
А. В. Семенова, здобувач Науково-дослідного інституту правового забезпечення інноваційного розвитку Національної академії правових наук України

Міжнародно-правове регулювання загальнообов'язкового медичного страхування

У статті досліджено міжнародні нормативно-правові акти, що регулюють загальнообов'язкове медичне страхування. Доведено, що за відсутності належного економічного забезпечення як на загальнонаціональному, так і регіональному рівні, обґрунтованим є підхід ратифікації міжнародних документів у розглядуваній царині із певними застереженнями. З'ясовано, що фінансові кошти для системи страхування повинні забезпечуватися внесками застрахованих осіб і внесками підприємців. Спільно зібрані таким чином кошти можуть доповнюватися з державних фондів, особливо для цілей поліпшення здоров'я населення.

Ключові слова: загальнообов'язкове медичне страхування, соціальне забезпечення, страхування, страхові установи, страховий випадок, страхові внески, медична допомога.

Загальна декларація прав людини, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. [1], право людини на охорону здоров'я безпосередньо не закріплює. Стаття 25 цього міжнародного документа проголошує: «Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є

необхідним для підтримання здоров'я й добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини». Як здається, у цій статті виділені дві складові життєвого рівня: а) здоров'я і б) добробут, які неможливі без їжі, одягу, житла, соціального обслуговування. У той же час безпосередньо здоров'я людини забезпечується медичним доглядом, а гарантією належного відновлення здоров'я в разі його втрати є медична допомога. Згідно зі ст. 22 Загальної декларації кожен член суспільства має право на соціальне забезпечення, на реалізацію необхідних для підтримання гідності й вільного розвитку особистості прав в економічній, соціальній і культурній сфері за допомогою національних зусиль, міжнародного співробітництва відповідно до структури й ресурсів кожної держави.

За статтею 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, затвердженого Генеральною Асамблеєю ООН 16 грудня 1966 р. [2], держави, які беруть участь у ньому, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, для чого повинні вживати заходів щодо створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби. Стаття 9 Пакту наголошує, що держави визнають право кожної людини на соціальне забезпечення, включаючи соціальне страхування.

У Хартії соціального забезпечення, прийнятій Всесвітнім конгресом профспілок [11], відбито комплексний підхід до проблем соціального забезпечення:

– право на соціальне забезпечення гарантується законом кожному громадянину, який живе за рахунок власної праці, тимчасово або постійно втратив працездатність, а також членам сім'ї, які перебувають на його утриманні;

– соціально-забезпечувальна система поширюється на всі випадки соціального ризику незалежно від його причини та походження;

– населенню слід забезпечити безкоштовну профілактичну медичну допомогу й реадптацію у всіх випадках;

– кожній особі у рамках соціальної політики слід забезпечити необхідний життєвий рівень шляхом надання допомог, які повинні обчислюватися виходячи зі зростання вартості життя, зарплати й розширення потреб;

– соціально-забезпечувальна система повинна ґрунтуватися на принципі рівноправ'я;

– соціальне забезпечення першочергово фінансується підприємцями, зокрема, за рахунок відрхувань із їх прибутків. Слід також брати участь у такому фінансуванні й державі;

– управління соціальним забезпеченням належить будувати на демократичних засадах. Керівництво соціальними фондами і контроль за їх розподілом мають здійснювати профспілки, а вже потім держава.

Значну активність у питаннях загальнообов'язкового медичного страхування виявляє Міжнародна організація праці (МОП).

Так, Конвенція МОП № 17 «Про відшкодування працівникам під час нещасних випадків на виробництві» 1925 р. [4] зафіксувала, що потерпілі від нещасних випадків мають право на допомогу медичну, хірургічну й лікувальними засобами, яка буде визнана необхідною внаслідок нещасного випадку. Медична допомога надається за рахунок або роботодавця, або страхової установи від нещасних випадків, або страхової установи на випадок хвороби чи інвалідності. Потерпілі додатково мають право на отримання й регулярне поновлення за рахунок роботодавця або страхувальника протезних та ортопедичних засобів, використання яких буде визнано необхідним.

Згідно з Конвенцією МОП № 24 «Про страхування на випадок хвороби працівників промислових і торговельних підприємств та домашніх служників» 1927 р. [10] застрахована особа має право з початку хвороби і принаймні до закінчення періоду, встановленого для надання допомоги на випадок хвороби, на безплатне медичне обслуговування з боку дипломованого медичного працівника та на отримання достатньої кількості належних ліків і лікарських засобів. Однак від застрахованої особи може вимагатися оплата частини вартості медичного

обслуговування, яка може бути встановлена національним законодавством. Медичне обслуговування може не надаватися, якщо застрахована особа безпідставно відмовляється виконувати приписи лікаря чи інструкції щодо поведінки застрахованих осіб під час хвороби або нехтує використанням можливостей, які надає установа, що займається страхуванням. Національне законодавство може дозволяти чи приписувати надання медичних послуг членам сім'ї застрахованої особи, які проживають разом з нею і перебувають на її утриманні, а також встановлює умови надання таких послуг.

Згідно з Рекомендацією МОП № 29 «Про загальні принципи страхування у разі хвороби» 1927 р. [6] для забезпечення того, щоб застрахована особа, яка тимчасово втратила працездатність, могла якнайскоріше відновити своє здоров'я, грошова допомога, що є компенсацією за втрачену заробітну плату, повинна мати достатній розмір.

З початку захворювання і доки цього вимагає стан здоров'я застрахованої особи їй забезпечується кваліфіковане лікування і постачання в достатній кількості належними медикаментами і лікувальними засобами. Застрахована особа повинна мати право на таку допомогу безкоштовно з початку своєї хвороби і принаймні до закінчення строку виплати допомоги по хворобі. Окрім цього, особі повинно надаватися, наскільки це дозволяють місцеві умови і фінансове положення, обслуговування спеціалістами, а також зуболікарське обслуговування і лікування в стаціонарній медичній установі, якщо необхідність у цьому викликається сімейними обставинами або якщо її захворювання вимагає такого виду лікування, яке може проводитися тільки в лікарні. З метою забезпечення хороших умов для підтримання здоров'я застрахованої особи і її сім'ї, члени сім'ї застрахованого, що проживають в його будинку і перебувають на його утриманні, отримують медичну допомогу.

Страховим установам надається право користуватися на справедливих умовах послугами необхідних їм лікарів. У міських центрах і в рамках певних географічних меж застрахована особа повинна мати право обирати лікаря з числа лікарів, що є у розпорядженні страхової установи, якщо це не спричиняє

значного збільшення витрат для останньої. Оскільки саме застраховані особи найбільше та безпосередньо зацікавлені в діяльності системи страхування, вони повинні через виборних представників відіграти визначальну роль в управлінні страховою системою.

Фінансові кошти для системи страхування повинні забезпечуватися внесками застрахованих осіб і внесками підприємців. Спільно зібрані таким чином кошти можуть доповнюватися з державних фондів, особливо для цілей поліпшення здоров'я населення.

Значний як науковий, так і практичний інтерес становлять Рекомендація МОП № 67 «Про забезпечення прибутку» 1944 р. [5]. До випадків, передбачених обов'язковим соціальним страхуванням, повинні входити всі випадки, коли застрахованій особі заважає заробляти засоби до існування непрацездатність чи неспроможність дістати оплачувану роботу, або коли ця особа вмирає, залишаючи сім'ю, що перебувала на її утриманні, а також певні пов'язані із цим поширені випадки нагальної потреби, які спричиняють надзвичайне напруження для обмеженого доходу, оскільки в цих випадках не передбачено компенсації будь-яким іншим шляхом.

Випадком, коли повинна виплачуватись допомога у зв'язку із хворобою, є втрата заробітку через відсутність на роботі, спричинену важким з медичного погляду станом, зумовленим хворобою чи травмою, яка вимагає лікування або нагляду. Щодо потреби бути відсутнім на роботі слід судити, як правило, зважаючи на попередню роботу застрахованої особи, на поновлення якої можна від неї чекати. Допомога може не виплачуватись за перші кілька днів хвороби, але якщо хвороба повторюється протягом періоду тривалістю кілька місяців, то новий строк чекання не повинен встановлюватись. Найкраще продовжувати виплату допомоги доти, доки одержувач зможе повернутися до роботи, помре або стане інвалідом. Однак якщо вважається за потрібне обмежити строк виплати допомоги, то максимальний строк не повинен бути менший 26 тижнів для єдиного випадку, і слід передбачити збільшення строку виплати допомоги в разі певних захворювань, як, наприклад, тубер-

кульоз, котрі часто спричиняють тривалу хворобу, яка, проте, піддається лікуванню; однак на початку дії системи страхування може виявитись потрібним передбачати більш короткий строк ніж 26 тижнів.

Право на допомогу, крім компенсації за виробничі травми, має залежати від умов сплати внесків, котрі повинні підтвердити, що нормальним станом заявника є стан особи, яка працює за наймом або на свій власний рахунок і може підтримати прийнятну регулярність сплати внесків, однак ніхто не повинен бути позбавлений допомоги через неправильне збирання роботодавцем внесків, належних до сплати за відповідного працівника.

Управління справою соціального страхування має бути об'єднано чи скоординовано в рамках загальної системи служб соціального забезпечення, і особи, які роблять страхові внески, через свої організації повинні бути репрезентовані в органах, котрі визначають адміністративну політику чи дають поради щодо цієї політики і пропонують законодавство або розробляють правила. Діяльність об'єднаної адміністрації соціального страхування має бути сумісна з діяльністю окремих систем страхування, обов'язкового або добровільного типу, котрі передбачають додаткові види допомоги, що не замінюють, однак, основні, для деяких професійних категорій, як, наприклад, гірники та моряки, державні службовці, персонал окремих підприємств і члени товариств взаємодопомоги.

За Рекомендацією МОП № 69 «Про медичне обслуговування» 1944 р. [7] якщо медичне обслуговування здійснюється службою органу соціального страхування, то:

а) кожна особа, що сплачує страхові внески, її чоловік, дружина і діти, які перебувають у неї на утриманні, та інші утриманці, визначені національним законодавством, а також будь-яка особа, застрахована на підставі сплати за неї внесків, повинна мати право на отримання всіх видів медичних послуг, що надаються цією службою;

б) незастраховані особи, якщо вони не можуть одержати медичну допомогу за свій рахунок, повинні отримувати її як соціальну допомогу;

в) ця служба повинна фінансуватися за рахунок внесків застрахованих осіб і внесків їх роботодавців, а також за рахунок субсидій з державних фондів.

Усі дорослі члени колективу з доходами не нижче прожиткового мінімуму повинні сплачувати внески на страхування; чоловік або жінка, які перебувають на утриманні особи, що сплачує внески, вважаються застрахованими у разі сплати цього внеску, розмір якого не може бути збільшено із цього приводу. Усі інші дорослі особи, які мають можливість довести, що їх доходи є нижчими за прожитковий мінімум, а також незможні повинні мати право на медичне обслуговування як застраховані, причому страховий внесок за них повинен сплачувати компетентний орган влади. Усі діти, тобто особи до 16 років чи молодшого віку, ніж може бути передбачений, або які перебувають на будь-чиєму утриманні на час продовження їх загальної чи професійної освіти, мають бути застраховані на підставі внесків, що сплачуються в загальному порядку дорослими застрахованими особами чи вносяться за них, без того, щоб від їх батьків чи опікунів вимагалися додаткові внески.

Максимальний розмір членського внеску, який сплачується заінтересованою особою, не повинен перевищувати такої частки її прибутку, яка щодо прибутків усіх застрахованих осіб, узятих разом, становить суму, що дорівнює передбачуваній вартості медичного обслуговування, куди входить обслуговування утриманців. Членський внесок, що сплачується кожною застрахованою особою, повинен становити таку частку максимального внеску, яка може бути сплачена застрахованою особою без надмірного обтяження для неї. Роботодавці повинні сплачувати частину максимального внеску осіб, які у них працюють. Особи, доходи яких не перевищують прожиткового мінімуму, повинні звільнитися від сплати страхових внесків. Внески в достатньому розмірі повинні сплачувати за цих осіб органи державної влади; однак у разі коли особи працюють за наймом, ці внески можуть сплачуватися повністю або частково їх роботодавцями.

Відповідно до Конвенції МОП № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення» 1952 р. [9] до випадків надання медичної допомоги належать будь-який хворобливий стан, не-

залежно від його причини, а також вагітність, пологи та їх наслідки. Допомога має на меті збереження, відновлення та поліпшення здоров'я осіб, які підлягають забезпеченню, а також їх працездатності і здатності самостійно задовольняти власні потреби.

Допомога охоплює принаймні:

а) у випадку хворобливого стану: загальну лікарську допомогу, зокрема, візити додому; допомогу, яку надають фахівці стаціонарним або амбулаторним хворим у лікарнях, та допомогу, яку можуть надавати фахівці поза лікарнями; забезпечення найпотрібнішими медикаментами, які приписав лікар або інший дипломований спеціаліст; госпіталізацію в разі потреби;

б) у разі вагітності, пологів та їх наслідків: допомогу до, під час і після пологів, яку надають лікар або дипломована акушерка; госпіталізацію в разі потреби.

Допомога надається протягом усієї тривалості охоплюваного випадку, за винятком випадку хворобливого стану, коли тривалість її надання може обмежуватися 26 тижнями на кожний випадок; однак медична допомога не припиняється, доки виплачується допомога у зв'язку з хворобою, а для певних захворювань, які законодавство країни визначає як такі, що вимагають тривалої допомоги, передбачається можливість подовження зазначеного строку.

Конвенція МОП № 121 «Про допомогу у випадках виробничого травматизму» 1964 р. [3] до причин виробничого травматизму відносить: хворобливий стан; непрацездатність, яка викликана таким станом і тягне за собою визначену законодавством країни втрату заробітку; повну втрату працездатності або її часткову втрату понад встановлену міру, коли передбачається, що така повна або часткова втрата буде постійною, або відповідну міру втрати фізичної повноцінності; втрату засобів існування через смерть годувальника родини встановленими категоріями одержувачів.

Медичне обслуговування і аналогічна допомога включає:

— загальну лікарняну допомогу і допомогу, яка надається фахівцями стаціонарним і амбулаторним хворим, включаючи візити вдома;

- зуболікарську допомогу;
- допомогу медичних сестер вдома або в лікарнях і в інших лікувальних закладах;
- утримання в лікарнях, у будинках для одужуючих, санаторіях або інших лікувальних закладах;
- зуболікарські, фармацевтичні та інші медичні і ортопедичні засоби, включаючи протезні пристосування, їх ремонт і нормальну заміну, і окуляри;
- допомогу фахівців іншої професії, яка в законному порядку визнана суміжною з медичною, під наглядом лікаря або дантиста;
- коли це можливо, проведення таких видів лікування на місці роботи: невідкладна допомога особам, які постраждали від серйозного нещасного випадку; проведення курсу лікування тих осіб, які отримали незначні травми, що не спричинили припинення роботи.

Конвенція МОП № 130 «Про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби» 1969 р. [8] до страхових випадків відносить потребу в медичному обслуговуванні лікувального й за встановлених умов профілактичного характеру і непрацездатність внаслідок хвороби, пов'язану з призупиненням виплати заробітку.

Медична допомога надається з метою збереження, відновлення або покращання здоров'я особи, що підлягає забезпеченню, а також її працездатності й здатності задовольняти свої особисті потреби. Допомога щонайменше включає: загальну лікарську допомогу, включаючи допомогу вдома; допомогу, що надається спеціалістами стаціонарним або амбулаторним хворим, або допомога спеціалістів, яка може надаватися поза лікарнею; видачу необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; госпіталізацію у разі необхідності; стоматологічну допомогу, як це встановлено національним законодавством; медичну реабілітацію, серед іншого надання, ремонт і заміну протезів або ортопедичних пристроїв, як це встановлено національним законодавством.

Медична допомога надається протягом усієї тривалості страхового випадку. Якщо отримувач перестає належати до од-

нієї з категорій осіб, що підлягають забезпеченню, то подальше право на медичну допомогу у випадку хвороби, що виникло в період, коли ця особа ще належала до вказаної категорії, може бути обмежене періодом, встановленим національним законодавством, тривалість якого не може бути меншою 26 тижнів, за умови, що медична допомога не переривається, поки ця особа продовжує отримувати допомогу у випадку хвороби. Незважаючи на це положення, тривалість медичної допомоги збільшується стосовно захворювань, які визнані такими, що вимагають тривалого лікування. Коли одержувач перестає належати до категорії осіб, що підлягають забезпеченню, медична допомога повинна надаватися йому протягом усієї тривалості страхового випадку при хворобі, що почалася в момент, коли зацікавлена особа ще належала до вказаної категорії.

Переважну більшість конвенцій МОП у царині загальнообов'язкового медичного страхування Україна, на жаль, не ратифікувала. Вважаємо, що за відсутності належного економічного забезпечення як на загальнонаціональному, так і регіональному рівні, правильним є підхід ратифікації міжнародних документів у розглядуваній царині із певними застереженнями. У цьому Україна буде наслідувати практику зарубіжних держав, які за часів економічних труднощів не поспішали брати на себе зобов'язання, що, на їх думку, вимагали значних фінансових витрат. Такого роду підхід, особливо у поєднанні із суворим дотриманням ратифікованих міжнародних норм і стандартів, є однією з умов успішної реалізації загальноцивілізаційних прагнень України.

Список використаних джерел

1. Загальна декларація прав людини [Текст] : прийнята резолюцією 217 А (III) ГА ООН від 10.12.1948 // Документи ООН А/RES/217А: Права людини. Міжнародні договори України, декларації, документи [2-ге вид.] / упоряд. Ю. К. Качуренко. – К. : Юрінформ, 1992. – С. 18–24.
2. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права [Текст] : пакт ООН від 16.12.1966 // Вісн. Конституц. Суду України. – 2006. – № 4.

3. Про допомогу у випадках виробничого травматизму [Текст] : Конвенція МОП від 08.07.1964 № 121 // Конвенції та рекомендації, ухвалені Міжнародною організацією праці : в 2 т. – Т. I (1919–1964). – Женева : Міжнар. бюро праці, 1999. – С. 733–746.
4. Про відшкодування працівникам під час нещасних випадків на виробництві [Текст] : Конвенція МОП від 10.06.1925 № 17 // Конвенції та рекомендації, ухвалені Міжнародною організацією праці : в 2 т. – Т. I (1919–1964). – Женева : Міжнар. бюро праці, 1999. – С. 73–76.
5. Про забезпечення прибутку [Текст] : Рекомендація МОП від 12.05.1944 № 67 // Конвенції та рекомендації, ухвалені Міжнародною організацією праці : в 2 т. – Т. I (1919–1964). – Женева : Міжнар. бюро праці, 1999. – С. 315–332.
6. Про загальні принципи страхування у разі хвороби [Електронний ресурс] : Рекомендація МОП від 15.06.1927 № 29. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1014.2342.0>.
7. Про медичне обслуговування [Текст] : Рекомендація МОП від 12.05.1944 № 69 // Конвенції та рекомендації, ухвалені Міжнародною організацією праці : в 2 т. – Т. I (1919–1964). – Женева : Міжнар. бюро праці, 1999. – С. 333–346.
8. Про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби [Текст] : Конвенція МОП від 25.06.1969 № 130 // Конвенції та рекомендації, ухвалені Міжнародною організацією праці : в 2 т. – Т. II (1965–1999). – Женева : Міжнар. бюро праці, 1999. – С. 888–903.
9. Про мінімальні норми соціального забезпечення [Текст] : Конвенція МОП від 28.06.1952 № 102 // Конвенції та рекомендації, ухвалені Міжнародною організацією праці : в 2 т. – Т. I (1919–1964). – Женева : Міжнар. бюро праці, 1999. – С. 554–579.
10. Про страхування на випадок хвороби працівників промислових і торговельних підприємств та домашніх служників [Текст] : Конвенція МОП від 15.06.1927 № 24 // Конвенції та рекомендації, ухвалені Міжнародною організацією праці : в 2 т. – Т. I (1919–1964). – Женева : Міжнар. бюро праці, 1999. – С. 96–99.
11. Хартія соціального забезпечення [Електронний ресурс] : прийнята 15.02.1982. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/995_418.

Стаття надійшла 4 липня 2013 р.

А. В. Семёнова
Международно-правовое регулирование
обязательного медицинского страхования

В статье исследованы международные нормативно-правовые акты, регулирующие общеобязательное медицинское страхование. Показано, что

при отсутствии должного экономического обеспечения как на общенациональном, так и на региональном уровне обоснованным является подход к ратификации международных документов в рассматриваемой области с определенными оговорками. Отмечено, что финансовые средства для системы страхования должны обеспечиваться взносами застрахованных лиц и взносами предпринимателей. Совместно собранные таким образом средства могут дополняться из государственных фондов, особенно для целей улучшения здоровья населения.

Ключевые слова: *общеобязательное медицинское страхование, социальное обеспечение, страхование, страховые компании, страховой случай, страховые взносы, медицинская помощь.*

A. V. Semenova

The international normative and legal acts regulating compulsory medical insurance

The article is devoted to the international normative and legal acts regulating compulsory medical insurance. It's proved that in the absence of adequate economic support, at both the national and regional levels, the correct approach is the ratification of international instruments in this field with certain reservations.

With the onset of the disease and while the health status of the insured person claimed it, he is provided by qualified medical treatment and sufficient supplies of necessary drugs and therapeutic agents. The insured person must be eligible for such assistance for free from the beginning of his illness, and at least until the end of term of payment of sickness benefit.

Medical assistance is provided with the aim of preserving, restoring or improving the health of the person, his labor ability and ability to satisfy his personal needs. Such assistance at least includes: general medical care, including home-based care; assistance provided by the specialists of inpatient or outpatient, or help of specialists, what available outside hospitals; the issuance of necessary medicines on prescription by a physician or other qualified specialist; hospitalization when its necessary; dental care, as its established by national legislation; medical rehabilitation, among other things, the provision, repair and replacement of prosthetic or orthotic devices, as its established by national legislation.

Insurance institutions are granted the right to use, on equal conditions, the services of necessary doctors. In the urban centers and within certain geographical boundaries, insured person should have the right to choose a doctor from a

number of doctors that is available in the list of insured institution, if it doesn't entail a significant increase of spending for this institution. Insured persons are the most interested in the activities of the insurance system, they should play a decisive role in the management of such system through their elected representatives.

It is established, that the funds for the insurance system should be guarantee by the insured persons' and employer's contributions. Such funds can be supplemented by government funds, particularly for the purposes of improving the health of the population.

Keywords: *compulsory medical insurance, social service, insurance, insurance institution, insurance contributions, medical assistance.*