної адміністрації, на підставі чого, з урахуванням пропозицій органу виконавчої влади вищого рівня, Президент України приймає рішення і дає відповідній раді обґрунтовану відповідь. Якщо недовіру голові обласної чи районної державної адміністрації висловили дві третини від складу відповідної ради, Президент України приймає відставку голови відповідної місцевої державної адміністрації.

Цивільно-правова відповідальність виникає за порушення обов'язків, що зазначені у договорах, інших умовах, а також у випадку заподіяння шкоди здоров'ю чи майну особи (відшкодування майнових втрат, моральної шкоди, відміна незаконних угод, штрафи та інші заходи). Питання притягнення до цивільної відповідальності вирішує суд, господарський суд, третейський суд чи органи адміністративної юрисдикції.⁸¹⁵

Право на здоров'я – це немайнове право, пов'язане з майновим. Під час лікування в стаціонарі надання медичної допомоги (особисті відносини) супроводжується наданням харчування та інших послуг майнового характеру. При наданні безоплатної медичної допомоги у державних закладах охорони здоров'я відносини приватного характеру є передумовою

⁸¹⁵ Цивільне право України. Академічний курс / За заг. ред. Я. М. Шевченко. Т. 1. – К.: «Ін Юре». – 2004. – С. 20. (408 с.)

для виникнення майнових відносин: купівля пацієнтом медикаментів, протезів, ортопедичного взуття, путівок в санаторії тощо. Таким чином при наданні безоплатної медичної допомоги громадянам виникають особисті немайнові відносини, пов'язані з майновими.⁸¹⁶

Гарантовані Цивільним кодексом України та наділені цивільно-правовою охороною наступні особисті немайнові права, що забезпечують природне існування фізичної особи: право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю (ст. 282); право на охорону здоров'я (ст. 283); право на медичну допомогу (ст. 284); право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285); право на таємницю про стан здоров'я (ст. 286); права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я (ст. 287); право на особисту недоторканність (ст. 289); право на донорство (ст. 290); право на безпечне для життя і здоров'я довкілля (ст. 293).⁸¹⁷

Згідно з чинним законодавством лише до цивільно-правової відповідальності можна притягнути заклад охорони здоров'я за правопорушення, вчинені його працівниками під час виконання ними службових обов'язків. Крім того, відповідати за заподіяну громадянину чи організації шкоду у цивільно-правовому порядку, тобто відшкодувати заподіяні збитки коштами чи своїм майном, може лише заклад охорони здоров'я, який є юридичною особою.

Керівники ж та інші працівники закладу можуть притягатись до цивільно-правової, матеріальної, дисциплінарної, адміністративної та кримінальної відповідальності.

У випадку пошкодження здоров'я пацієнту чи спричинення його смерті виникає обов'язок, який характеризується як правовідносини, через які особа, відповідальна за спричинення шкоди здоров'ю (чи життю) потерпілому, зобов'язана відшкодувати спричинену йому майнову шкоду. У багатьох випадках протиправний характер діяння (дії чи бездіяльності) медичного персоналу встановлюється відносно легко (наприклад, у випадках залишення в черевній порожнині хірургічних, салфеток чи інструментів під час оперативного втручання, явної помилки при застосуванні ліків тощо).⁸¹⁸

Теорія цивільного права виокремлює інститут зобов'язального права. Останній, в свою чергу, розрізняє договірні та позадоговірні зобов'язання.⁸¹⁹ Зрозуміло, що відповідальність за недотримання договірних зобов'язань виникає у закладу охорони здоров'я в разі невиконання чи неналежного

⁸¹⁶ Малина М. Н. Защита личных неимущественных прав советских граждан. – М.: Знание. – 1991. – С. 26-28. (128 с.)

⁸¹⁷ Ярема А. Г. Науково-практичний коментар до цивільного законодавства України в 4-х т. Т. 1. –К.: А. С. К.; Севастополь: Інститут юридичних досліджень. – 2004. – 928 с.

⁸¹⁸ Майданик Л.А., Сергеева Н.Ю. Материальная ответственность за повреждение здоровья. М.: Юридическая литература, – 1968. – С. 6.

⁸¹⁹ Ярема А. Г. Науково-практичний коментар до цивільного законодавства України в 4-х т. Т. 2. –К.: А. С. К.; Севастополь: Інститут юридичних досліджень. – 2004. – 1020 с.

виконання укладених ним з іншими суб'єктами господарювання чи фізичними особами договорів. Характерним же прикладом позадоговірних зобов'язань, що можуть виникати в закладу та його відповідальності за них, є зобов'язання із заподіяння шкоди (деліктні зобов'язання). Відповідно до ст.ст. 440–441 Цивільного Кодексу України, відповідальність за завдані збитки, у тому числі здоров'ю людини, заподіяні винними діями працівника, який був при виконанні професійних (службових) обов'язків і перебуває у трудових відносинах з організацією, несе вказана організація. Остання повинна відшкодувати шкоду, заподіяну з вини її працівників під час виконання ними своїх трудових (службових) обов'язків.

Відповідно до норм Цивільного кодексу України особи, які спільно заподіяли шкоду, несуть солідарну відповідальність перед потерпілим. Стаття 1192 ЦК України вказує способи відшкодування шкоди: “присуджуючи відшкодування шкоди, суд, господарський суд або третейський суд відповідно до обставин справи зобов'язує особу, відповідальну за шкоду, відшкодувати її в натурі (надати річ того ж роду і якості, виправити пошкоджену річ і таке інше) або повністю відшкодувати заподіяні збитки”.

Якщо груба необережність самого потерпілого сприяла виникненню або збільшенню шкоди, то залежно від ступеня вини потерпілого (а при вині заподіювача шкоди – і залежно від ступеня його вини) розмір відшкодування, якщо інше не передбачено законом, повинен бути зменшений або у відшкодуванні шкоди повинно бути відмовлено (ст. 1193 Цивільного кодексу).

У разі заподіяння каліцтва або іншого ушкодження здоров'я організація чи громадянин, відповідальні за шкоду, зобов'язані відшкодувати потерпілому заробіток, втрачений ним внаслідок втрати або зменшення працездатності, а також відшкодувати витрати, зумовлені ушкодженням здоров'я (посилене харчування, протезування, сторонній догляд тощо) (ч. 1 ст. 1195, ст. 1197 Цивільного кодексу). Якщо ж каліцтво або інше ушкодження здоров'я заподіяно організацією або громадянином, не зобов'язаними сплачувати за потерпілого внески з державного соціального страхування, ця організація або громадянин повинні відшкодувати потерпілому шкоду за правилами статей 1195-1202 Цивільного кодексу у частині, що перевищує суму одержуваної ним допомоги або призначеної йому після ушкодження його здоров'я і фактично одержуваної ним пенсії (п. 3 ст. 1195 Цивільного кодексу).⁸²⁰

У разі реорганізації закладу охорони здоров'я-юридичної особи, виплата щомісячних платежів (ст. ст. 618, 1205 Цивільного кодексу), належних з неї в зв'язку з заподіянням каліцтва або іншого ушкодження здоров'я чи заподіянням смерті, покладається на його правонаступників. При ліквідації ж

⁸²⁰ Савицкая А. Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов: Высшая школа. – 1982. – С. 49–77.

такої юридичної особи без правонаступника належні платежі повинні бути капіталізовані за правилами державного страхування і внесені його органам для виплати їх у розмірі і строки, зазначені у відповідному рішенні про відшкодування шкоди. В разі ліквідації закладу охорони здоров'я позови про відшкодування шкоди, заподіяної ліквідованою юридичною особою, пов'язані з ушкодженням здоров'я чи смертю громадянина, пред'являються до вищестоящої організації або до організації, зазначеної в рішенні про ліквідацію юридичної особи. Вимога ж про збільшення або зменшення розміру одержуваного потерпілим відшкодування шкоди на підставах, передбачених у ст. ст. 1204, 1208 Цивільного кодексу України, пред'являється до правонаступника або до відповідних організацій, або відповідно правонаступникам юридичної особи чи організаціями, які провадять відшкодування за заподіяну шкоду.

Отже, за заподіяння шкоди здоров'ю людини (пацієнта) працівником закладу охорони здоров'я при виконанні професійних обов'язків цивільно-правова відповідальність за вказану шкоду покладається саме на заклад охорони здоров'я. Стаття 1191 Цивільного кодексу України забезпечує в свою чергу право регресу до винної особи (особа, яка відшкодувала шкоду, заподіяну з вини іншого, має право зворотної вимоги (регресу) до винної особи в розмірі виплаченого відшкодування, якщо інший розмір не встановлено законом). При цьому ст. 1166 Цивільного кодексу України не допускає уступки вимог про відшкодування майнової шкоди, зумовленої ушкодженням здоров'я або заподіянням смерті.

Варто сказати і про можливість відшкодування немайнової шкоди, завданої пацієнту, іншому відвідувачу, який звернувся за допомогою до закладу охорони здоров'я. Відповідно до статті 1168 Цивільного кодексу України моральну (немайнову) шкоду, заподіяну громадянину або організації діяннями іншої особи, яка порушила їх законні права, відшкодовує особа, яка заподіяла шкоду, якщо вона не доведе, що моральна шкода заподіяна не з її вини. Моральна шкода відшкодовується в грошовій або іншій матеріальній формі за рішенням суду незалежно від відшкодування майнової шкоди.

Розмір відшкодування визначає суд з урахуванням суті позовних вимог, характеру діяння особи, яка заподіяла шкоду, фізичних чи моральних страждань потерпілого, а також інших негативних наслідків, але не менше п'яти мінімальних розмірів заробітної плати.

Нерідко засоби масової інформації повідомляють про випадки (навіть з летальними наслідками) халатності лікарів, іншого медичного персоналу під час виконання ними своїх професійних обов'язків (найчастіше це занесення інфекції в організм пацієнта під час проведення хірургічної операції, переливання чи простого взяття крові для аналізу тощо). У даному випадку маємо всі підстави говорити про підвищену небезпеку для життя і здоров'я людини, яка переступає поріг лікувального закладу і повністю довіряється професійній кваліфікації лікарів і належному технічному обладнанню. Дана

ситуація теж врегульована цивільно-правовими нормами. Стаття 1187 Цивільного кодексу України регулює зобов'язальні відносини, що виникають з факту заподіяння шкоди джерелом підвищеної небезпеки. (п. 5 ст. 1187: організації і громадяни, діяльність яких пов'язана з підвищеною небезпекою для оточення (транспортні організації, промислові підприємства, будови, власники автомобілів та ін.), зобов'язані відшкодувати шкоду, заподіяну джерелом підвищеної небезпеки, якщо не доведуть, що шкода виникла внаслідок непереборної сили або умислу потерпілого.). У цій нормі йдеться про особливий засіб заподіяння шкоди – про джерело підвищеної небезпеки. У зв'язку з цим за ст. 1187 Цивільного кодексу України використовують три взаємопов'язані категорії: підвищена небезпека для оточення; діяльність, пов'язана з підвищеною небезпекою; джерело підвищеної небезпеки. Лікування як діяльність включає різноманітні методи його здійснення. Деякі з них, безумовно, не є джерелами значної небезпеки, наприклад, профілактичні заходи, косметологічні операції, терапевтичне лікування.⁸²¹ Сучасний рівень розвитку медицини характеризується значним технічним потенціалом у цій галузі. Це машини, механізми, устаткування, різні знаряддя праці, що безсумнівно покликані допомагати лікарю, разом з тим їх експлуатація, як свідчить досвід, пов'язана з можливістю заподіяння шкоди життю і здоров'ю громадян (рентгенівське устаткування, родонові ванни, кобальтові гармати, ядерні водії ритму серця, лазерні апарати, пристрої з використання ультразвуку, отруйні, наркотичні, сильнодіючі лікарські засоби, використання електричного струму). Чинне законодавство містить приблизний перелік джерел підвищеної небезпеки (організацій і громадян, діяльність яких пов'язана з підвищеною небезпекою), однак діяльність працівників закладу охорони здоров'я у ньому не згадується. Разом з цим, оскільки перелік не є вичерпним, судова практика в господарських справах має право визнавати певні види діяльності джерелами підвищеної небезпеки (хірургічні інструменти до таких не відносять). Однак хірургічний метод лікування не виключає небезпеки для пацієнта, разом з цим використання хірургічних інструментів здійснюється під контролем волі та свідомості лікаря. Крім цього, у цьому випадку можливе спричинення шкоди лише одній людині – пацієнту, але не оточуючим. Виникла також практична необхідність законодавчого закріплення в Цивільному кодексі України таких ознак джерела підвищеної небезпеки, як непрогнозованість відповідної діяльності діям кваліфікованого фахівця та високий ступінь вірогідності заподіяння непередбаченої (випадкової) шкоди цією діяльністю. Обидві ознаки присутні при здійсненні лікарем, наприклад, найпростішої операції чи лікуванні пацієнта новітніми технічно оснащеними методами. Таким чином, медична діяльність неоднорідна і не може бути в цілому віднесена до джерел підвищеної небезпеки, хоча окремі методи (способи) лікування відповідають визначенню останніх (адже джерело підвищеної небезпеки, що вийшло з-під

⁸²¹ Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве. – М.: Издательство БЕК, 1995. – С. 146.

контролю медичного персоналу, може спричинити шкоду не лише пацієнту, а й третім особам).

Підставами відповідальності за шкоду, заподіяну джерелом підвищеної небезпеки є власне сама шкода (доведений факт її існування), протиправність діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, причинний зв'язок між джерелом підвищеної небезпеки та шкодою, що настала. Аналізуючи дві останніх підстави, слід викласти такі зауваження. Діяльність, пов'язана з використанням засобів техніки, сама собою правомірна. Проте правомірність експлуатації джерел підвищеної небезпеки зовсім не означає правомірності заподіяння ними шкоди особі. Отже, заподіяння шкоди джерелом підвищеної небезпеки – завжди неправомірна дія. Відшкодування за ст. 1187 Цивільного кодексу України проводиться, якщо шкода безпосередньо заподіяна джерелом підвищеної небезпеки. Якщо ж шкода заподіяна хоч і під час експлуатації джерела підвищеної небезпеки, але не ним, відшкодування за заподіяну шкоду за ст. 1187 Цивільного кодексу неможливе. Згідно із вказаною статтею обов'язок з відшкодування заподіяної шкоди виникає незалежно від вини заподіювача шкоди (це істотна особливість порівняно з відшкодуванням на загальних підставах).⁸²²

Дисциплінарна відповідальність здійснюється у формі накладення адміністрацією підприємств, установ та організацій, в тому числі і закладів охорони здоров'я, передбачених нормою ст. 147 Кодексу законів про працю України дисциплінарних стягнень внаслідок: а) порушення правил внутрішнього трудового розпорядку; б) у порядку підлеглості. Заходами дисциплінарної відповідальності є догана та звільнення з роботи.

За порушення правил внутрішнього трудового розпорядку (запізнення на роботу, невиконання чи неякісне виконання службових обов'язків винні особи, а до них, можна віднести усіх працівників закладу охорони здоров'я – від сторожа чи санітарки до головного лікаря включно, можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності, й до них, відповідно до ст. 147 Кодексу законів про працю України, може бути накладено одне із двох дисциплінарних стягнень: догана або звільнення з роботи. Так, працівник закладу охорони здоров'я може бути звільнений внаслідок прогулу без поважних причин протягом повного робочого дня що є грубим порушенням трудової дисципліни. У цих випадках слід встановити факт та причину прогулу. Якщо працівник в цей день був на роботі, але без дозволу адміністрації і без поважних причин озалишив роботу, то це порушення трудової дисципліни не слід розглядати як прогул. До прогула прирівнюється також поява на роботі в нетверезому стані, що підтверджується висновком відповідної експертної установи. Причиною звільнення може також бути вчинення працівником злочину, безпосередньо пов'язаною з його роботою і

⁸²² Зобов'язальне право: теорія і практика. За ред. О. В. Дзери. – К.: Юрінком Інтер, 1998. – С. 843–855.

встановленого таким, що вступив в законну силу обвинувальним вироком суду.⁸²³

Матеріальна відповідальність робітників і службовців полягає в обов'язку працівника відшкодувати власнику підприємства, організації, закладу майнову шкоду, заподіяну в результаті винного, протиправного невиконання або неналежного виконання трудових обов'язків у встановлених законом розмірі й порядку.⁸²⁴

Відповідно до ст.ст. 130–138 Кодексу законів про працю України за шкоду, заподіяну закладу охорони здоров'я при виконанні трудових обов'язків працівником, наприклад, псування медичної чи іншої апаратури, її знищення та ін., працівники закладу охорони здоров'я можуть бути притягнуті до матеріальної відповідальності.⁸²⁵

При покладенні матеріальної відповідальності права і законні інтереси працівників гарантуються шляхом встановлення відповідальності тільки за пряму дійсну шкоду, лише в межах і порядку, передбачених законодавством, і за умови, коли така шкода заподіяна підприємству, установі, організації винними протиправними діями (бездіяльністю) працівника. Ця відповідальність, як правило, обмежується певною часткою заробітку працівника і не повинна перевищувати повного розміру заподіяної шкоди, за винятком випадків, передбачених законодавством.

За наявності зазначених підстав і умов матеріальна відповідальність може бути покладена незалежно від притягнення працівника до дисциплінарної, адміністративної чи кримінальної відповідальності.

На працівників не може бути покладена відповідальність за шкоду, віднесена до категорії нормального виробничо-господарського ризику, а також за недержані підприємством, установою, організацією прибутку і за шкоду, заподіяну працівником, що перебував у стані крайньої необхідності.

Працівник, який заподіяв шкоду, може добровільно покрити її повністю або частково. За згодою власника або уповноваженого ним органу працівник може передати для покриття заподіяної шкоди рівноцінне майно або поправити пошкоджене.

Адміністративну відповідальність можна визначити як форму реагування держави на адміністративні правопорушення, яка виявляється в застосуванні повноважними державними органами, посадовими особами адміністративних санкцій щодо винної особи у межах і порядку, встановлених законодавством. Вона є складним, багатогранним явищем, яке охоплює адміністративно-правові відносини, адміністративно-правові норми,

⁸²³ Арт'єм'єв Ф. А. Трудовые права медицинских работников. – М.: «Юридическая литература». – 1965. – С. 34-35. (142 с.)

⁸²⁴ Трудове право України. Академічний курс / За ред. П. Д. Пилипенка. – К.: „Ін Юре”. – 2004. – С. 346-434. (536 с.)

⁸²⁵ Сличинський Б. С. Науково-практичний коментар до законодавства України про працю. – К.: А. С. К.. – 2003. С. 571-628. (1024 с.)

до яких відносяться норми, що містять адміністративні санкції, правопорушення з його статичними елементами (об'єкт, об'єктивна сторона, суб'єкт, суб'єктивна сторона), діяльність правозастосовних органів та їх посадових осіб тощо. Хоча аналізований вид відповідальності реалізується в обов'язку порушника зазнати певних обмежень, чи інших несприятливих наслідків, що визначені санкцією порушеної статті закону, зводити поняття адміністративної відповідальності до поняття адміністративного стягнення буде невірним, бо адміністративна відповідальність включає такі елементи як державний осуд діяння (дії чи бездіяльності) і особу, яка його скоїла та застосування до порушника заходів, визначених санкцією порушеної статті закону.⁸²⁶

На сучасному етапі розвитку державності України роль і значення адміністративної відповідальності як необхідного інструменту здійснення державної політики у сфері охорони здоров'я суттєво зростає. Адже в основному саме даний вид відповідальності спрямований на забезпечення законності і правопорядку в сфері адміністративно-правового регулювання суспільних відносин національної системи охорони здоров'я.

Протягом тривалого часу юристи-науковці досліджували проблеми застосування адміністративної відповідальності зокрема і в сфері охорони здоров'я, здійснювали підготовку відповідної теоретичної бази для належного обґрунтування нормативних основ відповідальності за адміністративні правопорушення в тому числі й в аналізованій сфері суспільних відносин. Разом з тим ще й досі у чинному законодавстві України про адміністративні правопорушення немає систематизації норм у рамках одного законодавчого акту, що призводить до конкуренції норм, їх двозначного тлумачення. Так, поряд з Кодексом України про адміністративні правопорушення (далі – КУпАП) – основним законодавчим актом, що встановлює адміністративну відповідальність (є нормативною підставою її настання) діють також інші закони прямої дії, що містять норми, які встановлюють адміністративну відповідальність, наприклад, такі кодекси як: Митний⁸²⁷, Повітряний⁸²⁸, закони: “Про боротьбу з корупцією”, “Про захист від недобросовісної конкуренції”⁸²⁹, “Про відповідальність підприємств, установ і організацій за порушення законодавства про ветеринарну медицину”⁸³⁰, “Про рекламу”⁸³¹, “Про державну податкову службу в Україні”⁸³² та ін.

Фактичною підставою настання (притягнення до) адміністративної відповідальності є адміністративний проступок. Глава 5 Розділу II Особливої частини Кодексу України про

⁸²⁶ Агапов А. Б. Административная ответственность. – М.: Статут. – 2004. – С. 18-20. (351 с.)

⁸²⁷ Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 38-39. – Ст. 288

⁸²⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 25. – Ст. 274.

⁸²⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 36. – Ст. 164.

⁸³⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 7. – Ст. 58.

⁸³¹ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 39. – Ст. 181.

⁸³² Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 15. – Ст. 84; – 1995. – № 1. – Ст. 3. – № 30. – Ст. 229.

адміністративні правопорушення “Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення” включає притягнення до адміністративної відповідальності за наступні адміністративні правопорушення: порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42); виробництво, заготівля, реалізація сільськогосподарської продукції, що містить хімічні препарати понад гранично допустимі рівні концентрації (ст. 42-1); заготівля, переробка або збут радіоактивно забруднених продуктів харчування чи іншої продукції (ст. 42-2); виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених мікроорганізмами та іншими біологічними агентами понад гранично допустимі рівні (ст. 42-3); незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44) (невеликий розмір визначається спеціально уповноваженим органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я). Особа, що добровільно здала наркотичні засоби або психотропні речовини, які були у неї в невеликих розмірах і які вона виробила, виготовила, придбала, зберігала, перевозила, пересилала без мети збуту, звільняється від адміністративної відповідальності за дії, передбачені цією статтею; ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44-1); ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45); порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1); умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46); порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення (ст. 46-1).

Також в сфері охорони здоров'я можуть вчинятися й інші адміністративні правопорушення, наприклад щодо якості виробництва медичних препаратів, які в свою чергу передбачені главою 13 КУпАП “Адміністративні правопорушення в галузі стандартизації, якості продукції, метрології та сертифікації”: випуск і реалізація продукції, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 167); випуск у продаж нестандартної продукції (ст. 168); виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил (ст. 168-1);

передача замовнику або у виробництво документації, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 169); недодержання стандартів при транспортуванні, зберіганні і використанні продукції (ст. 170) та ін.

Крім того глава 15 КУпАП “Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління” містить такі адміністративні проступки як: невиконання законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188-10 КУпАП); невиконання постанов, розпоряджень, приписів, висновків, а так само інших законних вимог посадових осіб органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ст. 188-11 КУпАП)

Враховуючи кожне з перелічених адміністративних правопорушень та характерні елементи його складу проаналізуємо елементи загального складу цих правопорушень. Отже, родовим об’єктом вищезазначених правопорушень є здоров’я кожного індивіда, окремих соціальних груп населення чи суспільства загалом, а також певні правила поведінки, вимоги та норми, постанови, розпорядження, приписи, висновки та інші законні вимоги посадових осіб (наприклад, вимоги стандартів, сертифікатів відповідності; правила поводження на радіоактивно забрудненій території, порядок зберігання крові донорів; норми, правила і зразки (еталони) щодо якості; санітарні норми), обов’язковість дотримання яких пояснюється збереженням на належному рівні здоров’я будь-якої людини та недопущення його погіршення чи втрати.

Наступним елементом складу вказаних правопорушень виступає їх об’єктивна сторона. Оскільки всі вони є проступками з формальним складом, тобто обов’язковою ознакою виступає лише факт вчинення протиправного діяння (крім недодержання стандартів і технічних умов при транспортуванні, зберіганні і використанні (експлуатації) продукції (ст. 170 КУпАП), при якому для притягнення до адміністративної відповідальності обов’язкове настання шкідливих наслідків – зниження якості, псування або наднормативні втрати продукції), то можемо зробити висновок, що кожне з перелічених діянь буде вважатися адміністративним правопорушенням зразу ж після його вчинення незважаючи чи настав протиправний результат від вчинення того чи іншого правопорушення і не шукаючи причинного зв’язку між діянням та

цими результатами (наслідками). Наприклад, порушення певних правил і норм; заготівля, переробка чи збут радіоактивно забруднених продуктів харчування; виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених мікроорганізмами; незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах; ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження і ін. будуть вважатись адміністративними проступками зразу ж в момент їх вчинення і відповідно каратимуться.

Одним із обов'язкових елементів складу кожного з перелічених вище адміністративних правопорушень є їх суб'єкт, тобто особа, яка здійснила проступок і до якої може бути застосовано адміністративне стягнення. Загальними ознаками суб'єкта аналізованих адміністративних проступків і адміністративної відповідальності за них є те, що ним обов'язково є фізична особа – людина, яка досягла 16-річного віку і вона є осудною на момент вчинення правопорушення, тобто розуміє (усвідомлює) протиправність своїх діянь і керує ними. Разом з тим ряд вище перелічених статей передбачають наявність і спеціального суб'єкта з притаманними лише йому ознаками. Йдеться перш за все про посадових осіб, громадян-власників підприємств чи уповноважених ними осіб, громадян, які займаються підприємницькою діяльністю, які підлягають адміністративній відповідальності за адміністративні правопорушення, зв'язані з недодержанням установлених правил у сфері охорони здоров'я населення, забезпечення виконання яких входять до їх службових обов'язків.

Іншими спеціальними суб'єктами є особи, хворі на наркоманію; особи, щодо яких є достатні дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу; особи, які були у контакті з хворими на венеричну хворобу та хворі на венеричну хворобу.

Останнім елементом складу розглядуваних адміністративних правопорушень є їх суб'єктивна сторона, тобто вина – психічне ставлення суб'єкта до вчиненого ним правопорушення і до шкідливих наслідків, які настали чи могли б настати. Вина є необхідною умовою відповідальності. Якщо в діяннях особи вини не встановлено, а шкідливі наслідки стали результатом випадкових обставин – немає суб'єктивної сторони, немає адміністративного проступку, немає адміністративної відповідальності. Більшість з

перелічених вище проступків можуть бути вчинені як умисно так і з необережності, однак є ряд проступків, які можуть бути вчинені лише умисно, наприклад, ст. 46 КУпАП Умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою; ч. 3 ст. 46-1 Умисне придбання і використання для виробничих потреб зазначених у цій статті будівельних матеріалів, устаткування, транспортних засобів, які винесено або вивезено з території, що зазнала радіоактивного забруднення.

За вчинення вище розглядуваних адміністративних правопорушень Кодекс передбачає накладення заходів адміністративної відповідальності, що проявляються в таких санкціях як накладення штрафу, конфіскація недоброякісної продукції, адміністративний арешт.

Крім нормативної та фактичної підстав адміністративної відповідальності існує ще одна обов'язкова підстава настання адміністративної відповідальності – процесуальна, суть якої полягає в тому, що для притягнення до відповідальності необхідний акт компетентного органу про накладення конкретного адміністративного стягнення за конкретний адміністративний проступок.

Кримінальна відповідальність – настає за скоєння злочинів і передбачає найжорсткіші заходи (втрата фізичної свободи, виправні роботи тощо), вона застосовується тільки в судовому порядку.

У випадку вчинення правопорушення, яке чинний Кримінальний Кодекс України визнає за злочин, винні у його скоєнні особи можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності.

Основний зміст злочинів проти здоров'я полягає у тому, що при їх вчиненні шкода спричиняється безпосередньо і лише здоров'ю людини і тому ці злочини слід відмежовувати від таких наприклад, як бандитизм, розбій, транспортні та інші злочини, підставою кримінальної відповідальності за вчинення яких виступають діяння, направлені проти основ державного ладу, державної, комунальної, колективної чи приватної власності тощо, а спричинення шкоди здоров'ю не є їх обов'язковою ознакою.⁸³³

Наприклад, відповідні особи можуть притягатися до кримінальної відповідальності за вчинення наступних злочинів у сфері охорони здоров'я: доведення до самогубства (ст. 120); умисне тяжке тілесне ушкодження (ст. 121); умисне середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 122); умисне легке тілесне ушкодження (ст. 125); необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 128); зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 130); зараження венеричною

⁸³³ Загородников Н. И. Преступления против здоровья. –М.: «Юридическая литература». – 1969. – С. 9-10. (166 с.)

хворобою (ст. 133); залишення в небезпеці (ст. 135); неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137); незаконна лікувальна діяльність (ст. 138).⁸³⁴

Працівники охорони здоров'я як спеціальні суб'єкти можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності за скоєння наступних злочинів: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131); розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132); незаконне проведення абортів (ст. 134); ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140); порушення прав пацієнта (ст. 141); незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142); порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143); насильницьке донорство (ст. 144); незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145).

Санкції вказаних статей передбачають застосування до винних таких видів кримінальних покарань як штраф, позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, громадські чи виправні роботи, обмеження та позбавлення волі.

Потерпілою стороною внаслідок вчинення даних злочинів є населення України (громадяни України, особи без громадянства та іноземці). Належним потерпілим благом як компонентом об'єкта вказаних злочинів виступає здоров'я населення, яке розуміється як фактичний або максимально досяжний в Україні стан організму людей, що в ній проживають чи перебувають, необхідний для забезпечення їх біологічного існування, здатності до активного тривалого життя та відтворення здорового людського покоління.⁸³⁵

Розглянемо детальніше склади деяких найпоширеніших у юридичній практиці злочинів, які можуть бути вчинені працівниками охорони здоров'я. Так, суб'єктивною стороною неналежного виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи ВІЛ-інфекцією чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 131 Кримінального кодексу України) є необережність, що проявляється у недбалому чи несумлінному ставленні до своїх професійних обов'язків, об'єктивна ж сторона проявляється як в активних діях, наприклад, використання нестерилізованих шприців, неякісного здійснення перевірки донорської крові, так і в бездіяльності, наприклад, недотримання обов'язкових заходів асептики та антисептики. Злочин вважається закінченим з моменту зараження особи

⁸³⁴ Кримінальне право України. Особлива частина / За ред. Проф. М. І. Бажанова, В. В. Сташиса, В. Я. Тація. – К.: Юрінком Інтер; Х.: Право. – 2001. – С. 29-74. (496 с.)

⁸³⁵ Фесенко Є. Система злочинів проти здоров'я населення та його охорони. – Право України. – 2000. – № 10. – С. 43-46.

невиліковною інфекцією. А щодо суб'єктивної сторони іншого злочину – розголошення відомостей про проведення медичного огляду щодо виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 Кримінального кодексу України), то вона може характеризуватись як наміром так і необережністю, причому, не має значення, з якою метою здійснюється таке розголошення, яким способом та кому надається така інформація. Разом з цим важливо, щоб таке розголошення було здійснене проти волі (без дозволу) особи, якої стосується розголошена інформація. Однак не буде вважатись злочином надання вказаної інформації на правомірний запит органів дізнання слідства та суду, або щоб уникнути інфікування інших осіб. Аналізований злочин слід відрізнити від такого злочину, як незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 Кримінального кодексу України), суб'єктивною стороною якого є лише намір і крім того обов'язковою кваліфікаційною ознакою якого – спричинення таким діянням тяжких наслідків, що не є обов'язковим у складі злочину, передбаченого ст. 132 Кримінального кодексу України.⁸³⁶

Склад злочину, передбаченого ст. 134 Кримінального кодексу України (незаконне проведення абортів) передбачає обов'язкову наявність в якості суб'єкта особи, яка не має спеціальної медичної освіти, тобто підтверджених дипломом (або іншим документом) спеціальних знань, навичок, для проведення такого роду операцій. У даному випадку не має значення мотив суб'єкта даного злочину (корисливий, добродійний, щоб допомогти жінкам, які бажають позбутися вагітності тощо). Юридична конструкція цієї статті недосконала, оскільки не виключає проведення незаконних абортів хоч і кваліфікованою особою, але з недотриманням інших умов і вимог, необхідних для проведення абортів, наприклад, проведення його поза стаціонаром чи при наявності протипоказань у пацієнтки. Разом з цим, позитивним є закріплення кваліфікаційних ознак у ч. 2 цієї статті, з настанням яких посилюється відповідальність винної особи, це – незаконне проведення абортів, якщо воно спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність чи смерть потерпілої.

Склад такого злочину як ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 Кримінального кодексу України) характеризується тим, що його суб'єктом є медичний працівник, який зобов'язаний згідно Закону чи іншого встановленого правила надати допомогу хворому. Крім цього, обов'язковою ознакою суб'єктивної сторони цього злочину є те, що такий працівник повинен заздалегідь знати про те, що ненадання ним такої допомоги може мати тяжкі наслідки для хворого (настання останніх не є обов'язковою умовою для кваліфікації за цією частиною статті). Вина медичного працівника – прямий умисел стосовно ненадання допомоги, умисел (як прямий так і непрямої) чи необережність у формі злочинної самовпевненості – по відношенню до наслідків. Ненадання допомоги

⁸³⁶ Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України / Під заг. ред. М. О. Потєбенька, Г. В. Гончаренка. – К.: „Форум”. – 2001. – С. 176. (680 с.)

хворому полягає у бездіяльності, тобто у невчиненні необхідних в конкретних умовах дій, спрямованих на порятунок життя, вилікування, полегшення страждань хворого. Однак при наявності поважних причин ненадання допомоги хворому відповідальність медичного працівника не настає. Такими причинами на практиці визнаються стихійне лихо, хвороба самого медпрацівника, надання допомоги одночасно іншому важко хворому, відсутність стерильних засобів для перев'язки. Редакція ч. 1 ст. 139 Кримінального кодексу України також є недосконалою, оскільки, якщо бездіяльність медичного працівника не спричинила шкоди хворому чи настали неважкі наслідки, яких лікар не бажав, то гуманніше та ефективніше було б застосовувати до винного дисциплінарну і цивільно-правову відповідальність, але не кримінальну.

У ч. 2 ст. 139 Кримінального кодексу України встановлена відповідальність за те ж діяння, якщо воно спричинило смерть хворого чи інші тяжкі наслідки. Вбачається, що суб'єктами цього злочину можуть бути лише медичні працівники при ненаданні ними допомоги не при виконанні своїх службових обов'язків (під час відпустки, у громадських місцях, тощо), при невиконанні ж ними своїх службових обов'язків у службовий час відповідальність настає за ст. 140 Кримінального кодексу України (неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником).

Під час підготовки нового Кримінального кодексу України, який вступив в силу 1 вересня 2001 року, в наукових колах точилася дискусія з приводу можливості визнання суб'єктом деяких злочинів проти здоров'я населення поряд з фізичними і юридичними осіб. Аргументи на користь цієї новації в національному кримінальному законі головним чином зводилися до необхідності врахування характеру і особливостей нових відносин що склалися в сфері економіки, а також правотворчого досвіду інших держав. Однак ця позиція не знайшла своєї підтримки на законотворчому рівні.⁸³⁷

Окремо слід сказати про дуже важливу статтю Кримінального кодексу України – статтю 184 “Порушення права на безоплатну медичну допомогу”, зі змісту якої випливає, що коли у пацієнта вимагають оплатити надані в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я медичні послуги, за які чинним законодавством не передбачена оплата, то такі “вимагачі” караються штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (1700 грн.) або арештом до шести місяців. Проблематичнішою є застосування ч. 2 цієї статті, згідно з якою за незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я посадова особа карається штрафом до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (17000 грн.) або виправними роботами на строк до двох років.

⁸³⁷ Фесенко Є. Особенности субъекта преступлений против здоровья населения и система мер, обеспечивающих его охрану. – Экономика и право. – 2003. – № 2. – С. 48-50.

У медичній науці і практиці є поняття лікарської помилки. Загалом нею охоплюються хибні висновки і дії лікаря при встановленні діагнозу захворювання, визначенні тактики і методики його лікування⁸³⁸. Для юриспруденції важливими є суб'єктивні причини виникнення лікарської помилки, тобто недостатня професійна підготовка і досвід лікаря, порушення ним службових та етичних засад надання медичної допомоги, недоліки морального характеру медичного працівника. У чинному кримінальному кодексі статті про відповідальність за лікарську помилку прямо не передбачено, однак у разі виникнення тяжких наслідків, спричинених такою помилкою, діяння медичного або фармацевтичного працівника буде кваліфікуватися, як неналежне виконання своїх професійних обов'язків (ст. 140 Кримінального кодексу України). І звичайно, внаслідок лікарської помилки, вчиненої із заподіянням шкоди здоров'ю пацієнта настає цивільно-правова відповідальність за ст. 1195 Цивільного кодексу України.

Юридична відповідальність – один із найважливіших інструментів забезпечення дисципліни і порядку в діяльності закладів охорони здоров'я та роботі його працівників.

Неналежне лікування, що є протиправним і спричинило шкоду здоров'ю хворого або його смерть, тягне за собою обов'язок відшкодувати цю шкоду, тобто цивільно-правова відповідальність настає лише за наявності вини лікаря або іншого медичного працівника. Вина є суб'єктивною основою відповідальності і, як елемент правопорушення, характеризує його з точки зору внутрішнього, психічного стану винного.⁸³⁹ Це ж стосується й інших видів юридичної відповідальності – дисциплінарної, адміністративної, матеріальної і кримінальної. Без вини немає відповідальності!

Етичні засади професійної діяльності лікаря, корені якої виходять з клятви Гіппократа, нині визначені у Клятві лікаря, затвердженій Указом Президента України від 15 червня 1992 року N 349 “Про Клятву лікаря”.⁸⁴⁰ Тому слід виходити із того, що правомірна, високоморальна поведінка медичного працівника, який взірцево виконує свої професійні та службові обов'язки повинна всіляко заохочуватись (що передбачено Кодексом законів про працю України, а також умовами колективного договору і правилами внутрішнього трудового розпорядку), а невиконання, чи неналежне виконання своїх обов'язків тягнути за собою настання відповідних заходів юридичної відповідальності.

⁸³⁸ Юридична енциклопедія: в 6Т. - К.: “Українська Енциклопедія”, 2001., С. 490.

⁸³⁹ Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. – Львов: «Вища школа», 1982. – С. 173.

⁸⁴⁰ Урядовий кур'єр . – 1992. –

Глава 7. Адміністративно-юрисдикційні повноваження органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я

Необхідність удосконалення організаційних і правових механізмів державного управління охороною здоров'я стосовно поліпшення якості медичної допомоги та профілактики правопорушень зумовлюється передусім таким: станом та адекватністю нормативно-правової бази, законності й **юридичної** відповідальності як складових правового механізму державного, управління закладами охорони здоров'я; неефективністю чинної системи відомчого і зовнішнього контролю та нагляду за якістю медичної допомоги та профілактикою професійних правопорушень; наявними організаційно-правовими проблемами і відсутністю компетентної служби, наприклад медико-правової як відносно самостійної підсистеми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я.⁸⁴¹

створення медико-правової служби дозволить удосконалити організаційно-правові механізми державного управління діяльністю закладів системи охорони здоров'я України, а також більш дієво та об'єктивно контролювати й оцінювати роботу структурних медичних підрозділів з державно-правових позицій, що буде сприяти, з одного боку, зниженню рівня правопорушень медичних працівників та поліпшенню якості медичної допомоги, а з другого - . правовому захисту суб'єктів відносин "лікар-пацієнт".⁸⁴²

Пропонована медико-правова служба як керована підсистема у структурному відношенні являє собою три класичні складові частини - суб'єкт управління (управління або відділ органу управління системою охорони здоров'я), об'єкт управління (органи, заклади, служби системи охорони здоров'я, медичні працівники, пацієнти) та блок наукового регулювання (чинна відомча система інформаційного забезпечення медичних структур - інформаційно-аналітичні або організаційно-методичні відділи, статистичні кабінети чи центри, офіційна звітно-облікова інформація функціонально-структурних підрозділів, нормативно-правова база, службові

⁸⁴¹ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України.– О., 2004. – С. 1 – 2.

⁸⁴² Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України.– О., 2004. – С. 3.

документи та матеріали, скарги, заяви, матеріали судово-слідчих структур тощо).⁸⁴³

Щодо регіонального рівня, то медико-правова служба може бути представлена відділом медико-правової допомоги та захисту, до якого мають структурно входити два сектори: медико-технологічного контролю (у штаті якого є лікар-інспектор, лікарі-експерти з основних медичних спеціальностей, які працюють на громадських засадах; медичний психолог-соціолог) та правового регулювання (у штаті якого є юрист-інспектор; юрист-консультант та інспектор). Відділ безпосередньо підпорядкований начальнику управління охороною здоров'я обласної або міської державної адміністрації та взаємодіє (на функціональній основі) з усіма його функціонально-структурними підрозділами.⁸⁴⁴

5. медико-правова служба - це динамічна керована система, яка організується на базових принципах і підходах державного управління, є складовою частиною відповідного органу управління охорони здоров'я і забезпечує реалізацію функцій стосовно поліпшення якості медичної допомоги, внутрішньовідомчого контролю і профілактики правопорушень, надання правової допомоги медичним фахівцям і пацієнтам та їх правового захисту на засадах відносно самостійної управлінської структури.⁸⁴⁵

Необхідність удосконалення організаційних і правових механізмів державного управління охороною здоров'я стосовно поліпшення якості медичної допомоги та профілактики правопорушень зумовлюється передусім таким: станом та адекватністю нормативно-правової бази, законності й **юридичної** відповідальності як складових правового механізму державного, управління закладами охорони здоров'я; неефективністю чинної системи відомчого і зовнішнього контролю та нагляду за якістю медичної допомоги та профілактикою професійних правопорушень; наявними організаційно-правовими проблемами і відсутністю компетентної служби,

⁸⁴³ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – О., 2004. – С. 12.

⁸⁴⁴ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – О., 2004. – С. 13.

⁸⁴⁵ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – О., 2004. – С. 15.

наприклад медико-правової як відносно самостійної підсистеми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я.⁸⁴⁶

створення медико-правової служби дозволить удосконалити організаційно-правові механізми державного управління діяльністю закладів системи охорони здоров'я України, а також більш дієво та об'єктивно контролювати й оцінювати роботу структурних медичних підрозділів з державно-правових позицій, що буде сприяти, з одного боку, зниженню рівня правопорушень медичних працівників та поліпшенню якості медичної допомоги, а з другого - . правовому захисту суб'єктів відносин "лікар-пацієнт".⁸⁴⁷

Пропонована медико-правова служба як керована підсистема у структурному відношенні являє собою три класичні складові частини - суб'єкт управління (управління або відділ органу управління системою охорони здоров'я), об'єкт управління (органи, заклади, служби системи охорони здоров'я, медичні працівники, пацієнти) та блок наукового регулювання (чинна відомча система інформаційного забезпечення медичних структур - інформаційно-аналітичні або організаційно-методичні відділи, статистичні кабінети чи центри, офіційна звітно-облікова інформація функціонально-структурних підрозділів, нормативно-правова база, службові документи та матеріали, скарги, заяви, матеріали судово-слідчих структур тощо).⁸⁴⁸

Щодо регіонального рівня, то медико-правова служба може бути представлена відділом медико-правової допомоги та захисту, до якого мають структурно входити два сектори: медико-технологічного контролю (у штаті якого є лікар-інспектор, лікарі-експерти з основних медичних спеціальностей, які працюють на громадських засадах; медичний психолог-соціолог) та правового регулювання (у штаті якого є юрист-інспектор; юрист-консультант та інспектор). Відділ безпосередньо підпорядкований начальнику управління охороною здоров'я обласної або міської державної адміністрації та взаємодіє

⁸⁴⁶ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.- О., 2004. – С. 1 – 2.

⁸⁴⁷ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.- О., 2004. – С. 3.

⁸⁴⁸ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.- О., 2004. – С. 12.

(на функціональній основі) з усіма його функціонально-структурними підрозділами.⁸⁴⁹

6. медико-правова служба - це динамічна керована система, яка організується на базових принципах і підходах державного управління, є складовою частиною відповідного органу управління охорони здоров'я і забезпечує реалізацію функцій стосовно поліпшення якості медичної допомоги, внутрішньовідомчого контролю і профілактики правопорушень, надання правової допомоги медичним фахівцям і пацієнтам та їх правового захисту на засадах відносно самостійної управлінської структури.⁸⁵⁰

Відповідно до ст. 214 КУпАП усі справи про адміністративні правопорушення (за винятком віднесених самим Кодексом до відання інших органів (посадових осіб)) вирішують адміністративні комісії при виконавчих органах сільських, селищних, міських рад. Іншими ж органами, уповноваженими розглядати справи про адміністративні правопорушення, передбаченими КУпАП є виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад, судді районних (міських) судів, органи внутрішніх справ, органи державних інспекцій та інші уповноважені органи.

Як визначає ст. 215 КУпАП адміністративні комісії утворюються відповідними органами місцевого самоврядування у складі голови, заступника голови, відповідального секретаря, а також членів комісії. Адміністративні комісії при виконавчих комітетах районних у містах рад утворюються у разі надання районній у місті раді та її виконавчому комітету відповідних повноважень міською радою.

Як вказано в ст. 216 КУпАП адміністративні комісії мають право розглядати справи про адміністративні правопорушення при наявності не менш як половини членів їх складу, а виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад – при наявності не менш як двох третин від загального складу виконавчого комітету. Правомочність же засідань інших колегіальних органів, уповноважених розглядати справи про адміністративні правопорушення, встановлюється чинним законодавством України.

⁸⁴⁹ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – О., 2004. – С. 13.

⁸⁵⁰ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – О., 2004. – С. 15.

Згідно ст. 217 КУпАП посадові особи, уповноважені розглядати справи про адміністративні правопорушення, можуть накладати адміністративні стягнення, передбачені КУпАП, у межах наданих їм повноважень і лише під час виконання службових обов'язків.

Стаття 218. Адміністративні комісії

Адміністративні комісії при виконавчих органах міських рад розглядають справи про такі адміністративні правопорушення – ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу; умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 45, 46 КУпАП)

Стаття 221. Районні (міські) суди (судді)

Судді районних (міських) судів розглядають справи про такі адміністративні правопорушення – виробництво, заготівля, реалізація сільськогосподарської продукції, що містить хімічні препарати понад гранично допустимі рівні концентрації; заготівля, переробка або збут радіоактивно забруднених продуктів харчування чи іншої продукції; виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених мікроорганізмами та іншими біологічними агентами понад гранично допустимі рівні; незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах; Ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження; порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення (ст.ст. 42-1 - 42-3, ч. 1 ст. 44, ст.ст. 44-1, 46-1 КУпАП)

Стаття 222. Органи внутрішніх справ (міліція)

Органи внутрішніх справ (міліція) розглядають справи про такі адміністративні правопорушення – незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ч. 1 ст. 44 КУпАП)

Від імені органів внутрішніх справ (міліції) розглядати дану категорію справ мають право начальники або заступники начальників районних, міських, районних у містах відділів (управлінь) внутрішніх справ, а також начальники або заступники начальників органів внутрішніх справ на транспорті, інших органів внутрішніх справ, прирівнених до районних, міських, районних у містах відділів (управлінь) внутрішніх справ, начальники відділень міліції, що є в системі органів внутрішніх справ

Стаття 236. Органи, установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби

Органи, установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби розглядають справи про адміністративні правопорушення, пов'язані з порушенням державних санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 КУпАП),

Від імені органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби розглядати справи про адміністративні правопорушення і накладати адміністративні стягнення в межах територій та об'єктів нагляду, визначених законодавством, мають право:

1) головний державний санітарний лікар України та його заступники, головні державні санітарні лікарі Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, головні державні санітарні лікарі водного, залізничного, повітряного транспорту, водних басейнів, залізниць та їх заступники, головні державні санітарні лікарі районів, міст, районів у містах, лінійних підрозділів та об'єктів водного, залізничного, повітряного транспорту, об'єктів, що мають особливий режим роботи, Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету у справах охорони державного кордону України, Служби безпеки України, з'єднань, частин та підрозділів і їх заступники;

2) лікарі-гігієністи, лікарі-епідеміологи органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби

Стаття 244-8. Органи державного контролю якості лікарських засобів

Органи державного контролю якості лікарських засобів розглядають справи про адміністративні правопорушення, пов'язані з недодержанням вимог стандартів, норм, правил і технічних умов під час виробництва, зберігання, транспортування, реалізації чи використання лікарських засобів, передбачені ст.ст. 167 - 170 КУпАП, з порушенням встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1 КУпАП), а також з невиконанням законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188-10 КУпАП).

Від імені органів державного контролю якості лікарських засобів розглядати справи про адміністративні правопорушення і накладати адміністративні стягнення мають право Головний державний інспектор України з контролю якості лікарських засобів та його заступники, начальники державних інспекцій з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, їх заступники та державні інспектори з контролю якості лікарських засобів.

Як вже згадувалось фактичною підставою настання адміністративної відповідальності є скоєння адміністративного проступку. Згідно ст. 254 КУпАП про вчинення адміністративного правопорушення складається протокол уповноваженими на те посадовою особою або представником громадської організації чи органу громадської самодіяльності. Протокол не складається у випадках, коли відповідно до закону штраф накладається і стягується, а попередження фіксується на місці вчинення правопорушення

Особи, які мають право складати протоколи про адміністративні правопорушення визначені в ст. 255 КУпАП. У справах про адміністративні правопорушення, що розглядаються вище згадуваними органами, протоколи про правопорушення мають право складати уповноважені на те посадові особи:

органів внутрішніх справ (ч. 1 ст. 44 КУпАП, ст.ст. 44-1, 46-1 КУпАП)

органів охорони здоров'я (ст.ст. 45, 46 КУпАП)

органів у справах захисту прав споживачів (ст. 42-2 КУпАП)

органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ст.ст. 42-1 - 42-3 КУпАП);

органів державного ветеринарного нагляду (ст.ст. 42-1 - 42-3 КУпАП);

лабораторій радіаційного контролю міністерств і відомств України, організацій споживчої кооперації (ст. 42-2 КУпАП).

Відповідно до ст.ст. 276, 277 КУпАП справа про адміністративне правопорушення розглядається за місцем його вчинення і за загальним правилом в п'ятнадцятиденний строк з дня одержання органом (посадовою особою), правомочним розглядати справу, протоколу про адміністративне правопорушення та інших матеріалів справи. Однак справи про адміністративні правопорушення, передбачені статтею 42-2, частиною першою статті 44, 44-1 КУпАП.

Орган (посадова особа) при підготовці до розгляду справи про адміністративне правопорушення вирішує такі питання:

1) чи належить до його компетенції розгляд даної справи;

2) чи правильно складено протокол та інші матеріали справи про адміністративне правопорушення;

3) чи сповіщено осіб, які беруть участь у розгляді справи, про час і місце її розгляду;

4) чи витребувано необхідні додаткові матеріали;

5) чи підлягають задоволенню клопотання особи, яка притягається до адміністративної відповідальності, потерпілого, їх законних представників і адвоката.

Як зазначає ст. 279 КУпАП розгляд справи розпочинається з оголошення складу колегіального органу або представлення посадової особи, яка розглядає дану справу.

Головуючий на засіданні колегіального органу або посадова особа, що розглядає справу, оголошує, яка справа підлягає розгляду, хто притягається до адміністративної відповідальності, роз'яснює особам, які беруть участь у розгляді справи, їх права і обов'язки. Після цього оголошується протокол про адміністративне правопорушення. На засіданні заслуховуються особи, які беруть участь у розгляді справи, досліджуються докази і вирішуються клопотання. У разі участі в розгляді справи прокурора заслуховується його висновок.

При розгляді справи про адміністративне правопорушення обов'язково підлягають з'ясуванню наступні обставини: чи було вчинено адміністративне правопорушення, чи винна дана особа в його вчиненні, чи підлягає вона адміністративній відповідальності, чи є обставини, що пом'якшують і обтяжують відповідальність, чи заподіяно майнову шкоду, чи є підстави для передачі матеріалів про адміністративне правопорушення на розгляд громадської організації, трудового колективу, а також з'ясувати інші обставини, що мають значення для правильного вирішення справи.

При розгляді колегіальним органом справи про адміністративне правопорушення ведеться протокол, в якому зазначаються:

- 1) дата і місце засідання;
- 2) найменування і склад органу, який розглядає справу;
- 3) зміст справи, що розглядається;
- 4) відомості про явку осіб, які беруть участь у справі;
- 5) пояснення осіб, які беруть участь у розгляді справи, їх клопотання і результати їх розгляду;
- 6) документи і речові докази, досліджені при розгляді справи;
- 7) відомості про оголошення прийнятої постанови і роз'яснення порядку та строків її оскарження.

Протокол засідання колегіального органу підписується головуючим на засіданні і секретарем цього органу.

Орган (посадова особа), який розглядає справу, встановивши причини та умови, що сприяли вчиненню адміністративного правопорушення, вносить у відповідний державний орган чи орган місцевого самоврядування, громадську організацію або посадовій особі пропозиції про вжиття заходів щодо усунення цих причин та умов. При вжитті заходи протягом місяця з дня надходження пропозиції повинно бути повідомлено орган (посадову особу), який вніс пропозицію.

Розглянувши справу про адміністративне правопорушення, орган (посадова особа) виносить постанову по справі. Постанова виконавчого органу сільської, селищної, міської ради по справі про адміністративне правопорушення приймається у формі рішення.

Постанова повинна містити: найменування органу (посадової особи), який виніс постанову, дату розгляду справи; відомості про особу, щодо якої розглядається справа; викладення обставин, установлених при розгляді справи; зазначення нормативного акта, який передбачає відповідальність за дане адміністративне правопорушення; прийняте по справі рішення.

Якщо при вирішенні питання про накладення стягнення за адміністративне правопорушення уповноваженими на те органами (посадовими особами), одночасно вирішується питання про відшкодування винним майнової шкоди, то в постанові по справі зазначаються розмір шкоди, що підлягає стягненню, порядок і строк її відшкодування.

Постанова по справі повинна містити вирішення питання про вилучені речі і документи, а також вказівку про порядок і строк її оскарження.

Постанова колегіального органу приймається простою більшістю голосів членів колегіального органу, присутніх на засіданні.

Постанова по справі про адміністративне правопорушення підписується посадовою особою, яка розглянула справу, а постанова колегіального органу - головою на засіданні і секретарем цього органу.

У випадках, передбачених законодавством України, про захід стягнення робиться відповідний запис на протоколі про адміністративне правопорушення або постанова оформляється іншим установленим способом.

По справі про адміністративне правопорушення, орган (посадова особа) виносить одну з таких постанов:

- 1) про накладення адміністративного стягнення;
- 2) про застосування заходів впливу, передбачених КУпАП;
- 3) про закриття справи.

Постанова про закриття справи виноситься при оголошенні усного зауваження, передачі матеріалів на розгляд громадської організації чи трудового колективу або передачі їх прокурору, органу попереднього слідства чи дізнання.

Постанова оголошується негайно після закінчення розгляду справи. Копія постанови протягом трьох днів вручається або висилається особі, щодо якої її винесено.

Копія постанови в той же строк вручається або висилається потерпілому на його прохання.

Копія постанови вручається під розписку. В разі, якщо копія постанови висилається, про це робиться відповідна відмітка у справі.

Розділ V. Взаємозв'язок державної, регіональної та місцевої політики охорони здоров'я

Глава 1. Формування регіональної і місцевої політики охорони здоров'я

Державні регіональні програми є важливим чинником, який сприяє прийняттю рішень на державному рівні щодо питань регулювання розвитку економіки. Зазначені програми дають змогу Кабінету Міністрів України, Міністерству економіки, іншим зацікавленим міністерствам і відомствам приймати обґрунтовані рішення у процесі визначення промислової та регіональної політики, створювати умови для заохочення інвестицій до пріоритетних галузей господарського комплексу з урахуванням інтегрального ефекту та відповідно до інтересів окремих регіонів, їхньої спеціалізації, природно-кліматичних умов, ресурсних можливостей, соціальних особливостей.

Реалізація регіональних програм повинна забезпечувати підвищення ефективності функціонування регіональних господарських комплексів, використання природних, рекреаційно-туристичних, трудових ресурсів та науково-виробничого потенціалу, геополітичного положення. Сьогодні чимало регіонів підготувало державні регіональні програми соціально-економічного розвитку, призначені забезпечити наступні відносини: налагодження механізму взаємовідносин між центром та регіонами, досягнення оптимального рівня децентралізації; здійснення оптимального міжрегіонального розподілу державних асигнувань; використання цивілізованих процедур селективного відбору суб'єктів господарювання (в т.ч. й тих, що функціонують в сфері охорони здоров'я), на які поширюватиметься режим державної підтримки. Крім цього, у регіональних програмах реалізовано комплексний підхід до розвитку території на засадах комбінування різних джерел фінансування.

Залежно від визначених цілей та фінансових можливостей такі програми розробляють на коротко- (1-2 роки), середньо- (3-5 років) та довготерміновий (понад 5 років) періоди.

Під час розробки програм враховують економічну діяльність усіх суб'єктів господарської діяльності (тобто, і тих, які діють у системі охорони здоров'я), що розташовані на території регіону, незалежно від форм власності і підпорядкування. До складу цієї комплексної програми повинні входити найважливіші завдання і показники, що визначені у національних,

державних галузевих, державних регіональних та місцевих (локальних) цільових програмах.

Головні показники програм соціально-економічного розвитку регіонів використовує Міністерство економіки України для розробки державної програми економічного і соціального розвитку України з виділенням найважливіших показників цієї програми стосовно регіонів.⁸⁵¹

Проект програми соціально-економічного розвитку регіону рекомендують розробляти у такій послідовності:

1) аналіз досягнутого стану соціально-економічного розвитку регіону на початок прогнозованого періоду, виявлення найбільш гострих проблем і диспропорцій у господарському комплексі та причин їх виникнення;

2) обґрунтування цілей, завдань і пріоритетів у соціально-економічному розвитку на прогнозований період, визначення засобів вирішення виявлених проблем, розробка відповідних заходів і кількісних характеристик щодо напрямів розвитку продуктивних сил регіону з урахуванням формування ринкових відносин, раціонального використання природно-ресурсного та виробничо-технічного потенціалу;

3) узгодження основних завдань і параметрів проекту програми з намірами центральних та місцевих органів виконавчої влади і самоврядування та з поданими від підприємств і організацій проектами планів і заходів, які пов'язані з обслуговуванням населення або з негативними змінами екологічного, демографічного стану та інших небажаних наслідків;

4) складання проекту програми і подання її у визначений термін на розгляд обласних (міських) держадміністрацій;

5) після розгляду проекту програми виконавчими органами влади та визначення уточнених обсягів фінансових ресурсів у ній роблять потрібні корективи і подають на розгляд та затвердження обласній (міській) раді.

Головні показники проекту програми рекомендують розраховувати принаймні у двох варіантах (мінімальний і максимальний) залежно від визначених завдань та обсягів очікуваних фінансових ресурсів і можливостей їх маневрування.

Проекти планів (намірів) і заходів підприємств та організацій розглядає спеціальна робоча група з числа спеціалістів економічних, фінансових, соціальних та інших підрозділів місцевих держадміністрацій та міськвиконкомів у визначені терміни щодо розробки регіональної програми. Цей процес полягає в поетапному розгляді головних показників проектів планів та заходів підприємств, їхньому аналізі та оцінці впливу на демографічний,

⁸⁵¹ Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 512 – 513.

екологічний, економічний стан регіону, задоволення соціальних потреб населення.

Залежно від результатів розгляду вони готують пропозиції до планів підприємств і організацій в тому числі й сфери охорони здоров'я, регіональних та місцевих цільових програм, а також до відповідних міністерств і відомств України з метою вирішення на центральному рівні найбільш складних питань соціально-економічного та культурного розвитку регіону.⁸⁵²

У ряді країн стратегії досягнення здоров'я для усіх, розроблені на обласному, а також муніципальному рівнях (найчастіше в контексті місцевого проекту "Міста здоров'я"), є найбільш ефективними механізмами межсекторального співробітництва і широкого залучення населення в процес прийняття рішень. Ці стратегії є дієвим інструментом для досягнення в сфері охорони здоров'я як загальнонаціональних цілей, так і цілей, адаптованих до конкретних умов того або іншого району (області). При цьому найчастіше використовуються творчі і новаторські підходи. Завдяки обмінові досвідом з іншими людьми й організаціями, а також підтримці з боку відповідних центральних органів, ці підходи можуть у значній мірі доповнювати і підсилювати ефективність один одного. При децентралізації процесу розробки політики варто також заснувати механізми, що дозволяють успішно вирішувати питання забезпечення справедливості. Приділення уваги питанням розробки політики і проведення конкретних заходів на місцях безперечно краще висвітлять існуючі розходження в стані здоров'я різних груп населення, а також важке становище найбільш соціально незахищених категорій населення.⁸⁵³

Вважаємо, що подальший розвиток охорони здоров'я в Україні як цілісної системи повинен будуватися не на регіональній чи муніципальній, а на єдиній державній політиці.⁸⁵⁴

В сучасній теорії місцевого самоврядування все більшого поширення дістає характеристика явища місцевого самоврядування як децентралізації державної влади, проявом якої є державне управління. Адже вживане в Конституції поняття «міське самоврядування», як зазначалося автором раніше⁸⁵⁵, не розкриває повною мірою внутрішнього змісту позначуваного ним явища.

⁸⁵² Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 513 – 514.

⁸⁵³ Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения // ВОЗ, ЕРБ, Копенгаген, "Здоровье для всех". - 1991. – С. 236.

⁸⁵⁴ Запорожан В.М., Журавель В.І. Сучасні процеси перебудови системи охорони здоров'я України потребують наукового обґрунтування // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3–4 (6–7). – С. 36.

⁸⁵⁵ Борденюк В. Діалектика співвідношення самоврядування, місцевого самоврядування та державного управління // Право України. — 2002. — № 12. — С. 118-122.

Саме таке розуміння природи державної влади є тією методологічною основою для з'ясування поняття та змісту децентралізації державної влади, яка є багатогранним явищем. У загальному вигляді суть децентралізації полягає в тому, що функції та повноваження по здійсненню єдиної державної влади, яка первісно належить народові, розподіляються між відповідними органами державної влади, з одного боку, та органами державної влади і органами місцевого самоврядування, — з іншого.⁸⁵⁶

Водночас одним із провідних принципів побудови державного механізму, який долучається до принципу поділу влади на законодавчу, виконавчу та судову, є принцип поділу влади по вертикалі. У даному випадку йдеться про територіальну децентралізацію, коли повноваження по здійсненню функцій та завдань державної влади (державного управління) адресуються конституцією та/або законами чи іншими нормативно-правовими актами на рівень відповідних органів публічної влади, що створюються у відповідних територіальних утвореннях. Без такої децентралізації не може обійтися будь-яка держава. Це зумовлено тим, що центральні державні органи не можуть забезпечити здійснення завдань і функцій державного управління на всій території держави, оскільки хоч якою не була б досконалою організація влади в центрі, вона не буде ефективною, якщо не буде спиратися на таку ж досконалу організацію влади на місцях.⁸⁵⁷

Тому хоча Конституція формально й відокремила органи місцевого самоврядування від органів державної влади, проте це зовсім не означає, що народ є джерелом такої публічної влади, яка за логікою деяких авторів нібито поділяється на державну і муніципальну і які відповідно здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування. Адже єдність і цілісність державної території виключає можливість існування над її частинами (тобто адміністративно-територіальними одиницями) якоїсь автономної влади територіальних громад, яка не належить державі. Саме тому за умов демократичної децентралізації змінюється не природа влади, а характер взаємовідносин між центральними органами державної влади та органами місцевого самоврядування. Вирішуючи в межах своїх повноважень питання місцевого значення, вони здійснюють одну й ту ж саму владу, що й органи державної влади, але на засадах відносної автономії, яка визначена Конституцією і законами України. При цьому на природу влади обсяг їх повноважень не впливає. Саме такі підходи мають бути застосовані й до характеристики природи влади, яка здійснюється в процесі місцевого самоврядування.⁸⁵⁸

⁸⁵⁶ В. Борденюк. Децентралізація державної влади і місцеве самоврядування: поняття, суть та форми (види) // Право України, 2005. - № 1. - С. 21.

⁸⁵⁷ В. Борденюк. Децентралізація державної влади і місцеве самоврядування: поняття, суть та форми (види) // Право України, 2005. - № 1. - С. 22.

⁸⁵⁸ В. Борденюк. Децентралізація державної влади і місцеве самоврядування: поняття, суть та форми (види) // Право України, 2005. - № 1. - С. 25.

Місцеве самоврядування є передусім формою публічної влади, що створюється в населених пунктах – селах, селищах і містах, – для забезпечення їх життєдіяльності і для розв’язання місцевих проблем. Інститут місцевого самоврядування є одним із необхідних складових демократичної організації влади. Свої початку цей інститут бере ще з часів давньої Греції і давнього Риму, коли окремі міста користувались правом екстериторіальності і формували з числа своїх мешканців свою міську владу. За часів середньовіччя це явище здобуло своє закріплення в так званому „магдебурзькому праві”, яке в 14-17 століттях здобуло значне поширення в містах і містечках України. Протягом радянського періоду розвитку інститут місцевого самоврядування був ліквідований, всі місцеві органи влади були „одержавлені” в зведені в єдину систему державної влади. На початку демократичних перетворень в Україні цей інститут був відновлений і запроваджений Законом від 7 грудня 1990 року „Про місцеві Ради народних депутатів та місцеве і регіональне самоврядування”.

Сьогодні Конституція України у розділі XI закріплює існування і організацію місцевого самоврядування. У ст. 140 Конституції місцеве самоврядування визначається як право територіальної громади – жителів села чи добровільного об’єднання у сільську громаду жителів кількох сіл, селища та міста – самостійно вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і законів України.

Вказане визначення місцевого самоврядування, закріплене нормою Конституції України, на думку автора, не є вдалим і відображає лише один аспект місцевого самоврядування. Цілком очевидно, що місцеве самоврядування є однією з форм реалізації публічної влади (іншою – є влада державна!), важливішим інститутом демократії в умовах громадянського суспільства і демократичної, правової держави.

Ключовим поняттям до розуміння місцевого самоврядування є територіальна громада, тобто об’єднання громадян, які постійно проживають на території даного села, селища, міста. Слід зазначити, що відповідно до адміністративно-територіального устрою, закріпленого у розділі IX Конституції існують територіальні громади села, селища і міста. Райони і області являють собою вже не єдину територіальну громаду, а територіальне об’єднання громад. Тому й різняться між собою: перші (територіальні громади сіл, селищ і міст) – формують базові органи місцевого самоврядування, другі (територіальні об’єднання громад районів і областей) – обирають регіональні органи місцевого самоврядування. Діяльність органів місцевого самоврядування регулюється Законом України „Про місцеве

самоврядування в Україні”. Відповідно до цього Закону виборці відповідних територіальних громад – села, селища і міста, - обирають відповідних голів і представницькі органи місцевого самоврядування – сільські, селищні та міські ради. Ті, в свою чергу, формують виконавчі органи місцевого самоврядування, до яких відносяться виконавчі комітети, департаменти відділи, управління та інші органи відповідних рад.

Отже, Конституція України, Закон „Про місцеве самоврядування в Україні” та інші закони закріплюють місцеве самоврядування як один з найважливіших інститутів громадянського суспільства і демократичної держави і наділяють місцеві ради повноваженнями – правами й обов'язками, які випливають з завдань і функцій місцевого самоврядування на відповідній території.

Система місцевого самоврядування, що має в Україні давні історичні корені, відновлена на початку 90-х років ХХ століття і законодавчо запроваджена Законом Української РСР від 7 грудня 1990 року „Про місцеві Ради народних депутатів Української РСР та місцеве самоврядування”⁸⁵⁹, який в 1992 році був викладений в новій редакції і набув назви „Про місцеві Ради народних депутатів та місцеве і регіональне самоврядування”.⁸⁶⁰ Це були перші спроби демократизувати тодішнє суспільство, шляхом роздержавлення місцевих рад і запровадити систему місцевого самоврядування як громадський інститут вирішення і розв'язання місцевих справ.

Разом з тим, відсутність належно обґрунтованої та ефективної місцевої політики в Україні в 90-х роках ХХ століття стала однією з важливих причин стримування соціально-економічного розвитку та стабільності в державі, ускладнення умов для зміцнення позицій України у міжнародному економічному співробітництві, повільного здійснення ринкових перетворень на місцях, виникнення та загострення багатьох соціальних, економічних, екологічних та інших проблем. Однією з найважливіших проблем організації і діяльності органів місцевого самоврядування в Україні є практика діяльності центральних і місцевих органів державної влади, які постійно „підминають” під себе органи місцевого самоврядування, зазіхають на їх компетенцію, розширюючи свої повноваження. На це постійно вказується у матеріалах періодичної преси і наукових публікаціях, про ці проблеми постійно наголошують як самі представники органів місцевого самоврядування, так і провідні науковці. Так, проф. О.І. Сушинський вказує на необхідність регламентувати взаємовідносини сторін щодо взаємного делегування диспозитивної складової та взаємну відповідальність щодо здійснення делегованих повноважень. А це означає, що на законодавчому рівні необхідно регламентувати обсяг можливих до делегування

⁸⁵⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1991. - № 2. - Ст. 5.

⁸⁶⁰ Відомості Верховної Ради України. - 1992. - № 28. - Ст. 387.

повноважень, водночас жорстко детермінувавши тільки процесуальну сторону. Без цього право- та дієздатність територіальних громад видається фікцією і таким, що не відповідає тенденціям розвитку громадянського суспільства.⁸⁶¹

Указом Президента України від 25 травня 2001р. „Про Концепцію державної регіональної політики” одним з пріоритетних завдань поставлено – удосконалення розподілу повноважень та функцій між територіальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування з метою уникнення дублювання, спрощення системи управління, її фінансового забезпечення та економії бюджетних коштів.⁸⁶²

Місцеве самоврядування є невід'ємним елементом громадянського суспільства, яке прагне побудувати Україна. Отже, в міру становлення такого суспільства буде відбуватися й становлення та розвиток місцевого самоврядування в Україні.⁸⁶³ Сьогодні місцеве самоврядування існує як конституційний інститут місцевої влади і здійснюється відповідно до Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні”. Згідно ст. 140 Конституції України місцеве самоврядування здійснюється територіальною громадою в порядку, встановленому законом, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, тобто через певний структурно-організаційний механізм, який називається системою місцевого самоврядування. Система місцевого самоврядування в структурно-організаційному плані являє собою сукупність органів місцевого самоврядування, органів самоорганізації населення та організаційних форм, за допомогою яких відповідна територіальна громада або її складові частини здійснюють завдання та функції місцевого самоврядування, вирішують питання місцевого значення.

Суб'єктами місцевого самоврядування, відповідно до ст. 5 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” є:

- територіальна громада;
- сільська, селищна, міська рада;
- сільський, селищний, міський голова;
- виконавчі органи сільської, селищної, міської ради;
- районні та обласні ради, що представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст;
- органи самоорганізації населення.

Саме на них Закон покладає вирішення всіх місцевих справ, керівництво соціально-економічним і культурним розвитком відповідних територій.

⁸⁶¹ Сушинський О.І. Місцеві державні адміністрації: статус у контексті публічної влади. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.26 – 28.

⁸⁶² Офіційний вісник України. – 2001. – № 22. – Ст. 983.

⁸⁶³ Конституційне право України // За ред. В. Ф. Погорілка. - Київ, "Наукова думка", 2000. – С. 247.

Ради базового рівня – села, селища і міста формують свої виконавчі органи, до яких відносяться виконавчий комітет, відділи, управління, департаменти, інспекції та інші виконавчі органи відповідної ради.

Основна особливість статусу обласних і районних рад полягає у відсутності у цих рад своїх виконавчих органів. Їх функції здійснюють місцеві державні адміністрації.

Місцеві державні адміністрації підзвітні і підконтрольні радам у частині повноважень, делегованих їм обласними і районними радами.

Обласна чи районна рада може висловити недовіру голові відповідної місцевої державної адміністрації, на підставі чого Президент України приймає відповідне рішення про відставку голови державної адміністрації.

Оскільки районні і обласні ради не мають власних виконавчих органів, складання і виконання відповідних бюджетів, прогнозів і програм соціально-економічного розвитку здійснюється місцевими державними адміністраціями. Ради ж розглядають і затверджують відповідні бюджети, прогнози і програми, можуть вносити до них певні зміни, контролюють хід виконання місцевих бюджетів, здійснюють функції щодо їх вирівнювання.⁸⁶⁴

Практична реалізація завдань по охороні здоров'я населення, що проживає на певній території – села, селища чи міста, району чи області, відповідно до Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні”⁸⁶⁵ покладається на органи місцевого самоврядування.

Нормою статті 49 Конституції України передбачене право особи на одержання безоплатної для неї медичної допомоги як у державних, так і в комунальних закладах охорони здоров'я. Отже, норма цієї статті вказує на те, що частина питань охорони здоров'я, зокрема, надання медичної допомоги, Конституція відносить до питань місцевого значення. Тому головним питанням є розмежування завдань і функцій державної системи охорони здоров'я і комунальної системи (підсистеми) охорони здоров'я.

Виникає питання: яка конкретно частина питань охорони здоров'я повинна бути віднесена до відання місцевого значення, а яка – до відання органів регіонального управління, яка до центральних органів виконавчої влади і як розподіл цих питань повинен координуватися органами державної влади?

Таким чином, лікування важких і складних захворювань, яке потребує значних коштів і кооперованих зусиль висококваліфікованого медичного персоналу, здійснюється на вторинному і третинному рівні надання медико-санітарної допомоги, в медичних закладах, як правило, державної форми власності. Отже, проблема охорони здоров'я населення і надання йому медико-санітарної допомоги є лише частково місцевого значення. В іншій же своїй частині – надання медико-санітарної допомоги вторинного і третинного рівня, – вона має регіональне або загальнодержавне значення. Тому, одним з

⁸⁶⁴ Сушинський О.І. Місцеве самоврядування: регламент представницьких органів. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.15.

⁸⁶⁵ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170

найважливіших питань організації надання медико-санітарної допомоги населенню є чітке розмежування між **медичною допомогою первинного рівня**, яке повністю входить до питань **місцевої політики, вторинного рівня** – яке є питаннями **регіональної політики і третинного рівня** – яке повністю повинно організовуватись на державному рівні і бути складовою частиною **державної політики охорони здоров'я**. Сказане, однак, не означає, що до державної політики охорони здоров'я не повинні входити питання надання первинної і вторинної медико-санітарної допомоги населенню. Без сумніву, що держава в особі відповідних органів виконавчої влади, зокрема Кабінету Міністрів і Міністерства охорони здоров'я України повинні надавати організаційно-методичну і наукову допомогу для медичного забезпечення всього населення країни, незалежно від того, де проживає той чи інший громадянин – в селі, в селищі чи в місті, медичною допомогою, контролювати відповідно до затверджених державних стандартів якість її надання, вирівнюючи місцеві та регіональні відхилення, впроваджувати в діагностично-лікувальний процес нові методи лікування, нові ліки, а отже – задавати тон у формуванні найвищого за якістю рівня надання медичної допомоги.

Медичним закладом первинного рівня медико-санітарної допомоги, що надає медичну допомогу сільському населенню є фельдшерсько-акушерський пункт, лікарська амбулаторія, дільнична чи районна лікарня, які є, практично, у кожному селі. Медичну допомогу міському населенню на цьому рівні надають лікарі та інші медичні працівники, що працюють у міських, центральних районних та обласних лікарнях, які мають свої периферійні відділення у вигляді окремих поліклінік, жіночих консультацій, медичних центрів та ін. Керівництво справою охорони здоров'я населення в містах покладено на відповідні виконавчі органи міських рад – відділи і управління охорони здоров'я. В цьому випадку процес управління закладами охорони здоров'я міської комунальної власності максимально наближений до населення і його ефективність є значно вищою, ніж управління вказаними закладами з боку виконавчих органів більш високого рівня – області, держави. Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України передбачено розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги на основі реалізації принципу децентралізації управління зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи.

Відповідно до норм Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”⁸⁶⁶ органи місцевого самоврядування:

- організовують первинну медико-санітарну допомогу й інші види медико-соціальної допомоги, а також забезпечують її доступність;
- здійснюють управління закладами охорони здоров'я;
- формують органи управління комунальної системи охорони здоров'я;

⁸⁶⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170.

- забезпечують громадян лікарськими засобами і виробами медичного призначення на підвідомчій території;
- розвивають мережу закладів комунальної системи охорони здоров'я, визначають характер і обсяг їхньої діяльності;
- контролюють дотримання стандартів якості медичної допомоги;
- створюють умови для розвитку приватної системи охорони здоров'я на своїй території.

Крім вказаних власних повноважень органів місцевого самоврядування, наведених в нормах Закону, чинне законодавство передбачає ще й делеговані повноваження у цій сфері, які держава доручає виконувати органам місцевого самоврядування.

Відповідно до ст. 32 вказаного Закону, до делегованих повноважень виконавчих органів сільських, селищних, міських рад відноситься забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, розвиток всіх видів медичного обслуговування, вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення і т.д.

Постановою Кабінету Міністрів України від 9 березня 1999 р. № 339⁸⁶⁷ затверджено порядок контролю за здійсненням органами місцевого самоврядування делегованих повноважень органів виконавчої влади, згідно якого контроль за здійсненням органами місцевого самоврядування делегованих повноважень органів виконавчої влади покладається на відповідні місцеві держадміністрації та Раду міністрів Автономної Республіки Крим, а у випадках, передбачених законодавством, – на міністерства та інші центральні органи виконавчої влади, їх територіальні органи.

Контроль здійснюється шляхом аналізу актів органів місцевого самоврядування, надання органами місцевого самоврядування інформації про виконання делегованих повноважень органів виконавчої влади, проведення перевірок діяльності виконавчих органів сільських, селищних, міських рад.

Рада міністрів Автономної Республіки Крим та відповідні місцеві держадміністрації розробляють та затверджують щорічні плани здійснення контролю.

Здійснення цих завдань по охороні здоров'я можливе шляхом розробки відповідних регіональних і місцевих програм і відповідної місцевої політики у цій сфері, яку будуть здійснювати вказані органи місцевого самоврядування.

Відповідно до вимог Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” органи місцевого самоврядування повинні забезпечувати задоволення основних життєвих потреб населення в сферах, віднесених до їх відання (тобто в тому числі й у сфері охорони здоров'я), на рівні не нижче

⁸⁶⁷ Офіційний вісник України. – 1999. - № 10. – Ст. 390.

мінімальних державних соціальних стандартів. Таким чином, обсяг обов'язків органів місцевого самоврядування по наданню медико-санітарної допомоги населенню встановлюється на підставі зазначених державних соціальних стандартів.

Відповідно до статті 6 Закону України „Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії”⁸⁶⁸, діяльність у сфері охорони здоров'я відноситься до базового державного соціального стандарту.

Згідно із ст. 11 вищезгаданого Закону до державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я включаються:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;
- нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Контроль за дотриманням законодавства про державні соціальні стандарти і нормативи та державні соціальні гарантії здійснюється органами державної влади та органами місцевого самоврядування із залученням громадських організацій та незалежних експертів на засадах гласності.

Керівництво охороною здоров'я населення, яке проживає на відповідній території, здійснюють практично всі з перерахованих органів місцевого самоврядування. Одні з них як от, відповідні виконавчі органи місцевих рад – відділи і управління охорони здоров'я міських рад, виконавчі комітети останніх розробляють відповідні документи, що стосуються формування місцевої чи регіональної політики охорони здоров'я, інші ж – сільські, селищні та міські голови, міські районні і обласні ради, – розглядають і затверджують їх. Отже, всі органи місцевого самоврядування є суб'єктами формування і реалізації місцевої політики охорони здоров'я.

Слід зазначити, що місцева політика охорони здоров'я на рівні сільської чи селищної громади, як правило, не формується. Це пояснюється, перш за все, обмеженістю ресурсів, що виділені на охорону здоров'я населення і відсутністю відповідно підготовлених фахівців, здатних підготувати такого роду документ (1–2 фельдшери чи навіть 1 лікар, що працюють у фельдшерсько-акушерському пункті чи лікарській амбулаторії, професійно не здатні підготувати відповідну програму охорони здоров'я населення). Однак,

⁸⁶⁸ Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 48. – Ст. 409.

в практиці діяльності окремих великих сільських і селищних громад зустрічаються випадки розробки відповідних планів соціально-економічного розвитку села, селища, одним із розділів яких бувають розділи, що стосуються охорони і зміцнення здоров'я населення.

Основними суб'єктами системи місцевого самоврядування, що розробляють відповідні нормативні документи з питань зміцнення і охорони здоров'я населення є міські громади, особливо, великих міст, обласних центрів. Також відповідні місцеві програми охорони здоров'я населення розробляються на рівні району і області. Всі вони, в тій чи іншій мірі подібні на відповідні національні і державні програми у цій сфері, так як саме вони беруться за основу при підготовці відповідних місцевих програм і входять до комплексного плану соціально-економічного розвитку міста чи регіону.

Розробку вказаних планів і програм передбачає Закон України „Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України”.⁸⁶⁹ Ст.1 вказаного Закону визначає, що програма економічного і соціального розвитку України – документ, в якому визначаються цілі та пріоритети економічного і соціального розвитку, засоби та шляхи їх досягнення, формується взаємоузгоджена і комплексна система заходів органів законодавчої і виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, спрямованих на ефективне розв'язання проблем економічного і соціального розвитку, досягнення стабільного економічного зростання, а також характеризуються очікувані зміни у стані економіки та соціальної сфери.

Програма економічного і соціального розвитку регіону (її ще називають індикативним планом) складається з двох частин: концептуальної системи та системи показників. План розробляється на основі Державної концепції науково-технічного розвитку України.⁸⁷⁰

Відповідно до ст. 9 Закону України „Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України” в Автономній республіці Крим, областях, районах та містах України розробляються прогнози економічного і соціального розвитку на середньостроковий період (на 5 років) та програми економічного та соціального розвитку на короткостроковий період (на відповідний рік).

У прогнозі економічного і соціального розвитку Автономної Республіки Крим, області, району, міста на середньостроковий період повинні бути відображені:

– аналіз соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці за попередній період та характеристика головних проблем розвитку її економіки та соціальної сфери;

⁸⁶⁹ Відомості Верховної Ради України.– 2000.– №25.– Ст. 195.

⁸⁷⁰ Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 510.

- стан використання природного, виробничого, науково-технічного та трудового потенціалу, екологічна ситуація у відповідній адміністративно-територіальній одиниці;
- прогноз кон'юнктури на ринках основних видів товарів та послуг;
- можливі шляхи розв'язання головних проблем розвитку економіки та соціальної сфери відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- цілі та пріоритети соціально-економічного розвитку в середньостроковий період та пропозиції щодо заходів місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування для їх досягнення;
- основні показники соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- висновки щодо тенденцій розвитку економіки відповідної адміністративно-територіальної одиниці протягом середньострокового періоду.

У програмі економічного і соціального розвитку Автономної Республіки Крим, області, району, міста на наступний рік повинні бути відображені:

- аналіз соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці за попередній і поточний роки та характеристика головних проблем розвитку її економіки та соціальної сфери;
- стан використання природного, виробничого, науково-технічного та територіальній одиниці;
- можливі шляхи розв'язання головних проблем розвитку економіки і соціальної сфери відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- цілі та пріоритети соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці в наступному році;
- система заходів місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо реалізації соціально-економічної політики з визначенням термінів виконання та виконавців;
- основні показники соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- дані про отримання та використання доходів від розпорядження об'єктами права комунальної власності, ефективності використання об'єктів права комунальної власності, показники розвитку підприємств та організацій, що є об'єктами права комунальної власності.

Складовою частиною вказаних прогнозів і програм є прогнози і плани розвитку місцевих систем охорони здоров'я. Такі місцеві програми охорони здоров'я населення є основою для формування місцевої політики охорони здоров'я, організація якої покладається на органи місцевого самоврядування.

Основні завдання формування місцевої політики визначив Указ Президента України від 25 травня 2001р. “Про Концепцію державної регіональної політики”.⁸⁷¹ У ньому Президент України зазначив, що „необхідність прискорення поступу України на шляху сталого розвитку,

⁸⁷¹ Офіційний вісник України. – 2001. – № 22. – Ст. 983.

економічного зростання, поєднаного з активною соціальною політикою держави, демократизацією всіх складових суспільного життя, потребує формування якісно нової державної регіональної політики.”

Відповідно до цього Указу, головною метою державної регіональної політики є створення умов для динамічного, збалансованого соціально-економічного розвитку України та її регіонів, підвищення рівня життя населення, забезпечення додержання гарантованих державою соціальних стандартів для кожного її громадянина незалежно від місця проживання, а також поглиблення процесів ринкової трансформації на основі підвищення ефективності використання потенціалу регіонів, підвищення дійовості управлінських рішень, удосконалення роботи органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

Державна регіональна політика ґрунтується на таких принципах:

- конституційність та законність - реалізація політики здійснюється відповідно до Конституції та законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України на засадах чіткого розподілу завдань, повноважень та відповідальності між органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування;
- забезпечення унітарності України та цілісності її території, включаючи єдність економічного простору на всій території держави, її грошово-кредитної, податкової, митної, бюджетної систем;
- поєднання процесів централізації та децентралізації влади, гармонізація загальнодержавних, регіональних та місцевих інтересів;
- максимальне наближення послуг, що надаються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, до безпосередніх споживачів;
- диференційованість надання державної підтримки регіонам відповідно до умов, критеріїв та строків, визначених законодавством;
- стимулювання тісного співробітництва між органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування у розробленні та реалізації заходів щодо регіонального розвитку.

Державна регіональна політика є складовою частиною національної стратегії соціально-економічного розвитку України, тісно пов'язаною із здійсненням адміністративної реформи та впорядкуванням адміністративно-територіального устрою, і реалізується шляхом здійснення органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування системи заходів для забезпечення ефективного комплексного управління економічним та соціальним розвитком України та її регіонів - Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва і Севастополя.

Формування та реалізація державної регіональної політики передбачає істотне підвищення ролі та відповідальності місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування, територіальних громад за розвиток регіонів.

Даним Указом була передбачена поетапна реалізація цієї Концепції (перший етап – 2001-2003 роки, другий етап – з 2003 року), але цілком очевидно, що більшість із вказаних положень так і залишилися на папері і не знайшли своєї реалізації в житті.

Отже, центральною проблемою зміцнення діяльності органів місцевого самоврядування в Україні є подальше вдосконалення конституційно- та адміністративно-правового регулювання їх організації і діяльності, зміцнення їх матеріально-фінансових засад, державна підтримка місцевих ініціатив, а також розширення повноважень та підвищення відповідальності органів місцевого самоврядування за вирішення завдань регіонального та місцевого розвитку. Це передбачає внесення відповідних змін до законодавства, зокрема, до Бюджетного та Податкового кодексів України, Законів України “Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України”, “Про власність”, “Про місцеве самоврядування в Україні”, “Про місцеві державні адміністрації”, “Про основи містобудування”, прийняття законів про програму державної підтримки і розвитку місцевого самоврядування, про право комунальної власності та управління об'єктами права комунальної власності.

В українській та світовій науковій думці і суспільній практиці міцно закріпилася позиція про те, що охорона здоров'я населення відноситься до питань місцевого значення.

До певної міри така оцінка ролі охорони здоров'я населення в загальному спектрі суспільних відносин є вірною, але лише до певної міри. Безспірним є те, що система охорони здоров'я повинна бути максимально наближена до людини, до місця її проживання, праці, навчання і відпочинку. Така позиція відповідає вимогам рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я,⁸⁷² які передбачили, що основою будь-якої національної системи охорони здоров'я має бути первинна медико-санітарна допомога населенню. Відповідно до стандартів ВООЗ, така допомога надається лікарями загальної практики (сімейними лікарями) і включає первинний огляд лікаря, встановлення діагнозу захворювання і лікування простих, нескладних захворювань. У випадку складних захворювань медична допомога пацієнту надається лікарями, які працюють в закладах охорони здоров'я вторинного і третинного рівня. Таким чином, діяльність лікарів та інших медичних працівників, які надають медичну допомогу первинного рівня має бути максимально наближена до самої людини, а медичні заклади, в яких вони працюють, – розташовані в місцях проживання і праці, навчання і відпочинку населення.

⁸⁷² Див: Первичная медико-санитарная помощь /Совместный доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения и Директора-исполнителя Датского Организации Объединенных Наций", Зезьева - Нью-Йорк, 1978.; Положение о доступности медицинской помощи. / Принято 40-й медицинской ассамблеей, Вена, Австрия, сентябрь 1988 г. // Цит. по: Цит по: Права пациента – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В. В. Глуховський. – К.: Сфера, 2004. – С.117 – 118.

Децентралізацію слід розуміти як передачу владних повноважень в галузі планування, управління та прийняття рішень з державного на місцевий рівень або в більш загальному плані з більш високого на більш низький рівень управління. В результаті децентралізації управління відповідальність за прийняття рішень передається, по можливості, на найнижчий рівень, тобто на рівень місцевої громади.

Децентралізація у сфері охорони здоров'я приваблива ще й тому, що центральні органи виконавчої влади, які здійснюють державне управління і регулювання у цій сфері, розміщені надто далеко від конкретних користувачів медичних послуг – громадян (пацієнтів), аби своєчасно та ефективно реагувати і приймати необхідні рішення в умовах, що постійно змінюються.

Головною метою децентралізації управління у сфері охорони здоров'я є його спрощення, наближення до населення, пацієнтів, споживачів медичних послуг, поліпшення його гнучкості і оперативності. Бюрократизація управління охороною здоров'я, як своєрідний негативний, побічний феномен управлінської діяльності відома не лише в Україні. Навіть в управлінській практиці передових європейських країн постійно доводиться стикатися з незадовільно низькою ефективністю великих та централізованих бюрократичних інститутів. Практично в усіх європейських країнах спостерігаються одні й ті самі недоліки централізованої системи управління охороною здоров'я: низька ефективність системи, великі витрати на утримання апарату, повільні темпи запровадження новітніх технологій, повільна реакція на зміну зовнішніх умов та обставин (відсутність мобільності системи), а відповідно – пізніе прийняття кардинальних рішень, що негативно впливає на стан здоров'я населення та на саму систему охорони здоров'я.

Децентралізація, з другого боку, має на меті й досягнення важливих політичних цілей, оскільки забезпечує участь населення в процесі охорони здоров'я і передбачає опору місцевих органів на власні, місцеві сили, а також сприяє розвитку підзвітності населенню державних і комунальних службовців, які працюють в органах та закладах охорони здоров'я.

У ряді випадків перевага децентралізації вбачається ще й у тому, що вона розглядається як засіб поліпшення координації між окремими службами та видами діяльності на регіональному чи місцевому рівні. Вона також відображає той факт, що охорона здоров'я населення – це значно більше, ніж надання медичних послуг і що для вироблення чи перегляду політики в цій галузі повинні залучатись й інші сектори громадського життя, органи та заклади соціальної сфери.

Рішення про впровадження децентралізованої системи управління передбачає необхідність відповіді на три основні питання:

- вирішення яких завдань повинне бути децентралізоване;
- до якого рівня варто проводити децентралізацію;

– кому передати повноваження.⁸⁷³

Цілком очевидно, що організація медичної допомоги первинного рівня повністю відноситься до питань місцевого життя і місцевої політики охорони здоров'я населення. Однак, у цій сфері існують питання, які не в змозі бути вирішеними на місцевому рівні. Мова йде про важкі і складні захворювання, діагностування і лікування яких вимагає об'єднаних зусиль декількох лікарів-спеціалістів, а часом і їх значної групи, застосування складних методів діагностики і лікування, включаючи комп'ютерні томографи, лазери та ін., і врешті-решт значних коштів для оплати цих медичних послуг. Жоден місцевий бюджет буде не в змозі витримати цей фінансовий тягар.

В передачі вирішення питань охорони здоров'я на місцевий рівень є й інші негативні аспекти. Зокрема, у сфері охорони здоров'я регіональне спрямування та децентралізація процесів управління призвели до порушення вертикальних управлінських зв'язків і механізмів, а принцип "залишковості" залишився властивий не тільки фінансуванню, а й політиці державного управління сферою на регіональному рівні.

Разом з тим принцип регіоналізації саме в галузі управління охороною здоров'я міг би дати найбільший ефект, оскільки серед факторів ризику здоров'я населення регіональні особливості є найважливішими. Це підтверджують випадки масових захворювань в Первомайську, Болеславці та ін.; наслідки повені у Закарпатті та забруднення території Бузького басейну. В більш значному масштабі регіональність ризиків виявилась під час Чорнобильської катастрофи (1986). Постійно діючими регіональними факторами ризику є екологічні зміни в Донецькому регіоні.⁸⁷⁴

Однак, охорона здоров'я має такі свої особливості, які суттєво впливають на необхідність здійснення саме державного управління у ній і ніяк не можуть бути прерогативою місцевих органів державної влади чи органів місцевого самоврядування. Адже, система охорони здоров'я торкається життєво важливих сторін існування суспільства. Це високотехнологічна, наукомістка, ресурсномістка сфера діяльності, яка за своїм характером та специфікою вимагає централізованих підходів та державного управління і регулювання при встановленні державних медичних стандартів, забезпеченні їх доступності для кожного громадянина. Ось чому необхідно створити та сформувані єдиний нормативно-правовий простір з консолідацією сил та засобів при дотриманні принципів їх цільового призначення, територіальної доступності та соціальної справедливості.⁸⁷⁵

⁸⁷³ Пліш Б. Децентралізація державного управління охороною здоров'я – шлях реформування галузі: досвід європейських країн. // Вісник Української Академії державного управління. – 2003. – №2. – С. 220.

⁸⁷⁴ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 29.

⁸⁷⁵ Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Вісник Української Академії державного управління. – №2. – 2003. – С. – 204.

Глава 2. Взаємодія державної та комунальної систем охорони здоров'я

Одним із особливостей діяльності у сфері охорони здоров'я і надання медичної допомоги населенню є необхідність взаємодії державної та місцевої (комунальної) систем охорони здоров'я та медичних закладів, які відносяться до першої чи другої. Головною підставою для такого поєднання є зміст медичної допомоги, який, відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я надається населенню відповідно до первинного (первинна амбулаторна допомога), вторинного (спеціалізована амбулаторна і стаціонарна допомога), третинного (висококваліфікована медична допомога, надана в умовах клінічних медичних закладів, медичних науково дослідних інститутів, наукових центрів і т.д.) рівнів.

Таким чином на території одного населеного пункту, як правило, міста, можуть знаходитись заклади охорони здоров'я різних форм власності і різної службової підпорядкованості, які надають медичну допомогу різних рівнів населенню цього населеного пункту.

До державної системи охорони здоров'я, про що згадувалось вище, відносяться провідні медичні заклади державної форми власності – спеціалізовані медичні центри, республіканські клінічні лікарні, діагностичні центри, диспансери, санаторії, науково-дослідні інститути, клініки вищих навчальних медичних закладів та ін., які надають медичну допомогу, як правило, вторинного і третинного рівня.

До складу комунальної системи охорони здоров'я входять відповідні заклади охорони здоров'я комунальної власності і тому є підстави говорити про обласну комунальну систему охорони здоров'я, засновану на обласній комунальній власності, районну комунальну систему охорони здоров'я, засновану на районній комунальній власності і міську комунальну систему охорони здоров'я, засновану на міській комунальній власності. Вказані комунальні системи охорони здоров'я в свою чергу є підсистемами єдиної загальнодержавної системи охорони здоров'я населення, так як пов'язані між собою службовими відносинами з приводу організації і координації медичної допомоги різного рівня і різного виду складності. На території сільських і селищних громад, як правило розташований лише один заклад охорони здоров'я – фельдшерсько-акушерський пункт, лікарська амбулаторія, дільнична чи районна лікарня, – і тому говорити про місцеву (сільську, селищну) систему охорони здоров'я серйозних підстав немає.

Так, наприклад, у місті Києві медичну допомогу населенню міста надають районні і міські заклади охорони здоров'я – районні і міські лікарні і поліклініки, диспансери, жіночі консультації, діагностичні центри та інші медичні заклади, що є об'єктами районної і міської комунальної власності, перебувають у службовому підпорядкуванні районних управлінь охорони здоров'я і головного управління охорони здоров'я Київської міської ради та

надають первинну медико-санітарну допомогу. В той же час у місті Києві розташовані інші заклади охорони здоров'я державної форми власності серед яких значна кількість медичних науково-дослідних інститутів, клініки Київського національного університету ім. О. Богомольця, Київської медичної академії післядипломної освіти ім. М. Шупика, великі спеціалізовані республіканські лікарні і медичні центри лікування окремих захворювань – педіатрії акушерства і гінекології, серцевих і ниркових захворювань, психіатрії, захворювання крові і на СНІД та ін., які перебувають у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України або Академії медичних наук України і надають спеціалізовану і високо спеціалізовану медико-санітарну допомогу вторинного і третинного рівня.

Фактором, що об'єднує заклади охорони здоров'я різної форми власності і різного службового підпорядкування є зміст і профіль їх діяльності, тобто надання медико-санітарної допомоги населенню різного профілю і різних рівнів. Це дозволяє об'єднувати їх в єдину загальнодержавну систему охорони здоров'я (і відповідні підсистеми надання медичної допомоги при певних захворюваннях), формуючи з них певні медичні науково-навчально-практичні комплекси. Таким чином, мова йде про об'єднання групи медичних закладів у певну їх підсистему (в рамках єдиної загальнодержавної системи охорони здоров'я) як по „вертикалі” (районна поліклініка – обласна лікарня – спеціалізована республіканська лікарня або клініка вищого медичного навчального закладу), так і по “горизонталі”, так як заклади, особливо первинного рівня надання медичної допомоги, на основі принципів взаємності, дільничного обслуговування і черговості (ургентності) мають бути об'єднані в єдину районну, міську чи обласну систему охорони здоров'я.

Питання здійснення координації діяльності державної і комунальної систем охорони здоров'я покладено на центральні та місцеві органи виконавчої влади та виконавчі органи місцевого самоврядування. З цією метою постановою Кабінету Міністрів України від 22 березня 2000 р. № 536 утворено Міжвідомчу координаційну раду при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я і затверджено положення про названу раду.⁸⁷⁶

Основними завданнями Ради є координація робіт, спрямованих на раціональне використання закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, вирішення питань функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; узгодження дій центральних і місцевих органів виконавчої влади з питань реформування охорони здоров'я, розгляд пропозицій щодо підвищення ефективності діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади з питань оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом аналіз результатів

⁸⁷⁶ Офіційний вісник України . - 2000. – № 12. – Ст. 475.

функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади відпрацювання механізмів оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом та ін.

Рада має право: одержувати в установленому порядку від міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, лікувально-профілактичних закладів необхідну інформацію з питань, що належать до її компетенції, утворювати постійні або тимчасові робочі групи, в тому числі на договірній основі, для забезпечення виконання покладених на неї завдань координувати роботу територіальних рад з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я приймати рішення про поліпшення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади.

При управліннях (головних управліннях) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій утворюються відповідні координаційні ради з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я.

Постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. № 819 „Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини”⁸⁷⁷ вирішені питання взаємодії медичних служб різного службового підпорядкування. В Україні з метою сприяння реалізації названих вище програм доцільно було б, насамперед, виділити у державному бюджеті окрему статтю „Фінансування державних регіональних програм” та аналогічні статті на рівні місцевих бюджетів; зменшити частку відрахувань областей у державний бюджет з умовою цільового використання коштів, що залишаються, на реалізацію програмних заходів; запровадити практику надання державних дотацій, субвенцій, преференцій тільки учасникам програми; надати право учасникам програми за клопотанням департаменту отримувати пільгові кредити під гарантії уряду або місцевих органів влади.

Для забезпечення постійного контролю за ходом виконання завдань і заходів програми економічного й соціального розвитку регіону рекомендовано створити обласну Координаційну раду на чолі із першим заступником (заступником) голови облдержадміністрації. До складу цієї ради доцільно ввести керівництво управлінь і відділів облдержадміністрації, представників банківських і статистичних установ, деяких керівників органів місцевого самоврядування та окремих підприємств.⁸⁷⁸

⁸⁷⁷ Урядовий кур'єр. – 1995. – 30 жовтня.

⁸⁷⁸ Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 522.

Глава 3. Муніципальне управління у сфері охорони здоров'я

Важливу роль у здійсненні державної політики відіграють органи місцевого самоврядування. В їх функціях найбільш повно розкривається соціальне призначення місцевого самоврядування. Як важливий елемент правового статусу представницьких органів місцевих рад функції обумовлюють конкретно-предметну визначеність цих основних органів в системі самоврядування. Вони є своєрідною основою, з якої випливають повноваження, форми і методи діяльності рад.

Законодавство наділяє місцеві ради функціями управління, забезпечення, організації, контролю тощо. Закріплюючи функції як реальні правові важелі, Закон про місцеве самоврядування створює тим самим необхідні юридичні передумови для їх здійснення. Поряд з правовими нормами з цією метою використовуються й інші засоби.

Хоча місцеве самоврядування не належить до системи державних органів влади, будучи самостійним видом публічної влади, воно у певних визначених законодавством межах, шляхом делегування їм повноважень органів виконавчої влади, здійснює функції управління об'єктами комунально власності.

Згідно ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я, органи місцевого самоврядування, особливо їх виконавчі органи – виконавчі комітети сільських, селищних і міських Рад народних депутатів реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством. Разом з тим, як це було зазначено вище, вони формують і реалізують місцеву і регіональну політику в межах своїх територіальних громад. Віднесення цією нормою закону органів місцевого самоврядування до органів, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я дає підстави зробити висновок, що органи місцевого самоврядування є важливою ланкою управління системою охорони здоров'я. Саме тому, їх можна назвати органами муніципального управління у сфері охорони здоров'я.

Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я виявляються у різних сферах діяльності цих органів. Так, наприклад, при реалізації повноважень по управлінню комунальною власністю органи муніципального управління приймають рішення про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання закладів охорони здоров'я комунальної форми власності відповідної територіальної громади.

Важливим напрямом діяльності органів муніципального управління у сфері реалізації державної політики охорони здоров'я є фінансування комунальної системи охорони здоров'я. Зокрема, при реалізації повноваження в галузі планування та в бюджетно-фінансовій сфері муніципальні органи управління затверджують програми соціально-економічного відповідних адміністративно-територіальних одиниць,

затверджують місцевий бюджет, вносять зміни до нього, затверджують звіт про виконання відповідного бюджету. В місцевому бюджеті передбачається також і фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності.

Функція муніципального управління закладами охорони здоров'я здійснюється виконавчими органами відповідних органів місцевого самоврядування. Зокрема, суб'єктами муніципального управління є **виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад, міські, сільські та селищні голови.**

Важливим елементом процесу муніципального управління є діяльність органів муніципального управління, пов'язана з контролем діяльності закладів охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності. Таким чином, зважаючи на широкі повноваження щодо фінансування цих закладів, можливість прямо впливати на їх діяльність шляхом прийняття відповідних рішень з однієї сторони і підпорядкованість загальним тенденціям розвитку сфери охорони здоров'я, державній політиці охорони здоров'я, що формується центральними органами державної влади, органи муніципального управління сферою охорони здоров'я є тією ланкою, що з'єднує державну і комунальну системи охорони здоров'я.

У ході адміністративної реформи в Україні передбачається здійснити ряд заходів, спрямованих на якісне поліпшення організації публічної влади на місцевому рівні. Метою цього реформування є оптимізація структури управління на регіональному рівні, прийняття управлінських рішень, максимально наближених до реальних потреб населення, удосконалення механізму взаємодії між органами місцевого самоврядування та місцевими державними адміністраціями.

До питань, які потребують першочергового законодавчого вирішення для покращення процесу муніципального управління у сфері охорони здоров'я можна віднести такі:

- детальне і чітке розмежування повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я;

- визначення переліку функцій місцевого значення, виконання яких є обов'язковим для органів місцевого самоврядування на всій території України;

- запровадження механізмів відповідальності місцевих органів влади за свою діяльність, насамперед, перед населенням відповідних територій за стан справ, що стосуються реалізації громадянами права на охорону здоров'я;

- виключення можливості дублювання функцій та повноважень, виходячи виключно з меж своєї компетенції, що призводить до безвідповідальності керівників відповідних органів муніципального управління;

- узгодження повноважень та функцій щодо надання державних (управлінських) та громадських послуг населенню органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, виходячи з принципу

субсидіарності, визначення переліку послуг, що надаються за рахунок бюджетних коштів і на платній основі;

- врегулювання правового режиму майна, що перебуває у спільній власності територіальних громад, зокрема закладів охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності, з метою вдосконалення механізму управління цими закладами органами муніципального управління;

- розподіл між органами виконавчої влади та органами муніципального управління відповідальності за фінансове забезпечення виконання повноважень із надання послуг населенню.

Після законодавчого врегулювання зазначених питань необхідно поетапно провести практичну роботу щодо закріплення відповідних функцій за органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування на всіх рівнях управлінської вертикалі. Це дозволить: спрямувати їх діяльність на забезпечення реалізації прав і свобод громадян у сфері охорони здоров'я; визначити сферу спільної відповідальності виконавчої влади і місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, за функціонування яких вони несуть солідарну відповідальність.

Одним із головних завдань нинішнього етапу державотворення є подальша децентралізація системи виконавчої влади та роздержавлення місцевого самоврядування у рамках додержання принципу унітаризму української держави. Досягнення плідної взаємодії та збалансованості обох систем - виконавчої влади і місцевого самоврядування, має стати новою для оптимізації функціонування загалом виконавчої влади на місцях, підвищення ролі та відповідальності її органів і посадових осіб за рішення покладених на них повноважень і функцій, що позитивно лине на динаміку політичного та соціально-економічного розвитку країни та її регіонів.⁸⁷⁹

Здійснення вищевикладених реорганізаційних аспектів у сфері виконавчої влади і муніципального управління у сфері охорони здоров'я дасть можливість покращити стан справ у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні. Адже, зважаючи на те, що основна кількість закладів охорони здоров'я в Україні перебувають в комунальній власності і, відповідно, управління ними здійснюється муніципальними органами управління, реформування системи муніципального управління є одним з пріоритетних напрямків реформування системи охорони здоров'я загалом.

Глава 4. Повноваження представницьких органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

Відповідно до Конституції та Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”, органи місцевого самоврядування є самостійними органами місцевої влади, юридичними особами і наділені для виконання

⁸⁷⁹ Малиновський В.Я. Державне управління: Навчальний посібник. - Вид. 2-ге, доп. та перероб. - К.: Атіка, 2003. – С. 556 – 557.

своїх завдань і функцій відповідними повноваженнями, які поділяються за своєю правовою природою на дві окремі групи:

- власні повноваження, в межах яких органи місцевого самоврядування діють самостійно і несуть відповідальність за свою діяльність перед законом;
- окремі повноваження органів виконавчої влади, надані (делеговані) законом органам місцевого самоврядування, у здійснення яких вони є підконтрольними відповідним органам виконавчої влади (п. 1, 2 ст.16 Закону).

До виключних повноважень сільських, селищних, міських рад входить затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць, цільових програм з інших питань місцевого самоврядування, зокрема програм охорони здоров'я населення.

Звичайно, повноваження у сфері охорони здоров'я населення в органах місцевого самоврядування села, селища і місті різняться між собою за глибиною і за обсягом. Очевидно, що найбільше повноважень у цій сфері належить міським головам і міським радам, особливо великих міст, обласних центрів, в яких проживає велика кількість населення і в яких розміщена певна мережа медичних закладів, які можуть бути сформовані в місцеву систему охорони здоров'я.

Міська рада є органом місцевого самоврядування, що представляє відповідну територіальну громаду та здійснює від її імені та в її інтересах функції і повноваження місцевого самоврядування, визначені Конституцією України та Законами України. Вона діє на підставі Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", який визначає виключну компетенцію міських рад, яку становлять питання, що можуть бути вирішені виключно на пленарних засіданнях відповідної ради. Повноваження міських рад (ст.26 Закону) за своїм характером поділяються на 5 груп: по організації роботи ради та формування її органів; організації та функціонування системи місцевого самоврядування; економічного і соціального розвитку території, бюджету, управління комунальною власністю; забезпечення контрольних функцій та інші питання.

Міська рада як орган місцевого самоврядування здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення міста, де підпорядкованими їй об'єктами є заклади охорони здоров'я міської комунальної власності. Це керівництво вона здійснює, як правило, через спеціально утворений нею виконавчий орган – управління охорони здоров'я, начальника і заступників яких призначає і звільняє з посади міський голова.

Ці ж питання, тільки на більш високому рівні місцевого самоврядування – районному і обласному, входять до повноважень районних і обласних рад, які вони мають вирішувати безпосередньо, зокрема, це затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку району, області, цільових програм з інших питань, а також відповідно районного, обласного бюджету, розподіл переданих з державного бюджету коштів у вигляді дотацій, субвенцій відповідно між районними бюджетами,

місцевими бюджетами міст обласного значення, сіл, селищ, міст районного значення, управління об'єктами комунальної власності, які забезпечують спільні потреби територіальних громад сіл, селищ, міст, та інші питання.

Значний обсяг контрольних повноважень у сфері державного управління мають районні та обласні ради, які виключно на сесіях:

- заслуховують звіти голів місцевих державних адміністрацій, їх вступників, керівників управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій про виконання програм соціально-економічного та культурного розвитку, бюджету, рішень ради із зазначених питань, а також про здійснення місцевими державними адміністраціями делегованих їм радою повноважень;
- приймають рішення про недовіру голові відповідної місцевої державної адміністрації;
- приймають рішення про звернення до суду щодо визнання незаконними актів місцевих органів виконавчої влади, які обмежують права територіальних громад у сфері їх спільних інтересів, а також повноваження районних, обласних рад та їх органів;
- вносять до Кабінету Міністрів України пропозиції щодо голови відповідної місцевої державної адміністрації.

У межах своїх повноважень районна, обласна рада може шляхом таємного голосування висловити недовіру голові відповідної місцевої державної адміністрації, на підставі чого Президент України приймає рішення і дає відповідній раді обґрунтовану відповідь. Якщо недовіру голові районної, обласної державної адміністрації висловили не менш як дві третини депутатів загального складу відповідної ради, Президент України приймає рішення про відставку голови місцевої державної адміністрації.

Контрольними повноваженнями у сфері державного управління наділяються й інші органи місцевого самоврядування. Так, до виключної компетенції сільських, селищних, міських рад віднесено:

- заслуховування повідомлень керівників органів внутрішніх справ про їх діяльність щодо охорони громадського порядку на відповідній території;
- порушення перед відповідними органами вищого рівня питання про звільнення з посади керівників цих органів у разі визнання їх діяльності незадовільною.

Також слід зазначити, що акти органів та посадових осіб місцевого самоврядування, прийняті в межах наданих їм повноважень, є обов'язковими для виконання всіма розташованими на відповідній території суб'єктами, в тому числі органами виконавчої влади та їхніми посадовими особами. Місцеві органи виконавчої влади несуть встановлену законом відповідальність перед органами місцевого самоврядування за заподіяну місцевому самоврядуванню шкоду їх діями або бездіяльністю, а також у результаті невиконання рішень

органів та посадових осіб місцевого самоврядування, прийнятих у межах наданих їм повноважень.⁸⁸⁰

4.1. Діяльність сільського, селищного, міського голови по керівництву охороною здоров'я населення

Міський голова є вищою посадовою особою територіальної громади міста. Його повноваження визначені у ст.42 Закону “Про місцеве самоврядування в Україні”. У своїй діяльності міський голова повинен забезпечити здійснення у межах наданих законом повноважень, додержання Конституції та законів України, виконання актів Президента України та органів виконавчої влади; організувати в межах, визначених законом, роботу міської ради, її виконавчого комітету, інших структурних підрозділів та здійснювати контроль за їх роботою та ін.

При здійсненні наданих повноважень міський голова є підзвітним, підконтрольним і відповідальним перед територіальною громадою, відповідальним – перед міською радою, а з питань здійснення делегованих повноважень – також підконтрольним відповідним органам виконавчої влади. Відповідно до вимог п. 6 ст. 42 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”,⁸⁸¹ міський голова не рідше одного разу на рік звітує про свою роботу перед територіальною громадою на відкритій зустрічі з громадянами. У складі його звіту про роботу має бути і розділ, що стосується охорони здоров'я населення і роботи міських медичних закладів. На вимогу не менше половини депутатів відповідної ради міський голова зобов'язаний прозвітувати перед радою про роботу виконавчих органів ради у будь-який визначений ними термін.

Здійснюючи загальне керівництво життєзабезпеченням міста, міський голова вирішує певні завдання і щодо надання медичної допомоги охорони здоров'я його мешканців. Так, відповідно до вимог ст. 42 вказаного Закону він, від імені міської ради приймає на роботу (укладає контракти про роботу) з керівником та спеціалістами управління (відділу) охорони здоров'я міської ради та керівниками міських закладів охорони здоров'я.

Відповідно до ст. 55 Закону «Про місцеве самоврядування в Україні» голова районної, обласної, районної у місті ради за рішенням ради звертається до суду щодо визнання незаконними актів місцевих органів виконавчої влади, які обмежують права територіальних громад у сфері їх спільних інтересів, а також повноваження районних, обласних рад та їх органів.⁸⁸²

До відання сільського, селищного, міського голів належить також:

⁸⁸⁰ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім “Ін-Юре”, 2002. — С. 355 – 357.

⁸⁸¹ Відомості Верховної Ради України. — 1997. — № 24. — Ст. 170.

⁸⁸² Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім “Ін-Юре”, 2002. — С. 356.

- внесення подань до відповідних органів про притягнення до відповідальності посадових осіб (у тому числі органів виконавчої влади), якщо вони ігнорують законні вимоги та рішення рад і їх виконавчих органів, прийняті в межах їх повноважень;
- звернення до суду про визнання незаконними актів органів виконавчої влади, які обмежують права територіальної громади, а також повноваження органів та посадових осіб місцевого самоврядування.⁸⁸³

Глава 5. Повноваження виконавчих органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

5.1. Повноваження виконкому сільської, селищної, міської ради в сфері охорони здоров'я

Відповідно до Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” виконавчими органами міської ради є її виконавчий комітет, відділи, управління та інші створювані радами виконавчі органи. Виконавчі органи міської ради є підконтрольними і підзвітними відповідній раді, а з питань здійснення делегованих їм повноважень органів виконавчої влади – також підконтрольними відповідним органам виконавчої влади.

У сфері охорони здоров'я виконавчі органи міської ради мають такі повноваження:

а) власні (самоврядні) повноваження:

1) управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;

2) організація медичного обслуговування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм;

б) делеговані повноваження:

1) забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

2) забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;

⁸⁸³ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім “Ін-Юре”, 2002. – С. 356.

3) забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

4) реєстрація статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Основним виконавчим органом міської ради є виконавчий комітет, який утворюється відповідною радою на строк її повноважень. Виконавчий комітет ради утворюється у складі міського голови, його заступників з питань діяльності виконавчих органів ради, керуючого справами(секретаря) виконавчого комітету, а також керівників відділів, управлінь та інших виконавчих органів ради та інших осіб. Очолює виконавчий комітет міський голова. Виконавчий комітет міської ради може розглядати і вирішувати питання, віднесені законом до відання виконавчих органів ради.

Отже, виконавчий комітет є виконавчим і розпорядчим органом міської ради. Він підзвітний і підконтрольний міській раді, а з питань здійснення делегованих повноважень – обласній державній адміністрації. Виконавчий комітет не менше як 1 раз на рік звітує про свою діяльність перед радою та інформує населення міста.

До відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад також належать:

- внесення подань до відповідних органів про притягнення до відповідальності посадових осіб (у тому числі органів виконавчої влади), якщо вони ігнорують законні вимоги та рішення рад і їх виконавчих органів, прийняті в межах їх повноважень;
- звернення до суду про визнання незаконними актів органів виконавчої влади, які обмежують права територіальної громади, а також повноваження органів та посадових осіб місцевого самоврядування.⁸⁸⁴

5.2. Повноваження управління охорони здоров'я міської ради

Своєрідним продовженням організаційної системи управління у сфері охорони здоров'я є виконавчі органи місцевого самоврядування: управління і відділи охорони здоров'я міських рад, головні лікарі та їх заступники міських, сільських і селищних лікарень.

Для здійснення керівництва охороною здоров'я населення міста у складі міської ради створюється управління (відділ) охорони здоров'я як спеціалізований виконавчий орган місцевого самоврядування. Як випливає з його назви, він створюється для організації і забезпечення охорони здоров'я

⁸⁸⁴ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім "Ін-Юре", 2002. — С. 356.

населення міста, що і є його головною метою діяльності. Аналіз рішень сесій окремих міських рад свідчить про те, що вони для керівництва справою охорони здоров'я населення створюють вказані відділи і управління з різним найменуванням. Так, у місті Києві, Київська міська рада сформувала Головне управління охорони здоров'я і медичного забезпечення, Тернопільська міська рада – управління охорони здоров'я і санітарно-епідемічного благополуччя, Львівська, Вінницька, Житомирська, Івано-Франківська, Луцька, Чернівецька міські ради – управління охорони здоров'я.

До прийняття Закону Української РСР „Про місцеві Ради народних депутатів Української РСР та місцеве самоврядування” правовий статус відділів охорони здоров'я міських рад визначався на основі відповідного „Положення про відділ охорони здоров'я виконавчого комітету міської, районної в місті Ради депутатів трудящих”, затвердженого постановою Ради Міністрів Української РСР від 25 вересня 1972 року № 444. Сьогодні ж правовий статус відділів і управлінь охорони здоров'я міських рад має бути визначений у положеннях про них, які затверджуються відповідними міськими радами. Управління (відділ) є виконавчим органом міської ради, нею утворюється, їй підзвітне і підконтрольне, підпорядковане виконавчому комітету та міському голові. У своїй діяльності управління керується Конституцією України, Законом України “Про місцеве самоврядування в Україні”⁸⁸⁵, іншими актами законодавства, рішеннями міських рад, їх виконавчих комітетів, розпорядженнями міських голів та голів обласних державних адміністрацій, та положеннями про них.

Управління охорони здоров'я міської ради здійснює свою діяльність на правах самостійного структурного підрозділу міської ради, має печатку із своїм найменуванням, інші необхідні реквізити: штампи, бланки та ін. Управління користується майном, переданим йому виконавчим комітетом міської ради. Управління може відкривати рахунки в банку, за згодою виконавчого комітету.

Головним документом, який визначає правовий статус вказаного органу є положення про нього. Аналіз низки положень про управління охорони здоров'я окремих міських рад України вказує, що їх основними завданнями є організація лікувально-профілактичної допомоги населенню, забезпечення належної діяльності закладів охорони здоров'я комунальної власності по наданню населенню висококваліфікованої медичної допомоги, здійснення керівництва ними, розподіл коштів міського бюджету, виділених на забезпечення діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, вивчення стану здоров'я населення, розроблення заходів по профілактиці захворювань, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності та ін.⁸⁸⁶

Аналіз зібраних автором положень про управління охорони здоров'я місцевих рад показує, що більшість з них являють собою переписані (часом і не перероблені) положення про управління охорони здоров'я обласних

⁸⁸⁵ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170

⁸⁸⁶ Автором було проаналізовано положення про управління охорони здоров'я Львівської, Тернопільської, Івано-Франківської, Чернівецької та Вінницької міських рад.

державних адміністрацій. Так, положення про управління охорони здоров'я Тернопільської, Івано-Франківської, Вінницької та деяких інших міських рад практично повністю текстуально співпадають не тільки між собою, а й з давно втративши чинність Типовим положенням про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, яке було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 1998 р. № 1946⁸⁸⁷ (Сьогодні діюче Типове положення затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1845⁸⁸⁸). Зустрічаються й зовсім парадоксальні випадки, коли чинні в 2004–2005 рр. положення про вказані управління, неодноразово перезатверджувалися протягом останніх 10-12 років, без зміни первинного тексту і, як наслідок, в значній його частині суперечать вимогам чинного законодавства.

Свою діяльність вказані відділи і управління здійснюють на виконання національних, державних і регіональних програм в галузі охорони здоров'я, зокрема, “Діти України”, “Цукровий діабет”, “Здоров'я літніх людей”, “Ветерани війни”, “Боротьба з туберкульозом”, “Зниження дитячої смертності”, “Артеріальна гіпертензія”, “Профілактика і лікування СНІДУ”, “Стратегія подолання бідності”, “Профілактика і лікування стоматологічних захворювань”, “Репродуктивне здоров'я”, “Грудне вигодовування”, “Заохочення народжуваності”, “Планування сім'ї”, “Генетичний моніторинг” та інші.

Так, наприклад, рішенням Тернопільської міської ради від 26 грудня 2002 року була затверджена Міська міжгалузєва комплексна програма “Здоров'я нації на 2002 – 2011 роки”. Дана програма розроблена на виконання Указу Президента України від 8 серпня 2000 року №963/2000 “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” та постанови Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року №14 “Про затвердження Міжгалузєвої комплексної програми “Здоров'я нації на 2002 – 2011 роки” і спрямована на задоволення потреб населення міста в охороні його здоров'я, забезпечення прав громадян на якісну і доступну медико-санітарну допомогу, створення умов для формування здорового способу життя. В основу розроблення програми покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, а також принципи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Очолює управління **начальник**, який призначається і звільняється з посади міським головою. Начальник управління у своїй роботі підпорядковується голові міської ради і безпосередньо заступнику міського голови з гуманітарних питань.

Начальник управління здійснює постійне керівництво діяльністю управління та його підрозділами, керує діяльністю управління і несе відповідальність за стан виконання покладених на управління завдань,

⁸⁸⁷ Офіційний вісник України. – 1998. – №50. – Ст.1839.

⁸⁸⁸ Офіційний вісник України. – 2001. – №2. – Ст.1659.

затверджує положення про структурні підрозділи та посадові інструкції працівників управління, розподіляє посадові обов'язки між працівниками управління, несе персональну відповідальність за збереження майна і засобів, переданих йому в користування виконавчим комітетом міської ради, та вирішує інші питання.

Начальник управління, в межах своїх повноважень та відповідно до законодавства, одноосібно видає накази, розпорядження, видає інші акти, організовує та перевіряє виконання розпоряджень обласної державної адміністрації, рішень міської ради, розпоряджень міського голови, у необхідних випадках видає з керівниками інших управлінь спільні накази та інструкції. У випадку його відсутності накази і розпорядження, в межах визначених посадовою інструкцією повноважень, мають право видавати його заступники. Розподіл повноважень і ступінь відповідальності заступників, керівників структурних підрозділів здійснює начальник управління охорони здоров'я.

При управлінні з числа керівників закладів охорони здоров'я і провідних фахівців створюється **медична рада**. Її головним завданням є обговорення стану справ по охороні здоров'я населення, діяльності комунальних медичних закладів, вироблення рекомендацій і пропозицій щодо формування і реалізації місцевої політики охорони здоров'я.

На виконання національних, державних та регіональних програм в галузі охорони здоров'я управління розробляє певні заходи, готує та видає нормативні документи. Так в основі діяльності управління з питань боротьби з туберкульозом знаходяться Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз", Укази Президента України "Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом" та "Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005рр.", а також розпорядження голови облдержадміністрації від 19.11.2002року №516. На виконання Національної програми "Боротьба з туберкульозом" Працівники управління приймаються та звільняються з посади міським головою, який також затверджує його штатний розпис. Структура управління, гранична чисельність, фонд оплати праці затверджується міською радою.⁸⁸⁹

Отже, роль начальника управління представлена виконанням основних видів управлінської діяльності, таких, як: планування, організаційна робота, укомплектування штатів, керівництво і контроль. Кінцевою метою керівника у сфері охорони здоров'я – підтримувати та зміцнювати здоров'я населення міста. Хоча громадяни самі несуть відповідальність за стан власного здоров'я, багато чого в процесі підтримання їх здоров'я в належному стані можуть зробити саме керівники системи охорони здоров'я, працюючи злагоджено з лікарями, медсестрами й іншими представниками цієї сфери та представниками зовнішнього середовища системи.⁸⁹⁰

⁸⁸⁹ Положення про управління охорони здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення міста дод. №4 до рішення міської ради від 03.06.2002р.

⁸⁹⁰ Литвинова О.Н. Управлінська роль керівника системи охорони здоров'я// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні, – №1, – 2002. – С.16.

Усіх працівників управління, які становлять його апарат, можна умовно поділити на 4 категорії. Перша – це керівники, до яких належать начальник управління та його заступники, друга – керівники структурних підрозділів (відділів), третя – спеціалісти, які працюють у відділах управління (головні спеціалісти, провідні спеціалісти, бухгалтер), четверта – технічний та допоміжний (обслуговуючий) персонал (секретар, оператор комп'ютерного набору).

Штат управління складається з певної кількості штатних одиниць, які розписані по відповідних структурних підрозділах. Як було вже сказано, очолює управління начальник, який має заступника з лікувальної роботи та заступника з економічної роботи. У структуру управління входять два відділи: медико-профілактичний та відділ бухгалтерського обліку та звітності.⁸⁹¹ Керівництво цими відділами здійснюють начальники відділів, яких призначає на посади своїм наказом начальник управління. Провідним у структурі управління є медико-профілактичний відділ. У цьому відділі працюють лікарі відповідних спеціальностей, які займають посади головних спеціалістів (головний педіатр та головний акушер-гінеколог). На ці посади приймають лікарів, які мають відповідний стаж роботи за спеціальністю в закладах охорони здоров'я, високу кваліфікацію, необхідні організаційні здібності й досвід, користуються серед колег авторитетом і повагою.

Головний спеціаліст управління призначається міським головою на конкурсній основі за поданням начальника управління охорони здоров'я.

До функціональних обов'язків головного спеціаліста управління охорони здоров'я міста відноситься координація роботи головних лікарів лікувально-профілактичних закладів з питань медичного маркетингу, визначення потреби закладів охорони здоров'я у медикаментах, інструментарії та медичному обладнанні, вивчення пропозицій фармацевтичного ринку, здійснення контролю за діяльністю недержавних закладів охорони здоров'я, що функціонують на території міста, сприяння впровадженню та застосуванню в медичній практиці нових методів діагностики та лікування, координація діяльності закладів охорони здоров'я, що не входять в систему Міністерства охорони здоров'я але знаходяться на території міста обласними лікувально-профілактичними установами, суб'єктами підприємницької діяльності та ін.

Нестача штатних спеціалістів, значний обсяг справ і специфічні умови управління процесом охорони здоров'я настійливо вимагають залучення до нього провідних фахівців у різних галузях медицини. Тому для покращення роботи управління та надання організаційно-методичної допомоги лікувально-профілактичним закладам створено інститут **позаштатних спеціалістів**, які підпорядковані головним спеціалістам управління, та які здійснюють керівництво відповідними медичними службами: терапевтичною, гастроентерологічною, психіатричною, наркологічною, хірургічною,

⁸⁹¹ Штатний розпис управління охорони здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення міста затв. начальником управління 20 червня 2002р. // Архів Тернопільської міської ради за 2002р.

онкологічною, неонатологічною, службою переливання крові, отоларингологічною, очних хвороб, санітарно-епідеміологічною, кардіологічною, ендокринологічною, фтизіатричною, рентгенологічною, медичними службами анестезіології і реаніматології, акушерства і гінекології, інфекційною, діагностичною, стоматологічною, фармацевтичною. Кількість позаштатних головних спеціалістів в управліннях охорони здоров'я міських рад є довільною і коливається від кількох до кількох десятків осіб (Львів – 47, Тернопіль – 44 і т.д.).

5.3. Адміністрація закладу охорони здоров'я

Діяльність кваліфікованого керівника у сфері охорони здоров'я складається з ряду функцій, які йому доводиться виконувати. Одна з найскладніших – управлінська, яка впливає з того, що керівник – це людина, яка відповідає за отримання результатів праці інших людей. Кінцева мета керівника у галузі охорони здоров'я – підтримувати та зміцнювати здоров'я населення. Хоча громадяни самі несуть відповідальність за стан власного здоров'я, багато чого в процесі підтримання їх здоров'я в належному стані можуть зробити саме керівники системи охорони здоров'я, працюючи злагоджено з лікарями, медсестрами й іншими представниками сфери охорони здоров'я та представниками зовнішнього середовища системи. Реформа управління потребує наявності керівника-управлінця якісно нового типу, який би досконало володів методиками науки управління, її економічними методами і був здатний працювати в умовах ринку. Ним повинен стати менеджер охорони здоров'я (не обов'язково лікар) з управлінською, економічною і юридичною підготовкою, спроможний виконувати управлінські функції в умовах непередбачених ситуацій і конкуренції.

Відповідно до ст.16 Основ законодавства про охорону здоров'я керівництво закладом охорони здоров'я незалежно від його юридичного статусу може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. У складі закладу охорони здоров'я є відповідний орган управління – адміністрація, яка здійснюючи оперативну виконавчо-розпорядчу діяльність, забезпечує виконання завдань покладених на нього. До складу адміністрації закладу охорони здоров'я входять: головний лікар, його заступники, завідувачі відділеннями і керівники інших підрозділів і служб.

Очолює заклад охорони здоров'я **головний лікар**, який призначається на цю посаду і звільняється з неї за наказом власника (засновника) цього закладу охорони здоров'я або уповноваженим ним органу. Це означає, що головного лікаря призначає вищий відповідно до даного орган управління – начальник міського чи обласного управління охорони здоров'я, головний лікар центральної районної лікарні, а у випадку, якщо заклад охорони здоров'я державної форми власності в підпорядкуванні Міністерства охорони

здоров'я – то міністр або його заступник. Керівника закладу охорони здоров'я приватної або колективної форми власності призначає власник (власники) або уповноважений ними орган.

Головний лікар керує всією діяльністю закладу, тобто відповідає за всю лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську і фінансову діяльність. Він організовує і контролює правильність і своєчасність обстеження і лікування хворих, догляд за ними, диспансерне обслуговування, проведення профілактичних і протиепідемічних заходів в районі обслуговування, підвищення кваліфікації медичного персоналу, правильність ведення історії хвороби, забезпечення лікарні медичним і господарським обладнанням. Головний лікар систематично аналізує показники діяльності лікарні, контролює правильність витрат матеріалів і медикаментів, відповідає за санітарний стан лікарні, за підбір і розстановку кадрів. Він також несе відповідальність перед власником і колективом працівників за діяльність цього закладу, без довіреності діє від його імені, представляє його у всіх органах, підприємствах, установах, організаціях, укладає договори, видає довіреності, відкриває рахунки в банках. В межах своїх повноважень він видає накази і дає вказівки, обов'язкові для виконання всіма працівниками закладу охорони здоров'я. Аналіз вказаних повноважень головного лікаря показує, що він фактично виконує роботу керівника, директора закладу охорони здоров'я, а офіційна назва його посади – головний лікар, – є, швидше, даниною історичній традиції ніж сучасної реальності. Детальніше правовий статус адміністрації закладу охорони здоров'я буде розглянутий у главі 5 даної монографії.

Сьогодні очолюють заклади охорони здоров'я керівники, назва посад яких є, переважно, головний лікар. Очевидно, що це певна данина історичній традиції і сягає вона ще XVIII – XIX століть, коли професія лікаря вважалась унікальною, дипломованих лікарів було мало, і саме лікар очолював медичний заклад – лікарню. Коли внаслідок суспільного прогресу в лікарні почали з'являтися й інші лікарі, виникла й назва головний лікар, як старший, найбільш досвідчений серед них.

Але з часом, в зв'язку із збільшенням завдань і функцій, які покладались на заклад охорони здоров'я і відповідно на його керівника, в умовах, коли з'являлись крупні сучасні багатопрофільні лікарні, головному лікарю, який має все-таки медичну освіту, керувати лікарнею, яка стала величезним господарством, стає все важче. Сучасному керівнику великої організації сьогодні потрібні знання менеджменту, економіки, права, психології та ін. наук і далеко не поверхові, які можна здобути на короткотермінових курсах.

Отже, постає питання про підготовку сучасних керівників органів та закладів охорони здоров'я, які б мали професійну менеджерську, а не медичну підготовку.

Детальніше це питання розглянуто в наступному розділі.

Розділ V. Взаємозв'язок державної, регіональної та місцевої політики охорони здоров'я

Глава 1. Формування регіональної і місцевої політики охорони здоров'я

Державні регіональні програми є важливим чинником, який сприяє прийняттю рішень на державному рівні щодо питань регулювання розвитку економіки. Зазначені програми дають змогу Кабінету Міністрів України, Міністерству економіки, іншим зацікавленим міністерствам і відомствам приймати обґрунтовані рішення у процесі визначення промислової та регіональної політики, створювати умови для заохочення інвестицій до пріоритетних галузей господарського комплексу з урахуванням інтегрального ефекту та відповідно до інтересів окремих регіонів, їхньої спеціалізації, природно-кліматичних умов, ресурсних можливостей, соціальних особливостей.

Реалізація регіональних програм повинна забезпечувати підвищення ефективності функціонування регіональних господарських комплексів, використання природних, рекреаційно-туристичних, трудових ресурсів та науково-виробничого потенціалу, геополітичного положення. Сьогодні чимало регіонів підготувало державні регіональні програми соціально-економічного розвитку, призначені забезпечити таке: налагодження механізму взаємовідносин між центром та регіонами, досягнення оптимального рівня децентралізації; здійснення оптимального міжрегіонального розподілу державних асигнувань; використання цивілізованих процедур селективного відбору суб'єктів господарювання, на які поширюватиметься режим державної підтримки. Крім цього, у регіональних програмах реалізовано комплексний підхід до розвитку території на засадах комбінування різних джерел фінансування.

Залежно від визначених цілей та фінансових можливостей такі програми розробляють на коротко- (1-2 роки), середньо- (3-5 років) та довготерміновий (понад 5 років) періоди.

Під час розробки програм враховують економічну діяльність усіх ^Г суб'єктів господарювання, що розташовані на території регіону, незалежно від форм власності і підпорядкування. До складу цієї комплексної програми повинні входити найважливіші завдання і показники, що визначені у національних, державних галузевих, державних регіональних та місцевих (локальних) цільових програмах.

Головні показники програм соціально-економічного розвитку регіонів використовує Міністерство економіки України для розробки державної програми економічного і соціального розвитку України з виділенням найважливіших показників цієї програми стосовно регіонів.⁸⁹²

Проект програми соціально-економічного розвитку регіону рекомендують розробляти у такій послідовності:

1) аналіз досягнутого стану соціально-економічного розвитку регіону на початок прогнозованого періоду, виявлення найбільш гострих проблем і диспропорцій у господарському комплексі та причин їх виникнення;

б) обґрунтування цілей, завдань і пріоритетів у соціально-економічному розвитку на прогнозований період, визначення засобів вирішення виявлених проблем, розробка відповідних заходів і кількісних характеристик щодо напрямів розвитку продуктивних сил регіону з урахуванням формування ринкових відносин, раціонального використання природно-ресурсного та виробничо-технічного потенціалу;

7) узгодження основних завдань і параметрів проекту програми з намірами центральних та місцевих органів виконавчої влади і самоврядування та з поданими від підприємств і організацій проектами планів і заходів, які пов'язані з обслуговуванням населення або з негативними змінами екологічного, демографічного стану та інших небажаних наслідків;

8) складання проекту програми і подання її у визначений термін на розгляд обласних (міських) держадміністрацій;

9) після розгляду проекту програми виконавчими органами влади та визначення уточнених обсягів фінансових ресурсів у ній роблять потрібні корективи і подають на розгляд та затвердження обласній (міській) раді.

Головні показники проекту програми рекомендують розраховувати принаймні у двох варіантах (мінімальний і максимальний) залежно від визначених завдань та обсягів очікуваних фінансових ресурсів і можливостей їх маневрування.

Проекти планів (намірів) і заходів підприємств та організацій розглядає спеціальна робоча група з числа спеціалістів економічних, фінансових та інших підрозділів місцевих держадміністрацій та міськвиконкомів у визначені терміни щодо розробки регіональної програми. Цей процес полягає в поетапному розгляді головних показників проектів планів та заходів підприємств, їхньому аналізі та оцінці впливу на демографічний, екологічний, економічний стан регіону, задоволення соціальних потреб населення.

⁸⁹² Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 512 – 513.

Залежно від результатів розгляду готують пропозиції до планів підприємств і організацій, регіональних та місцевих цільових програм, а також до відповідних міністерств і відомств України з метою вирішення на центральному рівні найбільш складних питань соціально-економічного та культурного розвитку регіону.⁸⁹³

У ряді країн стратегії досягнення здоров'я для усіх, розроблені на обласному, а також муніципальному рівнях (найчастіше в контексті місцевого проекту "Міста здоров'я"), є найбільш ефективними механізмами межсекторального співробітництва і широкого залучення населення в процес прийняття рішень. Ці стратегії є гарним інструментом для досягнення в області охорони здоров'я як загальнонаціональних цілей, так і цілей, адаптованих до конкретних умов того або іншого району/області. При цьому найчастіше використовуються творчі і новаторські підходи (11). Завдяки обмінові досвідом з іншими людьми й організаціями, а також підтримці з боку відповідних центральних або федеральних органів, ці підходи можуть у значній мірі доповнювати і підсилювати ефективність один одного. При децентралізації процесу розробки політики варто також заснувати механізми, що дозволяють успішно вирішувати питання забезпечення справедливості. Уделення уваги питанням розробки політики і проведення конкретних заходів на місцях безперечно краще висвітить існуючі розходження в стані здоров'я різних груп населення, а також тяжке положення категорій населення, що знаходяться в несприятливому положенні.⁸⁹⁴

Вважаємо, що подальший розвиток ОЗ України як цілісної системи повинен будуватися не на регіональній чи муніципальній, а на єдиній державній політиці.⁸⁹⁵

В. Борденюк. Децентралізація державної влади і місцеве самоврядування: поняття, суть та форми (види) // Право України, 2005. - № 1. – С. 21-25.

⁸⁹³ Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 513 – 514.

⁸⁹⁴ Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения // ВОЗ, ЕРБ, Копенгаген, "Здоровье для всех". - 1991. – С. 236.

⁸⁹⁵ Запорожан В.М., Журавель В.І. Сучасні процеси перебудови системи охорони здоров'я України потребують наукового обґрунтування // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3–4 (6–7). – С. 36.

В сучасній теорії місцевого самоврядування все більшого поширення дістає характеристика явища місцевого самоврядування як децентралізації державної влади, проявом якої є державне управління. Адже вживане в Конституції поняття «місьцеве самоврядування», як зазначалося автором раніше⁸⁹⁶, не розкриває повною мірою внутрішнього змісту позначуваного ним явища.

Саме таке розуміння природи державної влади є тією методологічною основою для з'ясування поняття та змісту децентралізації державної влади, яка є багатограним явищем. У загальному вигляді суть децентралізації полягає в тому, що функції та повноваження по здійсненню єдиної державної влади, яка первісно належить народові, розподіляються між відповідними органами державної влади, з одного боку, та органами державної влади і органами місцевого самоврядування, — з іншого.⁸⁹⁷

Водночас одним із провідних принципів побудови державного механізму, який долучається до принципу поділу влади на законодавчу, виконавчу та судову, є принцип поділу влади по вертикалі. У даному випадку йдеться про територіальну децентралізацію, коли повноваження по здійсненню функцій та завдань державної влади (державного управління) адресуються конституцією та/або законами чи іншими нормативно-правовими актами на рівень відповідних органів публічної влади, що створюються у відповідних територіальних утвореннях. Без такої децентралізації не може обійтися будь-яка держава. Це зумовлено тим, що центральні державні органи не можуть забезпечити здійснення завдань і функцій державного управління на всій території держави, оскільки хоч якою не була б досконалою організація влади в центрі, вона не буде ефективною, якщо не буде спиратися на таку ж досконалу організацію влади на місцях.⁸⁹⁸

Тому хоча Конституція формально й відокремила органи місцевого самоврядування від органів державної влади, проте це зовсім не означає, що народ є джерелом такої публічної влади, яка за логікою деяких авторів нібито поділяється на державну і муніципальну і які відповідно здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування. Адже єдність і цілісність державної території виключає можливість існування над її частинами (тобто адміністративно-територіальними одиницями) якоїсь автономної влади територіальних громад, яка не належить державі. Саме тому за умов демократичної децентралізації змінюється не природа влади, а характер взаємовідносин між центральними органами державної влади та органами місцевого самоврядування. Вирішуючи в межах своїх

⁸⁹⁶ Борденюк В. Діалектика співвідношення самоврядування, місцевого самоврядування та державного управління // Право України. — 2002. — № 12. — С. 118-122.

⁸⁹⁷ В. Борденюк. Децентралізація державної влади і місцевого самоврядування: поняття, суть та форми (види) // Право України, 2005. - № 1. - С. 21.

⁸⁹⁸ В. Борденюк. Децентралізація державної влади і місцевого самоврядування: поняття, суть та форми (види) // Право України, 2005. - № 1. - С. 22.

повноважень питання місцевого значення, вони здійснюють одну й ту ж саму владу, що й органи державної влади, але на засадах відносної автономії, яка визначена Конституцією і законами України. При цьому на природу влади обсяг їх повноважень не впливає. Саме такі підходи мають бути застосовані й до характеристики природи влади, яка здійснюється в процесі місцевого самоврядування.⁸⁹⁹

Місцеве самоврядування є передусім формою публічної влади, що створюється в населених пунктах – селах, селищах і містах, - для забезпечення їх життєдіяльності і для розв'язання місцевих проблем. Інститут місцевого самоврядування є одним із необхідних складових демократичної організації влади. Свої початку цей інститут бере ще з часів давньої Греції і давнього Риму, коли окремі міста користувались правом екстериторіальності і формували з числа своїх мешканців свою міську владу. За часів середньовіччя це явище здобуло своє закріплення в так званому „магдебурзькому праві”, яке в 14-17 століттях здобуло значне поширення в містах і містечках України. Протягом радянського періоду розвитку інститут місцевого самоврядування був ліквідований, всі місцеві органи влади були „одержавлені” в зведені в єдину систему державної влади. На початку демократичних перетворень в Україні цей інститут був відновлений і запроваджений Законом від 7 грудня 1990 року „Про місцеві Ради народних депутатів та місцеве і регіональне самоврядування”.

Сьогодні Конституція України у розділі XI закріплює існування і організацію місцевого самоврядування. У ст. 140 Конституції місцеве самоврядування визначається як право територіальної громади – жителів села чи добровільного об'єднання у сільську громаду жителів кількох сіл, селища та міста – самостійно вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і законів України.

Вказане визначення місцевого самоврядування, закріплене нормою Конституції України, на думку автора, не є вдалим і відображає лише один аспект місцевого самоврядування. Цілком очевидно, що місцеве самоврядування є однією з форм реалізації публічної влади (іншою – є влада державна!), важливішим інститутом демократії в умовах громадянського суспільства і демократичної, правової держави.

Ключовим поняттям до розуміння місцевого самоврядування є територіальна громада, тобто об'єднання громадян, які постійно проживають на території даного села, селища, міста. Слід зазначити, що відповідно до адміністративно-територіального устрою, закріпленого у розділі IX Конституції існують територіальні громади села, селища і міста. Райони і області являють собою вже не єдину територіальну громаду, а територіальне об'єднання громад. Тому й різняться між собою: перші (територіальні громади сіл, селищ і міст) – формують базові органи місцевого самоврядування, другі (територіальні об'єднання громад районів і областей)

⁸⁹⁹ В. Борденюк. Децентралізація державної влади і місцеве самоврядування: поняття, суть та форми (види) // Право України, 2005. - № 1. – С. 25.

– обирають регіональні органи місцевого самоврядування. Діяльність органів місцевого самоврядування регулюється Законом України „Про місцеве самоврядування в Україні”. Відповідно до цього Закону виборці відповідних територіальних громад – села, селища і міста, - обирають відповідних голів і представницькі органи місцевого самоврядування – сільські, селищні та міські ради. Ті, в свою чергу, формують виконавчі органи місцевого самоврядування, до яких відносяться виконавчі комітети, департаменти відділи, управління та інші органи відповідних рад.

Отже, Конституція України, Закон „Про місцеве самоврядування в Україні” та інші закони закріплюють місцеве самоврядування як один з найважливіших інститутів громадянського суспільства і демократичної держави і наділяють місцеві ради повноваженнями – правами й обов'язками, які впливають з завдань і функцій місцевого самоврядування на відповідній території.

Система місцевого самоврядування, що має в Україні давні історичні корені, відновлена на початку 90-х років ХХ століття і законодавчо запроваджена Законом Української РСР від 7 грудня 1990 року “Про місцеві Ради народних депутатів Української РСР та місцеве самоврядування”⁹⁰⁰, який в 1992 році був викладений в новій редакції і набув назви “Про місцеві Ради народних депутатів та місцеве і регіональне самоврядування”.⁹⁰¹ Це були перші спроби демократизувати тодішнє суспільство, шляхом роздержавлення місцевих рад і запровадити систему місцевого самоврядування як громадський інститут вирішення і розв'язання місцевих справ.

Разом з тим, відсутність належно обґрунтованої та ефективною місцевої політики в Україні в 90-х роках ХХ століття стала однією з важливих причин стримування соціально-економічного розвитку та стабільності в державі, ускладнення умов для зміцнення позицій України у міжнародному економічному співробітництві, повільного здійснення ринкових перетворень на місцях, виникнення та загострення багатьох соціальних, економічних, екологічних та інших проблем. Однією з найважливіших проблем організації і діяльності органів місцевого самоврядування в Україні є практика діяльності центральних і місцевих органів державної влади, які постійно „підминають” під себе органи місцевого самоврядування, зазіхають на їх компетенцію, розширюючи свої повноваження. На це постійно вказується у матеріалах періодичної преси і наукових публікаціях, про ці проблеми постійно наголошують як самі представники органів місцевого самоврядування, так і провідні науковці. Так, проф. О.І. Сушинський вказує на необхідність регламентувати взаємовідносини сторін щодо взаємного делегування диспозитивної складової та взаємну відповідальність щодо здійснення делегованих повноважень. А це означає, що на законодавчому рівні необхідно регламентувати обсяг можливих до делегування

⁹⁰⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1991. - № 2. - Ст. 5.

⁹⁰¹ Відомості Верховної Ради України. - 1992. - № 28. - Ст. 387.

повноважень, водночас жорстко детермінувавши тільки процесуальну сторону. Без цього право- та дієздатність територіальних громад видається фікцією і таким, що не відповідає тенденціям розвитку громадянського суспільства.⁹⁰²

- удосконалення розподілу повноважень та функцій між територіальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування з метою уникнення дублювання, спрощення системи управління, її фінансового забезпечення та економії бюджетних коштів. (ст.3 Указу Президента України від 25 травня 2001р. “Про Концепцію державної регіональної політики”.⁹⁰³)

Місцеве самоврядування є невід'ємним елементом громадянського суспільства, яке прагне побудувати Україна. Отже, в міру становлення такого суспільства буде відбуватися й становлення та розвиток місцевого самоврядування в Україні.⁹⁰⁴ Сьогодні місцеве самоврядування існує як конституційний інститут місцевої влади і здійснюється відповідно до Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні”. Згідно ст. 140 Конституції України місцеве самоврядування здійснюється територіальною громадою в порядку, встановленому законом, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, тобто через певний структурно-організаційний механізм, який називається системою місцевого самоврядування. Система місцевого самоврядування в структурно-організаційному плані являє собою сукупність органів місцевого самоврядування, органів самоорганізації населення та організаційних форм, за допомогою яких відповідна територіальна громада або її складові частини здійснюють завдання та функції місцевого самоврядування, вирішують питання місцевого значення.

Суб'єктами місцевого самоврядування, відповідно до ст. 5 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” є:

- територіальна громада;
- сільська, селищна, міська рада;
- сільський, селищний, міський голова;
- виконавчі органи сільської, селищної, міської ради;
- районні та обласні ради, що представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст;
- органи самоорганізації населення.

Саме на них Закон покладає вирішення всіх місцевих справ, керівництво соціально-економічним і культурним розвитком відповідних територій.

⁹⁰² Сушинський О.І. Місцеві державні адміністрації: статус у контексті публічної влади. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.26 – 28.

⁹⁰³ Офіційний вісник України. – 2001. – № 22. – Ст. 983.

⁹⁰⁴ Конституційне право України // За ред. В. Ф. Погорілка. - Київ, "Наукова думка", 2000. – С. 247.

Місцеві Ради базового рівня – села, селища і міста формують свої виконавчі органи, до яких відносяться виконавчий комітет, відділи, управління, департаменти, інспекції та інші виконавчі органи відповідної ради.

Основна особливість статусу обласних і районних рад полягає у відсутності у цих рад своїх виконавчих органів. Їх функції здійснюють місцеві державні адміністрації.

Місцеві державні адміністрації підзвітні і підконтрольні радам у частині повноважень, делегованих їм обласними і районними радами.

Обласна чи районна рада може висловити недовіру голові відповідної місцевої державної адміністрації, на підставі чого Президент України приймає відповідне рішення про відставку голови державної адміністрації.

Оскільки районні і обласні ради не мають власних виконавчих органів, складання і виконання відповідних бюджетів, прогнозів і програм соціально-економічного розвитку здійснюється місцевими державними адміністраціями. Ради ж розглядають і затверджують відповідні бюджети, прогнози і програми, можуть вносити до них певні зміни, контролюють хід виконання місцевих бюджетів, здійснюють функції щодо їх вирівнювання.⁹⁰⁵

Стаття Борденюка

Практична реалізація завдань по охороні здоров'я населення, що проживає на певній території – села, селища чи міста, району чи області, відповідно до Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні”⁹⁰⁶ покладається на органи місцевого самоврядування.

Нормою статті 49 Конституції України передбачене право особи на одержання безоплатної для неї медичної допомоги як у державних, так і в комунальних закладах охорони здоров'я. Отже, норма цієї статті вказує на те, що частина питань охорони здоров'я, зокрема, надання медичної допомоги, Конституція відносить до питань місцевого значення. Тому головним питанням є розмежування завдань і функцій державної системи охорони здоров'я і комунальної системи (підсистеми) охорони здоров'я.

Виникає питання: яка конкретно частина питань охорони здоров'я повинна бути віднесена до відання місцевого значення, а яка – до відання органів регіонального управління, яка до центральних органів виконавчої влади і як розподіл цих питань повинен координуватися органами державної влади?

Таким чином, лікування важких і складних захворювань, яке потребує значних коштів і кооперованих зусиль висококваліфікованого медичного персоналу, здійснюється на вторинному і третинному рівні надання медико-санітарної допомоги, в медичних закладах, як правило, державної форми власності. Отже, проблема охорони здоров'я населення і надання йому медико-санітарної допомоги є лише частково місцевого значення. В іншій же

⁹⁰⁵ Сушинський О.І. Місцеве самоврядування: регламент представницьких органів. – Львів: В-во ЛРІДУ УАДУ, 2002. – С.15.

⁹⁰⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170

своїй частині – надання медико-санітарної допомоги вторинного і третинного рівня, – вона має регіональне або загальнодержавне значення. Тому, одним з найважливіших питань організації надання медико-санітарної допомоги населенню є чітке розмежування між **медичною допомогою первинного рівня**, яке повністю входить до питань **місцевої політики, вторинного рівня** – яке є питаннями **регіональної політики і третинного рівня** – яке повністю повинно організовуватись на державному рівні і бути складовою частиною **державної політики охорони здоров'я**. Сказане, однак, не означає, що до державної політики охорони здоров'я не повинні входити питання надання первинної і вторинної медико-санітарної допомоги населенню. Без сумніву, що держава в особі відповідних органів виконавчої влади, зокрема Кабінету Міністрів і Міністерства охорони здоров'я України повинні надавати організаційно-методичну і наукову допомогу для забезпечення всього населення країни, незалежно від того, де проживає той чи інший громадянин – в селі, в селищі чи в місті, медичною допомогою, контролювати відповідно до затверджених державних стандартів якість її надання, вирівнюючи місцеві та регіональні відхилення, впроваджувати в діагностично-лікувальний процес нові методи лікування, нові ліки, а отже – задавати тон у формуванні найвищого за якістю рівня надання медичної допомоги.

Медичним закладом первинного рівня медико-санітарної допомоги, що надає медичну допомогу сільському населенню є фельдшерсько-акушерський пункт, лікарська амбулаторія, дільнична чи районна лікарня, які є, практично, у кожному селі. Медичну допомогу міському населенню на цьому рівні надають лікарі та інші медичні працівники, що працюють у міських, центральних районних та обласних лікарнях, які мають свої периферійні відділення у вигляді окремих поліклінік, жіночих консультацій, медичних центрів та ін. Керівництво справою охорони здоров'я населення в містах покладено на відповідні виконавчі органи міських рад – відділи і управління охорони здоров'я. В цьому випадку процес управління закладами охорони здоров'я міської комунальної власності максимально наближений до населення і його ефективність є значно вищою, ніж управління вказаними закладами з боку виконавчих органів більш високого рівня – області, держави. Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України передбачено розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги на основі реалізації принципу децентралізації управління зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи.

Відповідно до норм Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні”⁹⁰⁷ органи місцевого самоврядування:

- організовують первинну медико-санітарну допомогу й інші види медико-соціальної допомоги, а також забезпечують її доступність;
- здійснюють управління закладами охорони здоров'я;

⁹⁰⁷ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170.

- формують органи управління комунальної системи охорони здоров'я;
- забезпечують громадян лікарськими засобами і виробами медичного призначення на підвідомчій території;
- розвивають мережу закладів комунальної системи охорони здоров'я, визначають характер і обсяг їхньої діяльності;
- контролюють дотримання стандартів якості медичної допомоги;
- створюють умови для розвитку приватної системи охорони здоров'я на своїй території.

Крім вказаних власних повноважень органів місцевого самоврядування, наведених в нормах Закону, чинне законодавство передбачає ще й делеговані повноваження у цій сфері, які держава доручає виконувати органам місцевого самоврядування.

Відповідно до ст. 32 вказаного Закону, до делегованих повноважень виконавчих органів сільських, селищних, міських рад відноситься забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, розвиток всіх видів медичного обслуговування, вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення і т.д.

Постановою Кабінету Міністрів України від 9 березня 1999 р. № 339⁹⁰⁸ затверджено порядок контролю за здійсненням органами місцевого самоврядування делегованих повноважень органів виконавчої влади.

Контроль за здійсненням органами місцевого самоврядування делегованих повноважень органів виконавчої влади (далі — контроль) покладається на відповідні місцеві держадміністрації та Раду міністрів Автономної Республіки Крим, а у випадках, передбачених законодавством, - на міністерства та інші центральні органи виконавчої влади, їх територіальні органи (далі — органи, що здійснюють контроль).

2. Контроль здійснюється шляхом аналізу актів органів місцевого самоврядування, надання органами місцевого самоврядування інформації про виконання делегованих повноважень органів виконавчої влади, проведення перевірок діяльності виконавчих органів сільських, селищних, міських рад.

3. Рада міністрів Автономної Республіки Крим та відповідні місцеві держадміністрації розробляють та затверджують щорічні плани здійснення контролю.

Здійснення цих завдань по охороні здоров'я можливе шляхом розробки відповідних регіональних і місцевих програм і відповідної місцевої політики у цій сфері, яку будуть здійснювати вказані органи місцевого самоврядування.

⁹⁰⁸ Офіційний вісник України. – 1999. - № 10. – Ст. 390.

Відповідно до вимог Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” органи місцевого самоврядування повинні забезпечувати задоволення основних життєвих потреб населення в сферах, віднесених до їх відання (тобто в тому числі й у сфері охорони здоров'я), на рівні не нижче мінімальних державних соціальних стандартів. Таким чином, обсяг обов'язків органів місцевого самоврядування по наданню медико-санітарної допомоги населенню встановлюється на підставі зазначених державних соціальних стандартів.

Відповідно до статті 6 Закону України „Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії”⁹⁰⁹, діяльність у сфері охорони здоров'я відноситься до базового державного соціального стандарту.

Згідно із ст. 11 вищезгаданого Закону до державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я включаються:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;
- нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Контроль за дотриманням законодавства про державні соціальні стандарти і нормативи та державні соціальні гарантії здійснюється органами державної влади та органами місцевого самоврядування із залученням громадських організацій та незалежних експертів на засадах гласності.

Керівництво охороною здоров'я населення, яке проживає на відповідній території, здійснюють практично всі з перерахованих органів місцевого самоврядування. Одні з них як от, відповідні виконавчі органи місцевих рад – відділи і управління охорони здоров'я міських рад, виконавчі комітети останніх розробляють відповідні документи, що стосуються формування місцевої чи регіональної політики охорони здоров'я, інші ж – сільські, селищні та міські голови, міські районні і обласні ради, – розглядають і затверджують їх. Отже, всі органи місцевого самоврядування є суб'єктами формування і реалізації місцевої політики охорони здоров'я.

Слід зазначити, що місцева політика охорони здоров'я на рівні сільської чи селищної громади, як правило, не формується. Це пояснюється, перш за все, обмеженістю ресурсів, що виділені на охорону здоров'я населення і

⁹⁰⁹ Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 48. – Ст.409.

відсутністю відповідно підготовлених фахівців, здатних підготувати такого роду документ (1–2 фельдшери чи навіть 1 лікар, що працюють у фельдшерсько-акушерському пункті чи лікарській амбулаторії, професійно не здатні підготувати відповідну програму охорони здоров'я населення). Однак, в практиці діяльності окремих великих сільських і селищних громад зустрічаються випадки розробки відповідних планів соціально-економічного розвитку села, селища, одним із розділів яких бувають розділи, що стосуються охорони і зміцнення здоров'я населення.

Основними суб'єктами системи місцевого самоврядування, що розробляють відповідні нормативні документи з питань зміцнення і охорони здоров'я населення є міські громади, особливо, великих міст, обласних центрів. Також відповідні місцеві програми охорони здоров'я населення розробляються на рівні району і області. Всі вони, в тій чи іншій мірі подібні на відповідні національні і державні програми у цій сфері, так як саме вони беруться за основу при підготовці відповідних місцевих програм і входять до комплексного плану соціально-економічного розвитку міста чи регіону.

Розробку вказаних планів і програм передбачає Закон України „Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України”.⁹¹⁰ Ст.1 вказаного Закону визначає, що програма економічного і соціального розвитку України – документ, в якому визначаються цілі та пріоритети економічного і соціального розвитку, засоби та шляхи їх досягнення, формується взаємоузгоджена і комплексна система заходів органів законодавчої і виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, спрямованих на ефективне розв'язання проблем економічного і соціального розвитку, досягнення стабільного економічного зростання, а також характеризуються очікувані зміни у стані економіки та соціальної сфери.

Програма економічного і соціального розвитку регіону (її ще називають індикативним планом) складається з двох частин: концептуальної системи та системи показників. План розробляється на основі Державної концепції науково-технічного розвитку України.⁹¹¹

Відповідно до ст. 9 Закону України „Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України” в Автономній республіці Крим, областях, районах та містах України розробляються прогнози економічного і соціального розвитку на середньостроковий період (на 5 років) та програми економічного та соціального розвитку на короткостроковий період (на відповідний рік).

У прогнозі економічного і соціального розвитку Автономної Республіки Крим, області, району, міста на середньостроковий період повинні бути відображені:

⁹¹⁰ Відомості Верховної Ради України.– 2000.– №25.– Ст. 195.

⁹¹¹ Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 510.

- аналіз соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці за попередній період та характеристика головних проблем розвитку її економіки та соціальної сфери;
- стан використання природного, виробничого, науково-технічного та трудового потенціалу, екологічна ситуація у відповідній адміністративно-територіальній одиниці;
- прогноз кон'юнктури на ринках основних видів товарів та послуг;
- можливі шляхи розв'язання головних проблем розвитку економіки та соціальної сфери відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- цілі та пріоритети соціально-економічного розвитку в середньостроковий період та пропозиції щодо заходів місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування для їх досягнення;
- основні показники соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- висновки щодо тенденцій розвитку економіки відповідної адміністративно-територіальної одиниці протягом середньострокового періоду.

У програмі економічного і соціального розвитку Автономної Республіки Крим, області, району, міста на наступний рік повинні бути відображені:

- аналіз соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці за попередній і поточний роки та характеристика головних проблем розвитку її економіки та соціальної сфери;
- стан використання природного, виробничого, науково-технічного та територіальній одиниці;
- можливі шляхи розв'язання головних проблем розвитку економіки і соціальної сфери відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- цілі та пріоритети соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці в наступному році;
- система заходів місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо реалізації соціально-економічної політики з визначенням термінів виконання та виконавців;
- основні показники соціально-економічного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- дані про отримання та використання доходів від розпорядження об'єктами права комунальної власності, ефективності використання об'єктів права комунальної власності, показники розвитку підприємств та організацій, що є об'єктами права комунальної власності.

Складовою частиною вказаних прогнозів і програм є прогнози і плани розвитку місцевих систем охорони здоров'я. Вказані місцеві програми охорони здоров'я населення є основою для формування місцевої політики охорони здоров'я, організація якої покладається на органи місцевого самоврядування.

Основні завдання формування місцевої політики визначив Указ Президента України від 25 травня 2001р. "Про Концепцію державної

регіональної політики”.⁹¹² У ньому Президент України зазначив, що „необхідність прискорення поступу України на шляху сталого розвитку, економічного зростання, поєднаного з активною соціальною політикою держави, демократизацією всіх складових суспільного життя, потребує формування якісно нової державної регіональної політики.”

Відповідно до цього Указу, головною метою державної регіональної політики є створення умов для динамічного, збалансованого соціально-економічного розвитку України та її регіонів, підвищення рівня життя населення, забезпечення додержання гарантованих державою соціальних стандартів для кожного її громадянина незалежно від місця проживання, а також поглиблення процесів ринкової трансформації на основі підвищення ефективності використання потенціалу регіонів, підвищення дійовості управлінських рішень, удосконалення роботи органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

Державна регіональна політика ґрунтується на таких принципах:

- конституційність та законність - реалізація політики здійснюється відповідно до Конституції та законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України на засадах чіткого розподілу завдань, повноважень та відповідальності між органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування;
- забезпечення унітарності України та цілісності її території, включаючи єдність економічного простору на всій території держави, її грошово-кредитної, податкової, митної, бюджетної систем;
- поєднання процесів централізації та децентралізації влади, гармонізація загальнодержавних, регіональних та місцевих інтересів;
- максимальне наближення послуг, що надаються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, до безпосередніх споживачів;
- диференційованість надання державної підтримки регіонам відповідно до умов, критеріїв та строків, визначених законодавством;
- стимулювання тісного співробітництва між органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування у розробленні та реалізації заходів щодо регіонального розвитку.

Державна регіональна політика є складовою частиною національної стратегії соціально-економічного розвитку України, тісно пов'язаною із здійсненням адміністративної реформи та впорядкуванням адміністративно-територіального устрою, і реалізується шляхом здійснення органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування системи заходів для забезпечення ефективного комплексного управління економічним та соціальним розвитком України та її регіонів - Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва і Севастополя.

Формування та реалізація державної регіональної політики передбачає істотне підвищення ролі та відповідальності місцевих державних

⁹¹² Офіційний вісник України. – 2001. – № 22. – Ст. 983.

адміністрацій, органів місцевого самоврядування, територіальних громад за розвиток регіонів.

Даним Указом була передбачена поетапна реалізація цієї Концепції (перший етап – 2001 - 2003 роки, другий етап – з 2003 року), але цілком очевидно, що більшість із вказаних положень так і залишилися на папері і не знайшли своєї реалізації в житті.

Отже, центральною проблемою зміцнення діяльності органів місцевого самоврядування в Україні є подальше вдосконалення конституційно- та адміністративно-правового регулювання їх організації і діяльності, зміцнення їх матеріально-фінансових засад, державна підтримка місцевих ініціатив, а також розширення повноважень та підвищення відповідальності органів місцевого самоврядування за вирішення завдань регіонального та місцевого розвитку. Це передбачає внесення відповідних змін до законодавства, зокрема, до Бюджетного та Податкового кодексів України, Законів України "Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України", "Про власність", "Про місцеве самоврядування в Україні", "Про місцеві державні адміністрації", "Про основи містобудування", прийняття законів про програму державної підтримки і розвитку місцевого самоврядування, про право комунальної власності та управління об'єктами права комунальної власності.

Децентралізована модель управління у сфері охорони здоров'я

Стаття Борденюка

В українській та світовій науковій думці і суспільній практиці міцно закріпилася позиція про те, що охорона здоров'я населення відноситься до питань місцевого значення.

До певної міри така оцінка ролі охорони здоров'я населення в загальному спектрі суспільних відносин є вірною, але лише до певної міри. Безспірним є те, що система охорони здоров'я повинна бути максимально наближена до людини, до місця її проживання, праці, навчання і відпочинку. Така позиція відповідає вимогам рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я,⁹¹³ які передбачили, що основою будь-якої національної системи охорони здоров'я має бути первинна медико-санітарна допомога населенню. Відповідно до стандартів ВООЗ, така допомога надається лікарями загальної практики (сімейними лікарями) і включає первинний огляд лікаря, встановлення діагнозу захворювання і лікування простих,

⁹¹³ Див: Первичная медико-санитарная помощь /Совместный доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения и Директора-исполнителя Датского Организации Объединенных Наций", Зеева - Нью-Йорк, 1978.; Положение о доступности медицинской помощи. / Принято 40-й медицинской ассамблеей, Вена, Австрия, сентябрь 1988 г. // Цит. по: Цит. по: Права пациента – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / Упор. В. В. Глуховський. – К.: Сфера, 2004. – С.117 – 118.

нескладних захворювань. У випадку складних захворювань медична допомога пацієнту надається лікарями, які працюють в закладах охорони здоров'я вторинного і третинного рівня. Таким чином, діяльність лікарів та інших медичних працівників, які надають медичну допомогу первинного рівня має бути максимально наближена до самої людини, а медичні заклади, в яких вони працюють, – розташовані в місцях проживання і праці, навчання і відпочинку населення.

Децентралізацію слід розуміти як передачу владних повноважень в галузі планування, управління та прийняття рішень з державного на місцевий рівень або в більш загальному плані з більш високого на більш низький рівень управління. В результаті децентралізації управління відповідальність за прийняття рішень передається, по можливості, на найнижчий рівень, тобто на рівень місцевої громади.

Децентралізація у сфері охорони здоров'я приваблива ще й тому, що центральні органи виконавчої влади, які здійснюють державне управління і регулювання у цій сфері, розміщені надто далеко від конкретних користувачів медичних послуг – громадян (пацієнтів), аби своєчасно та ефективно реагувати і приймати необхідні рішення в умовах, що постійно змінюються.

Головною метою децентралізації управління у сфері охорони здоров'я є його спрощення, наближення до населення, пацієнтів, споживачів медичних послуг, поліпшення його гнучкості і оперативності. Бюрократизація управління охороною здоров'я, як своєрідний негативний, побічний феномен управлінської діяльності відома не лише в Україні. Навіть в управлінській практиці передових європейських країн постійно доводиться стикатися з незадовільно низькою ефективністю великих та централізованих бюрократичних інститутів. Практично в усіх європейських країнах спостерігаються одні й ті самі недоліки централізованої системи управління охороною здоров'я: низька ефективність системи, великі витрати на утримання апарату, повільні темпи запровадження новітніх технологій, повільна реакція на зміну зовнішніх умов та обставин (відсутність мобільності системи), а відповідно – пізні прийняття кардинальних рішень, що негативно впливає на стан здоров'я населення та на саму систему охорони здоров'я.

Децентралізація, з другого боку, має на меті й досягнення важливих політичних цілей, оскільки забезпечує участь населення в процесі охорони здоров'я і передбачає опору місцевих органів на власні, місцеві сили, а також сприяє розвитку підзвітності населенню державних і комунальних службовців, які працюють в органах та закладах охорони здоров'я.

У ряді випадків перевага децентралізації вбачається ще й у тому, що вона розглядається як засіб поліпшення координації між окремими службами та видами діяльності на регіональному чи місцевому рівні. Вона також відображає той факт, що охорона здоров'я населення – це значно більше, ніж

надання медичних послуг і що для вироблення чи перегляду політики в цій галузі повинні залучатись й інші сектори громадського життя, органи та заклади соціальної сфери.

Рішення про впровадження децентралізованої системи управління передбачає необхідність відповіді на три основні питання:

- вирішення яких завдань повинне бути децентралізоване;
- до якого рівня варто проводити децентралізацію;
- кому передати повноваження.⁹¹⁴

Цілком очевидно, що організація медичної допомоги первинного рівня повністю відноситься до питань місцевого життя і місцевої політики охорони здоров'я населення. Однак, у цій сфері існують питання, які не в змозі бути вирішеними на місцевому рівні. Мова йде про важкі і складні захворювання, діагностування і лікування яких вимагає об'єднаних зусиль декількох лікарів-спеціалістів, а часом і їх значної групи, застосування складних методів діагностики і лікування, включаючи комп'ютерні томографи, лазери та ін., і врешті-решт значних коштів для оплати цих медичних послуг. Жоден місцевий бюджет буде не в змозі витримати цей фінансовий тягар.

Однак, в передачі вирішення питань охорони здоров'я на місцевий рівень є й певні негативні аспекти. Зокрема, у сфері охорони здоров'я регіональне спрямування та децентралізація процесів управління призвели до порушення вертикальних управлінських зв'язків і механізмів, а принцип "залишковості" залишився властивий не тільки фінансуванню, а й політиці державного управління галузі на регіональному рівні.

Разом з тим принцип регіоналізації саме в галузі управління охороною здоров'я міг би дати найбільший ефект, оскільки серед факторів ризику здоров'я населення регіональні особливості є найважливішими. Це підтверджують випадки масових захворювань в Первомайську, Болеславці та ін.; наслідки повені у Закарпатті та забруднення території Бузького басейну. В більш значному масштабі регіональність ризиків виявилась під час Чорнобильської катастрофи (1986). Постійно діючими регіональними факторами ризику є екологічні зміни в Донецькому регіоні.⁹¹⁵

Однак, охорона здоров'я має такі свої особливості, які суттєво впливають на необхідність здійснення саме державного управління у ній і ніяк не можуть бути прерогативою місцевих органів державної влади чи органів місцевого самоврядування. Адже, система охорони здоров'я торкається життєво важливих сторін існування суспільства. Це високотехнологічна, наукомістка, ресурсномістка сфера діяльності, яка за своїм характером та специфікою вимагає централізованих підходів та державного управління і регулювання при встановленні державних медичних

⁹¹⁴ Пліш Б. Децентралізація державного управління охороною здоров'я – шлях реформування галузі: досвід європейських країн. // Вісник Української Академії державного управління. – 2003. – №2. – С. 220.

⁹¹⁵ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – Київ. - Видавництво УАДУ. – 2001. – С. 29.

стандартів, забезпеченні їх доступності для кожного громадянина. Ось чому необхідно створити та сформувавши єдиний нормативно-правовий простір з консолідацією сил та засобів при дотриманні принципів їх цільового призначення, територіальної доступності та соціальної справедливості.⁹¹⁶

Глава 2. Взаємодія державної та комунальної систем охорони здоров'я

Одним із особливостей діяльності у сфері охорони здоров'я і надання медичної допомоги населенню є необхідність взаємодії державної та місцевої (комунальної) систем охорони здоров'я та медичних закладів, які відносяться до першої чи другої. Головною підставою для такого поєднання є зміст медичної допомоги, який, відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я надається населенню відповідно до первинного (первинна амбулаторна допомога), вторинного (спеціалізована амбулаторна і стаціонарна допомога), третинного (висококваліфікована медична допомога, надана в умовах клінічних медичних закладів, медичних науково дослідних інститутів, наукових центрів і т.д.) рівнів.

Таким чином на території одного населеного пункту, як правило, міста, можуть знаходитись заклади охорони здоров'я різних форм власності і різної службової підпорядкованості, які надають медичну допомогу різних рівнів населенню цього населеного пункту.

До державної системи охорони здоров'я, про що згадувалось вище, відносяться провідні медичні заклади державної форми власності – спеціалізовані медичні центри, республіканські клінічні лікарні, діагностичні центри, диспансери, санаторії, науково-дослідні інститути, клініки вищих навчальних медичних закладів та ін., які надають медичну допомогу, як правило, вторинного і третинного рівня.

До складу комунальної системи охорони здоров'я входять відповідні заклади охорони здоров'я комунальної власності і тому є підстави говорити про обласну комунальну систему охорони здоров'я, засновану на обласній комунальній власності, районну комунальну систему охорони здоров'я, засновану на районній комунальній власності і міську комунальну систему охорони здоров'я, засновану на міській комунальній власності. Вказані комунальні системи охорони здоров'я в свою чергу є підсистемами єдиної загальнодержавної системи охорони здоров'я населення, так як пов'язані між собою службовими відносинами з приводу організації і координації медичної допомоги різного рівня і різного виду складності. На території сільських і селищних громад, як правило розташований лише один заклад охорони здоров'я – фельдшерсько-акушерський пункт, лікарська амбулаторія,

⁹¹⁶ Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Вісник Української Академії державного управління. – №2. – 2003. – С. – 204.

дільнична чи районна лікарня, – і тому говорити про місцеву (сільську, селищну) систему охорони здоров'я серйозних підстав немає.

Так, наприклад, у місті Києві медичну допомогу населенню міста надають районні і міські заклади охорони здоров'я – районні і міські лікарні і поліклініки, диспансери, жіночі консультації, діагностичні центри та інші медичні заклади, що є об'єктами районної і міської комунальної власності, перебувають у службовому підпорядкуванні районних управлінь охорони здоров'я і головного управління охорони здоров'я Київської міської ради та надають первинну медико-санітарну допомогу. В той же час у місті Києві розташовані інші заклади охорони здоров'я державної форми власності серед яких значна кількість медичних науково-дослідних інститутів, клініки Київського національного університету ім. О. Богомольця, Київської медичної академії післядипломної освіти ім. М. Шупика, великі спеціалізовані республіканські лікарні і медичні центри лікування окремих захворювань – педіатрії акушерства і гінекології, серцевих і ниркових захворювань, психіатрії, захворювання крові і на СНІД та ін., які перебувають у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України або Академії медичних наук України і надають спеціалізовану і високо спеціалізовану медико-санітарну допомогу вторинного і третинного рівня.

Фактором, що об'єднує заклади охорони здоров'я різної форми власності і різного службового підпорядкування є зміст і профіль їх діяльності, тобто надання медико-санітарної допомоги населенню різного профілю і різних рівнів. Це дозволяє об'єднувати їх в єдину загальнодержавну систему охорони здоров'я (і відповідні підсистеми надання медичної допомоги при певних захворюваннях), формуючи з них певні медичні науково-навчально-практичні комплекси. Таким чином, мова йде про об'єднання групи медичних закладів у певну їх підсистему (в рамках єдиної загальнодержавної системи охорони здоров'я) як по „вертикалі” (районна поліклініка – обласна лікарня – спеціалізована республіканська лікарня або клініка вищого медичного навчального закладу), так і по „горизонталі”, так як заклади, особливо первинного рівня надання медичної допомоги, на основі принципів взаємності, дільничного обслуговування і черговості (ургентності) мають бути об'єднані в єдину районну, міську чи обласну систему охорони здоров'я.

Питання здійснення координації діяльності державної і комунальної систем охорони здоров'я покладено на центральні та місцеві органи виконавчої влади та виконавчі органи місцевого самоврядування. З цією метою постановою Кабінету Міністрів України від 22 березня 2000 р. № 536 утворено Міжвідомчу координаційну раду при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я і затверджено положення про названу раду.⁹¹⁷

Основними завданнями Ради є координація робіт, спрямованих на раціональне використання закладів охорони здоров'я, що належать до сфери

⁹¹⁷ Офіційний вісник України . - 2000. – № 12. – Ст. 475.

управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, вирішення питань функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; узгодження дій центральних і місцевих органів виконавчої влади з питань реформування охорони здоров'я, розгляд пропозицій щодо підвищення ефективності діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади з питань оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом аналіз результатів функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади відпрацювання механізмів оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом та ін.

Рада має право: одержувати в установленому порядку від міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, лікувально-профілактичних закладів необхідну інформацію з питань, що належать до її компетенції, утворювати постійні або тимчасові робочі групи, в тому числі на договірній основі, для забезпечення виконання покладених на неї завдань координувати роботу територіальних рад з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я приймати рішення про поліпшення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади.

При управліннях (головних управліннях) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій утворюються відповідні координаційні ради з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я.

Постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. № 819 „Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини”⁹¹⁸ вирішені питання взаємодії медичних служб різного службового підпорядкування.

Глава 3. Муніципальне управління у сфері охорони здоров'я

В Україні з метою сприяння реалізації названих вище програм доцільно було б, насамперед, виділити у державному бюджеті окрему статтю „Фінансування державних регіональних програм” та аналогічні статті на рівні місцевих бюджетів; зменшити частку відрахувань областей у державний бюджет з умовою цільового використання коштів, що залишаються, на реалізацію програмних заходів; запровадити практику надання державних дотацій, субвенцій, преференцій тільки учасникам

⁹¹⁸ Офіційний вісник України . - . - № Ст..

програми; надати право учасникам програми за клопотанням департаменту отримувати пільгові кредити під гарантії уряду або місцевих органів влади.

Для забезпечення постійного контролю за ходом виконання завдань і заходів програми економічного й соціального розвитку регіону рекомендовано створити обласну Координаційну раду на чолі із першим заступником (заступником) голови облдержадміністрації. До складу цієї ради доцільно ввести керівництво управлінь і відділів облдержадміністрації, представників банківських і статистичних установ, деяких керівників органів місцевого самоврядування та окремих підприємств.⁹¹⁹

Важливу роль у здійсненні державної політики відіграють органи місцевого самоврядування. В їх функціях найбільш повно розкривається соціальне призначення місцевого самоврядування. Як важливий елемент правового статусу представницьких органів місцевих рад функції обумовлюють конкретно-предметну визначеність цих основних органів в системі самоврядування. Вони є своєрідною основою, з якої випливають повноваження, форми і методи діяльності рад.

Законодавство наділяє місцеві ради функціями управління, забезпечення, організації, контролю тощо. Закріплюючи функції як реальні правові важелі, Закон про місцеве самоврядування створює тим самим необхідні юридичні передумови для їх здійснення. Поряд з правовими нормами з цією метою використовуються й інші засоби.

Хоча місцеве самоврядування не належить до системи державних органів влади, будучи самостійним видом публічної влади, воно у певних визначених законодавством межах, шляхом делегування їм повноважень органів виконавчої влади, здійснює функції управління об'єктами комунально власності.

Згідно ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я, органи місцевого самоврядування, особливо їх виконавчі органи – виконавчі комітети сільських, селищних і міських Рад народних депутатів реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством. Разом з тим, як це було зазначено вище, вони формують і реалізують місцеву і регіональну політику в межах своїх територіальних громад. Віднесення цією нормою закону органів місцевого самоврядування до органів, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я дає підстави зробити висновок, що органи місцевого самоврядування є важливою ланкою управління системою охорони здоров'я. Саме тому, їх можна назвати органами муніципального управління у сфері охорони здоров'я.

Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я виявляються у різних сферах діяльності цих органів. Так, наприклад, при реалізації повноважень по управлінню комунальною власністю органи муніципального управління приймають рішення про створення, ліквідацію,

⁹¹⁹ Михасюк І., Мельник А., Крупка М., Залога З. Державне регулювання економіки / За ред. д-ра. екон. наук, проф., акад. АН вищої школи України І. Р. Михасюка.- Львівський національний університет ім. І. Франка. Підручник. Друге вид., виправлене і доповнене.- К.: Атіка, Ельга-Н, 2000.- С. 522.

реорганізацію та перепрофілювання закладів охорони здоров'я комунальної форми власності відповідної територіальної громади.

Важливим напрямом діяльності органів муніципального управління у сфері реалізації державної політики охорони здоров'я є фінансування комунальної системи охорони здоров'я. Зокрема, при реалізації повноваження в галузі планування та в бюджетно-фінансовій сфері муніципальні органи управління затверджують програми соціально-економічного відповідних адміністративно-територіальних одиниць, затверджують місцевий бюджет, вносять зміни до нього, затверджують звіт про виконання відповідного бюджету. В місцевому бюджеті передбачається також і фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності.

Функція муніципального управління закладами охорони здоров'я здійснюється виконавчими органами відповідних органів місцевого самоврядування. Зокрема, суб'єктами муніципального управління є **виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад, міські, сільські та селищні голови.**

Важливим елементом процесу муніципального управління є діяльність органів муніципального управління, пов'язана з контролем діяльності закладів охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності. Таким чином, зважаючи на широкі повноваження щодо фінансування цих закладів, можливість прямо впливати на їх діяльність шляхом прийняття відповідних рішень з однієї сторони і підпорядкованість загальним тенденціям розвитку сфери охорони здоров'я, державній політиці охорони здоров'я, що формується центральними органами державної влади, органи муніципального управління сферою охорони здоров'я є тією ланкою, що з'єднує державну і комунальну системи охорони здоров'я.

У ході адміністративної реформи в Україні передбачається здійснити ряд заходів, спрямованих на якісне поліпшення організації публічної влади на місцевому рівні. Метою цього реформування є оптимізація структури управління на регіональному рівні, прийняття управлінських рішень, максимально наближених до реальних потреб населення, удосконалення механізму взаємодії між органами місцевого самоврядування та місцевими державними адміністраціями.

До питань, які потребують першочергового законодавчого вирішення для покращення процесу муніципального управління у сфері охорони здоров'я можна віднести такі:

- детальне і чітке розмежування повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я;
- визначення переліку функцій місцевого значення, виконання яких є обов'язковим для органів місцевого самоврядування на всій території України;
- запровадження механізмів відповідальності місцевих органів влади за свою діяльність, насамперед, перед населенням відповідних територій за

стан справ, що стосуються реалізації громадянами права на охорону здоров'я;

- виключення можливості дублювання функцій та повноважень, виходячи виключно з меж своєї компетенції, що призводить до безвідповідальності керівників відповідних органів муніципального управління;

- узгодження повноважень та функцій щодо надання державних (управлінських) та громадських послуг населенню органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, виходячи з принципу субсидіарності, визначення переліку послуг, що надаються за рахунок бюджетних коштів і на платній основі;

- врегулювання правового режиму майна, що перебуває у спільній власності територіальних громад, зокрема закладів охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності, з метою вдосконалення механізму управління цими закладами органами муніципального управління;

- розподіл між органами виконавчої влади та органами муніципального управління відповідальності за фінансове забезпечення виконання повноважень із надання послуг населенню.

Після законодавчого врегулювання зазначених питань необхідно поетапно провести практичну роботу щодо закріплення відповідних функцій за органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування на всіх рівнях управлінської вертикалі. Це дозволить: спрямувати їх діяльність на забезпечення реалізації прав і свобод громадян у сфері охорони здоров'я; визначити сферу спільної відповідальності виконавчої влади і місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, за функціонування яких вони несуть солідарну відповідальність.

Одним із головних завдань нинішнього етапу державотворення є подальша децентралізація системи виконавчої влади та роздержавлення місцевого самоврядування у рамках додержання принципу унітаризму української держави. Досягнення плідної взаємодії та збалансованості обох систем - виконавчої влади і місцевого самоврядування, має стати новою для оптимізації функціонування загалом виконавчої влади на місцях, підвищення ролі та відповідальності її органів і посадових осіб за рішення покладених на них повноважень і функцій, що позитивно лине на динаміку політичного та соціально-економічного розвитку країни та її регіонів.⁹²⁰

Здійснення вищевикладених реорганізаційних аспектів у сфері виконавчої влади і муніципального управління у сфері охорони здоров'я дасть можливість покращити стан справ у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні. Адже, зважаючи на те, що основна кількість закладів охорони здоров'я в Україні перебувають в комунальній власності і, відповідно, управління ними здійснюється муніципальними органами

⁹²⁰ Малиновський В.Я. Державне управління: Навчальний посібник. - Вид. 2-ге, доп. та перероб. - К.: Атіка, 2003. - С. 556 - 557.

управління, реформування системи муніципального управління є одним з пріоритетних напрямків реформування системи охорони здоров'я загалом.

Глава 4. Повноваження представницьких органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

Відповідно до Конституції та Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”, органи місцевого самоврядування є самостійними органами місцевої влади, юридичними особами і наділені для виконання своїх завдань і функцій відповідними повноваженнями, які поділяються за своєю правовою природою на дві окремі групи:

- власні повноваження, в межах яких органи місцевого самоврядування діють самостійно і несуть відповідальність за свою діяльність перед законом;
- окремі повноваження органів виконавчої влади, надані (делеговані) законом органам місцевого самоврядування, у здійснення яких вони є підконтрольними відповідним органам виконавчої влади (п. 1, 2 ст.16 Закону).

До виключних повноважень сільських, селищних, міських рад входить затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць, цільових програм з інших питань місцевого самоврядування, зокрема програм охорони здоров'я населення.

Звичайно, повноваження у сфері охорони здоров'я населення в органах місцевого самоврядування села, селища і місті різняться між собою за глибиною і за обсягом. Очевидно, що найбільше повноважень у цій сфері належить міським головам і міським радам, особливо великих міст, обласних центрів, в яких проживає велика кількість населення і в яких розміщена певна мережа медичних закладів, які можуть бути сформовані в місцеву систему охорони здоров'я.

Міська рада є органом місцевого самоврядування, що представляє відповідну територіальну громаду та здійснює від її імені та в її інтересах функції і повноваження місцевого самоврядування, визначені Конституцією України та Законами України. Вона діє на підставі Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”, який визначає виключну компетенцію міських рад, яку становлять питання, що можуть бути вирішені виключно на пленарних засіданнях відповідної ради. Повноваження міських рад (ст.26 Закону) за своїм характером поділяються на 5 груп: по організації роботи ради та формування її органів; організації та функціонування системи місцевого самоврядування; економічного і соціального розвитку території, бюджету, управління комунальною власністю; забезпечення контрольних функцій та інші питання.

Міська рада як орган місцевого самоврядування здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення міста, де підпорядкованими їй об'єктами є заклади охорони здоров'я міської комунальної власності. Це

керівництво вона здійснює, як правило, через спеціально утворений нею виконавчий орган – управління охорони здоров'я, начальника і заступників яких призначає і звільняє з посади міський голова.

Ці ж питання, тільки на більш високому рівні місцевого самоврядування – районному і обласному, входять до повноважень районних і обласних рад, які вони мають вирішувати безпосередньо, зокрема, це затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку району, області, цільових програм з інших питань, а також відповідно районного, обласного бюджету, розподіл переданих з державного бюджету коштів у вигляді дотацій, субвенцій відповідно між районними бюджетами, місцевими бюджетами міст обласного значення, сіл, селищ, міст районного значення, управління об'єктами комунальної власності, які забезпечують спільні потреби територіальних громад сіл, селищ, міст, та інші питання.

Значний обсяг контрольних повноважень у сфері державного управління мають **районні та обласні ради**, які виключно сесіях:

- *заслуховують звіти* голів місцевих державних адміністрацій, їх вступників, керівників управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій про виконання програм соціально-економічного та культурного розвитку, бюджету, рішень ради із зазначених питань, а також про здійснення місцевими державними адміністраціями делегованих їм радою повноважень;
- приймають *рішення про недовіру* голові відповідної місцевої державної адміністрації;
- приймають *рішення про звернення до суду щодо визнання незаконними актів місцевих органів* виконавчої влади, які обмежують права територіальних громад у сфері їх спільних інтересів, а також повноваження районних, обласних рад та їх органів;
- вносять до Кабінету Міністрів України *пропозиції* щодо голови відповідної місцевої державної адміністрації.

У межах своїх повноважень районна, обласна рада може шляхом таємного голосування *висловити недовіру голові відповідної місцевої державної адміністрації*, на підставі чого Президент України приймає рішення і дає відповідній раді обґрунтовану відповідь. Якщо недовіру голові районної, обласної державної адміністрації висловили не менш як дві третини депутатів загального складу відповідної ради, Президент України приймає рішення про відставку голови місцевої державної адміністрації.

Контрольними повноваженнями у сфері державного управління наділяються й інші органи місцевого самоврядування. Так, до виключної компетенції **сільських, селищних, міських рад** віднесено:

- *заслуховування повідомлень* керівників органів внутрішніх справ про їх діяльність щодо охорони громадського порядку на відповідній території;
- *порушення перед відповідними органами вищого рівня питання про*

звільнення з посади керівників цих органів у разі визнання їх діяльності незадовільною.

Також слід зазначити, що акти органів та посадових осіб місцевого самоврядування, прийняті в межах наданих їм повноважень, є обов'язковими для виконання всіма розташованими на відповідній території суб'єктами, в тому числі органами виконавчої влади та їхніми посадовими особами. Місцеві органи виконавчої влади несуть встановлену законом відповідальність перед органами місцевого самоврядування за заподіяну місцевому самоврядуванню шкоду їх діями або бездіяльністю, а також у результаті невиконання рішень органів та посадових осіб місцевого самоврядування, прийнятих у межах наданих їм повноважень.⁹²¹

4.1. Діяльність сільського, селищного, міського голови по керівництву охороною здоров'я населення

Міський голова є вищою посадовою особою територіальної громади міста. Його повноваження визначені у ст.42 Закону “Про місцеве самоврядування в Україні”. У своїй діяльності міський голова повинен забезпечити здійснення у межах наданих законом повноважень, додержання Конституції та законів України, виконання актів Президента України та органів виконавчої влади; організувати в межах, визначених законом, роботу міської ради, її виконавчого комітету, інших структурних підрозділів та здійснювати контроль за їх роботою та ін.

При здійсненні наданих повноважень міський голова є підзвітним, підконтрольним і відповідальним перед територіальною громадою, відповідальним – перед міською радою, а з питань здійснення делегованих повноважень – також підконтрольним відповідним органам виконавчої влади. Відповідно до вимог п. 6 ст. 42 Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні”,⁹²² міський голова не рідше одного разу на рік звітує про свою роботу перед територіальною громадою на відкритій зустрічі з громадянами. У складі його звіту про роботу має бути і розділ, що стосується охорони здоров'я населення і роботи міських медичних закладів. На вимогу не менше половини депутатів відповідної ради міський голова зобов'язаний прозвітувати перед радою про роботу виконавчих органів ради у будь-який визначений ними термін.

Здійснюючи загальне керівництво життєзабезпеченням міста, міський голова вирішує певні завдання і щодо надання медичної допомоги охорони здоров'я його мешканців. Так, відповідно до вимог ст. 42 вказаного Закону він, від імені міської ради приймає на роботу (укладає контракти про роботу) з керівником та спеціалістами управління (відділу) охорони здоров'я міської ради та керівниками міських закладів охорони здоров'я.

⁹²¹ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім “Ін-Юре”, 2002. — С. 355 – 357.

⁹²² Відомості Верховної Ради України. — 1997. — № 24. — Ст. 170.

Відповідно до ст. 55 Закону «Про місцеве самоврядування в Україні» голова районної, обласної, районної у місті ради за рішенням ради звертається до суду щодо визнання незаконними актів місцевих органів виконавчої влади, які обмежують права територіальних громад у сфері їх спільних інтересів, а також повноваження районних, обласних рад та їх органів.⁹²³

До відання *сільській, селищній, міській голів* належить також:

- *внесення подань* до відповідних органів про притягнення до відповідальності посадових осіб (у тому числі органів виконавчої влади), якщо вони ігнорують законні вимоги та рішення рад і їх виконавчих органів, прийняті в межах їх повноважень;
- *звернення до суду* про визнання незаконними актів органів виконавчої влади, які обмежують права територіальної громади, а також повноваження органів та посадових осіб місцевого самоврядування.⁹²⁴

Глава 5. Повноваження виконавчих органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

5.1. Повноваження виконкому сільської, селищної, міської ради в сфері охорони здоров'я

Відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» виконавчими органами міської ради є її виконавчий комітет, відділи, управління та інші створювані радами виконавчі органи. Виконавчі органи міської ради є підконтрольними і підзвітними відповідній раді, а з питань здійснення делегованих їм повноважень органів виконавчої влади – також підконтрольними відповідним органам виконавчої влади.

У сфері охорони здоров'я виконавчі органи міської ради мають такі повноваження:

а) власні (самоврядні) повноваження:

1) управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;

⁹²³ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім «Ін-Юре», 2002. — С. 356.

⁹²⁴ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім «Ін-Юре», 2002. — С. 356.

2) організація медичного обслуговування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм;

б) делеговані повноваження:

1) забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

2) забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;

3) забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

4) реєстрація статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Основним виконавчим органом міської ради є виконавчий комітет, який утворюється відповідною радою на строк її повноважень. Виконавчий комітет ради утворюється у складі міського голови, його заступників з питань діяльності виконавчих органів ради, керуючого справами (секретаря) виконавчого комітету, а також керівників відділів, управлінь та інших виконавчих органів ради та інших осіб. Очолює виконавчий комітет міський голова. Виконавчий комітет міської ради може розглядати і вирішувати питання, віднесені законом до відання виконавчих органів ради.

Отже, виконавчий комітет є виконавчим і розпорядчим органом міської ради. Він підзвітний і підконтрольний міській раді, а з питань здійснення делегованих повноважень – обласній державній адміністрації. Виконавчий комітет не менше як 1 раз на рік звітує про свою діяльність перед радою та інформує населення міста.

До відання *виконавчих органів* сільських, селищних, міських рад належать:

- *внесення подань* до відповідних органів про притягнення до відповідальності посадових осіб (у тому числі органів виконавчої влади), якщо вони ігнорують законні вимоги та рішення рад і їх виконавчих органів, прийняті в межах їх повноважень;
- *звернення до суду* про визнання незаконними актів органів виконавчої влади, які обмежують права територіальної громади, а також повноваження органів та посадових осіб місцевого самоврядування.⁹²⁵

⁹²⁵ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім "Ін-Юре", 2002. — С. 356.

5.2. Повноваження управління охорони здоров'я міської ради

Своєрідним продовженням організаційної системи управління у сфері охорони здоров'я є виконавчі органи місцевого самоврядування: управління і відділи охорони здоров'я міських рад, головні лікарі та їх заступники міських, сільських і селищних лікарень.

Для здійснення керівництва охороною здоров'я населення міста у складі міської ради створюється управління (відділ) охорони здоров'я як спеціалізований виконавчий орган місцевого самоврядування. Як випливає з його назви, він створюється для організації і забезпечення охорони здоров'я населення міста, що і є його головною метою діяльності. Аналіз рішень сесій окремих міських рад свідчить про те, що вони для керівництва справою охорони здоров'я населення створюють вказані відділи і управління з різним найменуванням. Так, у місті Києві, Київська міська рада сформувала Головне управління охорони здоров'я і медичного забезпечення, Тернопільська міська рада – управління охорони здоров'я і санітарно-епідемічного благополуччя, Львівська, Вінницька, Житомирська, Івано-Франківська, Луцька, Чернівецька міські ради – управління охорони здоров'я.

До прийняття Закону Української РСР „Про місцеві Ради народних депутатів Української РСР та місцеве самоврядування” правовий статус відділів охорони здоров'я міських рад визначався на основі відповідного „Положення про відділ охорони здоров'я виконавчого комітету міської, районної в місті Ради депутатів трудящих”, затвердженого постановою Ради Міністрів Української РСР від 25 вересня 1972 року № 444. Сьогодні ж правовий статус відділів і управлінь охорони здоров'я міських рад має бути визначений у положеннях про них, які затверджуються відповідними міськими радами. Управління (відділ) є виконавчим органом міської ради, нею утворюється, їй підзвітне і підконтрольне, підпорядковане виконавчому комітету та міському голові. У своїй діяльності управління керується Конституцією України, Законом України “Про місцеве самоврядування в Україні”⁹²⁶, іншими актами законодавства, рішеннями міських рад, їх виконавчих комітетів, розпорядженнями міських голів та голів обласних державних адміністрацій, та положеннями про них.

Управління охорони здоров'я міської ради здійснює свою діяльність на правах самостійного структурного підрозділу міської ради, має печатку із своїм найменуванням, інші необхідні реквізити: штампи, бланки та ін. Управління користується майном, переданим йому виконавчим комітетом міської ради. Управління може відкривати рахунки в банку, за згодою виконавчого комітету.

⁹²⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170

Головним документом, який визначає правовий статус вказаного органу є положення про нього. Аналіз низки положень про управління охорони здоров'я окремих міських рад України вказує, що їх основними завданнями є організація лікувально-профілактичної допомоги населенню, забезпечення належної діяльності закладів охорони здоров'я комунальної власності по наданню населенню висококваліфікованої медичної допомоги, здійснення керівництва ними, розподіл коштів міського бюджету, виділених на забезпечення діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, вивчення стану здоров'я населення, розроблення заходів по профілактиці захворювань, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності та ін.⁹²⁷

Аналіз зібраних автором положень про управління охорони здоров'я місцевих рад показує, що більшість з них являють собою переписані (часом і не перероблені) положення про управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Так, положення про управління охорони здоров'я Тернопільської, Івано-Франківської, Вінницької та деяких інших міських рад практично повністю текстуально співпадають не тільки між собою, а й з Типовим положенням про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, яке було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 1998 р. № 1946⁹²⁸. Зустрічаються й зовсім парадоксальні випадки, коли чинні в 2004–2005 рр. положення про вказані управління, неодноразово перезатверджувалися протягом останніх 10-12 років, без зміни первинного тексту і, як наслідок, в значній його частині суперечать вимогам чинного законодавства.

Свою діяльність вказані відділи і управління здійснюють на виконання національних, державних і регіональних програм в галузі охорони здоров'я, зокрема, “Діти України”, “Цукровий діабет”, “Здоров'я літніх людей”, “Ветерани війни”, “Боротьба з туберкульозом”, “Зниження дитячої смертності”, “Артеріальна гіпертензія”, “Профілактика і лікування СНІДУ”, “Стратегія подолання бідності”, “Профілактика і лікування стоматологічних захворювань”, “Репродуктивне здоров'я”, “Грудне вигодовування”, “Заохочення народжуваності”, “Планування сім'ї”, “Генетичний моніторинг” та інші.

Так, наприклад, рішенням Тернопільської міської ради від 26 грудня 2002 року була затверджена Міська міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації на 2002 – 2011 роки”. Дана програма розроблена на виконання Указу Президента України від 8 серпня 2000 року №963/2000 “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” та постанови Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року №14 “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації на 2002 – 2011 роки” і спрямована на задоволення потреб населення міста в охороні його здоров'я, забезпечення прав громадян на якісну і доступну медико-

⁹²⁷ Автором було проаналізовано положення про управління охорони здоров'я Львівської, Тернопільської, Івано-Франківської, Чернівецької та Вінницької міських рад.

⁹²⁸ Офіційний вісник України. – 1998. – №50. – Ст.1839.

санітарну допомогу, створення умов для формування здорового способу життя. В основу розроблення програми покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, а також принципи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Очолює управління **начальник**, який призначається і звільняється з посади міським головою. Начальник управління у своїй роботі підпорядковується голові міської ради і безпосередньо заступнику міського голови з гуманітарних питань.

Начальник управління здійснює постійне керівництво діяльністю управління та його підрозділами, керує діяльністю управління і несе відповідальність за стан виконання покладених на управління завдань, затверджує положення про структурні підрозділи та посадові інструкції працівників управління, розподіляє посадові обов'язки між працівниками управління, несе персональну відповідальність за збереження майна і засобів, переданих йому в користування виконавчим комітетом міської ради, та вирішує інші питання.

Начальник управління, в межах своїх повноважень та відповідно до законодавства, одноосібно видає накази, розпорядження, видає інші акти, організовує та перевіряє виконання розпоряджень обласної державної адміністрації, рішень міської ради, розпоряджень міського голови, у необхідних випадках видає з керівниками інших управлінь спільні накази та інструкції. У випадку його відсутності накази і розпорядження, в межах визначених посадовою інструкцією повноважень, мають право видавати його заступники. Розподіл повноважень і ступінь відповідальності заступників, керівників структурних підрозділів здійснює начальник управління охорони здоров'я.

При управлінні з числа керівників закладів охорони здоров'я і провідних фахівців створюється **медична рада**. Її головним завданням є обговорення стану справ по охороні здоров'я населення, діяльності комунальних медичних закладів, вироблення рекомендацій і пропозицій щодо формування і реалізації місцевої політики охорони здоров'я.

На виконання національних, державних та регіональних програм в галузі охорони здоров'я управління розробляє певні заходи, готує та видає нормативні документи. Так в основі діяльності управління з питань боротьби з туберкульозом знаходяться Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз", Укази Президента України "Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом" та "Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005рр.", а також розпорядження голови облдержадміністрації від 19.11.2002року №516. На виконання Національної програми "Боротьба з туберкульозом" Працівники управління приймаються та звільняються з посади міським головою, який також

затверджує його штатний розпис. Структура управління, гранична чисельність, фонд оплати праці затверджується міською радою.⁹²⁹

Отже, роль начальника управління представлена виконанням основних видів управлінської діяльності, таких, як: планування, організаційна робота, укомплектування штатів, керівництво і контроль. Кінцевою метою керівника у сфері охорони здоров'я – підтримувати та зміцнювати здоров'я населення міста. Хоча громадяни самі несуть відповідальність за стан власного здоров'я, багато чого в процесі підтримання їх здоров'я в належному стані можуть зробити саме керівники системи охорони здоров'я, працюючи злагоджено з лікарями, медсестрами й іншими представниками цієї сфери та представниками зовнішнього середовища системи.⁹³⁰

Усіх працівників управління, які становлять його апарат, можна умовно поділити на 4 категорії. Перша – це керівники, до яких належать начальник управління та його заступники, друга – керівники структурних підрозділів (відділів), третя – спеціалісти, які працюють у відділах управління (головні спеціалісти, провідні спеціалісти, бухгалтер), четверта – технічний та допоміжний (обслуговуючий) персонал (секретар, оператор комп'ютерного набору).

Штат управління складається з певної кількості штатних одиниць, які розписані по відповідних структурних підрозділах. Як було вже сказано, очолює управління начальник, який має заступника з лікувальної роботи та заступника з економічної роботи. У структуру управління входять два відділи: медико-профілактичний та відділ бухгалтерського обліку та звітності.⁹³¹ Керівництво цими відділами здійснюють начальники відділів, яких призначає на посади своїм наказом начальник управління. Провідним у структурі управління є медико-профілактичний відділ. У цьому відділі працюють лікарі відповідних спеціальностей, які займають посади головних спеціалістів (головний педіатр та головний акушер-гінеколог). На ці посади приймають лікарів, які мають відповідний стаж роботи за спеціальністю в закладах охорони здоров'я, високу кваліфікацію, необхідні організаційні здібності й досвід, користуються серед колег авторитетом і повагою.

Головний спеціаліст управління призначається міським головою на конкурсній основі за поданням начальника управління охорони здоров'я.

До функціональних обов'язків головного спеціаліста управління охорони здоров'я міста відноситься координація роботи головних лікарів лікувально-профілактичних закладів з питань медичного маркетингу, визначення потреби закладів охорони здоров'я у медикаментах, інструментарії та медичному обладнанні, вивчення пропозицій

⁹²⁹ Положення про управління охорони здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення міста дод. №4 до рішення міської ради від 03.06.2002р.

⁹³⁰ Литвинова О.Н. Управлінська роль керівника системи охорони здоров'я// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні, – №1, – 2002. – С.16.

⁹³¹ Штатний розпис управління охорони здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення міста затв. начальником управління 20 червня 2002р. // Архів Тернопільської міської ради за 2002р.

фармацевтичного ринку, здійснення контролю за діяльністю недержавних закладів охорони здоров'я, що функціонують на території міста, сприяння впровадженню та застосуванню в медичній практиці нових методів діагностики та лікування, координація діяльності закладів охорони здоров'я, що не входять в систему Міністерства охорони здоров'я але знаходяться на території міста обласними лікувально-профілактичними установами, суб'єктами підприємницької діяльності та ін.

Нестача штатних спеціалістів, значний обсяг справ і специфічні умови управління процесом охорони здоров'я настійливо вимагають залучення до нього провідних фахівців у різних галузях медицини. Тому для покращення роботи управління та надання організаційно-методичної допомоги лікувально-профілактичним закладам створено інститут **позаштатних спеціалістів**, які підпорядковані головним спеціалістам управління, та які здійснюють керівництво відповідними медичними службами: терапевтичною, гастроентерологічною, психіатричною, наркологічною, хірургічною, онкологічною, неонатологічною, службою переливання крові, отоларингологічною, очних хвороб, санітарно-епідеміологічною, кардіологічною, ендокринологічною, фтизіатричною, рентгенологічною, медичними службами анестезіології і реаніматології, акушерства і гінекології, інфекційною, діагностичною, стоматологічною, фармацевтичною. Кількість позаштатних головних спеціалістів в управліннях охорони здоров'я міських рад є довільною і коливається від кількох до кількох десятків осіб (Львів – 47, Тернопіль – 44 і т.д.).

5.3. Адміністрація закладу охорони здоров'я

Діяльність кваліфікованого керівника у сфері охорони здоров'я складається з ряду функцій, які йому доводиться виконувати. Одна з найскладніших – управлінська, яка впливає з того, що керівник – це людина, яка відповідає за отримання результатів праці інших людей. Кінцева мета керівника у галузі охорони здоров'я – підтримувати та зміцнювати здоров'я населення. Хоча громадяни самі несуть відповідальність за стан власного здоров'я, багато чого в процесі підтримання їх здоров'я в належному стані можуть зробити саме керівники системи охорони здоров'я, працюючи злагоджено з лікарями, медсестрами й іншими представниками сфери охорони здоров'я та представниками зовнішнього середовища системи. Реформа управління потребує наявності керівника-управлінця якісно нового типу, який би досконало володів методиками науки управління, її економічними методами і був здатний працювати в умовах ринку. Ним повинен стати менеджер охорони здоров'я (не обов'язково лікар) з управлінською, економічною і юридичною підготовкою, спроможний виконувати управлінські функції в умовах непередбачених ситуацій і конкуренції.

Відповідно до ст.16 Основ законодавства про охорону здоров'я керівництво закладом охорони здоров'я незалежно від його юридичного статусу може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. У складі закладу охорони здоров'я є відповідний орган управління – адміністрація, яка здійснюючи оперативну виконавчо-розпорядчу діяльність, забезпечує виконання завдань покладених на нього. До складу адміністрації закладу охорони здоров'я входять: головний лікар, його заступники, завідувачі відділеннями і керівники інших підрозділів і служб.

Очолює заклад охорони здоров'я **головний лікар**, який призначається на цю посаду і звільняється з неї за наказом власника (засновника) цього закладу охорони здоров'я або уповноваженим ним органу. Це означає, що головного лікаря призначає вищий відповідно до даного орган управління – начальник міського чи обласного управління охорони здоров'я, головний лікар центральної районної лікарні, а у випадку, якщо заклад охорони здоров'я державної форми власності в підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я – то міністр або його заступник. Керівника закладу охорони здоров'я приватної або колективної форми власності призначає власник (власники) або уповноважений ними орган.

Головний лікар керує всією діяльністю закладу, тобто відповідає за всю лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську і фінансову діяльність. Він організовує і контролює правильність і своєчасність обстеження і лікування хворих, догляд за ними, диспансерне обслуговування, проведення профілактичних і протиепідемічних заходів в районі обслуговування, підвищення кваліфікації медичного персоналу, правильність ведення історії хвороби, забезпечення лікарні медичним і господарським обладнанням. Головний лікар систематично аналізує показники діяльності лікарні, контролює правильність витрат матеріалів і медикаментів, відповідає за санітарний стан лікарні, за підбір і розстановку кадрів. Він також несе відповідальність перед власником і колективом працівників за діяльність цього закладу, без довіреності діє від його імені, представляє його у всіх органах, підприємствах, установах, організаціях, укладає договори, видає довіреності, відкриває рахунки в банках. В межах своїх повноважень він видає накази і дає вказівки, обов'язкові для виконання всіма працівниками закладу охорони здоров'я. Аналіз вказаних повноважень головного лікаря показує, що він фактично виконує роботу керівника, директора закладу охорони здоров'я, а офіційна назва його посади – головний лікар, – є, швидше, даниною історичній традиції ніж сучасної реальності. Детальніше правовий статус адміністрації закладу охорони здоров'я буде розглянутий у главі 5 даної монографії.

Сьогодні очолюють заклади охорони здоров'я керівники, назва посад яких є, переважно, головний лікар. Очевидно, що це певна данина історичній традиції і сягає вона ще XVIII – XIX століть, коли професія лікаря вважалась унікальною, дипломованих лікарів було мало, і саме лікар очолював медичний заклад – лікарню. Коли внаслідок суспільного прогресу в лікарні

почали з'являтися й інші лікарі, виникла й назва головний лікар, як старший, найбільш досвідчений серед них.

Але з часом, в зв'язку із збільшенням завдань і функцій, які покладались на заклад охорони здоров'я і відповідно на його керівника, в умовах, коли з'являлись крупні сучасні багатопрофільні лікарні, головному лікарю, який має все-таки медичну освіту, керувати лікарнею, яка стала величезним господарством, стає все важче. Сучасному керівнику великої організації сьогодні потрібні знання менеджменту, економіки, права, психології та ін. наук і далеко не поверхові, які можна здобути на короткотермінових курсах.

Отже, постає питання про підготовку сучасних керівників органів та закладів охорони здоров'я, які б мали професійну менеджерську, а не медичну підготовку.

Детальніше це питання розглянуто в наступному розділі.

12.05.2005

Розділ VI. Заклад охорони здоров'я – основна ланка реалізації політики охорони здоров'я

Глава 1. Поняття і види закладів охорони здоров'я

1.1. Поняття закладу охорони здоров'я

Головною ланкою системи охорони здоров'я є відповідні заклади охорони здоров'я, метою яких є надання лікувально-профілактичної та інших видів медико-санітарної допомоги населенню на основі професійної діяльності медичних працівників. Фактично ж вказані заклади здійснюють і ряд інших функцій, що робить їх повноцінним учасником різноманітних правовідносин, а отже і об'єктом правового регулювання⁹³².

Термін „заклад охорони здоров'я”, незважаючи на свою медичну спрямованість є все ж таки терміном загальноживаним, який зустрічається як у законодавстві, так і в науковій, публіцистичній і художній літературі. Перші медичні заклади виникають ще в давні часи Древньої Греції і Древнього Риму внаслідок об'єктивних процесів збільшення суми знань про природу людини та її здоров'я і як наслідок цього – первинної спеціалізації медиків. Вже у Древній Греції при монастирях виникають перші лікувальні заклади, в яких поруч працюють медики різних профілів – лікар-хірург, бабка-повитуха, знавець лікарських рослин і ліків та ін. З часом, внаслідок еволюційного розвитку, особливо у XX столітті, медичні заклади набувають сучасних форм комплексної профілактики і лікування захворювань людини.

Чинне законодавство України активно використовує цей термін. Так, словосполучення “заклад охорони здоров'я” знаходимо не тільки в Конституції України, а й текстах Законів України “Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні”, “Про місцеві державні адміністрації”, “Про місцеве самоврядування в Україні”, указах Президента України, зокрема “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України”, “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості”, постановах Кабінету Міністрів України, серед яких “Про затвердження порядку державної акредитації закладів охорони здоров'я”, „Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” тощо.

Актуальності питанню про визначення правового статусу надає й те, що аналог цього терміна в російській мові – “учреждение здравоохранения”, –

⁹³² Новоселов В. П. Административно-правовой статус больницы: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – Свердловск, 1990. – С. 1.

часто перекладається українською як установа (а не заклад, як має бути!) охорони здоров'я. Чинні Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 3 встановлюють, що закладом охорони здоров'я може бути й підприємство. Крім того, в радянський період у науковій та популярній літературі були спроби довільного тлумачення закладу охорони здоров'я як своєрідного підприємства – „фабрики здоров'я” (поліклініка – „цех здоров'я”). У контексті сказаного доцільним буде розкрити зміст терміна „заклад”.

Сучасна юридична енциклопедія визначає заклад як одну з поширених в Україні інституційних форм управління у сфері освіти, науки, культури, охорони здоров'я, медицини, спорту тощо.⁹³³ Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 3 визначають заклад охорони здоров'я як підприємство, установу чи організацію, завдання яких – забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників⁹³⁴.

Можна навести й інші визначення закладу охорони здоров'я, зокрема, як певної організації (колективу) медичних, а також інших працівників, об'єднаних спільною метою надання пацієнтам лікувально-профілактичної та інших видів медико-санітарної допомоги. Однак не кожний колектив медичних працівників може формувати заклад охорони здоров'я, оскільки під колективом можуть розумітися й асоціації медичних працівників тієї чи іншої спеціальності (хірургів, педіатрів, стоматологів та ін.), науково-медичні товариства, тимчасові творчі колективи (наприклад, медиків-науковців), які працюють над розробкою тієї чи іншої медичної проблеми. У навчальній і науковій літературі як юридичного, так і медичного профілю зустрічаються й інші тлумачення закладу охорони здоров'я.

Перший ґрунтовний навчальний посібник для лікарів “Організація охорони здоров'я в СРСР” під редакцією проф. М. О. Виноградова, виданий у 1958 році, визначав заклад охорони здоров'я (лікарню) як комплексний лікувально-профілактичний заклад, що має у своєму складі відділення за різними спеціальностями, забезпечує проведення необхідних консультацій, своєчасне переведення хворих з одного відділення в друге, а також тісний зв'язок з поліклінічним відділенням для правильного відбору хворих на госпіталізацію і для наступного (після госпіталізації) спостереження за віддаленими результатами лікування в порядку диспансеризації⁹³⁵.

Одним із перших авторів, хто дав юридичне визначення терміна “заклад охорони здоров'я”, був О. Л. Маргуліс, який у додатку до авторського

⁹³³ Юридична енциклопедія: в 6 т. / Редкол.: Ю. С. Шемчушенко (відп. ред.) та ін. – К.: “Укр. енцикл.”, 1998. – Т.1. – С. 472 – 473.

⁹³⁴ Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 20.

⁹³⁵ Организация здравоохранения в СССР: Пособие для врачей. / Под ред. проф. Н.А. Виноградова. – М.: Медгиз, 1958. – Том 2. – С. 11.

навчального посібника вказав, що це "заклади, на які покладені функції по безпосередньому наданню населенню лікувально-профілактичної та інших видів медичної і лікарської допомоги, по здійсненню державного санітарного нагляду, судово-медичної і судово-психіатричної експертизи і які включені в номенклатуру закладів охорони здоров'я"⁹³⁶. При цьому у своїх наукових конструкціях поняття закладу охорони здоров'я вказаний автор спирався на норми чинного у той час законодавства Союзу РСР та союзних республік про охорону здоров'я, а також напрацювання своїх попередників, відомих юристів довоєнного і післявоєнного часу, які працювали в міністерствах охорони здоров'я СРСР – В. Я. Бичкова і УРСР – А. В. Ротта. У 1990 році у Свердловському юридичному інституті В. П. Новосьолов захистив дисертацію на здобуття вченого ступеня кандидата юридичних наук про адміністративно-правовий статус лікарні⁹³⁷, в якій дав загальне визначення закладу охорони здоров'я і, зокрема, лікарні, які, в цілому, збігалися з визначеннями цих понять, наведеними у навчальному посібнику А. Л. Маргуліса.

Частина 2 статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я містить бланкетну (відсильну) норму, яка роз'яснює, що зміст понять і термінів, не вказаних в Основах, визначає законодавство України (а також спеціальні словники понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я).

Так, зокрема, Глосарій термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я, що використовуються в серії „Здоров'я для всіх”, визначає амбулаторно-поліклінічний заклад охорони здоров'я (медичний заклад) через міжнародний термін **центр охорони здоров'я**, у якому надається медико-санітарна допомога населенню визначеного району. За термінологією ВООЗ, центр охорони здоров'я проводить оздоровчі, охоронні, профілактичні, діагностичні, лікувальні і реабілітаційні заходи для амбулаторних пацієнтів, але не має у своєму розпорядженні стаціонарних місць, за можливим виключенням невеликого числа ліжок для надання невідкладної медичної допомоги і допомоги при пологах. Однак у деяких країнах цей термін застосовується до установ, що мають лікарняні ліжка і можуть мати або не мати штатних лікарів; у ряді інших країн цей термін використовується стосовно до установ, що роблять спеціалізовану медичну допомогу.⁹³⁸

Цілком очевидно, що на сьогодні дані визначення терміна “заклад охорони здоров'я” недосконалі й потребують подальшого доопрацювання у визначенні їх змісту, особливо в нових умовах формування демократичної, соціальної і правової держави та засад ринкових відносин. Від точності його визначення і розуміння значною мірою залежать чіткість і повнота правового

⁹³⁶ Маргуліс А. Л. Основы советского трудового права. – М.: Медицина, 1978. – С. 268.

⁹³⁷ Новосёлов В.П. Административно-правовой статус больницы: Автореф. дисс... к.ю.н. – Свердловск, 1990. – С. 5.

⁹³⁸ Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». – №№1–8. – Женева, ВООЗ. – 1984. – С. 18

регулювання його організації і діяльності.⁹³⁹ На нашу думку, дати сучасне визначення цього поняття можна шляхом виявлення і виокремлення характерних, змістовних рис закладу охорони здоров'я. Вважаємо, що їх можна навести як мінімум чотири:

– по-перше, метою його діяльності є надання медичної і фармацевтичної допомоги – звідси й випливають його головні завдання (реалізація програм з охорони здоров'я, забезпечення надання населенню гарантованої медичної допомоги, розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я, охорона здоров'я окремих категорій населення, зокрема матерів і дітей; удосконалення управління закладами охорони здоров'я (якщо такі є у підпорядкуванні), здійснення заходів щодо раціонального використання бюджетних асигнувань, матеріально-технічної бази, впровадження нових форм організації праці з метою підвищення її продуктивності, доступності населенню);

– по-друге, заклад охорони здоров'я – це певна організація, яку характеризує організаційна єдність і яка має ту чи іншу, властиву лише їй, внутрішню структуру, яка відображає виконувані завдання і функції;

– по-третє, чинним законодавством передбачено, що будь-який заклад охорони здоров'я повинен мати ліцензію (дозвіл) на право надання певного виду (видів) медико-санітарної допомоги;

– і, нарешті, по-четверте, у ньому працює колектив медичних працівників, члени якого здійснюють тут свою професійну діяльність.

На думку автора, найбільш вдалим було б визначити **заклад охорони здоров'я як інституцію (організацію), метою діяльності якої є надання кваліфікованої медичної та фармацевтичної допомоги, що зареєстрована у встановленому законом порядку, яка одержала ліцензію на право надання певного виду (видів) медичної допомоги і в якій професійну діяльність здійснюють працівники охорони здоров'я.**

У перспективі таке поняття могло б бути законодавчо закріплене, зокрема в тексті Закону “Про заклад охорони здоров'я”, оскільки вже давно назріла потреба у правовому врегулюванні відносин, пов'язаних з діяльністю та статусом вказаного суб'єкта, бо ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я окреслює лише головні питання організації і діяльності закладу охорони здоров'я, не встановлюючи їх детального правового регулювання.⁹⁴⁰

1.2. Види закладів охорони здоров'я

В системі охорони здоров'я України сьогодні існує чимало закладів охорони здоров'я різних типів і видів: лікарня, поліклініка, диспансер, амбулаторія, здоровпункт, фельдшерсько-акушерський пункт, діагностичний центр та ін. Перелік закладів охорони здоров'я України затверджений

⁹³⁹ Гладун З. До питання про правовий статус закладу охорони здоров'я // Вісник академії правових наук України. – 2004. – №1 (36). – С. 102 – 114.

⁹⁴⁰ Гладун З.С. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу // Право України. – 2003. – №6. – С. 100.

наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385 і зареєстрований у Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 року № 892/7180.⁹⁴¹

Крім цього, всі вони, в свою чергу, відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я, поділяються на заклади, які надають первинну, вторинну і третинну лікувально-профілактичну допомогу. Все сказане слід розуміти таким чином, що інші заклади охорони здоров'я, не передбачені у даному переліку, не можуть бути утворені й здійснювати свою діяльність на території України.

Зклади охорони здоров'я можна класифікувати за різними ознаками і залежно від цього можна отримати ту чи іншу їх класифікацію. Так, за елементами організаційно-правової форми заклади охорони здоров'я можуть поділятися:

- за метою – підприємницькі і непідприємницькі (благодійні);
- за складом засновників – створені одним або декількома засновниками; фізичними чи юридичними особами, державою або змішані;
- за правовим режимом майна – власники і невласники;
- за організацією управління – три-, дво-, одноланкової структури управління;
- за правами та обов'язками засновників – засновники мають речові або корпоративні (управлінські) права;
- за умовами відповідальності – несуть відповідальність всім майном або лише його частиною.

Конкретний зміст кожного елемента в сукупності характеризує лише одну організаційно-правову форму закладу охорони здоров'я.

Зклади охорони здоров'я можна класифікувати і:

- за галузевою належністю – на територіальні (системи Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим), відомчі (в системі Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України) (відомчі можна також класифікувати за виробничо-територіальною ознакою: відділкова залізнична, басейнова лікарні і т. д.);

- за територіальною ознакою – на дільничні, сільські, районні, міжрайонні (окружні), міські, обласні, республіканські – Автономної Республіки Крим і державні (загальнодержавного значення і підпорядкування);

- за категоріями пацієнтів (населення, якому надається медична допомога – дорослим і дітям, жителям міст (міські лікарні) і сіл (сільські лікарні), працівникам всіх професійних груп і спеціальностей, незалежно від місця праці і непрацюючим або ж лише працівникам конкретного підприємства, організації чи їх об'єднання (медико-санітарна частина);

- за обсягом компетенції адміністрації – на заклади охорони здоров'я, адміністрація яких керує тільки колективом даного закладу, і на

⁹⁴¹ Офіційний вісник України. – 2002. – №46. – Ст. 2116.

заклади охорони здоров'я, адміністрація яких, крім керівництва даним закладом, здійснює керівництво іншими закладами охорони здоров'я (наприклад, головний лікар центральної районної лікарні);

– за формами власності – державні, комунальні (що належать сільським, селищним, міським, районним та обласним радам), приватні, колективні;

– за формами надання медичної допомоги – платні й безоплатні.

Завдання закладу охорони здоров'я формуються відповідно до мети, профілю і виду його діяльності. Ними можуть бути надання консультативної та екстреної медичної допомоги населенню (лікарня швидкої допомоги), високоспеціалізованої консультативної поліклінічної і стаціонарної допомоги (обласна лікарня), первинної лікувально-профілактичної допомоги (поліклініка)⁹⁴².

Створюючи механізм забезпечення медичного обслуговування населення, слід взяти до уваги, що і сам пацієнт, і його захворювання, як і сам характер медичної допомоги, ніколи не бувають однаковими, що процес лікування є індивідуальним, що й сама медична допомога завжди різна за обсягом, глибиною, кваліфікацією медиків. Як вже раніше згадувалося, ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що існують три види лікувально-профілактичної допомоги: первинна, спеціалізована і високоспеціалізована.

Чинний Перелік закладів охорони здоров'я (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 28.10.2002 № 385) поділяє їх на 5 видів (деякі види класифікуються ще детальніше – на підвиди та типи).

I. Лікувально-профілактичні заклади:

а. Лікарняні заклади:

1.1.1. Багатопрофільні: госпіталь для інвалідів війни, дитяча басейнова лікарня на водному транспорті, дитяча лікарня (республіканська, обласна, міська, районна), дитяче територіальне медичне об'єднання, дільнична лікарня (у т.ч. сільських, селищних та міських рад), лікарня (республіканська, обласна, центральна міська, міська, центральна районна, районна), лікарня на водному транспорті (центральна, басейнова, басейнова, портова), лікарня на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна, дитяча), лікарня нафтопереробної промисловості України, лікарня професійних захворювань, лікувально-діагностичний центр, медико-санітарна частина (у т.ч. спеціалізована), медичний центр (різного профілю), міська лікарня швидкої медичної допомоги, перинатальний центр зі стаціонаром, пологовий будинок (обласний, міський), студентська лікарня (обласна, міська), територіальне медичне об'єднання, Українська дитяча спеціалізована лікарня "Охматдит", Українська психіатрична лікарня з інтенсивним (суворим) наглядом, Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів, Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни;

⁹⁴² Голяченко А.М., Веденко Б.Р., Коляденко А.П. Управление многопрофильной больницей. – К.: Здоров'я, 1984. – С.4.

1.1.2. Однопрофільні: дерматовенерологічна лікарня, інфекційна лікарня, косметологічна лікарня, лікарня відновного лікування, наркологічна лікарня, наркологічний диспансер, онкологічний диспансер, отоларингологічна лікарня, офтальмологічна лікарня, протитуберкульозний диспансер, психіатрична лікарня, психіатричний диспансер, психоневрологічна лікарня, травматологічна лікарня, туберкульозна лікарня, фізіотерапевтична лікарня, шкірно-венерологічний диспансер;

1.1.3. Спеціалізовані: гастроентерологічний диспансер, дерматовенерологічна лікарня (у т.ч. дитяча), дитячий кардіоревматологічний диспансер, ендокринологічний диспансер, інфекційна лікарня (у т.ч. дитяча), кардіологічний диспансер, косметологічна лікарня, лікарня відновного лікування (у т.ч. дитяча), лікарсько-фізкультурний диспансер, наркологічний диспансер, онкологічний диспансер, отоларингологічна лікарня, офтальмологічна лікарня, протитуберкульозний диспансер, психіатрична лікарня (у т.ч. дитяча), психіатричний диспансер, психоневрологічний диспансер, травматологічна лікарня, трахоматозний диспансер, туберкульозна лікарня (у т.ч. дитяча), фізіотерапевтична лікарня, центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, шкірно-венерологічний диспансер;

1.1.4. Особливого типу: лікарня "Хоспіс" (республіканська, обласна, міська, районна), обласне дитяче патологоанатомічне бюро, патологоанатомічне бюро (республіканське, обласне, міське), патологоанатомічний центр України, спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (Український, республіканський, обласний, міський), Спеціалізована поліклініка Українського науково-дослідного протичумного інституту ім. І.І. Мечнікова, Українська алергологічна лікарня, Український лепрозорій, центр реабілітації репродуктивної функції жінки (республіканський, обласний);

1.2. Амбулаторно-поліклінічні заклади: амбулаторія, амбулаторія загальної практики – сімейної медицини, басейнова стоматологічна поліклініка, дитяча міська поліклініка, дитяча стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), діагностичний центр (різного профілю), жіноча консультація, Іллічівська стоматологічна поліклініка Іллічівської басейнової лікарні на водному транспорті, Київська центральна басейнова стоматологічна поліклініка МОЗ України, консультація "Шлюб і сім'я", лінійна амбулаторія на залізничному транспорті, наркологічна амбулаторія, поліклініка (центральна міська, міська, центральна районна), поліклініка на водному транспорті (центральна, басейнова, портова), поліклініка на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна), пункт охорони здоров'я, сільська лікарська амбулаторія (у т.ч. сільських та селищних рад), стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), Стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров'я України при Національному медуніверситеті, Стоматологічна поліклініка при Львівському медуніверситеті, студентська поліклініка (обласна, міська), фельдшерський пункт (у т.ч. сільських та селищних рад), фельдшерсько-акушерський пункт (у т.ч. сільських та селищних рад), фізіотерапевтична поліклініка;

1.3. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги: обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, республіканський територіальний центр екстреної медичної допомоги, станція переливання крові (республіканська, обласна, міська), станція швидкої медичної допомоги, Українська станція виїзної екстреної консультативної медичної допомоги, центр заготівлі та переробки плазми (республіканський, обласний, міський, районний), центр служби крові (республіканський, обласний, міський);

1.4. Санаторно-курортні заклади: бальнеологічна лікарня (у т.ч. дитяча), грязелікарня (у т.ч. дитяча), дитячий оздоровчий центр, курортна поліклініка, міжнародний дитячий медичний центр, санаторій (у т.ч. дитячий, однопрофільний, багатoproфільний, спеціалізований), санаторій для дітей з батьками, санаторій-профілакторій.

II. Санітарно-профілактичні заклади:

2.1. Санітарно-епідеміологічні заклади: дезінфекційна станція з профілактичної дезінфекції, дезінфекційна станція (обласна, міська), Об'єднання (підприємство) "Профдезінфекція" (обласне, міське), Об'єднання "Меддезінфекція" (обласне, міське), протичумна станція, санітарно-епідеміологічна станція (центральна, республіканська, обласна, міська, міжрайонна, районна), санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті (центральна, басейнова, портова), санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті (центральна, на залізницях, лінійна), санітарно-епідеміологічна станція об'єкта з особливим режимом роботи, центральна санітарно-епідеміологічна станція на повітряному транспорті;

2.2. Заклади санітарної просвіти: центр здоров'я (Український, республіканський, обласний, міський, районний).

III. Фармацевтичні (аптечні) заклади: аптека, аптечна база (склад), база (склад) медичної техніки, база спеціального медичного постачання (центральна, республіканська, обласна), контрольно-аналітична лабораторія, лабораторія з аналізу якості лікарських засобів, магазин (медичної техніки, медичної оптики).

IV. Інші заклади: бюро судово-медичної експертизи (республіканське, обласне, міське), Головне бюро судово-медичної експертизи України, інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, молочна кухня, Центр медичної статистики МОЗ України.

V. Заклади медико-соціального захисту: будинок дитини (обласний, міський, районний), обласний центр (бюро) медико-соціальної експертизи.

Цей Перелік містить список 110 типів лікувально-профілактичних, 11 – санітарно-профілактичних, 7 – аптечних та ряду інших закладів⁹⁴³.

В останні роки з'явився ще один специфічний вид закладів охорони здоров'я – діагностичні центри, які займаються лише діагностикою захворювань і не здійснюють лікувально-профілактичної діяльності. А ст. 16

⁹⁴³ Перелік закладів охорони здоров'я затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 року № 892/7180 // Офіційний вісник України. – 2002. – №46. – Ст. 2116.

Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає ще фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

Глава 2. Правове регулювання діяльності закладів охорони здоров'я

Слід зазначити, що сьогодні правовий статус закладу охорони здоров'я визначається нормами права, які мають різну галузеву належність. Так, зокрема, мета, завдання, внутрішня структура, підпорядкування, порядок звітності та контролю врегульовано нормами адміністративного права, майнові та пов'язані з ними немайнові відносини – нормами цивільного права, відносини щодо сплати податків та інших загальнообов'язкових платежів, одержання бюджетних асигнувань – нормами фінансового права, відносини з приводу праці медичних та інших працівників – нормами трудового права підприємницькою діяльністю без державної реєстрації або без спеціального дозволу (ліцензії), якщо його одержання передбачено законодавством, а ст. 138 Кримінального кодексу України встановлює кримінальну відповідальність та ін.

Правовий статус закладу охорони здоров'я має для його носія дуже важливе значення, адже відповідно до ст. 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я, медико-санітарні заходи охорони здоров'я здійснюються виключно закладами охорони здоров'я. Саме на заклади охорони здоров'я покладено обов'язок по наданню лікувально-профілактичної і лікарської допомоги населенню. Це означає, що жодні інші підприємства, установи, організації чи окремі громадяни, які не мають ліцензії Міністерства охорони здоров'я України на зайняття лікувально-профілактичною чи іншого роду медичною діяльністю, не мають права займатися такого виду діяльністю. Порушення цієї вимоги тягне за собою настання певного виду юридичної відповідальності. Так, с. 164 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачає адміністративну відповідальність за заняття за незаконну лікувальну діяльність.

Говорячи про правовий статус закладу охорони здоров'я ми розуміємо таке його правове (офіційне) становище в системі державно-владних і суспільних відносин, яке виражає його мету та завдання, роль та місце в системі охорони здоров'я, його основні права та обов'язки, правові гарантії його діяльності. Правовий статус закладу охорони здоров'я складається з сукупності його певних галузевих статусів відповідно до основних галузей права (цивільно-правовий, фінансово-правовий та ін.), однак центральне місце в цій складній правовій категорії посідає адміністративно-правовий статус, нормативну основу якого складають статут закладу охорони здоров'я, інші нормативні акти органів загальної та галузевої компетенції (зокрема,

засновницькі документи), що врегульовують правовий режим управління закладом охорони здоров'я⁹⁴⁴.

Загалом, прийняттям Основ законодавства України про охорону здоров'я був започаткований прогресивний процес ствердження самостійного статусу закладів охорони здоров'я як повноправного суб'єкта правовідносин – юридичної особи. Закладені в Основах прогресивні ідеї сприяли зміні статусу закладів охорони здоров'я від обмеженої у своїх правах господарської одиниці – підрозділу системи охорони здоров'я до повноправного суб'єкта правовідносин з юридично закріпленими у законодавстві, в їх статутах цілями і завданнями діяльності, правами, обов'язками і відповідальністю, зумовивши необхідність переходу від адміністративно-командного управління ними до цивілізованого управління на демократичних засадах ринкових відносин.

Проте чинне законодавство, що регулює діяльність закладів охорони здоров'я, перебуваючи в активній стадії свого розвитку, звичайно ж, ще не становить цілком завершеної системи. В ньому є безліч недоліків, суперечностей і прогалин, однак слід зауважити, що в процесі активної законотворчої діяльності вони усуваються і на зміну застарілим положенням законодавства приходять нові, більш досконалі, правові норми.

Зі сказаного можна зробити висновок, що законодавство все більше набирає рис сформованості та наближається до вимог міжнародно-правових актів і міжнародних стандартів, що свідчить про його демократизм та соціально-гуманістичну спрямованість.

Розглядаючи питання про правовий статус закладу охорони здоров'я варто згадати про проект Закону України „Про заклади охорони здоров'я”⁹⁴⁵, внесений народними депутатами України М.Є. Поліщуком і В.Д. Бондаренком.

У пояснювальній записці до цього законопроекту справедливо зазначається, що однією з причин ситуації, що склалася, є обмеження прав закладів охорони здоров'я як самостійних суб'єктів господарювання, що не дає можливості на основі розвитку форм самоуправління активно впроваджувати нові медичні технології, формувати додаткові джерела фінансування і, як наслідок, не дозволяє забезпечувати конституційні права громадян на отримання доступної, кваліфікованої медичної допомоги на безоплатній основі. Досвід країн колишнього СРСР (Вірменія, Естонія, Латвія, Литва), уряди яких надали право закладам охорони здоров'я право бути самостійними суб'єктами господарювання, свідчить про економічну ефективність такого рішення як інструменту підвищення доступності медичної допомоги. Такий заклад охорони здоров'я може функціонувати більш ефективно і надавати більш якісні послуги у сфері охорони здоров'я.

⁹⁴⁴ Новоселов В. П. Адміністративно-правовий статус лікарні: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – Свердловск, 1990. – С. 8.

⁹⁴⁵ Закон України „Про заклади охорони здоров'я”. Проект. Внесений народними депутатами України М.Є. Поліщуком і В.Д. Бондаренком. Реєстраційний № 5426 від 19.04.2004.

Загалом цей проект є непоганою спробою законодавчо врегулювати суспільні відносини, пов'язані з діяльністю закладів охорони здоров'я. Однією з багатьох позитивних сторін цього законопроекту є закріплення в ньому (стаття 9) норми про те, що заклади охорони здоров'я діють на підставі статуту, який затверджується власником (засновником). В цій же статті міститься перелік даних, що повинні міститися в статуті. Серед них назва закладу охорони здоров'я, яка повинна відповідати сфері та обсягу послуг, що ним надаються, власник закладу, предмет і цілі діяльності, територія обслуговування, що охоплюються діяльністю закладу охорони здоров'я і т.д. На жаль, розробники вказаного законопроекту не вказали на необхідність закріплення в статуті підстав і порядку припинення діяльності закладу охорони здоров'я (шляхом ліквідації або реорганізації).

Безперечно, сильною стороною цього законопроекту є розділ III, в якому міститься визначення органів управління закладами охорони здоров'я. Введення такого інституту управління, як Наглядова рада і надання їй широких повноважень було б прогресивним кроком в українському законодавстві. Крім того, в законопроекті пропонується ввести посаду виконавчого директора. Цей крок, звичайно, покращив би становище з керівництвом закладами охорони здоров'я, адже, як уже зазначалося, сьогодні головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я практично виконує функції менеджера (директора), ніж лікаря. Він не обов'язково має бути лікарем за освітою і за фахом. Це може бути особа з економічною, управлінською, юридичною освітою, що має професійні знання у сфері медицини і охорони здоров'я, достатні для керівництва закладом. Зараз в Україні у деяких вищих навчальних закладах, зокрема в Національній академії державного управління при Президентіві України, готуються фахівці освітньо-кваліфікаційного рівня „магістр державного управління” у сфері охорони здоров'я. Керівником цієї програми підготовки магістрів є завідувач кафедри управління охороною здоров'я, доктор медичних наук, професор І.М. Солоненко. Фахівців цього ж рівня і цієї ж спеціальності готують філії вказаної академії у Львові, Одесі, Дніпропетровську. Тому, саме фахівці цієї спеціальності повинні обіймати посади керівників закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів. Це впливає з сучасних завдань, які стоять сьогодні перед керівником медичного закладу.

Ще однією позитивною стороною цього документу є введення до нього поняття „пакет послуг”(стаття 22). Під цим поняттям розуміється визначений перелік послуг з охорони здоров'я узгодженого обсягу і якості. Використання цього терміну і застосування його на практиці дасть змогу покращити систему фінансування закладів охорони здоров'я з державного або місцевого бюджету і встановити нормативи державного замовлення на певні медичні послуги в певному регіоні.

До недоліків цього законопроекту варто також віднести певну розмитість і нечіткість у викладенні нормативного матеріалу, несистемність і невідповідність один одному нормативних термінів у статті 1 законопроекту.

Зокрема, це стосується визначення термінів „заклад охорони здоров'я”, „виробники (надавані) медичних послуг”, „медичний працівник”.

Недоліком цього законопроекту є також об'єднання закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності під єдиним поняттям „публічні заклади охорони здоров'я”. Це поняття на думку автора є невдалим, оскільки всі заклади охорони здоров'я, по-суті, є публічними, адже вони створені для надання медичних послуг пацієнтам на основі публічного договору (звичайно, в межах предмету та цілей діяльності).

Таким чином, можна стверджувати, що вищезгаданий законопроект є ще одним кроком до створення в Україні належної нормативно-правової бази для реформування і функціонування закладів охорони здоров'я на сучасних економічних та соціальних засадах.

2.1. Заклад охорони здоров'я як юридична особа

Під терміном “**юридична особа**” стаття 80 Цивільного кодексу України, визначає організацію, створену і зареєстровану у встановленому законом порядку. Вона наділяється цивільною правоздатністю та дієздатністю, має відокремлене власне майно, може набувати від свого імені майнових та немайнових прав, а також може бути позивачем та відповідачем у суді.⁹⁴⁶ Іншими словами, юридичні особи – це організації, котрі створені для досягнення легальної мети шляхом самостійної участі в цивільних правовідносинах. Організація може створюватися як групою осіб, так і однією особою. Для заснування юридичної особи потрібно визначити її мету та спосіб (форму) взаємодії зацікавлених осіб. Соціальна природа юридичної особи виражається у взаємодії мети і засобів досягнення мети: мета організації визначається засновниками, виходячи зі своїх інтересів; засоби її досягнення знаходять вираз в діяльності юридичної особи і залежать від суспільних інтересів, що, в свою чергу, визначаються потребами людей.⁹⁴⁷

Цивільна правосуб'єктність виникає у юридичної особи внаслідок юридичного складу з двох юридичних фактів. Перший з них – волевиявлення засновника (засновників). Саме він визначає мету організації, закріплює її організаційну структуру, затверджує її установчі документи, при необхідності формує майнову базу. Другий юридичний факт – легалізація, тобто офіційне визнання державою. Легалізація може здійснюватися шляхом державної реєстрації, ліцензування та державної акредитації як формами попереднього публічного контролю за законністю виникнення юридичної особи.

Для досконалішого розуміння меж та форм діяльності закладу охорони здоров'я як юридичної особи необхідно проаналізувати істотні (характерні) ознаки останньої (сукупність обов'язкових та мінімально необхідних внутрішніх характеристик організації, котрі в сукупності є підставою для визнання її юридичною особою).

⁹⁴⁶ Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 40 – 44. – Ст. 356.

⁹⁴⁷ Кравчук В. М. Соціально-правова природа юридичної особи. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук. – Львів. – 2000. – С. 3.

1. Організаційна єдність (визначається потребами управління та обраною формою). Юридична особа – це не окремих громадянин (фізична особа), а колективне утворення, певним чином організований колектив людей (організація). Принципи формування цього колективу можуть бути різноманітними: укладення трудових договорів (контрактів) робітниками і службовцями з адміністрацією державного підприємства, добровільне об'єднання громадян на основі членства в кооперативі тощо. Але кожна організація характеризується наявністю певної системи істотних соціальних взаємозв'язків її членів, внутрішньою структурною і функціональною диференціацією (юридична особа виникає внаслідок засновницького волевиявлення дієздатних суб'єктів цивільного права (крім випадків, передбачених законом) і легалізації, тобто офіційного визнання державою. Засновницьке волевиявлення виражається у формі угоди або адміністративного акту (наприклад, наказу чи постанови про створення тієї чи іншої організації), що фіксується в установчих документах юридичної особи. Легалізація є формою попереднього публічного контролю за законністю створення, зміни або припинення юридичної особи).

За соціальною значущістю і підставою виникнення можна розмежовувати приватні й публічні юридичні особи (або як визначає новий Цивільний кодекс України у ст. 81 – юридичні особи приватного права та юридичні особи публічного права). Публічні – задовольняють публічні інтереси, мають загальносоціальне значення і створюються, дозволяються або одержують спеціальний статус на підставі адміністративно-правового акту. Приватні юридичні особи створюються на підставі угоди і діють в інтересах засновника або визначеного кола осіб.

Правоздатність публічних юридичних осіб (крім тих, що створювалися як приватні) виникає з моменту видання розпорядчого акту про їх створення, а правоздатність приватних – з моменту їх державної реєстрації, що є формою їх визнання державою (п. 4 ст. 87 Цивільного кодексу України). Відповідно правоздатність публічних юридичних осіб повинна припинитися в момент завершення їх ліквідації (реорганізації), а приватних – в момент скасування їх державної реєстрації (внесення до єдиного державного реєстру запису про припинення діяльності).

2. Наявність відокремленого майна. Майнова відокремленість – це визнана за юридичною особою здатність набувати майно, що буде відокремлене від майна інших організацій чи осіб, насамперед засновників. Кожна юридична особа має своє майно, відокремлене, по-перше, від майна членів трудового колективу даної організації; по-друге, від майна держави чи автономного утворення, адміністративно-територіальної одиниці; по-третє, від майна інших організацій, в тому числі вищестоящих органів. Майно, що закріплюється за юридичною особою, повинно бути відокремлене не лише фізично, а й юридично. Правовою формою відокремлення майна є установчі

документи, в яких визначається розмір, порядок формування статутного фонду, джерела формування майна, його правовий режим.⁹⁴⁸

Майно кооперативних, інших громадських організацій і колективних утворень належить їм на праві власності. Правовою формою майнового відокремлення державних підприємств є право повного господарського відання належним їм майном, а державних установ – право оперативного управління (ст. 38 Закону України “Про власність”). Здійснюють його також і ті кооперативні та громадські організації – юридичні особи, котрі мають відокремлене майно, яке при цьому належить на праві власності кооперативу чи громадській організації, що їх створили.

3. Участь у цивільному обороті від свого імені. Кожна юридична особа має своє найменування (ім'я). Від свого імені вона набуває майнових і особистих немайнових прав і обов'язків, вступаючи в різноманітні цивільно-правові відносини з іншими організаціями та громадянами. Інші особи можуть діяти від імені юридичної особи тільки за її згодою (наприклад, на основі довіреності). Як визначає ст. 90 Цивільного кодексу України найменування має містити інформацію про її організаційно-правову форму та характер діяльності.

4. Здатність нести самостійну майнову відповідальність. Здатність організації від свого імені брати участь у цивільних правовідносинах, самостійно набувати майнових та особистих немайнових прав і обов'язків зумовлює і самостійну майнову відповідальність юридичної особи за своїми зобов'язаннями. Юридична особа відповідає за своїми зобов'язаннями усім належним їй майном (ст. 96 Цивільного кодексу України). Відповідно до ч. 2 ст. 612 Цивільного кодексу України у разі невиконання або неналежного виконання зобов'язання боржником він повинен відшкодувати кредиторів завдані збитки. Формою цивільно-правової відповідальності юридичних осіб є також неустойка – визначена законом або договором грошова сума, яку боржник повинен сплатити кредиторів у разі невиконання або неналежного виконання зобов'язання, зокрема у разі прострочення його виконання (ч. 3 ст. 611 Цивільного кодексу України).

5. Здатність бути позивачем або відповідачем у суді, господарському чи третейському судах. Широка участь закладів охорони здоров'я та інших організацій у майнових і особистих немайнових відносинах, можливість покладення на них цивільно-правової відповідальності за порушення зобов'язань, заподіяння майнової шкоди іншим особам зумовлюють потребу в захисті порушених цивільних прав, а у зв'язку з цим – і необхідність звернення з позовом до суду, господарського чи третейського судів. Іншими словами, юридична особа може бути стороною (позивачем або відповідачем) у цивільному, господарському процесі або третейському розгляді цивільного спору.⁹⁴⁹

⁹⁴⁸ Кравчук В. М. Соціально-правова природа юридичної особи. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук. – Львів. – 2000. – С. 7.

⁹⁴⁹ Гладун З. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу // Право України. – 2003. – №6. – С. 100 – 105.

Зазначені ознаки (рисни) юридичної особи взаємообумовлені й повинні розглядатися в єдності, сукупності, бо лише разом вони розкривають суть юридичної особи. До ознак юридичної особи відносять іноді право організації мати рахунок в банку, круглу печатку тощо. Але ці ознаки не є істотними, вони другорядні, похідні. Адже коли організація створена і вже існує як юридична особа, то вона на підставі закону повинна звернутись до установи банку із заявою про відкриття рахунку для зберігання своїх коштів і проведення безготівкових розрахунків з іншими організаціями. Цей обов'язок стає вже елементом цивільної правосуб'єктності організації як юридичної особи⁹⁵⁰.

Заклад охорони здоров'я як юридична особа – це організація, створена у передбаченій законом формі. Організаційно-правова форма має декілька ознак. По-перше, це типова модель організації, що визначає її істотні ознаки як суб'єкта права. По-друге, кожна організаційно-правова форма складається з декількох елементів, що є незмінними для даної організаційно-правової форми. По-третє, вона закріплюється нормами права. Таким чином, організаційно-правова форма – це закріплена нормами права модель юридичної особи певного виду, що втілює її істотні ознаки, котрі в сукупності дають уявлення про тип організації.⁹⁵¹

До здобуття Україною незалежності в 1991 р. кількість закладів охорони здоров'я, які мали статус юридичної особи, була доволі обмеженою. До них належали найбільші спеціалізовані республіканські лікарні, науково-дослідні медичні інститути, які мали у своєму складі медичні клініки, навчальні медичні інститути (тепер – медичні університети й академії), обласні і центральні районні лікарні. Таким чином, більшість закладів охорони здоров'я, які були розташовані в сільській місцевості та у містах статусу юридичної особи не мали. Фінансування їх діяльності здійснювалось через централізовані бухгалтерії центральних районних лікарень чи відповідних (міських і обласних) управлінь охорони здоров'я.

Зовнішній прояв статусу закладу охорони здоров'я як юридичної особи – наявність у нього статуту, затвердженого у встановленому порядку власником або уповноваженим ним органом.

Статут юридичної особи обов'язково закріплює власника (власників) закладу охорони здоров'я, його повне і скорочене найменування, юридичну адресу (місцезнаходження), структуру, мету і цілі (напрямки) діяльності, його органи управління, порядок їх формування, компетенцію та повноваження трудового колективу закладу та його виборних органів (якщо такі є), порядок набуття майна закладом, порядок внесення змін до статуту, умови реорганізації і припинення діяльності закладу охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я може здійснювати діяльність, яка приносить йому, крім бюджетних, додаткові кошти. Така діяльність може здійснюватись

⁹⁵⁰ Цивільне право України. За ред. О.В.Дзери, Н. С. Кузнєцової. – К.: Юрінком Інтер, 2002. Ч. 1 – С. 109–111.

⁹⁵¹ Кравчук В. М. Соціально-правова природа юридичної особи. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук. – Львів. – 2000. – С. 7.

не лише в умовах недостатності бюджету, а й відповідно до його повноважень. Загалом, господарська діяльність закладів охорони здоров'я, як юридичних осіб, не заборонена законодавством.⁹⁵² В умовах недостатності бюджетних коштів такою діяльністю слід займатися, але в чітко визначених законодавством рамках. Вона повинна також не суперечити основному виду діяльності, закріпленого у статуті закладу охорони здоров'я, тобто наданню медичної допомоги, і здійснюватись виключно відповідно до вимог законодавства.

Проблема надання платних послуг закладами охорони здоров'я і заробляння ними додаткових коштів практично вирішена після прийняття Конституційним Судом України рішення від 25 листопада 1998 року по справі № 1-29/98⁹⁵³. Даним рішенням було, по суті, визнано неконституційним, а значить і незаконним, й відповідно скасовані більшість положень щодо надання платних послуг закладами охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року № 1138 “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти”⁹⁵⁴ із змінами, внесеними Постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 1997 року № 449, Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 989. Останні зміни значно зменшили перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах на науково-дослідних установах.

Відповідно до ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами при наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної та фармацевтичної практики визначаються актами законодавства України. Заклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на підставі статуту, що затверджується власником або уповноваженим ним органом. Незалежно від юридичного статусу закладу охорони здоров'я керівництво ним може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Керівнику закладу охорони здоров'я має бути забезпечена незалежність у вирішенні всіх питань, пов'язаних з охороною здоров'я.

Концепція розвитку охорони здоров'я України передбачила розвиток у цій сфері відносин децентралізованої системи управління. В умовах децентралізації системи управління заклад охорони здоров'я має бути

⁹⁵² Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994р. // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

⁹⁵³ Рішення Конституційного суду України від 25 листопада 1998 року // Офіційний вісник України. – 1999. – №1. – С. 8 – 12.

⁹⁵⁴ // Збірник постанов Уряду України. – 1996. – №18. – Ст.. 501; Офіційний вісник України. – 1997. – №20. – Ст. 74.; 1999. – №7. – Ст. 243.

самоврядним, адміністрація повинна забезпечувати самостійно, своїми силами і засобами його ефективну роботу відповідно до його статутних завдань. Це стосується, передусім, організації і надання населенню медичної допомоги, прийом на роботу і розстановку медичних працівників, планування, фінансування діяльності, звітність та ін.

Зміцнити статус закладу охорони здоров'я можна, надавши йому більшу професійну і господарську самостійність й водночас підвищивши і конкретизувавши відповідальність як закладу в цілому, так і його керівників за результати роботи. Ідея ця не нова, її висловлюють багато як політиків, так і науковців, а також керівників органів та закладів охорони здоров'я. Так, зокрема, М. Є. Поліщук, колишній народний депутат України і голова Комітету з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства Верховної Ради України та В. М. Рудий, завідувачий секретаріатом цього ж комітету пропонували “надати державним і комунальним медичним закладам, які нині є бюджетними установами з украй обмеженими правами, статус повноцінних суб'єктів господарської діяльності.”⁹⁵⁵

Заслуговує на підтримку пропозиція В.І. Журавля і В.Г. Присенко про організацію акціонерних товариств у системі охорони здоров'я населення. Це сприятиме забезпеченню багатокладності охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку, можливості повніше використовувати прогресивні сторони конкуренції. На думку вказаних авторів, діяльність акціонерних товариств відповідає інтересам всіх засновників, акціонерів, кредиторів, постачальників, медперсоналу лікувально-профілактичних закладів і санаторно-курортних закладів, пацієнтів або рекреантів, пенсіонерів, центральних і місцевих органів державного управління, місцевого самоврядування, а також держави і суспільства в цілому.⁹⁵⁶

Після набуття чинності Основ законодавства України про охорону здоров'я (15 грудня 1992 р.) заклади охорони здоров'я почали ширше залучати до фінансування своєї діяльності позабюджетні кошти, вводити платні медичні послуги, розгортати іншу господарську діяльність. Цей процес знайшов своє відображення у статутах закладів охорони здоров'я, які вони почали набувати в 1993–1994 рр. і якими, зокрема, були передбачені можливості користуватись банківськими кредитами, придбавати цінні папери, купувати за рахунок власних та залучених коштів рухоме та нерухоме майно, продавати, обмінювати, здавати в оренду, передавати в тимчасове користування будівлі, споруди, приміщення, транспортні засоби, інвентар та інші матеріальні цінності, вести на госпрозрахункових засадах промислово-товарну, наукову та іншу роботу, вести спільну з іноземними партнерами діяльність, яка не суперечить цілям і завданням закладів охорони здоров'я.

⁹⁵⁵ Поліщук М., Рудий В. Медичне страхування – не панацея // “Дзеркало тижня”. – 2002. – 14 грудня. – С. 16.

⁹⁵⁶ В.І. Журавель, В.Г. Присенко. Децентралізація управління у системі охорони здоров'я: переваги і недоліки // Охорона здоров'я України. – 2003. - № 2 (9). – С. 24.

Ці нові засади і можливості діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних умовах формування ринкових відносин свідчать про набуття останніми нового юридичного статусу, що полягає у більшій господарській самостійності, а звідси – й у зміні принципів і методів управління ними з боку власників – органів виконавчої влади і місцевого самоврядування, підвищення ролі методів економічної зацікавленості в забезпеченні якісного надання медичної допомоги населенню.

Отже, в сучасних умовах і відповідно до чинного законодавства України заклад охорони здоров'я як первинна ланка системи охорони здоров'я – це самостійний суб'єкт права, наділений статусом юридичної особи (окрім випадків, коли він не наділений таким статусом). Він має право самостійно планувати і здійснювати передбачену статутом діяльність, від свого імені укладати господарські угоди, набувати майно, засновувати інші господарські підприємства та організації (що також можуть займатись підприємницькою діяльністю у сфері охорони здоров'я), разом з іншими суб'єктами права, у тому числі із закордонними, здійснювати спільну діяльність, користуватися іншими правами і виконувати обов'язки, а також нести юридичну відповідальність за свої дії.

Глава 3. Управління закладом охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я як первинна ланка системи охорони здоров'я виступає у ній як об'єкт управління. Саме на неї поширюється управлінський вплив органів виконавчої влади чи місцевого самоврядування, які в цій системі знаходяться над нею. Проте і у складі закладу охорони здоров'я є відповідний орган управління – адміністрація, яка, здійснюючи свою оперативну управлінську діяльність, забезпечує виконання завдань, покладених на нього. До складу адміністрації закладу охорони здоров'я належать керівник (головний лікар, генеральний директор, директор та ін.), його заступники, завідувачі відділеннями й керівники інших структурних підрозділів і служб.

На адміністрацію закладу охорони здоров'я, на відміну від органів виконавчих влади, які знаходяться в системі охорони здоров'я над нею, покладаються специфічні завдання і функції. До них к.ю.н. Л.В. Яричевська відносить: функцію організатора трудового процесу (забезпечення нормальної обстановки і організація високопродуктивної роботи всіх членів трудового колективу), функції керівництва наданням медичних послуг, функцію організатора господарського процесу та ін.⁹⁵⁷

Управління окремим закладом охорони здоров'я (лікарнею, поліклінікою, диспансером тощо) одноособово здійснює **керівник** (головний лікар, директор, генеральний директор та ін.), що призначається на цю посаду

⁹⁵⁷ Яричевская Л.В. Правовые акты администрации учреждений здравоохранения //Проблемы социалистической законности. – 1986. – №18. С. – 129.

власником або уповноваженим ним органом, яким може бути відповідна місцева Рада, орган виконавчої влади, що здійснює управління охороною здоров'я. Саме керівники, кожен на своєму місці, є рушійною силою механізму управління, визначають рівень і стиль роботи різних ланок системи, задають темп цій роботі, визначають морально-психологічну атмосферу у своїх колективах. Незалежно від юридичного статусу закладу охорони здоров'я, управління ним може здійснювати лише особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Такими є наявність у претендента на цю посаду вищої медичної освіти, звання лікаря і спеціалізація із спеціальності “Організація та управління охороною здоров'я”.⁹⁵⁸ Керівникові закладу охорони здоров'я має бути забезпечена незалежність у вирішенні всіх питань, пов'язаних з охороною здоров'я.⁹⁵⁹

Керівник закладу охорони здоров'я відповідає за всю лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську та фінансову діяльність медичного закладу. Він проводить підбір і укомплектування штатів, планує роботу закладу, забезпечує створення належних умов для всієї лікувально-діагностичної роботи, проведення профілактичних заходів у районній діяльності медичного закладу, підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Конкретні назви посад керівників закладів та їх структурних підрозділів визначають чинні типові штати і штатні нормативи закладів охорони здоров'я. Крім них, згідно з цими документами визначають:

– назви посад заступників керівників (генерального директора, директора, головного лікаря, головного державного санітарного лікаря – головного лікаря, начальника, завідувача) доповнюються назвою розділу роботи, керівництво яким він здійснює (наприклад, “заступник головного лікаря з хірургії”, “заступник головного лікаря з медичної частини”);

– назви (профіль) структурних підрозділів, для керівництва якими встановлюються у межах назв, затверджених Переліком лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я.⁹⁶⁰

Вказаний Перелік диференціює такі керівні посади і встановлює лікарську спеціальність “організація і управління охороною здоров'я” особам, які їх обіймають:

- керівники закладів охорони здоров'я та їх заступники: генеральний директор, директор, головний лікар, головний державний санітарний лікар – головний лікар, начальник, завідувач, заступники із числа лікарів (генерального директора, директора, головного лікаря, головного державного санітарного лікаря, начальника, завідувача).
- керівники структурних підрозділів (лікарська спеціальність за профілем структурного підрозділу): завідувач, начальник. До посадових осіб

⁹⁵⁸ Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи. Тернопіль, "Укрмедкнига", 1999. – С. 59–60.

⁹⁵⁹ Див. ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

⁹⁶⁰ Див. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №385 від 28.10.2002 р. // Офіційний вісник України. – 2002. – № 46. – Ст. 2116.

закладу охорони здоров'я належать також завідувач господарства і головна медична сестра.

Керівник закладу охорони здоров'я, здійснюючи управління роботою колективу медичних працівників, наділений правом видавати накази та розпорядження. Сутність нормативно-правових актів адміністрації закладів охорони здоров'я, їх ефективна реалізація характеризуються високою соціальною значимістю. Це пояснюється, зокрема, тим, що, будучи виданими на основі та на виконання законодавства України про охорону здоров'я, акти адміністрації закладів охорони здоров'я відображають у собі вимоги нормативних актів органів державної влади. Стосовно до специфіки роботи того чи іншого закладу законодавство про охорону здоров'я в процесі повсякденного оперативного управління, що здійснюється адміністрацією, конкретизується, деталізується і, зрештою, реалізується.

Соціальна роль і значення нормативно-правових актів адміністрації у досягненні необхідного рівня діяльності медичних закладів, що відповідає цілям і завданням останніх, ефективності управління ними, обумовлюють необхідність у виборі адміністрацією найкращого варіанту такого нормативного документу і забезпечення високої якості правових актів. Оптимальність правових актів адміністрації закладів охорони здоров'я забезпечується дотриманням визначених вимог. До них необхідно насамперед віднести соціальну цінність, наукову обґрунтованість, економічність, законність, оперативність, колективність, дієвість, об'єктивність, гласність, компетентність, ясність і чіткість викладу акта в письмовій формі й ін. Недотримання або порушення цих вимог не тільки знижує або знецінює соціальну значимість актів, але і спричиняє настання шкідливих наслідків. Останні можуть виражатися в матеріальних збитках для закладу охорони здоров'я, їх колективам і окремим працівникам, у заподіянні моральної шкоди, що виражається в поширенні таких негативних явищ, як формалізм, відписки, неретельність, безвідповідальність, безініціативність, прожектерство, у зниженні якості медичного обслуговування населення. Ігнорування вимог оптимальності актів дискредитує в кінцевому рахунку авторитет керівника, адміністрації, органів управління охороною здоров'я.⁹⁶¹

Заклад охорони здоров'я, як створена для надання медичної допомоги певна організація, має свою внутрішню структуру. Залежно від типу і профілю закладу охорони здоров'я, до його складу входять відповідні підрозділи (відділи, відділення, кабінети – терапевтичне, хірургічне та ін.), які забезпечують безпосереднє надання того чи іншого різновиду медичної допомоги. Внутрішня організаційна будова закладу охорони здоров'я на прикладі міської лікарні може виглядати наступним чином. Угорі службової піраміди знаходиться управлінський апарат лікарні (головний лікар та його заступники). Медичний заклад може бути структурно поділений на два

⁹⁶¹ Яричевская Л.В. Правовые акты администрации учреждений здравоохранения // Проблемы социалистической законности. – Харьков, 1986. – С. 134.

відділи: поліклінічний і стаціонарний. Далі за ієрархією знаходяться інші відділення закладу охорони здоров'я: приймальне, терапевтичне, хірургічне, акушерсько-гінекологічне, дитяче, патологоанатомічне тощо. Відділення у своєму складі мають окремі кабінети (фізіотерапевтичний, рентгенівський, лікувальної фізкультури та ін.) або ж палати. Для повноцінного здійснення своїх завдань в лікарні формується адміністративно-господарська частина. Відділення можуть бути обладнані лабораторіями. В складі лікарні чи поліклініки може знаходитись також і аптека.

Структура українських закладів охорони здоров'я, як правило є лінійною і досить суттєво відрізняється від структури зарубіжних медичних закладів. Так, зокрема, структура медичних закладів у США (а вони переважно, приватної форми власності) є значно складніша, бо до неї входять незалежні самостійні підрозділи, які самостійно планують свою роботу і діють на садах самоокупності. Основним структурним підрозділом зарубіжного медичного закладу є відповідний модуль – бригада фахівців споріднених спеціальностей, лабораторія та ін., складаючи які можна легко побудувати програму лікування пацієнта. Така модель внутрішньої структури називається матричною і є доволі мобільною.

В центрі концепції медичної допомоги і охорони здоров'я пацієнта в США є людина, її здоров'я та її інтереси. Основним принципом надання медичної допомоги за цією концепцією є орієнтація на задоволення потреб хворої людини, максимальне врахування бажань хворого з питань його медичного обслуговування.

Досить складним є питання про оцінку ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Звичайно про ефективність роботи закладів охорони здоров'я судять по загальному стану охорони здоров'я в країні, області, місті або районі, а також за рівнем санітарно-демографічних показників. По цим даним, безсумнівно, можна дати уявлення про ефективність діяльності закладів охорони здоров'я, тому що в успіхах охорони здоров'я і досягнутих санітарно-демографічних показниках є значна частка роботи працівників апарату. Однак управлінська праця по керівництву охороною здоров'я має специфічні особливості і має потребу в спеціальних критеріях для оцінки його ефективності.

В даний час відсутні науково обґрунтовані критерії, на основі яких можна було б об'єктивно оцінювати роботу закладів охорони здоров'я. При виробленні таких критеріїв можна було б ґрунтуватися на наступних положеннях:

- 1) порівняння якісних і кількісних зрушень у показниках розвитку охорони здоров'я в діяльності медичних закладів і основних санітарно-демографічних показників з минулим роком;
- 2) по яких проблемах і скільки було прийнято управлінських рішень, їхня ефективність;
- 3) порівняння показників ефективності використання коштів і матеріальних ресурсів;
- 4) характеристика виконання річного плану діяльності апарату

управління;

- 5) укомплектованість апарату кадрами, їх якісна характеристика;
- 6) характеристика проведених організаційних заходів та їхня ефективність.⁹⁶²

3.1. Працівники закладу охорони здоров'я

Серцевиною закладу охорони здоров'я, його рушійною силою, звичайно, є люди, які працюють у ньому – медичні і фармацевтичні працівники, а також працівники споріднених спеціальностей, технічного та обслуговуючого персоналу.

До категорії працівників закладів охорони здоров'я можна віднести всіх працівників, які на постійній або тимчасовій основі перебувають у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я, займаючи при цьому певну посаду і виконуючи певні професійні (службові) обов'язки. Працівники охорони здоров'я – окрема категорія, професійна діяльність яких спрямована на профілактику захворювань, діагностику, лікування і реабілітацію хворих, здійснення інших заходів охорони їх здоров'я. Всі посади (від водія санітарного автомобіля, працівника харчоблоку, медсестри до лікаря, і керівника закладу – головного лікаря та його заступників) закріплені у штатному розписі закладу охорони здоров'я.

Слід відзначити, що медичною та фармацевтичною діяльністю, відповідно до ст. 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я, можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам.

Єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної та фармацевтичної діяльності, у тому числі в галузі народної і нетрадиційної медицини, встановлює Міністерство охорони здоров'я України. Відповідальність за дотримання зазначених кваліфікаційних вимог несуть керівники закладу охорони здоров'я і ті органи, яким надано право видавати дозвіл (ліцензію) на заняття індивідуальною трудовою діяльністю в галузі охорони здоров'я.

Професійні права та пільги медичних та фармацевтичних працівників визначені також у ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а професійні обов'язки медичних та фармацевтичних працівників – у ст. 78 цього ж закону. Так, медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

- заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- належні умови професійної діяльності;
- підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;

⁹⁶² Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – С. 111.

- вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;
- безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;
- обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;
- соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;
- встановлення у державних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості;
- скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;
- пільгові умови пенсійного забезпечення;
- пільгове надання житла та забезпечення телефоном;
- безплатне користування квартирою з опаленням і освітленням тим, хто проживає в сільській місцевості, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва власного житла, придбання автотранспорту;
- першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;
- створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;
- судовий захист професійної честі та гідності.

До професійних обов'язків медичних і фармацевтичних працівників відносять:

- сприяння охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надання своєчасної та кваліфікованої медичної і лікарської допомоги;
- безплатне надання першої невідкладної медичної допомоги громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- поширення наукових та медичних знань серед населення, пропагування, в тому числі власним прикладом, здорового способу життя;
- дотримання вимог професійної етики і деонтології, збереження лікарської таємниці;
- постійне підвищення рівня професійних знань та майстерності;
- надання консультативної допомоги колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Медичні та фармацевтичні працівники мають й інші обов'язки, передбачені законодавством.

Щодо лікарів, то морально-етичною основою їх професійної діяльності є клятва лікаря, текст якої затверджений Указом Президента України від 15 червня 1992 року №349.⁹⁶³

Всі функції, обов'язки, права та відповідальність медичних працівників визначаються посадовими інструкціями та функціональними обов'язками, що розробляються у відповідних закладах охорони здоров'я відповідно до конкретних умов їх діяльності.

3.2. Контроль за роботою закладу охорони здоров'я

Контроль є необхідною частиною роботи адміністрації закладу охорони здоров'я, зміст якого полягає у перевірці результатів роботи і їх відповідності поставленим завданням. Контроль – необхідна умова підтримання дисципліни, законності, порядку та організованості, охорони свобод і дотримання прав громадян.

Як і будь-які інші підприємства, установи, організації, заклади охорони здоров'я зобов'язані дотримуватися санітарних норм, розробляти і здійснювати санітарні та протиепідемічні заходи. Нагляд за виконанням вказаних обов'язків здійснює державна санітарно-епідеміологічна служба. Правовідносини, що виникають в даному випадку, регулюються нормами Закону України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”⁹⁶⁴, Положенням про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 22 червня 1999 року № 1109 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 19 серпня 2002 року № 1217)⁹⁶⁵, Положенням про державну санітарно-епідеміологічну службу України затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 19 серпня 2002 р. № 1218,⁹⁶⁶ Інструкцією про порядок накладення і стягнення штрафів за порушення санітарного законодавства, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 квітня 1995 року № 64⁹⁶⁷ та рядом інших актів відомчого характеру.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд за діяльністю закладів охорони здоров'я – це сукупність дій та рішень органів, установ та закладів державної санітарно-епідеміологічної служби з контролю за дотриманням закладами охорони здоров'я санітарного законодавства з метою попередження, виявлення, зменшення або усунення шкідливого впливу небезпечних факторів на здоров'я людей та застосування заходів правового характеру щодо порушників.

Виходячи з відповідних норм Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні, діяльність з контролю за дотриманням

⁹⁶³ Голос України.–1992.– 16 червня.

⁹⁶⁴ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218

⁹⁶⁵ Офіційний вісник України. – 1999.– № 34 . – Ст. 1612.

⁹⁶⁶ Офіційний вісник України. – 2002.– № 34.– Ст. 1613.

⁹⁶⁷ Офіційний вісник України. – .– № . – Ст.

зкладами охорони здоров'я санітарного законодавства, проведенням санітарних та протиепідемічних (профілактичних) заходів, приписів, постанов та висновків здійснюється шляхом обстеження та перевірки об'єктів нагляду щодо дотримання і реалізації вимог безпеки для здоров'я і життя людини. Такі обстеження і перевірки проводяться вибірково за планами, що розробляються органами, установами, закладами державної санітарно-епідеміологічної служби, позапланово – залежно від санітарної та епідеміологічної ситуації, а також за повідомленнями підприємств, установ і організацій та за заявами громадян. Вказані плани затверджуються головним державним санітарним лікарем. Позапланові ж обстеження та перевірки проводяться лише за рішенням головного державного санітарного лікаря.

Здійснення контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я регламентується актами законодавства. Так, законами України “Про Державну контрольно-ревізійну службу в Україні”,⁹⁶⁸ “Про Державну податкову службу в Україні”,⁹⁶⁹ “Про міліцію”,⁹⁷⁰ “Про організаційно-правові основи боротьби з організованою злочинністю”,⁹⁷¹ “Про прокуратуру”⁹⁷² та іншими актами законодавства визначаються суб'єкти контрольної діяльності, їх повноваження та ін.

Повноваження у сфері здійснення контролю регламентуються також відомчими актами, зокрема наказами Міністерства охорони здоров'я України. Так, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 листопада 2002 р. № 414 затверджений Порядок організації і проведення ревізій (перевірок) фінансово-господарської діяльності підприємств, установ і організацій, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України.⁹⁷³ Вказаний порядок розроблений на виконання Закону України “Про державну контрольно-ревізійну службу в Україні” та згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 22 травня 2002 р. № 685 “Про здійснення міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади внутрішнього фінансового контролю”, якою затверджене Положення про відомчий контроль у системі міністерств, інших центральних органів виконавчої влади за фінансово-господарською діяльністю підприємств, установ і організацій, що належать до сфери їх управління.

3.3. Порядок контролю за додержанням ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються

Контроль за додержанням ліцензійних умов надання медичної допомоги регулюється спільним наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони

⁹⁶⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 29. – Ст. 308.

⁹⁶⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 6. – Ст. 37.

⁹⁷⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 4. – Ст. 20.

⁹⁷¹ Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 35. – Ст. 358.

⁹⁷² Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 4. – Ст. 14.

⁹⁷³ Ваше здоров'я. – 2002. – 20–26 грудня. – С. 9.

здоров'я України від 9 жовтня 2002 року № 103/346 “Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються”.⁹⁷⁴

Контроль за додержанням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються, здійснюють Міністерство охорони здоров'я України як орган ліцензування, Державний комітет України з питань регуляторної політики та підприємництва як спеціально уповноважений орган з питань ліцензування і його територіальні органи у межах своїх повноважень шляхом проведення планових і позапланових перевірок.

Контроль за додержанням законодавства України під час здійснення закладом охорони здоров'я своїх обов'язків здійснює також Державна податкова інспекція (адміністрація), органи прокуратура України, а також суди в межах своїх повноважень.

3.4. Реорганізація і ліквідація закладу охорони здоров'я

Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 3 передбачають заохочення підприємництва і конкуренції у сфері охорони здоров'я. Це означає, що на цю сферу поширюють свою дію всі основні закони ринкової економіки, включаючи механізми припинення і ліквідації діяльності закладів охорони здоров'я.

У процесі діяльності закладу охорони здоров'я виникають питання про можливість його реорганізації, чи навіть повного припинення діяльності (ліквідації). До змісту поняття “припинення” входять юридичні підстави, (умови), акти та процесуально-правові дії щодо припинення діяльності закладу охорони здоров'я як суб'єкта права. Ці підстави, акти та дії передбачені нормами чинного законодавства. Загалом загальні підстави припинення діяльності суб'єктів підприємницької діяльності, у тому числі підприємств, установ, організацій усіх видів (в тому числі закладів охорони здоров'я) Господарським кодексом України.⁹⁷⁵ Загальний процесуальний (процедурний) порядок і форми припинення регулює Закон України “Про підприємства в Україні” (ст.ст. 34–36).⁹⁷⁶ У разі ж банкрутства закладу охорони здоров'я правовідносини, пов'язані з припиненням його існування і діяльності регулює Закон України “Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом”.⁹⁷⁷

⁹⁷⁴ Офіційний вісник України. – 2002. – № 42. – Ст. 1962.

⁹⁷⁵ Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №18–22. – Ст. 144.

⁹⁷⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 24. – Ст. 272.

⁹⁷⁷ Офіційний вісник України. – 1999. – № 33. – Ст. 1025.

Особливі підстави і форми припинення діяльності окремих видів закладів охорони здоров'я (наприклад, створених у формі господарського товариства) встановлені також законами про їх різновиди.⁹⁷⁸

Конституція України у ст. 49 передбачає, що існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена. Цілком очевидно, що вказане положення Конституції не стосується закладів охорони здоров'я приватної і колективної форм власності.

Лише засновник (власник) може припинити діяльність підприємства чи організації. Припинення діяльності за юридичними підставами може бути двох видів: добровільним і примусовим.

Юридичними підставами добровільного припинення діяльності закладу охорони здоров'я є ініціатива його власника або передбачені законом чи установчими документами обставини. Мотиви ініціативи власника закон не регулює. Це можуть бути: зміна профілю діяльності, конкуренція, відсутність коштів тощо.

До передбачених же законом чи установчим договором обставин належать:

1. Закінчення строку, на який створювався заклад.
2. Досягнення мети, поставленої засновником під час створення закладу охорони здоров'я.

Примусово заклади охорони здоров'я можуть припинити діяльність, **по-перше**, на підставі рішень суду (господарського суду) про визнання недійсними установчих документів закладу охорони здоров'я (невідповідність їх чинному законодавству) та акта (рішення засновника) про створення закладу. **По-друге**, заклад охорони здоров'я може припинити свою діяльність на підставі рішення суду (господарського суду) за поданням органів, що контролюють його діяльність, у разі систематичного або грубого порушення ним законодавства. **По-третє**, заклад охорони здоров'я може припинити свою діяльність на підставі рішення суду (господарського суду) у разі несвоєчасного повідомлення ним про зміну свого місцезнаходження (в разі останнього заклад повинен в 7-денний термін повідомити про це реєструючий орган). **По-четверте**, заклад охорони здоров'я припиняє свою діяльність на підставі рішення господарського суду про визнання його банкрутом.

У випадку ліквідації заклад охорони здоров'я припиняє своє існування як суб'єкт права без правонаступництва.

Реорганізація передбачає виникнення на основі діючого закладу охорони здоров'я одного або більше нових організацій або закладів як суб'єктів права. У разі реорганізації закладу охорони здоров'я усі його права та обов'язки переходять до правонаступника (правонаступників). Способи реорганізації з юридичної точки зору різняться залежно від того, до якого

⁹⁷⁸ Наприклад у випадку діяльності закладу у формі господарського товариства – статті 19–22 Закону України “Про господарські товариства”// Відомості Верховної Ради України.– 1991.– № 49.– Ст. 682 із змінами та доповненнями.

суб'єкта права переходять усі майнові права та обов'язки закладу, що реорганізується.

Злиття двох і більше закладів охорони здоров'я в один означає перехід прав та обов'язків кожного з них до закладу, що виник внаслідок правового акту злиття. У цьому випадку виникає новий заклад охорони здоров'я.

Приєднання одного закладу до іншого означає, що до нього переходять права та обов'язки приєднаного закладу. Новий заклад внаслідок такої реорганізації не виникає.

Поділ закладу є створенням на базі одного існуючого закладу двох і більше закладів як суб'єктів права. За таких умов відбувається поділ усього майна закладу. Такий спосіб реорганізації передбачає затвердження власником (уповноваженим органом) роздільного акта (балансу). Згідно з цим актом частини майна і відповідні права та обов'язки реорганізованого закладу переходять до закладів, створених внаслідок поділу.

Виділ передбачає, що з діючого закладу виділяються один або більше структурних підрозділів, які створюються як самостійні заклади. Поділу всього майна закладу цей спосіб реорганізації не означає. Згідно з розподільним актом (балансом) до них переходять частини майна та відповідні права та обов'язки реорганізованого закладу.

Перетворення закладу як спосіб реорганізації означає перетворення однієї форми власності на іншу (наприклад, державної на колективну) і відповідно зміну організаційно-правової форми закладу. При перетворенні до закладу, який щойно виник, переходять права та обов'язки колишнього закладу.

Ліквідація і реорганізація закладу охорони здоров'я тягне за собою виключення його з державного реєстру. З дати виключення заклад вважається реорганізованим чи ліквідованим.

Ліквідація і реорганізація (злиття, приєднання, поділ, виділення, перетворення) закладу охорони здоров'я проводиться згідно з порядком передбаченим чинним законодавством, а умови про ліквідацію і реорганізацію закладу охорони здоров'я зазначаються в статутах цих закладів.

Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України та уповноважені ними органи, а також в межах своїх повноважень органи місцевого самоврядування мають право порушити перед власником або уповноваженим ним органом питання про припинення діяльності будь-якого закладу охорони здоров'я у разі порушення ним законодавства про охорону здоров'я, невиконання державних вимог щодо якості медичної допомоги та іншої діяльності в галузі охорони здоров'я або вчинення дій, що суперечать його статуту. Остаточне рішення у цій справі може прийняти лише суд (господарський суд).

При реорганізації і ліквідації закладу охорони здоров'я працівникам, яких звільняють, гарантується захист їх прав та інтересів відповідно до трудового законодавства України – вони можуть бути звільнені з роботи виключно на підставах, передбачених Кодексом законів про працю України

(ст.ст. 36–45). Згідно із статтею 36 вказаного Кодексу, у разі зміни власника підприємства, а також у разі його реорганізації (злиття, приєднання, поділу, виділення, перетворення) дія трудового договору працівника продовжується.

Глава 4. Ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я

Ліцензування та акредитація – два найважливіших важелі в управлінні якістю надання медико-санітарної допомоги. Саме завдяки їм вдається утримувати державний контроль над ефективністю надання населенню медико-санітарної допомоги, діяльністю всієї системи охорони здоров'я в Україні, а, відповідно, і вносити корективи в плани роботи та розвитку даної сфери. У майбутньому, в умовах формування нової системи страхової медицини, бюджетні кошти на охорону здоров'я будуть надаватися лише акредитованим та ліцензованим Міністерством охорони здоров'я України медичним закладам.

Ліцензуванню підлягають усі заклади охорони здоров'я незалежно від форм власності, фахівці, що займаються індивідуальною медичною діяльністю, а також особи, які одержали дипломи цілителя та мають відповідні знання в сфері народної і нетрадиційної медицини. Під **ліцензуванням** розуміється видача, переоформлення та анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ та ліцензійних реєстрів, контроль за додержанням ліцензіатами ліцензійних умов, видача розпоряджень про усунення порушень ліцензійних умов, а також розпоряджень про усунення порушень законодавства у сфері ліцензування. Ліцензування у сфері охорони здоров'я здійснюється на основі Закону України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”⁹⁷⁹, стаття 9 якого серед видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, визначає виробництво лікарських засобів, оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами, проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, медичну практику, переробку донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, ветеринарна практика.

Постановою Кабінету Міністрів України „Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності” від 4 липня 2001 р. №756.⁹⁸⁰ визначено перелік документів, необхідних для одержання ліцензії.

Суб'єкт, який одержав ліцензію на здійснення такої діяльності називається **ліцензіатом**. Він зобов'язаний провадити свою діяльність відповідно до встановлених для цього виду діяльності ліцензійних умов (це – встановлений спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, з урахуванням вимог законів вичерпний перелік

⁹⁷⁹ Офіційний вісник України. – 2000. – № 27. – Ст. 1109.

⁹⁸⁰ Офіційний вісник України. – 2001. – №27.– Ст. 1212.

організаційних, кваліфікаційних та інших спеціальних вимог, обов'язкових для виконання того чи іншого виду діяльності).

Так, наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва й Міністерства охорони здоров'я України від 12 січня 2001 року № 3/8 затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Аналогічно наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2001 р. № 38/63 затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Цим же наказом затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, виробництво лікарських засобів, оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами, проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт.

Постановою Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку органів ліцензування” від 14 листопада 2000 року № 1698⁹⁸¹ вказано, що питаннями ліцензування такого виду господарської діяльності, як медична практика займається Міністерство охорони здоров'я України. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. № 389 затверджено Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України. Комісію очолює Міністр охорони здоров'я України. Персональний склад комісії затверджується наказом Міністерства охорони здоров'я України. Роботою комісії керує голова комісії спільно з його заступниками. Засідання комісії відбуваються в міру необхідності, але не рідше одного разу на десять робочих днів. Засідання вважається легітимним, якщо на ньому присутні понад половини її членів. Засідання комісії проводить Голова комісії або один із його заступників. Рішення комісії приймається більшістю голосів, оформлюється протоколами, які підписуються головуючим на засіданні комісії та відповідальним секретарем комісії. Рішення комісії затверджується наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Державний контроль за додержанням закладами охорони здоров'я ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в сфері охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України як орган ліцензування, а також Державний комітет України з питань регуляторної політики та підприємництва⁹⁸² як спеціально уповноважений орган з питань ліцензування і його територіальні органи відповідно до спільного наказу Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва й Міністерства охорони здоров'я України від 27 січня 2004 року № 03/41 “Про затвердження Порядку контролю за

⁹⁸¹ Офіційний вісник України . – 2000. – №46.– Ст. 2001.

⁹⁸² Булетень законодавчої і юридичної практики України. – К., 2000. – №9. – Ст. 216.

додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються”.⁹⁸³

Державна акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності. **Мета акредитації** – офіційне визнання закладу на наявність у ньому умов для надання певного виду лікувально-профілактичної допомоги. Акредитація закладів охорони здоров'я дозволяє визначити відповідність їх діяльності встановленим стандартам, нормам і правилам. Вона є підтвердженням того, що певний заклад або фізична особа відповідають конкретним вимогам, які дозволяють їм здійснювати певні функції. У майбутньому, в умовах функціонування системи медичного страхування, одержання того чи іншого рівня акредитації стане ще однією з передумов для укладання контракту зі страховою компанією.⁹⁸⁴

Обов'язкова державна акредитація закладу охорони здоров'я, незалежно від форми власності, має проводитись один раз на три роки. При проведенні акредитації оцінюється відповідність медичного закладу певному рівню лікувально-профілактичної допомоги, яка ним надається (первинному, вторинному, третинному).

Акредитації підлягають усі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності. Акредитацію закладів здійснюють **Головна акредитаційна комісія** при Міністерстві охорони здоров'я України, а фармацевтичних (аптечних) закладів – **Головна акредитаційна комісія**, що утворюється при Державному департаменті з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення та акредитаційні комісії при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 червня 2002 р. № 26 затверджено Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України⁹⁸⁵ та Положення про експерта Головної акредитаційної комісії при Міністерстві охорони здоров'я України.⁹⁸⁶

Акредитовані заклади вносяться до **Державного реєстру акредитованих закладів охорони здоров'я**, який ведеться Головною акредитаційною комісією.

У разі порушення умов надання закладом якісної медико-санітарної допомоги, а також недостовірного інформування про свою діяльність, за поданням відповідної акредитаційної комісії Головна акредитаційна комісія

⁹⁸³ Офіційний вісник України. – 2004. – №5. – Ст. 274.

⁹⁸⁴ Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С 252.

⁹⁸⁵ Провізор. – 2002. – 13 липня.

⁹⁸⁶ Провізор. – 2002. – 13 липня.

може прийняти рішення про анулювання або зниження акредитаційної категорії закладу охорони здоров'я. Протягом десяти днів з дня ухвалення такого рішення заклад зобов'язаний повернути акредитаційний сертифікат до акредитаційної комісії, яка його видала.

В системі охорони здоров'я та надання медичної допомоги розроблені і застосовуються різні види стандартів. Під стандартом розуміється чіткий перелік умов, котрих необхідно дотримуватись у процесі роботи з метою досягнення відповідного кінцевого результату.

Стандарти можуть бути обов'язковими для виконання на рівні закладу, території чи держави і після затвердження дозволяють захищати права пацієнтів, оскільки спрямовані на забезпечення хворому відповідного обсягу та якості допомоги, нижче рівня яких вона не повинна бути.

Стандарти якості організації медичної допомоги мають також захищати права медичних працівників і можуть визначати вид її надання, послідовність дій лікаря тощо.

Стандарти можуть описувати проведення медичних втручань з переліком необхідного інструментарію, визначати вимоги до обсягу та якості медичної допомоги з вказівкою строків лікування. Стандарти з вимогами до якості медичної допомоги та вартістю лікування називаються медико-економічними.

При проведенні акредитації застосовують стандарти акредитації для оцінки управління, організації роботи, економічних та фінансових аспектів діяльності, метрологічного забезпечення, санітарно-епідемічного стану, якості лікувально-профілактичної допомоги в усіх підрозділах закладу.

Рекомендації для працівників медичних закладів стосовно акредитації представлені в „Стандартах акредитації лікувально-профілактичних закладів України”, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України № 20 від 20.01.2001.⁹⁸⁷ Вони містять набір критеріїв щодо всіх сторін діяльності і мають допомагати закладам у підготовці до акредитації.

Глава 5. Взаємовідносини закладу охорони здоров'я з органами державної влади, місцевого самоврядування та об'єднаннями громадян

Взаємовідносини закладів охорони здоров'я з органами державної влади як загальної компетенції (Кабінет Міністрів України, Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні і районні державні адміністрації, районні державні адміністрації в містах Києві та Севастополі), так і спеціальної (галузевої) (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських

⁹⁸⁷ Офіційний вісник України. – 2001. – № . – Ст.

державних адміністрацій та головні лікарі району) характеризуються як владні відносини, тобто останні щодо перших здійснюють державне управління. Однак цей владний вплив здійснюється та проявляється частково чи в повному обсязі лише стосовно об'єктів охорони здоров'я державної та комунальної (обласної та районної) форм власності. На приватні ж заклади охорони здоров'я й ті, що знаходяться у міській комунальній власності рішення вказаних органів поширюються лише в частині дотримання державних стандартів у сфері охорони здоров'я та порядку легалізації своєї діяльності. Таким чином, щодо закладів охорони здоров'я приватної форми власності здійснюється державне регулювання їх діяльності.

В сучасних умовах формування демократичної організації держави, розвинутого громадянського суспільства, основу якого творять громадяни, їх об'єднання, політичні партії та інші громадські організації, важливим і необхідним процесом є взаємодія державних інститутів з інститутами громадянського суспільства. В умовах реалізації державної і місцевої політики охорони здоров'я населення заклад охорони здоров'я, його керівництво повинні взаємодіяти з ними, вступати з ними в численні зв'язки і контакти.

Так, політичні партії, їх місцеві органи та осередки можуть ідейно, організаційно, матеріально підтримувати діяльність закладів охорони здоров'я, вносити до органів державної влади та місцевого самоврядування конкретні пропозиції щодо поліпшення їх діяльності, обов'язкові для розгляду тощо. Важливу роль у повноцінній забезпеченості закладу охорони здоров'я відіграє благодійництво – добровільна безкорислива пожертва фізичних та юридичних осіб у наданні закладам матеріальної, фінансової та іншої благодійної допомоги. Благодійні організації здійснюють свою діяльність у двох специфічних формах – меценатство та спонсорство. Наприклад, у сфері охорони здоров'я працює релігійний благодійний фонд “Карітас” Української греко-католицької церкви, який опікує дітей-сиріт, громадян похилого віку та інші соціально незахищені категорії населення, співпрацює з місцевими медичними закладами. Співпрацюють заклади охорони здоров'я і з профспілками. Так, профспілка медичних працівників об'єднує на добровільних засадах переважну більшість працівників лікувально-профілактичних, аптечних установ, науково-дослідних інститутів, працівників підприємств медичної промисловості. Не слід забувати й про тісну партнерську співпрацю закладів охорони здоров'я із науково-медичними товариствами, які об'єднують медичних працівників, зайнятих науково-дослідною і практичною роботою з тієї чи іншої спеціальності (хірургії, терапії, стоматології, педіатрії та ін.) чи суміжними спеціальностями. Науково-медичні товариства сприяють запровадженню передових досягнень медичної науки у сферу медичної практики з відповідної спеціальності, сприяють підвищенню професійної медичної кваліфікації членів товариства.

В останні роки в Україні виникло багато громадських організацій, мета діяльності яких – сприяння охороні здоров'я населення. Це і численні

асоціації працівників охорони здоров'я (Асоціація стоматологів України, Асоціація педіатрів України, Асоціація гінекологів України та ін.), федерації і об'єднання медичних працівників (Всеукраїнське лікарське товариство), громадські організації, громадські ініціативи за здорову націю "Пульс України" та ін., асоціації хворих на певні захворювання (асоціації хворих на цукровий діабет, церебральний параліч, ВІЛ-інфікованих та ін.). Першими практичними кроками заявила про себе Українська федерація громадських організацій сприяння охороні здоров'я громадянського суспільства. Йдеться передусім про започаткування суспільно-солідарної системи охорони здоров'я, яка має об'єднати в боротьбі за найвищу людську цінність зусилля усіх державних і недержавних структур та самого населення. Вона передбачає включення на позабюджетній основі недержавного медичного сектора в єдиний методологічний та організаційний простір охорони здоров'я країни.

Після проголошення незалежності України в суспільстві виявився значний інтерес до духовних цінностей і до норм релігійної моралі. Значно зросла кількість церков і релігійних громад. Поряд з традиційними для України християнськими церквами значного поширення набули нові нетрадиційні релігійні вірування. Незалежно від конфесійної спрямованості, більшість церков, священослужителів і релігійних громад співпрацює з місцевими закладами охорони здоров'я. Існують непоодинокі випадки активної допомоги закладам охорони здоров'я з боку релігійних організацій, громади яких надають не лише кошти, а й продукти харчування, одяг, безкоштовну допомогу в господарських справах і навіть моральну підтримку. Деякі церкви створили власні заклади медико-соціальної допомоги, де роботу по догляду за хворими виконують монахи чи монашки.

Залучаються до діяльності в сфері охорони здоров'я й інші громадські організації. Так, певний вклад в розбудову охорони здоров'я України здійснила громадська організація "Громадська ініціатива за здорову націю "Пульс України".⁹⁸⁸ Нею була розроблена програма реорганізації медичної допомоги в Україні, що була схвалена Першим всеукраїнським з'їздом медичних працівників (1 жовтня 1999 року) як основа стратегії розвитку сфери медичної допомоги в Україні.⁹⁸⁹ Існують й інші організації (молодіжний рух волонтерів, товариства сліпих, глухих тощо), а також підприємства (що спеціалізуються на виготовленні медичних препаратів, спеціального устаткування для закладів охорони здоров'я, протезно-ортопедичних виробів) та установи (геріатричні будинки, будинки для сиріт, санаторно-курортні установи і ін.), діяльність яких тісно пов'язана з роботою закладів охорони здоров'я.

Наведене свідчить про значну кількість зв'язків і взаємовідносин закладу охорони здоров'я з органами державної влади і місцевого самоврядування, політичними партіями і громадськими організаціями.

⁹⁸⁸ Платформа Громадської ініціативи за здорову націю "Пульс України", – К., 1999. – 16 с.

⁹⁸⁹ Перспектива – 2010. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні, – К., 1999. – 96 с.

Формуючи їх, адміністрації закладів охорони здоров'я слід усвідомлювати, що в державі, яка проголосила побудову демократичної правової влади і громадянського суспільства, вони повинні базуватися на основі певних правових норм, так як діяльність і перших і других регулюється відповідними актами законодавства.

Глава 6. Відповідальність закладів охорони здоров'я за надання медичної допомоги

У процесі розбудови України як правової держави виникли проблеми зростання кількості правопорушень у сфері подання лікувально-діагностичної допомоги, які є питаннями не тільки медичної або юридичної практики, але й державно-управлінської. Останнє підтверджується і тим, що держава з допомогою спеціально уповноважених органів виконавчої влади зобов'язується здійснювати контроль і нагляд за дотриманням законодавства щодо охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, нормативів професійної діяльності, стандартів медичного обслуговування тощо.⁹⁹⁰

Вся діяльність закладу охорони здоров'я регулюється нормами права. Здійснюючи діяльність у сфері надання медичної допомоги пацієнтам, заклад охорони здоров'я як повноцінний суб'єкт права вступає у сферу дії норм чинного законодавства про охорону здоров'я. Діючи в межах правових норм, він одержує низку переваг: інші суб'єкти зобов'язані сприяти його діям або не втручатися у них; у випадку невиконання ними своїх обов'язків держава в правовій формі примусу забезпечує відновлення порушеного права і виконання зобов'язаним суб'єктом відповідних обов'язків. Здійснення ж правопорушень тягне за собою настання заходів юридичної відповідальності.

Суб'єктом відповідальності може бути як заклад охорони здоров'я, так і його працівники, які вчинили правопорушення при виконанні своїх службових (трудових) обов'язків. Слід зазначити, що відповідно до вимог ст. 1172 Цивільного кодексу України, за вчинення правопорушення працівником при виконанні своїх трудових обов'язків відповідальність несе закладу охорони здоров'я, в якому він працює. А вже потім можливе відшкодування збитків, завданих неправомірними діями працівника, в порядку регресу закладу охорони здоров'я. Це правило не стосується кримінальної та адміністративної відповідальності, де суб'єктом відповідальності є лише окремі працівники.

Юридичну відповідальність прийнято розуміти як вид соціальної відповідальності, яку можна розглядати як правовідносини, в яких держава має право застосувати певні заходи примусу до суб'єктів, що вчинили правопорушення і зобов'язані зазнавати втрат чи обмежень, передбачених

⁹⁹⁰ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – О., 2004. – С. 1.

санкціями норм права. Іншими словами – це юридичний обов'язок (міра покарання) правопорушника зазнати примусового, від імені держави (суспільства), на підставі закону або іншого нормативного акту позбавлення його певних соціальних благ чи цінностей (матеріальних, духовних чи особистих), які йому належали до факту правопорушення, з метою попередження правопорушень у перспективі та відновлення (чи відшкодування) втрачених прав на ті чи інші цінності.⁹⁹¹ Держава здійснює своє право щодо застосування заходів юридичної відповідальності у три етапи:

- заборона суспільно-небезпечних вчинків і передбачення відповідних заходів у санкціях правових норм;
- індивідуалізація санкцій щодо конкретних правопорушників;
- забезпечення відшкодування правопорушниками завданих збитків.

Притягнення до юридичної відповідальності здійснюється на основі акта застосування норми права, в якому індивідуалізуються заходи юридичної відповідальності до конкретного правопорушника.

За характеристиками видів правопорушень розрізняють наступні види юридичної відповідальності.

- **Цивільна відповідальність** виникає за порушення обов'язків, що зазначені у договорах, інших умовах, а також у випадку заподіяння шкоди здоров'ю чи майну особи (відшкодування майнових втрат, моральної шкоди, відміна незаконних угод, штрафи та інші заходи). Питання притягнення до цивільної відповідальності вирішує суд, арбітраж чи адміністративні органи держави.
- **Дисциплінарна відповідальність** здійснюється у формі накладення адміністрацією підприємств та установ, інших організацій дисциплінарних стягнень внаслідок: а) порушення правил внутрішнього трудового розпорядку; б) у порядку підлеглості. Заходами дисциплінарної відповідальності є догана та звільнення з роботи.
- **Матеріальна відповідальність робітників і службовців** полягає в обов'язку працівника відшкодувати власнику підприємства, організації, закладу майнову шкоду, заподіяну в результаті винного, протиправного невиконання або неналежного виконання трудових обов'язків у встановлених законом розмірі й порядку.
- **Адміністративна відповідальність** накладається на посадових осіб, тобто на керівників закладів охорони здоров'я, за адміністративні правопорушення і передбачає попередження, штрафи, втрати спеціальних прав, і таке інше. Застосовується органами державного управління до осіб, які вчинили передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення проступки.
- **Кримінальна відповідальність** – настає за скоєння злочинів і передбачає найжорсткіші заходи (втрата фізичної свободи, виправні роботи тощо), вона застосовується тільки в судовому порядку.

⁹⁹¹ Теорія держави і права: Навчальний посібник / Авт.-упоряд. Кравчук М. В. – Тернопіль, 1999. – С. 96-97.

Згідно з чинним законодавством заклад охорони здоров'я можна притягнути лише до цивільно-правової (майнової) відповідальності за правопорушення, вчинені його працівниками під час виконання ними службових обов'язків, керівники ж та інші працівники закладу – до всіх видів юридичної відповідальності – дисциплінарної, адміністративної, цивільно-правової, матеріальної та кримінальної.

Відповідати за заподіяну громадянину чи організації шкоду у цивільно-правовому порядку, тобто відшкодувати заподіяні збитки коштами чи своїм майном, може лише заклад охорони здоров'я, який є юридичною особою.

У випадку пошкодження здоров'я пацієнту чи спричинення його смерті виникає обов'язок, який характеризується як правовідносини, через які особа, відповідальна за спричинення шкоди здоров'ю (чи життю) потерпілому, зобов'язана відшкодувати спричинену йому майнову шкоду. У багатьох випадках протиправний характер діяння (дії чи бездіяльності) медичного персоналу встановлюється відносно легко (наприклад, у випадках залишення в черевній порожнині хірургічних інструментів під час операції, явної помилки при застосуванні ліків тощо).⁹⁹²

Теорія цивільного права виокремлює інститут зобов'язального права. Останній, в свою чергу, розрізняє договірні та позадоговірні зобов'язання. Зрозуміло, що відповідальність за недотримання договірних зобов'язань виникає у закладу охорони здоров'я в разі невиконання чи неналежного виконання укладених ним з іншими суб'єктами господарювання чи фізичними особами договорів. Характерним же прикладом позадоговірних зобов'язань, що можуть виникати в закладу та його відповідальності за них, є зобов'язання із заподіяння шкоди (деліктні зобов'язання). Відповідно до 1166 Цивільного Кодексу України, відповідальність за завдані збитки, у тому числі здоров'ю людини, заподіяні винними діями працівника, який був при виконанні професійних (службових) обов'язків і перебуває у трудових відносинах з організацією, несе вказана організація. Остання повинна відшкодувати шкоду, заподіяну з вини її працівників під час виконання ними своїх трудових (службових) обов'язків.

У разі заподіяння каліцтва або іншого ушкодження здоров'я організація чи громадянин, відповідальні за шкоду, зобов'язані відшкодувати потерпілому заробіток, втрачений ним внаслідок втрати або зменшення працездатності, а також відшкодувати витрати, зумовлені ушкодженням здоров'я (посилене харчування, протезування, сторонній догляд тощо) (ч. 1 ст. 1195, ст. 1197 Цивільного кодексу України). Якщо ж каліцтво або інше ушкодження здоров'я заподіяно організацією або громадянином, не зобов'язаними сплачувати за потерпілого внески з державного соціального страхування, ця організація або громадянин повинні відшкодувати потерпілому шкоду за правилами статей 1195-1202 Цивільного кодексу у частині, що перевищує суму одержуваної ним допомоги або призначеної

⁹⁹² Майданик Л.А., Сергеева Н.Ю. Материальная ответственность за повреждение здоровья. М.: Юридическая литература, – 1968. – С. 6.

йому після ушкодження його здоров'я і фактично одержуваної ним пенсії (п. 3 ст. 1195 Цивільного кодексу України).⁹⁹³

Пацієнт має право на відшкодування моральної шкоди і в тому разі, якщо лікарі не залучалися ні до кримінальної, ні до дисциплінарної відповідальності, але з вини медичних працівників хворий зазнав моральних страждань (неналежні санітарно-гігієнічні умови; грубе, безтактне, неповажне ставлення медичного персоналу; порушення правил транспортування постраждалого чи хворого; помилки або недбалість при веденні медичної документації, що призводять до помилкової чи пізньої діагностики; порушення наступності у лікуванні тощо).

Право пацієнта на відшкодування моральної (немайнової) шкоди передбачено Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, ЦК України, Законом України "Про захист прав споживачів".

Притягнення медичного працівника до відповідальності за заподіяння моральної шкоди пацієнту можливе за наявності таких умов:

- встановлення факту протиправного діяння лікаря;
- наявність реальної шкоди (фізичних чи моральних страждань пацієнта або того й іншого);
- наявність причинного зв'язку між протиправною дією (бездіяльністю) лікаря і заподіяною шкодою,
- наявність вини особи, яка заподіяла шкоду. Позов про відшкодування моральної (немайнової) шкоди розглядається цивільним судом. Відповідачем є заклад охорони здоров'я, у якому працює медичний працівник, який заподіяв шкоду пацієнту.⁹⁹⁴

У разі реорганізації закладу охорони здоров'я-юридичної особи, виплата щомісячних платежів (ст. ст. 618, 1205 Цивільного кодексу України), належних з неї в зв'язку з заподіянням каліцтва або іншого ушкодження здоров'я чи заподіянням смерті, покладається на його правонаступників. При ліквідації ж такої юридичної особи без правонаступника належні платежі повинні бути капіталізовані за правилами державного страхування і внесені його органам для виплати їх у розмірі і строки, зазначені у відповідному рішенні про відшкодування шкоди. В разі ліквідації закладу охорони здоров'я позови про відшкодування шкоди, заподіяної ліквідованою юридичною особою, пов'язані з ушкодженням здоров'я чи смертю громадянина, пред'являються до вищестоящої організації або до організації, зазначеної в рішенні про ліквідацію юридичної особи. Вимога ж про збільшення або зменшення розміру одержуваного потерпілим відшкодування шкоди на підставах, передбачених у ст. ст. 1204, 1208 Цивільного кодексу України, пред'являється до правонаступника або до відповідних організацій, або

⁹⁹³ Савицкая А. Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов: Высшая школа. – 1982. – С. 49–77.

⁹⁹⁴ Козуліна С.О., Журавель В.І. Правопорушення лікарів та їх цивільно-правова відповідальність // Охорона здоров'я України. 2002. – № 3 – 4 (6 – 7). – С. 87.

відповідно правонаступникам юридичної особи чи організаціями, які провадять відшкодування за заподіяну шкоду.

В медичній практиці зустрічаються випадки халатності лікарів, іншого медичного персоналу (навіть зі смертельними наслідками) під час виконання ними своїх професійних обов'язків (прикладом цього є внесення інфекції в організм пацієнта під час проведення хірургічної операції, переливання чи простого взяття крові для аналізу тощо). У даному випадку маємо всі підстави говорити про підвищену небезпеку для життя і здоров'я людини, яка переступає поріг лікувального закладу і повністю довіряється професійній кваліфікації лікарів і належному технічному обладнанню. Дана ситуація теж врегульована цивільно-правовими нормами. Стаття 1187 Цивільного кодексу України регулює зобов'язальні відносини, що виникають з факту заподіяння шкоди джерелом підвищеної небезпеки. (п. 5 ст. 1187: організації і громадяни, діяльність яких пов'язана з підвищеною небезпекою для оточення (транспортні організації, промислові підприємства, будови, власники автомобілів та ін.), зобов'язані відшкодувати шкоду, заподіяну джерелом підвищеної небезпеки, якщо не доведуть, що шкода виникла внаслідок непереборної сили або умислу потерпілого). У цій нормі йдеться про особливий засіб заподіяння шкоди – про джерело підвищеної небезпеки. У зв'язку з цим за ст. 1187 Цивільного кодексу України використовують три взаємопов'язані категорії: підвищена небезпека для оточення; діяльність, пов'язана з підвищеною небезпекою; джерело підвищеної небезпеки. Лікування як діяльність включає різноманітні методи його здійснення. Деякі з них, безумовно, не є джерелами значної небезпеки, наприклад, профілактичні заходи, косметологічні операції, терапевтичне лікування.⁹⁹⁵

Правового захисту потребують і самі медичні працівники, до яких зростають позови про відшкодування матеріальної і моральної шкоди, завданої неналежним лікуванням. Цей факт пов'язаний з новими соціально-економічними відносинами, появою медичних закладів різних форм власності та страхової медицини. Але позивні вимоги пацієнтів не завжди обґрунтовані.⁹⁹⁶ Медичний працівник також має право звернутися до суду з позовом про захист своєї честі, гідності та ділової репутації. Він може вимагати спростування інформації, яка не відповідає дійсності та завдає шкоди його інтересам, честі, достоїнству і діловій репутації, і поряд з її спростуванням — відшкодування майнової та моральної шкоди, заподіяної її поширенням⁹⁹⁷

Заклад охорони здоров'я може притягнути медичного працівника, винного у нанесенні пацієнту моральної (немайнової) та майнової шкоди, до матеріальної відповідальності, тобто зобов'язати працівника повернути суму,

⁹⁹⁵ Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве. – М.: Издательство БЕК, 1995. – С. 146.

⁹⁹⁶ Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02 (Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – О., 2004. – С. 1 – 2.

⁹⁹⁷ Козуліна С.О., Журавель В.І. Правопорушення лікарів та їх цивільно-правова відповідальність // Охорона здоров'я України. 2002. – № 3 – 4 (6 – 7). – С. 87

виплачену закладом пацієнту. Повна матеріальна відповідальність настає у разі, якщо збиток, заподіяний діями працівника, які містять ознаки діянь, переслідуваних у кримінальному порядку (ст. 134 КЗпП України). В інших випадках медичного працівника можна притягнути тільки до обмеженої матеріальної відповідальності — відшкодувати збиток у розмірі прямого дійсного збитку, але в розмірі, що не перевищує його середньомісячного заробітку (ст. 132 КЗпП України).⁹⁹⁸

Сучасний рівень розвитку медицини характеризується значним технічним потенціалом у цій галузі. Це певні механізми, устаткування і обладнання, електронні прилади, різні знаряддя праці, що безсумнівно покликані допомагати лікарю, разом з тим їх експлуатація, як свідчить досвід, пов'язана з можливістю заподіяння шкоди життю і здоров'ю громадян (рентгенівське устаткування, родонові ванни, кобальтові гармати, ядерні водії ритму серця, лазерні апарати, пристрої з використання ультразвуку, отруйні, наркотичні, сильнодіючі лікарські засоби, використання електричного струму). Чинне законодавство містить приблизний перелік джерел підвищеної небезпеки (організацій і громадян, діяльність яких пов'язана з підвищеною небезпекою), однак діяльність працівників закладу охорони здоров'я у ньому не згадується. Разом з цим, оскільки перелік не є вичерпним, судово-господарська практика має право визнавати певні види діяльності джерелами підвищеної небезпеки (хірургічні інструменти до таких не відносять). Однак хірургічний метод лікування не виключає небезпеки для пацієнта, разом з цим використання хірургічних інструментів здійснюється під контролем волі та свідомості лікаря. Крім цього, у цьому випадку можливе спричинення шкоди лише одній людині — пацієнту, але не оточуючим. Виникла також практична необхідність законодавчого закріплення в Цивільному кодексі України таких ознак джерела підвищеної небезпеки, як непрогнозованість відповідної діяльності діям кваліфікованого фахівця та високий ступінь вірогідності заподіяння непередбаченої (випадкової) шкоди цією діяльністю. Обидві ознаки присутні при здійсненні лікарем, наприклад, найпростішої операції чи лікуванні пацієнта новітніми технічно оснащеними методами. Таким чином, медична діяльність неоднорідна і не може бути в цілому віднесена до джерел підвищеної небезпеки, хоча окремі методи (способи) лікування відповідають визначенню останніх (адже джерело підвищеної небезпеки, що вийшло з-під контролю медичного персоналу, може спричинити шкоду не лише пацієнту, а й третім особам).

За порушення правил внутрішнього трудового розпорядку (запізнення на роботу, невиконання чи неякісне виконання службових обов'язків винні особи, а до них, можна віднести усіх працівників закладу охорони здоров'я — від сторожа чи санітарки до головного лікаря включно, можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності, й до них, відповідно до ст.

⁹⁹⁸ Козуліна С.О., Журавель В.І. Правопорушення лікарів та їх цивільно-правова відповідальність // Охорона здоров'я України. 2002. — № 3 — 4 (6 — 7). — С. 87.

147 Кодексу законів про працю України, може бути накладено одне із двох дисциплінарних стягнень: догана або звільнення з роботи.

Відповідно до ст.ст. 130–138 Кодексу законів про працю України за шкоду, заподіяну закладу охорони здоров'я при виконанні трудових обов'язків працівником, наприклад, псування медичної чи іншої апаратури, її знищення та ін., працівники закладу охорони здоров'я можуть бути притягнуті до **матеріальної відповідальності**.

При покладенні матеріальної відповідальності права і законні інтереси працівників гарантуються шляхом встановлення відповідальності тільки за пряму дійсну шкоду, лише в межах і порядку, передбачених законодавством, і за умови, коли така шкода заподіяна підприємству, установі, організації винними протиправними діями (бездіяльністю) працівника. Ця відповідальність, як правило, обмежується певною часткою заробітку працівника і не повинна перевищувати повного розміру заподіяної шкоди, за винятком випадків, передбачених законодавством.

Працівник, який заподіяв шкоду, може добровільно покрити її повністю або частково. За згодою власника або уповноваженого ним органу працівник може передати для покриття заподіяної шкоди рівноцінне майно або поправити пошкоджене.

Глава 5 Розділу II Особливої Частини Кодексу України про адміністративні правопорушення “Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення” включає притягнення до адміністративної відповідальності (накладення штрафу, конфіскація недоброякісної продукції, адміністративний арешт) за наступні адміністративні правопорушення:

- Стаття 42. Порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм;
- Стаття 42-1. Виробництво, заготівля, реалізація сільськогосподарської продукції, що містить хімічні препарати понад гранично допустимі рівні концентрації.
- Стаття 42-2. Заготівля, переробка або збут радіоактивно забруднених продуктів харчування чи іншої продукції.
- Стаття 42-3. Виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених мікроорганізмами та іншими біологічними агентами понад гранично допустимі рівні.
- Стаття 44. Незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (невеликий розмір визначається спеціально уповноваженим органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я). Особа, що добровільно здала наркотичні засоби або психотропні речовини, які були у неї в невеликих розмірах і які вона виробила, виготовила, придбала, зберігала, перевозила, пересилала без мети збуту, звільняється від адміністративної відповідальності за дії, передбачені цією статтею.

- Стаття 44-1. Ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження;
- Стаття 45. Ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу.
- Стаття 45-1. Порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів.
- Стаття 46. Умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою.
- Стаття 46-1. Порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення.

За скоєння вказаних адміністративних правопорушень Кодекс передбачає накладення заходів **адміністративної відповідальності** на медичних чи фармацевтичних працівників або посадових осіб (керівників) закладу охорони здоров'я.

Кримінальний Кодекс України передбачає кримінальну відповідальність за скоєння злочинів у сфері охорони здоров'я. Особи, винні у їх скоєнні, можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності. Працівники охорони здоров'я як спеціальні суб'єкти можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності за скоєння злочинів, передбачених статтями 130-145 Кримінального кодексу України.

Санкції вказаних статей передбачають застосування до винних таких видів кримінальних покарань: штраф, позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, громадські чи виправні роботи, обмеження та позбавлення волі.

Розглянемо детальніше склади деяких найпоширеніших у юридичній практиці злочинів, які можуть бути вчинені працівниками охорони здоров'я. Так, суб'єктивною стороною неналежного виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи ВІЛ-інфекцією чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 131 Кримінального кодексу України) є необережність, що проявляється у недбалому чи несумлінному ставленні до своїх професійних обов'язків, об'єктивна ж сторона проявляється як в активних діях, наприклад, використання нестерилізованих шприців, неякісного здійснення перевірки донорської крові, так і в бездіяльності, наприклад, недотримання обов'язкових заходів асептики та антисептики. Злочин вважається закінченим з моменту зараження особи невиліковною інфекцією. А щодо суб'єктивної сторони іншого злочину – розголошення відомостей про проведення медичного огляду щодо виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 Кримінального кодексу України), то вона може характеризуватись як наміром так і необережністю, причому, не має значення, з якою метою здійснюється таке розголошення, яким способом та кому надається така інформація. Разом з цим важливо, щоб таке розголошення було здійснене проти волі (без дозволу) особи, якої стосується розголошена інформація. Однак не буде вважатись злочином надання вказаної інформації на правомірний запит органів дізнання слідства та суду, або щоб уникнути

інфікування інших осіб. Аналізований злочин слід відрізнити від такого злочину, як незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 Кримінального кодексу України), суб'єктивною стороною якого є лише намір і крім того обов'язковою кваліфікаційною ознакою якого – спричинення таким діянням тяжких наслідків, що не є обов'язковим у складі злочину, передбаченого ст. 132 Кримінального кодексу України.

Окремо слід сказати про статтю Кримінального кодексу України – статтю 184 “Порушення права на безоплатну медичну допомогу”, зі змісту якої випливає, що коли у пацієнта вимагають оплатити надані в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я медичні послуги, за які чинним законодавством не передбачена оплата, то такі особи караються штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом до шести місяців.⁹⁹⁹ Проблематичнішою є застосування ч. 2 цієї статті, згідно з якою за незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я посадова особа карається штрафом до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років.

У медичній науці і практиці зустрічається поняття лікарської помилки. Загалом нею охоплюються хибні висновки і дії лікаря при встановленні діагнозу захворювання, визначенні тактики і методики його лікування¹⁰⁰⁰. Для юриспруденції важливими є суб'єктивні причини виникнення лікарської помилки, тобто недостатня професійна підготовка і досвід лікаря, порушення ним службових та етичних засад надання медичної допомоги, недоліки морального характеру медичного працівника. У чинному кримінальному кодексі статті про відповідальність за лікарську помилку прямо не передбачено, однак у разі виникнення тяжких наслідків, спричинених такою помилкою, діяння медичного або фармацевтичного працівника буде кваліфікуватися, як неналежне виконання своїх професійних обов'язків (ст. 140 Кримінального кодексу України). І звичайно, внаслідок лікарської помилки, вчиненої із заподіянням шкоди здоров'ю пацієнта настає цивільно-правова відповідальність за ст. 1195 Цивільного кодексу України.

Підтримуючи введення до закону даної статті, деякі українські науковці, однак, передбачають проблеми, що можуть виникати з кваліфікацією діянь медичних працівників і притягненням їх до кримінальної відповідальності. В умовах, що склалися наданий час в галузі охорони здоров'я України, непросто зробити об'єктивний висновок про невиконання або неналежне виконання медичним працівником професійних обов'язків. Вважаємо, що це питання потребує подальшого уточнення, а всі виявлені випадки повинен ретельно аналізувати спеціально уповноважений орган з

⁹⁹⁹ Інтерв'ю із заступником Генерального прокурора України О. Колінко // Медична газета “Здоров'я України”. – 2004. – № 6(91). – березень.

¹⁰⁰⁰Юридична енциклопедія: в 6 т. / Редкол.: Ю. С. Шемчушенко (відп. ред.) та ін. – К.: “Укр. енцикл.”, 2001. – Т.3. – С. 490.

метою уникнення судової помилки та випадків безкарності медичних працівників за виявлену недбалість.¹⁰⁰¹

Неналежне лікування, що є протиправним і спричинило шкоду здоров'ю хворого або його смерть, тягне за собою обов'язок відшкодувати цю шкоду, тобто цивільно-правова відповідальність настає лише за наявності вини лікаря або іншого медичного працівника. Вина є суб'єктивною основою відповідальності і, як елемент правопорушення, характеризує його з точки зору внутрішнього, психічного стану винного.¹⁰⁰² Це ж стосується й інших видів юридичної відповідальності – дисциплінарної, адміністративної, матеріальної і кримінальної. Без вини немає відповідальності!

Етичні засади професійної діяльності лікаря, корені якої виходять з клятви Гіппократа, нині визначені у Клятві лікаря, затвердженій Указом Президента України від 15 червня 1992 року № 349 “Про Клятву лікаря”.¹⁰⁰³ Тому слід виходити із того, що правомірна, високоморальна поведінка медичного працівника, який взірцево виконує свої професійні та службові обов'язки повинна всіляко заохочуватись (що передбачено Кодексом законів про працю України, а також умовами колективному договору і правилами внутрішнього трудового розпорядку), а невиконання, чи неналежне виконання своїх обов'язків тягнути за собою настання відповідних заходів юридичної відповідальності.

¹⁰⁰¹ Козуліна С.О., Журавель В.І. Правопорушення лікарів та їх цивільно-правова відповідальність // Охорона здоров'я України. 2002. – № 3 – 4 (6 –7). – С. 86.

¹⁰⁰² Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. – Львов: «Вища школа», 1982. – С. 173.

¹⁰⁰³ Голос України. – 1992. – 16 червня.

Розділ VII. Контроль і нагляд у сфері реалізації державної політики охорони здоров'я

Глава 1. Поняття контролю і нагляду. Контроль як функція державного регулювання і управління

В юридичній науці важливим політико-правовим явищем, критерієм правового життя суспільства виступає **законність**. У найбільш загальному вигляді законність відображає правовий характер організації суспільного життя, органічний зв'язок права і влади, права і держави.¹⁰⁰⁴

Поняття законності найчастіше визначається як **неухильне виконання законів і прийнятих у відповідності з ними інших правових актів державними органами, їх посадовими особами, громадянами, недержавними органами і організаціями.**

В юридичній літературі законність розглядається у різних аспектах. Як принцип державно-правового життя законність є основою діяльності держави, усіх її гілок влади. Вимога дотримання і виконання законів та інших правових актів стосується всіх суб'єктів права. Відповідно до ч. 2 ст. 19 Конституції України органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України.

Отже, законність має забезпечувати реалізацію та охорону прав, свобод і законних інтересів громадян, рівність усіх перед законом. Водночас принцип законності означає, що органи законодавчої, виконавчої, судової влади та органи місцевого самоврядування мають діяти лише в порядку і в межах компетенції, визначеної Конституцією України, законами, іншими нормативно-правовими актами.

Як принцип державного управління законність передбачає, що держава здійснює свої функції правовими засобами і в правових формах. Це зумовлено насамперед значенням діяльності та впливу органів виконавчої влади на всі сфери суспільних відносин, їх правом приймати на основі законів та відповідно до них нормативні та індивідуальні правові акти, розглядати і вирішувати справи про застосування заходів адміністративної та дисциплінарної відповідальності, тобто здійснювати так звану адміністративну юрисдикцію.

¹⁰⁰⁴ Юридична енциклопедія. Т. 2. — К., 1999. — С. 498.

Забезпечення законності потребує створення і зміцнення певних гарантій. **Гарантії законності** — це обумовлені закономірностями суспільного розвитку умови, засоби, фактори, що забезпечують дотримання законності.

Виділяють загальні й спеціальні гарантії законності.

До загальних гарантій належать об'єктивні умови суспільного розвитку, в яких здійснюється правове регулювання. Серед них, як правило, виділяють: політичні умови — розвиток демократії, гласність, поділ влади, свобода інформації;

економічні умови — рівень розвитку ринкових відносин, виробництва, гарантованість економічної свободи, добробут населення тощо;

ідеологічні умови — рівень розвитку правосвідомості, заснованої на визнанні пріоритету прав і свобод людини, правової культури громадян, і насамперед державних службовців.

До спеціальних гарантій належать:

- стан законодавства, його стабільність і відповідність розвитку відносин у суспільстві, рівень юридичної техніки;
- рівень діяльності з попередження і припинення правопорушень, у тому числі заходів юридичної відповідальності;
- доступність і якість правосуддя;
- ефективність контролю за реалізацією правових актів.

Активне використання наведених гарантій законності досягається різними шляхами, проте всі вони передбачають цілеспрямовану діяльність відповідних державних органів і посадових осіб. Сукупність завдань, функцій, повноважень, форм, методів і порядку такої діяльності прийнято вважати **системою засобів забезпечення законності**.

Цю систему утворюють наступні основні групи засобів забезпечення законності у державному управлінні:

1) різні види контрольної діяльності у сфері державного управління з боку державних органів, органів місцевого самоврядування і громадських організацій;

2) різні способи реагування державних органів, насамперед органів виконавчої влади, на звернення громадян (пропозиції, заяви і скарги) з метою правової охорони і захисту їхніх прав і свобод;

3) здійснення спеціалізованого судового захисту порушених прав і свобод громадян у порядку адміністративного судочинства;

4) нарешті, притягнення до різних видів юридичної відповідальності посадових осіб державних органів за протиправні дії у сфері державного управління, а також, у необхідних випадках, застосування заходів адміністративної відповідальності до громадян, які своїми протиправними діями порушують встановлений порядок управління.¹⁰⁰⁵

Законність тісно пов'язана з **дисципліною** в державному управлінні. Законність і дисципліна — необхідні умови утвердження демократичної,

¹⁰⁰⁵ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім "Ін-Юре", 2002. — С. 347–348.

правової держави, оскільки спрямовані на забезпечення функціонування громадянського суспільства, активної ролі особи в усіх сферах суспільного життя. Ці явища мають загальну мету в сфері державного управління, хоча дещо відрізняються за своїм спрямуванням.¹⁰⁰⁶

Загальновідомо, що однією з функцій управління є контроль. Він невід'ємний елемент управлінської діяльності, фактор підвищення її ефективності і подальшого удосконалення¹⁰⁰⁷. Це положення є загальноприйнятим у вітчизняній і світовій практиці. З ним погоджується переважна більшість фахівців з питань управління, системологів, правознавців та інших дослідників, розуміючи під контролем перевірку діяльності або спостереження за відповідністю діяльності підконтрольного об'єкта тим вказівкам, які він одержав від суб'єкта управління. Функція контролю багатогранна і включає в себе виявлення та аналіз фактичного стану справ, співставлення фактичного стану з наміченими цілями, підконтрольної діяльності і вжиття заходів по усуненню виявлених недоліків.

Держава завжди повинна мати певний вплив на розвиток основних суспільних процесів. З цією метою вона має отримувати інформацію про реальний стан процесів, що відбуваються, аналізувати розвиток подій за відповідних умов і при потребі впливати на їх перебіг. Тобто органи державної влади у притаманних їм формах, використовуючи відповідні прийоми і методи, контролюють і спрямовують розвиток суспільних відносин. Саме тому вони є головними суб'єктами здійснення контрольної функції в суспільстві. Це впливає із того, що держава має можливості і наділена реальними повноваженнями для впливу на суспільство при здійсненні якого вона застосовує результати контролю.

Загалом контроль використовується для перевірки відповідності діяльності учасників суспільних відносин встановленим приписам, в рамках і межах яких вони мають діяти. Мета контролю полягає у встановленні результатів діяльності певних суб'єктів, допущених відхилень від прийнятих вимог, принципів організації, виявленні причин цих відхилень, а також у визначенні шляхів подолання перешкод для ефективного функціонування всієї системи. З допомогою контролю, який у науці управління називають «зворотним зв'язком», суб'єкт управління отримує інформацію про результати діяльності, а також про ті помилки та зміни ситуації, що можуть призвести до невиконання поставлених завдань чи отримання зовсім інших результатів. Маючи таку інформацію, можна оперативно втрутитися, привести важелі управління у відповідність з умовами, що виникають, та попередити небажані наслідки.

¹⁰⁰⁶ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім "Ін-Юре", 2002. — С. 345 — 346.

¹⁰⁰⁷ Андрійко О. Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України. - Київ. Видавничий дім "Ін-Юре". 1999. - С. 23.

Ще професор Студенікіна М.С. звертала увагу на те, що в літературі різними авторами контроль тлумачиться по-різному, внаслідок чого складається враження, що мова йде про зовсім різні речі.¹⁰⁰⁸

У юридичній літературі контроль в основному розглядають як функцію державних органів, хоча в деяких роботах він виступає як правова форма, метод чи принцип їх діяльності. Характерним є дослідження та аналіз контролю як одного із засобів забезпечення законності і дисципліни в державному управлінні.

Завдання контролю як функції держави полягає у спостереженні та перевірці розвитку системи певних суспільних явищ та всіх її елементів відповідно до визначених напрямів, а також у попередженні можливих помилок і суб'єктивних неправомірних дій, які можуть стати факторами, що стримують розвиток. Разом з тим контроль тісно пов'язаний з іншими видами діяльності і може входити до їх складу як певна частина. Тому контроль як певний вид діяльності можна розглядати як самостійну дію або як складову частину інших видів діяльності держави та функцій її органів.

Отже, контроль може розглядатися як частина керівної, організаційної, управлінської та виробничої діяльності, як окремий елемент господарсько-організаційної або іншої діяльності. Такий, висновок вірний для тих державних та інших організацій, для яких контроль не є єдиним і основним змістом їх діяльності. Для тих же державних органів, які покликані здійснювати лише контрольну діяльність, контроль набуває характеру самостійного виду діяльності¹⁰⁰⁹.

Об'єктивну необхідність контролю для управління в цілому підтверджує перелік елементів контролю. Без контролю не можна забезпечити компетентність і конкретність керівництва. Управляти конкретно – значить управляти на основі достовірної інформації, володіючи якою можна своєчасно зауважити помилки і перешкоди на шляху до мети, переборювати їх, скорегувати управління, привівши його у відповідність з новим станом.¹⁰¹⁰

Контроль, як і процес управління в цілому, є за своїм характером владною діяльністю. Владність контролю проявляється в наявності в органу, що його здійснює, певних владних повноважень, пов'язаних з можливістю:

- а) давати підконтрольним об'єктам обов'язкові для виконання вказівки про усунення виявлених недоліків;
- б) ставити перед повноваженими органами питання про притягнення до відповідальності винних у виявлених порушеннях осіб;
- в) безпосередньо застосовувати у ряді випадків заходи примусу.

Реформа органів державної влади та управління має привести до створення комплексу інститутів, що дозволять здійснювати дієвий контроль за законністю актів і дій посадових осіб та усіх працівників державного

¹⁰⁰⁸ Студеникіна М. С. Государственные инспекции в СССР. – М.: Юрид. Лит., 1987. – С. 5-6.

¹⁰⁰⁹ Там же. – С. 23.

¹⁰¹⁰ Адамецки К. О науке организации. – М.: "Экономика", 1972. – С. 129.

апарату. Необхідно сформувати систему контролю над державним апаратом і органами місцевого самоврядування забезпечити сувору законність усіх дій і актів, запобігати порушенню прав та свобод людини і громадянина.

За таких умов контроль як важливий вид діяльності держави посідає одне з важливих місць. Крім того, зміна ролі держави у суспільстві змінює і сутність та призначення контролю.

Його основною метою є підвищення ефективності державного управління шляхом аналізу, перевірки та спрямування діяльності суб'єктів управління відповідно до їх завдань та встановлених приписів. За допомогою контролю забезпечується злагоджена, чітка робота органів державної влади, добросовісне і якісне виконання посадовими особами, всіма державними службовцями наданих їм прав та сумлінне ставлення до виконання своїх обов'язків для забезпечення добробуту суспільства.¹⁰¹¹

Державний контроль у сфері виконавчої влади України займає важливе місце у системі державного контролю. Особливість його визначається місцем виконавчої влади та її органів в механізмі державної влади. Функція контролю притаманна діяльності майже усіх органів виконавчої влади. Але якщо одні з них здійснюють загальний контроль, хоч ця їх функція і не є головною, то інші здійснюють контрольну функцію, яка посідає основне місце у їх діяльності.¹⁰¹²

Провідний український дослідник проблем державного контролю проф. О.Ф. Андрійко визначає державний контроль як функцію, яку держава здійснює з метою перевірки дотримання і виконання поставлених завдань, прийнятих рішень і їх правомірності. Зміст державного контролю включає спостереження, аналіз і перевірку діяльності відповідних органів та їх посадових осіб щодо виконання поставлених перед ними завдань, дотримання установлених державою правил, норм і стандартів.¹⁰¹³

Система державного контролю є складною і розгалуженою, оскільки контроль здійснюється багатьма державними органами та посадовими особами, обсяг контрольної діяльності у них різний, а стосовно самого управління може мати як зовнішній, так і внутрішній характер.¹⁰¹⁴

Саме тому суттєве значення для практичної організації та правового регулювання державного контролю має **класифікація його видів**. Вона є не лише теоретичним відображенням різноманітності та різноплановості контролю, а й практичним результатом виокремлення важливих сфер суспільного життя, що перебувають під контролем держави.

¹⁰¹¹ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім "Ін-Юре", 2002. — С. 431.

¹⁰¹² Виконавча влада і державний контроль. К.: Вища школа права при Інституті держави і права ім. В. М. Корецького НАН України. — 2002. — С. 12.

¹⁰¹³ Державний контроль у сфері виконавчої влади. Наукова доповідь / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К., 2000. — С. 11.

¹⁰¹⁴ Державне управління та адміністративне право в сучасній Україні: актуальні проблеми реформування / За заг. ред. В.Б. Авер'янова і І.Б. Коліушка. — К.: Українська академія державного управління при Президенті України, 1999. — С. 29.

Вичерпний перелік видів державного контролю дати надзвичайно складно та й немає і потреби у такій вичерпності. Важливо: що, кого і як контролювати, а звідси вибір класифікаційних ознак для виділення видів контролю.

Різні види державного контролю виділяються за:

- характером і обсягом контрольних повноважень;
- часом проведення контролю;
- характером організаційних зв'язків суб'єкта контролю з підконтрольним об'єктом;
- суб'єктами, що здійснюють контроль.

При цьому види контролю в їх практичній реалізації можуть співпадати, але повною мірою вони не замінюють один одного, діють кожен у своїх межах, що визначаються завданнями даного виду контролю. Водночас усі види державного контролю базуються на загальних принципах, зберігають основні риси єдиного родового поняття контролю.

За характером організаційних зв'язків контролюючого суб'єкта з підконтрольним об'єктом слід виділити **зовнішній і внутрішній** контроль.

Внутрішній контроль та його різновиди здійснюються в межах безпосередньої організаційної підпорядкованості підконтрольного об'єкта контролюючому суб'єкту.

При зовнішньому контролі така організаційна підпорядкованість відсутня. Відмінність таких видів контролю полягає в різних правових формах реалізації контрольних повноважень та в методах впливу. Якщо внутрішній контроль є суто внутрішньою справою і здійснюється органами однієї системи, може стосуватися широкого кола питань діяльності системи, то зовнішній контроль, як правило, здійснюється щодо конкретної сфери чи функції і стосується якогось певного аспекта діяльності управлінської системи.

Якщо розглядати поняття зовнішнього і внутрішнього контролю щодо системи органів виконавчої влади, то внутрішнім слід вважати контроль з боку окремих органів виконавчої влади щодо інших органів цієї ж гілки влади. Цей вид державного контролю можна ще називати внутрішнім адміністративним контролем.

А зовнішнім щодо органів виконавчої влади буде контроль, який здійснюють державні органи, котрі знаходяться поза межами системи власне органів виконавчої влади.

За правовими наслідками зовнішній та внутрішній контроль мають відмінності, що дають змогу виділити їх в окремі види контролю. Так, якщо при проведенні внутрішнього контролю можуть бути застосовані заходи дисциплінарної або адміністративної відповідальності, скасовані чи змінені рішення, задіяні різноманітні інші важелі владного впливу на підконтрольні об'єкти (наприклад, проведення структурних реорганізацій, кадрових змін і т. ін.),

то при зовнішньому контролі органи, що його здійснюють, можуть діяти лише у межах своїх повноважень.¹⁰¹⁵

Залежно від характеру та обсягу контрольних повноважень виділяють **загальний та спеціальний** контроль. При такій класифікації важливий обсяг контрольних повноважень контролюючого суб'єкта, їх характер та закріплення у нормативно-правовому акті, що регламентує діяльність суб'єкта контролю.

Контроль як функція управління здійснюється майже всіма державними органами та їх посадовими особами. За умови, що контроль не виділяється як їх основна функція (тоді це — спеціальний контроль), зазначені суб'єкти здійснюють загальний контроль у межах своєї основної діяльності.

Залежно від часу проведення контролю він може бути **попереднім, поточним** (оперативним) і **наступним**.¹⁰¹⁶

Отже у повному виді система контролю у сфері охорони здоров'я має включати:

а) громадський контроль над державним апаратом і органами місцевого самоврядування, що здійснюється усім народом (вибори, референдуми, загальнонародні обговорення і т.д.) або структурами певної територіальної громади;

б) контроль інституціоналізований за видами органів державної влади: парламентський, судовий і контроль в системі виконавчої влади України.¹⁰¹⁷

Залежно від суб'єктів, які здійснюють контроль, зокрема щодо системи органів виконавчої влади, доцільно виділити такі види, як:

- контроль у самій системі органів виконавчої влади — внутрішній адміністративний контроль;
- контроль з боку Президента України — президентський контроль;
- контроль з боку Верховної Ради України — парламентський контроль;
- контроль з боку органів судової влади — судовий контроль;
- специфічний різновид контролю з боку органів прокуратури — прокурорський нагляд.

Така класифікація видів державного контролю дає змогу конкретизувати цю функцію щодо державного органу, який її здійснює, і проаналізувати її обсяг залежно від нормативно закріплених повноважень даного органу. Крім того, при поділі державного контролю на зовнішній і внутрішній та розмежуванні видів контролю за характером суб'єктів, що

¹⁰¹⁵ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 353 – 354.

¹⁰¹⁶ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім “Ін-Юре”, 2002. – С. 351 – 352.

¹⁰¹⁷ Нижник Н. Україна - державне управління, шляхи реформування. – К.: АТ "Миронівська друкарня", 1997. – С. – 38.

його здійснюють, прослідковується їх тісний взаємозв'язок, а отже, можливість координації з метою активізації впливу на відповідну контрольовану сферу.¹⁰¹⁸

Поряд з контролем державні органи здійснюють такий близький до нього вид діяльності, як нагляд. Розділяючи ці поняття, доцільно сказати, що найхарактернішими ознаками нагляду є: здійснення його державними органами щодо об'єктів, які їм організаційно не підпорядковані, тоді як контроль в абсолютній більшості випадків здійснюється щодо організаційно підпорядкованих суб'єктів; застосування у процесі нагляду заходів адміністративного впливу, тоді як за результатами контролю можливе застосування і дисциплінарних заходів; здійснення адміністративного нагляду щодо дотримання відповідними суб'єктами спеціальних норм і правил, тоді як контроль – за діяльністю підконтрольних об'єктів в цілому чи окремими їх аспектами. Тому нагляд є окремим видом (формою) контролю, застосування якого при виявленні порушень може супроводжуватися заходами впливу державно-владного характеру.¹⁰¹⁹

Значення контролю в сучасних умовах, особливо в умовах децентралізації державного управління, значно зростає. Застосовуваний у минулому підхід – виявити і покарати за допомогою контролю, підхід, який був основним при здійсненні контрольної діяльності в минулому, – має поступитися місцем контролю спрямовуючому. Його проведення дає можливість отримати в порядку зворотного зв'язку інформацію, на підставі якої можна робити висновки (припущення) стосовно стану чи ситуації, що виникли в результаті здійснення управлінських функцій чи виконання поставлених завдань і приймати рішення, відстежувати ситуацію та спрямовувати її.¹⁰²⁰

Таким чином, в умовах демократичного розвитку держави і формування нової політики оновлюється сутність і призначення контролю.

Поряд з контролем державні органи здійснюють такі близькі до нього види діяльності, як **нагляд і моніторинг**. З огляду на це необхідно відзначити відмінності між названими явищами. Так, до найбільш характерних особливостей нагляду належать:

- нагляд здійснюється державними органами щодо об'єктів, які їм організаційно не підпорядковані, тоді як контроль стосується організаційно підпорядкованих суб'єктів (хоча в окремих випадках він здійснюється і щодо непідпорядкованих об'єктів);
- у процесі нагляду застосовуються заходи адміністративного впливу, тоді як за результатами контролю можуть застосовуватися і дисциплінарні заходи;

¹⁰¹⁸ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім "Ін-Юре", 2002. — С. 354.

¹⁰¹⁹ Адміністративне право України. Академічний курс: Підруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В. Б. Авер'янов (голова). — К.: Видавництво "Юридична думка", 2004. — С. 348-350.

¹⁰²⁰ Державний контроль у сфері виконавчої влади. Наукова доповідь / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К., 2000. — С. 11.

– адміністративний нагляд здійснюється за дотриманням відповідними суб'єктами спеціальних норм і правил, тоді як контроль — за діяльністю підконтрольних об'єктів у цілому чи окремими її аспектами.

Отже, **нагляд** слід розглядати як окремий вид (форму) контролю, застосування якого при виявленні порушень може супроводжуватися заходами впливу державно-владного характеру.

Що ж стосується **моніторингу**, який на практиці останнім часом знаходить дедалі ширше застосування, то тут ми маємо справу також з різновидом контролю, певною його формою, котру порівняно з наглядом, за наслідками впливу, можна віднести до його пасивної форми.¹⁰²¹

В сучасній науковій літературі, у тому числі і літературі юридичній, все частіше з'являється запозичений з англійської мови термін „моніторинг”, який на практиці останнім часом отримує все ширше застосування. Щодо співвідношення цих близьких за своїм змістом понять, то слід зазначити, що на думку О.Ф. Андрійко, моніторинг є різновидом контролю, певною його формою, що у порівнянні з наглядом за наслідками впливу можна віднести до його пасивної форми.¹⁰²²

Застосування моніторингу пов'язують з відслідковуванням ситуації чи процесу у сфері управлінської діяльності, відстежуванням впливу прийнятих управлінських рішень, правових актів на існуючі суспільні відносини. При цьому використовуються методи не стільки перевірок, ревізій, скільки спостереження та аналізу.

Здійснення функцій контролю і моніторингу, у тому числі і у сфері охорони здоров'я вимагає і застосування різних видів та організаційних форм такої діяльності.

Глава 2. Контрольна функція в системі реалізації політики охорони здоров'я

У системі засобів забезпечення законності у державному управлінні контрольна функція держави посідає важливе місце, оскільки її метою є забезпечення злагодженої, чіткої роботи органів державної влади усіх рівнів і ланок, сумлінне і якісне виконання, раціональне використання її посадовими особами та державними службовцями, усім складом працівників наданих їм прав та відповідальне ставлення до виконання своїх обов'язків у відносинах з громадянами.

Держава є одним з головних суб'єктів здійснення контрольної функції у суспільстві. Адже вона наділена реальними повноваженнями для впливу на

¹⁰²¹ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім “Ін-Юре”, 2002. — С. 349–350.

¹⁰²² Державний контроль у сфері виконавчої влади. Наукова доповідь / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К., 2000. — С. 13.

суспільство, при здійсненні якого вона покладається і на засоби контролю. Отже, державний контроль є важливим видом діяльності держави, що здійснюється уповноваженими державними органами, посадовими особами і спрямований на забезпечення законності й дисципліни.

Сутність функції контролю при здійсненні державної політики у будь-якій сфері полягає у спостереженні та перевірці розвитку суспільної системи й усіх її елементів відповідно до визначених напрямів, а також у попередженні та виправленні можливих помилок і неправомірних дій, що перешкоджають такому розвитку. Контроль тісно пов'язаний з іншими видами державної діяльності й може входити до їх складу як певна частина. Водночас як самостійна функція управління контроль має специфічний характер. Тому контроль як певний вид діяльності можна розглядати як самостійне явище або як складову інших видів діяльності держави та функцій її органів.¹⁰²³

В сфері охорони здоров'я, особливо в умовах формування децентралізованої системи управління, особливе значення для забезпечення ефективного регулювання суспільних відносин, набуває контрольна функція з боку держави за додержанням вимог, які встановлюються законодавством щодо правил професійної діяльності медичних закладів, медичних і фармацевтичних працівників, якості надання медичної допомоги, якості ліків та ін. В сучасних умовах коли безпосереднє управління переважною більшістю закладів охорони здоров'я комунальної власності здійснюється органами місцевого і регіонального самоврядування саме функція контролю виступає на перше місце в діяльності органів державної виконавчої влади, зокрема, Міністерства охорони здоров'я як центрального органу цієї гілки влади.

В умовах роз'єднаності управління закладами охорони здоров'я всіх форм власності між органами державної виконавчої влади, виконавчими органами місцевого самоврядування і нарешті власниками приватних закладів охорони здоров'я функція контролю, особливо державного контролю, а не планування, координації чи прогнозування, набуває особливого значення для зміцнення всієї системи охорони здоров'я і забезпечення її належного управління. При такій відносно децентралізованій системі управління центральне місце в механізмі регулювання відносин відіграють норми законодавства, які встановлюють обов'язкові вимоги для учасників цих відносин, щодо надання медичної допомоги і здійснення будь-якої іншої діяльності в сфері охорони здоров'я, образно кажучи, встановлюють "правила гри", які діють у цій сфері.

Однією з необхідних умов посилення контролю у сфері охорони здоров'я є поява на ринку медичних послуг приватної медичної практики окремих медичних і фармацевтичних працівників, а також медичних закладів приватної і колективної форм власності, управлінська діяльність відносно

¹⁰²³ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім "Ін-Юре", 2002. — С. 348–349.

яких набуває форм державного регулювання. Досвід окремих країн (насамперед країн СНД) свідчить про те, що діяльність медичних закладів приватної і колективної форм власності без необхідних регулюючих дій з боку держави призводить до того, що міністерства охорони здоров'я практично втрачають контроль за якістю надання медичної допомоги в них. Слід погодитись із думкою Б. Пліша, що чим більше та чи інша система охорони здоров'я спирається на ринкові механізми у фінансуванні та наданні медичних послуг, тим більший контроль повинні здійснювати уряди через свої контрольні органи.¹⁰²⁴

Власне, у Положенні про Міністерство охорони здоров'я України зазначається, що воно є головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення. У межах своїх повноважень МОЗ України організовує виконання актів законодавства і здійснює систематичний контроль за їх реалізацією.

Відповідно контроль за якістю та реалізацією лікарських засобів і виробів медичного призначення, контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання якісної медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості, організації надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню, надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях є основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України.

Здійснюючи контрольну діяльність Міністерство охорони здоров'я України має право: одержувати в установленому законодавством порядку від центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також від підприємств, установ та організацій інформацію, документи і матеріали, необхідні для виконання покладених на Міністерство завдань; залучати спеціалістів центральних та місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій (за погодженням з їхніми керівниками) для розгляду питань, що належать до його компетенції; взаємодіяти з іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, а також з відповідними органами інших держав, зокрема контролюючими діяльність в сфері охорони здоров'я; в межах своїх повноважень на основі та на виконання актів законодавства видавати накази, організовувати і контролювати їх виконання.

Вказане положення регламентує також контрольні функції та повноваження вищої посадової особи міністерства – **Міністра**. До них, зокрема, відносяться:

- 1) керівництво міністерством, розроблення і реалізація державної

¹⁰²⁴ Пліш Б. Децентралізація державного управління охороною здоров'я – шлях реформування галузі: досвід європейських країн. // Вісник Української Академії державного управління. – №2. – 2003. – С. 222 – 223.

політики у сфері контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;

2) контроль за виконанням Міністерством охорони здоров'я України своїх завдань і функцій;

3) подання Прем'єр-міністрові України пропозицій щодо кандидатур на посади перших заступників і заступників міністра охорони здоров'я

4) затвердження за поданням Першого заступника міністра – керівника апарату міністерства програм і планів роботи Міністерства охорони здоров'я України, розгляд та затвердження звіту Першого заступника міністра – керівника апарату міністерства про їх виконання;

5) прийняття за поданням Першого заступника міністра – керівника апарату міністерства рішення щодо розподілу бюджетних коштів, головним розпорядником яких є Міністерство охорони здоров'я України, розгляд та затвердження звіту Першого заступника міністра – керівника апарату міністерства про виконання цих рішень;

6) подання Кабінету Міністрів України пропозицій щодо утворення, реорганізації, ліквідації у складі Міністерства охорони здоров'я України урядових органів державного управління;

7) внесення Кабінету Міністрів України подання про призначення на посади та звільнення з посад керівників урядових органів державного управління, утворених у складі Міністерства охорони здоров'я України;

8) призначення на посади та звільнення з посад у встановленому законодавством порядку керівників закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління міністерства;

9) порушення в установленому порядку питання щодо притягнення до дисциплінарної відповідальності свого Першого заступника та заступників;

10) погодження пропозицій Першого заступника міністра – керівника апарату міністерства з питань:

призначення на посади та звільнення з посад працівників центрального апарату Міністерства охорони здоров'я України;

утворення, реорганізації, ліквідації територіальних органів Міністерства охорони здоров'я України, а також підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства, затвердження їх положень (статутів);

граничної чисельності працівників урядових органів державного управління, утворених у складі Міністерства охорони здоров'я України;

11) погодження виконання Першим заступником функцій з управління майном, що перебуває у сфері управління міністерства тощо.

За виконання перелічених та інших, передбачених посадовою інструкцією, функцій Міністр несе персональну відповідальність перед Президентом України (який його призначив на цю посаду) та Кабінетом

Міністрів України (вищим над міністром органом виконавчої влади). Таким чином по суті міністр є об'єктом контролю по відношенню до двох останніх інституцій державної влади. Водночас він виступає суб'єктом контролю всередині апарату самого міністерства та по відношенню до управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, а також інших закладів охорони здоров'я, установ, підприємств, організацій незалежно від форм власності, які виступають учасниками відносин у сфері охорони здоров'я. Так, Положенням про Міністерство охорони здоров'я передбачено, що **Перший заступник міністра – керівник апарату міністерства** підзвітний і підконтрольний Міністрові. Він забезпечує діяльність Міністра як керівника МОЗ України та члена Кабінету Міністрів, організовує роботу апарату МОЗ України, готує та подає на затвердження Міністрові програми і плани роботи МОЗ України, організовує та контролює їх виконання, звітує про їх виконання перед Міністром, організовує та контролює виконання законів, актів і доручень Президента України та Кабінету Міністрів України, а також наказів та доручень Міністра, забезпечує контроль за виконанням контрактів, укладених міністерством з керівниками підприємств та організацій, що належать до сфери управління міністерства та здійснює інші повноваження.

Перший заступник міністра – керівник апарату міністерства, з питань, що належать до його компетенції, видає накази організаційно-розпорядчого характеру і контролює їх виконання.

Щодо зовнішньої контрольної діяльності з боку **Міністра** то він, наприклад, контролює діяльність управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій щодо здійснення ними: заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію; організації надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; надання в установленому законодавством порядку Міністерству охорони здоров'я України необхідної інформації, документів та матеріалів.

Якщо Міністр і міністерство здійснюють контроль на загальнодержавному рівні, то на обласному та міському у містах Києві та Севастополі контроль з боку держави здійснюють управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної

адміністрації, а на території Автономної Республіки Крим Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим.

Сьогодні вказані місцеві органи виконавчої влади здійснюють свою діяльність відповідно до власних положень, які розроблені на основі Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1845.¹⁰²⁵ Типове положення визначило управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської держадміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської держадміністрації як структурний підрозділ обласної. Київської та Севастопольської міської держадміністрації, що утворюється головою відповідної держадміністрації та підзвітне і підконтрольне голові відповідної держадміністрації та Міністерству охорони здоров'я України.

Аналізуючи норми вказаного положення можна вказати, що до контрольних функцій **управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій** відносяться здійснення на основі галузевих медичних стандартів контролю за якістю та обсягом медико-санітарної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я всіх форм власності, контроль за станом здоров'я дітей у дошкільних та інших навчальних закладах незалежно від форми власності, виробництвом і якістю продуктів дитячого харчування в закладах охорони здоров'я, контроль за ефективністю використання закладами охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласних бюджетів, бюджетів міст Києва та Севастополя фінансових, матеріальних та трудових ресурсів, забезпечення здійснення контролю за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану, здійснення контролю за діяльністю медичних та фармацевтичних вищих навчальних закладів I-II рівня акредитації, що належать до сфери їх управління, здійснення контролю за забезпеченням у визначений законом термін розгляду звернень громадян та їх об'єднань в закладах охорони здоров'я. Особливе значення мають контрольні повноваження за здійсненням систематичного контролю за додержанням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності тощо.

Для здійснення ефективного та дієвого контролю **управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій** наділені правом:

давати згідно із законодавством обов'язкові для виконання розпорядження керівникам підприємств, установ, організацій, їх філій, відділень незалежно від форми власності і громадянам з питань, що належать до його компетенції, порушувати питання про їх відповідальність у порядку, встановленому законом;

¹⁰²⁵ Офіційний вісник України. – 2000. – №51. – Ст. 2207.

залучати спеціалістів інших структурних підрозділів відповідної держадміністрації, підприємств, установ та організацій, об'єднань громадян (за погодженням з їх керівниками) для розгляду питань, що належать до його компетенції;

одержувати в установленому порядку від інших структурних підрозділів відповідної держадміністрації, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій всіх форм власності інформацію, документи та інші матеріали, а від місцевих органів державної статистики - безоплатно статистичні дані, необхідні для виконання покладених на нього завдань;

скликати в установленому порядку наради з питань, що належать до його компетенції;

використовувати в установленому законодавством порядку кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями та окремими громадянами, для розвитку матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

2.1. Державний контроль за дотриманням ліцензійних умов

Однією із форм контрольної діяльності органів охорони здоров'я є контроль за дотриманням ліцензійних умов у цій сфері. Чинне законодавство визначає, що медична діяльність підлягає ліцензуванню, розуміючи під останнім отримання дозволу (ліцензії) на здійснення певного виду діяльності, засіб здійснення державного контролю з боку органів влади за дотриманням суб'єктами певного виду медичної діяльності вимог законодавства, що пред'являються до медичної і фармацевтичної практики.

Ліцензування у сфері охорони здоров'я здійснюється на основі Закону України "Про ліцензування певних видів господарської діяльності"¹⁰²⁶, стаття 9 якого серед видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, визначає медичну практику, виробництво лікарських засобів, оптову, роздрібну торгівлю лікарськими засобами, проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, переробку донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, ветеринарну практику.

Постановою Кабінету Міністрів України від 14 листопада 2000 року № 1698 "Про затвердження переліку органів ліцензування"¹⁰²⁷ вказано, що питаннями ліцензування такого виду господарської діяльності, як медична практика займається Міністерство охорони здоров'я України. Саме воно видає ліцензію на здійснення медичної практики. Господарюючий суб'єкт (фізична чи юридична особа), який одержав ліцензію на здійснення такої діяльності називається **ліцензіатом**. Він зобов'язаний провадити свою діяльність відповідно до встановлених для цього виду діяльності **ліцензійних**

¹⁰²⁶ Офіційний вісник України. – 2000. – № 27. – Ст. 1109.

¹⁰²⁷ Офіційний вісник України. – 2000. – № 46. – Ст. 2001.

умов. Під останніми розуміється встановлений з урахуванням вимог законів Міністерством охорони здоров'я України та Державним комітетом України з питань регуляторної політики та підприємництва, вичерпний перелік організаційних, кваліфікаційних та інших спеціальних вимог, обов'язкових для виконання того чи іншого виду діяльності.

Таким чином, **ліцензія** – це документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на провадження зазначеного в ньому виду діяльності з медичної практики протягом визначеного строку та за умови виконання ним ліцензійних умов.

Наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва й Міністерства охорони здоров'я України від 12 січня 2001 року № 3/8 затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами.¹⁰²⁸ Дія цих Умов поширюється на всіх суб'єктів господарювання – зареєстрованих в установленому законодавством порядку юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, які проводять господарську діяльність, пов'язану з виробництвом лікарських засобів, оптовою, роздрібною торгівлею лікарськими засобами, а також на фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності, які здійснюють діяльність у зазначеній сфері. Ці Умови є засобом контролю держави за додержанням ліцензіатом вимог законодавства до фармацевтичної діяльності, пов'язаної з виробництвом лікарських засобів, оптовою, роздрібною торгівлею лікарськими засобами. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами складаються з: загальноорганізаційних вимог (дотримання вимог законів України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України), спеціальних вимог (вимог до виробництва лікарських засобів, загальних вимог до виробничих, складських, допоміжних зон, зон контролю якості, вимог до стерильного виробництва, виробництва імунобіологічних препаратів), вимог до оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, кваліфікаційних та інших вимог до персоналу.

Аналогічно наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2001 р. № 38/63 затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики.¹⁰²⁹ Вказаний наказ подає визначення медичної практики як діяльності, пов'язаної з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту.

¹⁰²⁸ Офіційний вісник України. – 2001. – № 27. – Ст. 204.

¹⁰²⁹ Офіційний вісник України. – 2001. – № 10. – Ст. 421.

Цим же наказом затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, виробництво лікарських засобів, оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами, проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. № 389 затверджено Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України.¹⁰³⁰ Вказаним положенням, зокрема, визначено, що: основними завданнями Комісії є: розгляд документів, поданих суб'єктами господарювання до Міністерства охорони здоров'я України для здійснення господарської діяльності з медичної практики, з проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів; прийняття рішень щодо видачі, переоформлення та анулювання ліцензій на здійснення господарської діяльності з медичної практики, з проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, видачі дублікатів ліцензій; ведення ліцензійних справ та ліцензійного реєстру Міністерства охорони здоров'я України.

Ліцензійна комісія відповідно до покладених на неї завдань: розглядає справи, подані суб'єктами господарювання до Міністерства охорони здоров'я України для здійснення господарської діяльності з медичної практики, з проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів; приймає рішення щодо видачі, переоформлення та анулювання ліцензій на здійснення господарської діяльності з медичної практики, з проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів; готує документи до розгляду Міністерством охорони здоров'я України щодо анулювання ліцензій на здійснення господарської діяльності з медичної практики, з проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів.

Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2000 року № 1755 “Про термін дії ліцензії на провадження певних видів господарської діяльності, розміри і порядок зарахування плати за її видачу”¹⁰³¹ встановлює термін дії ліцензії в три роки, а плату за її видачу – у розмірі **20 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян**.

Державний контроль за діяльністю з надання медичної допомоги і нагляд в сфері охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських

¹⁰³⁰ Офіційний вісник України. – 2002. – № 46. – Ст. 2116.

¹⁰³¹ Офіційний вісник України. – 2000. – № 48. – Ст. 2093.

державних адміністрацій, інші уповноважені органи та установи. Організаційно-методичне керівництво місцевими органами виконавчої влади при здійсненні ними контролю та нагляду за суб'єктами надання медичної допомоги покладається на Міністерство охорони здоров'я України. Контроль за наявністю ліцензії у суб'єкта, що здійснює медичну практику здійснюється спеціально уповноваженим органом з питань ліцензування, іншими органами виконавчої влади в межах їх компетенції шляхом проведення планових і позапланових перевірок. Планові перевірки щодо дотримання ліцензійних умов проводять **не частіше одного разу на рік**. Позапланові ж – здійснюються лише на підставі надходження до контролюючих органів у письмовій формі заяви (повідомлення) про порушення ліцензійних умов або з метою перевірки виконання розпоряджень про усунення порушень цих умов. При виявленні порушень в діяльності суб'єктів з надання медичної допомоги, місцеві органи виконавчої влади та інші уповноважені на це органи надсилають акти перевірок до Міністерства охорони здоров'я України для вирішення питань щодо видання розпорядження про усунення порушень чи зупинення дії ліцензії на визначений термін, або анулювання її (рішення Міністерства має бути прийняте не пізніше десяти робочих днів з дати складання акта перевірки про дотримання ліцензійних умов).

Зупинення дії ліцензії та анулювання її може здійснюватись за рішенням Ліцензійної комісії Міністерства охорони здоров'я України, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Підставами для анулювання ліцензії є:

- заява ліцензіата про анулювання ліцензії;
- акт про повторне порушення ліцензіатом ліцензійних умов;
- рішення про скасування державної реєстрації суб'єкта господарювання;
- нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть фізичної особи – суб'єкта підприємницької діяльності;
- акт про виявлення недостовірних відомостей у документах, поданих суб'єктом господарювання для одержання ліцензії;
- акт про встановлення факту передачі ліцензії або її копії іншій юридичній або фізичній особі для провадження господарської діяльності;
- акт про встановлення факту неподання в установлений строк повідомлення про зміну даних, зазначених в документах, що додавалися до заяви про видачу ліцензії;
- акт про невиконання розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов;
- неможливість ліцензіата забезпечити виконання ліцензійних умов, встановлених для певного виду господарської діяльності;
- акт про відмову ліцензіата в проведенні перевірки органом ліцензування або спеціально уповноваженим органом з питань ліцензування.

Іншим видом контролю за якістю надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я всіх форм власності і службового підпорядкування є **акредитація**, під якою розуміють оцінку діяльності

закладу охорони здоров'я згідно з вимогами стандартів, які характеризують структуру, процес та кінцеві результати його роботи. Порядок державної акредитації закладу охорони здоров'я регламентований постановою Кабінету Міністрів України № 765 від 15 липня 1997 року "Про затвердження порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я".¹⁰³² (із змінами, внесеними Постановою Кабінету Міністрів України № 134 від 14.02. 2002 р.)

Відповідно до п. 1 вказаної постанови, **державна акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності. Мета акредитації – офіційне визнання закладу на наявність у ньому умов для надання певного виду лікувально-профілактичної допомоги. Акредитація закладів охорони здоров'я дозволяє визначити відповідність їх діяльності встановленим стандартам, нормам і правилам. Вона є підтвердженням того, що певний заклад або фізична особа відповідають конкретним вимогам, які дозволяють їм здійснювати певні функції. У майбутньому одержання того чи іншого рівня акредитації стане ще однією з передумов для укладання контракту зі страховою компанією.**¹⁰³³

При проведенні акредитації оцінюється відповідність закладу охорони здоров'я певному рівню лікувально-профілактичної допомоги, яка ним надається (первинному, вторинному, третинному).

Акредитації підлягають усі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності. Вона проводиться один раз на три роки. Перша акредитація закладу проводиться не пізніше ніж через два роки від початку здійснення діяльності. Акредитацію закладів здійснюють **Головна акредитаційна комісія** при Міністерстві охорони здоров'я України, а фармацевтичних (аптечних) закладів – Головна акредитаційна комісія, що утворюється при Державній службі з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення та акредитаційні комісії при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 червня 2002 р. № 26 затверджено Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України та Положення про експерта Головної акредитаційної комісії при Міністерстві охорони здоров'я України.

Якщо Головна акредитаційна комісія проводить акредитацію закладів охорони здоров'я державної, (в тому числі закладів, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій) і приватної форми власності, то місцеві, територіальні акредитаційні комісії проводять акредитацію

¹⁰³²Законодавство України про охорону здоров'я // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 2000. – № 7. – С. 82–85.

¹⁰³³ Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 252.

закладів охорони здоров'я комунальної форми власності (відповідно за винятком тих, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій).

На підставі аналізу наданих закладом охорони здоров'я документів та висновків експертів, відповідна акредитаційна комісія приймає рішення щодо проведення акредитації та віднесення даного закладу до відповідної категорії (друга, перша, вища категорії), або про відмову у цьому. Рішення місцевих, територіальних акредитаційних комісій затверджується Головною акредитаційною комісією і повідомляється закладу у 10-денний термін.

У разі прийняття рішення про віднесення закладу охорони здоров'я до відповідної категорії, акредитаційна комісія, яка проводила акредитацію, видає йому **акредитаційний сертифікат**, термін дії якого визначається Головною акредитаційною комісією, але він не повинен перевищувати трьох років. Висновки експертів після проведення акредитації є однією з передумов для подальшого покращання роботи закладу охорони здоров'я.

Позачергова акредитація може проводитись з ініціативи закладу охорони здоров'я з метою підвищення категорії, але не раніше, ніж через один рік після проведення попередньої акредитації. В такому ж порядку проводиться акредитація закладу, якому в ній було відмовлено.

Акредитовані заклади вносяться до **Державного реєстру акредитованих закладів охорони здоров'я**, який ведеться Головною акредитаційною комісією Міністерства охорони здоров'я України .

У разі порушення умов надання закладом якісної медико-санітарної допомоги, а також недостовірного інформування про свою діяльність, за поданням відповідної акредитаційної комісії Головна акредитаційна комісія може прийняти рішення про анулювання або зниження акредитаційної категорії закладу охорони здоров'я. Протягом десяти днів з дня ухвалення такого рішення заклад зобов'язаний повернути акредитаційний сертифікат до акредитаційної комісії, яка його видала.

В системі охорони здоров'я розробляють і застосовують різні види галузевих стандартів. Взагалі, **стандарт** – це чіткий перелік умов, котрих необхідно дотримуватись у процесі роботи з метою досягнення відповідного кінцевого результату.

Стандарти можуть бути обов'язковими для виконання на рівні окремого закладу, певної території чи всієї держави і після затвердження дозволяють захищати права пацієнтів, оскільки спрямовані на забезпечення хворому відповідного обсягу та якості допомоги, нижче рівня яких вона не повинна бути.

Стандарти якості організації медичної допомоги мають також захищати права медичних працівників і можуть визначати вид її надання, послідовність дій лікаря тощо.

Стандарти можуть описувати проведення медичних втручань з переліком необхідного інструментарію, визначати вимоги до обсягу та якості медичної допомоги з вказівкою строків лікування. Стандарти з вимогами до

якості медичної допомоги та вартістю лікування називаються медико-економічними.

Для уніфікації медичної допомоги в стаціонарах розробляють стандарти медичних технологій, які містять перелік необхідних діагностичних і лікувальних заходів, відповідних обсягів, якості та тривалості лікування хворих з певними нозологічними формами.

При проведенні акредитації застосовують стандарти акредитації для оцінки управління, організації роботи, економічних та фінансових аспектів діяльності, метрологічного забезпечення, санітарно-епідемічного стану, якості лікувально-профілактичної допомоги в усіх підрозділах закладу.

Одночасно оцінюється діяльність всіх підрозділів лікувально-профілактичного закладу, тобто визначається якість функціонування лікувально-профілактичного закладу в цілому.

Акредитаційні стандарти зведені в кілька основних окремих груп, кожна з яких складається із кількох десятків детальних стандартів. Рекомендації для працівників лікувально-профілактичних закладів стосовно акредитації містяться в "Стандартах акредитації лікувально-профілактичних закладів України", затверджених Міністерством охорони здоров'я України в 1998 році. Вони містять набір критеріїв щодо всіх сторін діяльності і мають допомагати закладам у підготовці до акредитації.¹⁰³⁴ Наприклад, розподіл стандартів акредитації згідно видів лікувально-профілактичної допомоги для багатопрофільних лікувально-профілактичних закладів виглядає наступним чином. Загальними стандартами є: управління закладом, кадри, організація роботи закладу, управління службою (структурним підрозділом), права і обов'язки пацієнтів, економіка і фінанси, медико-інформаційна та аналітична служба, метрологічне забезпечення, санітарно-епідемічне благополуччя, стандарти споруд(и) лікувально-профілактичного закладу.

Глава 3. Державний контроль і нагляд

3.1. Державний санітарно-епідеміологічний нагляд

Історично першим видом контролю, який виник ще в давні часи, був санітарний контроль. Ще наші далекі предки за часів Київської Русі знали і розуміли значення особистої гігієни, чистоти, як запоруки здоров'я, необхідності дотримання санітарних вимог у населених пунктах, утилізації відходів, проведення протиепідемічних заходів. Ці заходи здобули своє визнання у зв'язку з розвитком світової цивілізації і зокрема великих міст, медицини і охорони здоров'я і поширились на більшість країн світу. У другій половині XIX століття з вдосконаленням та осучасненням діяльності урядів передових країн, міських і сільських громад та органів їх управління, охорона здоров'я населення почала набувати організованих і планованих рис. У великих містах почав

¹⁰³⁴ Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С 253-254.

запроваджуватися санітарний контроль, створюватися спеціальні санітарні і протиепідемічні органи.

Таким чином санітарна служба України пройшла значний історичний шлях розвитку і являє собою сьогодні потужну і структуровану організацію, здатну вирішувати складні завдання забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Санітарно-епідеміологічний нагляд, який здійснює державна санітарно-епідеміологічна служба, є видом державного контролю. Аналізуючи змістовно поняття контролю і нагляду, можна прийти до висновку, що контроль є дещо ширшим поняттям ніж нагляд. Тому слід погодитися з думкою М.С. Студенікіною, що „нагляд – це свого роду звужений контроль”, хоча це надзвичайно близькі за своїм змістом поняття, про що свідчить хоча б певна плутанина в їх застосуванні як в науковій літературі, так і в самому законодавстві. В теорії адміністративного права і державного управління досить добре розроблено вчення про державний контроль і адміністративний нагляд у сфері державного управління. Власне, санітарно-епідеміологічний нагляд і є таким адміністративним наглядом щодо забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення в сфері охорони здоров'я.

Завдяки новій моделі фінансування санітарно-епідеміологічної служби зараз відновлена управлінська вертикаль, її робота стала більш ефективною, функціональною та керованою.¹⁰³⁵

Сучасна державна санітарно-епідеміологічна служба (далі – санепідслужба) Міністерства охорони здоров'я України налічує 812 санепідстанов, в складі яких: Центральна санітарно-епідеміологічна станція Міністерство охорони здоров'я України – 3, Республіканська санепідстанція Автономної Республіки Крим – 1, обласні санітарно-епідеміологічні станції – 24, Київська та Севастопольська міські санітарно-епідеміологічні станції – 2, міські санітарно-епідеміологічні станції – 197, санепідстанції сільських районів – 479, Центральна санепідстанція на водному транспорті – 1, Центральна санепідстанція на залізничному транспорті – 1, Центральна санепідстанція на повітряному транспорті – 1, санепідстанції басейнів – 3, санепідстанції портів 14, санепідстанції на залізницях та лінійні санепідстанції – 55, Кримська протичумна станція – 1, дезінфекційні станції – 32.

Крім цього, в структуру служби входять Комітет з питань гігієнічного регламентування, Державне підприємство – Науково-експертний Центр з регламентації застосування та впровадження дезінфекційних засобів Міністерство охорони здоров'я України та державне підприємство „Укрвакцина”.

Кадрово-штатна структура санепідслужби налічує понад 55 тис. працівників, серед них 11,4 тис. лікарів, 1000 спеціалістів з вищою немедичною освітою і біля 29 тис. середнього медичного персоналу. Укомплектованість

¹⁰³⁵ В.Ф. Москаленко. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: Завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.)// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – С. – 6.

фізичними особами до зайнятих посад складає лікарями - 88%, середніми медичними працівниками - 95%.¹⁰³⁶

Це особлива служба в системі охорони здоров'я, метою діяльності якої є забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, тобто здійснення різноманітних запобіжних заходів первинної профілактики захворювань. Правова основа її діяльності – Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення"¹⁰³⁷, який у ст. 33 визначає її основні напрями діяльності:

- здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- визначення пріоритетних заходів у профілактиці захворювань, а також у охороні здоров'я населення від шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища;
- вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини, встановлення факторів навколишнього середовища, що шкідливо впливають на здоров'я населення;
- підготовка пропозицій щодо забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення, запобігання занесенню та поширенню особливо небезпечних (у тому числі карантинних) та небезпечних інфекційних хвороб;
- контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних, масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей;
- державний облік інфекційних і професійних захворювань та отруєнь.

У державну санітарно-епідеміологічну службу входять органи, установи й заклади санітарно-епідеміологічного профілю Міністерства охорони здоров'я України. Її очолює Головний державний санітарний лікар України, який за посадою (*ex officio*) є першим заступником Міністра охорони здоров'я України. Аналітично-управлінську роботу з керівництва цією службою здійснює підпорядковане йому Головне санітарно-епідеміологічне управління Міністерства охорони здоров'я України.

На обласному рівні дана служба представлена головним державним санітарним лікарем області, який одночасно є і головним лікарем обласної санітарно-епідеміологічної станції, і керівником санітарно-епідеміологічної служби області. Це означає, що йому в службовому відношенні підпорядковані всі органи, установи й заклади цієї служби (районні та міські санітарно-епідеміологічні станції), розташовані в межах області.

У районі санітарно-епідеміологічну службу представляє головний державний санітарний лікар району, який одночасно є і головним лікарем районної санітарно-епідеміологічної станції.

¹⁰³⁶ Діяльність галузі охорони здоров'я України у першому півріччі 2003 року: Довідка до розширеного засідання колегії МОЗ України. – Київ, 2003. – С. 5.

¹⁰³⁷ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд, який виконують органи санітарно-епідеміологічної служби, полягає у здійсненні спостереження і контролю за дотриманням юридичними та фізичними особами санітарного законодавства з метою попередження, виявлення, зменшення або усунення шкідливого впливу небезпечних факторів на здоров'я людей та застосування заходів юридичної відповідальності щодо порушників цього законодавства Завданнями згаданого виду державного нагляду є:

- нагляд за тим, як органи державної виконавчої влади, місцевого і регіонального самоврядування, підприємства, установи, організації та громадяни проводять санітарні й протиепідемічні заходи;
- нагляд за реалізацією державної політики з питань профілактики захворювань населення, участь у розробці та контроль за виконанням програм, що стосуються запобігання шкідливому впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я населення;
- нагляд за дотриманням санітарного законодавства;
- проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, гігієнічної регламентації небезпечних факторів і видача дозволів на їх використання.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюють відповідно до Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні¹⁰³⁸ вибірковими перевітками дотримання санітарного законодавства за планами органів, установ та закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, а також позапланово залежно від санітарної, епідемічної ситуації та за заявами громадян.

Для здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду головні державні санітарні лікарі України, Автономної Республіки Крим, областей, міст і районів наділені відповідними повноваженнями, зокрема щодо притягнення винних у порушенні санітарного законодавства до юридичної відповідальності, накладення на них адміністративних стягнень і фінансових санкцій. У випадку серйозніших порушень санітарного законодавства вказані особи державної санітарно-епідеміологічної служби передають матеріали про це в прокуратуру для вирішення питання про притягнення винних до цивільно-правової чи кримінальної відповідальності.

Застосування заходів адміністративних стягнень

Сьогодні діяльність цієї служби щодо здійснення заходів первинної профілактики захворювань проходить автономно і в значній мірі ізольовано від діяльності лікувально-профілактичних закладів, хоч так і не повинно бути, а взаємодія з іншими державними органами, зокрема з управлінням охорони здоров'я має організаційний характер з періодичними спалахами владної амбіційності на тему: яка служба важливіша і хто більший начальник на рівні області чи району. Очевидно, що нічого доброго, крім роз'єднання зусиль у вирішенні питань охорони здоров'я населення, це не дає.

Як тут не згадати, що ще в радянські часи, у 1970-1990 рр., хоча ці служби і не були організаційно об'єднані, знайшли добрий варіант їх співпраці: головний державний санітарний лікар одночасно був і заступником начальника управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації з питань санітарно-епідеміологічного забезпечення населення області.

Організаційне роз'єднання завдань, функцій і діяльності профілактичної (санітарно-епідеміологічної, на чолі з головним державним санітарним лікарем області) та лікувальної (на чолі з начальником управління охорони здоров'я) служб у значній мірі перешкоджає здійсненню ефективного управління в цій сфері і сприяє непотрібній відомчості, дублюванню і амбіційності керівників.

3.2. Контроль якості ліків і медичних виробів

Важливість здійснення контролю за якістю ліків викликана життєво небезпечними наслідками фальсифікації лікарських засобів та виробів медичного призначення. За даними Прем'єр-міністра України Ю.В. Тимошенко, фальсифікату в Україні за різними оцінками від 15 до 25 %.¹⁰³⁹

Сьогодні в Україні державний контроль за якістю та виробництвом ліків і медичних виробів здійснює Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення (далі за текстом – Державна служба), яка є урядовим органом державного управління, що діє у складі Міністерства охорони здоров'я України та йому підпорядковується. Правовий статус та повсякденна діяльність Державної служби регламентується Положенням про Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 2 червня 2003 р. № 789.¹⁰⁴⁰

Відповідно до вищезазначеного Положення основними завданнями Державної служби є:

- участь у формуванні та реалізації державної політики у сфері виробництва, контролю за якістю та реалізацією лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- забезпечення державного регулювання та контролю виробництва, ввезення в Україну, вивезення з України, реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, в тому числі вирішення питань їх державної реєстрації та державного контролю за якістю;
- здійснення державного контролю за дотриманням законодавства щодо забезпечення населення і закладів охорони здоров'я якісними, високоефективними, безпечними та доступними лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також законодавства щодо їх обігу, зберігання, застосування, утилізації та знищення.

¹⁰³⁹ Тимошенко Ю.В. Нам є що сказати людям. З виступу Прем'єр-міністра України Ю.В. Тимошенко на розширеному засіданні Кабінету Міністрів України 27 квітня 2005 року // Урядовий кур'єр. – 2005. – № 81. – 30 квітня.

¹⁰⁴⁰ Офіційний Вісник України. – 2003. – № 23. – Ст. 1037.

Відповідно до покладених на неї завдань Державна служба здійснює управління та державний контроль за якістю, безпекою та реалізацією лікарських засобів, у тому числі діючих речовин (субстанцій), допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення (далі — продукція), а також створенням і виробництвом продукції, проводить ліцензування виробництва, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуску, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також державний контроль за додержанням умов виробництва продукції, вирішує питання її державної реєстрації, розробляє з урахуванням відповідних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я та затверджує порядок контролю за обігом і зберіганням, оцінки якості та безпеки продукції, установлює загальні вимоги до матеріально-технічної бази для виробництва продукції, забезпечення виробничого контролю за її якістю, організовує проведення експертизи та погоджує нормативно-технічну та аналітично-нормативну документацію з виробництва продукції тощо, розробляє та подає в установленому порядку на затвердження МОЗ переліки продукції, що підлягає державній реєстрації, пропозиції стосовно державної реєстрації та перереєстрації продукції, в межах своїх повноважень організовує та забезпечує їх проведення, у встановленому порядку приймає рішення про повну або тимчасову заборону застосування продукції, проводить відповідно до законодавства роботу із сертифікації та атестації оптової торгівлі і виробництва продукції, у тому числі тієї, що імпортується, та систем якості, розробляє і погоджує переліки продукції, що підлягає обов'язковій сертифікації з визначенням термінів її використання, забезпечує у межах своїх повноважень реалізацію державної політики стосовно державної таємниці, здійснення контролю за її збереженням, здійснює за дорученням МОЗ міжнародне співробітництво у сфері контролю за якістю та безпекою продукції і в межах своїх повноважень координує виконання зобов'язань, передбачених міжнародними договорами у цій сфері та ін.

Для виконання вказаних завдань Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення має право:

- одержувати в установленому порядку від центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування інформацію, документи та матеріали, необхідні для виконання покладених на неї завдань;

- проводити перевірки та інспектування з питань, що належать до її повноважень;

- приймати в установленому порядку рішення про вилучення з обігу продукції, що не відповідає вимогам, визначеним нормативно-правовими актами, а також щодо зупинення, припинення, поновлення дії чи анулювання (скасування) дозволів, сертифікатів;

- залучати в разі потреби для розгляду і вирішення питань, що належать до її повноважень, спеціалістів центральних та місцевих органів виконавчої влади (за погодженням з їх керівниками), вітчизняних та іноземних вчених, фахівців і експертів, експертні ради, групи експертів, тимчасові творчі колективи, спеціалізовані експертні організації, наукові (науково-дослідні) установи, науково-експертні центри, вищі навчальні заклади, підприємства, в тому числі на контрактній основі;
- самостійно або разом з підприємствами, установами і організаціями утворювати, реорганізовувати та ліквідувати в установленому порядку лабораторії з контролю за якістю та безпекою продукції тощо;
- утворювати з урахуванням специфіки своєї діяльності комісії, науково-експертні та консультативні ради, робочі групи, а також інші дорадчі та консультативні органи.

Державна служба у межах своїх повноважень на основі та на виконання актів законодавства видає накази організаційно-розпорядчого характеру, організовує і контролює їх виконання.

Для реалізації покладених на неї завдань Державна служба може за погодженням з Міністром охорони здоров'я утворювати територіальні органи у межах граничної чисельності працівників Державної служби.

Крім Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення в Україні функціонує державна структура, яка не має аналогів у СНД. Створивши такий орган як Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів, Україна зробила надзвичайно серйозний і виважений крок. У Росії лише у 2003 р. розпочато роботу щодо створення Державної інспекції контролю якості лікарських засобів. В Україні в кожній області функціонує територіальний підрозділ, працівники якого є штатними співробітниками Міністерства охорони здоров'я України. Організація роботи даного органу побудована у відповідності з існуючими вимогами Європейського Союзу – структура є відносно незалежною і відомчо підпорядкованою лише Міністерству охорони здоров'я України.

Одним із ключових досягнень в роботі Державної інспекції в 2003 році є розробка та прийняття Програми боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки, яка була затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 17 липня 2003 р. № 1075.¹⁰⁴¹

Порядок створення, діяльності та повноваження Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів Міністерства охорони здоров'я (далі за текстом – Державна інспекція) регулюються Положенням про Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів Міністерства охорони здоров'я затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 16 лютого

¹⁰⁴¹ Офіційний вісник України. – 2003. – № 30. – Ст. 1530.

1998 р. № 179,¹⁰⁴² відповідно до якого вона є спеціальним органом державного контролю якості лікарських засобів.

Як визначено вищевказаним положенням, основним завданням Державної інспекції є здійснення державного контролю за виконанням суб'єктами господарської діяльності незалежно від форм власності вимог законодавства України щодо забезпечення якості лікарських засобів.

Відповідно до покладеного на неї завдання Державна інспекція координує і контролює роботу безпосередньо підпорядкованих їй державних інспекцій в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, атестує та акредитує лабораторії з аналізу якості лікарських засобів, здійснює контроль за їх роботою, перевіряє діяльність акредитованих лабораторій з аналізу якості лікарських засобів незалежно від форм власності, здійснює державний контроль за роботою суб'єктів господарської діяльності незалежно від форм власності з питань забезпечення якості лікарських засобів у процесі їх доклінічного вивчення і клінічного випробування, виробництва, зберігання, транспортування, реалізації та медичного застосування, якості лікарських засобів, які виробляються, реалізуються та застосовуються в Україні, здійснює контроль за ввезенням на митну територію України лікарських засобів, проводить оцінку ефективності організації систем контролю якості лікарських засобів у процесі їх виробництва.

Приписи про заборону та поновлення виробництва, зберігання, реалізації та використання лікарських засобів, вилучення їх з обігу дають Головний державний інспектор України з контролю якості лікарських засобів та його заступники.

Державна інспекція у межах своїх повноважень видає накази, інструкції, рекомендації, спільні акти разом з відповідними органами виконавчої влади.

Посадові особи Державної інспекції мають посвідчення встановленого зразка і зобов'язані пред'являти їх при здійсненні перевірок.

Відповідно до статті 15 Закону України "Про лікарські засоби"¹⁰⁴³ законні вимоги посадових осіб Державної інспекції, які здійснюють державний контроль якості лікарських засобів, є обов'язковими для виконання суб'єктами господарської діяльності.

Державну інспекцію очолює Головний державний інспектор України з контролю якості лікарських засобів – заступник Міністра охорони здоров'я, який призначається на посаду і звільняється з посади Президентом України. Його заступники є заступниками Головного державного інспектора України з контролю якості лікарських засобів. Вони призначаються на посаду і звільняються з посади Міністром охорони здоров'я за поданням Головного державного інспектора України з контролю якості лікарських засобів.

Інші спеціалісти Державної інспекції, на яких покладено здійснення державного контролю з якості лікарських засобів, одночасно є державними інспекторами з контролю якості лікарських засобів.

¹⁰⁴² Офіційний вісник України. – 1998. – № 7. – Ст. 264.

¹⁰⁴³ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 22. – Ст. 86.

3.3. Контроль щодо застосування і обігу наркотичних речовин, їх аналогів та прекурсорів

Спеціально уповноваженим компетентним органом у сфері контролю за обігом в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів є Комітет з контролю за наркотиками (далі за текстом – Комітет). Він є урядовим органом державного управління, що діє у складі Міністерства охорони здоров'я України та йому підпорядковується. Правовий статус Комітету визначається Положенням про Комітет з контролю за наркотиками, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 11 вересня 2003 р. № 1446.¹⁰⁴⁴

Відповідно до цього положення, основними завданнями Комітету є:

участь у формуванні та реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

забезпечення державного регулювання у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

здійснення державного контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

взаємодія в установленому законодавством порядку з Міжнародним комітетом з контролю за наркотиками ООН (далі — МККН), Комісією з наркотичних засобів ООН.

Відповідно до покладених на нього завдань Комітет здійснює управління у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, вживає відповідно до законодавства заходів з метою запобігання надходженню цих засобів і речовин у незаконний обіг, готує у випадках, передбачених законодавством, висновки щодо належності засобів і речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин, здійснює в установленому законодавством порядку за дорученням МОЗ міжнародне співробітництво у сфері контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів і в межах своїх повноважень координує виконання зобов'язань, передбачених міжнародними договорами у цій сфері, проводить моніторинг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, наркотичних (психотропних) лікарських засобів, систем і способів у сфері контролю за їх обігом, розробляє та періодично переглядає перелік дозволених для застосування в Україні наркотичних (психотропних) лікарських засобів, що підлягають контролю, та подає його на затвердження міністерства, здійснює контроль за діяльністю суб'єктів господарювання у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та за додержанням ними законодавства у цій сфері, здійснює контроль за звітністю суб'єктів господарювання за результатами їх діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, забезпечує

¹⁰⁴⁴ Офіційний Вісник України. – 2003. – № 37. – Ст. 1998.

здійснення контролю за новими лікарськими засобами, які можуть бути небезпечними стосовно патологічного звикання та можливості захворювання на наркоманію та здійснює інші заходи, передбачені положенням.

Для виконання вищевказаних завдань і функцій Комітет має право:

- 1) одержувати від центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання необхідну інформацію, документи та матеріали щодо наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які перебувають в обігу на території України, а також відомості від правоохоронних органів про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, вилучені з незаконного обігу;
- 2) одержувати інформацію про державну реєстрацію, перереєстрацію в Україні наркотичних засобів і психотропних речовин, наркотичних (психотропних) лікарських засобів;
- 3) проводити перевірки та інспектування з питань, що належать до його повноважень;
- 4) складати акти за результатами перевірок суб'єктів господарювання у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, вимоги яких є обов'язковими для виконання;
- 5) зупиняти дію або приймати рішення про анулювання виданих Комітетом сертифікатів (окремих дозволів) на здійснення імпортно-експортних операцій у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, порушувати перед органами ліцензування питання про анулювання ліцензій на провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, у разі повторного або одноразового грубого порушення ліцензійних умов;
- 6) представляти у межах своїх повноважень інтереси України у МККН та інших спеціалізованих міжнародних організаціях.

Комітет у межах своїх повноважень на основі та на виконання актів законодавства видає накази організаційно-розпорядчого характеру, організовує і контролює їх виконання.

Комітет очолює голова, який призначається на посаду і звільняється з посади в установленому порядку Кабінетом Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я. Голова Комітету має трьох заступників, у тому числі одного першого, які призначаються на посаду і звільняються з посади Кабінетом Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я, погодженим з головою Комітету.

Для виконання покладених на Комітет завдань і функцій за погодженням з Міністром охорони здоров'я можуть утворюватися територіальні органи Комітету у межах граничної чисельності його працівників. Положення про ці органи затверджуються головою Комітету.

Керівники зазначених органів призначаються на посаду і звільняються з посади в установленому порядку головою Комітету.

3.4. Контроль за лікуванням і поширенням інфекційних захворювань

Щороку практично у всіх країнах світу спостерігається масове поширення (епідемії) захворювання на грип, який вважається який вважається одним з найменш небезпечних інфекційних захворювань, хоча подекуди призводить до тяжких наслідків. До інфекційних захворювань відносяться також ВІЛ/СНІД, туберкульоз, хвороби, що передаються статевим шляхом та ін.

Закон визначає, що інфекційні хвороби – це розлади здоров'я людей, що викликаються живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибами, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення.

Відповідно до цього, боротьба з інфекційними захворюваннями, які забирають значну частину людських, матеріальних і фінансових ресурсів, є одним з важливіших завдань органів державної влади і місцевого самоврядування. З цією метою вони зобов'язані здійснювати протиепідемічні заходи, під яким закон розуміє комплекс організаційних, медико-санітарних, ветеринарних, інженерно-технічних, адміністративних та інших заходів, що здійснюються з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемій.

Важливим завданням у цій сфері є боротьба із занесенням на територію держави небезпечних і особливо небезпечних інфекційних захворювань у вигляді епідемій. З цією метою органи державної санітарно-епідеміологічної служби здійснюють санітарна охорона території України, яка розуміється як система організаційних, медико-санітарних, санітарно-гігієнічних, лікувально-профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання занесенню та поширенню на території України особливо небезпечних інфекційних хвороб, а в разі їх виникнення – на недопущення поширення цих хвороб за межі України, а також на запобігання ввезенню на територію України товарів, хімічних, біологічних і радіоактивних речовин, відходів та інших вантажів, небезпечних для життя та здоров'я людини.

Важливість і необхідність державного контролю за лікуванням і поширенням інфекційних захворювань, зокрема, туберкульозу, хвороб, що передаються статевим шляхом обумовлюється великою соціальною та економічною значимістю збитків, що можуть завдати ці хвороби окремим громадянам та державі і суспільству в цілому. Важливість цього питання підкреслюється також тим, що здійснення заходів щодо контролю у цій сфері регулюється окремим законодавчим актом, яким є Закон України „Про захист населення від інфекційних хвороб” та значною кількістю підзаконних нормативно-правових актів, серед яких укази Президента України

(наприклад, від 20 серпня 2001 року № 643/2001 „Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки”¹⁰⁴⁵), постанови Кабінету Міністрів України (наприклад, від 21 лютого 2001 р. № 157 „Деякі питання реєстрації, обліку та звітності щодо інфекційних хвороб”¹⁰⁴⁶, від 10 грудня 2003 р. № 1906 „Про затвердження Державної програми будівництва сучасних інфекційних лікарень (відділень) в обласних центрах та великих містах на 2004-2010 роки” та ін.) та значні кількості актів Міністерства охорони здоров'я України. Для здійснення цього виду контролю закон наділив органи державної влади (в тому числі найвищі) відповідними повноваженнями. Так, відповідно до норми статті 3 вищезгаданого Закону, Кабінет Міністрів України у сфері захисту населення від інфекційних хвороб здійснює ряд координаційних заходів, особливо щодо фінансування та матеріально-технічного забезпечення.

Відповідно до норм Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб”, Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві органи виконавчої влади у сфері захисту населення від інфекційних хвороб здійснюють **контроль** за проведенням профілактичних і протиепідемічних заходів (благоустрій, водопостачання та водовідведення, прибирання та санітарна очистка, боротьба з живими переносниками збудників інфекційних хвороб тощо) на територіях населених пунктів, у місцях масового відпочинку населення та рекреаційних зонах, здійснюють **контроль** за додержанням юридичними і фізичними особами санітарно-гігієнічних, санітарно-протиепідемічних та ветеринарних правил і норм, правил торгівлі та побутового обслуговування населення, за якістю та безпекою харчових продуктів і продовольчої сировини на всіх етапах їх виробництва, зберігання та реалізації та ін.

Наступною ланкою в системі державного контролю за захистом населення від інфекційних хвороб є органи місцевого самоврядування. Відповідно до вищезгаданого Закону, вони:

- забезпечують проведення профілактичних і протиепідемічних заходів на територіях населених пунктів, у місцях масового відпочинку населення та рекреаційних зонах, а також робіт по ліквідації епідемій та спалахів інфекційних хвороб і вирішують питання фінансового та матеріально-технічного забезпечення цих заходів і робіт;
- здійснюють комплексні заходи, спрямовані на ліквідацію епідемій, спалахів інфекційних хвороб та їх наслідків;
- забезпечують участь у боротьбі з інфекційними хворобами закладів та установ охорони здоров'я усіх форм власності, а також вдосконалення мережі спеціалізованих закладів та установ охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана із захистом населення від інфекційних хвороб;

¹⁰⁴⁵ Офіційний вісник України.– 2001. – № 34. – Ст.1582.

¹⁰⁴⁶ Офіційний вісник України.– 2001. – № 8. – Ст. 320.

- забезпечують доступність і безоплатність надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- забезпечують відповідно до законодавства громадян пільгових категорій лікарськими засобами та виробами медичного призначення для лікування і профілактики інфекційних хвороб.

Міністерство охорони здоров'я України (спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань охорони здоров'я у сфері захисту населення від інфекційних хвороб):

- здійснює нагляд за додержанням підприємствами, установами організаціями незалежно від форм власності та громадянами законодавства у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, контролює виконання вимог санітарно-протиепідемічних правил і норм;
- здійснює відповідно до законодавства державну реєстрацію і контроль за виробництвом, якістю, забезпеченням належного режиму зберігання, реалізацією та використанням медичних імунобіологічних препаратів, їх ефективністю, безпечністю і відповідністю вимогам вітчизняних та міжнародних стандартів;
- встановлює методи випробувань дезінфекційних засобів контролю, відповідності їх вимогам стандартів, інших нормативних документів, регламентує їх застосування та здійснює інші повноваження у сфері контрольно-наглядової діяльності.

Крім того, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 14 січня 2004 р. № 22¹⁰⁴⁷ при Кабінеті Міністрів України постійно діє Державна надзвичайна протиепідемічна комісія (далі – Комісія), яка здійснює оперативний контроль і координацію діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій усіх форм власності і громадян щодо запобігання виникненню і ліквідації особливо небезпечних, небезпечних інфекційних хвороб, масових неінфекційних захворювань (отруєнь) та радіаційних уражень людей.

Основним завданням Комісії є здійснення через центральні і місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, керівників підприємств, установ та організацій усіх форм власності **контролю** за:

- виконанням заходів щодо профілактики зазначених хвороб та уражень людей;
- додержанням юридичними та фізичними особами державних санітарних норм, спрямованих на захист населення від інфекційних хвороб та уражень.

Комісія відповідно до покладених на неї завдань:

¹⁰⁴⁷ Офіційний Вісник України. – 2004. – № 2. – Ст. 48.

- вживає оперативних заходів для локалізації та ліквідації епідемій, спалахів інфекційних хвороб та уражень людей;
- подає надзвичайним протиепідемічним комісіям при Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київській та Севастопольській міських, районних держадміністраціях практичну допомогу у виконанні протиепідемічних заходів;
- координує наукову і практичну діяльність органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій усіх форм власності, спрямовану на локалізацію та ліквідацію епідемій, спалахів інфекційних хвороб та уражень людей, а також на запобігання їх виникненню;
- забезпечує залучення у разі виявлення недостатньо вивчених інфекційних захворювань провідних вчених для оперативного розроблення протиепідемічних заходів;
- готує і подає Кабінетові Міністрів України пропозиції щодо встановлення карантинно-обмежувальних заходів на території виникнення і поширення інфекційних хвороб та уражень людей;
- періодично заслуховує повідомлення посадових осіб про хід виконання профілактичних та протиепідемічних заходів, прийнятих за їх результатами організаційних та практичних рішень;
- залучає працівників системи охорони здоров'я, а також керівників і працівників підприємств, установ та організацій усіх форм власності для виконання профілактичних та протиепідемічних заходів;
- розглядає матеріали та аналізує причини виникнення епідемій, спалахів інфекційних хвороб та уражень людей, а також наслідки їх ліквідації.

Комісія має право:

- одержувати від органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій усіх форм власності та громадян інформацію і документи, необхідні для з'ясування епідемічної ситуації та вжиття невідкладних заходів з метою локалізації та ліквідації епідемій, спалахів інфекційних хвороб та уражень людей;
- подавати органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування пропозиції щодо запровадження протиепідемічних та профілактичних заходів в окремих населених пунктах, районах, областях, Автономній Республіці Крим з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб та уражень людей;
- заслуховувати на засіданнях Комісії повідомлення керівників органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій про заходи, вжиті для профілактики та ліквідації інфекційних хвороб та уражень людей;

- порушувати перед відповідними органами питання про притягнення до дисциплінарної, адміністративної або кримінальної відповідальності посадових осіб, з вини яких було допущено виникнення епідемій, спалахів інфекційних хвороб та уражень людей;
- виносити на розгляд Кабінету Міністрів України, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських, районних держадміністрацій питання щодо запобігання поширенню інфекційних хвороб та уражень людей;
- позачергово відправляти з використанням залізничних, повітряних або автомобільних транспортних засобів своїх представників, а також забезпечувати доставку медичних препаратів, обладнання в місця, де виникли неблагополучні епідемічні ситуації, для проведення відповідних заходів.

Рішення Комісії, прийняті у межах її повноважень, є обов'язковими для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями усіх форм власності і громадянами.

Комісію очолює Віце-прем'єр-міністр України відповідно до розподілу функціональних повноважень. Персональний склад Комісії затверджує голова Комісії. Члени Комісії беруть участь у засіданнях без права заміни.

Голова Комісії забезпечує скликання і проведення її планових та позачергових засідань з урахуванням неблагополучної епідемічної ситуації та здійснення контролю за виконанням рішень Комісії.

3.5. Контроль за лікуванням і поширенням ВІЛ/СНІДу

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ) і через відсутність у даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства.

Захворювання на ВІЛ/СНІД назвали „чумою ХХ століття”. Тому, розроблення державних заходів протидії цьому захворюванню стало одним із найважливіших завдань Української держави на самому початку її незалежності. Саме Закон України від 12 грудня 1991 року № 1972-ХІІ „Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”¹⁰⁴⁸ став першим законом в системі законодавства про охорону здоров'я нового часу.

¹⁰⁴⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 11. – Ст. 152.

Цей Закон є і до сьогодні головним законодавчим актом у цій сфері відносин. Він встановлює, що спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади, на який покладається управління та міжвідомча координація у сфері боротьби із захворюванням на СНІД, є Міністерство охорони здоров'я України.

Історія формування державної політики запобігання і боротьби з ВІЛ/СНІДом і формування системи державного контролю за поширенням цього захворювання є вельми повчальною і надзвичайно цікавою.

Так, першим органом, який на державному рівні займався питаннями боротьби зі СНІДом була урядова комісія для здійснення керівництва організацією і проведенням заходів по боротьбі із захворюванням на СНІД в Українській РСР, що діяла на підставі постанови Кабінету Міністрів Української РСР від 4 липня 1991 р. № 68 „Про утворення урядової комісії для здійснення керівництва організацією і проведенням заходів по боротьбі із захворюванням на СНІД в Українській РСР”. Таким чином, вперше в Україні був створений державний орган, на який покладалися завдання боротьби з поширенням і контролю за цим захворюванням, який підпорядковувався Уряду України.

Потім Указом Президента України №313 від 27 травня 1992 р. було створено Національний комітет боротьби із захворюванням на СНІД та розпорядженням Президента України від 16 вересня 1992 року № 141/92-рп затверджено положення про нього. Відповідно до цього положення, Національний комітет був підпорядкований і підзвітний Президентові України.

Указом Президента України від 10 грудня 1996 року № 1184/96¹⁰⁴⁹ до повноважень вищезгаданого комітету було додано і повноваження щодо боротьби з наркоманією і на його базі був утворений Національний комітет з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД як центральний орган виконавчої влади.

Іншим Указом Президента від 14 листопада 1997 року № 1275/97 „Про Комітет з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД”¹⁰⁵⁰ цей комітет було перетворено в Комітет з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД і підпорядковано його Міністерству охорони здоров'я України. Проте, цей орган також існував недовго і був ліквідований Указом Президента від 18 травня 1998 року № 480/98 „Про ліквідацію Комітету з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД”¹⁰⁵¹, а функції управління та міжвідомчої координації у сфері боротьби із захворюванням на СНІД були передані безпосередньо Міністерству охорони здоров'я України, у складі якого було утворено відповідний підрозділ.

Наступною трансформацією цього органу стало утворення при Кабінеті Міністрів України Національної координаційної ради з питань запобігання

¹⁰⁴⁹ Урядовий кур'єр.– 1996. – 19 грудня.

¹⁰⁵⁰ Урядовий кур'єр.– 1997. – 27 листопада.

¹⁰⁵¹ Урядовий кур'єр.– 1998. – 21 травня.

захворюванню на СНІД, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 13 серпня 1999 р. № 1492.¹⁰⁵² Згідно з положенням про цю раду, вона була постійно діючим органом при Кабінеті Міністрів України.

Проте і цей орган проіснував недовго і постановою Кабінету Міністрів України від 7 лютого 2001 р. № 116¹⁰⁵³ було утворено Урядову комісію з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджено положення про неї, а через кілька місяців – вона була переіменована на підставі іншої постанови Кабінету Міністрів, в Урядову комісію з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом, з новим положенням, на яку покладено завдання по проведенню державної політики у сфері профілактики, діагностики, лікування та фундаментальних досліджень з проблем ВІЛ/СНІДу.¹⁰⁵⁴

Відповідно до положення, Урядова комісія є координатором взаємодії Уряду України з Глобальним фондом боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією. Організаційно-технічне забезпечення діяльності Комісії здійснює Міністерство охорони здоров'я України. Рішення Комісії є обов'язковими для виконання центральними та місцевими органами виконавчої влади, підприємствами, установами і організаціями.

Важливість цих питань для державної діяльності призвела до необхідності прийняття Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року¹⁰⁵⁵.

Вказана концепція передбачає забезпечення високого рівня контролю, координації та оцінки ефективності здійснення заходів щодо боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. З цією метою передбачено створення єдиної системи моніторингу і оцінки заходів щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу та забезпечення її функціонування, удосконалення системи обліку та звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу відповідно до міжнародних стандартів, своєчасну координацію виконання планів роботи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та визначення шляхів підвищення економічної ефективності здійснюваних заходів.

Серед основних завдань Урядової комісії є й здійснення контролю за виконанням відповідних державних програм, у тому числі „Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки”¹⁰⁵⁶.

Урядова комісія контролює проведення державного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції, а також виконання міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади зобов'язань України, передбачених міжнародними договорами з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Комісія має право:

- утворювати у разі потреби для розроблення пропозицій та рекомендацій, проведення експертизи і наукових досліджень з проблем ВІЛ/СНІДу

¹⁰⁵² Офіційний вісник України. – 1999. – № 33. – Ст. 1732.

¹⁰⁵³ Офіційний вісник України. – 2001. – № 6. – Ст. 234.

¹⁰⁵⁴ Офіційний вісник України. – 2001. – № 44. – Ст. 1966.

¹⁰⁵⁵ Офіційний вісник України. – 2004. – № 10. – Ст. 594.

¹⁰⁵⁶ Офіційний вісник України. – 2004. – № 10. – Ст. 594.

- експертні комісії (робочі групи) із залученням провідних учених, фахівців науково-дослідних інститутів, вищих навчальних закладів, інших організацій (за згодою їх керівників);
- вносити в установленому порядку Кабінетові Міністрів України пропозиції щодо звернення до відповідних державних і недержавних організацій зарубіжних країн з питань налагодження двостороннього співробітництва, проведення нарад, симпозіумів та конференцій з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом;
 - одержувати безоплатно від міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, підприємств, установ і організацій інформацію, необхідну для виконання покладених на неї завдань.

3.6. Судовий контроль

В процесі побудови в Україні правової держави роль суду як учасника суспільних відносин значно активізувалася. Останнім часом суд стає навіть учасником державотворчого процесу. Роль суду у демократичній державі і громадянському суспільстві важко переоцінити. Саме на судові органи покладаються основні завдання щодо контролю за дотримання принципу законності у діяльності органів державної влади.

Одним з нових теоретичних напрямів досліджень є роль суду як контролюючого органу. Справді, діяльність судів по забезпеченню законності в державі не менш важлива, ніж, скажімо, прокуратури. Та й здійснення повною мірою повноважень контролюючих органів неможливе без суду, не говорячи вже про оскарження їх рішень. Поняття судового контролю досить нове в правовій науці. Та це й зрозуміло – за умов тоталітарної системи не могло бути й мови про те, що державні органи можуть діяти неправильно – вони виконували “політику партії”.

У сфері охорони здоров’я, яка зараз реформується, зазнає негативного впливу через нестачу фінансування відбувається повсюдне недотримання прав та законних інтересів громадян, порушення принципу законності. Судова система покликана захищати право громадян на охорону здоров’я, медичну допомогу, медичне страхування та сприяти недопущенню порушення цих прав.

Відповідно до ст. 124 Конституції України, юрисдикція судів поширюється на всі правовідносини, що виникають в державі. Звідси випливає, що і всі відносини, що виникають у сфері державного управління є під юрисдикцією судів.

В найбільш загальних рисах судовий контроль можна визначити як використання судом своїх повноважень у випадку встановлення факту, що

державний орган здійснив незаконну, необґрунтовану або несправедливу дію чи прийняв подібне рішення (акт). Важливо підкреслити, що мета судового контролю полягає не в тому, щоб оскаржити законність того чи іншого рішення. Судовий контроль, як це випливає із самої назви, — це не апеляція на винесене рішення: суд розглядає не тільки питання про законність процесу прийняття рішень, а й питання про законність самого рішення, акту, дії, про відповідність їх Конституції чи законам.¹⁰⁵⁷

Ще однією особливістю здійснення судового контролю є заява зацікавленої сторони, що стосується дії чи бездіяльності органу чи посадової особи органу державної влади. На відміну від інших контролюючих органів, суди не мають права здійснювати свою функцію контролю на свій розсуд, вибірково. Так, наприклад, для захисту порушеного права громадянина внаслідок видання неправомірного акту суд може втрутитися лише за умови наявності скарги на дії чи рішення посадової особи.

Відповідно до цитованої вище статті Конституції України, правосуддя в Україні здійснюється Конституційним Судом України та судами загальної юрисдикції.

В Україні об'єктами судового контролю є:

- закони, а саме такі їх різновиди: закони, прийняті референдумом, та звичайні закони; закони, які вносять зміни й доповнення до Конституції; регламенти та інші акти, які були прийняті законодавчим органом;
- інші нормативно-правові акти органів державної влади;
- нормативно-правові акти органів місцевого самоврядування;
- внутрішньодержавні договори;
- акти й дії об'єднані, громадян;
- індивідуальні (правозастосовчі) акти і правозастосовча практика компетентних державних органів та посадових осіб;
- міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України;
- дії посадових осіб;
- проведення референдуму й виборів;
- створення й діяльність політичних партій та інших об'єднань громадян.

Причому цей перелік об'єктів судового контролю не є вичерпним.¹⁰⁵⁸

Контроль судів у системі органів виконавчої влади, що здійснюють державне управління у сфері охорони здоров'я можна розділити за компетенцією судів України на:

- контроль з боку Конституційного Суду України;

¹⁰⁵⁷ Адміністративне право України. Академічний курс: Підруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 373.

¹⁰⁵⁸ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К.: “Ін Юре”. – 2002. – С. 500.

- контроль з боку судів загальної юрисдикції;
- контроль з боку господарських судів;
- контроль з боку адміністративних судів.

Конституційний Суд України є спеціальним видом суду, що, фактично, багато в чому відрізняється від інших судів. Конституційне правосуддя являє собою поєднання двох засад — сутності (конституційний контроль) і форми (конституційне судове провадження), в результаті чого виникає самостійний вид державно-владної контрольної діяльності. Цей вид правосуддя має такі основні риси (ознаки):

- наявність конституційних судів як спеціалізованих судових органів, що здійснюють конституційний контроль;
- автономне становище цих судів в ієрархії судових органів;
- самостійна процесуальна форма;
- юридична сила рішення, прирівняна до юридичної сили Конституції;
- особлива система законодавства, що його регулює.

Відтак конституційне правосуддя є окремою формою судового контролю.¹⁰⁵⁹

Так, Конституційний Суд вирішує питання про визнання правового акта (його окремих положень) неконституційним, про визначення конституційності міжнародного договору або про необхідність офіційного тлумачення Конституції України та законів України. Звернення до Конституційного Суду за цими питаннями відбувається у формі конституційного подання. Конституційним поданням є також звернення Верховної Ради України про дачу висновку щодо додержання конституційної процедури розслідування і розгляду справи про усунення Президента України з поста в порядку імпичменту. Варто відзначити, що суб'єктами такого подання можуть бути лише Президент України, Кабінет Міністрів України, Верховна Рада України, не менш як сорок п'ять народних депутатів України, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Верховний Суд України, інші органи державної влади, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, органи місцевого самоврядування. Так, наприклад, Конституційний Суд України розглянув справу № 1-13/2002 за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу), по якій 29 травня 2002 року виніс рішення № 10-рп/2002. В Конституційний Суд визначив поняття “безоплатність” та “медична допомога” та роз'яснив застосування цих термінів законодавцем.

Громадяни України, особи без громадянства та іноземці, а також юридичні особи мають право на конституційне звернення щодо офіційного тлумачення положень Конституції та законів України. Право

¹⁰⁵⁹ Адміністративне право України. Академічний курс: Підруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 375.

Конституційного Суду тлумачити норми законодавства є дуже важливим засобом здійснення контролю у сфері охорони здоров'я. В сучасних умовах функціонування охорони здоров'я перехідного періоду, недостатньої правової бази надання медичної допомоги населенню, норми законодавства часто є незрозумілими та неточними. Рішення ж Конституційного Суду допомагають заповнити прогалини законодавства, уніфіковано застосовувати одну і ту ж правову норму.

Рішення Конституційного Суду є обов'язковими для виконання на всій території України, остаточними та оскарженню не підлягає.

Суди загальної юрисдикції вирішують велике коло питань цивільного та кримінального судочинства. Серед них немало справ, що стосують функціонування системи охорони здоров'я. Сюди належать справи позовного й окремого провадження (про відшкодування збитків завданих неправомірними діями посадових осіб, працівників системи охорони здоров'я, про незаконне звільнення у сфері охорони здоров'я тощо). У цих справах суди постановляють рішення, ухвали або постанови, а в разі виявлення порушень законності або істотних недоліків у роботі органів виконавчої влади – окремі ухвали.

До компетенції судів також відносяться спори про поновлення на роботі працівників Міністерства охорони здоров'я України та міністрів. Так, відповідно до рішення конституційного Суду України від 7 травня 2003 року №N 8-рп/2002 у справі № 1-1/2002 за конституційним поданням Президента України щодо офіційного тлумачення положень ч.ч. 2 та 3 ст. 124 Конституції України (справа про підвідомчість актів про призначення та звільнення посадових осіб), до юрисдикції судів відноситься також розгляд справ щодо призначення на посади та звільнення відповідних міністрів та міністра охорони здоров'я зокрема.

При розгляді кримінальних справ, особливо про посадові злочини, суд досліджує не тільки дії підсудного як посадової особи органу виконавчої влади, а й умови, що сприяли вчиненню злочину. За вчинений злочин винний притягується до відповідальності, про що ухвалюється вирок. Формою реагування суду на виявлені недоліки в роботі органу виконавчої влади, які зумовили те чи інше порушення або злочин посадової особи, може бути окрема ухвала, в якій звертається увага відповідного органу виконавчої влади або посадової особи на факти недодержання закону, інші причини вчинення злочину й умови, що цьому сприяли, і порушується питання про вжиття заходів для їх усунення.¹⁰⁶⁰

Останнім часом почастишали випадки порушення кримінальних справ, що стосуються кримінально-караних діянь у сфері охорони здоров'я. При судовому розгляді цих справ суди повинні повно і всебічно дослідити всі обставини справи, визначити міру вини та форму відповідальності вного, або визнати підсудного невинним. Зважаючи на специфіку справ, що

¹⁰⁶⁰ Адміністративне право України. Академічний курс: Підруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 374.

стосуються сфери охорони здоров'я, суди залучають відповідних експертів. Під час розгляду цих справ може бути виявлено факти, що сприяли вчинення злочину. Стосовно усунення цих фактів суд виносить окрему ухвалу. Посадова особа відповідного органу державної влади чи закладу охорони здоров'я повинна вжити заходів щодо рекомендації.

Судовий контроль за законністю актів (дій) органів виконавчої влади має місце й тоді, коли вона не є спеціальним предметом судового розгляду, а досліджується, перевіряється у зв'язку з вирішенням віднесених до компетенції суду кримінальних та інших судових справ, при розгляді яких суд оцінює дії відповідних органів з точки зору їх відповідності закону.¹⁰⁶¹

В умовах розвитку ринкової економіки в Україні важливу роль відіграють господарські суди. Зважаючи на те, що заклади охорони здоров'я та органи державної влади, що реалізують державну політику охорони здоров'я є юридичними особами, то спори, що виникають в процесі їх діяльності з іншими юридичними особами підсудні господарським судам. В процесі розгляду справ господарськими судами також здійснюється судовий контроль за діяльністю системи охорони здоров'я.

Ще одним видом судів в Україні є адміністративні суди. Хоча їх система ще до кінця не створена, проте в найближчій перспективі величезна кількість справ, що зараз вирішується судами загальної юрисдикції буде віднесена до їх відання. Роль адміністративних судів у здійсненні судового контролю у сфері охорони здоров'я повинна набуває особливого значення ще й тому, що основна кількість судових справ, що стосується сфери охорони здоров'я є адміністративними. Це стосується також і діяльності інших контролюючих органів, в діяльності яких також не завжди дотримується принцип законності.

Таким чином, здійснення судового контролю у сфері охорони здоров'я спрямоване на всемірне утвердження і дотримання принципу законності, прав і свобод людини і громадянина, недопущення випадків неналежного виконання своїх службових осіб та органів, що формують і реалізують державну політику охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я, а також громадянами України. Кожен з видів судів в Україні має ряд повноважень щодо здійснення контролю за системою охорони здоров'я. Важливою характеристикою державного контролю судовими органами є їх організаційна відокремленість від законодавчої та судової гілки влади. Це дає змогу їм здійснювати свою діяльність незалежно від органів державної влади, керуючись лише Конституцією та законами України. Отже, поряд з іншими органами, що здійснюють державний контроль та нагляд у системі охорони здоров'я судові органи повинні стати гарантом дотримання законності у цій сфері.

¹⁰⁶¹ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К.: "Ін Юре". – 2002. – С. 502.

3.7. Нагляд прокуратури

Однією і з форм контрольної діяльності є нагляд. У науковій літературі висловлюється думка, що контроль відрізняється від нагляду тим, що перший здійснюється, в основному, стосовно підпорядкованих суб'єктів управління, або за галузевим принципом. Нагляд же здійснюється за всіма суб'єктами. Крім того, контролюючий орган має право втручатися в оперативну діяльність підконтрольного, чого не може зробити суб'єкт нагляду, він зобов'язаний звернутися до порушника або вищестоящого органу.

Нагляд за додержанням законодавства в Україні покладений на органи прокуратури. У процесі побудови громадянського суспільства, демократичної, правової держави в Україні, у період соціально-політичних перетворень в нашому суспільстві роль прокуратури дещо знизилася внаслідок переходу до нової моделі здійснення державного контролю і нагляду. Та все ж у прокуратури України залишається низка повноважень щодо забезпечення нагляду за додержанням законності у всіх сферах суспільного життя країни.

У сучасних умовах і протягом усього перехідного періоду потреби зміцнення правових засад у різних сферах життя суспільства беззаперечно вимагають, щоб діяльність прокуратури залишалася орієнтованою на забезпечення верховенства закону та інших вимог законності, прав і свобод людини й громадянина, органів місцевого самоврядування, політичних партій, громадських об'єднань, організацій та підприємств незалежно від форм власності.¹⁰⁶²

Нормативною основою здійснення прокурорського нагляду є стаття 121 Конституції України, яка визначає, що прокуратура України становить єдину систему, на яку покладаються:

- підтримання державного обвинувачення в суді;
- представництво інтересів громадянина або держави в суді у випадках, визначених законом;
- нагляд за додержанням законів органами, які проводять оперативно-розшукову діяльність, дізнання, досудове слідство;
- нагляд за додержанням законів при виконанні судових рішень у кримінальних справах, а також при застосуванні інших заходів примусового характеру, пов'язаних з обмеженням особистої свободи громадян;
- нагляд за додержанням прав і свобод людини і громадянина, додержанням законів з цих питань органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, їх посадовими і службовими особами.

Нагляд за додержанням законності у діяльності органів державної влади, органами місцевого самоврядування, їх посадовими і службовими особами, безперечно, – один із найважливіших напрямів діяльності прокуратури.

¹⁰⁶² Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К.: "Ін Юре". – 2002. – С. 492.

Відповідно до Закону України “Про прокуратуру” від 5 листопада 1991 року № 1789-ХІІ¹⁰⁶³, прокурорський нагляд за додержанням і правильним застосуванням законів Кабінетом Міністрів України, міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади, органами державного і господарського управління та контролю, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, місцевими Радами, їх виконавчими органами, військовими частинами, політичними партіями, громадськими організаціями, масовими рухами, підприємствами, установами і організаціями, незалежно від форм власності, підпорядкованості та приналежності, посадовими особами та громадянами здійснюється Генеральним прокурором України і підпорядкованими йому прокурорами.

Прокуратура України є тим універсальним органом, що має повноваження здійснювати нагляд за всіма суб'єктами державного управління, починаючи від Кабінету Міністрів України і закінчуючи місцевими державними адміністраціями, органами місцевого самоврядування, а також за громадянами та їх об'єднаннями. Основною метою діяльності прокуратури у цій сфері є дотримання принципу законності у діяльності органів державної влади і громадянами. Це означає, що акти органів управління, дії їх посадових осіб і громадян повинні відповідати нормам чинного законодавства України.

Прокуратура у механізмі державного контролю і нагляду посідає особливе місце ще й тому, що, крім неї, ніхто не здійснює нагляд за додержанням законності у діяльності самих контролюючих органів.¹⁰⁶⁴

Відповідно до ст. 19 вищеназваного Закону, предметом нагляду за додержанням і застосуванням законів є:

- відповідність актів, які видаються всіма органами, підприємствами, установами, організаціями та посадовими особами, вимогам Конституції України та чинним законам;
- додержання законів про недоторканність особи, соціально-економічні, політичні, особисті права і свободи громадян, захист їх честі і гідності, якщо законом не передбачений інший порядок захисту цих прав;
- додержання законів, що стосуються економічних, міжнаціональних відносин, охорони навколишнього середовища, митниці та зовнішньоекономічної діяльності.

На правові акти, а також рішення та дії посадових осіб, які не відповідають вимогам Конституції України та чинному законодавству України прокурор вносить протест в орган, який допустив порушення закону, або до органу, якому той підпорядкований. У разі відхилення протесту або ухилення від його розгляду прокурор може звернутися з заявою

¹⁰⁶³ Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 53. – Ст. 793.

¹⁰⁶⁴ Адміністративне право України. Академічний курс: Поруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). – К.: Видавництво „Юридична думка”, 2004. – С. 377.

до суду про визнання акта незаконним. Подача такої заяви зупиняє дію правового акта.

Ще одним актом реагування прокурора на порушення законності є письмовий припис про усунення порушень закону. Він вноситься прокурором, його заступником органу чи посадовій особі, які допустили порушення, або вищестоящому у порядку підпорядкованості органу чи посадовій особі, які правомочні усунути порушення. Письмовий припис вноситься у випадках, коли порушення закону має очевидний характер і може завдати істотної шкоди інтересам держави, підприємства, установи, організації, а також громадянам, якщо не буде негайно усунуто. Припис підлягає негайному виконанню, про що повідомляється прокурору.

Прокурор також має право вносити подання з вимогами усунення порушень закону, причин цих порушень і умов, що їм сприяють у державний орган, громадську організацію або посадовій особі, які наділені повноваженням усунути порушення закону, і підлягає невідкладному розгляду.

У разі порушення закону посадовою особою або громадянином прокурор, його заступник, залежно від характеру порушення закону, виносить мотивовану постанову про дисциплінарне провадження, провадження про адміністративне правопорушення або про порушення кримінальної справи щодо цих осіб.

Особливістю прокурорського нагляду за законністю у сфері державного управління є те, що єдиною підставою для використання прокурором наданих йому повноважень з притягнення до відповідальності посадових осіб є порушення закону. Прокурори оцінюють діяльність органів виконавчої влади та їх посадових осіб тільки з цих позицій, не втручаючись в оцінку доцільності її змісту.¹⁰⁶⁵

Таким чином, прокурор наділений широким колом повноважень у сфері здійснення нагляду за додержанням законності у сфері державного управління та реалізації державної політики у всіх сферах суспільного життя. Не є виключенням і сфера охорони здоров'я.

Останнім часом намітилася тенденція до збільшення кількості виявлених правопорушень у сфері надання населенню медичної допомоги. Це не могло не привернути уваги прокуратури, адже сфера охорони здоров'я є однією з пріоритетних сфері соціального розвитку держави і тому потребує особливої уваги і з боку наглядових органів.

Проведена за завданням Генерального прокурора в січні-лютому 2004 р. прокурорська перевірка в усіх областях України виявила масові явища порушень прав людини у цій сфері. Як відзначив у своєму виступі тодішній Генеральний прокурор України Г. В. Васильєв, перевірки показали, що у переважній більшості керівники медичних закладів грубо ігнорують рішення Конституційного суду України щодо гарантування безплатної медичної

¹⁰⁶⁵ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К.: “Ін Юре”. – 2002. – С. 493 – 494.

допомоги. Тоді прокуратура порушила 31 кримінальну справу за фактами здирництва грошей з людей. Керівник правоохоронного відомства також акцентував увагу на непоодиноких фактах „ганебних і зухвалих дій” деяких представників медичного персоналу, зокрема, відмови від надання невідкладної допомоги, госпіталізації, вимагання грошей за проходження рентгенологічного дослідження тощо. За словами Генерального прокурора України, багато зловживань виявлено також під час закупівлі і реалізації ліків тощо. У подібних операціях фігурують мільйонні суми. Наприклад, виділені Кабінетом Міністрів України в 2003 році 177 млн. гривень на розвиток вітчизняного виробника, спрямовані іноземним фірмам та їх посередникам. Генеральний прокурор зауважив, що на жаль, Міністерство охорони здоров'я на таку ситуацію належним чином не реагує.

Заступник Генерального прокурора О. М. Колінько у свою чергу зазначила, що в усіх регіонах перевірки виявили існування практики стягнення плати з пацієнтів під виглядом “добровільної” допомоги, зокрема за проведення флюорографії, рентгеноскопії, аналізів тощо. “Масовість цих фактів така, що їх можна назвати справжньою грошовою лихоманкою, епідемією”, – сказала Ольга Колінько.¹⁰⁶⁶

Загальновідомо, що рівень надання медичної допомоги в нашій країні значно далекий від бажаного. Причиною цього є не тільки нестача фінансування, але й часто небажання працівників охорони здоров'я надати необхідну допомогу належної якості, або неналежне виконання ними своїх службових обов'язків. Почастішали скарги пацієнтів на розголошення лікарської таємниці. Ці правопорушення посягають на найвищу соціальну цінність в нашій державі – людину, її права та свободи. Гарантувати здійснення прав – обов'язок держави, здійснювати нагляд за недопущенням порушення цих прав – завдання прокуратури.

За таких умов нагляд прокуратури у сфері охорони здоров'я повинен бути спрямований на перевірку не тільки фінансової сторони діяльності закладів охорони здоров'я та органів управління охорони здоров'я, але й якісну сторону надання медичної допомоги населенню.¹⁰⁶⁷

Викликає стурбованість також і ситуація з дотриманням законності у діяльності інших контролюючих органів. Наприклад, не всі акти та державної санітарно-епідеміологічної служби є законними. Багато підприємців скаржаться на велику кількість необґрунтованих перевірок, а часом і прямого вимагання хабарів з боку працівників цього контролюючого органу. Напрямом прокурорського нагляду тут повинна стати перевірка заяв та скарг на дії цього органу.

Питання додержання законності у сфері охорони здоров'я зараз є актуальним ще й через вимоги міжнародних організацій, наприклад, ВООЗ, яка у своїй програмі “Здоров'я для всіх” проголосила необхідну умову –

¹⁰⁶⁶ Медична газета „Здоров'я України”. – 2004. - № 6 (91). – С. 6.

¹⁰⁶⁷ Гладун З.С. Людина і охорона її здоров'я: питання правового забезпечення // Прокуратура. Людина. Держава. – 2004. – №10. – С. 101.

надання належного рівня медико-санітарної допомоги населенню на принципі рівності.

Ще одним напрямом прокурорського нагляду у сфері охорони здоров'я повинно стати неухильне додержання громадянами норм медичного законодавства. Важливість і необхідність прокурорського нагляду у цій сфері пояснюється життєво-небезпечними наслідками порушення закону у цій сфері. Для прикладу можна навести ст. 5 Закону України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”.¹⁰⁶⁸ Норма цієї статті зобов'язує громадян проходити обов'язкові медичні огляди та робити щеплення у передбачених законодавством випадках. У цьому випадку нагляд прокуратури повинен бути спрямований на перевірку документації закладів охорони здоров'я, що здійснюють відповідні щеплення з метою недопущення халатності та недбалості лікарів.

Таким чином, здійснення прокурорського нагляду – необхідна передумова забезпечення законності у сфері охорони здоров'я. В умовах, коли значно послаблені або навіть повністю ліквідовані деякі контрольні механізми держави, прокурорська система стала фактично єдиним універсальним незалежним наглядовим інструментом у державі. Зокрема, існуючі в межах виконавчої влади держави контрольно-наглядові органи (санепідемслужби, органи Держстандарту, протипожежного нагляду, нагляду за охороною праці тощо), безумовно, необхідні, але сфера діяльності кожного з них досить вузька, вони залежні від інших суб'єктів виконавчої влади, нерідко самі допускають порушення законності.¹⁰⁶⁹ В той же час прокуратура України наділена широким колом повноважень у сфері здійснення нагляду за діяльністю системи охорони здоров'я і організаційно відокремлена від виконавчої гілки влади. Саме на прокуратуру повинен бути покладений нагляд за забезпеченням неухильного дотримання принципу законності у сфері реалізації політики охорони здоров'я.

Глава 4. Громадський контроль в сфері охорони здоров'я

Громадський контроль відіграє важливу функцію у сфері формування і реалізації державної політики охорони здоров'я населення. Від рівня його впливу на відносини, що складаються у сфері охорони здоров'я та на діяльність органів та закладів охорони здоров'я, які надають населенню медико-санітарну допомогу, можна визначити рівень соціально-політичного розвитку і демократичності тієї чи іншої країни. Світова практика показала, що громадський контроль є невід'ємним атрибутом громадянського суспільства, а його відсутність чи мінімальне застосування вказують на

¹⁰⁶⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст.218.

¹⁰⁶⁹ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К.: “Ін Юре”. – 2002. – С. 493 – 496.

нерозвиненість основних інститутів демократії, відстороненість основної частини населення від процесів формування і реалізації державної політики.

Згідно ст. 38 Конституції України громадяни мають право брати участь в управлінні державними справами, у всеукраїнському та місцевих референдумах, вільно обирати і бути обраними до органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Така конституційна норма передбачає як у теоретичному, так і в практичному контексті можливість здійснення громадського контролю за діяльністю державних органів, особливо, органів виконавчої влади, що здійснюють державне управління і регулювання у сфері охорони здоров'я, за діяльністю управлінського апарату і посадових осіб закладів охорони здоров'я.

Крім того, як відомо, відповідно до норм Закону України “Про об'єднання громадян” громадська організація — це об'єднання громадян для задоволення та захисту своїх законних прав і свобод, соціальних, економічних, творчих, національно-культурних, вікових, спортивних та інших спільних інтересів.

За характером діяльності та спрямованості громадські організації поділяють на: а) організації для задоволення професійних чи суспільних інтересів — професійні спілки, національно-культурні, науково-технічні та інші товариства, творчі спілки, дитячі, молодіжні, жіночі, ветеранські, благодійні організації тощо; б) організації для задоволення особистих потреб — спортивні товариства, товариства мисливців і рибалок, спілки книголюбів, гаражні кооперативи тощо.¹⁰⁷⁰

Своє право контролю над органами, що здійснюють державне управління і регулювання у сфері охорони здоров'я громадяни реалізують як особисто, так і через найрізноманітніші громадські об'єднання (громадські організації типу асоціації хворих на певні захворювання (цукровий діабет, церебральний параліч, ВІЛ-інфікованих тощо, громадські фонди боротьби із ВІЛ/СНІДом, наркоманією та туберкульозом, громадські комітети захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, громадська ініціатива за здорову націю “Пульс України” та ін.). Так, право висування кандидатів на виборах до органів місцевого самоврядування поряд з іншими суб'єктами виборчого процесу належить місцевим осередкам політичних партій.¹⁰⁷¹ Враховуючи те, що обласна або районна рада може висловити недовіру голові відповідної державної адміністрації, що може призвести до його відставки, роль депутатів — представників громадськості у цьому випадку є дуже вагомою. Крім цього, місцеві державні адміністрації підзвітні й підконтрольні органам місцевого самоврядування у частині повноважень, делегованих їм відповідними обласними чи районними радами.

На території нашої держави функціонує Товариство Червоного Хреста України, яке є всеукраїнською добровільною громадською гуманітарною

¹⁰⁷⁰ Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. — К.: Видавничий Дім “Ін-Юре”, 2002. — С. 357 — 358.

¹⁰⁷¹ Див. Закон України „Про вибори депутатів Верховної Ради Автономної Республіки Крим, місцевих рад та сільських, селищних, міських голів” // Відомості Верховної Ради України. — 2004. — № 30-31. — Ст. 382.

організацією. Правовою основою його діяльності є Закон України “Про Товариство Червоного Хреста України” від 28 листопада 2002 року.¹⁰⁷² Як зазначають норми ст. 12 цього Закону, Товариство має право представляти і захищати законні права та інтереси свої, а також своїх членів в органах державної влади та органах місцевого самоврядування, органах судової влади.

Крім того, сьогодні в літературі висловлюються і пропозиції щодо створення таких професійних об'єднань як Українська асоціація захисту прав пацієнтів, Суди честі медичних працівників.¹⁰⁷³

Норми Закону України “Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності” надають право профспілкам медичних працівників здійснювати контроль за виконанням колективних договорів у закладах охорони здоров'я. Профспілки, їх об'єднання здійснюють представництво і захист трудових, соціально-економічних прав та інтересів членів профспілок в органах державної влади та органах місцевого самоврядування, у відносинах з роботодавцями, а також іншими об'єднаннями громадян.

Таким чином профспілки також здійснюють громадський контроль (профспілка медичних працівників об'єднує на добровільних засадах переважну більшість працівників лікувально-профілактичних, аптечних закладів, науково-дослідних інститутів, працівників підприємств медичної промисловості). Він реалізується через діяльність різноманітних профспілкових контрольних комісій за використанням громадських фондів споживання, за дотриманням техніки безпеки, побутової санітарії в діяльності закладів охорони здоров'я. Органи профспілок здійснюють контроль за дотриманням адміністраціями та власниками закладів охорони здоров'я чи їх уповноваженими законодавства про працю, законодавчих та інших нормативних актів з питань соціального захисту та розмірів соціальних виплат. З цією метою профспілки беруть участь у розробці і перегляді правил, положень та інших нормативних актів по охороні праці і побутовій санітарії, здійснюють контроль за створенням безпечних та здорових умов праці для працівників сфери охорони здоров'я; здійснюють контроль за дотриманням суб'єктами господарської діяльності трудового, пенсійного та житлового законодавства; контролюють виконання заходів щодо забезпечення зайнятості медичних працівників при їх звільненні за скороченням штатів, ліквідації чи реорганізації установи, організації, підприємства. Адміністрація зобов'язана розглядати приписи про усунення виявлених порушень законодавства про працю і профспілки та протягом встановленого терміну повідомити профспілку про результати розгляду. За ініціативою своїх членів та власною ініціативою профспілки мають право звернення до суду з позовом про захист трудових прав працівників закладів охорони здоров'я.

Важливою формою безпосередньої участі населення у вирішенні питань місцевого значення є загальні збори громадян за місцем проживання. Такі

¹⁰⁷² Урядовий кур'єр. – 2002. – 15 грудня

¹⁰⁷³ Пиріг Л.А. Громадський контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я // Матеріали науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю „Управління охороною здоров'я”. – Львів, 2003. – С. 90-91.

збори проводяться відповідно до ст. 8 Закону “Про місцеве самоврядування в Україні”¹⁰⁷⁴ та “Положення про загальні збори громадян за місцем проживання в Україні”, затвердженого постановою Верховної Ради України від 17 грудня 1993 року № 3748-ХІІ.¹⁰⁷⁵ Відповідно до ст. 6 даного Положення, до компетенції зборів належить розгляд будь-яких питань, віднесених до відання місцевого самоврядування, в межах Конституції і законів України, внесення пропозицій відповідним органам і організаціям. Таким чином, можна зробити висновок, що загальні збори громадян можуть і розглядати питання щодо контролю за діяльністю сфери охорони здоров'я.

Відповідно до Закону України “Про органи самоорганізації населення”¹⁰⁷⁶, якими є будинкові, вуличні, квартальні комітети, комітети мікрорайонів, комітети районів у містах, сільські, селищні комітети. Основними завданнями органів самоорганізації населення є:

- створення умов для участі жителів у вирішенні питань місцевого значення в межах Конституції і законів України;
- задоволення соціальних, культурних, побутових та інших потреб жителів шляхом сприяння у наданні їм відповідних послуг;
- участь у реалізації соціально-економічного, культурного розвитку відповідної території, інших місцевих програм.

Відповідно до ст. 14 вказаного Закону, органи самоорганізації населення мають право вносити у встановленому порядку пропозиції до проектів місцевих програм соціально-економічного і культурного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць та проектів місцевих бюджетів. На жаль, в нормі цієї статті Закону прямо не вказано можливість органів самоорганізації населення здійснювати громадський контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я, розташованих на території їх діяльності. Видається, що це суттєва прогалина чинного законодавчого акту. Дієвий громадський контроль на цьому найнижчому рівні міг би стати суттєвим фактором поліпшення організації надання медичної допомоги населенню та організації охорони його здоров'я в цілому. Тому, слід внести доповнення у норму ст. 14 Закону України “Про органи самоорганізації населення” і нормативно закріпити повноваження цих органів по здійсненню громадського контролю за діяльністю медичних закладів.

В окремих випадках органи, що здійснюють державне управління і регулювання у сфері охорони здоров'я уповноважують об'єднання громадян виконувати окремі управлінські функції. Так, свого часу профспілкам було передано у володіння й оперативно-господарське управління мережу санаторно-курортних закладів, дитячих таборів відпочинку та інших лікувально-оздоровчих закладів.

Важливим чинником існування громадянського суспільства є діяльність засобів масової інформації. Їх роль зводиться не лише до здійснення

¹⁰⁷⁴ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170.

¹⁰⁷⁵ Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 6. – Ст. 30.

¹⁰⁷⁶ Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 48. – Ст. 254.

комунікативних функцій між державою, інститутами громадянського суспільства та громадянами. Вони покликані реалізовувати надзвичайно важливу функцію громадського контролю за діяльністю органів державної влади, місцевого самоврядування, політичних партій, громадських організацій та інших суспільних структур. При цьому необхідною умовою функціонування засобів масової інформації є їх незалежність від владних структур. У демократичному суспільстві звичним явищем є конструктивна опозиційність преси до влади, без чого вона не змогла б виконувати свою соціальну функцію. У країнах Заходу державні службовці користуються набагато меншими, ніж звичайні громадяни, правами захисту від звинувачень у ЗМІ. Таке положення допомагає кращому втіленню принципу відкритості влади та реалізації функції преси як “сторожового пса демократії”, “громадського контролера за діяльністю уряду”. В мас-медіа має бути місце для висловлення всіх існуючих у суспільстві точок зору, у тому числі й на шляхи розвитку держави, розв’язання існуючих в суспільстві проблем, у тому числі і проблем охорони громадського здоров’я. Така вільна дискусія могла б сприяти більш широкій участі громадськості в обговоренні питань, пов’язаних з формуванням та реалізацією державної політики охорони здоров’я, а також гарантувати становлення громадянського суспільства та демократичної правової держави. Слід зазначити, що українські засоби масової інформації відіграють значну роль у здійсненні контролю за діяльністю як всієї системи охорони здоров’я, так і її окремих ланок. Центральні і місцеві органи преси, радіо і телебачення тримають в полі зору питання надання медичної допомоги, медичних послуг, реалізації в цілому державної політики охорони здоров’я. у цьому напрямку особливо відзначаються такі газети як “Дзеркало тижня”, “Ваше здоров’я”, програми телепередач “5-го каналу” та ін.¹⁰⁷⁷

Україні ще треба створити дієвий механізм, загальноприйнятий в цивілізованому світі, при якому преса могла б діяти як джерело неупередженої інформації на вільному ринку ідей. Слушно зауважують Н.Нижник та І.Мащенко, що “незалежно від стану свободи слова і друку в демократичних суспільствах саме ЗМІ відіграють головну роль у формуванні відкритого суспільства і правової держави, створенні своєрідних каналів впливу на владу”.¹⁰⁷⁸

Отже, можна зробити висновок, що громадський контроль є надзвичайно важливим чинником забезпечення ефективного управління і регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров’я, належної діяльності органів і закладів охорони здоров’я, і, нарешті, дотримання законності в сфері охорони здоров’я завдяки механізму участі громадян у здійсненні контролю за діяльністю системи охорони здоров’я України.

¹⁰⁷⁷ Див. перелік журнальних і газетних статей з даної проблематики, приведених у списку літератури даної монографії.

¹⁰⁷⁸ Нижник Н., Мащенко І. Організація передвиборної агітації в електронних ЗМІ України // Вісник Української академії державного управління. – 1998. – № 3. – С. 58.

Суб'єктами громадського контролю є, перш за все, громадяни, і по-друге, об'єднання громадян (політичні партії, професійні союзи, молодіжні та інші громадські організації, наприклад, "Громадська ініціатива за здорову націю "Пульс України"), органи самоорганізації населення, трудові колективи, збори громадян за місцем проживання. Громадський контроль як засіб забезпечення законності в діяльності галузевих органів охорони здоров'я суттєво відрізняється від усіх інших видів контролю. Ця відмінність полягає насамперед у тому, що всі суб'єкти громадського контролю виступають від імені громадськості, а не держави. Тому їх контрольні повноваження, як правило, не мають юридично-владного змісту. Таким чином, рішення громадських організацій за результатами перевірок діяльності закладів охорони здоров'я мають рекомендаційний характер. Для громадського контролю органів і закладів охорони здоров'я характерною рисою є попередження порушень у цій сфері за допомогою засобів громадського впливу. Як і державний, громадський контроль в умовах правової держави повинен базуватися виключно на правових засадах. Сьогодні актами законодавства, які регулюють здійснення громадського контролю є Закони України „Про звернення громадян”, „Про об'єднання громадян”, „Про політичні партії в Україні”, „Про місцеві державні адміністрації”, „Про місцеве самоврядування в Україні”, а також деякі інші акти законодавства. Вочевидь, у питаннях здійснення громадського контролю, особливо за діяльністю органів державної влади і місцевого самоврядування, державних і комунальних закладів охорони здоров'я відчувається певна правова неврегульованість, яку О.Ф. Андрійко пропонує врегулювати шляхом прийняття Законів України „Про державний контроль” та „Про громадський контроль”.¹⁰⁷⁹ Видається, що це цілком слухна пропозиція, яку слід підтримати.

Варто звернути увагу на міжнародний досвід у здійсненні громадського контролю за діяльністю системи охорони здоров'я. Так, наприклад, Громадські Ради охорони здоров'я у Великобританії (Community Health Councils) є самостійними, легітимними органами, створеними для того, щоб представляти інтереси громадськості в діяльності системи охорони здоров'я копальному рівні. Члени Рад висуваються від місцевих об'єднань і організацій громадян.

Роль Рад у системі охорони здоров'я дуже значима. Ради можуть ретельно перевіряти всі організації й напрямки системи охорони здоров'я, мають право робити локальні відвідування в лікарняні палати, центри здоров'я та клініки і розмовляти з будь-якою особою, представляючи себе як інтегровану установу, включену з усі структури охорони здоров'я на конкретній адміністративній території.¹⁰⁸⁰

¹⁰⁷⁹ Андрійко О. Ф. Організаційно-правові проблеми державного контролю у сфері виконавчої влади. Автореф. дис. ... д.ю.н. - К.: 1999. - С. 12-14.; Андрійко О. Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України. - Київ. Видавничий дім "Ін-Юре". 1999. - С. 112.

¹⁰⁸⁰ Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. - 2003. - № 4. - С. 27.