



УДК 342.92:614.2

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ: АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОЙ СТАТУС И РОЛЬ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕФОРМЫ

Борис ЛОГВИНЕНКО,

кандидат юридических наук, доцент,
доцент кафедры административного права, процесса
и административной деятельности

Днепропетровского государственного университета внутренних дел

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена рассмотрению Министерства здравоохранения Украины как основного субъекта публичного администрирования сферой здравоохранения в Украине. Особое внимание уделено административно-правовому статусу данного министерства. Акцентируется внимание на роли и значении Министерства здравоохранения в реализации медицинской реформы, в частности внедрении принципов семейной медицины.

Ключевые слова: медицинское право, публичное администрирование, сфера здравоохранения, субъект, Министерство здравоохранения, деятельность, медицинская реформа, семейная медицина.

THE MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE: ADMINISTRATIVE AND LEGAL STATUS AND ROLE IN THE IMPLEMENTATION OF HEALTHCARE REFORM

Boris LOGVINENKO,

Candidate of Juridical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Administrative Law,
Process and Administrative Activities
of Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs

SUMMARY

The article is devoted to consideration of the Ministry of health of Ukraine as a main subject of public administration the health care sphere in Ukraine. Special attention is paid to the administrative-legal status of the Ministry. The attention is focused on the role and importance of the Ministry of health in the implementation of health reform, in particular implementing the principles of family medicine.

Key words: medical law, public administration, healthcare, the subject, the Ministry of health, activities, health reform, family medicine.

Постановка проблемы. Украина проводит активные реформы во многих сферах общественных отношений, в том числе и в сфере здравоохранения. Причин, которые заставляют это делать – много, укажу лишь ключевые: снижение продолжительности жизни граждан Украины, уменьшение их численности, неэффективная деятельность системы здравоохранения в целом. Первые результаты реформы отечественного здравоохранения свидетельствуют о необходимости комплексного исследования многих проблем, которые несут в себе «юридическую нагрузку». Ведь все прекрасно осознают, что в основе модернизации отечественной охраны здоровья должна находиться именно нормативно-правовая база, ее обновление и улучшение.

По состоянию на сегодняшний день продолжается активное обсуждение недавно проголосованного Верховной

Радой Украины законопроекта «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения», который в значительной степени видоизменяет порядок финансирования медицинской отрасли и расчеты за оказание медицинской помощи. Акцентирую внимание, что в самом названии данного документа речь идет о медицинском обслуживании. Не о медицинской помощи, а именно о медицинском обслуживании. Роль и значение Министерства здравоохранения Украины в этих процессах трудно переоценить. Оно должно стать локомотивом проводимых реформ.

Цель статьи – на основе современной методологии юридической науки проанализировать Министерство здравоохранения Украины с точки зрения его административно-правового статуса и роли в проведении медицинской реформы.

Изложение основного материала. По состоянию на сегодняшний день очевидными являются проблемы функционирования медицинской отрасли. Значительная часть из них могла бы быть решена (облегчена) благодаря эффективной деятельности профильного Министерства здравоохранения Украины. Именно оно отвечает за реализацию государственной политики в этой сфере. И это несмотря на процессы децентрализации, которые сейчас активно осуществляются в стране. Сферу здравоохранения в Украине сегодня можно отнести к наиболее проблемным и требующим безотлагательного реформирования и модернизации. В ситуации, что сложилась, много первопричин, однако наиболее весомой из них является несоответствие национальной системы здравоохранения Украины требованиям настоящего времени. Мы полностью поддерживаем



мнение В.Ю. Стеценко, автора основательной монографии по вопросам обязательного медицинского страхования, в соответствии с которым основным шагом, который должен быть сделан в Украине в вопросах здравоохранения, является законодательное закрепление данного вида страхования [1].

Сущность понятия «система здравоохранения» заключается в том, что соответствующая система является гораздо более сложным образованием, чем она представлена в национальном законодательстве. Понятие системы здравоохранения (модели финансирования, к которой она принадлежит) вообще не нашло четкого нормативного закрепления. Недостатками отечественной системы здравоохранения в современный период является ее неупорядоченность, неравномерность во внедрении реформ и остаточное финансирование медицинской отрасли. Без основательного и комплексного подхода к обновлению национального медицинского законодательства и приведению его в соответствие с современными международными стандартами вести речь о положительных организационных изменениях нецелесообразно. Только надлежащее нормативно-правовое основание способно обеспечить трансформацию национальной системы здравоохранения в соответствии с моделями государственного медицинского страхования, которое сейчас активно обсуждается в экспертной среде. В этих процессах Министерство здравоохранения Украины должно играть ключевую роль.

Одним из важных направлений деятельности Министерства здравоохранения Украины в деле улучшения качества проводимых реформ является внедрение института семейных врачей. Уже не один год ведутся активные дискуссии по этому вопросу, но реально картина очень медленно меняется в лучшую сторону. Какие же перспективы внедрения семейной медицины в Украине? Начала семейной медицины возникли в нашей стране еще в период земской медицины при введении участкового принципа в организацию медицинской помощи сельскому населению. Советская система охраны здоровья, позаимствовав участковый принцип в земской медицине, распространила этот принцип на городское население, провела

его специализацию. Теперь первичную медико-санитарную помощь оказывают участковый врач-терапевт, участковый педиатр и акушер-гинеколог. Специализация участковой службы наряду с позитивными сторонами имела больше и негативные. Нарушился принцип последовательности в оказании медицинской помощи, индивидуальной профилактической работы со здоровым контингентом и ответственности лечащего врача за здоровье пациента, т.е. начала семейной медицины, характерные для участкового принципа, были полностью нивелированы. Сегодня мы имеем несовершенный способ реализации на практике внедрения семейной медицины: как правило, семейными врачами становятся бывшие участковые терапевты.

Попытка внедрить в ряде стран семейную медицину путём простой замены специализированной участковой службы врачами общей практики привела только к значительному понижению качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению. От этого пути реформирования отказались. Пришли к выводам о необходимости постепенного введения семейной медицины, особенно в городах. Сначала решили оставить семейную медицину временно специализированной.

Еще более сложной для Министерства здравоохранения Украины задачей является адаптация реформы семейной медицины в сельской местности. В сёлах введение семейной медицины необходимо проводить путём постепенной замены врачей участковых больниц и медицинских амбулаторий врачами общей практики – семейными врачами с определённым перераспределением участков и населения.

С чем связаны трудности деятельности Министерства здравоохранения Украины с внедрением семейной медицины в нашей стране? Во-первых, с отсутствием специально подготовленных для этой цели кадров. Семейный врач по кругозору, уровню знаний и опыту должен быть более компетентным по сравнению с подготовленными узкими специалистами. Таких специалистов можно подготовить в основном за счёт переподготовки участковых врачей на факультетах, в институтах усовершенствования, а также путём специальной профессиональной подготовки на

завершающих этапах выпускников медицинских вузов через субординатуру и интернатуру и, наконец, путём специальной подготовки высококвалифицированных специалистов – семейных врачей в ВУЗах на факультетах семейного врача, начиная с первого курса. Этот вопрос не так прост, и для его решения необходимо много времени.

Во-вторых, до настоящего времени ведутся дискуссии по поводу того, какими должны быть нормативы количества населения на участке и количества семей, которые должен обслуживать семейный врач. В-третьих, существует мнение, что реформирование охраны здоровья по внедрению семейной медицины можно провести без дополнительных затрат, и средств на это не выделять. Вообще же необходимо констатировать, что внедрение семейной медицины – это единственный путь повышения эффективности и качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, независимо от форм собственности системы охраны здоровья (государственной, муниципальной, частной). И Министерство здравоохранения должно стать «локомотивом» проводимых реформ.

Согласно Положению о данном министерстве Минздрав является главным органом в системе центральных органов исполнительной власти, который обеспечивает формирование и реализует государственную политику в сфере здравоохранения, защиты населения от инфекционных болезней, противодействия ВИЧ-инфекции/ СПИД и другим социально опасным заболеваниям [2].

Здоровье является важнейшей целью развития и потому заслуживает максимального внимания государства. В любой области деятельности профилактика отклонений всегда эффективнее (дешевле), чем исправление дефектов. Очевидно, поэтому в медицине постоянно декларируется приоритет профилактики. Однако в практике государственного управления профилактика так и остается декларацией, в том числе при распределении бюджетных средств и при регулировании других финансовых потоков.

Сложно не согласиться с точкой зрения, в соответствии с которой здравоохранение формально включает в себя санитарно-эпидемиологические станции и другие гигиенические уч-



реждения. Однако в практике планирования и финансирования системы здравоохранения фактически все критерии сводятся к обеспечению возможности лечебной помощи, а профилактика, в свою очередь, сводится к пропаганде «здорового образа жизни» на бытовом уровне [3, с. 267].

Государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения напрямую подчиняются органам управления здравоохранением, которые не разрешают свободно использовать доходы, жестко контролируют финансово-хозяйственную деятельность. Приходится сожалеть, что к настоящему моменту отечественное здравоохранение практически утратило лучшие наработки нового хозяйственного механизма (в частности, заинтересованность лечебных учреждений в конечных результатах своего труда). Отсутствие у руководителей ЛПУ прав единого распорядителя кредитов в условиях многоканальной системы финансирования отнюдь не способствует устойчивому развитию учреждения и системы здравоохранения в целом [4, с. 202].

В этой связи становится очевидным, что если не достает материальных средств из основного источника финансирования, то ситуация нуждается в переосмыслении и принятии необходимых мер на государственном уровне. В противном случае наше здравоохранение не сможет функционировать в том ключе и выполнять те объемы работы, которые позволят в полной мере гражданам страны реализовывать свои законные права на здоровье и получение медицинской помощи.

По этой причине руководители учреждений здравоохранения вынуждены практически самостоятельно заниматься вопросами поиска средств для нормального функционирования своих подразделений. Ведь в конечном счете, никто не снимал с больниц и поликлиник поставленных задач относительно необходимости оказывать нуждающимся медицинскую помощь. Один из факторов, используемых в настоящее время, – организация и предоставление населению платных медицинских услуг. Необходимость и актуальность качественного рассмотрения правовых проблем оказания лечебно-профилактическими учреждениями платных медицинских услуг связана со

рядом обстоятельств, которые объективно обозначил С.Г. Стеценко.

1. Неразвитость правового обеспечения оказания платных медицинских услуг.

2. Важность сопоставления платности предоставления услуг медицинскими учреждениями и конституционных положений о бесплатности медицинской помощи.

3. Необходимость определения качественного алгоритма действий учреждений здравоохранения для получения законной возможности оказания платных услуг.

4. Платные медицинские услуги – это средство улучшения материально-технической базы учреждения здравоохранения.

5. Требование оказания платных медицинских услуг с учетом прав и законных интересов граждан.

6. Важность разграничения понятий «платные медицинские услуги» и «услуги по программе добровольного страхования» [5, с. 188]

С. Пак замечает, что система здравоохранения в Украине должна строиться на основе объединения принципов централизации сверху (на уровне органов управления) и децентрализации снизу (на уровне лечебных учреждений). Именно на основе принципов централизации и децентрализации необходимо решать общие вопросы системы, направленные на реализацию основной цели системы здравоохранения – удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи [6].

Мы придерживаемся несколько иной точки зрения, которая заключается в том, что надлежащее публичное администрирование сферой охраны здоровья возможно при условии сочетания принципов централизации и децентрализации на всех организационных уровнях. Так, административные полномочия Министерства здравоохранения Украины можно распределить в рамках специально созданных органов, координируемых этим Министерством и деятельность которых направлена на отдельные объекты (составляющие) сферы здравоохранения в Украине.

Выводы. В итоге нами предлагается обратить внимание на то, что сфере здравоохранения в Украине сегодня уделяется недостаточно внима-

ния. Анализ действующих нормативно-правовых актов свидетельствует о недостатках как в организации системы субъектов администрирования сферой здравоохранения, так и в процессе осуществления администрирования. В частности, в контексте закрепления полномочий субъектов публичного администрирования сфера здравоохранения традиционно сочетается с образованием, культурой, социальной защитой, хотя имеет собственные специфику и особенности. В системе субъектов публичного администрирования сферой охраны здоровья Министерство здравоохранения Украины играет ключевую роль. Это подтверждается тем, что данное министерство является главным органом в системе центральных органов исполнительной власти, которая обеспечивает формирование и реализует государственную политику в сфере здравоохранения. В свою очередь, Минздрав Украины, и мы подчеркиваем это, сегодня функционирует недостаточно эффективно, что обусловлено продолжающейся реформой национальной системы здравоохранения и оптимизацией центральных органов исполнительной власти.

Список использованной литературы:

1. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження) : монографія / В.Ю. Стеценко. – К. : Атіка, 2010. – 320 с.
2. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267 // Офіційний вісник України. – 2015. – № 38. – Ст. 1141.
3. Тархов П.В., Швець С.Н. Экономико-правовое регулирование качества здравоохранения / П.В. Тархов // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции, М., 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. С.Г. Стеценко. – М. : Издательская группа «Юрист», 2004. – С. 267.
4. Лившиц С.А., Жилинская Е.В. Некоторые проблемы правового обеспечения деятельности медицинских учреждений различных



форм собственности / С.А. Лившиц // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции, М., 16 мая 2003 г / [Под общ. ред. С.Г. Стеценко]. – М. : Издательская группа «Юрист», 2003. – С. 202.

5. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения: Монография / С.Г. Стеценко. – М. : Международный университет (в Москве), 2002. – 250 с.

6. Пак С.Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи / С.Я. Пак [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Логвиненко Борис Алексеевич – кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры административного права, процесса и административной деятельности Днепропетровского государственного университета внутренних дел

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Logvinenko Boris Alekseyevich – Candidate of Juridical Sciences, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Administrative Law, Process and Administrative Activities of Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs

ssg777@ukr.net

УДК 341.231.14:341.17

LEGAL ASPECTS OF THE ACCESSION OF THIRD COUNTRIES TO THE SCHENGEN AREA

Natalia MUSHAK,

PhD, Associate Professor at the Department of International Law and Comparative Law of Kyiv University of Law of National Academy of Sciences of Ukraine, Doctoral Student of Institute of International Relations of Taras Shevchenko National University of Kyiv

SUMMARY

The article is devoted to the legal analysis of the Schengen area and the accession of third countries thereto. The scientific research defines the main directions of cooperation between the Schengen area Member States and determines the necessary conditions of accession of third countries to the Schengen area. The particular attention is paid to the application of the Schengen *acquis* by third countries.

Key words: Schengen Area, Third Countries, Schengen *acquis*, EU Legislation, Common Directions.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВСТУПЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ СТРАН В ШЕНГЕНСКОЕ ПРОСТРАНСТВО

Наталья МУШАК,

кандидат юридических наук, доцент кафедры международного права и сравнительного правоведения Киевского университета права Национальной академии наук Украины, докторант Института международных отношений Киевского национального университета имени Тараса Шевченко

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена правовому анализу Шенгенского пространства и присоединению к нему третьих стран. Научное исследование определяет основные направления сотрудничества между государствами-членами Шенгенского пространства и определяет необходимые условия присоединения третьих стран к Шенгенскому пространству. Особое внимание уделяется применению третьими странами Шенгенского *acquis*.

Ключевые слова: Шенгенское пространство, третьи страны, Шенгенское *acquis*, законодательство ЕС, общие направления.

Research problem and its significance. Today the Schengen area is an area which is formed by 22 States – the EU Member States and 4 third countries (Switzerland, Liechtenstein, Norway and Iceland). The key directions of cooperation of Schengen area states is the common EU immigration policy, common visa policy of the EU, the scope of cross-border cooperation, asylum policy, protection of personal data, cooperation in the framework of Schengen and Visa information system, police cooperation and cooperation of the courts in criminal cases. In turn, all legal norms regulating the cooperation in the above areas are part of the Schengen *acquis*.

It is worth noting that in the law of the European Union there are some difficulties

in the delimitation of the Schengen area and the area of freedom, security and justice. This complexity primarily lies in the fact that such questions of the Schengen *acquis* that are associated with the abolition of controls at the external borders, asylum, visa policy, procedure, of crossing by persons of external borders of the member States of the EU, cooperation of judicial and police authorities of the member States of the EU under the Lisbon Treaty, constitute a common immigration policy of the European Union within the area of freedom, security and justice (hereinafter – AFSJ).

The Article aims to the research of the legal grounds of the accession of third countries to the Schengen area and determination of all the necessary conditions