

обратиться в коллегии гражданских дел для рассмотрения дела и на основе решения выдается исполнительный лист. Потерпевшему приходится и в гражданской коллегии вести производство дела, что дополнительно связано с дополнительными расходами (расходы на адвоката или любые другие не процессуальные расходы). Здесь же надо отметить то обстоятельство, что среди лиц, освобожденных от оплаты государственной пошлины, находятся лица, которые предъявили иск с требованием о возмещении материальных убытков, нанесенных совершенным преступлением, на основе статьи 46 Гражданского процессуального кодекса, а также статьи 5 закона Грузии «О пошлине» [3]. В то же время, лицо не освобождается от оплаты государственной пошлины, при обращении в суд с иском о возмещении морального вреда.

**Выводы.** В октябре 2010 года был задействован новый Уголовно-процессуальный кодекс Грузии, который является частью англоамериканской правовой системы. В новом процессуальном кодексе статус потерпевшего по другому представлен, были изъяты публичные, частно-публичные, частные и субсидиарные виды уголовного преследования и право на дискреционные уголовные преследование было присвоено только прокурору. Потерпевший более не является участником стороны обвинения и за ним остался статус свидетеля. Однако у потерпевшего, согласно законодательству, есть специальные права основываясь на которых потерпевшие принимают участие в процессе.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Уголовно-процессуальный кодекс Грузии от 9 октября 2009 года № 1772-Ис. – [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://pravo.org.ua/files/Criminal%20justice/\\_09\\_10\\_2009.pdf](http://pravo.org.ua/files/Criminal%20justice/_09_10_2009.pdf)
2. Крайнова О.А. Участие потерпевшего в судебном следствии по уголовному делу / О.А. Крайнова // Вестник Нижегородской академии МВД России, 2016, № 2 (34). – С. 284-287.
3. Отчет о соблюдении прав человека во взаимоотношениях человека и полиции в Армении и Грузии. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://hcav.am/wp-content/uploads/2012/04/police\\_report.pdf](http://hcav.am/wp-content/uploads/2012/04/police_report.pdf)

УДК 342.9

**Ірина Молень**  
*аспірантка кафедри конституційного, адміністративного  
та фінансового права  
Тернопільський національний економічний університет*

#### АНАЛІЗ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

Однією з найважливіших соціальних функцій держав у всьому світі є турбота про здоров'я населення. Конституція України також визнає життя і здоров'я громадян найвищою соціальною цінністю та проголошує державу гарантом забезпечення та утвердження прав і свобод людини [1]. Проте все ж

у нашій державі досить високі показники захворюваності й смертності, та спостерігається зниження середньої тривалості життя. Очевидно, основним фактором такого стану є незадовільний стан вітчизняної системи охорони здоров'я, зумовлений недостатнім фінансуванням, погіршенням доступності і якості медичної допомоги.

На сьогодні в Україні відбуваються жваві дискусії щодо переходу до того чи іншого виду системи охорони здоров'я. Тому для кращого розуміння необхідно більш детально зупинитись на аналізі систем, які існують за кордоном.

Основними видами фінансування охорони здоров'я є державне (обов'язкове), добровільне та змішане. У відокремленому вигляді ці види не використовуються ні в одній країні, хоча в деяких із них займають домінуюче становище.

Так, на сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі: державна («бевериджська»), страхова («бісмарківська») та приватна система.

Першу систему (так звану, бюджетну) запропонував В. Беверидж у 1942 р. у Великій Британії. Ця система полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Така система домінує в багатьох розвинутих країнах і запроваджена в Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії та інших країнах.

Зокрема, у Великобританії фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є надходження коштів із державного бюджету за рахунок податків, що становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% його формується за рахунок внесків роботодавця. Щодо приватного медичного страхування у Великобританії, то воно охоплює виключно ті сфери медичних послуг, які не забезпечуються національною службою охорони здоров'я [2, 231].

Серед переваг бюджетної системи фінансування охорони здоров'я можна виділити загальну доступність медичного обслуговування, контроль з боку держави за витратами та справедливість розподілу засобів. Проте, істотним недоліком такої системи є схильність до монополізму, ігнорування прав пацієнтів, як правило, відсутність можливості вибору лікаря й лікарської установи.

За основу другої системи було прийнято німецьке соціальне законодавство О. Бісмарка. Згідно з нею, медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємств у спеціальні фонди (суспільні лікарняні каси), які створюються здебільшого за територіальним принципом і частково за професійною або територіальною ознакою. Страхувальниками працюючого населення є підприємства, установи та організації. Управління цими фондами здійснюють представники застрахованих. Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, або охоплені різноманітними державними соціальними програмами, або застраховані в приватних страхових компаніях (10% населення). Така система набула найбільшого поширення в Німеччині, Швейцарії та Франції [3, 130].

Переваги німецької моделі медичного страхування полягають у гарантованому державою високому рівні медичного обслуговування громадян незалежно від їхніх фінансових можливостей; максимальному охопленні обов'язковим медичним страхуванням населення; високих

витратах на фінансування галузі охорони здоров'я в країні загалом; пропаганді профілактичних оглядів і превентивного лікування з боку суспільних лікарняних кас; значному державному фінансуванні наукових досліджень у сфері медицини, медичних навчальних закладів і клінік при них [4, 195-200].

Проте все ж поряд з переліченими перевагами, німецька система медичного страхування має також і низку недоліків. До них належать: постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування; суттєве збільшення організаційних витрат у системі охорони здоров'я; обмежений контроль з боку суспільних лікарняних кас за обсягами та якістю наданих медичних послуг; лікарняні каси не накопичують страхові внески, не мають можливості займатися інвестиційною діяльністю й отримувати прибутки від розміщення зібраних коштів; перелік гарантованих медичних послуг за обов'язковим медичним страхуванням постійно зменшується.

Третя система страхування здоров'я (приватна) фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Така система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди.

Зокрема, у Сполучених Штатах Америки усе тримається на системі приватного страхування. Поряд з цим значну роль у забезпеченні частини населення медичною допомогою відіграє некомерційне страхування, яке є державною програмою підтримки для окремих верств населення (літніх та найбільш вразливих людей). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе [5].

Основним недоліком цієї системи є велика вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах становлять 7 290 USD на рік. Проте все ж високий рівень організаційно-правового забезпечення захисту прав пацієнтів є безумовними перевагами в організації забезпечення охорони здоров'я в США [6].

Підсумовуючи, важливо відмітити, що розгляд різних систем медичного страхування зарубіжних країн світу дав змогу визнати той факт, що немає універсальної моделі, яка б підходила всім країнам. Усі форми фінансування мають свої переваги та недоліки. Тому держава повинна розробити, запровадити найбільш оптимальну для громадян модель медичного страхування й забезпечити реалізацію та контроль за нею. Звичайно, це не виключає можливості й потреби її реформування, але якнайшвидше впровадження оновленого медичного страхування надасть країні можливість розвиватися далі. Українську систему охорони здоров'я потрібно адаптувати до існуючих економічних умов і нашої ментальності. Побудова нової системи медичного страхування потребує розвитку цивілізованих ринкових відносин у суспільстві і сфері охорони здоров'я зокрема. Досвід зарубіжних країн засвідчує, що механізм фінансування охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати у межах як бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування. Якщо говорити про майбутнє, ідеальна модель для України – це бюджетно-страхова медицина. Це означає, наприклад, те, що онкологію, СНІД, невідкладну медичну допомогу, допомогу при пологах, охорону материнства й дитинства фінансує

державний бюджет, а решта коштів надходить із Фонду обов'язкового медичного соціального страхування [7, 41].

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Конституція України, Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. Машина Н.І. Міжнародне страхування : [навчальний посібник] / Н.І. Машина. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 504 с.
3. Губар О.Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О.Є. Губар // Фінанси України. – 2003. – № 7. – 130 с.
4. Стецюк Т.І. Зарубіжний досвід організації страхової медицини та можливості його застосування в Україні / Т.І. Стецюк // Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період. – Хмельницький, 2004. – С. 195–200.
5. Зеленеви́ч В.О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В.О. Зеленеви́ч [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-aizarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya>
6. Стеценко В.Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США / В.Ю. Стеценко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/pp\\_2013\\_4\\_6.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pp_2013_4_6.pdf)
7. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність запровадження в Україні / М.В. Мних // Економіка та держава. – 2007. – № 240. – 41 с.

УДК 343.21

**Олійничук Р. П.**

*к.ю.н., доцент кафедри кримінального права та процесу  
Тернопільський національний економічний університет*

#### **КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ СП'ЯНІННЯ ЯК ОБСТАВИНИ, ЯКА ОБТЯЖУЄ ПОКАРАННЯ**

Серед різних видів девіантної поведінки найбільш розповсюдженим є алкоголізм та наркоманія, які являють собою серйозну загрозу як для суспільства в цілому, так і для окремих громадян. Небезпека алкоголізму та наркоманії полягає не стільки у небезпеці залежної (хворої) особи для оточуючих при вчиненні ним злочину, скільки у тому, що алкоголізм (наркоманія) перебудовує внутрішній світ людини, його установки і цінності. У них помітно звужується коло інтересів, зникають культурні потреби, з'являється схильність до ведення асоціального способу життя, етичні норми поведінки втрачають свою регулюючу силу. З соціальної точки зору вживання алкоголю та наркотиків призводить до збільшення поширеності захворювання на «алкоголізм» та «наркоманію», деградації особистості, відображається на здоров'ї людини та суспільства загалом.