

заперечення батьків, усиновлювачів, піклувальників щодо надання права на шлюб не може бути підставою для відмови у задоволенні вимоги заявника (заявників), якщо судом буде встановлена відповідність надання такого права його (їх) інтересам.

3. Прокурор, який звертається до суду із заявою про визнання шлюбу неукладеним не стає заявником, а набуває цивільного процесуального статусу органу та особи, якій законом надано право захищати права, свободи та інтереси інших осіб.
4. При розірванні шлюбу судом на підставі статей 109, 110 СК України визнання розірвання шлюбу фіктивним не допускається. Водночас, заінтересована особа (наприклад діти подружжя або одного з них) має право захистити свої порушені права, свободи чи інтереси у інший спосіб – шляхом подання заяви про перегляд судового рішення у зв'язку з нововиявленими обставинами.

Дослідження процесуальних особливостей розгляду в порядку окремого провадження інших категорій цивільних справ, які виникають із сімейних правовідносин, виходить за межі цієї статті і становить *перспективні напрямки подальших наукових розвідок*.

УДК 342.951: 368.9.06

СТРАХОВІ ВИПЛАТИ В СИСТЕМІ ОБОВ'ЯЗКОВОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Журавльова З.В., здобувач, приватний нотаріус

Класичний приватний університет

У статті проведено дослідження питання дії механізмів здійснення страхових виплат застрахованим особам в системі обов'язкового соціального медичного страхування в Україні. Зазначено про чіткий цільовий режим Фонду обов'язкового медичного страхування. Розглянуто місце медичних установ та аптечних закладів в організаційно-правовому механізмі обов'язкового медичного страхування. Визначено публічно-правовий характер договорів про медичне обслуговування населення. З'ясовано питання використання тарифів на оплату медичної допомоги. Розкрито ретроспективний та перспективний аспекти механізму здійснення страхових виплат.

Ключові слова: Застрахована особа, страхові виплати, обов'язкове медичне страхування, Фонд обов'язкового державного соціального медичного страхування, цільові кошти, фінансовий контроль.

Журавлёва З.В. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ / Классический приватный университет, Украина
В статье проведено исследование вопроса действия механизмов осуществления страховых выплат застрахованным лицам в системе обязательного социального медицинского страхования в Украине. Отмечен четкий целевой режим Фонда обязательного медицинского страхования. Рассмотрено место медицинских учреждений и аптечных учреждений в организационно-правовом механизме обязательного медицинского страхования. Определен публично-правовой характер договоров о медицинском обслуживании населения. Выяснен вопрос использования тарифов на оплату медицинской помощи. Раскрыты ретроспективный и перспективный аспекты механизма осуществления страховых выплат.

Ключевые слова: Застрахованное лицо, страховые выплаты, обязательное медицинское страхование, Фонд обязательного государственного медицинского страхования, целевые средства, финансовый контроль.

Zhuravliova Z.V. INSURANCE PAYMENTS IN THE SYSTEM OF COMPULSORY SOCIAL MEDICAL INSURANCE IN UKRAINE / Classic private university, Ukraine

This article has addressed matters related to the mechanisms of insurance payments by insured persons in the system of compulsory social medical insurance in Ukraine. The exact target-oriented schedule of the Fund of Compulsory Medical Insurance is specified. The place of medical establishments and pharmaceutical institutions in the organizational and legal mechanism of compulsory medical insurance is considered. The public and legal nature of contracts of public medical services is determined. The question of using tariffs of payment for medical care is cleared up. The retrospective and perspective aspects of the mechanism of insurance payments are developed. The retrospective aspect provides for reimbursement of cost of medical services rendered by medical establishments. The perspective aspect on the contrary stipulates the prepayment of such expenses by means of transferring monthly advance money on requests of medical

establishments. In this connection one of the important matters related to financing the compulsory medical insurance is that of sizes and structure of cost of administration of insurance medical payments; it may concern the servicing of insurance and advance payments by treasury or banking systems. The prepayment and further preparation of completion reports allow repaying costs of medical care (treatment) for such categories of persons, in particular, as occupational accident victims, at the expense of the Social Insurance Fund from Occupational Accidents and Diseases of Ukraine.

Separately the author inquired into the question that is subject to gaining the right to insurance payments in the system of compulsory medical insurance, especially the question of obtaining, termination and lost of the status of registered persons in this kind of social insurance by the individuals. For studying this matter the positive experience of Germany is researched.

The special attention in this article is paid to exercising the right of citizens to the qualified medical care, free choice of doctors, selection of treatment options according to their recommendations and health institutions.

It is the article author's opinion that the accounting of the author offered mechanisms for the system of insurance payments to the OMC will allow implementing an idea of social justice and principles as follow: "employable persons pay for non-employable citizens" living with them in the territory of the same country, principle of solidarity – every citizen should be covered with social insurance care in case of achievement of retirement age ("society of social security system"), principle of service provision – every non-employable citizen (pensioner) is rendered free services. More generally the above events and principles are the instruments of implementation of ideology of distribution among elderly and young citizens of the same country.

Key words: Insured, insurance payments, mandatory health insurance fund compulsory state social insurance, trust funds, financial control.

Дослідження питань механізму здійснення страхових виплат в системі обов'язкового соціального медичного страхування, яка на сьогодні формується в Україні, є актуальним напрямком сучасних наукових пошуків. Науковий інтерес до цієї проблематики (правові основи, статус коштів, обсяги здійснення страхових виплат, порядок контролю за цільовим використанням цих коштів) викликаний як потребами сучасного розвитку українського суспільства, так і потребами подальшого розвитку науки фінансового права в Україні. Актуальність дослідження запропонованого питання пов'язана також з відсутністю комплексних досліджень, єдиних наукових та практичних підходів до розуміння сутності, порядку здійснення страхових виплат у системі обов'язкового медичного страхування (далі – ОМС), яка нині проходить етап свого становлення. Досвід інших країн (країни СНД, Європа, де діє обов'язкове медичне страхування) з регулювання питань здійснення видаткових зобов'язань публічними страхувальниками у сфері обов'язкового медичного страхування вже містить як сталі положення, так і ґрунтовні наукові дослідження вказаних питань.

За мету пропонованої наукової статті було визначено дослідити основні положення, які стосуються здійснення страхових виплат в системі обов'язкового соціального медичного страхування в Україні. Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких наукових завдань: з'ясувати правові засади, зміст та порядок здійснення страхових виплат в системі обов'язкового соціального медичного страхування.

Обов'язкове соціальне медичне страхування за своїм спрямуванням має забезпечувати отримання застрахованими особами необхідної медичної допомоги та медичних послуг, за рахунок коштів соціального страхування. У кожному разі суб'єктами отримання (застрахованими особами) 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.

Так, недофінансування в основний капітал (будівлі, споруди) медичних установ за рахунок коштів страхової медицини може призводити до переведення пацієнтів на більш короткі строки госпіталізації, вони вимушені більше часу проводити у чергах за консультацією спеціаліста та отриманням діагностичних аналізів. Наприклад, у 2005 році Верховний Суд Канади, розглядаючи справу про монополію держави в провінції Квебек на надання медичних послуг, вказав, що очікування у тривалих чергах порушує право людини на збереження свого здоров'я [1].

Зокрема, поруч із питаннями отримання застрахованою особою медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах виникають питання про відшкодування за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування (страхових виплат) вартості перебування ("ліжко-місця"), медикаментозного забезпечення, лабораторного та інструментального

обстеження, харчування, проїзду до та від спеціалізованого лікувального закладу, компенсації оплати за користування застрахованою особою готелем, та інших витрат.

Однак світова практика обов'язкового медичного страхування показує, що не вся медична допомога може надаватися безоплатно застрахованим особам за рахунок коштів цього виду соціального страхування (наприклад, протезування, складні хірургічні втручання, пластична хірургія, хвороби, які викликані асоціальним способом життя пацієнта тощо). Відповідно до Основ законодавства України, право на забезпечення за обов'язковим державним соціальним страхуванням мають застраховані громадяни України, іноземні громадяни, особи без громадянства та члени їх сімей, які проживають в Україні, якщо інше не передбачено законодавством України, а також міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України [2, ст.3].

Також, відповідно до Основ, обов'язковому державному соціальному страхуванню підлягають: особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в організаціях, установах незалежно від їх форм власності та господарювання, та у фізичних осіб; особи, які забезпечують себе роботою самостійно (члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок), громадяни – суб'єкти підприємницької діяльності [2, ст.7]. Додатково цим законом визначено, що іншими законами з окремих видів обов'язкового державного соціального страхування перелік застрахованих осіб може бути розширено та доповнено. Для підтвердження статусу застрахованої особи видається єдиний для всіх видів соціального страхування документ суворої звітності – Свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (далі – Свідоцтво, та ЗОДСС) [2, ст.8].

Системний аналіз законодавства показує, що наявність одного лише Свідоцтва не може бути достатнім для отримання фізичною особою допомоги за певним видом соціального страхування; для цього законодавство встановлює поняття “страховий стаж”, до якого включає період (строк), протягом якого ця особа підлягає ЗОДСС та за який сплачено внески на страхування (нею особисто або роботодавцем) [2, ст.9]. Водночас, на нашу думку, право на життя є більш значущим у порівнянні з вимогою про сплату страхових внесків для отримання невідкладної (екстреної) медичної допомоги, тому цей її вид має надаватися всім категоріям громадян незалежно від наявності страхового медичного стажу. Напевно, саме з подібних міркувань виходив законодавець у Російській Федерації, взагалі не здійснивши визначення терміна “страховий медичний стаж” у спеціальному законі [3].

З метою формування режиму законності та фінансової дисципліни, дотримання вимог бюджетного законодавства вважаємо, що в новій галузі – обов'язковому медичному страхуванні правовий режим фондів коштів, які акумулюються на спеціальних рахунках Фонду обов'язкового медичного страхування, має визначатися чітким цільовим призначенням (режимом). Слід наголосити, що питання акумуляції та витрачання цих коштів відносяться до публічної сфери та охоплюються сферою дії (предметом) фінансового права.

Для формування цілісного організаційно-правового механізму здійснення виплат у системі обов'язкового медичного страхування варто розглянути основні блоки (групи) відносин, явищ та механізмів, які вже отримали практику правового регулювання в законодавстві інших країн. Оскільки обов'язкове медичне страхування існує в Російській Федерації від 1991 року, ми пропонуємо розглядати ці важливі питання, спираючись на досвід цієї країни.

Не вдаючись в аналіз питань розподілу компетенції суб'єктів та сферу нормативно-правового регулювання, зазначимо, що в організаційно-правовому механізмі ОМС усі медичні установи, які здійснюють діяльність у сфері ОМС, мають бути включені до спеціального єдиного державного реєстру (на сьогодні в Україні майже усі вони є неприбутковими установами). Цей механізм дозволяє чітко визначити не лише поточний статус медичної установи, але й види медичних послуг (за КВЕД), які вона має право надавати.

Отримання коштів медичними установами для надання гарантованих державою (Програма, Стандарт) послуг у системі ОМС за бюджетно-страхової моделі відбувається за рахунок публічних договорів (про надання та оплату медичної допомоги, про надання фінансового забезпечення, про медичне обслуговування населення). Такий механізм вже пройшов апробацію в Російській Федерації та формується в Україні. Зокрема, Основи законодавства про охорону здоров'я (статтю 18) доповнено нормою наступного змісту: “Медична допомога

надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені *договори про медичне обслуговування населення*. Особливості укладення договорів про медичне обслуговування населення визначаються законом" [8, ст.18]. Наявність такого механізму дозволяє визначитися в кожному окремому випадку із взаємними обов'язками та відповідальністю Фонду ОДСМС та медичної установи (лікувального закладу) за конкретний період часу, враховуючи специфіку медичної діяльності установи та інші показники (індикатори).

Використання тарифів на оплату медичної допомоги та диференційованих подушових нормативів фінансової забезпеченості поруч із нормативно-правовим визначенням медичної послуги в Російській Федерації в Галузевому Класифікаторі "Прості медичні послуги" (2001) дозволило визначитися з основами медичної допомоги [4]. Так, цим Класифікатором *проста медична послуга* визначається як неподільна послуга, що виконується за формулою "пацієнт + спеціаліст = один елемент профілактики, діагностики або лікування" [4, розд. 01.03]. Класифікація медичних послуг поділена на 25 типових розділів, здійснюється за Міжнародною класифікацією процедур у медицині (МКБ-10), ВОЗ, Женева, 1978) включає діагностичні, профілактичні, терапевтичні, рентгенорадіологічні, медикаментозні, хірургічні та лабораторні процедури [4].

В Україні вже формуються засади для запровадження цього механізму: так, частиною 5 статті 18 Основ законодавства про охорону здоров'я визначено, що обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя [8, ст.18].

Кожен випадок надання медичної допомоги медичною установою має отримувати свою фіксацію як у письмовій обліковій медичній документації (амбулаторній, стаціонарного хворого, санаторно-курортній), так і електронній базі даних медичної установи, відповідно до яких (за встановленими тарифами) має формуватися вартість наданої пацієнту однієї простої медичної послуги. На нашу думку, визначення її вартості та облік має здійснюватися централізовано в межах кожної медичної установи відділом бухгалтерського обліку. Такий механізм дозволяє, по-перше, здійснювати статистичний облік стану та динаміки захворюваності на території обслуговування; по-друге, здійснювати нарахування вартості оплати праці лікарів закладу, середнього і молодшого медичного персоналу; по-третє, виробити практику обрахування вартості кожної простої медичної послуги для здійснення фінансового контролю та правоохоронної діяльності.

По закінченні відповідного звітнього періоду (місяць) медична установа має формувати рахунок на оплату (відшкодування вартості) наданих медичних послуг для подання до територіального відділення Фонду ОДСМС, та вести зведений Реєстр сформованих рахунків.

На нашу думку, такий же механізм можливо використовувати аптечними закладами (які також мають бути внесені до спеціального реєстру аптечних закладів, що здійснюють діяльність у сфері ОМС) для часткової оплати державою вартості медикаментів (реімбурсації) застрахованим особам. На сьогодні цей механізм є подібним до повернення державою ПДВ. За допомогою вказаних механізмів можливо сформувати основи для здійснення спеціалізованого фінансового контролю за цільовим використанням коштів ОМС, обсягами, строками, якістю та умовами надання медичної допомоги, як це вже зроблено в Російській Федерації [5].

Важливе значення для дотримання фінансової дисципліни та цільового використання коштів у галузі обов'язкового медичного страхування мають відігравати акти виконаних робіт, що мають складатися щомісячно між територіальними відділеннями Фонду ОДСМС та медичними установами (лікарнями, поліклініками). За своїм значенням та місцем в інформаційному забезпеченні фінансування ОМС ці фінансові документи також мають прогностичне та аналітичне значення, оскільки на їх підставі можливо здійснювати не лише облік витрачання цих цільових коштів, але й проводити глибоку регіональну та загальнодержавну аналітичну роботу.

Цілісний механізм здійснення страхових виплат має включати не лише *ретроспективні* механізми (вказані вище), але й перш за все *перспективні* (авансування). До таких механізмів, на нашу думку, можна віднести авансування медичної допомоги за рахунок коштів ОМС шляхом перерахування щомісячних авансових коштів за заявками медичних установ. У зв'язку з цим одним з важливих питань, пов'язаних з фінансуванням ОМС, є питання про розміри та

структуру витрат на адміністрування страхових медичних виплат; це стосується обслуговування страхових та авансових виплат за казначейською або банківською системами.

На нашу думку, механізм здійснення страхових виплат шляхом авансування та складення в подальшому актів виконаних робіт дозволяє здійснювати погашення витрат на медичну допомогу (лікування) для таких категорій осіб, зокрема, як потерпілі від нещасного випадку на виробництві, за рахунок коштів Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України. Зокрема, такий механізм вже запроваджено та апробовано в Правилах обов'язкового медичного страхування, які діють у Російській Федерації [6].

З використанням такого самого механізму можливо здійснювати фінансування вартості медичної допомоги, яка має надаватися всім непрацездатним громадянам України (пенсіонерам) та членам їхньої сім'ї для реалізації права на матеріальне забезпечення за рахунок суспільних фондів споживання не лише шляхом надання трудових і соціальних пенсій, але й фінансування гарантованого рівня медичної допомоги за рахунок ОМС. В такому разі будуть здійснюватися надходження від коштів пенсійного страхування в загальні витрати на фінансування охорони здоров'я.

Запровадження вказаного механізму до системи страхових виплат в ОМС дозволить реалізовувати ідею соціальної справедливості та принципи: "працездатні платять за непрацездатних громадян", які проживають з ними на території однієї держави, принцип солідарності – кожен громадянин має бути охоплений соціальною страховою допомогою на випадок досягнення пенсійного віку ("суспільство соціальної захищеності"), принцип надання послуг – кожен непрацездатний громадянин (пенсіонер) обслуговується безкоштовно, він має лише пред'явити Свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. У більш загальному вигляді вказані явища та принципи є інструментами реалізації ідеології розподілу між похилими та молодими громадянами однієї країни.

Запровадження механізму страхових виплат шляхом авансування дозволяє здійснювати фінансування вартості медичної допомоги (лікування) з коштів ОМС за творчих працівників (вихователів, вчителів, викладачів, наукових працівників) та студентів за рахунок залучення страхових внесків (бюджетних коштів) від спеціального уповноваженого органу – Міністерства освіти і науки, молоді та спорту, щодо вказаних категорій громадян.

Звісно, основним питанням, яке стосується отримання права на страхові виплати в системі ОМС, є питання про набуття, зупинення та втрату фізичними особами статусу застрахованої особи в цьому виді соціального страхування. На нашу думку, у цьому механізмі варто врахувати досвід Німеччини, де вже сформована стала практика. Так, у цій державі для набуття статусу застрахованої особи з 1949 по 2004 рік страхові внески на ОМС здійснювалися працівниками та роботодавцями у рівних частках (по 7,1%), з липня 2005 року доля працівника у сплаті внеску зросла на 0,4%). За того, хто заробляє менше 400 євро, страховку повністю сплачує роботодавець (за єдиною ставкою 11%) [7]. З метою встановлення єдиних вимог і підходів у Німеччині також сформовано певні критерії визначення бази страхових нарахунків у системі ОМС та верхню межу доходів (заробітної плати), з якої беруться внески на обов'язкове медичне страхування [7].

Згідно з положеннями частини 1 статті 6 Основ законодавства про охорону здоров'я, кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає, зокрема, кваліфіковану медичну допомогу, включаючи *вільний вибір лікаря*, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і *закладу охорони здоров'я* [8]. Подібні права також мають іноземці та особи без громадянства [8, ст.11]. Відповідно до закону громадянам України, а також іноземцям та особам без громадянства, які на законних підставах перебувають в Україні, гарантуються свобода пересування та вільний вибір місця проживання на її території (за винятком визначених законом обмежень). Реєстрація місця проживання чи місця перебування особи або її відсутність не можуть бути умовою реалізації прав і свобод, передбачених Конституцією, законами чи міжнародними договорами України, або підставою для їх обмеження [9].

Отже, у теорії та на практиці для реалізації права застрахованих осіб на вибір медичної установи в Україні в системі здійснення страхових виплат за рахунок фонду коштів ОМС мають функціонувати спеціальні механізми. Правове регулювання механізму забезпечення

вибору пацієнтами лікувального закладу в Російській Федерації складається з норм закону щодо медичного страхування, Правил обов'язкового медичного страхування [6] та підзаконних нормативно-правових актів Федерального фонду ОМС.

Відповідно до статті 16 Закону Про медичне страхування, у Російській Федерації усі фізичні особи, на яких поширюється ОМС, мають право вибору страхової медичної організації шляхом подання відповідної заяви в порядку, передбаченому Правилами ОМС, вибору лікаря шляхом подання відповідної заяви на ім'я керівника медичної організації, заміну страхової медичної організації, де раніше була застрахована особа [3].

У Німеччині більшість застрахованих осіб не мали права вибору лікарняної каси та були приписані до цих кас за місцем проживання (принцип реєстрації), місця роботи або професійної групи. Такий примусовий розподіл призвів до значних розбіжностей у ставках страхових внесків унаслідок різниці в доходах та структурі ризику. За Законом про структуру охорони здоров'я (1993 рік) майже всі члени лікарняних кас отримали право вільного вибору лікарняної каси та її зміни один раз на рік за умови письмового попередження адміністрації каси за три місяці. Пізніше такий механізм (попередження) було усунуто та з 2002 року замінено на вимогу щодо мінімального терміну членства в касі – 18 місяців [7, 61-62].

На нашу думку, у разі запровадження в Україні Фонду ОДСМС як спеціального уповноваженого органу у сфері обов'язкового медичного страхування, реалізація права вільного вибору медичної установи буде стосуватися лише змін у персоніфікованому обліку застрахованої особи, які мають вноситися територіальними відділеннями Фонду ОДСМС. За територіальним принципом та існуючим адміністративно-територіальним поділом України, у кожній області мають діяти філії Фонду ОДСМС, а в районах – відділення. Сферою охоплення кожного з відділень мають бути райони області, райони міста, міста Київ та Севастополь. До кожного з цих відділень й будуть “прикріплені” застраховані особи. Фактично питання вибору медичної установи в межах обласного центру означає зміни в облікових персоніфікованих даних пацієнта (передання історії хвороби до іншої лікарні), у випадку переїзду особи до іншої області – передання відомостей про застраховану особу до іншого відділення Фонду ОДСМС, де має здійснюватися облік цієї застрахованої особи для здійснення виплат у системі ОМС (принцип “гроші йдуть за пацієнтом (застрахованою особою)”).

Висновки. Здійснення страхових виплат у системі обов'язкового соціального медичного страхування в Україні (яка формується) є специфічним видом діяльності публічного страховика – Фонду обов'язкового державного соціального медичного страхування, та має реалізовуватися на належних правових засадах. Ці виплати мають забезпечувати отримання застрахованими особами необхідної медичної допомоги та медичних послуг, за рахунок коштів цього виду соціального страхування. Реалізація цієї мети досягається шляхом реалізації у нормах діючого законодавства різних механізмів та інструментів, основні з яких досліджені автором у цій статті. Проведений науковий аналіз дозволив поглибити як наукове пізнання у галузі обов'язкового медичного страхування, так і розуміння сутності діючих механізмів та інструментів в межах діючих систем обов'язкового медичного страхування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Романчук Я. Система здравоохранения – яркий пример провала государства [Электронный ресурс] / Я. Романчук. – Режим доступа: <http://liberty-belarus.info/Kapitalizm-dlya-lyuboznatelnyh.html>.
2. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 р. № 16/98-ВР (зі змінами) // Офіційний вісник України. – 1998. – № 6. – Ст. 219.
3. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон Российской Федерации от 28.06.1991г. № 1499-1 // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 17.
4. О введении в действие отраслевого Классификатора “Простые медицинские услуги” 91500.09.0001-2001: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.04.2001 года № 113 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rudoctor.net/medicine2009>.

5. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию: приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 года № 230 (с изменениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ora.ffoms.ru/portal/page>.
6. Правила обязательного медицинского страхования: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н (с изменениями) // Федеральная газета. – 2011. – 11 марта. – № 5427.
7. Busse R. Health Care Systems in Transition: Germany / Busse R., Riesberg Annette. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – P. 59-61.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ (зі змінами) // Голос України. – 1992. – № 238. – 15 грудня.
9. Про свободу пересування та вільний вибір місця проживання в Україні: Закон України від 11.12.2003 року № 1382-ІV (зі змінами) // Офіційний вісник України. – 2004. – № 1. – Ст. 4.

УДК 347.233.8

ДЕРЖАВНІ ГАРАНТІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЖИТЛА ДІТЕЙ-СИРИТ ТА ДІТЕЙ, ПОЗБАВЛЕНИХ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ

Коваль О.В., аспірант

Національна академія внутрішніх справ

Роботу присвячено дослідженню державних гарантій щодо збереження житла дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, що закріплені в нормативно-правових актах. Проводиться аналіз можливостей реалізації задекларованих прав, з метою виявлення проблем, які при цьому виникають та їх вирішення.

Ключові слова: житло, житлові приміщення, право власності, право користування, збереження житла, діти-сироти, діти позбавлені батьківського піклування.

Коваль О.В. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ГАРАНТИИ СОХРАНЕНИЯ ЖИЛЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ / Национальная академия внутренних дел, Украина
Работа посвящена исследованию государственных гарантий по сохранению жилья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, которые закреплены в нормативно-правовых актах. Проводится анализ возможностей реализации задекларированных прав, с целью выявления проблем и их решение.

Ключевые слова: жилье, жилые помещения, право собственности, право пользования, сохранность жилья, дети-сироты, дети оставшиеся без попечения родителей.

Koval O.V. GOVERNMENT GUARANTEES OF SAVING OF HOUSING FOR ORPHANS AND CHILDREN, DEPRIVED OF PARENTAL CARE / National Academy of Internal Affairs, Ukraine

The work is devoted to the study of government guarantees of saving of housing for orphans and children, deprived of parental care, which is embodied in legal acts. In this work is analysed of the possibility implementation of the declared rights, on purpose to identify problems and their solution.

Should be noted that legislation contains provisions that protect the housing rights of orphans and children deprived of parental care. In particular, this protection is implemented in two ways: saving of housing and providing of new housing.

First of all, the main condition for the preservation of housing for orphans and children deprived of parental care is the availability of housing. Therefore, in case of availability of housing in such category of persons, which belonging to them by right of ownership or the right to use, should talk about the state guarantees their safety during their stay in the respective institution or under custody or under guardianship.