

# РОЛЬ МІЖНАРОДНОГО ТА КОНСТИТУЦІЙНОГО ЗАКОНОДАВСТВА В ФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

**Кіндзерський Володимир Іванович,**

*Тернопільський національний економічний університет*

На кожному етапі свого розвитку суспільство ставить перед охороною здоров'я конкретні завдання, що визначаються, з одного боку, досягненнями медичної науки, а з іншого — соціально-економічним, суспільно-політичним, культурним рівнем розвитку даного соціуму. Включати економічні, соціальні, політичні показники, а також культурні традиції, що знаходять своє відображення в релігії, етиці, національних особливостях і суспільних уявленнях необхідно, так як вони визначають не тільки можливості суспільства у задоволенні даної соціальної потреби (охорони здоров'я), а й рівень акцинтації на ній уваги, менталітету одо охорони здоров'я.

У розвинених країнах проблема невідповідності гарантій держави та можливості їх виконання долається наявністю державної медицини для бідного населення, та страхової для вищого та середнього класів. Не секрет, що безкоштовна медицина гарантована Конституцією України проста фікція, адже навіть в заможних державах вона відсутня. Тому, питання пошуку шляхів подолання невідповідності задекларованих організаційно-правових засад наявним можливостям і ресурсам є актуальним предметом розгляду цієї роботи через висвітлення міжнародно-правових стандартів і конституційних норм у сфері охорони здоров'я. У статті також певну увагу приділено системам фінансування сфери охорони здоров'я.

Серед сучасних вітчизняних праць з проблем правового регулювання медичного забезпечення населення необхідно зазначити публікації Ю. Бадзьо, В. Бондаренка, О. Валевського, Б. Гаєвського, А. Гальчинського, З. Гладуна, І. Сенюта, С. Дюжинова, В. Іваненко, В. Карташкіна, В. Москаленка, М. Орзіха, А. Полешка, П. Рабіновича, В. Якубовяка та інших.

У ХХ ст. найбільшою мірою проявився зв'язок між охороною здоров'я, розвитком суспільства й особистості. Конституційне визнання права на здоров'я кожної людини стало невід'ємною рисою більшості правових систем. Адже на сьогодні вважається, що правова складова державної відповідальності за здоров'я громадянина спирається не на економічні візії, а насамперед на природне право кожної людини на життя і здоров'я [3].

Право про охорону здоров'я (і відповідно державне управління у цій сфері), що має публічний характер, з'явилося набагато раніше, ніж міжнародно-правове визнання індивідуального права на охорону здоров'я людини. Приймались і приймаються численні міжнародні норми, спрямовані на контроль за випуском і поширенням алкоголю, тютюну, а також розвитком фізичної культури, що мають своєю метою зміцнення здоров'я населення. Проте, здійснення цих заходів, спрямованих на охорону здоров'я, зіштовхується з індивідуальними правами і свободами [2, с. 49].

Примусові заходи, що проводилися для забезпечення здоров'я суспільства, історично передували визнанню прав людини, тому і організаційно-правові засади охорони здоров'я розвивалися без врахування права приватних осіб.

Індивідуальне право на охорону здоров'я на міжнародно-правовому рівні стало закріплюватися з середини ХХ століття. Право індивіда на охорону здоров'я гарантує права приватним особам у даній області суспільних відносин і створює відповід-

ні обов'язки для органів державної влади. У той же час багатогранність аспектів реалізації права на охорону здоров'я, соціально-економічні умови, різноманітність систем охорони здоров'я у світі перешкоджають у прийнятті єдиної концепції у цій сфері. Органи державної влади намагаються обмежити свої обов'язки в вказаній галузі, але питання, що піднімаються громадянами тієї або іншої держави (у тому числі і України) з різних аспектів охорони здоров'я (наприклад, вимоги забезпечення строгого державного контролю за станціями переливання крові, контроль за якістю надання медичної допомоги), підвищують відповідальність урядів за функціонування даної сфери.

У той же час необхідно відзначити, що доступ до послуг охорони здоров'я як індивідуальне право не користується всесвітнім визнанням. Однієї з причин цього є складність державного забезпечення даних індивідуальних прав, що неминуче спричиняють великі інвестиції, тому що фактори, що поліпшують або погіршують здоров'я людини виходять за рамки системи охорони здоров'я й охоплюють питання соціального характеру, питання харчування, санітарного благополуччя, забезпеченості житлом, працевлаштування і т.д. [6, с. 341].

У цілому, міжнародно-правові засади права на охорону здоров'я мають три рівні закріплення.

До першого рівня закріплення прав в галузі охорони здоров'я відносяться Загальна декларація прав людини 1948 р., Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 р., Міжнародний пакт про цивільні і політичні права, прийняті Генеральною Асамблеєю ООН Декларація про права інвалідів (9 грудня 1975 р.) [6], Декларація про права розумово відсталих осіб (20 грудня 1971 р.) та інші основні міжнародні нормативно-правові акти. Дані нормативно-правові акти накладають юридичні зобов'язання на держави-учасниці: вони повинні здійснити всі необхідні дії, включаючи законодавчого й адміністративного характеру незалежно від рівня економічного розвитку.

Універсальний рівень закріплення права на охорону здоров'я є важливою гарантією визнання світовим співтовариством даного права і накладає на держави обов'язок з вироблення управлінських механізмів його забезпечення.

До другого рівня закріплення прав людини в області охорони здоров'я — регіональному — можна віднести Європейську Соціальну Хартію. Стаття 11 Хартії визначає обов'язок державам, що підписали Хартію, вжиття заходів, що передбачають:

- 1) усунення, наскільки це можливо, причин погіршення здоров'я;
- 2) надання послуг консультативного й освітнього характеру, спрямованих на зміцнення здоров'я і розвиток почуття особистої відповідальності за своє здоров'я;
- 3) запобігання, наскільки це можливо, епідемічних, ендемічних і іншим захворюванням.

Стаття 13 Європейської Соціальної Хартії, з метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальну і медичну допомогу, визначає Договірним Сторонам:

- 1) забезпечити кожній особі, що не має достатніх засобів до існування і яка не в змозі ні добути їх своїми власними зусиллями, ні одержати їх з інших джерел, надання відповідної допомоги;
- 2) піклуватися про те, щоб особи, що користуються подібною допомогою, не дискримінувались з цієї причини у своїх політичних і соціальних правах;
- 3) передбачити, щоб кожна людина за посередництвом відповідних державних або приватних служб могла одержати будь-яку консультацію і будь-яку індивідуаль-

ну допомогу, які можуть знадобитися, щоб запобігти, усунути або полегшити стан особистого або сімейного нестатку [10].

Базові документи в цій області — конвенції і рекомендації — прийняті і на третьому рівні законодавчого міжнародно-правового закріплення — спеціальною організацією ООН — Міжнародною організацією праці (МАРНОТРАТ): Конвенція № 130 про медичну допомогу і допомогу в хворобі 1969 року; різні конвенції, присвячені праці дітей, матерів, інвалідів і так далі, що мають метою класифікувати трудящих на різні категорії і визначити стандарти трудової діяльності що не впливатиме згубно на здоров'я кожної окремої категорії. Спеціально створеною організацією для вирішення цих питань, у тому числі в сфері охорони здоров'я, є ЖКОСОС.

Визнання цих і інших міжнародно-правових актів вимагає зміна внутрішньодержавного законодавства відповідно до вимог міжнародних стандартів, шляхом внесення зазначених прав у конституції або інші основні нормативні акти держави [6, с. 26].

Право на охорону здоров'я включає ряд прав і гарантій їхньої реалізації, і тому по-різному формулюється в конституціях, причому в багатьох, особливо прийнятих до другої світової війни, воно відсутнє. При дослідженні закріплення права на охорону здоров'я закордонними конституціями необхідно враховувати історичні традиції, обумовлені особливостями філософсько-світоглядних основ конституціоналізму. У багатьох країнах (яскравий приклад США) підхід до конституції заснований на філософії позитивізму. Це припускає формально-юридичний підхід. Він був характерний для класичного буржуазного конституціоналізму з моменту зародження аж до другої половини ХІХ століття. Відповідно до даного підходу конституція розглядається з чисто юридичної позиції, як правовий акт, що володіє вищою юридичною чинністю і закріплює в основному лише організацію державної влади і її взаємини з людиною. У цьому випадку за рамками конституційного регулювання залишаються питання організації суспільства, не можна виявити глибинні характеристики конституції, що кореняться в реальних суспільних відносинах. У країнах, де панує формально-юридичний підхід до конституції існує представлення про соціально-економічні права як про програмні установки, декларації.

У деяких країнах став популярним соціологічний підхід до конституції, заснований на соціологізації права. Розуміння соціальної сутності конституції як вираження реальних суспільних відносин з'явилося в другій половині ХІХ століття і зв'язано з поширенням ідеї соціальної держави, принципів соціальної справедливості. Відповідно до даного підходу соціально-економічні права рівноцінні політичним і особистим правам сфери конституційно-правового регулювання. Вони є невід'ємними, суб'єктивними правами людини і громадянина, що мають право на судовий захист [1, с. 75].

Права другого покоління, до яких відноситься і право на охорону здоров'я, з'явилися в конституціях держав у середині ХХ століття. Виключення були, наприклад, Веймарська Конституція 1919 р. і перші радянські конституції. В них вказувалися державні управлінські механізми охорони здоров'я. Ці конституції дуже вплинули на світову суспільну свідомість, на ідею формування прав другого покоління, визнання концепції соціальної держави. У результаті більшість конституцій світу визнали дану групу прав і в тому числі право на охорону здоров'я [4, с. 21–22]. Нам бачиться необхідним для якісно висвітлення питання зупинитись на ряді конституцій.

Конституція Австрії не містить конкретного права на охорону здоров'я, але відносить питання законодавчого регулювання і виконавчого забезпечення системи охорони здоров'я і санітарної служби до відання Федерації. При цьому в конституції

робиться застереження, що до компетенції Федерації у частині установ, що надають медичні послуги, відноситься тільки здійснення санітарного нагляду [11, с. 120].

Звід основних законів Великобританії, що визначають положення людини в суспільстві, його права і свобод, взагалі не містить прямого згадування про право на охорону здоров'я [14].

У Конституції Королівства Данії хоча немає норми, що стосується охорони здоров'я людини, але передбачене право на соціальну допомогу з боку держави у випадку неможливості самозабезпечення [8].

Немає подібної норми й у Конституції Французької Республіки, Швеції. В останній передбачене широке розуміння фізичної недоторканності. До компетенції Уряду Швеції відноситься прийняття постанови про розпорядження у відношенні охорони життя, особистої безпеки, здоров'я.

Основний закон ФРН не включає права на охорону здоров'я, але відносить до компетенції Федерального законодавства врегулювання таких заходів, як боротьба з епідемічними захворюваннями, допуск до лікарських і інших медичних професій і лікарської діяльності, господарське забезпечення лікарень і встановлення тарифів за надану ними допомогу [12, с. 174].

З даного аналізу можна зробити висновок, що до компетенції державних органів у зазначених країнах відноситься законодавча діяльність по регулюванню відносин у сфері надання медичних послуг, що включає заходу для стимулювання ринку в сфері охорони здоров'я; контроль якості, наданих послуг; навчання медичного персоналу; оборот лікарських засобів; захист у випадку порушення законодавства в сфері охорони здоров'я; розвиток системи страхових і інших фінансово-кредитних організацій.

Ряд європейських конституцій регламентують право на охорону здоров'я.

Конституція Греції передбачає ряд гарантій, що включають обов'язок держави піклуватися про хворих, що страждають невиліковними фізичними недугами, піклуватися про здоров'я громадян, особливо молоді, інвалідів.

Конституція Бельгії містить право на життя, що відповідає людській гідності, що включає право на соціальне страхування, охорону здоров'я, соціальну медичну допомогу [16].

До відання органів влади Конституція Іспанії відносить організацію і керівництво суспільною охороною здоров'я за допомогою проведення профілактичних заходів, а також надання необхідних послуг і допомоги; сприяння розвитку санітарної освіти, фізкультури і спорту.

Конституція Королівства Нідерланди ставить за обов'язок державним органам вживати заходів захисту здоров'я населення, піклуватися про забезпечення населення достатнім життєвим рівнем, сприяти соціальному і культурному розвитку суспільства.

У перерахованих вище країнах функціонує система державної політики у системі охорони здоров'я, що спрямована на більшість населення. Лише незначна частина населення, як правило, що належить до вищих соціальних прошарків, лікується за свій рахунок [10, с. 47].

За характером фінансування експерти виділяють три види систем охорони здоров'я, досвід функціонування яких необхідно враховувати при розробці реформ в Україні. Перша з них — державна або система Беверіджа, для якої характерні наступні основні особливості: центральне і регіональне планування; фінансування шляхом прямого оподаткування; керування системою через професійних (медичних) працівників; контроль якості з боку держави і професійних працівників; еко-

номічне використання ресурсів; недостатня оплата праці персоналу; низькі адміністративні витрати.

Раніше державна система охорони здоров'я мала явні переваги. Але зміни структури захворюваності, старіння населення, якісні зрушення в медичних технологіях вимагають істотного розширення фінансової бази галузі, підключення нових, більш діючих механізмів її формування, у зв'язку з цим виключно державна система (без залучення інших джерел фінансування) стає гальмом для розвитку охорони здоров'я.

Друга, найбільш представницька група систем побудована за принципом медичного соціального страхування (система Бісмарка). Їхні основні характеристики: децентралізоване фінансування на тристоронній основі — цільові внески підприємців, громадян, а також цільові бюджетні субсидії; свобода вибору страхових фондів для споживачів і підприємців; конкуренція між різними страховими фондами і медичними службами; ефективний контроль за якістю і витратами з боку страхових фондів; широкий вибір умов госпіталізації з погляду комфорту [16].

Третій вид систем — переважно платні, ринкові, фінансовані з особистих коштів населення. До їхніх основних характеристик відносяться: широкий вибір послуг; відсутність черг; гарантія доступності спеціалізованої допомоги; конфіденційність лікування, належна увага до пацієнта; висока якість умов госпіталізації.

Принциповими проблемами ринкових систем варто вважати високу вартість лікування для пацієнтів; низький доступ до медичної допомоги для низькооплачуваних громадян; постійні судові процеси — як один з інструментів контролю якості [4, с. 216].

Жодна з перерахованих систем у чистому вигляді не існує. Системи охорони здоров'я Великобританії, Данії, Ірландії, Греції, Португалії є державними або бюджетними і мають багато спільного із системою колишньої радянської охорони здоров'я, але істотно відрізняються меншою централізацією, більшою самостійністю медичних установ, існуванням приватної медицини, активним використанням різних форм самоврядування. Головним джерелом їхнього фінансування є державний бюджет. Наприклад, із загальних податкових надходжень для Національної служби охорони здоров'я Великобританії покривається 87% витрат, 10% приходиться на засоби соціального страхування і 3% — на платні послуги населенню.

Системи суспільного медичного страхування існують у Німеччині, Італії, Нідерландах, Франції, Японії, Австрії й ін. країнах. Вони також керуються державними органами влади, однак мають іншу структуру фінансування. Страхові внески носять обов'язковий характер для всіх одержувачів доходів, але превалює фінансова участь підприємців і, як правило, внески не стягуються з пенсіонерів і осіб з низькими доходами. У більшості країн із системами соціального страхування діє принцип "участі у витратах".

Представником третього виду — (ринкових, платних) систем є охорона здоров'я США. Це єдина розвинута країна, де немає системи державного страхування, і медичне обслуговування надається переважно на платній основі. Для полегшення тягаря одноразових витрат 1% американців купують поліси приватного медичного страхування, затрачаючи на це в середньому понад 10% чистого прибутку родини. Розмір внеску страхового полісу визначає обсяг одержуваних послуг. Поряд з часткою швидко росте роль суспільного сектора у формі державних програм медичної допомоги малозабезпеченим ("Медікейд") і людям похилого віку ("Медікер") [16].

Реформа управління охороною здоров'я в даний час здійснюється в багатьох країнах світу. У республіках колишнього СРСР, Болгарії, Польщі, Угорщині спосте-

рігається рух від систем першого типу до другого. В Іспанії перехід відбувається в зворотному напрямку. У Великобританії система першого типу доповнюється ринковими елементами, а в Нідерландах і Франції аналогічний процес проходить в рамках систем другого типу. У кожному випадку зміни здійснюються в різних умовах. Вони спрямовані на забезпечення рівного права на охорону здоров'я для всіх громадян, досягнення соціальної справедливості в сфері охорони здоров'я, ефективного використання ресурсів, упорядкування (стримування або збільшення) витрат на медицину й ін.

Дослідження організаційно-правових засад, цілей і результатів функціонування систем охорони здоров'я у світі може виявитися досить корисним у підготовці і здійсненні реформ у нашій державі. У публікаціях ряду авторів з цих питань відзначається, що сучасні проблеми охорони здоров'я в республіках СНД, Прибалтики і Центральної Європи типові для державних систем охорони здоров'я як таких. Однак існує ряд особливостей, які не можна не враховувати при розробці реформ.

Насамперед, це негативні тенденції в динаміці багатьох показників здоров'я, неоднорідність територій по економічних і соціальних характеристиках, вузьковідомчий підхід до суспільного здоров'я, нерівноправність громадян у сфері охорони здоров'я, надмірна політизація, декларативність і догматичність багатьох оцінок і підходів. Зберігається і тенденція до ізоляціонізму, що виражається в незбалансованій самооцінці ситуацій, у спробах знайти "свої" рішення внутрішніх проблем у відриві від глибокого вивчення світових процесів у сфері охорони здоров'я.

Затримка з введенням обов'язкового медичного страхування може прискорити процес заміни, що намітився, безкоштовної медичної допомоги платною. А це суперечить "духові" діючого законодавства, адже як зазначають Пономаренко В., Нагорна А., Ткач Л., Гуменний В. з Інституту громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, державна регуляторно-управлінська політика в галузі охорони здоров'я базується на тому, що держава визнає право кожного громадянина на охорону здоров'я, забезпечує його захист, і гарантує всім громадянам реалізацію цих прав [9, с.28.]. Та чи не найважливішим напрямком державного управління є стан його реалізації, оскільки життя переконливо доводить, що теоретично можна запланувати будь-які організаційно-правові конструкції, а реалізувати їх на практиці, втілити в життя, буває неймовірно важко. Протягом усіх років державної незалежності України триває процес пошуку прийнятної моделі формування державної політики у цій сфері. З врахуванням соціально-економічної ситуації і правових констант в Україні мала б функціонувати страхова форма фінансування.

Даний висновок підкріплюється і тим, що як визначено в низці законодавчих актів та інших державних документів, магістральним шляхом розвитку українського суспільства і держави є просування на шляху до інтеграції з Європейським Союзом, гармонізація українського законодавства із законодавством ЄС, запозичення високих європейських стандартів соціального захисту людини, а отже і пріоритетна Європі державно-страхова система медицини є пріоритетною.

## Література

1. *Бондарь Н.С.* Права человека и Конституция России: трудный путь к свободе. — Ростов н/Д., 1996.
2. *Гладун З.С.* Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення України. Київ, Юрінко Інтер. 2007.
3. *Гладун З.С.* Конституційно-правові засади формування і реалізації державної політики в Україні. (Щиро дякую автору за люб'язно надану можливість ознайомитись з даним матеріалом до його виголошення на конференції і публікації)
4. Державна політика та економіка охорони здоров'я: Практикум / М. Зілинський, В. Григорович, Л. Жаліло та ін.; К.: КІС, 2002.
5. *Карташкин В.А.* Международная защита прав человека. — М., 1976.
6. *Карташкин В.А., Лукашева Е.А.* Международные акты о правах человека. Сборник документов. — М., 1997.
7. *Лукашева Е.А.* Общая теория прав человека. — М., 1996.
8. *Люшер Ф.* Конституционная защита прав и свобод личности. — М., 1993.
9. *Пономаренко В., Нагорна А., Ткач Л., Гуменний В.* Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я // Українські медичні вісті. — 1997. — № 1 (56).
10. *Сенюта Ірина.* Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я // Вісник Львів. ун-ту. Серія юридична.— 2004. — Вип. 40.
11. Социальное государство и защита прав человека / Под общей ред. Е.А. Лукашевой. — М., 1994.
12. Федеративная Республика Германия. Конституции и законодательные акты / Под ред. Ю.П. Урьяса. — М., 1991.
13. *Шаповал В.М.* Британская конституция: политико-правовой анализ.— К., 1991.
14. *Шаповал В.М.* Конституційне право зарубіжних країн. К., АртЕк. — 2001.
15. Здоровье народа и программа развития здравоохранения Республики Беларусь / В.И. Жарко, А.К. Цыбин, И.В. Малахова, А.А. Гракович, И.И. Новик, Д.Ф. Куницкий. — <http://www.minzdrav.by>
16. *Манулик А.В.* Опыт реформ здравоохранения. — <http://www.minzdrav.by>