

ІСТОРИКО-ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ

Терешко Х. Я.

Львівський національний університет ім. І. Франка

В Україні соціально-правовою базою для розвитку системи охорони здоров'я є ст. 49 Основного закону України, яка визначає право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я має забезпечуватися державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних й оздоровчо-профілактичних програм, а медична допомога у державних і комунальних лікувальних закладах надається безоплатно. Своєрідною «медичною конституцією» є прийнятий у листопаді 1992 року Верховною Радою України Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», у яких визначені правові, професійні, економічні та організаційні засади охорони здоров'я.

Медичне страхування повинно бути складовою системи медичного обслуговування і функціонувати разом з платною і безоплатною медициною. На сьогодні законодавче забезпечення розвитку медичного страхування становить прийнятий у березні 1996 року Закон «Про страхування» та у січні 1998 року Закон «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування». Цікавими видаються і законодавчі спроби регламентувати питання медичного страхування в окремому нормативно-правовому акті. На сьогодні вже є понад близько 10 проектів, останній з яких проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», який був зареєстрований у Верховній Раді України 12.02.2007 року.

Саме поетапне впровадження страхової медицини має стати основою для подолання кризи у медичній галузі і забезпечити формування адаптованої до ринкової економіки принципово нової правової, соціально-економічної, фінансової та організаційної системи взаємовідносин між надавачами та отримувачами медичних послуг, яка побудована на взаємній відповідальності сторін у системі підтримки (в т. ч. і фінансової) та контролю з боку органів державної влади та місцевого самоврядування.

Відомо, що вітчизняне медичне страхування зародилося на Півдні України в кінці 80-х — на початку 90-х років XIX ст. [1, с. 48]. У цей час прогресивна частина підприємців Одеси почала страхувати своїх робітників від шкоди їх здоров'ю на виробництві у діючих тоді приватних загальнострахових товариствах. При цьому виявилось, що таке страхування було найбільш прийнятне для підприємств середнього масштабу. Для малих підприємств воно було занадто відчутним у фінансовому плані, а для великих — вигідніше було за окремий нещасний випадок виплатити потерпілому компенсацію, ніж платити страхові внески за всіх працюючих. Для середніх

підприємств навіть один нещасний випадок із тяжкими наслідками призводив до великих витрат власника виробництва, і тому вигідніше було платити значні страхові суми, ніж збанкрутувати від раптових групових нещасних випадків і захворювань, породжених недосконалістю тогочасного виробництва і низькою кваліфікацією працюючих, а нещасні випадки були не рідкістю на підприємствах. Згодом, окрім Одеси, страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії — Миколаїв, Херсон, Єлізаветград. Але з часом виявилось, що така комерційна форма добровільного страхування у приватних страхових компаніях загалом не вигідна. У 1896 р. роботодавцями-страхувальниками губернії було сплачено компаніям-страховикам внески на суму, що становила 1,9% загального заробітку застрахованих робітників, а для потерпілих працівників від цих компаній було отримано страхових винагород в сумі, що становила всього 23,9% суми страхових внесків. Решта (76,1%) внесків роботодавців залишилась у прибутку страхових компаній. Тому серед підприємців виникла ідея активного підтримання фабричної інспекції, у компетенції якої були і соціальні питання на виробництві, запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційній основі тощо. У 1899 р. почало діяти «Одеське товариство взаємного страхування фабрикантів і ремісників від нещасного випадку з їх робітниками і службовцями». У 1912 р. в Російській Імперії вийшов закон і було введено обов'язкове медичне страхування. Особливостями обов'язкового страхування було: поступовість його запровадження протягом декількох років, територіальна обмеженість поширення (тільки на європейську частину країни), охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості. Відповідальними за створення і діяльність страхових організацій були роботодавці, у страхових товариствах повністю, а у лікарняних касах у їх правління входили і виборні від застрахованих. Внески в товариство страхування від нещасних випадків повністю складалися з відрахувань роботодавців, і суми їх залежали від ступеня небезпечності робіт.

З прийняттям незалежності, Україна самостійно визначає власну політику розвитку економіки та забезпечує соціальні гарантії своїм громадянам. Майже всі держави колишнього СРСР створили умови для розвитку медичного страхування. Україна ж тільки підійшла до цього питання, але підійшла зважено, маючи досвід роботи лікарняних закладів в умовах становлення ринку, створення і розвитку медичного страхування у добровільній формі завдяки страховим компаніям, виникненню лікарняних кас, благодійних організацій і фондів, які проводять велику роботу і на сьогодні мають деякі наукові започаткування; забезпечують потужне фінансування охорони здоров'я з усіх не бюджетних надходжень.

Законодавчого закріплення поняття медичного страхування в Україні на сьогодні немає. Проте існує чимало визначень даного поняття у науковій літературі. Зокрема, медичне страхування — це система організаційних та фінансових заходів щодо

забезпечення діяльності страхової медицини (Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф.), обов'язкове медичне страхування є складовою частиною державного соціального страхування і забезпечує громадянам рівні можливості в отриманні медичної допомоги (Стеценко С.Г.) [2; с. 143]. Варто звернути увагу і на ті визначення, що містяться у проектах законів, зокрема загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є складовою частиною системи загальнообов'язкового державного соціального страхування і формою соціального забезпечення населення у сфері охорони здоров'я (проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»)

У законодавстві виділяють два види медичного страхування: обов'язкове та добровільне.

Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є складовою частиною системи загальнообов'язкового державного соціального страхування і забезпечує всім громадянам рівні можливості для отримання медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я.

Добровільне медичне страхування — це частина особистого страхування, яке є повненням до системи соціального забезпечення. Здійснюється на основі програм добровільного медичного страхування і забезпечує отримання додаткових послуг в охороні здоров'я понад обсяги і рівні, визначені програмами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Добровільне медичне страхування може бути колективним та індивідуальним.

Обов'язкове медичне страхування базується на таких принципах:

1. Загальності.
2. Державності.
3. Некомерційності [3, с. 541].

Принцип загальності полягає у тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг. Принцип державності означає, що кошти обов'язкового медичного страхування — це державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток — це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення.

Для обов'язкового медичного страхування характерне те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і в установлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Частина кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я.

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладаються програми обов'язкового медичного обслуговування. Ці програми визначають обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню.

В останньому проекті, який був зареєстрований у Верховній Раді України 12.02.2007 року, визначені такі принципи загальнообов'язкового медичного страхування:

— обов'язковість медичного страхування для громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах, якщо інше не передбачено міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України;

— солідарність і субсидування (умови загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування не залежать від стану здоров'я і доходів застрахованих осіб);

— забезпечення державних гарантій реалізації застрахованими особами своїх прав на безоплатну медичну допомогу;

— цільове використання коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

— забезпечення достатності необхідної медичної допомоги в разі настання страхового випадку відповідно до стандартів медичних технологій;

— обов'язковість фінансування Фондом загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування витрат, пов'язаних з наданням медичної допомоги;

— паритетність представників держави, застрахованих осіб і роботодавців в управлінні загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням;

— невідворотності юридичної відповідальності суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, надавачів медичних послуг за правопорушення в сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Мета його проведення полягає у забезпеченні громадянам у разі виникнення страхового випадку можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані, медичні установи.

Страховики — це незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування.

Страхові медичні організації за рахунок сформованих страхових фондів здійснюють оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян. Медичне страхування як основу спеціалізації страховика важко поєднати з іншими видами страхової діяльності, зважаючи на його специфічність. При проведенні медичного страхування страховикові необхідно мати справу з багатьма клієнтами, які страхуються, повсякденно вирішувати з ними питання з приводу настання страхових випадків і виплати значних за обсягом страхових сум.

Застрахована особа — особа, яка відповідно до Закону підлягає загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню та має право на медичні послуги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням, тобто це ті суб'єкти, на користь яких укладаються договори страхування. Їх життя, здоров'я та працездатність виступають об'єктом страхового захисту.

Страхувальниками в системі обов'язкового медичного страхування є:

- для працюючого населення — роботодавці;
- для осіб, які навчаються за денною формою навчання у вищих та професійно-технічних навчальних закладах, інтернатурі, клінічній ординатурі, магістратурі, аспірантурі, докторантурі, або проходять професійну підготовку, перепідготовку, підвищують кваліфікацію з відривом від виробництва — навчальні заклади;
- особи, які забезпечують себе роботою самостійно, а також ті, які уклали з Фондом медичного страхування договір про добровільну участь в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- для непрацюючого населення (осіб, які одержують допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею 3 років, інвалідом, дітей, школярів, багатодітних матерів, інвалідів) — органи місцевого самоврядування, а щодо пенсіонерів, безробітних, що зареєстровані в установленому порядку, непрацюючих інвалідів (які стали інвалідами внаслідок нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання) — відповідні Фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Обов'язкове медичне страхування полягає у тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг. Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток — це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення.

Організація системи охорони здоров'я у розвинутих країнах характеризується надзвичайною різноманітністю форм, оскільки кожна із них несе на собі відбиток особливостей еволюції охорони здоров'я і головне, яка формувалась природним шляхом, під впливом притаманного кожній країні комплексу економічних, культурних і політичних характеристик.

Всі ці обставини визначають життєздатність і сталість таких систем.

Реформування економіки України, перехід до ринкових відносин неминуче зачіпає і соціальну сферу, в тому числі принципів основи системи охорони здоров'я, і повинні здійснюватись з урахуванням ситуації у галузі, яка склалась на сьогодні, та відповідати інтересам всіх соціальних верств населення [4, с. 12].

Україна проголошена соціально-орієнтованою державою і ринкові перетворення у нашій державі, в тому числі в галузі охорони здоров'я, мають відбуватися з урахуванням цього факту.

Саме тому в сучасних економічних умовах для нашої країни найбільш оптимальним є перехід від системи виключно бюджетного фінансування охорони здоров'я до системи, що базується на соціальному страхуванні.

Впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування не є універсальним засобом виведення галузі з кризи, проте воно здатне задіяти систему факторів, що адаптують охорону здоров'я до ринкових відносин, та закласти підвалини для поетапного виведення з кризи однієї з найважливіших сфер державного і громадського життя.

Література

1. Єрмілов В. С. Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни // Охорона здоров'я України. — 2001. — №2. — С. 48—50.
2. Стеценко С. Г. Медицинское право: Учеб. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2004.
3. Страхование от А до Я / Под ред. Л. И. Корчевской, К. Е. Турбиной. — М: ИНФРА, 1996. — С. 540—541.
4. Григорович В. Р. «Роль і місце медичного страхування в реформуванні охорони здоров'я» / Матеріали конференції «Обговорення проблем реформування системи охорони здоров'я через впровадження Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» 18 вересня 2002 р.