ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЙНО-АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ ОБОВ‘ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Анотація

В записці проаналізовано підходи до організаційно-адміністративної побудови майбутньої системи обов‘язкового медичного страхування, закладені у трьох альтернативних законопроектах, що знаходяться на розгляді Верховної Ради України. Сформульовано рекомендації щодо суб‘єктності страховиків в обов’язковому медичному страхуванні.

ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЙНО-АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ ОБОВ‘ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Наразі у Верховній Раді України знаходяться на розгляді три альтернативні законопроекти з майже ідентичними цілями та завданнями, а саме – створення законодавчого підґрунтя для запровадження загальнообов‘язкового державного медичного страхування. Зокрема це:

- проект Закону України про загальнообов’язкове соціальне медичне страхування в Україні № 4981[1] (далі Законопроект 4981);
- проект Закону про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування № 4981-1[2] (далі – Законопроект 4981-1);
- проект Закону про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування в Україні № 4981-2[3] (далі – Законопроект 4981-2).

Як видно, законопроекти мають майже аналогічні назви і подані майже одночасно, що є наочним свідченням актуальності та важливості

---

[1] Проект Закону України про загальнообов’язкове соціальне медичне страхування в Україні № 4981 від 14.07.2016 // Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59745

[2] Проект Закону України про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування № 4981-1 від 18.07.2016 // Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59811

[3] Проект Закону України про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування в Україні № 4981-2 від 02.08.2016 // Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59862

запровадження загальнообов‘язкового медичного страхування (далі – ОМС). Проаналізуймо положення законопроектів відносно адміністративно-організаційної побудови системи ОМС.

Але для початку згадаймо, що стаття 6 Закону України «Основи законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування»[4] визначає, що: «Страховиками (***з державного соціального страхування – прим. автора***) є цільові страхові фонди з:

- пенсійного страхування;
- страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності, від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, медичного страхування;
- страхування на випадок безробіття».

Ця норма насамперед чітко наголошує, що в Україні має бути три фонди загальнообов’язкового страхування. Наразі так воно і є. В Україні функціонують Пенсійний фонд України, Фонд соціального страхування України та Фонд загальнообов’язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття.

Далі, якщо пенсійне страхування та страхування на випадок безробіття підпадають під компетенцію однойменних фондів, то медичне страхування підпадає під компетенцію Фонду соціального страхування України як складова частина його повноважень. Такий стан справ зафіксовано у статті 4 Закону України «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування»[5]: «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 …».

---

[4] Закон України «Основи законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування» від 14 січня 1998 року № 16/98-ВР // (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1998, № 23, ст.121)

[5] Закон України «Про загальнообов‘язкове державне соціальне страхування» в редакції від 28 грудня 2014 року № 77-VIII // (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 11, ст.75)

Отже, чинне законодавство чітко визначає, що страховиком за майбутнім загальнообов'язковим державним медичним страхуванням має бути порівняно нещодавно створений Фонд соціального страхування України[6]. Проаналізуймо положення трьох законопроектів на предмет відповідності цій нормі.

Згідно законопроекту 4981: «Страховиками в системі загальнообов'язкового соціального медичного страхування є зареєстровані у встановленому порядку фінансові установи, створені у формі акціонерних товариств, які отримали ліцензію на здійснення загальнообов'язкового соціального медичного страхування, є членами саморегулівної організації страховиків, що здійснюють загальнообов'язкове соціальне медичне страхування, виконали встановлені вимоги та акредитовані в визначеному цим Законом порядку Уповноваженим органом».

Іншими словами, законопроект пропонує, що страховиками у майбутньому ОМС будуть страхові компанії. Теоретично законопроект не виключає створення державної страхової компанії, але здебільшого вони будуть приватними. Такий підхід в цілому не заперечує світовій практиці, згідно якої в різних країнах в тій чи іншій модифікації реалізована одна з чотирьох базових моделей:

- *державна модель.* Вона передбачає існування державної (квазідержавної) структури (далі – Фонд медичного страхування), яка одноосібно виконує функції страховика з ОМС;
- *приватна модель.* В якості страховика виступають декілька приватних страхових компаній, що мають відповідну ліцензію регулятора;
- *змішана модель.* В змішаній моделі страхові компанії та державної структури співіснують на рівноправних засадах. Застрахована особа вправі обирати на власний розсуд, кого вона бажає мати в якості

[6] Довідково: Порівняно нещодавно у ВРУ на розгляді знаходився Проект закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» від 30.07.2015, реєстр. № 2462а (народний депутат України Шипко А.), який передбачав саме таку організаційно-адміністративну побудову системи ОМС. Проте з невідомих автору причин законопроект було відкликано.

страховика – державну структуру чи приватну страхову компанію з переліку допущених до надання цієї послуги.

- *вертикальна державно-приватна модель.* В цій моделі державна структура є такою, що консолідує страхові внески (перший рівень), які потім розподіляються між приватними страховими компаніями (другий рівень).

Отже, законопроект 4981 пропонує реалізувати саме приватну модель.

Згідно Законопроектів 4981-1 и 4981-2 страховиками мають виступати окремі Фонди медичного страхування тобто до реалізації пропонується державна модель.

Переваги й недоліки кожної з моделей наведено в табл. 1. Як видно з таблиці, переважною є не приватна і не державна (як пропонують законопроекти), а змішана модель, яка допускає паралельну участь у систем як Фонду медичного страхування, так й приватних страхових компаній, тобто найкращим чином задовольняє інтереси бенефіціарів системи – пересічних українців.

Проте, змішана модель у порівнянні з іншими не є ідеальною та має дві вагомі вади: великі організаційно-адміністративні зусилля по організації діяльності Фонду медичного страхування та ускладненість державного регулювання та нагляду.

Вагомість першої вади (організаційно-адміністративні зусилля) може бути частково нівельована шляхом відмови від створення окремого Фонду медичного страхування та запровадження обов‘язкового медичного страхування на базі вже існуючого Фонду соціального страхування України, який буде виконувати функції Фонду медичного страхування, як того й потребує чинне законодавство.

Таблиця 1

Переваги та недоліки основних моделей
організаційно-адміністративної побудови
системи обов’язкового медичного страхування

Моделі	Переваги	Недоліки
Державна	1. Державний нагляд значно більш	1. Потребує значних обсягів відповідної

	спрощений порівняно з іншими моделями 2. Повна незалежність від приватного бізнесу	інфраструктури (офіси, підготовки персоналу) 2. Негативний вплив на систему добровільного страхування 3. Потреби застрахованих осіб задовольняються однаково для усіх категорій працівників
Приватна	1. Не потребує державних витрат на відповідну інфраструктуру 2. Потреби застрахованих осіб задовольняються найкращим чином 3. Позитивний вплив на систему добровільного страхування	1. Державний нагляд ускладнено у порівнянні з державною моделлю 2. Повна залежність від приватного бізнесу
	Не потребує витрат на забезпечення функціонування Фонду медичного страхування. Натомість потребує витрат на комісійну винагороду[7] страховим компаніям.	

[7] Термін «комісійна винагорода» в даному випадку не слід розуміти буквально. Під ним скоріше треба мати на увазі той зиск, який страхові компанії мають отримувати за участь в системі (витрати на ведення діла).

Змішана	1. Потреби застрахованих осіб задовольняються найкращим чином 2. Позитивний вплив на систему добровільного страхування 3. Повна незалежність від приватного бізнесу	1. Потребує значних обсягів відповідної інфраструктури (офіси, підготовки персоналу) 3. Державний нагляд ускладнено у порівнянні з державною моделлю
	Потребує забезпечення функціонування Фонду медичного страхування. Витрати на комісійну винагороду страховим компаніям не повинні враховуватись, оскільки вибір страхової компанії на противагу Фонду медичного страхування є власним усвідомленим вибором застрахованої особи. Отже фінансування може оцінюватись як й для державної моделі	
Вертикальна державно-приватна	1. Потреби застрахованих осіб задовольняються найкращим чином 2. Позитивний вплив на систему добровільного страхування	1. Потребує, хоча й в суттєво менших обсягах, вишукування офісної площі, облаштування офісів та підготовки персоналу 2. Державний нагляд ускладнено у порівнянні з державною моделлю 3. Повна залежність від приватного бізнесу
	Фінансування може оцінюватись як й для державної моделі, хоча й в суттєво менших обсягах	

Проте, слід наголосити на суттєвому нюансі. Дещо згодом у майбутній системі ОМС на однакових засадах мають конкурувати як централізована державна (квазідержавна) структура, так й приватні компанії. Проте запровадження системи передбачає одночасне залучення до неї усього населення України, генерування та управління потужним грошовим потоком, відпрацювання системи персоніфікованого обліку тощо.

Фонд соціального страхування України як майбутній страховик, не має досвіду адміністрування саме ОМС, проте має досвід функціонування інших видів соціального страхування, зокрема, від нещасного випадку та тимчасової втрати працездатності. До того ж він має розгорнуту мережу установ по всій території України та підготовлений кваліфікований персонал.

Натомість приватні страхові компанії, за невеликими виключеннями, не мають розгалуженої мережі установ досвіду роботи з мільйонами застрахованих осіб.

Тому на першому етапі функціонування ОМС має бути напрацьована відповідна підзаконна база, створені інституційні компоненти функціонування майбутньої системи, впроваджено систему персоніфікованого обліку та автоматичного звітування, створено програмно-технічний комплекс тощо.

Відтак вважаймо, що приватні страховики мають бути допущені до участі в ОМС, але це має відбутись виключно після узагальнення та критичного осмислення кількарічного досвіду функціонування системи.

Висновки

Оскільки згідно чинного законодавства ОМС є функцією Фонду соціального страхування України, з точки зору чистоти законодавчої техніки було б доцільніше запроваджувати систему не шляхом прийняття окремого закону, а через прийняття змін та доповнень до чинного закону «Про загальнообов‘язкове державне соціальне страхування» від 23 вересня 1999 року № 1105-XIV в редакції від 28 грудня 2014 року № 77-VIII.

З метою найбільш повного задоволення потреб пересічного Українця у медичних послугах страховиками в майбутньому ОМС на конкурентних засадах мають бути як Фонд соціального страхування України, так й приватні страхові компанії, що мають досвід роботи у добровільному медичному страхуванні.

Проте, з огляду на недостатній досвід страхування великої кількості людей у масштабах усієї країни, приватні страхові компанії можуть бути допущені до надання послуг з ОМС не раніше, ніж через два роки з початку функціонування системи.

Рекомендація

Викласти відповідну статтю «Страховики» майбутнього закону у такій редакції:

«Стаття ____. Страховики.

1. Страховиками в системі загальнообов’язкового державного медичного страхування є Фонд соціального страхування України та зареєстровані у встановленому порядку фінансові установи, створені у формі акціонерних товариств, які отримали ліцензію на здійснення загальнообов’язкового державного медичного страхування, є членами саморегулівної організації страховиків (далі – приватні СК).

2. Застрахована особа, яка сплачує (за яку сплачують) страхові внески до системи загальнообов‘язкового державного медичного страхування, має право спрямувати такі внески до приватної СК, обраної на власний розсуд, не раніше, ніж через два роки після запровадження перерахування страхових внесків до Фонду соціального страхування України.

3. Застрахована особа має право змінювати Фонд соціального страхування України чи приватну СК не частіше, ніж один раз на два роки».

Відділ соціальної безпеки

(О.П. Коваль)