

ЩОДО СУБ'ЄКТНОСТІ СТРАХОВИКА ПРИ ЗАПРОВАДЖЕННІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Анотація

У записі висвітлено особливості інфраструктурної побудови майбутньої системи загальнообов'язкового медичного страхування. Проаналізовано переваги та недоліки покладання функцій страховика на Фонд соціального страхування України та приватні страхові компанії. Обґрунтовано, що виключення Фонду соціального страхування України з системи загальнообов'язкового медичного страхування породжує низку ризиків, що здатні поставити під загрозу сам інститут загальнообов'язкового медичного страхування.

ЩОДО СУБ'ЄКТНОСТІ СТРАХОВИКА ПРИ ЗАПРОВАДЖЕННІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

У жовтні 2018 р. на розгляд Верховної Ради України було подано проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні»¹ (далі – Законопроект). Він визначає правові та економічні принципи, а також організаційні та фінансові механізми функціонування системи охорони здоров'я та здійснення загальнообов'язкового медичного страхування (ЗМС) в Україні.

Метою законопроекту є забезпечення конституційних гарантій на безоплатну медичну допомогу та її доступності для всіх громадян у необхідному обсязі, з рівнем якості, що відповідає національним медико-економічним стандартам. Це покликано зменшити долю витрат домогосподарств на послуги у галузі охорони здоров'я.

Нинішній Законопроект є вже двадцятим з числа законопроектів з цієї проблематики, внесених на розгляд парламенту протягом останніх п'ятнадцяти років. Питання також двічі виносилося на парламентські слухання (у 2009 р. та 2013 р.). При цьому відсутність втілення проектів та рекомендацій у відповідні законодавчі рішення свідчить про наявність системних проблем, які потребують вирішення.

Завдання зазначеного Законопроекту полягають у наступному:

- 1) забезпечення стійкого та диверсифікованого фінансування надання громадянам гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги (медичних послуг) у необхідному обсязі та належної якості;
- 2) створення багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я, основою якої є бюджетно-страхова модель фінансування;
- 3) запровадження загальнообов'язкового медичного страхування як

¹ Проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» від 04.10.2018 № 9163 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64744

одного з механізмів забезпечення гарантій конституційних прав громадян України на медичну допомогу (медичні послуги);

4) встановлення ефективної системи контролю за накопиченням та цільовим використанням коштів системи фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкового медичного страхування;

5) створення механізму контролю за якістю медичних послуг та їх відповідністю потребам пацієнтів.

Безумовною позитивною рисою Законопроекту є те, що він чітко визначає джерела фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. Так, стаття 8 Законопроекту встановлює, що в країні запроваджується багатоканальна бюджетно-страхова модель фінансування охорони здоров'я, яка включає:

- державне медичне забезпечення;
- загальнообов'язкове медичне страхування;
- добровільне страхування.

У тій самій статті зазначено, що джерелами фінансування охорони здоров'я України є:

- бюджетні кошти, за рахунок яких здійснюється фінансування Базової програми;
- кошти загальнообов'язкового медичного страхування, за рахунок яких здійснюється фінансування Програми страхування;
- кошти добровільного страхування, за рахунок яких здійснюється фінансування програм добровільного медичного страхування понад Програму державних гарантій.

Водночас, незважаючи на низку позитивних рис, Законопроект має концептуальну ваду, яка полягає у приватній суб'єктності страховика. Згідно зі статтею 18 Законопроекту «Страховиками в системі загальнообов'язкового медичного страхування є зареєстровані в установленому порядку фінансові установи, створені у формі акціонерних товариств ...». Іншими словами,

систему ЗМС пропонується розбудувати на основі діяльності приватних страхових компаній (так звана децентралізована модель).

Натомість чинним законодавством вже закладено підвалини ЗМС. Так, стаття 4 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»² наголошує, що: «Фонд соціального страхування України є органом, який здійснює керівництво та управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та **медичним страхуванням** (*виділено нами*), провадить акумуляцію страхових внесків, контроль за використанням коштів, забезпечує фінансування виплат за цими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування та здійснює інші функції згідно із затвердженим статутом».

Іншими словами, чинне законодавство передбачає централізовану модель ЗМС, в якій страховиком виступає квазідержавна установа Фонд соціального страхування України (далі – ФСС) в єдиній особі. Переваги та недоліки визначеної законодавством та запропонованої Законопроектом моделей наведено у табл.1.

Таблиця 1

Переваги та недоліки централізованої та децентралізованої моделей загальнообов'язкового медичного страхування

Критерій	Визначена чинним законодавством (централізована, за участі ФСС)	Запропонована Законопроектом (децентралізована, за участі лише приватних страхових компаній)
державний контроль	полегшено	ускладнено
право вибору застрахованої особи	відсутнє	має місце
наявність конкуренції	конкуренція відсутня	конкуренція може мати місце

² Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23 вересня 1999 р. № 1105-ХІV // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14>

За критерієм «державний контроль» централізована модель виглядає привабливішою, оскільки контролювати одного суб'єкта значно простіше, ніж множину.

За критерієм «право вибору застрахованої особи» децентралізована модель, на перший погляд, виглядає виграшною порівняно з централізованою. Відповідно до статті 17 Законопроекту роботодавці зобов'язані укласти зі страховиком договір про ЗМС. Щоправда, згідно з частиною 3 статті 24 Законопроекту застраховані особи (працівники) зобов'язані надати згоду на укладання щодо них договорів ЗМС або самостійно ініціювати укладання такого договору з обраним страховиком шляхом подання відповідної заяви.

З цього випливає, що застрахована особа має право вільного вибору страховика. Водночас слід мати на увазі, що громадяни можуть стикнутися з проблемою усвідомленості вибору. Найбільша складність полягає в розмитих критеріях порівняння страховиків, яке можна здійснити, лише оцінивши низку ліцензійних вимог, а саме:

- 1) розмір статутного (складеного) капіталу страховика;
- 2) досвід роботи на ринку медичного страхування, який не може бути меншим п'яти років;
- 3) сформовані страхові резерви;
- 4) розмір власного капіталу;
- 5) наявність кваліфікованого персоналу (керівників та співробітників);
- 6) механізми забезпечення виконання договорів страхування – здійснення страхових виплат закладам охорони здоров'я на всій території України;
- 7) наявність у страховика служби асистансу;
- 8) наявність відповідного програмного забезпечення та матеріально-технічної бази для ведення обліку застрахованих осіб та персоніфікованого обліку надання медичної допомоги.

У випадку, коли працівник просто погоджується з вибором роботодавця, постає питання конкуренції на ринку страхових послуг, що надаються в межах системи загальнообов'язкового медичного страхування. Перш за все, потрібно мінімізувати можливість проявів недобросовісної конкуренції. Рекламні акції у сфері ЗМС мають жорстко регулюватись чинним законодавством, як, наприклад, у сфері недержавного пенсійного забезпечення. Так, рекламодавцям у сфері недержавного забезпечення, з-поміж іншого, забороняється використовувати порівняльну рекламу для недобросовісної конкуренції у спосіб зазначення недоліків у діяльності осіб, які провадять аналогічну професійну діяльність із недержавного пенсійного забезпечення (незалежно від того, чи відповідає така інформація щодо недоліків дійсності), надавати прогноз чи гарантувати зростання доходів учасників недержавного пенсійного забезпечення, робити подарунки (виграші) або давати обіцянку про надання подарунків (виграшів) потенційним учасникам і вкладникам пенсійних фондів або здійснювати будь-які інші заохочувальні заходи, що можуть вплинути на вибір того чи іншого пенсійного фонду його потенційним учасником (вкладником). Будь-які рекламні матеріали, що стосуються послуг із недержавного пенсійного забезпечення, надаються Нацкомфінпослуг для схвалення

Світова практика свідчить, що найбільш поширеними є два види недобросовісної конкуренції на ринку страхових послуг:

- примусове переведення осіб, які підлягають страхуванню, з однієї страхової компанії до іншої за вказівкою роботодавця (або, навпаки, перешкоджання такому переходу);
- залучення клієнтів через недобросовісну рекламу або підкуп.

Оскільки вимоги до реклами у сфері ЗМС мають бути регламентовані одночасно з упровадженням цього виду страхування, найгостріша проблема може бути пов'язана саме з першою із наведених форм недобросовісної конкуренції. Страхові компанії можуть використовувати нерегламентовані форми взаємодії з великими роботодавцями з метою реклами серед

персоналу тієї чи іншої страхової компанії або примусу робітників до визначеного керівництвом вибору. Особливо ймовірний такий сценарій для страхових компаній, які входять до складу інтегрованих бізнес-груп або іншим чином афілійовані з крупними роботодавцями. У такому випадку інтересами найманого працівника може бути знехтувано через комерційні причини. Тим більше, чинна законодавчо-нормативна база не містить явно виражених дієвих заборон на примус громадянина до вибору певної страхової компанії, не кажучи вже про санкції за такий примус. При їх встановленні відповідальність за обмеження вільного вибору має бути покладена не лише на менеджмент страхових компаній, але й на роботодавця.

Крім того, представлений Законопроект не забезпечує вільної зміни страховика застрахованою особою. Так, відповідно до пунктів 2 і 3 статті 31 Законопроекту:

«2. Дію договору страхування щодо застрахованої особи може бути достроково припинено за обґрунтованою вимогою такої застрахованої особи, якщо ця вимога мотивована систематичним (два та більше разів) порушенням страховиком умов договору страхування, що зафіксовано Уповноваженим органом.

3. Дію договору страхування щодо застрахованої особи може бути припинено за її заявою не частіше ніж один раз на календарний рік».

Іншими словами, підставою для розірвання договору страхування може бути *виключно* порушення страховиком умов договору. Фактично це може означати, що застрахована особа не зможе реалізувати своє право на отримання якісних послуг від страхової компанії, оскільки ані незадовільна якість обслуговування, ані будь-яка інша причина як підстави для розірвання договору обслуговування не передбачені. В особливо неоднозначних випадках існуватиме ризик того, що факт порушення страховиком умов договору застрахована особа буде змушена доводити у суді, що потребує додаткових ресурсів. Таким чином, неврегульованість умов зміни компанії,

що надає послуги страхування, застрахованими особами є однією з найслабкіших сторін запропонованого Законопроекту.

Отже, задекларована у чинному законодавстві централізована модель ЗМС однозначно виглядає привабливішою за критерієм «державний контроль».

За критерієм «право вибору застрахованої особи» за певних обставин перевага децентралізованої моделі за участі приватних страхових компаній може залишитися нереалізованою.

За критерієм «наявність конкуренції» децентралізована модель має потенційну перевагу, проте цей потенціал може бути використано лише за умови, що така конкуренція буде добросовісною. Це потребує ретельної розробки інструментів забезпечення добросовісної конкуренції на майбутньому ринку ЗМС.

У колах експертів неодноразово висловлювалася думка про те, що визначальним чинником успіху запровадження ЗМС є довіра громадян.

Сукупність вищенаведених аргументів підводить до думки, що при запровадженні ЗМС в Україні доцільніше використати задекларовану у чинному законодавстві централізовану модель за участю ФСС як одноосібного страховика. Водночас є можливість поєднати переваги централізованої та децентралізованої моделей через запровадження змішаної моделі. Її концептуальні засади можуть бути наступні:

1. Протягом перших декількох років єдиним страховиком у системі ЗМС виступає ФСС.

2. Після закінчення певного періоду часу (наприклад, два роки) до системи можуть долучатись приватні страховики. Це відтермінування їхньої участі потрібно для узагальнення досвіду функціонування системи та відповідного коригування законодавчо-нормативної бази.

3. Застрахована особа повинна мати право вільного переходу від ФСС до страхової компанії і назад на власний розсуд не частіше 1 разу на рік.

Висновок

Запропонована Законопроектом побудова системи ЗМС за участі виключно приватних страхових компаній не виглядає достатньо обґрунтованою. Цей підхід може порушувати інституційну цілісність системи ЗМС та породити низку невиправданих ризиків, нехтування якими є вкрай небезпечним. Наслідками невдалого вибору схеми запровадження ЗМС можуть бути не лише порушення прав громадян, а й негативний вплив на подальшу долю розбудови цієї системи у зв'язку з недовірою громадян до інституту ЗМС в цілому.

Значно зваженішою виглядає задекларована у чинному законодавстві концепція, згідно з якою головним страхувальником ЗМС є Фонд соціального страхування України. Водночас заборона участі приватних страхових компаній в системі ЗМС також вбачається невиправданою. Оптимальною слід вважати таку інституційну побудову ЗМС, за якої приватні страхові компанії можуть долучатись до системи після закінчення перехідного періоду, наприклад, через два роки.

Рекомендації:

1. Проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» від 04.10.2018 № 9163 відхилити.

2. Міністерству соціальної політики України розробити проект Закону України щодо запровадження загальнообов'язкового медичного страхування на наступних концептуальних засадах:

- протягом перших двох років єдиним страховиком у системі загальнообов'язкового медичного страхування виступає Фонд соціального страхування України;

- після закінчення двох років до системи можуть долучатись приватні страховики;

- застрахована особа має право вільного переходу від Фонду соціального страхування України до обраної ним приватної страхової компанії і назад на власний розсуд, але не частіше одного разу на рік.

3. Національній комісії з регулювання ринків фінансових послуг розробити та внести до Верховної Ради України зміни до чинного законодавства, спрямовані на забезпечення добросовісної конкуренції на ринку страхових послуг для системи загальнообов'язкового медичного страхування.

Коваль О. П.
відділ соціальної безпеки
Національний інститут стратегічних досліджень
грудень 2018 р.