

Чистоклетов Л. Г.,
доктор юридичних наук, професор,
професор кафедри адміністративного
та інформаційного права
Навчально-наукового інституту права,
психології та інноваційної освіти
НУ «Львівська політехніка»,
<https://orcid.org/0000-0002-3306-1593>

Ткачук Т. Ю.,
доктор юридичних наук, доцент,
заступник завідувача кафедри організації
захисту інформації з обмеженим доступом
Навчально-науковий інститут інформаційної безпеки
Національної академії СБ України,
<https://orcid.org/0000-0002-4620-3300>

Хитра О. Л.,
доктор юридичних наук, доцент
доцент кафедри адміністративного права та
адміністративного процесу
Львівського державного університету внутрішніх справ,
<https://orcid.org/0000-0002-3632-5101>

ОСОБЛИВОСТІ АДМІНІСТРАТИВНО- ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

JEL Classification: K 19
SECTION "LAW": Право

Анотація. У даній статті розглянуто основні напрями адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я. Об'єктом дослідження виступають такі країни як Азербайджан, Франція і Данія. Вибір даних країн обумовлено багатограним правовим регулюванням і особливістю фінансування системи охорони здоров'я. На підставі світової практики охарактеризовано системи охорони здоров'я, проведено аналіз правового регулювання щодо надання медичних послуг населенню і визначено напрями реформування в системі охорони здоров'я вибраних країн. У висновках виділені проблеми адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я і запропоновано способи їх вирішення.

Ключові слова: правове регулювання, охорона здоров'я, охорона праці, соціальне медичне страхування, державно-бюджетна система, медична допомога, право пацієнта.

Annotation. The main areas of administrative and legal regulation of health care have been considered in this article. As the objects of the study such countries as Azerbaijan, France and Denmark have been chosen. The choice of these countries is due to the multifaceted legal regulation and the peculiarity of the health care system financing. Thus, due to the active cooperation around the World Health Organization, most countries of the world have concluded that health is an integral indicator of quality of life and part of human social, cultural and economic development.

However, it has been stated in the article that the analysis of international and national practice in providing medical care to the population indicates a significant number of problems faced by patients in the health care branch. One of these problems is related to the doctor's legal responsibility, which occurs after the negative results of treatment.

Characterizing the health care system of the Republic of Azerbaijan, it has been stated, that for an effective management of health care sphere additional regulations have been adopted that will ensure an effective transition from a centralized health care system to a system that includes state budget funding and health insurance.

It has been proven that almost all international studies on the administrative and legal support of the health care system in France consider it to be one of the first in the world. Although the origin of the modern health care system in France dates back to the Middle Ages, it has always been inseparable from social assistance and sickness insurance.

Generally, Denmark's main health care system priority is the stable funding of its establishments and facilities, based on national standards, developed in accordance with the average cost of health care in the country. Based on these standards, tariffs for medical care are determined according to the treatment results.

On the basis of world practice the health care systems have been defined, the analysis of legal regulation concerning rendering of medical services to the population has been carried out and the directions of reforming in the health care system of the chosen countries have been outlined. The problems of administrative and legal regulation of health care have been highlighted in the conclusions and have been suggested the ways to solve these problems.

Key words: legal regulation, health care, social medical insurance, state-budget system, medical care, patient's right.

Вступ.

Охорона здоров'я – це досить широка і складна соціальна сфера суспільного життя, необхідна для реалізації і виконання заходів, спрямованих на охорону і поліпшення здоров'я населення. Підкреслюючи цю людську цінність, не можна обминути знаменну філософську неповторну фразу Сократа: «Здоров'я – це не все, але все без здоров'я – ніщо». Відповідно в усьому світі охорона здоров'я є значущим напрямком соціальної політики, оскільки здоров'я нації – це головна складова будь-якого потенціалу країни.

Сьогодні стан охорони здоров'я впливає на всі сторони суспільного життя і стосуються усіх і кожного. Проте, криза в політичному, соціальному та духовному розвитку держави не дозволяє якісно забезпечити необхідний рівень розвитку сфери охорони здоров'я та надання життєво необхідних медичних послуг та лікарських засобів.

Так оцінюючи стан забезпечення охорони здоров'я в Україні, відповідно до статистики, протягом 2012–2017 років загальні видатки на охорону здоров'я в країні в середньому становили 7,7% ВВП на рік (приблизно 4,1% за рахунок державного бюджету та приблизно 3,6% за рахунок приватного сектору, переважно видатків домогосподарств), що насправді не сильно відрізняється від загальносвітового та європейського тренду. У Європейському регіоні загальні видатки на охорону здоров'я складають 8,9%, а у світі в цілому – 8,6%. Проте через низький рівень ВВП, цей показник у витратах на душу населення складає лише близько \$200, що значно нижче, ніж \$3 340 в середньому по ЄС, що також включає в себе Польщу – \$809, Болгарію – \$612 і Румунію – \$476 [1].

Зважаючи на зазначене, слід констатувати, що національна система охорони здоров'я на сьогодення потребує вагомих змін у її фінансуванні, яке повинно супроводжуватися додатковим механізмом якісного впливу на підвищення показників здоров'я населення та зростання необхідних медичних послуг.

Аналіз публікацій. З-поміж останніх досліджень і публікацій, в яких розглядається проблематика адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні та окремих країнах світу, найбільший науковий інтерес становлять праці Ю. Бадзьо, Б. Гаєвського, Б. Ганюшкіна, Р. Калдера, О. Лавриненка, Б. Логвіненко, В. Лехан, Ф. Мартенса, Р. Оддера, М. Орзіха, П. Рабіновича, І. Солоненка, Б. Тобеса, Д. Шапошнікова. Проте, незважаючи на значимість їх праць та здобутки інших науковців, охорона здоров'я потребує подальшого дослідження та вивчення з метою її реформування та розроблення зазначеної проблематики.

Мета статті – з'ясувати сутність адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я країн Азербайджану, Франції і Данії та охарактеризувати організаційно-правові засоби його реалізації. Саме порівняльний аналіз досвіду країн з різним ступенем адміністративно-правового забезпечення дозволить зібрати інформацію для підведення підсумків і висновків в рамках вдосконалення правового регулювання охорони здоров'я в Україні.

Результати дослідження.

В системі охорони здоров'я правові відносини формуються на основі адміністративного, кримінального, цивільного, трудового, фінансового та інших галузей права. Це можна побачити, розглядаючи предмет і метод правового регулювання в охороні здоров'я. Так, наприклад, предметом можуть бути правові відносини в сфері надання медичної допомоги, санітарно-епідеміологічного благополуччя, лікарського забезпечення, соціального та матеріального забезпечення лікуючого персоналу тощо.

Разом з тим, слід зазначити, що поведінка суб'єктів у правових відносинах у сфері охорони здоров'я громадян забезпечується за рахунок комбінованого впливу способів, найбільш характерних

для адміністративного і цивільного права, а також права щодо соціального забезпечення. В якості суб'єктів регульованих відносин слід виділити державу, її органи і установи, а також медичні установи і саме населення [2].

Також, на сьогоднішній день адміністративно-правове забезпечення охорони здоров'я регулюється нормами приватного і публічного права. У пункті 1 статті 25 Загальної декларації прав людини зафіксовано, що кожна людини має право на такий життєвий рівень, включаючи... медичний догляд [3].

До основних міжнародних правових актів, в яких закріплені основні положення з реалізації прав громадян охорони здоров'я належить:

Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації у 1948 р., із змінами і доповненнями 1968, 1983, 1994 рр. [4];

Конвенція про захист прав людини і основних свобод (Рим, 1950 р.) [5];

Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (Фінляндія, 1964 р.) [6];

Декларація щодо незалежності і професійної свободи лікаря (Каліфорнія, 1986 р.) [7];

Хартія працівників служби охорони здоров'я (Рим, 1994 р.). ЛОБФ «Медицина і право». 2010. 112 с. [8];

Європейська соціальна хартія (11 стаття) (Страсбург, 1996) [9];

Додатковий протокол до Конвенції про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), який стосується заборони клонування людей (Париж, 1998 р.) [10];

Європейська хартія прав пацієнтів (Рим, 2002 р.) [11];

Конвенція Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми (Варшава, 2005 р.) [12];

Конвенція про права осіб з інвалідністю (Нью-Йорк, 2006 р.) [13].

Таким чином, зважаючи на активне поживлення міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, на 34 – сесії Парламентської асамблеї Європейської Ради урядом держав були прийняті рекомендації, в яких зазначалося, що здоров'я – це невід'ємний показник якості життя і частина соціального, культурного і економічного розвитку людини.

Проте, аналіз міжнародної та і національної практики щодо надання медичної допомоги населенню вказує на значну кількість проблем, з якими стикаються пацієнти в сфері охорони здоров'я. Одна із таких проблем пов'язана з юридичною відповідальністю медичного працівника, яка настає за неналежне виконання професійних обов'язків. У багатьох країнах дана процедура вирішується на підставі медичних контрактів, які укладаються між лікарем і пацієнтом. Документ передбачає виконання певних обов'язків сторін у разі заподіяння шкоди пацієнту або порушення контракту. Якщо такий контракт не передбачений, то лікар на підставі вчиненого правопорушення понесе юридичну відповідальність відповідно до положень адміністративного, кримінального або цивільного законодавства, які передбачають накладення певних санкцій за заподіяну шкоду здоров'ю, а також майнової чи моральної шкоди іншій особі.

Також існує безліч обставин, викликаних з причин очікування в нескінченних чергах на лікарів, ускладненням певних методів лікування, а також чималою кількістю скарг, спрямованих на виплату лікарями грошових компенсацій як за взаємною згодою обох сторін, так і за рішенням суду. Для цього багато країн використовують страхування професійної відповідальності лікарів [14].

Характеризуючи адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я в Азербайджанській республіці, законодавче регулювання її системи засноване на статті 41 Конституції Азербайджанської республіки, в якій закріплено, що держава використовує всі необхідні заходи для системи охорони здоров'я, а також не тільки реалізує санітарно-епідеміологічне благополуччя, а й створює можливості для комплексного медичного страхування. Також в республіці прийняті Закони, що регулюють дану сферу:

- Закон «Про охорону здоров'я населення»;
- Закон «Про трансплантацію людських органів і тканин»;
- Закон «Про санітарно-епідеміологічне здоров'я»;
- Закон «Про медичне страхування»;
- Закон «Про фармацевтичну діяльність»;
- Закон «Про приватну медичну діяльність».

Закон «Про охорону здоров'я населення» регулює взаємовідносини між державними органами і населенням, включаючи суб'єкти державних і недержавних систем охорони здоров'я. У Законі зафіксовані права громадян в межах здоров'я та медичної допомоги, включаючи права і відповідальність як медичних, так і фармацевтичних працівників [15].

2019 рік став в Азербайджані одним з масштабних за різними сферами реформ, зокрема соціальною де фундаментальне перетворення торкнулося і системи охорони здоров'я. Згідно з Указом Президента

Азербайджану від 20 грудня 2018 року з січня 2020 року медичних установ, що входять в систему охорони здоров'я, було виведено з під контролю МОЗ і передано «Об'єднанню з управління медичними територіальними підрозділами» ТӨВІВ, створеному при Державному агентстві з обов'язкового медичного страхування, яке почало свою діяльність ще в лютому 2016 року при Кабінеті Міністрів Азербайджану.

Також важливо відзначити, що від сплати страхових внесків звільнені наступні особи: пенсіонери; діти; вагітні жінки, зареєстровані в поліклініках або в установах жіночих консультацій; особи, які отримують соціальну допомогу; громадяни від 18 до 23 років, які отримують середньо спеціальну, очну, професійну або вищу освіту. Громадяни, які працюють за трудовим законодавством, сплачують внески в розмірі 4%, а роботодавці – 2% [16].

Таким чином, в процесі проведеної реформи органами охорони здоров'я республіки для ефективного їх управління заплановано:

- привести законодавчі акти відповідно до норм Конституції Азербайджанської Республіки;
- внести зміни і запропонувати доповнення до законів за сферами охорони здоров'я;
- прийняти закон «Про права пацієнта» і закон «Про відповідальність за лікарські помилки».

Крім того, повинно бути внесено доповнення до таких законів, як «Про лікарські засоби», «Про приватну медичну діяльність», а також прийняття додаткових нормативних актів, які дозволять забезпечити дієвий перехід від централізованої системи охорони здоров'я до системи, що включає державне бюджетне фінансування і медичне страхування.

Щодо адміністративно-правового забезпечення системи охорони здоров'я Франції, практично всі міжнародні дослідження відносять її до однієї з перших в світі. Незважаючи на те, що витрати сучасної системи охорони здоров'я у Франції ведуть до Середньовіччя, вона завжди була невіддільна від соціальної допомоги і страхування через хворобу. Французька система охорони здоров'я почала розроблятися з 1945 року і починаючи з 1960 років вона вже широко розвивалася після проведення декількох масштабних реформ.

Саме тісна взаємодія між системою соціального забезпечення і системою охорони здоров'я надає місцевим жителям вільний доступ до високоякісних послуг медичного обслуговування за їх місцем проживання. Також, французька система є однією з щедрих в рамках фінансування витрат.

Відзначимо, що в країні близько 11,3% ВВП становлять витрати на охорону здоров'я [17]. Крім того, Франція знаходиться в п'ятірці країн, що входять до Світової Організації Охорони Здоров'я (далі ВООЗ). Також, країна вкладає близько 500 млн. Євро в фонди, створені за участю ВООЗ: глобальний альянс з вакцин та імунізації, Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, малярією і туберкульозом [18].

ВООЗ і Франція взаємодіють в наступних областях:

- ефективний захист населення;
- поліпшення здоров'я і благополуччя громадян;
- створення і функціонування Академії ВООЗ, спрямованої на підготовку медичних фахівців [19];
- зміцнення системи охорони здоров'я: надання широкого спектру медичних послуг;
- сталий розвиток охорони здоров'я до 2030 року, з урахуванням порядку денного Всесвітньої організації охорони здоров'я [20].

Система соціального забезпечення охорони здоров'я у Франції складається з двох частин. В першу частину входить забезпечення обов'язкових програм, що покривають близько 75% витрат сімей на медичні послуги. Друга частина встановлюється факультативною програмою, що надається приватними страховими товариствами або кооперативними страховими товариствами. Як і в інших країнах, для комплексного забезпечення медичного страхування, в таких випадках, як інвалідність, захворюваність, виробничі травми, вагітність і народження дитини, виділяються грошові допомоги або допомоги, що компенсують втрату доходів.

У Франції наданням послуг займаються державні та приватні установи і фахівці, що ведуть приватну практику.

В цілому, у Франції програма медичного страхування охоплює близько 85% населення, які працюють в приватному секторі, а також держслужбовців та осіб, на яких не поширювалися програми медичного страхування до реформи 2004. Існують програми, спрямовані на захист різних видів працівників. Відзначимо, що грошові виплати державним держслужбовцям фінансуються з державного бюджету. Також існують такі програми, як медичне забезпечення сільськогосподарських працівників – MSA і представників вільних професій і адвокатів – RSI [21].

З 1 січня 2000 року у Франції ввели закон про компенсації поширених захворювань, на основі якого кожна людина, що проживає на постійній основі у Франції може звернутися за отриманням допомоги в органи соціального забезпечення. Дана система діє і для тих, хто не отримує компенсації за системою обов'язкового медичного страхування. Така система називається «CMU de base». Вона надає загальне медичне страхування, а також доступ до медичного страхування людям, які постійно

і регулярно проживають у Франції більше трьох місяців і які ще не охоплені медичним страхуванням або іншою схемою (TNS, Alsace- Moselle). Доступ до такої системи може отримати будь-яка людина з французьким або іноземним громадянством, з фіксованою адресою або без неї, який постійно проживає у Франції (столичний або заморський департамент) більше трьох місяців [22].

Так чи інакше, система охорони здоров'я спирається на плюралістичну організацію медичних послуг, орієнтовану на функціонування державних і приватних партнерів, включаючи лікарняний сектор, що складається з державних та приватних лікарень некомерційного характеру, клінік або приватних установ комерційного характеру.

Перш за все плюралізм визначається гарантією статусу вільних професій в рамках системи охорони здоров'я і наявністю державної лікарняної служби. Перевага такої системи полягає у вільному виборі пацієнта. На основі вільного вибору лікаря громадянин може вибрати собі лікаря в державному або приватному секторі, а також медичну послугу, відповідну потребам і перевагам пацієнта.

В рамках реформи системи страхування на випадок хвороби у 2004 році ввели поняття «координований маршрут лікування» пацієнта і зобов'язання вибору основного лікаря загальної практики, «лікуючого лікаря». За деякими винятками щодо окремих медичних професій, на початку пацієнт повинен проконсультуватися у свого лікуючого лікаря, а потім йти до фахівця. Він може піти до нього на прийом, але тоді медична страховка відшкодує витрати на частковій основі.

В цілому реформи, прийняті для поліпшення управління витратами, визначили значимість в розподілі відповідальності між державою і системою медичного страхування. Крім того, у 2000 році на підставі Закону «Про фінансування програм соціального забезпечення» була зроблена спроба раціонально розподілити роль між державою, програмою медичного страхування і програмами MSA, RSI. В результаті, проведені реформи визначають значиму роль держави в системі охорони здоров'я.

Розглядаючи особливості адміністративно-правового регулювання системи охорони здоров'я Данії, на відміну від інших європейських країн в країні вищий рівень витрат на систему охорони здоров'я в державному бюджеті (10,1% ВВП). Близько 4270 дол. в рік фінансується на душу населення: 84% – з державного бюджету, 14% надходить від пацієнтів і 2% є засобами добровільного медичного страхування [23].

З 1 січня 2012 року набув чинності Закон про охорону здоров'я «Danish Health Act», який був прийнятий парламентом Данії 21 грудня 2011 року [24].

В цілому, фінансування установ охорони здоров'я відбувається на основі національних стандартів, розроблених із середньою вартістю медичних послуг по країні. На основі цих стандартів визначаються тарифи оплати медичної допомоги за результатами лікування.

Практично вся країна охоплена безкоштовним медичним обслуговуванням: персонал відділень невідкладної допомоги; медична допомога, яку надають лікарі загальної практики; офтальмологи і отоларингологи; лікування в стаціонарі, а також надання медичного транспорту до місця надання медичної допомоги.

На підставі офіційної доповіді, опублікованого Урядом Данії в 2003 році, до основних завдань національної охорони здоров'я відносяться:

- вільний доступ громадян до лікування;
- вільний вибір пацієнтом медичного закладу;
- контроль за ефективним використанням ресурсів;
- демократичний контроль;
- макроекономічний контроль за витрачанням ресурсів;
- висока якість медичного обслуговування;
- оптимізація маршруту пацієнта в системі охорони здоров'я.

В цілому, в Данії використовується трирівнева модель державно-адміністративного управління системи охорони здоров'я. У загальнонаціональний рівень входить уряд, парламент і відомства. На даному рівні здійснюється вироблення адміністративно-правової бази охорони здоров'я, а також контроль медичного обслуговування. Обласний і муніципальний рівні включають контроль за первинною спеціалізованою медичною допомогою.

У Данії лише п'ять регіонів, управління над якими здійснюють виборні органи. В їх відомство входять психіатричні лікарні, перинатальні центри, установи для інвалідів, регіональні госпіталі. Фінансування на регіональному рівні відбувається з державного бюджету і бюджету муніципалітетів. Всього 98 муніципалітетів, які здійснюють контроль над медичними установами на місцевому рівні.

Під контролем муніципалітетів знаходяться обслуговування населення, пропаганда здорового способу життя, профілактика захворювань. Крім того, в відомство муніципалітетів входять патронажна служба, сестринське обслуговування на дому, стоматологічне обслуговування інвалідів на дому, загальна стоматологія, медичне обслуговування в школах, лікування алкоголізму і наркоманії.

Відзначимо, що з 2007 року поліклініки, які відносяться до національної системи медичної допомоги повинні своєчасно проходити акредитацію з метою підвищення якості медичних послуг. Також, на регулярній основі проводиться контроль і оцінка медичних технологій на муніципальному, регіональному і національному рівнях. Для того, щоб посилити контроль за якістю надання медичної допомоги Закон «Про охорону здоров'я» ввів санкції щодо медичних працівників у разі неякісного виконання професійних обов'язків.

У підсумку, особливістю охорони здоров'я Данії є розвиток державного сектора, що фінансується податками, які надходять до державного та місцевих бюджетів. У кожного громадянина є право на безкоштовне медичне обслуговування, однак тільки для тих, хто своєчасно сплачує податки. Сюди входять і всі неповнолітні члени сім'ї такого громадянина.

Для осіб, які не є громадянами Данії, здійснюється платна медична допомога, проте її якість не залежить від датського громадянства і в порівнянні з багатьма європейськими країнами вартість медичних послуг в Данії відносно невисока. Однак, в будь-яких екстрених ситуаціях, в разі загострення хронічних захворювань і в інших непередбачених ситуаціях іноземець може отримати висококваліфіковану медичну допомогу.

Також якщо громадянин іншої країни не може виїхати з Данії і не прибув до неї з метою отримання медичної допомоги, але йому необхідно звернутися в поліклініку або іншої медичної установи, то країна надає безкоштовну медичну допомогу. Так, чи інакше, в Данії дійсно високий рівень надання медичної допомоги та медичних послуг в області діагностики, стоматології, ортопедії і кісткової хірургії. У перерахованих сферах медицина Данії лідирує по всій Західній Європі.

Таким чином, вибір Данії в рамках аналізу даної статті був на основі наступних чинників:

- медичне обслуговування в країні є не тільки доступним, але і якісним;
- у Данії зберігається рівновага між стримуванням витрат на медичне обслуговування та належним рівнем послуг, що надаються;
- у країні спостерігається інтенсивний розвиток медичних технологій;
- існує попит на високоякісну і високотехнологічну медичну допомогу з боку населення;
- збільшується частка населення похилого віку, а слідом за цим потреба в наданні безкоштовної медичної допомоги.

В результаті, одним з головних принципів національної охорони здоров'я Данії є рівність, проте за останні роки існують обставини, що підривають даний принцип.

Висновки.

Таким чином, можна констатувати, що ефективне функціонування системи охорони здоров'я в регіонах з розвиненим громадянським суспільством передбачає дотримання соціальних норм, прийнятих державою, і відкриту соціальну політику в системі охорони здоров'я, спрямовану на формування умов для забезпечення прав громадян на здоров'я населення. На основі практики адміністративно-правового регулювання системи охорони здоров'я найбільш ефективним способом в розвинених країнах є поєднання системи медичного страхування і державно-бюджетної системи.

Можна навести велику кількість переваг функціонування державної-бюджетної системи. По-перше, вона дійсно має високий ступінь соціальної захищеності за допомогою надання безкоштовної медичної допомоги. Це свідчить про реальну допомогу в будь-яких надзвичайних ситуаціях або у разі небезпечних інфекційних захворювань.

Але, як відомо, у будь-якої системи є свої недоліки. В даному випадку, державно-бюджетна система не завжди відповідає принципам вільного вибору або конкуренції, що є не менш значимим для ринкової економіки. Крім того, не всі розвинені країни можуть виділяти постійні витрати з державного бюджету на систему охорони здоров'я.

Результатом такого твердження є показник недостатнього фінансування в державні медичні установи України в період спалаху Covid-19 в зв'язку з високою захворюваністю громадян за час усіх інфекційних захворювань. Про це свідчить звернення від 20 квітня 2020 року до Уряду Асоціації міст України [25].

У зв'язку з тим, що державно-бюджетна система на даному етапі існування не може бути взята за приклад не тільки в зв'язку з визначенням її недоліків, а й з останніми обставинами в сфері охорони здоров'я, то модель системи страхування може слугувати як основа розвитку якісної системи охорони здоров'я, що буде сприяти розвитку прав пацієнтів. Особливо дана система підходить для розглянутих країн в даній статті.

На нашу думку, для вирішення проблем в ході реформування системи охорони здоров'я на основі поточних потреб суспільства і ринкової економіки необхідно вирішити наступні завдання:

- створити, відповідно до міжнародної та національної практики, нову законодавчу базу охорони здоров'я;

- розробити способи адаптації охорони здоров'я, що враховують останні події і поточні умови;
- сформувати механізми фінансової взаємодії з охорони праці;
- впровадити організаційні засади функціонування медичних установ відповідно до нових умов.

Відзначимо, що будь-яка система обов'язкового медичного страхування потребує певних гарантій і ефективного регулювання. Медичне страхування передбачає надання медичної допомоги як за територіальним принципом, так і за принципом сімейного лікаря. Тільки така концепція може реалізувати права вибору пацієнтом лікаря і страхової медичної організації.

Також, важливо зазначити, що в умовах ринкової економіки відбувається часткова комерціалізація в системі охорони здоров'я, що є умовою виживання в даній сфері в той час, як організаційно-правові форми повинні відповідати нормам Конституції і Цивільного кодексу.

І, нарешті, з метою врегулювання відносин адміністративно-правового регулювання в сфері соціального медичного страхування, слід спрямувати діяльність на:

- створення дієвих правових способів контролю за виплатою допомоги з тимчасової непрацездатності, ґрунтуючись на даних щодо захворювання та надання медичної та санітарної допомоги;
- ухвалення нормативно-правових актів, що дозволять знизити витрати на систему охорони здоров'я в рамках соціального медичного страхування;
- впровадження нової моделі з вирівнювання фінансових умов державних гарантій між регіонами і муніципалітетами;
- законодавче закріплення і розвиток форм добровільного медичного страхування, яке доповнює медичні послуги, передбачені соціальним страхуванням;
- поступовий перехід від повної оплати медичної допомоги до оплати виключно визначених видів на основі замовлення медичних закладів, яке проводиться страховою компанією в рамках програми встановлених державних гарантій і узгодженого плану з надання медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Що було, є і буде. МОЗ України. URL: [https:// moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf)
2. Святлова Д. Г. Охорона здоров'я як об'єкт правового регулювання. URL: <https://moluch.ru/archive/185/47390/>
3. Загальна декларація прав людини. URL: [https:// www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml)
4. Міжнародний кодекс медичної етики. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002#Text
5. Конвенція про захист прав людини и основных свобод ETS N005. URL: <http://base.garant.ru/2540800/>
6. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text
7. Декларація щодо незалежності і професійної свободи лікаря. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_326#Text
8. Хартія працівників служби охорони здоров'я. ЛОБФ «Медицина і право». 2010. 112 с. URL: <http://zdorovia.ugcc.org.ua/hartiya-pratsivnykiv-sluzhby-ohorony-zdorov-ya/>
9. Європейська соціальна хартія (11 стаття) (Страсбург, 1996) [Європейська соціальна хартія (11 стаття). «Право на охорону здоров'я» від 3 травня 1996 (Страсбург). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120807/
10. Додатковий протокол до Конвенції про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), який стосується заборони клонування людей. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MU98247.html
11. Європейська хартія прав пацієнтів. URL: http://www.patienttalk.info/european_charter.pdf
12. Конвенція Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_858
13. Конвенція про права осіб з інвалідністю. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
14. До питання про юридичну відповідальність медичних працівників. URL: <http://www.alppp.ru/law/osnovy-gosudarstvennogo-upravlenija/administrativnye-pravonarushenija-i-administrativnaja-otvetstvennost/19/statja-k-voprosu-o-yuridicheskoy-otvetstvennosti-medicinskih-rabotnikov.html>
15. Про охорону здоров'я населення: Закон Азербайджанської республіки URL: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/azerbaijan/aze47737.pdf
16. Самые значимые перемены, которые затронут жизнь каждого азербайджанца в 2020 году/ URL: <https://az.sputniknews.ru/life/20200104/422783859/reformy-sledujushhego-goda.html>
17. Франція – загальні витрати на охорону здоров'я (% від ВВП). URL: <https://knoema.ru/atlas/Франция/topics/Здравоохранение/Расходы-на-здравоохранение/Расходы-на-здравоохранение-percent-от-ВВП>

18. Франція і Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.diplomatie.gouv.fr/ru/politique-etrangere/uchastie-francii-v-deyatel-nosti-oon/la->

19. Франція оголосила про надання 100 млн. долл. США (90 млн. евро) на утворення Академії ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/24-02-2020-france-pledges-us100-million-for-who-academyfrance-et-l-oms/>

20. Всесвітня організація охорони здоров'я. Здійснення Порядку денного в галузі сталого розвитку на період до 2030 р Доповідь генерального директора. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_11Rev1-ru.pdf

21. Фінансування охорони здоров'я в Європейському союзі. Проблеми і стратегічні рішення. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1

22. La CMU de base. URL: <https://mutuelle.fr/infos/aides/la-cmu-de-base/>

23. Медицина старішого королівства. Який рівень охорони здоров'я в Данії. URL: https://aif.ru/society/healthcare/medicina_stareyshego_korolevstva_kakov_uroven_zdravoohraneniya_v_danii

24. В Данії вступив в силу новий закон о реімбурсації лікарських засобів. URL: <https://www.apteka.ua/article/117557>

25. АМУ наголошує Уряду: медичні заклади необхідно фінансувати на 100%, особливо в умовах пандемії. URL: <http://www.auc.org.ua/novyna/amu-nagoloshuye-uryadu-medychni-zaklady-neobhidno-finansuvaty-na-100-osoblyvo-v-umovah>