

забезпечувального характеру, без яких компетентні суб'єкти не змогли б розглядати і вирішувати ті чи інші справи.

Відповідно до Положення про службу дільничних інспекторів міліції одним із головних його завдань у роботі на дільниці, що обслуговується, є забезпечення охорони громадського порядку, профілактики правопорушень та боротьби зі злочинністю [4]. Переважна більшість подібних протиправних проявів належить до категорії адміністративних правопорушень. Так, відповідно до статистики, у цілому на один злочин приходиться в середньому від тридцяти до сорока виявлених адміністративних проступків. Найбільша ж їх кількість відбувається в сферах дорожнього руху, громадського порядку і громадської безпеки, а також встановленого порядку управління. Відповідно з правопорушеннями саме в цих сферах найчастіше доводиться мати справу дільничному інспектору. У цілому ж ця категорія працівників міліції в процесі своєї різнобічної правоохоронної діяльності зіштовхується з найрізноманітнішими відхиленнями від вимог законів, інших правових актів. У зв'язку з цим вони досить часто в тому чи іншому обсязі змушені здійснювати первинні процесуальні дії по таких справах, давати первинну юридичну оцінку подібним протиправним проявам. По більшості з них адміністративне провадження здійснюють, як правило, саме дільничні інспектори міліції. Тому дільничним інспекторам так важливо глибоко знати чинне законодавство про адміністративні правопорушення, для того щоб правильно і ефективно застосовувати його на практиці, що, у свою чергу, буде сприяти зменшенню випадків порушення при цьому законності.

Тим часом, як свідчить практика, багато дільничних інспекторів не має достатніх правових навичок у цій сфері, допускає помилки при застосуванні адміністративно-деліктного законодавства, нерідко грубо порушує вимоги правової процедури. Чимало порушень законності допускається при притягненні громадян до адміністративної відповідальності. Не випадково зараз дуже важливе значення приділяється удосконаленню правового і професійного рівня дільничних інспекторів міліції, підвищенню їх юридичної грамотності.

Список використаних джерел:

1. Комзюк А.Т. Адміністративно-юрисдикційні повноваження міліції // Вісник Львівського інституту внутрішніх справ: Збірник / Гол. ред. В.Л. Регульський. - Львів: Львівський інститут внутрішніх справ при НАВС України, 2000. - 242-246 с.
2. Калянов Д.П. Адміністративно-юрисдикційна діяльність органів внутрішніх дел України. Учеб. посібник. - Одеса: АО БАХВА, 2000. -128 с.
3. Тучак М.О. Адміністративно-правові засади діяльності дільничних інспекторів міліції: Дис. ... канд. юрид. наук. - Харків, 2002. - 209 с.
4. Положення про службу дільничних інспекторів міліції в системі Міністерства внутрішніх справ України: Затверджено наказом МВС України від 11 лист. 2010 р. № 550.

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стрельченко Оксана Григорівна, кандидат юридичних наук, доцент кафедри адміністративного права і процесу Національної академії внутрішніх справ

Реформування системи охорони здоров'я України пов'язане з нездатністю старої системи (модель Семашка) окупили себе через перехід на ринкову економіку. Прогресивна радянська модель системи охорони здоров'я була розрахована на планову економіку та була централізованою (централізація допомагала, наприклад, добре справлятися з масовими епідемічними ситуаціями). Що ми маємо сьогодні? Стара система не може себе окупили, заробітна плата медика трохи вища за прожитковий мінімум, професія «медик» вже давно не вважається престижною, а «безкоштовна» медицина зробила лікаря найбільш корумпованим працівником сфери послуг.

У пошуку шляхів реформування охорони здоров'я в країнах СНД та інших державах колишнього СРСР спостерігаються збереження та навіть укріплення ролі держави в охороні здоров'я та принципу загальної доступності медичної допомоги, пошук та впровадження ефективних організаційних технологій, які підвищують її якість та полегшують фінансування охорони здоров'я.

Недоліками реформування в охороні здоров'я на сьогодні є: відсутність чіткої позначених цілей; постійний перегляд стратегії реформ; відсутність

чіткої політики, що забезпечує виконання прийнятих рішень; ігнорування науково доведених або перевірених практичних підходів, форм та методів перетворень (у 2006 р. доказовий менеджмент); істотний вплив на прийняття рішень лобістських груп (фармкомпаній); низькі темпи реалізації; непослідовність та суперечливість дій.

Суть реформи охорони здоров'я можна сформулювати як значні цілеспрямовані зусилля з покращення системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я – сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для надання будь-якого виду медичних послуг на індивідуальному чи колективному рівні (у тому числі на основі міжсекторальної взаємодії), головна мета яких полягає у зміцненні, відновленні та підтриманні здоров'я [1]. Реформи розрізняються залежно від того, скільки аспектів системи змінюються та наскільки радикально нова практика відрізняється від попередньої. Успішна реформа впроваджує взаємозалежні заходи, що підтримують один одного.

Мета реформування – поліпшення стану здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя й активного довголіття), а також оптимізувати витрати на медичну допомогу; покращити якість медичної допомоги (40-70 % коштів витрачається на усунення дефектів, наслідків помилок, відшкодування судових позовів) [2].

Принципи реформування: справедливості; солідарності; орієнтованості на покращення громадського здоров'я; орієнтованості на задоволення справедливих потреб населення; орієнтованості на покращення якості медичної допомоги; результативності; ефективності; участь громадськості у

формуванні політики.

У концепції реформи охорони здоров'я, що розробляється, визначено, що метою та критерієм управління повинна бути якість медичної допомоги. Медична допомога надана якісно, якщо вона відповідала очікуваням споживача (внутрішнього та зовнішнього) та її результатом стала очікувана зміна стану здоров'я. Внутрішній споживач – це медичний працівник, зовнішній – пацієнт.

Реформа охорони здоров'я в галузі управління якістю повинна дозволити проводити оцінку медичної допомоги на підставі її проміжних та кінцевих результатів та оплачувати медичну допомогу за її якість відповідно до цієї оцінки. Для всіх складових встановлюються стандарти, оскільки оцінку та контроль можливо проводити тільки шляхом порівняння зі стандартом [3].

Для ефективного розвитку системи охорони здоров'я необхідно, щоб та її частина, що пов'язана з організацією та управлінням установами охорони здоров'я, була адекватна сучасним, якісно новим економіко-правовим відношенням. Тільки в цьому випадку можлива повноцінна консолідація та якісна взаємодія держави, бізнесу та суспільства з питань охорони здоров'я громадян. Проте сьогодні в системі охорони здоров'я України наявна ціла низка проблем структурно-управлінського характеру, що потребують кардинальної зміни існуючого підходу до управління та організації медичної допомоги.

Дослідження допомогли виділити пріоритетні проблеми розвитку охорони здоров'я на найближчі десятиріччя. До їх числа зараховані: формування організаційної структури первинної медико-санітарної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря); реорганізація швидкої медичної допомоги; формування етапної стаціонарної медичної допомоги за принципом лікарень із різною інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу; впровадження системи оцінки, контролю та забезпечення якості медичної допомоги.

Відзначені напрями можна подати у вигляді векторів реформ охорони здоров'я, тобто шляхів переходу від моделі, що склалась, до перспективної. До їх числа належать: від стаціонарної допомоги до амбулаторної; від спеціалізованої допомоги до загальної; від об'єму медичних послуг до їх якості; від зростання кількості лікарів до якості їх роботи; від лікування захворювань до їх профілактики.

Основні цілі та задачі пілотного проєкту щодо реформування сфери охорони здоров'я в Україні: 1. Створити сучасну ефективну систему екстреної

та швидкої допомоги. Впровадити системи GPS-навігації на автомобілях швидкої допомоги. 2. Підсилити систему первинної медичної допомоги із забезпеченням стовідсоткового переведення на принципи загальної практики/сімейної медицини. 3. Забезпечити виявлення захворювань на ранній стадії. Впровадити культуру профілактики захворювань. 4 Створити електронні бази даних пацієнтів (електронні картки), а також систему планування відвідувань профільних спеціалістів. 5. Створити багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування з кваліфікованим медичним персоналом та сучасним обладнанням.

Список використаних джерел:

1. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.06.11 р. № 3611-УІ (зі змінами, внесеними Законом України від 16.10.2012, в. № 5460 УІ) // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 46. – Ст. 61. URL: <http://www.rada.gov.ua>
2. Губоводство в розробці стратегії забезпечення якості та безпеки системи охорони здоров'я / Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. – Київ: МОЗ України, 2011. – 16 с.
3. Про затвердження І алузевий програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 16.09.2011 № 597. Електронний ресурс. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/bortal/dn_20n0916_597.html

КОМПЕТЕНЦІЯ ДЕРЖАВНИХ ОРГАНІВ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ КСЕНОФОБІЇ ТА РАСИЗМУ В УКРАЇНІ

Г алай Вікторія Олександрівна, кандидат юридичних наук, доцент кафедри загальноправових дисциплін навчально-наукового інституту права та психології Національної академії внутрішніх справ

В українському суспільстві спостерігаються тенденції, які зумовлюють наявність у суспільстві різних проявів ксенофобії, расизму та нетерпимості. За результатами соціологічних досліджень, значний потенціал їх активізації відбувся у 2011 році [1]. Зокрема, це: наявність у масовій свідомості ксенофобських стереотипів, використання мови ворожнечі у засобах масової інформації, поширення нетерпимості у Інтернет-мережі та правого радикалізму у молодіжному середовищі тощо. Тому першочерговим завданням сьогодні є подолання такої ненависті та попередженості за допомогою ефективних правозахисних механізмів.

Наукові дослідження щодо причин виникнення та проявів ксенофобії проводилися такими зарубіжними та вітчизняними вченими як Т. Адорно, К. Бурмістров, Д. Візерлі, С. Головаха, О. Грива, С. Захаров, Д. Левінсон, Г. Морис, О. Онищенко, Н. Панна, В. Паніотто, Я. Пилинський, І. Попова, Н. Санфорд, Е. Френкель-Брунсвік, Ю. Чернявська та ін.

У зв'язку з численними проявами ксенофобії в українському суспільстві, з якими стикаються іноземці, що приїжджають в Україну, на державному рівні розробляються програми протидії ксенофобії та расизму із залученням для реалізації цих програм державних установ та недержавних організацій.

Проте, врегулювання даного питання неможливе без встановлення чіткої компетенції цих органів, закріпленої у чинному законодавстві.

На нашу думку, компетенцію державних органів у сфері протидії ксенофобії можна систематизувати наступним чином:

1. Вищі органи держави та центральні органи виконавчої влади: ініціюють перевірку звернення; залучають до перевірки усі органи виконавчої влади, приймають рішення, обов'язкові до виконання.

2. Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування: забезпечують виконання рішень органів місцевого самоврядування на відповідній території; приймають рішення з суспільно-важливих питань, які є обов'язковими до виконання на відповідній території.

3. Органи внутрішніх справ (міліції): після подання заяви, повідомлення про вчинене кримінальне правопорушення проти особи на ґрунті ксенофобії або після самостійного виявлення з будь-якого джерела обставин, що можуть свідчити про вчинення кримінального правопорушення, вносять відповідні відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань і здійснюють досудове розслідування.