

Електронне наукове фахове видання "Ефективна економіка" включено до переліку наукових фахових видань України з питань економіки (Наказ Міністерства освіти і науки України від 29.12.2014 № 1528)

**Ефективна
ЕКОНОМІКА**

Дніпропетровський державний
аграрно-економічний університет



№ 6, 2013

[Назад](#)

[Головна](#)

УДК 336.1

*О. В. Золотарьова,
к. е. н., доцент, доцент кафедри фінансів і кредиту,
Дніпродзержинський державний технічний університет, м. Дніпродзержинськ
Т. М. Нікітіна,
старший викладач кафедри фінансів і кредиту,
Дніпродзержинський державний технічний університет, м. Дніпродзержинськ
Т. А. Лотоцька,
магістрант кафедри фінансів і кредиту,
Дніпродзержинський державний технічний університет, м. Дніпродзержинськ*

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕДУРИ КОНТРОЛЮ ЗА ВИТРАЧАННЯМ КОШТІВ ФОНДУ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ З ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВДОСКОНАЛЕННЯ

*O. V. Zolotaryova,
Ph. D., associate Professor, associate Professor of Department of finances and credit,
Dneprodzerzhinsk State technical university, Dneprodzerzhinsk
T. M. Nikitina,
senior lecturer, Department of finances and credit,
Dneprodzerzhinsk State technical university, Dneprodzerzhinsk
T. A. Lotockaya,
master student, Department of finances and credit,
Dneprodzerzhinsk State technical university, Dneprodzerzhinsk*

FEATURES OF PROCEDURE OF CONTROL OF USE OF FUND OF SOCIAL INSURANCE FROM TEMPORARY DISABILITY AND A WAY OF ITS IMPROVEMENT

В статті розкриваються специфічні особливості процедури контролю за витрачанням коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності в Україні, спираючись на нормативну базу; наводяться статистичні дані, які характеризують контрольно-ревізійну роботу даного фонду; виділяються основні напрями вдосконалення зазначеної процедури.

In article specific features of procedure of control of an expenditure of fund of social insurance from temporary disability in Ukraine reveal, leaning on regulatory base; statistical data which characterize control and auditing work of this fund are provided; the main directions of improvement of noted procedure are allocated.

Ключові слова: *контроль, перевірка, соціальне страхування, фонд, тимчасова втрата працездатності, лікарняні листи.*

Keywords: *control, check, social insurance, fund, temporary disability, sick-lists.*

I. Вступ. Розвинена система соціального захисту населення є невід'ємною складовою соціальної політики будь-якої цивілізованої держави, головною функцією якої є забезпечення визначених стандартів рівня і якості життя населення. Слід наголосити, що підвищення рівня життя населення в умовах обмежених бюджетних ресурсів вимагає пошуку шляхів оптимального поєднання солідарної та індивідуальної відповідальності, всезагальності та категоріальності в механізмі фінансування соціального захисту, а також досягнення компромісу в суспільстві між бажаним рівнем соціального захисту та можливостями його фінансування [5, с. 40]. Окреме місце, але не останнє, в системі соціального страхування належить страхуванню з тимчасової втрати працездатності. При цьому, слід додати, що контрольно-ревізійна робота є важливим інструментом управління як системою соціального страхування в цілому, так і зокрема, засобом підвищення ефективності функціонування Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності.

Відаючи належне науковим здобуткам в цій проблематиці таких вчених як: Н. Борецька, С. Булгакова, Н. Внукова, Л. Клівіденко, В. Куценко, Е. Лібанова, В. Мандибур, Л. Момоток, В. Новікова, О. Новікова, Д. Положенко, В. Руденко, Ю. Сасенко, В. Тропіна, В. Федосова, Л. Черенько, І. Чугунова, С. Юрії, О. Яременко та інших, слід зауважити, що існує потреба в її подальшому дослідженні, оскільки досі не розроблено науково обґрунтовану, побудовану на єдиних методологічних принципах, концепцію фінансового забезпечення соціального захисту населення, недостатньо уваги приділяється і дослідженню напрямів підвищення ефективності діяльності Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, в тому числі, вдосконаленню процедури контролю за витрачанням його коштів. Внаслідок цього, знижується ефективність управлінських рішень у сфері фінансування соціального захисту населення за цим напрямом.

Відповідно, можна стверджувати, що актуальність розглядаємих у даній статті питань не викликає сумніву й набуває певного як теоретичного, так і практичного значення.

II. Формулювання мети статті та завдань. Мета статті – розгляд особливостей процедури контролю за витрачанням коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, виділення основних напрямів вдосконалення згаданої процедури контролю.

III. Виклад основного матеріалу. Зауважимо, що всі аспекти організації та проведення перевірок з питань соціального страхування передбачені Інструкцією «Про порядок проведення перевірок страховальників по коштах Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, прийняття рішень за їх результатами та процедуру оскарження», затвердженою постановою правління Фонду від 22.12.2010 року №29 [4]. Інструкція набула чинності з 11.04.2011 року. Зареєстрована в Міністерстві юстиції України 25.03.2011р.

Ця Інструкція розроблена відповідно до Законів України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою

працездатності та витратами, зумовленими похованням" від 18.01.2001 року №2240-III [1] та "Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування" №2464 [2], Статуту Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та встановлює порядок проведення перевірок страховальників по страхових коштах Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та порядок оскарження рішень за матеріалами перевірок.

Перевірки страховальників повинні сприяти забезпеченню виконання ними норм чинного законодавства з питань загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку із тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням, а саме правильності та обґрунтованості використання страхових коштів, своєчасному поверненню страхових коштів, забезпеченню ефективного контролю за їх використанням.

Такі перевірки страховальників здійснюються відповідно до вимог законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку із тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням, по коштах Фонду в частині правильності їх використання на підприємствах, в установах і організаціях незалежно від форми власності, у суб'єктів малого підприємництва, які використовують працю найманих працівників.

Перевірки здійснюються посадовими особами органів фонду за місцезнаходженням страховальника або в приміщенні органу фонду за пропозицією страховальника та за умови надання ним всіх необхідних документів для проведення перевірки.

Органи Фонду здійснюють планові та позапланові перевірки.

Періодичність проведення планових перевірок визначається залежно від таких критеріїв, як наявність (відсутність) витрат, заборгованості по коштах фонду, кількість працівників.

Планові перевірки проводяться згідно з планами – графіками органу Фонду. Перевірки підлягають документи за звітні періоди поточного та попередніх років, за які не здійснювалася перевірка.

Щороку проводяться перевірки страховальників з чисельністю працівників 250 осіб і більше за наявності витрат по коштах Фонду. У випадку відсутності порушень по використанню коштів Фонду, що встановлено попередньою перевіркою, наступна перевірка такого страховальника проводиться не раніше ніж через два роки після проведення попередньої перевірки.

Не рідше одного разу на два роки проводяться перевірки страховальників з чисельністю працівників від 25 до 249 осіб за наявності витрат по коштах Фонду. У випадку відсутності порушень по використанню коштів Фонду, що встановлено попередньою перевіркою, наступна планова перевірка такого страховальника проводиться не раніше ніж через три роки після проведення попередньої перевірки.

Не рідше одного разу на три роки проводяться перевірки страховальників з чисельністю менше 25 осіб за наявності витрат по коштах Фонду. У випадку відсутності порушень по використанню коштів Фонду, що встановлено попередньою перевіркою, наступна планова перевірка такого страховальника проводиться не раніше ніж через чотири роки після проведення попередньої перевірки.

Перевірки страховальників, що здійснюються за період їх діяльності до 1 січня 2011 року, відповідно до пункту 1.4 Інструкції №29 проводяться органами Фонду одноразово.

Планова перевірка проводиться за умови письмового повідомлення страховальника не пізніше ніж за 10 календарних днів до дня проведення такого заходу. У разі якщо страховальник відмовляється від проведення планової або позапланової перевірки, посадовими особами органу Фонду складається акт про відмову від допуску до перевірки в довільній формі, який вручається керівнику чи головному бухгалтеру або уповноваженій керівником особі під розписку або направляється рекомендованим листом.

Позапланові перевірки проводяться без попереднього повідомлення страховальника за наявності таких підстав:

- а) подання страховальником письмової заяви до відповідного органу Фонду про здійснення перевірки за його бажанням;
- б) виявлення невідповідності між даними, зазначеними у документах обов'язкової звітності та заявах-розрахунках, поданих страховальником до органу Фонду;
- в) за результатами аналізу даних, зазначених у звітності, заяві-розрахунку страховальника по коштах Фонду, статистичних даних виявлено перевищення розміру середньоденної допомоги по тимчасовій непрацездатності, вагітності і пологах над розміром середньоденної заробітної плати;
- г) виявлення під час перевірки в іншого страховальника фактів, що свідчать про порушення вимог законодавства, які вплинули або можуть вплинути на виплату матеріального забезпечення та надання соціальних послуг;
- г) звернення фізичних та юридичних осіб про порушення страховальником законодавства з питань, що належать до компетенції органів Фонду; подання страховальником у встановленому порядку скарги про порушення законодавства посадовими особами органу Фонду під час проведення планової чи позапланової перевірки або скарги на рішення органу Фонду;
- д) неподання у встановлений термін страховальником звітності до органу Фонду без поважних причин, а також письмових пояснень про причини, які перешкоджали поданню такої звітності;
- е) розпочато процедуру реорганізації чи припинення юридичної особи, закриття відокремленого підрозділу юридичної особи, припинення діяльності суб'єкта малого підприємництва, порушено провадження у справі про визнання банкрутом страховальника або подано заяву про зняття з обліку страховальника;
- є) на вимогу правоохоронних органів або за рішенням суду.

Органи Фонду можуть здійснювати аналіз даних, зазначених у звітності, заяві-розрахунку страховальника по коштах фонду, статистичних даних, за результатами яких складається довідка в довільній формі, яка є підставою для прийняття рішення про проведення позапланової перевірки.

Тривалість проведення перевірки встановлюється з урахуванням обсягу робіт, які належить виконати під час її проведення, та кількісного складу посадових осіб органу фонду. При цьому строк проведення планової перевірки страховальників не може перевищувати 15 робочих днів, а страховальників - суб'єктів малого підприємництва - 5 робочих днів. Строк проведення позапланової перевірки страховальника не може перевищувати 10 робочих днів, а суб'єктів малого підприємництва - 2 робочих дні.

За результатами проведеної перевірки складається акт. В останній день перевірки два примірники акта перевірки підписуються посадовими особами органу фонду, які її проводили, керівником, головним бухгалтером (бухгалтером) або уповноваженою керівником особою та головою комісії (уповноваженим) із соціального страхування страховальника, який перевіряється. Примірники акта перевірки підписуються посадовою особою органу фонду та керівником або головним бухгалтером (бухгалтером) чи уповноваженою керівником особою страховальника на кожній сторінці із зазначенням на останній сторінці загальної кількості сторінок.

Якщо акт підписано без заперечень або впродовж передбаченого терміну заперечення не надійшли або поштове відправлення здійснене з порушенням зазначеного терміну, то акт перевірки вважається узгодженим.

Страховальники та інші отримувачі страхових коштів у разі порушення порядку використання страхових коштів відшкодовують Фонду в повному обсязі неправомірно витрачену суму страхових коштів та/або вартість наданих соціальних послуг і сплачують штраф у розмірі 50 відсотків такої суми. В той же час, за порушення, допущені страховальниками за період до 01.01.2011 року (заниження фонду оплати праці, несвоєчасне перерахування страхових внесків), застосовуються штрафні санкції у відповідності до законодавства, ще діяло на той час.

За несвоєчасне повернення або повернення не в повному обсязі страхових коштів відповідно до частини I ст. 21 та ст.22 Закону 2240 на страховальників та інших отримувачів коштів Фонду накладається штраф у розмірі 10 відсотків несвоєчасно повернутих або повернутих не в повному обсязі страхових коштів.

В свою чергу, ч. I ст.21 Закону передбачено 3-х денний (три робочих дні) для повернення страховальником одержаних від Фонду коштів, в разі їх невикористання через перевищення одержаних коштів над фактичними витратами.

Тобто, застосування фінансових санкцій за несвоєчасне повернення та повернення не в повному обсязі страхових коштів можливе лише в разі, коли отримані від Фонду кошти на виплату матеріального забезпечення застрахованим особам використані не в повному обсязі, а невикористана частина коштів не була повернута Фонду страховальником протягом трьох робочих днів з дня останньої виплати допомогою застрахованим особам за заявою-розрахунком, згідно якої отримано фінансування. Одночасно на суми несвоєчасно повернутих або повернутих не в повному обсязі страхових коштів і штрафних санкцій нараховується пеня в розмірі 0,1 відсотка зазначених сум коштів, розрахована за кожний день прострочення платежу.

Рішення про застосування фінансових санкцій за несвоєчасне повернення або повернення не в повному обсязі коштів Фонду приймається та надсилається страховальнику протягом 20 календарних днів з дня закінчення строку, встановленого для виконання рішення про повернення коштів Фонду та застосування фінансових санкцій. У рішеннях зазначаються суми коштів фонду, що підлягають поверненню органу фонду, суми фінансових санкцій, які належить перерахувати до фонду та в подальшому відобразити у звіті страховальника по коштах фонду, строк для виконання рішення та строк, передбачений законодавством для звернення страховальника зі скаргою про перегляд цього рішення.

Серед основних порушень законодавства із соціального страхування, які можуть бути виявлені в ході перевірок страховальників, слід відмітити:

1. В загальний трудовий стаж включаються періоди навчання в закладах освіти (університети, академії, інститути, технікуми, училища), розмір допомоги по

тимчасовій непрацездатності встановлено без врахування страхового стажу.

2. Допомога по тимчасовій непрацездатності внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві, оплачується з першого дня за рахунок коштів Фонду.

3. Для розрахунку допомоги замість заробітку за шість попередніх місяців використовується заробітна плата за місяць непрацездатності або вишукувались повні місяці роботи.

4. Допомога по тимчасовій непрацездатності по догляду за хворою дитиною віком до 14 років оплачується без урахування страхового стажу в розмірі 100%.

5. Оплата допомоги по тимчасовій непрацездатності пов'язаної з виробничим травматизмом чи профзахворюванням, або з їх наслідками.

6. Оплата днів тимчасової непрацездатності проводилася за робочі дні без урахування графіка роботи застрахованої особи та підприємства.

7. Допомога по тимчасовій непрацездатності виплачувалася особам, які знаходились в відпустці без збереження заробітної плати.

8. Допомога на поховання померлого пенсіонера виплачувалася за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності.

9. Новорічні подарунки надавалися дітям понад 14 років, батьки яких не працюють на зазначеному підприємстві та не є застрахованими особами.

За матеріалами акта перевірки керівники органів фонду, яким надано право застосовувати фінансові санкції, приймають Рішення про повернення страхових коштів та застосування фінансових санкцій до страхувальника, з урахуванням заперечень страхувальника. Рішення приймається протягом 20 календарних днів з дня підписання акту перевірки, відповідно до статей 22, 28 та 30 Закону України №2240. У Рішенні вказуються суми страхових коштів, що підлягають поверненню органу Фонду, суми фінансових санкцій, які належить перерахувати до фонду та в подальшому відобразити у звіті страхувальника з коштів фонду.

Звертаючись до аналізу діяльності контрольно-ревізійної роботи ФСС ТВП України, слід зазначити, що за 2012 рік органами фонду охоплено перевірками 166,6 тис. страхувальників та 1,6 тис. інших отримувачів коштів фонду [7]. При цьому, перевірено на 38 тис. (або на 18,6 %) менше страхувальників, ніж у 2011 році (204,6 тис. перевірених страхувальників). Зменшення кількості перевірок страхувальників обумовлено значним обсягом роботи, що здійснюється робочими органами відділень фонду по опрацюванню заявок на фінансування страхувальників та більш ретельним підходом при плануванні перевірок відповідно до вимог нормативної бази Фонду. Перевірки в середньому по фонду охоплено близько 12 % від загальної кількості страхувальників, цей відсоток відповідає показникам 2011 року [7].

Робочими органами відділень фонду проведено 15,6 тис. позапланових перевірок щодо обґрунтованості поданих заявок-розрахунків (до здійснення фінансування страхувальників) та упереджено неправомірних витрат на суму 1,2 млн. грн., що підтверджено відповідними актами. Виявлені порушення та застосовані фінансові санкції до 40,4 тис. страхувальників, або до 24 % від перевірених страхувальників. Тобто, порушення виявляються у кожного четвертого страхувальника. Крім того, порушення виявлені у понад 500 отримувачів коштів Фонду [7], або у 33 % з перевірених об'єктів.

За результатами перевірок, згідно із вимогами Закону № 2240 донараховано до бюджету Фонду 537,0 тис. грн. страхових внесків (за період до 01.01.2012), нараховано пені за несвочасну сплату страхових коштів в сумі 847 тис. грн., виявлено неправомірних витрат коштів, які підлягали поверненню Фонду на суму 32,3 млн. грн. (в т.ч. 1,3 млн. грн. отримувачами цільового фінансування) та застосовано штрафів на суму 27,9 млн. гривень. Загальна сума надходжень донарахована до бюджету фонду за результатами перевірок, враховуючи суми адміністративних стягнень у 2011 році склала 65,9 млн. грн., що на 3,2 млн. грн., або на 5 % більше, ніж у 2010 році [7]. Вагомі суми надходжень до бюджету фонду додали за результатами контрольно-ревізійної роботи відділення фонду: у м. Києві (8,3 млн. грн.), Донецьке (6,3 млн. грн.), Дніпропетровське (5,3 млн. грн.), Чернігівське (4,2 млн. грн.), Вінницьке (2,1 млн. грн.), Черкаське та Рівненське (по 1,8 млн. грн.) та ряд інших відділень Фонду.

За 2012 рік фахівцями відділів з питань експертизи тимчасової непрацездатності виконавчих дирекцій відділень фонду проведено 2 818 планових перевірок закладів охорони здоров'я (в тому числі: лікувально-профілактичних закладів – 2 439, реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів – 61, МСЕК – 318), що на 446 перевірок більше ніж за 2010 рік, також проведено 4 681 оперативну перевірку закладів охорони здоров'я з питань обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності застрахованим особам [7].

При здійсненні перевірок фахівцями відділів з питань експертизи тимчасової непрацездатності перевірено 435 699 листків непрацездатності, що на 87 532 більше ніж за минулий рік. За результатами перевірок встановлено, що 21 346 листків непрацездатності видані з порушенням Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності, затвердженої наказом МОЗ України від 03.11.2004 року № 532/274/136-ос/1406, що становить 4,9 % від усіх перевірених листків непрацездатності.

По необґрунтовано виданих та продовжених листках непрацездатності та необґрунтовано виданих путівках в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів виконавчими дирекціями відділень фонду за 2012 рік подано 1 620 претензій до лікувально-профілактичних закладів на суму більше 1,5 млн. грн.

Відшкодовано бюджету Фонду понад 1,33 млн. грн., що майже на 403 тис. грн. більше ніж за минулий рік (у тому числі по необґрунтовано виданих листках непрацездатності – понад 512 тис. грн., необґрунтовано продовжених – понад 738 тис. грн., путівкам – майже 80 тис. грн.) [7].

За результатами перевірок листків непрацездатності за зверненнями страхувальників за 2012 рік попереджено виплат по необґрунтовано виданим та продовженим листкам непрацездатності на суму понад 1,6 млн. грн. Щороку державними та комунальними закладами охорони здоров'я видається близько 12 млн. листків непрацездатності (лікарняних), на оплату яких із бюджету Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності витрачається понад 4 млрд. гривень. Чималий відсоток цих коштів витрачається через симулювання хвороб та їх тривалості, а це незаконно відібрані кошти, що могли б піти на оплату путівок громадянам. Тому зараз як ніколи суттєво назріла проблема підвищення ефективності контролю за станом експертизи тимчасової непрацездатності в усіх вітчизняних закладах охорони здоров'я.

Проблеми із виплатами лікарняних у Фонді, власне, почалися синхронно з фінансово-економічною кризою, що охопила державу наприкінці 2008 року. Через низку об'єктивних причин, зокрема, зниження фонду оплати праці, що не дало Фондові вийти на заплановані показники доходів, дефіцит його бюджету у 2009 році склав майже 500 млн. грн. Доводиться констатувати, що проблеми тривають і донині. Це означає в першу чергу катастрофічне зменшення витрат на санаторно-курортне лікування й оздоровлення застрахованих осіб, дитяче оздоровлення, тобто соціальні послуги, які також фінансуються з бюджету Фонду. Адже першочерговий обов'язок цієї організації, згідно із законодавством, надавати матеріальне забезпечення - оплачувати допомогу по тимчасовій непрацездатності, вагітності та пологах та на поховання.

За оперативними даними відділень Фонду заборгованість із виплати допомоги (неоплачені листки тимчасової непрацездатності, а також вагітності та пологах) на 1 жовтня поточного року становить майже 17 мільйонів гривень.

Основною причиною збільшення заборгованості із виплати допомоги за рахунок коштів Фонду є несвочасна виплата заробітної плати на підприємствах, адже в таких випадках підприємство не перераховує страхові внески й у нього немає коштів на виплату допомоги. Крім порушення строків виплати заробітної плати суттєвою причиною несвочасної виплати допомоги є також припинення діяльності підприємствами у зв'язку з банкрутством та проведенням процедури санації (ліквідації) підприємств.

На жаль, спеціалісти Фонду констатують, що певна частина коштів з бюджету Фонду йде на оплату незаконно отриманих або продовжених лікарняних. Але для бюджету Фонду такі оборудки виявляються за дорогим задоволенням. Тому Фонд дедалі активніше шукає виходу із ситуації, що склалася [7].

На даний час основним інструментом боротьби Фонду із такими зловживаннями є перевірки закладів охорони здоров'я. Очевидно, що всіх і все перевірити неможливо фізично, та все ж деякі успіхи. Відповідно до даних звіту про роботу виконавчих дирекцій відділень Фонду за 2012 р. органами Фонду подано 466 претензій до лікувально-профілактичних закладів. У результаті бюджету Фонду відшкодовано понад 357 тис. грн. (у тому числі по необґрунтовано виданим листкам непрацездатності - майже 129 тис. грн., необґрунтовано продовженим - понад 166 тис. грн., путівкам, виданим з порушеннями, - майже 62 тис. грн.). Крім того, за результатами перевірок листків непрацездатності за зверненнями страхувальників у 2012 році попереджено виплат по необґрунтовано виданим та продовженим листкам непрацездатності на суму 358 тис. грн.

Одним із чергових кроків на шляху зменшення зловживань та забезпечення прозорості оформлення лікарняних має стати Єдиний електронний реєстр листків непрацездатності [3]. Запровадження такого реєстру дозволить лікарям вносити в електронну мережу необхідні відомості про пацієнтів, історію хвороби та ін. Передбачають, що такий реєстр суттєво ускладнить випадки маніпулювання з лікарняними, до того ж - систематизує інформацію про захворюваність в Україні. Останнє значно полегшить і зробить ефективнішим процес планування і розподілу путівок на санаторно-курортне лікування та реабілітацію.

Доступ до Єдиного електронного реєстру матиме обмежене коло фахівців, адже там буде зазначений, зокрема, і діагноз. Користуватися цими даними пропонується працівникам вітчизняних закладів охорони здоров'я, фахівцям МОЗ та лікарям-експертам Фонду. Просувається впровадження Реєстру повільно, але позитивні зрушення є. У вересні 2012 року між Виконавчою дирекцією Фонду та Міністерством охорони здоров'я України укладено Угоду про спільну діяльність щодо підготовки та проведення Пілотного проекту із впровадження в заклади охорони здоров'я Єдиного електронного реєстру листків непрацездатності як складової Електронного реєстру пацієнтів.

У найближчого сусіда України Російської Федерації проблеми у сфері соціального страхування, що не дивно, точно такі ж: величезний дефіцит бюджету відповідного Фонду і сумні прогнози на 2013 рік щодо зростання видатків та зменшення доходів Фонду. Ще однією причиною негараздів у соєстрахування Росії, крім

наслідків кризи, є масовий перехід з трудових договорів та договори громадсько-правового характеру - це договори надання послуг, за умовою яких роботодавець не сплачує внески до Фонду соціального страхування. За статистикою, на таких договорах в Росії виконують роботи 5 мільйонів громадян [6, с. 80].

Натомість, намагання держави втрутитися та, головне, вирішити проблему у соцстрахуванні активніші та очевидні. Протягом останніх років триває робота російського Уряду та депутатів Держдуми над законопроектами, що містять кардинальні зміни в питанні оплати та видачі листків непрацездатності. Суть законопроекту, запропонованого Мінздравом Росії в переході на нові стадії норми оплати лікарняних: 100% середнього заробітку буде оплачуватися не через 8 років трудового стажу, а через 15. А нараховуватися допомога по лікарняних буде виходячи із середнього заробітку не за 12 місяців роботи, а за 24 місяця, як пише «Російська газета». Однак, ці пропозиції зустріли серйозне незадоволення зі сторони профспілок, роботодавців та Держдуми. Наприкінці жовтня на засіданні профільного Комітету Держдуми депутатам вдалося «відстояти» попередні норми оплати лікарняних листків. Щодо введення норми про 24 місяці замість 12 поки сторони дійшли згоди, оскільки вона дозволить багато в чому навести лад у Фонді соцстраху, де нині мають місце зловживання, коли працівникам свідомо завищують зарплатню з метою отримання від Фонду суттєво більшої виплати.

Інші пропозиції Мінздраву, що стосуються видачі та продовження лікарняних, набули ще гучнішого розголосу в російській пресі та серед громадськості. Самостійно лікар буде видавати листок непрацездатності не більше ніж на 15 днів, а продовжити його зможе лише спеціальна медкомісія за участю представників ФСС. Тетяна Голікова, голова Мінздраву зазначає, що їх не влаштує така «вільна ситуація» із видачею лікарняних листків і «доволі велика тривалість» їх видачі. Пані Голікова, однак, поки не відповідає, де Міністерство знайде достатню кількість лікарів-експертів Фонду соцстраху для перевірок, проте обіцяє знайти оптимальне рішення. У нас, на відміну від Росії, прийняти необхідні зміни через законодавство видається важче. Хоча в дечому Україна виявилася швидшою, а саме у переході всіх фондів соціального страхування до єдиної бази Пенсійного фонду. У Росії таку реструктуризацію тільки планують і відносять до важливих кроків для поліпшення загальної (особливо, фінансової) ситуації у сфері соцстрахування.

IV. Висновки. Отже, можна зробити висновок про те, що формування процедура контролю за витрачанням коштів Фонду з тимчасової втрати працездатності може певним чином впливати на кінцеві результати діяльності даного фонду.

Що ж до конкретних змін механізмів видачі та продовження листків непрацездатності, то вітчизняні фахівці багато в чому погоджуються з російськими колегами. Зокрема, на даний час, для надання пропозицій, від Міністерства праці та соціальної політики України до Виконавчої дирекції Фонду надійшов проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2001 року № 1266». Проектом передбачається збільшити розрахунковий період, за який обчислюється середня заробітна плата (дохід) з 6 календарних місяців, як це передбачено діючим Порядком обчислення середньої заробітної плати (доходу) для розрахунку виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, до 12 календарних місяців. Крім того, слід ще раз наголосити, що на шляху зменшення зловживань при оформленні лікарняних має стати Єдиний електронний реєстр листків непрацездатності. Це дасть можливість систематизувати відомості про пацієнтів та зменшить кількість випадків маніпулювання з лікарняними в Україні.

В подальших дослідженнях доцільно більш ретельно звернутися до вивчення досвіду розвинутих країн щодо окресленої проблематики.

Література.

1. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» від 18 січня 2001р. № 2240- III// Урядовий кур'єр, 2001. - №38.
2. Закон України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 08.07.2010р. № 2464 – VI.
3. Положення про Державний реєстр загальнообов'язкового державного соціального страхування, затверджене постановою правління ПФУ від 08.10. 2010 р. №22-1.
4. Інструкція «Про порядок проведення перевірок страхувальників по коштах Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, прийняття рішень за їх результатами та процедуру оскарження», затверджена Постановою правління фонду від 22.12.2010 р. №29.
5. Баранник Л.Б. Соціальний захист громадян: Навчальний посібник. / С.Б. Баранник. - Дніпропетровськ: Дніпропетровська державна фінансова академія, 2010.- 276с.
6. Керунова В.О. Суспільно-економічні питання вдосконалення системи соціального страхування // Економіка України. – 2010. - №12. – с.78-84.
7. Офіційний сайт Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.fse.gov.ua/fse/control>
8. Рівчаченко С.В. Розвиток фінансових джерел державного соціального страхування України // Економіка та держава. – 2012. - №10. – с.42-45.

References.

1. Zakon Ukraini «Pro zagal'noobov'yazkove derzhavne social'ne straxuvannya u zv'yazku z timchasovoyu vtratoyu pracezdatnosti ta vitratami, zumovlenimi narodzhenniam ta poxovanniam» vid 18 sichnya 2001r. № 2240- III// Uryadovii kur'er, 2001. - №38.
2. Zakon Ukraini «Pro zbir ta oblik edinogo vnesku na zagal'noobov'yazkove derzhavne social'ne straxuvannya» vid 08.07.2010r. № 2464 – VI.
3. Polozhennya pro Derzhavnyi reestr zagal'noobov'yazkovogo derzhavnogo social'no straxuvannya, zatverdzhene postanovoyu pravlinnya PFU vid 08.10. 2010 r. №22-1.
4. Instrukciya «Pro poriyadok provedennya perevirok straxuval'nikiv po koshtax Fondu social'no straxuvannya z timchasovoi vtrati pracezdatnosti, priinyattya rishen' za ix rezul'tatami ta proceduru oskarzhennya», zatverdzhena Postanovoyu pravlinnya fondu vid 22.12.2010 r. №29.
5. Barannik L.B. Social'ni xaxist gromadyan: Navchal'ni posibnik. / S.B. Barannik. - Dnipropetrovs'k: Dnipropetrovs'ka derzhavna finansova akademiya, 2010.- 276s.
6. Kerunova V.O. Suspil'no-ekonomichni pitannya vdoskonalennya sistemi social'nogo straxuvannya // Ekonomika Ukraini. – 2010. - №12. – s.78-84.
7. Oficiinii sait Fondu social'nogo straxuvannya z timchasovoi vtrati pracezdatnosti. [Elektronni resurs]. – Rezhim dostupu: <http://www.fse.gov.ua/fse/control>
8. Rivchachenko S.V. Rozvitok finansovix dzherel derzhavnogo social'nogo straxuvannya Ukraini // Ekonomika ta derzhava. – 2012. - №10. – s.42-45.

Стаття надійшла до редакції 30.05.2013 р.



ТОВ "ДКС Центр"