

Список використаної літератури:

1. Бугаев В. А. Воинские преступления и наказания. Диссертация на соискание научной степени кандидата юридических наук. Одесса-Симферополь, 2001. 190 с.
2. Гавришук О. М. Історія становлення та розвитку законодавства про військову дисципліну: від княжих часів до кінця 19 століття. Актуальні проблеми права: теорія і практика. № 32. 2016. С. 125-131.
3. Плешко Е., Снісаревський О. Відповідальність військових у XVII – XIX століттях в Україні. Вісник прокуратури. № 3. 2007. С. 103-108.
4. Права, за якими судиться малоросійський народ 1743 року. Упоряд. К. А. Вислобоков; За ред. Ю. С. Шемшученка та ін.К. : НАН України, 1997. 547 с.

Ключові слова: історія українського права, кримінальне право, військовий злочин, покарання.

Ключевые слова: история украинского права, уголовное право, воинские преступления, наказание.

Key words: history of Ukrainian law, criminal law, war crimes, punishment.

ЗАПОРОЖЧЕНКО АНАСТАСІЯ ОЛЕКСІІВНА

*Національний університет «Одеська юридична академія»,
доцент кафедри історії держави і права, кандидат юридичних наук*

РОЗВИТОК ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄС НА ПОЧАТКУ ХХІ СТОЛІТТЯ (2000–2010 РР.)

У 2007 р. було прийнято консолідований Лісабонський договір Європейського Союзу (ЄС), що змінив Договір про Європейський Союз і Договір про заснування Європейської спільноти (Договір про Союз 1992 р. і Договір про Співтовариство 1995 р. стали іменуватися відповідно Договір про Європейський Союз (ДЕС) і Договір про функціонування Європейського Союзу (ДФЕС)). В даному комплексі договірних документів поняття здоров'я людини цитується найбільш часто за всю історію первинних джерел права європейських інтеграційних утворень.

Згідно ст. 4 Договору про Європейський Союз загальні проблеми охорони здоров'я з питань, визначених у ДЕС, відносяться до спільної компетенції Союзу і держав-членів. При цьому в області захисту і поліпшення здоров'я громадян Союз має також повноваження здійснювати дії з метою підтримки, координації або доповнення дій держав-членів (ст. 6). Зберігаються також успадковані від раніше прийнятих договорів норми про захист здоров'я працівників, охорони навколишнього середовища, а також захисту здоров'я як підстави для введення окремих обмежень.

Цікаво відзначити, що положення про необхідність забезпечення високого рівня охорони здоров'я при визначенні та здійсненні всіх

політик та діяльності Союзу вживається Високими Договірними сторонами двічі: в ст. 9 ДЕС і ст. 168 ДФЕС.

Основним зосередженням норм, що регулюють питання охорони здоров'я, стає ст. 168 ДФЕС, розміщена в окремому розділі 14 «Охорона здоров'я». В цілому дана стаття кореспондує з попередньою ст. 152 Договору про Співтовариство, проте має і кілька важливих відмінностей. Тепер, крім раніше зазначених в Амстердамському договорі (1997 р.), до дій Союзу відносяться також моніторинг, попередження і боротьба з серйозними транскордонними загрозами суспільному здоров'ю.

Відповідно до статті 168 ДФЕС при визначенні та застосуванні всіх політик та дій Європейського Союзу повинен бути забезпечений високий рівень захисту здоров'я людини. Незважаючи на те, що в цілому повноваження щодо розвитку охорони здоров'я є компетенцією держави-членів, ряд питань не може бути вирішене лише одними зусиллями національних властей. Даний факт створює передумови для формування стратегічних пріоритетів політики охорони здоров'я на рівні Європейського Союзу. Союз повинен особливо заохочувати співпрацю держав-членів, спрямовану на поліпшення взаємодоповнюваності їх служб охорони здоров'я в прикордонних регіонах.

В Договорі уточняється, що Комісія при сприйнятті координації державами-членами своїх дій висувати будь-які ініціативи, зокрема ініціативи щодо встановлення керівних принципів і показників, по організації обміну передовим досвідом та з підготовки необхідних матеріалів для періодичних спостережень і оцінок. Про проведені заходи повинен повною мірою поінформувати Європейський парламент. Зауважимо, що повноваження Парламенту в сфері охорони здоров'я також в цілому розширені в зв'язку з його залученням в загальну законодавчу процедуру. Парламент і Рада на додаток до раніше закріплених виключно за Радою повноважень наділені правом щодо встановлення високих стандартів якості і безпеки лікарських препаратів і виробів медичного призначення. Крім того, Європейський парламент і Рада, ухвалюючи відповідно до загальної законодавчої процедури та після консультацій з Економіко-соціальним комітетом та Комітетом регіонів, можуть приймати стимулюючі заходи, спрямовані на охорону та поліпшення здоров'я людей, зокрема на боротьбу з великими лихами транскордонного характеру, заходи зі спостереження за серйозними транскордонними загрозами здоров'ю, з раннього попередження про їхню появу і по боротьбі з ними, а також заходи, безпосередньою метою яких служить захист громадського здоров'я від тютюну та зловживання алкоголем, включаючи будь-яку гармонізацію законів і регламентів держав-членів

До сфери відповідальності держав-членів, раніше окресленої в ст. 152 Амстердамського договору, додається також управління службами послуг охорони здоров'я та медичної допомоги, а також розподіл ресурсів, що виділяються на них.

Не можна не сказати про Хартію Європейського Союзу про основні права, що стала частиною комунітарного права в якості додатку до

Лісабонського договору. Відповідно до ст. 35 Хартії кожен має право на доступ до профілактичної допомоги з охорони здоров'я і право на отримання медичної допомоги відповідно до умов, встановлених національним законодавством і практикою. Високий рівень захисту здоров'я повинен бути забезпечений при визначенні та реалізації всіх політик і дій Союзу.

В цей період було створено Європейську адміністрацію з безпеки харчових продуктів та встановлення процедур стосовно безпеки продовольства.

В 2003 р. були надані Рекомендації Комісії 2003/878/ЄС «Про обстеження на виявлення ракових захворювань». У 2004 році Комісія Європейського Союзу почала відкриті консультації з питання необхідних дій з боку Союзу для зміцнення здоров'я громадян. У 2007 р відбувся другий раунд консультацій, предметом якого були операційні аспекти і пріоритети майбутніх установ охорони стратегії ЄС. Підсумком цього процесу стало уявлення Комісією Білої книги «Разом для здоров'я: стратегічний підхід ЄС на 2008-2013 роки», в якій було виділено 3 виклики для охорони здоров'я в Євросоюзі (ці виклики обновлюються кожні 5 років, в залежності від досягнення поставленої мети).

Перш за все це демографічні зміни, включаючи старіння населення, які змінюють характер захворювань і збільшують тиск на стійкість систем охорони здоров'я в ЄС. Підтримання здорового старіння включає як поліпшення здоров'я за допомогою впливу на спосіб життя з метою попередження проблем зі здоров'ям і інвалідності з ранніх років, так і вплив на нерівність в охороні здоров'я, поєднане з соціальними, економічними факторами, а також факторами навколишнього середовища. Ці питання тісно пов'язані із загальними цілями Комісії в сфері солідарності.

По-друге, це пандемії, великі фізичні та біологічні події і біотероризм, які створюють потенційні великі загрози здоров'ю. Крім того, зміна клімату викликає зміна характеру інфекційних захворювань. При таких обставинах координація і швидке реагування на загрози здоров'ю в глобальному масштабі, а також посилення відповідних можливостей ЄС і третіх країн – ключові аспекти ролі Союзу в галузі охорони здоров'я. Сказане відповідає стратегічним цілям в області безпеки.

Третім викликом було визначено значний розвиток систем надання медичної допомоги як окремий випадок швидкого розвитку нових технологій. До таких технологій належать інформаційні та комунікаційні технології, інновації в геноміці, біотехнології та нанотехнології. Це відповідає загальним цілям Комісії в сфері добробуту.

Перспективи і конкретні завдання політики ЄС щодо охорони здоров'я були намічені в Зеленій книзі «Європейська соціальна політика: роздуми для Союзу» і двох Білих книгах, які містять стратегічні документи Європейської комісії, що визначають план дій в конкретних сферах. У змісті Білих книг чітко проглядаються тенденції подальшого розвитку законодавства ЄС. Зелені книги – дискусійні матеріали ЄС, які

служать відкритою трибуною широкого загальноєвропейського обговорення найважливіших питань його діяльності.

Активізувалася в цей період робота в сфері захисту вод та водних об'єктів, які впливають на здоров'я людей. Зокрема в 2006 р. в цій сфері було прийнято низку Директив:

Директива 2006/7/ЄС Європейського Парламенту і Ради від 15 лютого 2006 року про управління якістю води, призначеної для купання, стосується водних об'єктів, у яких купання дозволене національними органами влади. Якість води оцінюється за мікробіологічними даними, які визначаються параметрами у Додатку 1. Держави – члени повинні запровадити класифікацію якості води за категоріями – погана, достатня, хороша або добра. Така класифікація має відповідати критеріям, викладеним у Додатку II. Вода в усіх об'єктах, призначених для купання, повинна бути щонайменше достатньої якості до кінця купального сезону 2015 року. Держави – члени повинні вжити необхідних заходів щодо збільшення кількості об'єктів, призначених для купання, де якість води оцінюється як хороша та добра.

Директива Ради 2006/44/ЄС від 6 вересня 2006 року про якість прісних вод (проточні або стоячі водойми), придатних для вирощування риби – лососевих (лосось, форель, харіус, сиг) та коропових (короп та інші види – щука, окунь, вугор). Держави – члени повинні розробити 5-річні національні програми поліпшення якості визначених водних об'єктів.

Директива 2006/113/ЄС Європейського Парламенту і Ради від 12 грудня 2006 року про охорону і забезпечення якості води прибережних і солонуватих вод придатних для розвитку моллюсків і ракоподібних, призначених для споживання людиною.

Важливу роль у ЄС відіграє європейське бюро ВООЗ, яке ухвалило цілі політики охорони здоров'я для регіону, впроваджує програми у конкретних сферах.

З початку 90-х років Європейське регіональне бюро ВООЗ проводить широкомасштабну програму підтримки зусиль з підготовки та про ведення реформ, включаючи створення бази даних та інформаційної системи з питань реформування охорони здоров'я, створення мереж обміну досвідом та підтримки тих, хто приймає відповідальні рішення, а також надання безпосередньої консультативної допомоги з питань розробки політики та формування корпусу компетентних кадрів в окремих країнах.

У розвиток підходів ЄС, у 2008 році в Таллінні, пройшла Європейська міністерська конференція ВООЗ з питань систем охорони здоров'я «Системи охорони здоров'я – здоров'я – добробут». Конференція визначила стратегії поліпшення діяльності систем охорони здоров'я для забезпечення їх стійкості і солідарності, поліпшила розуміння впливу систем на стан здоров'я людей і, відповідно, на рівень економічного зростання. Ухвалена під час конференції Таллінська хартія окреслила основні напрями розвитку систем охорони здоров'я, принципи їхньої діяльності для досягнення ключових цілей та виконання покладених на них функцій. Був розроблений Європейський план дій по боротьбі з ВІЛ/ СНІДОМ на 2012-2015 роки (зараз діє план 2018-2021рр.), головною

метою якого сталозниження до нуля кількості нових випадків захворювання на ВІЛ/СНІД, зниження рівня дискримінації та зменшення смертності від СНІДу у регіоні.

Ще один напрям впливу ЄС на національну політику охорони здоров'я полягав у стимулюванні перегляду національних систем фінансування медичних послуг, які в більшості західноєвропейських країн ґрунтуються на солідарному соціальному страхуванні, що передбачає перерозподіл так званих соціальних ризиків між поколіннями та людьми із різним рівнем прибутків. ЄС також прагне забезпечити своїм громадянам доступ до медичних послуг у різних країнах Союзу, створити загальний механізм відшкодування збитків за медичне обслуговування, надане за межами країни постійного проживання, та створити «вільний рух послуг». Відтак найважливіші напрями реформування системи охорони здоров'я в Західній Європі – перехід від цілковитого покриття витрат на медичне обслуговування, здійснюваного страхувальниками після лікування, до авансових виплат, збільшення обсягу оплати за лікування пацієнтами, зміни порядку виплат у системі соціального медичного страхування.

Перше десятиріччя 21 століття – є новим етапом у розвитку правової синергії ЄС. Це обумовлюється в першу чергу прийняттям Лісабонського договору, який на комунітарному рівні розширив свої повноваження, що по інерції призвело до прийняття більш досконалих та одноставних правових актів у сфері охорони, до того ж ЄС став наділений міжнародною правосуб'єктністю.³ Метою забезпечення максимальної синергії всі дії в рамках прийнятих Програм ЄС в царині охорони здоров'я починають здійснюватися за допомогою застосування ефективних спільних стратегій і дій, що створюють взаємозв'язок відповідних політик і дій Союзу.

До того ж, не зважаючи на те, що політика ЄС у сфері охорони здоров'я відноситься до допоміжної компетенції Європейського Союзу (за винятком загальних проблем безпеки у сфері охорони здоров'я – це спільна компетенція), володіючи досить обмеженими повноваженнями щодо прийняття актів в галузі охорони здоров'я, ЄС приділяє питанням охорони здоров'я досить велику увагу.

Ключові слова: охорона здоров'я, права пацієнтів, Європейський Союз, Лісабонський договір, компетенції Європейського Союзу.

Ключевые слова: охрана здоровья, права пациентов, Европейский Союз, Лиссабонский договор, компетенции Европейского Союза.

Key words: health protection, rights of parties, European Union, Lisbon Treaty, competencies of the European Union.