

ЩОДО ДЕРЖАВНИХ ФІНАНСОВИХ ГАРАНТІЙ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

АНОТАЦІЯ

В записці проаналізовано законопроект щодо запровадження в Україні загальнообов'язкового державного медичного страхування. Сформульовано пропозиції по усуненню суперечностей законопроекту з чинним законодавством.

ЩОДО ДЕРЖАВНИХ ФІНАНСОВИХ ГАРАНТІЙ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Нещодавно на розгляд Верховної Ради України передано проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів»¹ (далі – Законопроект). Законопроект розроблено з метою реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р (далі – Концепція).

Метою Законопроекту є створення ефективного механізму фінансування надання медичних послуг і лікарських засобів за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України через систему державного соціального медичного страхування. Законопроект визначає гарантії держави щодо фінансування надання застрахованим особам необхідних медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування.

Сама по собі спроба запровадження державного солідарного медичного страхування гідна всілякого схвалення. Проблематику запровадження в

¹ Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 10.04.2017 № 6327 // Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61566

Україні загальнообов'язкового медичного страхування (далі – ОМС) з повним правом можна назвати багатостраждальною. Кількість законопроектів з цього приводу, внесених на розгляд ВРУ протягом останніх 15 років, сягає 19 (!). Проблема двічі виносилась на парламентські слухання (у 2009 р. та 2013 р.). Загальна кількість публічних заходів з цього питання достеменно невідома.

Необхідність цього кроку визнається усіма без винятку зацікавленими сторонами: пересічними громадянами, працівниками сфери охорони здоров'я, страховиками, державою тощо. Проте протягом тривалого часу проблема не рухається з місця. Тому появу Законопроекту свідчить, принаймні про те, що уряд усвідомлює безальтернативність запровадження ОМС. Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також дослідження специфіки діючої моделі охорони здоров'я України переконливо доводять, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом.

Законопроект має декілька суттєвих переваг порівняно з його попередниками, а саме:

- застрахованими особами, незалежно від будь-яких критеріїв, є всі громадяни України. В деяких попередніх законопроектах робились спроби виключити з числа застрахованих осіб деякі категорії громадян України, наприклад, осіб працездатного віку, що не працюють та не перебувають на обліку у службі зайнятості;
- фінансування наданих медичних послуг та лікарських засобів здійснюється за затвердженими тарифами, які є єдиними для всієї території України. На початковому етапі запровадження ОМС уніфікація тарифів цілком вбачається виправданим кроком;
- в результаті запровадження ОМС кошти на фінансування охорони здоров'я будуть спрямовуватись на оплату конкретних медичних послуг та лікарських засобів, наданих застрахованим особам, а не на

утримання інфраструктури закладів охорони здоров'я (принцип «гроші ходять за пацієнтом»). Можна очікувати, що державні кошти будуть використовуватись ефективніше, а громадяни отримають більш якісний медичний захист.

Разом з тим деякі норми Законопроекту викликають певні запитання, зокрема:

1. Суб'єктність страховика. Згідно статті 2 Законопроекту страховиком виступає центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів².

Разом з тим стаття 1 Законопроекту наголошує, що Законодавство України про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів базується на Конституції України і складається з **Основ законодавства України про охорону здоров'я** (виділено автором), цього Закону та інших законів і нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Натомість вищезгаданий Закон України «**Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування**»³ (далі – **Основи законодавства**) (ст. 6) наголошує, що:

Страховиками 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** (виділено автором);
- страхування на випадок безробіття.

² **Довідково.** Існування цього органу опосередковано передбачено Концепцією (щоправда в ній він йменується Єдиним національним замовником медичних послуг) та Меморандумом з МВФ від 2 березня 2017 року (Національна медична служба) // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://drive.google.com/file/d/0B1aYUsRC3tGBTmlhUFdYbzBEWFE/view>

³ Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14 січня 1998 року № 16/98-ВР

Цей самий підхід до організації загальнообов'язкового державного соціального страхування, зокрема медичного, знайшов подальшого розвитку у Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці»⁴ (далі – Закон про ФСС), який регламентує діяльність Фонду соціального страхування, до компетенції якого входить й медичне.

Отже пропозиція Законопроекту щодо призначення страховиком нового центрального органу виконавчої влади здоров'я суперечить концепції загальнообов'язкового державного соціального страхування, закріпленої та розвинутої щонайменше в двох чинних Законах України. З повною відповідальністю наголошуємо, що така потенціальна майбутня законодавча колізія не на користь інтересам пересічних українців.

До того ж, згідно статті 14 Основ законодавства страхові фонди є некомерційними самоврядними організаціями, а не центральним органом виконавчої влади, що знову ж таки створює непотрібну законодавчу колізію.

Насамкінець не зовсім зрозуміло, чому «функціонування саме окремого центрального органу виконавчої влади, що підконтрольний Кабінету Міністрів України, забезпечить прозорість та безпосередній контроль Уряду за ефективним витрачанням коштів Державного бюджету України»⁵.

2. *Управління страховиком.* Згідно ст. 15 Основ законодавства управління фондами загальнообов'язкового державного соціального страхування здійснюють правління та виконавчі дирекції страхових фондів, які забезпечують визначені законами конкретні види соціального страхування. Згідно Закону про Фонд соціального страхування до складу правління Фонду входять по сім представників держави, застрахованих осіб

⁴Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» від 28 грудня 2014 року N 77-VIII

⁵ Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» // Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61566

та роботодавців, які виконують свої обов'язки на громадських засадах. Представники держави призначаються Кабінетом Міністрів України, представники застрахованих осіб обираються (делегуються) репрезентативними на національному рівні всеукраїнськими об'єднаннями профспілок, а представники роботодавців - репрезентативними на національному рівні всеукраїнськими об'єднаннями організацій роботодавців. Порядок обрання (делегування) таких представників визначається сторонами соціального діалогу самостійно.

Такий підхід на практиці втілює реалізацію принципу трипартизму, загальноприйнятого у розвинутих країнах світу, та закріпленого в Основах законодавства, стаття 5 якого, серед іншого, декларує паритетність представників усіх суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального страхування в управлінні загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням. Такий підхід цілком і повністю відповідає сталій світовій практиці та вимогам МОП.

Натомість стаття 9 Законопроекту наголошує, що Національну службу здоров'я України очолює Голова, який призначається на посаду та звільняється з посади Кабінетом Міністрів України за поданням Прем'єр-міністра України відповідно до пропозицій Міністра охорони здоров'я.

Таким чином, підхід до управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням повністю суперечить як світовій практиці, так й чинному законодавству. Усунення представників роботодавців та профспілок з подальшою концентрацією усіх повноважень по управлінню багатомільярдними коштами державного медичного страхування у Кабінеті Міністрів України з великою долею ймовірності призведе до суттєвих зловживань в цій сфері.

Крім того, Законопроект містить низку інших, менш суттєвих вад. Наприклад, згідно пункту 2 статті 11 Законопроекту: «Під час першого звернення для отримання медичних послуг застрахована особа (її законний представник) підписує декларацію про вибір лікаря первинної медичної

допомоги». Іншими словами, людина, яка в силу хвороби є частково недієздатною, має в цьому стані ще й підписувати якісь папери.

Зазначимо, що зрештою організаційно-адміністративна форма страховика не носить принципового характеру, оскільки її сутнісне наповнення значно важливіше. Але з точки зору законодавчої техніки було б бажано готувати Законопроект на чинній законодавчій базі.

Проте, Законопроект містить два концептуальних положення, які є принципово неприйнятними для побудови ОМС. Це джерела фінансування та участь громадян в оплаті медичних послуг.

Джерело фінансування. Згідно статті 20 Основ законодавства «основними джерелами коштів загальнообов'язкового державного соціального страхування (в тому числі – медичного, прим. автора) <...> є внески роботодавців і застрахованих осіб». В розвиток цієї норми згідно статті 11 Закону про ФСС: Джерелами формування коштів Фонду є:

- 1) страхові внески страхувальників та застрахованих осіб;
- 2) суми фінансових санкцій, застосованих відповідно до цього Закону, інших законів до підприємств, установ, організацій та фізичних осіб - підприємців за порушення встановленого порядку сплати страхових внесків та використання коштів Фонду, штрафів за недотримання законодавства про соціальне страхування, а також суми адміністративних штрафів, накладених відповідно до закону на посадових осіб та громадян за такі порушення;
- 3) суми не прийнятих до зарахування витрат страхувальника за соціальним страхуванням;
- 4) доходи від розміщення тимчасово вільних коштів, у тому числі резерву коштів Фонду;
- 5) капіталізовані платежі, що надійшли у випадках ліквідації страхувальників у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України;
- 6) доходи від реалізації майна, придбаного за рахунок коштів Фонду;
- 7) добровільні внески та інші надходження відповідно до закону.

Як видно з наведеного, список джерел, які приймають участь у формуванні коштів ОМС є вичерпним. Натомість пункт 4 статті 2 Законопроекту наголошує, що: «кошти державного солідарного медичного страхування – загальний обсяг бюджетних призначень на програми державного солідарного медичного страхування, передбачені у Державному бюджеті України на відповідний рік». Простіше кажучи, платником страхових коштів за ОМС буде Державний бюджет України, а не роботодавці, як це передбачено чинним законодавством України.

Загалом участь держави як роботодавця у формуванні коштів ОМС не суперечить ідеї державного соціального страхування як такої. Навіть більше, бюджетні та інші джерела коштів, необхідні для здійснення загальнообов'язкового державного соціального страхування, можуть бути передбачені законами про окремі його види. Викликає подив спроба авторів Законопроекту покласти на державу весь тягар ОМС на користь роботодавців. Адже в експертному середовищі панує майже безальтернативна точка зору, що запровадження ОМС має бути не субститутом державного фінансування витрат на охорону здоров'я, а його компліментом.

Іншими словами, Законопроект пропонує кошти, що виділяються на медицину з бюджету, вважати страховими. Проте експерти вважають, що такий підхід є цілком неприйнятним. Бюджетне фінансування має виконувати свої функції, а страхування – свої. Експерти вважають, що «... у світовій практиці страхові тарифи встановлюються на лікування захворювань на вторинному і третинному рівнях: це стосується операцій, інтенсивної терапії, хіміотерапії тощо, стаціонарного лікування за різними нозологіями. На захворювання, з якими справляються на первинному рівні, ціни не встановлюються. Неможливо та й нераціонально рахувати вартість кожної з недуг, з яким звертаються люди в амбулаторії та поліклініки, занадто широкий діапазон - від нежиті і проносу невірусного характеру до стрибка тиску при зміні погоди. Тому обов'язкове медичне страхування треба

починати зі складних, високовитратних хвороб, насамперед там, де потрібні оперативні втручання, а не намагатися все прив'язати до сімейного лікаря»⁶.

Іншими словами, спроба авторів Законопроекту підмінити страхове фінансування бюджетним є цілком неприйнятною. Такий підхід прямо порушує наріжний принцип солідарності соціального страхування. Бюджетне фінансування медицини та страхове фінансування ОМС мають існувати паралельно, доповнюючи одне одного.

Участь громадян у оплаті медичних послуг. Згідно пункту 5 статті 12 законопроекту тарифи поділяються на тарифи покриття та тарифи співоплати. Згідно частини 2 пункту 7 цієї ж статті Законопроекту: «тариф співоплати підлягає оплаті застрахованою особою за рахунок власних коштів або шляхом забезпечення оплати за рахунок коштів добровільного медичного страхування, інших джерел, не заборонених законодавством. За тарифом співоплати оплачуються медичні послуги, крім медичної допомоги, та лікарські засоби, надані застрахованим особам, у разі, коли державний гарантований пакет передбачає лише часткову оплату за рахунок коштів державного солідарного страхування відповідних медичних послуг та лікарських засобів».

А частина перша пункту 7 статті 12 законопроекту цинічно наголошує, що: «Тарифи співоплати встановлюються з метою стимулювання застрахованих осіб відповідально ставитись до свого здоров'я».

Вочевидь автори Законопроекту забули про рішення Конституційного Суду України⁷, згідно якого: «громадянин, який отримує медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, не повинен відшкодувати її вартість ні у вигляді будь-яких платежів, ні у будь-якій формі незалежно від часу надання медичної допомоги (без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги). Згідно

⁶ Скрипник О. Медична реформа і ультиматум Мінздраву // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://gazeta.zn.ua/HEALTH/medicinskaya-reforma-i-ultimatum-minzdrava-.html>

⁷ Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. № 10-рп / 2002 (справа № 1 – 13/2002) // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>

цього рішення неможливо стягування з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків (готівкою або безготівкових): чи у вигляді "добровільних внесків" до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків) тощо»

Далі, згідно того ж рішення: «Конституційний Суд України вважає неприйнятними з позицій припису частини третьої статті 49 Конституції України <...>, що тлумачиться, пропозиції окремих державних органів щодо необхідності встановлення якихось меж безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, надання такої допомоги лише неспроможним верствам населення чи "у рамках, визначених законом" тощо. Це суперечить положенням статті 3, частини третьої статті 22 та низки інших статей Конституції України <...>. **Безоплатна медична допомога, передбачена Конституцією України <...>, повинна надаватись всім громадянам у повному обсязі, тобто задовольняти потреби людини у збереженні або відновленні здоров'я (виділено автором)**».

На наш погляд, коментарі зайві. В частині участі громадян в оплаті медичних послуг Законопроект прямо суперечить Конституції України.

ВИСНОВОК

Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» в чинній редакції нехтує принципами соціального страхування, прямо суперечить Конституції України та щонайменше двом чинним законам⁸, отже не може бути винесений на розгляд Верховної Ради України.

⁸ Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14 січня 1998 року № 16/98-ВР та Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» від 28 грудня 2014 року N 77-VIII

РЕКОМЕНДАЦІЯ

Комітету Верховної Ради України з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення повернути Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» на доопрацювання для приведення у відповідність чинному законодавству в частині:

1. Суб'єктності страховика. Згідно чинного законодавства страховиком з загальнообов'язкового медичного страхування має виступати Фонд соціального страхування України;

2. Управління страховиком. Згідно чинного законодавства в управлінні страховиком має реалізуватись принцип трипартизму;

3. Джерел фінансування. Джерелами фінансування обов'язкового медичного страхування мають бути такі, що наведені у статті 11 Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці»;

4. Учасності громадян у оплаті медичних послуг. З проекту закону має бути вилучена норма про тарифи співоплати як така, що суперечить Конституції України.

Відділ соціальної безпеки

(О.П. Коваль)