

## ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВВЕДЕННЯ В УКРАЇНІ ПРОГРАМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ МАЛОЗАБЕЗПЕЧЕНИХ ТА СОЦІАЛЬНО ВРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Жупанин А.В.,

юрисконсульт АК "INLEST"

Наукова стаття присвячена дослідженню особливостей впровадження в Україні поряд із загальнообов'язковим медичним страхуванням спеціальної програми медичного страхування малозабезпечених та соціально вразливих груп населення. На підставі аналізу досвіду США, автором запропоновано модель та алгоритм роботи програми медичного страхування малозабезпечених та соціально вразливих груп населення в Україні, а також особливості її правової регламентації.

**Ключові слова:** страхування, межа бідності, малозабезпеченість

Научная статья посвящена исследованию особенностей внедрения в Украине наряду с общеобязательным медицинским страхованием специальной программы медицинского страхования малоимущих и социально уязвимых групп населения. На основании анализа опыта США, автором предложена модель и концепция работы программы медицинского страхования малоимущих и социально уязвимых групп населения в Украине, а также особенности ее правовой регламентации.

**Ключевые слова:** страхование, черта бедности, малообеспеченность

The article is dedicated to the establishment of the legal principles of health insurance for low income citizens on a level with the obligatory state social medical insurance in Ukraine. The author analyzed the USA's experience and offered the main stages and legal features of the introduction of the health insurance for low income citizens in Ukraine.

**Key words:** insurance.

Відповідно до даних голови Національного форуму профспілок України М.Якибчука станом на 16.10.2009 р. в Україні за межею бідності проживало 26 млн. громадян, тобто більшість населення України. Не в останню чергу така ситуація пов'язана і з фінансовою економічною кризою, яка значно зменшила доходи працездатного населення та призвела до подорожчання продуктів, які входять до споживчого кошика. М.Якибчук заявив також, що у 2009 р. вартість споживчого кошика в розрахунку на одну дорослу особу склала 1657 гривень [1], тоді як мінімальна заробітна плата з 1 квітня 2011 р. складає 965 гривень, а прожитковий мінімум за загальними показниками – 911 грн.

Незважаючи на наявність у кожного права на медичну допомогу як особистого немайнового права, що забезпечує природне існування фізичної особи (стаття 284 Цивільного кодексу України), з усіх жителів Європи українці живуть найменше, темпи поширення ВІЛ/СНІДу, які за останні 2 роки вдалося скоротити, все одно ще найшвидші в Європі. За рік в Україні реєструється понад 200 тис. інсультів; перший інфаркт у жителя України стається в середньому у 57 років, а проблеми з серцево-судинною системою є причиною більше третини всіх смертей в Україні. За прогнозами експертів до 2020 року нас залишиться 34 мільйони, а не 52, як було на початку ХХІ століття. Все це можна виправити і попередити, якщо думати вже і зараз та приймати необхідні рішення. Одним у списку таких рішень має стати довгообічне впровадження загальнообов'язкового медичного соціального страхування. Поряд з ним слід взятися за введення в Україні програми медичного страхування за віком і завершити 1-ий етап реформи медичного галузі реалізацією програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп на-

селення.

На сьогодні проблеми правового забезпечення введення в Україні загальнообов'язкового медичного страхування детально досліджені вітчизняними науковцями, такими як: Боднарук М.І., Самілик Л.О., Шарій В., Януль І.С. та ін. Окрему нішу в цьому напрямку дослідження зайняло вивчення іноземного досвіду медичного страхування на прикладі таких держав як Сполучені Штати Америки, країни Європи: Андрушків І.П., Губар О.Є., Тлуста Г.Ю. та ін.. Однак, варто відзначити, що проблемами введення в Україні супутніх з обов'язковим медичним страхуванням програм, зокрема і програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення ніхто з науковців не займався.

**Суть програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення.**

Для того, щоб стати учасником програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення в Україні потрібно відповідати наступним вимогам:

- ним має бути громадянин України незалежно від віку та іноземець, який на законних підставах перебувають на території України;

- місячний дохід особи має бути нижчим за визначену законом межу бідності. Схожа позиція відображена в законодавстві Сполучених Штатів і є цілком виправданою по відношенню до даної програми. [2; С. 481]

На сьогодні межа бідності згадується закріплена в чинному законодавстві України і Стратегією подолання бідності визначається як "рівень доходу, нижче від якого є неможливим задоволення основних потреб. Межа бідності встановлюється як частка про-

житкового мінімуму на одну особу в розрахунку на місяць". Враховуючи те, що дана Стратегія прийнята ще у далекому 2001 році пропонуємо змінити підхід до визначення межі бідності.

За підрахунками ООН в середньому в усьому світі за межею бідності проживають люди, які отримують менше 5 доларів в день (приблизно 40 гривень). Виходить, що в місяць така особа має заробляти десь 1200 гривень, щоб її не вважали бідною. У США за межею бідності проживає особа, дохід якої є нижчим за 200% від встановленого федерального рівня бідності (аналог нашого прожиткового мінімуму). [3] Для України пропонуємо два підходи до визначення фінансового аспекту межі бідності. Так, для того, щоб доросла працездатна особа відповідала критерію проживання за межею бідності її дохід має бути нижчим за 133% від встановленого прожиткового мінімуму. Для непрацездатних осіб будь-якого віку, людей похилого віку такий показник має становити 200% від прожиткового мінімуму в розрахунку на одну особу. В даних підходах реалізується принцип соціальної справедливості, де непрацездатні мають більші гарантії участі у програмі, ніж працездатні.

- особа належить до соціально-вразливої групи населення. До соціально-вразливих груп населення слід віднести:

1) одиноких непрацездатних осіб будь-якого віку, дохід яких нижчий за межу бідності;

2) малозабезпечені сім'ї без дітей.

Законом України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям" від 01.06.2000 р. визначено, що "малозабезпечена сім'я – сім'я, яка з поважних або незалежних від неї причин має середньомісячний сукупний дохід нижчий від прожиткового мінімуму". На мою думку, при визначенні малозабезпеченості сім'ї потрібно враховувати показники межі бідності для дорослого працездатного члена сім'ї. Так, беручи до уваги вище визначену межу бідності у 133% від прожиткового мінімуму, станом на сьогодні малозабезпеченою сім'єю без дітей була б сім'я, сукупний місячний дохід якої нижче 2327 гривень. Діючим Законом ця межа встановлена на рівні 1750 гривень.

3) людей похилого віку (пенсіонери), які не застраховані у програмі медичного страхування за віком і дохід яких нижче за встановлену межу бідності;

4) дітей до 18 років та осіб, які навчаються до 21 року і не мають самостійного заробітку або якщо він нижчий за межу бідності;

5) вагітних жінок на період вагітності. Дана програма покриватиме витрати на народження дитини, оплату першого пакету медикаментів. Така опція програми немає нічого спільного з матеріальною допомогою, яка видається при народженні дитини, оскільки вона покликана подолати одну з причин низької народжуваності - страх майбутніх батьків щодо нестачі коштів на оплату пологів та забезпечення новонародженого необхідними медикамен-

тами. Додатково програмою відшкодуватиметься 50% витрат на лікування дитини до досягнення нею 3 річного віку;

6) ВІЛ-інфіковані особи та хворі на СНІД. Хоча боротьба з ВІЛ/СНІДом вже дала певні результати, все одно хвороба залишається "чумою XXI століття". Сьогодні в Україні створені центри боротьби зі СНІДом та допомоги ВІЛ-інфікованим. Однак, це здійснюється в основному за рахунок приватних організацій (напр. Фонд "АНТИСНІД"). Держава повинна очолити боротьбу з цією загрозою для життя всієї нації. Зробити це реально через прийняття нової Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, оскільки попередня розрахована лише до 2011 року, а також за рахунок програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення. В її рамках кожному ВІЛ-інфікованому чи хворому на СНІД гарантуватиметься право на отримання медичної допомоги в рамках визначеного пакету послуг. Такий пакет має бути прийнятий Міністерством охорони здоров'я і включатиме в себе перелік послуг та медикаментів, які надаватимуться ВІЛ-інфікованому чи хворому на СНІД безоплатно.

**Послуги, витрати на які покриваються в межах програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення.**

Чіткий перелік таких послуг обов'язково закріплюється на рівні нормативно-правового акту Кабінетом Міністрів України за поданням Міністерства охорони здоров'я. В будь-якому випадку, кожному учаснику програми має бути гарантоване право на наступні послуги:

- амбулаторна і стаціонарна медична допомога;
- консультація у лікаря;
- лабораторні аналізи та рентген;
- попереджувальні періодичні медичні обстеження, діагностика;
- кваліфікована допомога у спеціальних медичних пунктах у сільській місцевості;
- надання безоплатно медикаментів, які входять до Базового обсягу медикаментів;
- користування медичним обладнанням учасниками програми (візки, ходулі, спеціальні стільці, мобільні роллери тощо);
- обстеження та лікування у стоматолога в межах суми, закріпленої за застрахованим в розрахунку на місяць;
- догляд за застрахованим на дому чи у спеціальних закладах для утримання осіб похилого віку.

Незалежно від того, чи є особа застрахованою, гарантується виїзд за викликом карети швидкої допомоги та надання невідкладної допомоги.

Особливу увагу слід звернути на опцію утримання осіб похилого віку у спеціальних закладах (на кшталт теперішніх будинків престарілих), яка забезпечуватиметься за рахунок коштів цієї програми. Вимогою для таких осіб є обмеженість належ-

ного їм майна, відсутність коштів для підтримання достатнього мінімального рівня життя (дохід нижче від встановленої законом межі бідності) та не перебування на утриманні своїх рідних. В такому випадку ця особа укладає договір зі спеціальним закладом для утримання осіб похилого віку, де їй гарантується пожиттєве утримання, лікування в цій установі за рахунок коштів програми. Застрахований, в свою чергу, перераховує кошти, які він отримує в межах різних державних програм соціальної допомоги на рахунок такої установи, залишаючи собі певну суму для особистих витрат.

На практиці зустрічатимуться випадки, коли витрати на утримання людини похилого віку будуть досить значними, оскільки точно не відомо скільки років перебуватиме така особа у цьому закладі. Тому я пропоную передбачити наступний механізм повернення коштів: якщо особа похилого віку не перебуває на утриманні своєї рідні, то після її смерті такий заклад має право на частку у спадщині померлого для покриття витрат, здійснених понад норму, визначену для учасника програми. Застосування подібної норми можливе лише у разі спадкування за законом. Відповідно, потрібно внести зміни у Книгу шосту Цивільного кодексу України "Спадкове право" щодо можливості закладу утримання людей похилого віку брати участь у спадкуванні у порядку черговості спадщини померлого. Місце в черзі необхідно визначити, враховуючи тенденції розвитку спадкового права, позиції науковців щодо цього питання. Окремим законом потрібно встановити правовий статус закладу для утримання людей похилого віку, закріпити за ним правомочності державних підприємств.

Може виникнути ситуація, коли особа умисно відчужить своє майно (у будь-який спосіб) для того, щоб відповідати вимогам малозабезпеченості чи критеріям проживання нижче встановленої межі бідності для отримання допомоги за відповідною програмою. Саме тому при оформленні відповідних документів, крім доходів особи повинні враховуватися угоди за останні 3 роки щодо належної їй власності. За порушення даної норми у вигляді умисного, заздалегідь бажаного відчуження майна для участі у програмі слід передбачити кримінальну відповідальність і внести відповідні зміни до Кримінального кодексу України.

#### **Організаційні питання реалізації програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення.**

Для того, щоб запрацювала дана програма необхідно створити систему компетентних органів як на загальнодержавному, так і на регіональному, місцевому рівнях.

Враховуючи пропозицію щодо введення програми медичного страхування за віком, слід створити єдиний Комітет по управлінню програмами медичного страхування. Очолюватиме його за посадою заступник Міністра охорони здоров'я, двоє із заступників якого безпосередньо керуватимуть і

відповідатимуть за реалізацію визначених програм.

На рівні кожної області створюються регіональні відділення Комітету, голови яких призначаються і звільняються керівником програми. Основним завданням цих відділень має стати акумулювання та управління коштами, виділених на реалізацію програми в межах певної адміністративно-територіальної одиниці.

На місцевому рівні функціонуватимуть Центри із забезпечення реалізації програми, до завдань яких буде входити: укладення договорів із закладами охорони здоров'я про надання послуг; реєстрація учасників програми; видача довідок про малозабезпеченість сім'ї чи встановлення факту проживання за межею бідності на підставі поданих документів про доходи особи. Місцеві органи видаватимуть пластикові картки учасника програми, необхідні для отримання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я.

Для того, щоб укласти договори із лікувальними закладами останнім необхідно змінити статус з державних установ на державні підприємства. В такому разі вони отримають змогу здійснювати закупівлю необхідних медикаментів та обладнання самостійно, не чекаючи дозволу чи підтвердження від органу державної влади і органу місцевого самоврядування.

#### **Фінансування програми.**

У Сполучених Штатах Америки фінансування програми Медікейд відбувається за рахунок поєднання коштів федерального бюджету та бюджету штату, в якому реалізується програма [4]. Співвідношення такого співфінансування встановлене на рівні 50 на 50% [5]. Втім, це лише мінімально гарантований обсяг фінансування урядом відповідної програми. Штати, обсяг ВВП на душу населення яких є невеликим - отримують більші суми відшкодування. Враховуючи те, що Україна є республікою, аналогічне застосування фінансування можливе при внесенні певних коригувань. Так, у кожній області повинні бути достовірні дані щодо кількості населення, яке проживає за межею бідності. З обласного бюджету на рахунок програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення перераховується частина коштів, яка встановлюється на рівні відсотку від дохідної частини фінансових показників області за певний проміжок часу (дане положення потребує законодавчого закріплення). Держава нараховує на ці рахунки в кожному відсоток від витрат, передбачених на охорону здоров'я. Областям, де проживає більше учасників програми і є меншим дохід регіону – держава асигнує більше коштів. Досвід Сполучених Штатів Америки підтверджує те, що подібне фінансування цієї програми є найбільш вдалим та доцільним. [7]

Дана програма не стане фінансовим тягарем для держави, оскільки у випадку введення програми медичного страхування за віком (яка покриє майже все працездатне доросле населення і функціонуватиме на

засадах 50% самоокупності), то інші 50% від витрат на охорону здоров'я будуть спрямовані на реалізацію програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення.

Відповідно до статті 286 Цивільного кодексу України програма медичного страхування для малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення гарантуватиме її учасникам таємницю інформації про стан їхнього здоров'я. Відповідальність за її розголошення передбачена у Кримінальному кодексі України.

Для того, щоб приступити до впровадження запропонованої програми медичного страхування Верховній Раді України, на мою думку, варто прийняти Концепцію з питань реалізації програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення, а 2011 рік присвятити пробному тестуванню цієї програми у деяких областях, паралельно готуючи всі необхідні нормативно-правові акти, з тим, щоб з 1.01.2012 в Україні офіційно запрацювала дана програма.

Відповідно для введення цієї програми у дію необхідно забезпечити:

1. Прийняття Закону України "Про програму медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення". Цим законом має бути, серед іншого, закріплений чи розширений запропонований список соціально-вразливих груп населення.

2. На рівні закону визначити нову Стратегію подолання бідності та закріпити в ній запропоноване відсоткове співвідношення межі бідності та прожиткового мінімуму.

3. У складі Комітету з управління програмами медичного страхування при Міністерстві охорони здоров'я України створити посаду Голови з питань впровадження та реалізації програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення. Головою такого Комітету має бути за посадою один із заступників першого заступника Міністра охорони здоров'я.

4. Внести зміни до наступних нормативно-правових актів:

1) до Книги Шостої Глави 86 "Спадкування за законом" Цивільного кодексу України з тим, щоб надати можливість спеціальним закладам по утриманні осіб похилого віку бути спадкоємцями однієї з черг, якщо витрати на утримання померлого перевищували ті, які встановлені державою з розрахунку на одну особу.

2) до Кримінального кодексу України з метою закріплення кримінальної відповідальності за: "умисне і заздалегідь бажане відчуження особою майна (у будь-якій формі) з метою відповідності критеріям для отримання послуг програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення".

5. Надати лікарським установам статус державних підприємств через прийняття Закону України «Про заклади охорони здоров'я в Україні», цим самим дозволивши їм укладати договори із місцевими органами керівництва програмою, використовувати отримані кошти від наданих послуг на власний розсуд та в межах підзвітності та підконтрольності перед регіональними відділеннями Комітету по управлінню програмами медичного страхування. Цим же Законом пропоную визначити статус спеціальних закладів утримання осіб похилого віку, закріпити за ними правомочності державних підприємств.

6. Затвердити постановою Кабінету Міністрів України за поданням Міністерства охорони здоров'я України перелік послуг, які надаються учасникам програми медичного страхування малозабезпечених та соціально-вразливих груп населення у закладах охорони здоров'я; наказом Міністерства охорони здоров'я України визначити складові Першого пакету медикаментів для новонароджених та Пакету послуг і медикаментів, які надаватимуться ВІЛ-інфікованим учасникам програми та хворим на СНІД.

У Державному бюджеті України на 2012 рік визначити видатки в межах державного фінансування реалізації даної програми окремо для кожної області на підставі показників чисельності населення, яке проживає за межею бідності та кількості коштів, які виділятимуться з обласних бюджетів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Електронний ресурс: <http://tsn.ua/groshi/bilshe-polovini-ukrayintsiv-zhivut-za-mezheyu-bidnosti.html>;
2. Medicaid Policy, Physician Behavior, and Health Care for the Low-Income Population by Laurence Baker, Anne Beeson Royalty // Journal of Human Resources, 2000. - №3. p.480-502;
3. Understanding Medicaid's Failure by Barak D. Richman // Duke Law School, Legal Studies Research Paper Series. Research Paper No. 62 March 2005;
4. <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid>;
5. The Role of Medicaid in State Economies: A Look at the Research // The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured [www.kff.org/medicaid/upload/7075\\_02.pdf](http://www.kff.org/medicaid/upload/7075_02.pdf);
6. [http://www.health.state.ny.us/health\\_care/medicaid/](http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/);
7. Medicare and Medicaid: What is the Difference? Gail Carlson, MPH Ph.D, State Health Education Specialist, University of Missouri Extension // <http://missourifamilies.org/info sheets/health/carecaid.pdf>