

Література

1. Randall S. Abate. In the need for enforceable international environmental human rights, *Stanford Environmental Law Journal*, 26 A 2007 .
2. Randall S. Abate, *Climate Change (..)* In the need fro enforceable international environmental human rights, *Stanford Environmental Law Journal*, p 15 ff
3. Barry E. Hill, Steve Wolfson, & Nicholas Targ, *Human Rights and the Environment, a Synopsis and some Predictions*, *Georgetown International Environmental Law Review*, 359, 2003 — 2004, p. 375ff
4. US Environmental Protection Agency, *Toolkit for Assessing Potential Allegations of Environmental Injustice*, (Working Draft, Sept. 8, 2003)
5. Див. Hugo Grotius *in de iure belli ac paci*

Курінний О. М.,

д-р юрид. наук, професор, заслужений юрист РФ,
завідуючий кафедрою трудового права
МДУ імені М.В. Ломоносова

Глущенко Л. М.

помічник ректора, здобувач, учасник ліквідації аварії
на Чорнобильській АЕС у квітні—травні 1986 р.,
Національний університет державної
податкової служби України

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОBOB'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ — ШЛЯХ ДО СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ЧОРНОБИЛЬЦІВ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ

Виповнюється 25 років з дня аварії на Чорнобильській АЕС, ситуація навколо якої з часом набуває нового соціального забарвлення. Чим далі від нас буремні події 1986-го, тим менше уваги приділяє влада постраждалим унаслідок катастрофи. Обсяги державних видатків на соціальний захист чорнобильців залишаються недостатніми. Незаслужено і несправедливо обмежуються права передусім ліквідаторів аварії — військовослужбовців, пожежників, шахтарів, транспортників, робітників і спеціалістів народного господарства.

Сьогодні статус потерпілих від наслідків Чорнобильської катастрофи в Україні мають понад 3 мільйони осіб, серед яких при-

близно півмільйона — діти. Для належного їх соціального захисту законодавством встановлено близько 50 видів пільг, компенсаційних виплат, доплат і допомог. За прогностичними оцінками державний соціальний захист інвалідів-чорнобильців не втратить своєї актуальності ще довгий час.

Упродовж останніх років, мотивуючи обмеженими ресурсами державного бюджету, Уряд України ініціює, а Верховна Рада узаконює практику призупинення дії окремих положень Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» [1] та встановлення розмірів соціальних виплат у розмірах, які значно нижчі, ніж передбачено зазначеним Законом.

Останніми роками спостерігається тенденція до збільшення, порівняно з попередніми роками, кількості осіб, віднесення до І категорії, тобто інвалідів, захворювання яких пов'язане з наслідками аварії на ЧАЕС. Така ситуація зумовлена щорічним недофінансуванням бюджетних програм з медико-санітарного забезпечення та лікування, незадовільним станом спеціалізованих лікувальних закладів, недостатнім медичним обстеженням (диспансеризацією) постраждалих громадян, неналежним забезпеченням їх безкоштовними ліками. Витрати на стаціонарне лікування, у порівнянні з 1999 роком, скоротилися у 20 разів. Прогноровано й виконання положень Указу Президента України «Про заходи, пов'язані з 25-ю річницею Чорнобильської катастрофи» [2] щодо поліпшення медичного забезпечення, оздоровлення громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи та придбання для них ліків.

В процесі адміністративної реформи втрачено й вертикаль управління органами, що мали б відповідно до п. 2 зазначеного Указу Президента України «посилити увагу до повсякденних потреб громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, зокрема, поліпшення їх медичного, соціально-побутового обслуговування, вишукати можливість для надання».

Тобто, в Україні виникла парадоксальна ситуація, коли, з одного боку, за два десятиліття створено комплексну й розгалужену систему соціального захисту чорнобильців, що ґрунтується на чіткій нормативно-правовій базі, а з іншого — чимало ухвалених законодавчих норм у країні не виконуються. Причина полягає у відсутності державних коштів, потрібних для реалізації всіх чорнобильських програм.

Прийшов час шукати компромісні рішення у питаннях соціального захисту населення.

По-перше, адресно спрямувати державні кошти й ресурси на задоволення потреб людей, які найбільше постраждали від катастрофи — ліквідаторів, інвалідів Чорнобиля, евакуйованих із зони радіоактивного забруднення.

По-друге, переглянути доцільність понад сотні бюджетних чорнобильських програм, кожна з яких виконується лише на кілька відсотків. Одночасно доцільно сконцентрувати ресурси на програмах медичного обслуговування, забезпеченням житлом, ліками тощо.

Одним із багатьох чинників, що призвели до виникнення такої ситуації, є недоліки існуючої системи охорони здоров'я.

Стаття 3 Конституції України [3] наголошує, що здоров'я людини є однією з найважливіших соціальних цінностей, забезпечення якої — один з головних обов'язків держави. Подальші її норми (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) визначають, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Згідно з опитуванням, проведеним Київським інститутом проблем управління ім. Горшеніна, 72 % українців незадоволені якістю медичного обслуговування, а 92 % вважають, що медична галузь потребує реформування [4, с. 14]. Тільки законодавчі зміни можуть покласти край фінансуванню галузі за залишковим принципом.

Україна — єдина держава в Європі, в якій відсутня система загального медичного страхування. Очевидно, що саме його запровадження є найбільш доцільним для ефективного та якісного медичного і медикаментозного забезпечення усіх громадян держави, у тому числі й тих, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

У 2008 році Комітет Верховної Ради України з питань соціальної політики та праці запропонував прийняти за основу проект Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» (№ 1040). Верховна Рада України прийняла у першому читанні цей законопроект, оскільки він відповідає вимогам Конституції України, Концепції соціального забезпечення населення України та основам законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. На цей час суспільство очікує від законотворців наступного кроку.

Основним позитивним результатом прийняття Закону України про медичне страхування та поетапне його запровадження стане формування принципово нової, адаптованої до ринкової економіки соціальної інфраструктури, створення прозорих механізмів правових, соціально-економічних і фінансових взаємовідносин між надавачами і отримувачами медичних послуг.

Основними перевагами запровадження медичного страхування в Україні мають бути:

- зменшення залежності системи охорони здоров'я від державних дотацій;

- фінансова самостійність, що забезпечуватиме надійність планування і рівномірність надання ресурсів на потреби охорони здоров'я;

- принцип солідарності оплати медичної допомоги у національному масштабі забезпечить доступність медичної допомоги для всіх;

- помірні адміністративні витрати (близько 5,6 %), які постійно регулюються державою через встановлення нормативів [5] тощо.

Реалізація такого підходу не потребуватиме значного підвищення розміру витрат із Державного та місцевих бюджетів.

Запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування передбачає залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування галузі та одночасне здійснення глибокої внутрішньої перебудови національної системи охорони здоров'я.

Принциповою особливістю медичного страхування є погодження державних гарантій щодо надання медичної допомоги з фінансовими ресурсами системи. Сьогодні державні зобов'язання перед населенням у сфері охорони здоров'я не підкріплені реальними можливостями.

Зобов'язання у системі медичного страхування постають у вигляді базової програми, яка передбачає гарантований державою обсяг, рівень та умови надання медичної допомоги. Важливою характеристикою медичного страхування є введення в систему незалежного фінансового посередника в особі страховика — Фонду загальнообов'язкового медичного страхування, який є некомерційною самоврядною організацією і діє під наглядом держави. Фонд виступає головним утримувачем коштів системи соціального обов'язкового медичного страхування і покупцем медичних послуг для населення.

Перехід до медичного страхування найчастіше піддається критиці за неефективність із погляду адміністративних витрат. Проте, багато в чому, рішення цієї проблеми залежить від організації системи страхування. Реалізація економічних відносин потребує наявності у їх об'єктів визначеного юридичного та економічного статусу. Закладам охорони здоров'я необхідно надати статус юридичної особи й усі права оперативно-господарчої діяльності. Їх доходи повинні формуватися залежно від обсягу і якості медичної допомоги.

Головним результатом переходу до загальнообов'язкового соціального медичного страхування повинна стати активізація структурних перетворень у галузі. За умови, що будуть використані ефективні механізми розподілу ресурсів, під тиском економічних стимулів система охорони здоров'я буде трансформуватися у бік оптимального співвідношення первинної, спеціалізованої і високо-спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги.

Разом з тим, сьогодні на шляху запровадження соціального обов'язкового медичного страхування існує ряд суттєвих, але не нездоланих перешкод, а саме:

- недосконалість нормативно-правового забезпечення для переходу до системи медичного страхування;

- відсутність відповідної організаційної інфраструктури для здійснення медичного страхування;

- недостатній досвід роботи медичної галузі в умовах договірних відносин;

- відсутність адекватних інформаційних технологій.

Таким чином, можна стверджувати, що перехід до нової системи охорони здоров'я — це важлива соціальна інновація, яка потребує комплексного підходу. Змінюється не лише характер взаємовідносин лікувальних закладів з органами управління, а й функції та умови діяльності всіх сторін. Необхідно по-новому формувати бюджет лікувальних закладів, шукати нові методи організації та оплати праці, формулювати вимоги до якості медичної допомоги і медикаментозного забезпечення, створювати систему моніторингу та оцінки діяльності медичних працівників. Потрібна розвинена система акредитації і ліцензування, аудиторська служба.

Розуміння глибини, масштабності та складності майбутніх перетворень дозволить запобігти прийняттю непродуманих рішень та необачних дій. Перетворення в організації системи охорони здоров'я на засадах медичного страхування мають здійснюватися зважено зі врахуванням досвіду країн, що першими запровадили подібну реформу. Саме вивчення досвіду країн зі схожою перехідною економікою, оцінка їх помилок і досягнень можуть дати цінну інформацію для передбачення наслідків запропонованих змін в управлінні ресурсами охорони здоров'я України. Спільна історія розвитку країн колишнього Радянського Союзу, аналіз загальних рис, розбіжностей у системах охорони здоров'я та порівняння соціальних наслідків допомагають зробити висновки щодо пропозицій розвитку охорони здоров'я в Україні.

Аналіз наукових джерел свідчить, що в Україні недостатньо інформації про розвиток систем охорони здоров'я у країнах ко-

лишнього СРСР. Зокрема, І. Солоненко, Н. Солоненко акцентували увагу на світовому досвіді побудови системи охорони здоров'я [6]; В. Черненко, Е. Ланнакко, У. Маттіла, В. Рудий розглядали досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я, у тому числі серед таких країн колишнього СРСР, як Росія, Естонія та Латвія [7]; Р.Б. Солтман. Дж. Фигейрас проводили аналіз сучасних стратегій реформ системи охорони здоров'я і вивчали їх вплив на здоров'я громадян у країнах європейського регіону, в їх дослідженнях, зокрема, були представлені і деякі статистичні данні України і Росії [8]. Е. Ковжарова та інші приділяли увагу вивченню досвіду розвитку систем охорони здоров'я у Росії та країнах Західної Європи [9]; О.В. Виноградов та Н.О. Рингач зробили порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я країн колишнього СРСР [10].

Обов'язкове медичне страхування запроваджено у Російській Федерації, Грузії, у Молдові, Киргизстані, Естонії, Литві та Латвії.

У Російській Федерації діє система солідарного обов'язкового медичного страхування, заклади охорони здоров'я перебувають, в основному, в державній та муніципальній власності, фінансування системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок державного бюджету, коштів обов'язкового медичного страхування (подушне фінансування), коштів добровільного медичного страхування та власних коштів громадян.

Серед істотних проблем системи охорони здоров'я Росії визначається незабезпеченість державних гарантій медичної допомоги. Основна проблема реформи полягала в тому, що протягом більш ніж 15 років проведення реформ не було запроваджено ефективних регуляторних механізмів оплати медичних послуг. Введення недержавних страховиків у систему обов'язкового медичного страхування мало на меті впровадження механізмів розрахунків за медичну послугу, головна помилка полягала в розірванні правової та фінансової складової системи обов'язкового медичного страхування. Тобто включення внеску на обов'язкове медичне страхування до складу єдиного соціального податку та визначення відповідальними за збір коштів та їх накопичення фонди обов'язкового медичного страхування у той час, коли розрахунки з лікарнями проводили недержавні страховики, що призвело до порушення основного принципу страхування, що полягає в нерозривності функцій страховика. Таким чином, у суб'єктів страхування змінюються мотиваційні пріоритети, що призводить до неефективного використання коштів, порушення правових норм та зростання корупції. Друга помилка реформи

охорони здоров'я Росії полягала в значному розпорошенні коштів обов'язкового медичного страхування. Так, тариф єдиного соціального внеску становить 28 %, з яких 3,6 % надходять до фондів обов'язкового медичного страхування. До Федерального фонду обов'язкового медичного страхування відрахування становлять близько 6 % (0,2 % від 3,6 %) [11]. Перспективи розвитку системи охорони здоров'я Російської Федерації спрямовані на законодавче вдосконалення системи обов'язкового медичного страхування, визначення клініко-медичних стандартів та державних гарантій медичної допомоги. Російські фахівці значну увагу приділяють удосконаленню механізмів ефективності використання коштів та розвитку нових організаційно-правових форм діяльності закладів охорони здоров'я.

У Республіці Казахстан запровадження соціального обов'язкового страхування мало негативні наслідки, у результаті чого в 2003 р. його було відмінено. У країні розвивається система охорони здоров'я з державним фінансуванням, заснована на принципах солідарної відповідальності за охорону здоров'я держави і людини та з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги. У Республіці майже повністю роздержавлена фармацевтична галузь (95 %).

Республіка Беларусь не запроваджувала обов'язкового медичного страхування. У країні діє система державного фінансування, досить активно розвивається приватна медицина, сучасна медична промисловість та виробництво лікарських засобів. В країні постійно збільшують державні асигнування на охорону здоров'я. Серед перспективних напрямів розвитку системи охорони здоров'я Республіки можна виділити запровадження комплексу заходів щодо зміцнення гарантій та збільшення ефективності використання ресурсів, що спрямовуються на охорону здоров'я.

В Грузії запроваджене обов'язкове медичне страхування, фінансування медичної допомоги здійснюється єдиним фондом соціального страхування за рахунок державного бюджету (60 %), яке надається у вигляді трансферів та внесків роботодавців (40 %). Послуги, що не входять до державних програм, надаються за кошти населення.

У Вірменії обов'язкового медичного страхування немає. Країна зберегла стабільну соціальну спрямованість фінансування системи охорони здоров'я за рахунок державного бюджету. До перспективних напрямів розвитку системи охорони здоров'я Вірменії відносять: стратегію розвитку первинної медичної допомоги, запровадження співоплати в стаціонарній медичній допомозі та оптимізацію державних гарантій надання медичної допомоги.

У Молдові запроваджено систему обов'язкового медичного страхування. Внески здійснюються з державного бюджету та за рахунок роботодавців. Національна компанія страхової медицини забезпечує фінансування наданих медичних послуг. Запровадження страхової медицини в Молдові привело до збільшення кількості та покращення якості надання медичних послуг. Головним напрямом реформ є оптимізація мережі стаціонарів та подорожчання якості допомоги, а також закінчення запровадження стандартів медичної допомоги відповідно до програм медичного страхування та програм державних гарантій. Молдова — одна з не багатьох країн колишнього СРСР, яка пододала демографічну кризу і має приріст населення на рівні 0,5 %.

У Киргизстані запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, проведено оптимізацію закладів охорони здоров'я. Однак у загальній структурі фінансування системи охорони здоров'я кошти обов'язкового медичного страхування та кошти державного бюджету у сукупності не перевищують 50 % фінансування надання медичних послуг. Значним джерелом (понад 50 %) фінансування медичних послуг залишається безпосередня оплата пацієнтів.

У Таджикистані обов'язкове медичне страхування не запроваджене. Держава забезпечує надання безоплатної медичної допомоги, зокрема безоплатної консультативної, первинної та стаціонарної допомоги, забезпечення ліками пільгових категорій, у тому числі інвалідів та учасників Великої Вітчизняної війни, інтернаціоналістів, чорнобильців, інвалідів, пенсіонерів тощо [12].

Країни Прибалтики, увійшовши до Євросоюзу, проводять реформи охорони здоров'я за євростандартами.

У різних країнах колишнього СРСР проблеми мають загальний характер. Це — недостатнє державне фінансування, низька якість медичної допомоги і медикаментозного забезпечення, високий рівень співоплати медичних послуг громадянами, низький рівень оплати праці медичних працівників, і, як наслідок, обмежений доступ населення до якісних медичних послуг.

Серед основних пріоритетів розвитку систем охорони здоров'я можна відзначити:

- запровадження та розвиток системи обов'язкового медичного страхування;
- поєднання бюджетного та страхового джерел фінансування системи охорони здоров'я;
- розвиток первинної ланки надання медичних послуг;
- врегулювання державних гарантій відповідно до державних фінансових можливостей;

- збільшення оплати праці медичних працівників;
- пошук нових організаційних і правових форм діяльності закладів охорони здоров'я;
- роздержавлення та удосконалення адміністративно-структурної системи медичної допомоги [10].

Україні ще належить створити економічно доцільну модель медичної допомоги та лікарського забезпечення населення. Для цього належить вивчити досвід страхової медицини в ЄС і на його основі розробити вітчизняну програму.

В основу страхової системи можуть бути покладені платежі громадян, які будуть отримувати страховий поліс, що передбачає покриття вартості ліків, передбачених стандартами лікування. Страховий поліс оплачуватимуть лише працюючі громадяни, а лікування пенсіонерів фінансуватиметься з Держбюджету. Додатковим джерелом фінансування може стати податок на товари, що шкодять здоров'ю, — цигарки та алкоголь. Загальний принцип такої моделі діє в країнах ЄС і є психологічно прийнятним для громадян. У цих країнах вартість алкогольної продукції та цигарок значно вища, ніж у нас, що обумовлено високими податками, частина з яких спрямовується на медичні послуги та медикаментозне забезпечення.

Співробітники єврохолдингу «Stada cis» запропонували три варіанти можливого пільгового забезпечення медичними послугами та лікарськими засобами населення України:

- кожний працюючий громадянин оплачує страховий поліс у розмірі 50 дол. США або 400 грн у рік (фінансовий внесок від 50 % населення, уряд забезпечує непрацююче населення). При цьому 100 % населення має право на пільги, враховуючи всі захворювання (тільки рецептурні лікарські засоби). Вводиться податок на кожну одиницю тютюнових або алкогольних товарів (біля 0,07 грн на кожну цигарку і 0,02—0,03 грн на 1 мл алкоголю) при такій моделі державі знадобиться додатково біля 1,8 млрд дол. США, що є достатньо великою сумою для України при сьогоднішньому стані економіки;

- страховий платіж кожного громадянина у розмірі 400 грн на рік (фінансовий внесок 100 % населення) і така ж сума на алкоголь і тютюн, як і в першому варіанті. У цьому випадку додатковий бюджет до 2020 року зменшиться майже в 2 рази і становитиме 700 млн дол. США;

- зберігши розмір страхового платежу кожного громадянина в розмірі 400 грн у рік і піднявши податок на алкоголь і цигарки (податок 0,1 грн на кожну цигарку і 0,05—0,08 грн на 1 мл алко-

голю) можна скоротити необхідний додатковий бюджет у 2020 році до 100 млн дол. США [4, с. 20].

Така модель фінансування дозволить державі створити систему страхової медицини і лікарського забезпечення, забезпечить соціальний захист постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, інших пільгових категорій населення. Ці пропозиції, а також досвід інших країн, можуть бути використані для законодавчої програмотворення у країні.

Література

1. Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи від 28.02.1991р. № 796-ХІІ. — ВВР. — 1991. — № 16. — с. 200.

2. Про заходи, пов'язані з 25-ю річницею Чорнобильської катастрофи. Указ Президента України від 11.11.2010 р. № 937/2010.

3. Конституція України від 28.06.1996р. № 254 к/96-ВР //Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 30.

4. Еженедельник «Аптека» № 14 (785) от 11.04.2011г.

5. *Василенко П.* Медичне страхування: реалії та проблеми // Соціальна політика. — 2008. — № 3. — С. 112—113.

6. *Солоненко І.М., Солоненко Н.Д.* Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду)// Охорона здоров'я України. — 2001. — № 3. — С. 34—38.

7. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я . Уроки для України /За заг. ред. В.Черненка та В.Рудого. — К.: Академ-прес, 2002. — 112 с.

8. *Солтман Р.Б., Фигейрас Дж.* Реформи системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. — М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — 432 с.

9. *Ковжарова Е.* Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: Практичні висновки для України // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні: Матеріали наук.практ. семінару 11-12 березня 2002 р. / За заг. ред. В.І.Лугового, В.М.Князева. — К.: Вид-во УАДУ, 2002. — С. 65—77.

10. *Виноградов О.В., Рингач Н.О.* Порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн колишнього СРСР як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej6/txtc/0707vovur.htm>.

11. Закон Российской Федерации о тарифах страховых взносов на пенсионный фонд Российской Федерации, фонд социального страхования Российской Федерации, Государственный фонд занятости Российской Федерации и фонды обязательного медицинского страхования на 2000 год . [Электронный ресурс]. — Режим доступу: <http://portal.rada.gov.ua/>.

12. Матеріали міжнародного семінару «Health system Development» A Practical Approach. Швеція, м.Упсала 2004 р. — Б.М. б.р.