

Бирюкова Н. Н. Усовершенствование взаимодействия органов публичной администрации при установлении режима зоны чрезвычайной экологической ситуации. Предложен новый подход ко взаимодействию между органами публичной администрации при чрезвычайных экологических ситуациях, который реализуется посредством создания межведомственной комиссии по чрезвычайным экологическим ситуациям.

Ключевые слова: взаимодействие, межведомственная комиссия, чрезвычайная экологическая ситуация, административно-правовой режим, органы публичной администрации.

Biryukova N. M. Improving the Interaction of public administration bodies when setting up the environmental emergency zone regime. The article deals with the search for ways to solve the problem of interaction of public administration bodies when implementing the environmental emergency regime. Due to an increase in the number of environmental emergencies, there arises a necessity to improve the existing administrative system.

The article examines the term “interaction” on the basis of studies done by researchers in various branches of science, philosophy, psychology and law. This analysis resulted in formulation of the term “interdepartmental commission for environmental emergencies”.

In the course of studying the topic, causes were found out which, in the author’s opinion, affect the efficiency of the interaction of public administration bodies.

Specified were the mandatory structural elements of the interaction of public administration bodies and the principles on which they should be based.

The article addresses the activity of the suggested interdepartmental commission for environmental emergencies through determining the forms of bodies’ interaction, the structure of the bodies whose representatives will be involved in the work of the commission, the head of the commission, the tasks it is to fulfill, together with some aspects of implementation of its activity.

The factors were designated which permit to prove that the establishment and activity of the interdepartmental commission for environmental emergencies will help solve a number of important problems and increase the efficiency of the mechanism of implementation of the administrative and legal regime of the ecological emergency zone.

Keywords: interaction, interdepartmental commission, environmental emergency, administrative and legal regime, bodies of public administration.

Надійшла до редакції 12.02.2014

Журавльова З. В.

здобувач

(Класичний приватний університет)

УДК 342.951 : 368.9.06

ФІНАНСОВО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ’ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Досліджено питання, пов’язані із запровадженням обов’язкового медичного страхування, що мають фінансово-правовий характер та потребують відповідного правового регулювання.

Ключові слова: застрахована особа, право на охорону здоров’я, обов’язкове медичне страхування, Фонд обов’язкового медичного страхування.

Постановка проблеми. Теоретичні дослідження питань, що стосуються запровадження обов’язкового соціального медичного страхування, з позицій науки фінансового права, є актуальним напрямком розвитку су-

часних наукових пошуків. Науковий інтерес до цієї проблематики (правові основи, статус коштів, порядок та обсяги здійснення страхових виплат, порядок контролю за цільовим використанням цих коштів) викликаний потребами розвитку як сучасного українського суспільства, так і науки фінансового права. Актуальність дослідження запропонованих питань пов'язана також із відсутністю комплексних досліджень, єдиних наукових та практичних підходів до розуміння сутності, обсягу охоплення, форм та методів фінансово-правового регулювання окремих питань обов'язкового медичного страхування, яке на сьогодні проходить становлення в Україні. Одним з таких є питання відмежування виплат застрахованим особам за обов'язковим соціальним медичним страхуванням від виплат за іншими видами соціального страхування.

Мета статті – дослідити основні положення, які стосуються фінансово-правових аспектів запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких наукових завдань: з'ясувати теоретичне та практичне підґрунтя, фінансово-правові засади та основні положення, пов'язані із запровадженням обов'язкового медичного страхування в Україні, відмежування виплат застрахованим особам за обов'язковим медичним страхуванням від виплат за іншими видами обов'язкового соціального страхування.

Виклад основного матеріалу. Обов'язкове соціальне медичне страхування (в подальшому – обов'язкове медичне страхування, ОМС) за своїм спрямуванням має забезпечувати отримання застрахованими особами необхідної медичної допомоги та медичних послуг за рахунок коштів спеціального фонду – обов'язкового медичного страхування. У кожному разі суб'єктами отримання (застрахованими особами) за обов'язковим медичним страхуванням реалізується право на отримання певних матеріальних благ (виплат або забезпечення), яке має бути гарантованим (мати юридичне закріплення можливостей реалізації) та реалізовуватися у визначені строки (періоди) надання медичної допомоги.

Для встановлення режиму фінансового правопорядку важливе значення має та обставина, що отримання застрахованими особами медичної допомоги та медичних послуг у визначених обсягах в системі обов'язкового медичного страхування здійснюється за рахунок грошових коштів публічного за своїм змістом та соціальним призначенням фонду. У зв'язку з цим обсяги та здійснення страхових виплат застрахованим особам у системі обов'язкового медичного страхування мають визначатися нормами права для формування різних за формою та видами правовідносин. Оскільки за своїм матеріальним змістом ці відносини (здійснення виплат застрахованим особам за рахунок коштів публічного фонду) мають *розподільчий характер*, ми вважаємо, що вони мають регулюватися нормами фінансового права в імперативному порядку.

Існування правовідносин соціального страхування – обов'язкового медичного страхування – пов'язано з реалізацією пацієнтами (хворими) як їх суб'єктами (учасниками) визначених обсягів прав та обов'язків у галузі медичної діяльності, зокрема, *права на охорону здоров'я та медичну допо-*

могу (з його реалізацією на догоспітальному, госпітальному та постгоспітальному етапах), яким охоплюються *медичні послуги та спеціальний медичний догляд* в державних та комунальних лікувальних закладах системи охорони здоров'я. За бюджетно-страхової моделі в умовах обов'язкового медичного страхування стосовно визначеної законом категорії пацієнтів (застрахованих осіб) мають здійснюватися комплекси заходів щодо реалізації цього права за рахунок коштів Фонду ОМС. Обсяги реалізації (за кошти Фонду ОМС) можуть визначатися: базовими стандартами, програмами, переліком захворювань, видами маніпуляцій та діагностичних процедур, строками госпіталізації; в іншому випадку йдеться мова про реалізацію права на охорону здоров'я за рахунок власних коштів пацієнта (співучасть застрахованої особи в оплаті медичних послуг).

Медичне забезпечення (охорона здоров'я) за своїм соціальним спрямуванням належить до *соціальної функції держави* та ідей соціальної справедливості, в основі яких лежать позиції несення державою тягаря турботи про матеріальний добробут своїх громадян, які потребують соціального захисту, від наслідків настання соціальних ризиків (хвороб).

У свою чергу, виконання державою соціальної функції є підґрунтям формування її соціальної політики, яка акумулює у собі: принципів засади окремо узяті сфери політичної діяльності (соціальне медичне страхування), економічне обґрунтування обраної моделі відносин та її правового регулювання, інструментальну (практичну) частину блоків цієї моделі, форми та методи регулювання сукупності відносин та інтересів в межах обраної моделі, суб'єктний склад відносин, які охоплюються цією моделлю, джерела формування грошових фондів (ресурсне забезпечення), їх правовий статус, форми здійснення надходження і витрачання коштів з цих фондів.

Категорія “здоров'я” становить основу буття людини та її нормально-го існування; з економічного погляду, вплив цієї категорії на функціонування та розвиток держави полягає у формуванні такої суспільної цінності, як “праця” та можливості (періодів) її реалізації окремими групами населення (працездатний вік). В основі *юридичного механізму* соціального захисту, зокрема, в системі обов'язкового медичного страхування, лежить *категорія соціального ризику*; в міжнародній практиці визначені соціальні ризики було визнано підставою для набуття людиною *права на соціальне забезпечення*. В міжнародній практиці (Європейський Кодекс соціального забезпечення (Страсбург, 1964 рік) *хвороби* віднесено до *традиційних соціальних ризиків*, у випадку їх настання у застрахованих осіб виникає право на соціальну допомогу.

Так, за змістом Європейського Кодексу, кожна Договірна Сторона, для якої ця частина Кодексу є чинною, забезпечує захищеним особам надання допомоги у зв'язку із станом здоров'я, який вимагає медичної допомоги профілактичного чи лікувального характеру. Обставинами, за яких надається допомога, є *будь-який хворобливий стан незалежно від його причини*, а також вагітність, пологи та їхні наслідки [1, ст. 7–8].

За нормою ст. 9 Кодексу, *до захищених осіб* належать, зокрема: а) визначені категорії працівників, які охоплюють не менше 50 % усіх працівни-

ків, а також їхні дружини та діти; або б) визначені категорії економічно активного населення, які охоплюють не менше 20 % усіх мешканців, а також дружини та діти осіб, що належать до цих категорій; або с) визначені категорії мешканців, які охоплюють не менше 50 % усіх мешканців [1, ст. 8-9].

Гарантований обсяг медичної допомоги передбачений ст. 10 Кодексу, включає вимоги, за якими *допомога має охоплювати: а) у випадку хворобливого стану*: допомогу лікаря загального профілю, в тому числі удома; допомогу лікарів-спеціалістів, яка надається у лікарнях стаціонарним і амбулаторним хворим, а також допомогу лікарів-спеціалістів, яка може надаватися поза межами лікарень; забезпечення основних лікарських засобів, приписаних лікарями чи іншими кваліфікованими фахівцями, та госпіталізацію у разі необхідності; *б) у випадку вагітності та пологів і їхніх наслідків*: допомогу лікарів чи кваліфікованих акушерок під час вагітності, пологів і у післяпологовий період; госпіталізацію у разі необхідності [1, ст. 10].

На нашу думку, фінансово-правові засади моделі охорони здоров'я (фінансування галузі) визначаються специфікою соціальної моделі певної держави, моделлю розподільчої політики для організації соціального захисту та специфікою відносин між державою та суспільством. У свою чергу, модель розподільчої політики має визначати розмір фінансових ресурсів, що спрямовуються на функціонування такого інституту соціального захисту населення, як обов'язкове медичне страхування, та ступінь фінансової участі держави (та органів місцевого самоврядування) у цьому процесі на кожному з організаційних рівнів існування (республіканському та місцевих).

Економісти вказують, що в ієрархії цінностей та пріоритетів людини здоров'я займає одну із самих високих позицій. Очевидно, що при такій цінності людина буде обов'язково інвестувати у своє здоров'я, у лікування, оскільки ці затрати абсолютно необхідні для її життя та економічної діяльності [2]. На думку доктора та професора медицини Петра Скрабанека (Petr Skrabanek), політика здоров'я непохитно підійшла до парадигми, у якій держава, а не сама людина, несе відповідальність за здоров'я; ця категорія стала темою, проблемою, політикою усього суспільства [2].

Досліджуючи сутність відносин у сфері формування публічних доходів, Н.Ю. Пришва також вказує, що будь-які фінансові правовідносини, незалежно від того, чи вони складаються в процесі акумуляції коштів до фондів держави, місцевого самоврядування, чи їх розподілу, чи використання, – це відносини у сфері публічно-правової діяльності, однією з визначальних рис якої є участь у ній суб'єктів із владними повноваженнями, що передбачає домінування волі однієї сторони над іншою, підпорядкування однієї особи іншій [3].

Економісти вказують, що за рекомендаціями спеціалістів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в рамках моделі охорони здоров'я, у якій пропорції між коштами державного бюджету, медичного страхування та медичними послугами, що оплачуються безпосередньо пацієнтами, прийнятними є такі: 60 % – державний бюджет, 30 % – медичне страхування, 10 % – платні послуги [4].

На сьогодні в Україні загальнообов'язкове державне соціальне стра-

хування (далі – ЗДСС) охоплює такі види: на випадок безробіття, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, пенсійне страхування (пенсійне забезпечення). У будь-якому разі формування страхових фондів за цими видами соціального страхування здійснюється на обов'язковій основі (до них включаються страхові внески, суми від фінансових санкцій, інші надходження відповідно до законодавства) для здійснення матеріального забезпечення застрахованих осіб та надання соціальних послуг. У свою чергу, здійснення страхових виплат за кожним із вказаних видів соціального страхування відбувається на підставі норм права та за рахунок визначеної фінансової основи (бюджетного фінансування та страхових внесків юридичних та фізичних осіб); отже, здійснення страхових виплат застрахованим особам у системах обов'язкового соціального страхування регулюється нормами права, які мають фінансово-правову природу та зміст.

Одним з основних питань, яке має бути вирішеним на початку реформування системи фінансування охорони здоров'я (перехід до бюджетно-страхової моделі), є питання відмежування виплат, які мають здійснюватися на користь застрахованих осіб за ОМС від виплат за іншими видами соціального страхування. На сьогодні це питання, на нашу думку, й складає ту наукову та практичну "цілину" у сфері обов'язкового медичного страхування, яка потребує подальших наукових пошуків та практичних рішень.

Вважаємо, що відмежування виплат застрахованим особам за ОМС від виплат за іншими видами ЗДСС має здійснюватися на основі поділу соціальних ризиків та соціальних прав громадян (закріплених у нормах Основного Закону України – ст. 46 (право на соціальний захист) та ст. 49 (право на охорону здоров'я, медичну допомогу) [5].

Реалізація права на медичну допомогу відбувається на *догоспітальному етапі* шляхом надання екстреної медичної допомоги, та *госпітальному етапі* (від слова *госпіталізація* – поміщення застрахованої особи до спеціального лікувального закладу – стаціонару (лікарні, госпіталю, положового будинку тощо) для надання медичної допомоги та лікування а/або поглибленого медичного обстеження. Останнє може проводитися шляхом клініко-лабораторних обстежень (взяття аналізів), інструментальних методів (рентген, ЕКГ, МРТ, УЗД-дослідження тощо), обстежень та консультування лікарями загальної практики (сімейними), вузькими спеціалістами (у разі необхідності) – зокрема, лікарем-окулістом, кардіологом, хірургом та ін. Визначним моментом є те, що це право застрахована особа реалізує шляхом амбулаторного лікування (вдома) та відвідування лікаря в поліклінічному закладі охорони здоров'я або виїзду лікаря за місцем проживання (обслуговування) з призначенням цій особі лікування. Слід також наголосити, що реалізація права на медичну допомогу також відбувається на *постгоспітальному (реабілітаційному) етапі* через санаторно-курортне лікування пацієнтів (застрахованих осіб) у відповідних закладах охорони здоров'я.

Право на медичну допомогу включає також проведення додаткових медичних інструментальних обстежень (наприклад, лапароскопії (обсте-

ження черевної порожнини), бронхоскопії (обстеження бронхів), ЯМР, комп'ютерної томографії тощо, надання консультацій суміжних спеціалістів (у т.ч. комісійних висновків), призначення та фактичне надання лікування, проведення реабілітації. Все це пов'язано перш за все з появою такої особливості, як *строк (період) надання медичної допомоги* (строк госпіталізації), що впливає на обсяги оплати медичної допомоги (відшкодування витрат на лікування з госпіталізацією).

У цьому випадку має місце наукова та практична проблема, яка знаходиться на перетині медичного та фінансового права; мусимо констатувати, що на сьогодні у наукових дослідженнях вона ще не отримала ґрунтовного наукового вирішення. У сфері соціального страхування з тимчасової втрати працездатності сформоване правило – право громадян на такий вид матеріального забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням (у т.ч. на допомогу по тимчасовій непрацездатності) виникає з настанням страхового випадку в період роботи (включаючи іспитовий термін та день звільнення). Тобто застраховані особи – наймані працівники мають право на одержання матеріального забезпечення в разі настання страхового випадку, починаючи з першого дня роботи на підприємстві [6, ст. 4 ч. 1 абз. 2]. Іншим правилом, яке діє у цій галузі ДСС, є те, що дні тимчасової непрацездатності оплачуються застрахованій особі залежно від тривалості страхового стажу (якщо законодавством не встановлено пільг); тривалість страхового стажу визначається на день настання тимчасової непрацездатності [6, ст. 37].

Стосовно ОМС вважаємо, що таким правилом може бути не лише тривалість страхового (трудового) стажу, але й інше – анамнез застрахованої особи (перенесені захворювання, наявність хронічних захворювань); наприклад, рівень оплати за ОМС *хронічного диспансерного хворого та абсолютно здорової людини* можуть бути різними за обсягами, оскільки *поведінка останнього* відрізняється *більшою соціальною відповідальністю* за стан свого здоров'я.

Водночас, з метою запобігання неправомірній дискримінації більш старшого покоління перед молодим, вважаємо, що в ОМС варто запровадити відповідні коригуючі коефіцієнти рівнів оплати щодо кожної вікової групи населення. Ці питання також потребують подальших наукових досліджень як у науці фінансового, так і медичного права.

На сьогодні чинним законодавством для усіх категорій населення передбачено офіційний документ, яким підтверджується період, протягом якого особа мала статус хворого (втратила працездатність) – листок непрацездатності. Системний аналіз норм діючого законодавства показує, що втрата особою працездатності може бути *постійною* та *тимчасовою*. З позицій фінансового права це означає, що страхові виплати за обов'язковим соціальним страхуванням у разі настання тимчасової та постійної непрацездатності на практиці здійснюються різними фондами (розмежовуються за видами соціальних ризиків).

Постійна втрата працездатності – це повна чи часткова втрата здатності до загальної чи професійної праці. Повна втрата працездатності означає

непрацездатність особи, тобто такий стан здоров'я (функцій організму) людини, зумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможливорює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я. У праві соціального забезпечення під повною втратою працездатності, не пов'язаною зі станом здоров'я (захворюванням), розуміють досягнення особою пенсійного віку (старості).

Під тимчасовою втратою працездатності розуміють неспроможність особи виконувати свою трудові обов'язки внаслідок короткотривалих обставин об'єктивного характеру. Ця непрацездатність має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин – до закінчення причин відсторонення від роботи.

Листок непрацездатності у разі захворювання чи травми видається на весь період тимчасової непрацездатності, до її відновлення або до встановлення групи інвалідності на МСЕК. Інвалідність, як міра втрати здоров'я, визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи (МСЕК) [7, ст. 3]. Водночас слід зазначити, що направлення пацієнта на проходження МСЕК здійснюється не лише у разі тривалості захворювання, але й у зв'язку з його видом (наприклад, виявлення захворювання особи на СНІД, туберкульоз тощо).

Отже, період (строк) лікування як реалізації права на охорону здоров'я за обов'язковим соціальним медичним страхуванням охоплюється періодом дії листка непрацездатності; це стосується *госпітального етапу*, на якому застрахована особа поміщається до спеціального лікувального закладу – стаціонару (лікарні, госпіталю, пологового будинку тощо). На *догоспітальному етапі* (отримання екстреної медичної допомоги) листок непрацездатності пацієнту (хворому) лікарями станцій (відділень) швидкої медичної допомоги не видається (вони таким правом не наділені) [8, п.п. 1.5.1. пункту 5]; лікуючим лікарем державного (або комунального) закладу охорони здоров'я за результатами надання пацієнту невідкладної (екстреної) медичної допомоги заповнюється медична картка хворого (історія хвороби) та оформлюється Виписний епікриз, та може видаватися листок непрацездатності [8, п.п. 1.4.1. пункту 4].

У зв'язку з викладеним вище варто розмежовувати поняття “хвора особа” (пацієнт) та “інвалід”, коли стосовно останньої категорії вже йдеться не про *захворювання як обмежене у часі погіршення стану здоров'я*, а про *втрату здоров'я* (наявність таких хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного і соціального неблагополуччя особи) [9, ст. 1], через що вона потребує соціального захисту та засобів для спеціальної реабілітації. Для цієї категорії громадян державою було створено окремий організаційно-правовий механізм соціального захисту та систему реабілітації інвалідів. Також для цієї категорії громадян (застрахованих осіб) нормами фінансового права визначено особливий фонд (державний бюджет), за рахунок коштів якого й здійснюються страхові виплати (державна соціальна допомога та допомога на догляд) органами праці та соціального захисту населення.

Поряд із тимчасовою та постійною непрацездатністю, які пов'язані з наявністю захворювання (“загального”), діючим законодавством передбачено здійснення виплат застрахованим громадянам за рахунок коштів Фонду соціального страхування від нещасних випадків та професійних захворювань у випадках захворювань, пов'язаних з професійною діяльністю (професійне захворювання) та виробничим травматизмом (нешасним випадком) на виробництві [10, ст. 3]. У будь-якому разі застрахована особа, яка потребує медичної допомоги (лікування та реабілітації) внаслідок нещасного випадку (травми) на виробництві та професійного захворювання, має її отримувати у повному обсязі (з відповідною оплатою за рахунок коштів фонду).

У разі запровадження ОМС виникає проблема оплати (відшкодування вартості) медичної допомоги “подвійно” застрахованим особам (у цих двох системах соціального страхування). Оскільки йдеться про виплату коштів за рахунок публічних фондів, виникає проблема міжбюджетної взаємодії (перерозподілу коштів) між Фондом ССНВ та ПЗ та Фондом ОМС. Враховуючи викладене вище щодо надання медичної допомоги застрахованим особам з їх оплатою в системі ОМС, виникає також проблема взаємодії (перерозподілу коштів) між Фондом з тимчасової непрацездатності, Фондом страхування на випадок безробіття, органами соціального захисту населення (Фондом соціального захисту інвалідів) та Фондом ОМС. Дотичною до цієї проблеми є проблема оплати медичної допомоги (реалізації права на охорону здоров'я) щодо державних службовців, військовослужбовців, яка також пов'язана з міжбюджетною взаємодією (перерозподілом коштів) між державним бюджетом та місцевими бюджетами, та з бюджетом Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття.

Так, в Україні до зайнятого населення належать громадяни, які проживають на території держави на законних підставах, зокрема, обрані, призначені або затверджені на оплачувану посаду в органах державної влади, управління та громадських об'єднаннях; проходять службу в Збройних Силах України, Службі безпеки України, Державній прикордонній службі України, військах внутрішньої та конвойної охорони і Цивільної оборони України, органах внутрішніх справ України, інших військових формуваннях, створених відповідно до законодавства України, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, альтернативну (невійськову) службу, тобто соціальний захист цих громадян здійснюється за рахунок коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття (оскільки діяльність Державної служби зайнятості фінансується за рахунок коштів цього фонду) [11, ч. 3 ст. 18].

На сьогодні ця проблема взагалі не знайшла свого висвітлення у науковій літературі, тому аналізується нами вперше. Вважаємо, що питання перерозподілу коштів між існуючими фондами обов'язкового соціального страхування та Фондом обов'язкового медичного страхування для забезпечення права кожного громадянина України на охорону здоров'я знаходять-

ся у сфері правового регулювання фінансового права, мають публічну правову природу, тому мають регулюватися імперативними нормами фінансового права. Ці питання стосуються реалізації усіма категоріями громадян України, іноземцями та біженцями права на охорону здоров'я, яке за своїм предметним охопленням за Конституцією України має всеохоплюючий характер: “Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування” [5, ч. 1 ст. 49].

Висновки. Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні зумовлює необхідність вирішення цілого ряду питань, які мають різний характер та природу. Здійснення виплат застрахованим особам за обов'язковим медичним страхуванням та їх відмежування (взаємодія) за іншими видами обов'язкового соціального страхування є реалізацією функції розподілу фондів коштів (публічної фінансової діяльності), тому має фінансово-правовий характер. Це зумовлює необхідність регулювання відносин, пов'язаних із взаємодією між різними фондами соціального страхування, нормами фінансового права та проведення подальших наукових досліджень цих питань. Проведений науковий аналіз дозволив поглибити як наукове пізнання питань, пов'язаних з обов'язковим медичним страхуванням, так і розуміння сутності його цілісного фінансово-правового регулювання.

Бібліографічні посилання

1. Європейський Кодекс соціального забезпечення (Страсбург, 16.04.1964, СДСЕ № 048). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://conventions.coe.int.html>.
2. Романчук Я. Система здравоохранения – яркий пример провала государства [Електронний ресурс] / Я. Романчук // Journal of the Institute of Economic Affairs. – 2008. – Vol. 28. №.4 // Режим доступу: <http://liberty-belarus.info>.
3. Пришва Н.Ю. Публічні доходи: поняття та особливості правового регулювання: монографія / Н.Ю. Пришва. – К.: КНТ, 2008. – 160 с.
4. Євтушевський В.А. Особливості становлення та перспективи медичного страхування в системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / В. Євтушевський, В. Єрмолаєва // Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/portal/soc_gum.
5. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К., 1996. – 114 с.
6. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням: Закон України від 18.01.2001 р. № 2240-III (зі змінами та доп.) // Офіційний вісник України. – 2001. – № 8. – Ст. 310.
7. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991 р. № 875-XII (зі змінами та допов.) // Голос України. – 1991. – № 82. – 27 квітня.
8. Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001 р. № 455 (зі змінами та допов.) // Офіційний вісник України. – 2001. – № 49. – Ст. 2216.
9. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV // Офіційний вісник України. – 2005. – № 44. – Ст. 2757.
10. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності: Закон України від 23.09.1999 р. № 1105-XIV // Офіційний вісник України. – 1999. – № 42. – Ст. 2080.
11. Про зайнятість населення: Закон України від 01.03.1991 р. № 803-XII // Голос України. – 1991. – № 56. – 22 березня.

Журавлева З. В. Финансово-правовые аспекты внедрения обязательного ме-

дицинського страхування в Україні. Исследованы вопросы, связанные с внедрением обязательного медицинского страхования, которые имеют финансово-правовой характер и требуют соответствующего правового регулирования.

Ключевые слова: *застрахованное лицо, право на охрану здоровья, обязательное медицинское страхование, Фонд обязательного медицинского страхования.*

Zhuravlyova Z. V. Financial-legal aspects of introduction of compulsory health insurance in Ukraine. In this paper a study of issues related to the introduction of compulsory health insurance, which have financial and legal nature and require appropriate regulation.

One of these is the issue of separation benefits insured by compulsory social health insurance to pay for other types of social insurance. Today in Ukraine compulsory state social insurance covers the following types: unemployment due to temporary disability, accident and occupational disease insurance pensions (pensions).

In order to prevent undue discrimination against older generation to the younger, mandatory health insurance should implement appropriate corrective coefficients payment rates for each age group. Payments are insured by the compulsory health insurance and their separation (interaction) with other types of compulsory social insurance is an implementation function for distribution of funds (public financial activities), so it has the financial and legal nature. This necessitates the regulation of relations connected with the interaction between different social insurance funds, financial law and regulations for further research on these issues.

Keywords: *insured person, right to health protection, compulsory health insurance, the Compulsory health insurance fund.*

Надійшла до редакції 21.03.2014

Мащук В. Ю.

здобувач

*(Дніпропетровський державний
університет внутрішніх справ)*

УДК 342.56

АДМІНІСТРАТИВНІ ПРАВОВІДНОСИНИ В ДІЯЛЬНОСТІ СУДІВ ЗАГАЛЬНОЇ ЮРИСДИКЦІЇ

Розкрито зміст та особливості адміністративно-правових відносин. Визначено основні критерії класифікації та проаналізовано відповідні види адміністративних відносин, що виникають у діяльності судів загальної юрисдикції.

Ключові слова: *адміністративно-правові відносини, види адміністративно-правових відносин, судова влада, суди загальної юрисдикції.*

Постановка проблеми. Сьогодні однією з найактуальніших проблем розбудови правової демократичної держави в Україні є створення незалежної судової влади та формування ефективної судової системи як невід'ємної частини загального механізму захисту прав і свобод особистості. Особливості функціонування судової системи України на сучасному етапі її реформування, сучасний стан нормативно-правового та організаційного забезпечення діяльності судових органів вимагають наразі вироблення нового, сучасного наукового уявлення про діяльність судів загальної юрисдикції, визначення і характеристики основних видів правовідносин, які виникають під час здійснення ними своїх функцій та повноважень.