

СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ БУДІВЕЛЬНИКІВ

**Галузеве дослідження забезпечення
будівельників в Україні соціальним
захистом відповідно до норм Конвенції
Міжнародної організації праці №102**

Автори:

Андреев Василь Миколайович – Голова Профспілки працівників будівництва і промисловості будівельних матеріалів України, кандидат наук з державного управління, експерт з питань апроксимації соціального і трудового законодавства до законодавства ЄС.

Сало Людмила Григорівна – провідна інспекторка Департаменту профспілкового руху та зв'язків з громадськими організаціями Федерації професійних спілок України.

Рецензенти:

Горюн Тетяна Михайлівна – завідувач Відділу технічної інспекції праці Департаменту охорони праці Федерації професійних спілок України.

Максимчук Володимир Спиридонович – керівник Управління соціального страхування і пенсійного забезпечення Федерації професійних спілок України.

Зміст

Вступ.

Розділ 1. Конвенція Міжнародної організації праці про мінімальні норми соціального забезпечення № 102 – можливість побудови в Україні стійкої системи соціального захисту.

Розділ 2. Законодавство з питань соціального захисту та проблеми його правозастосування: норми Конвенції та норми національного законодавства.

Розділ 3. Аналіз видів соціального захисту будівельників (згідно Конвенції МОП)

3.1. Проблеми будівельної галузі, важливі для реалізації норм Конвенції МОП №102 про мінімальні норми соціального забезпечення.

3.2. Захист держави на випадок ризику призупинення заробітку, згідно Конвенції 102: допомога по безробіттю

3.3. Захист держави на випадок ризику старості, згідно Конвенції 102: допомоги по старості

3.4. Захист держави на випадок настання ризику хвороби, згідно Конвенції 102: медичне обслуговування

3.5. Захист держави на випадок настання ризику спричиненої хворобливим станом непрацездатності, згідно Конвенції 102: допомога у зв'язку з хворобою

3.6. Захист держави на випадок ризику, згідно Конвенції 102: допомоги у випадку трудового каліцтва або професійного захворювання

3.7. Захист держави на випадок настання ризику каліцтва, згідно Конвенції 102: допомога по інвалідності.

Розділ 4. Рекомендації.

Список використаних джерел.

Вступ

Будівельна галузь – одна з найважливіших галузей економіки, що визначає ефективність всієї економічної системи країни. Важливість цього сектору для України значна. Так, лише програма Великого будівництва Президента України В. Зеленського передбачає масштабну розбудову якісної інфраструктури: дороги, школи, дитячі садки та центри екстреної медичної допомоги, стадіони тощо.

Капітальне будівництво створює багато робочих місць, використовуючи продукцію великої кількості галузей економіки, чим сприяє розвитку малого та середнього бізнесу. Галузь включає різні види будівельного виробництва. Їх характеризує складність робіт, потреба в залученні нових технологій і матеріалів, і, головне, у великій кількості висококваліфікованих робітників та інженерно-технічних працівників. Праця будівельників потребує гідної винагороди, що має забезпечувати значний добробут, та потребує гідних умов і соціальної захищеності.

Водночас, як зазначають національні та міжнародні експерти, для будівництва в Україні характерна низка проблем, котрі в сумі не завжди сприяють достатньому рівню соціального захисту і дотриманню відповідних норм. Зокрема, за результатами аналізу, виконаного державними установами та недержавними експертними інституціями, будівельний сектор характеризується значним рівнем тінізації від 20 до 50% за різними методиками оцінювання [1;2].

Для галузі будівництва в Україні характерні й інші проблеми. Праця в тіньовому секторі для будівельників несе загрози як безпосередньо їхньому життю і здоров'ю, так і надійності їхньої зайнятості та доходів, наявності страхового стажу, виконанню соціальних гарантій, частими є випадки невиплати заробітної плати, інші.

У цій публікації ми виконаємо:

I. Аналіз законодавчих зобов'язань України щодо впровадження положень Конвенції МОП №102 Про мінімальні норми соціального забезпечення задля оцінки рівня уніфікації законодавства і відповідних стандартів.

II. Аналіз статистичних даних стосовно захищених осіб (будівельної галузі), бази для обрахування страхових виплат, інформації у секторах захищених ризиків, оцінюючи їх з точки зору:

- можливостей побудови стійкої системи соціального захисту у відповідності до міжнародних норм, орієнтованої на захист прав людини;
- шансів на посилення рівня соціального захисту працівників будівельної галузі, в контексті модернізації національної системи соціального захисту (яка триває зараз) зокрема щодо якості, доступності та фінансової стабільності;
- у другій частині цієї публікації ми проаналізуємо ключові для соціального захисту працівників будівельної галузі України проблеми, відповідно до структури односторонньої Конвенції МОП №102. А саме, проблеми у забезпеченні: медичного обслуговування; надання допомог будівельникам у зв'язку з хворобою; допомоги по безробіттю; допомоги по старості; допомоги у випадку трудового каліцтва або професійного захворювання.

Дана публікація ґрунтується на дослідженні та експертному аналізі Профспілки працівників будівництва і промисловості будівельних матеріалів України того, наскільки наявні практики соціального захисту будівельників відповідають нормам вказаної Конвенції?

Розділ 1.

Конвенція Міжнародної організації праці про мінімальні норми соціального забезпечення № 102 – можливість побудови в Україні стійкої системи соціального захисту.

Конвенція МОП № 102 разом з Європейським кодексом соціального забезпечення Ради Європи є міжнародними інструментами, які заклали основи міжнародної та європейської моделі соціального забезпечення, запроваджуючи належний захист від цілого ряду соціальних ризиків, з якими люди стикаються протягом усього життя. Визначені ними норми сприяють уніфікації законодавства про соціальне забезпечення.

Закріпивши в Конституції соціальний статус держави, а також декларуючи на конституційному рівні мету вступу до Європейського Союзу, Україна має забезпечувати конституційне право громадян на соціальний захист та відповідати всім критеріям членства у ЄС, у тому числі й у соціальній сфері.

Вагомим кроком до побудови урівноваженої сталої системи соціального забезпечення, уніфікованої з міжнародними стандартами, є ратифікація Україною у червні 2016 року Конвенції Міжнародної організації праці про мінімальні норми соціального забезпечення № 102. На той час Україна стала 31-ю країною-підписантом, приєднавшись до країн, на які поширюється дія Конвенції.

Цій події передувала підготовча робота, що тривала з 2006 року, коли Україна взяла на себе зобов'язання приєднатися до цієї конвенції та Верховна Рада ратифікувала Європейську соціальну хартію (переглянуту). Поступу на шляху до ратифікації сприяла й активна адвокаційна робота профспілок. Зокрема до Генеральної Угоди на 2010–2012 роки. (п.4.21) [1] було включено зобов'язання Кабінету Міністрів України вивчити питання щодо ратифікації Україною Конвенції МОП № 102 та подати відповідний законопроект до Верховної Ради України.

Значним поштовхом у приєднанні до цього важливого документа стала вимога до Уряду України досягти цілей «посилення рівня соціального захисту та модернізації систем соціального захисту, зокрема щодо якості, доступності та фінансової стабільності», закріплена в Угоді про асоціацію між ЄС та Україною, підписаній 21 березня 2014 року. Тому Урядом України були підтримані пропозиції щодо ратифікації Конвенції МОП № 102 про мінімальні норми соціального забезпечення.

Ратифікувавши Конвенцію, держава взяла на себе зобов'язання застосовувати її положення у законодавстві і на практиці. В подальшому всі законодавчі норми, які приймаються в Україні, не повинні містити положення, нижчі, ніж передбачені у Конвенції. Також необхідно зазначити, що ратифікація Конвенції не може погіршувати становище особи, а може лише підвищувати соціальні гарантії на користь громадян України.

Це дозволяє закріпити зафіксовані в ній головні принципи організації і управління соціальним забезпеченням в умовах ринкової економіки в правовій базі соціального забезпечення України, має сприяти його розвитку по шляху найбільш ефективного поєднання соціальних і ринкових механізмів, вироблених міжнародним досвідом, і підтвердить, тим самим, прихильність України нормам і принципам міжнародного трудового права.

Конвенція № 102 охоплює дев'ять соціальних ризиків і передбачає мінімальні

стандарти щодо захисту (протягом життя) – у випадку їх настання: медичної допомоги, допомог у разі хвороби, безробіття, старості, трудового каліцтва або професійного захворювання, вагітності та пологів, у разі настання інвалідності, втрати годувальника, сімейних допомог (Рис.1).

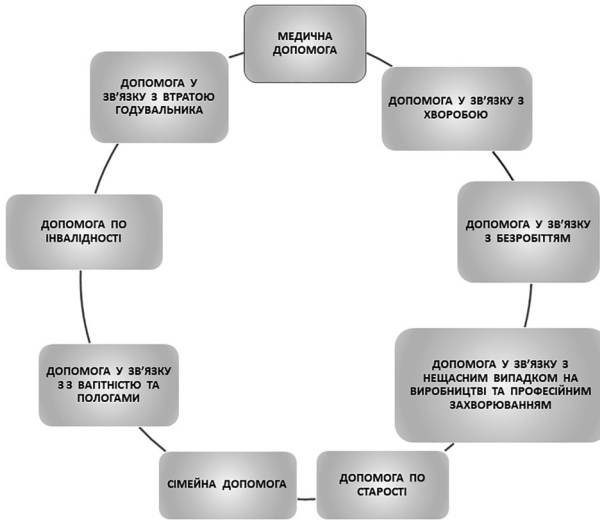


Рис. 1. Базові види соціального забезпечення, визначені Конвенцією № 102

Конвенція переслідує як мінімум наступні норми, які стосуються усіх дев'яти розділів: відсоток населення, захищений схемами соціального забезпечення, збереження мінімального рівня допомоги для захищених людей, умов призначення і періоду призначення допомог, проголошує принцип рівноправності осіб, що не є громадянами країни проживання, з її громадянами (Рис. 2).

Ключові параметри встановлення стандартів у сфері соціального забезпечення (захисту), визначені Конвенцією МОП № 102	1	Обставина надання	ЧОМУ?
	2	Захищені особи	ХТО?
	3	Вид допомоги	ЩО?
	4	Рівень допомоги	У ЯКОМУ РОЗМІРІ?
	5	Необхідний період сплати внесків/ проживання	ЗА ЯКИХ УМОВ?
	6	Тривалість допомоги	ЯК ДОВГО?

Рис. 2. Параметри встановлення стандартів, визначені Конвенцією № 102

За видами соціальних допомог їх мінімально необхідний розмір

розраховується як встановлений відсоток заміщення попереднього заробітку, або у разі фіксованих величин – заміщення відповідно заробітку некваліфікованого працівника (Таб.1.1.).

Таблиця 1. Періодичні виплати у сфері соціального забезпечення (захисту), визначені Конвенцією № 102

Періодичні виплати типовому бенефіціарію			
Розділ	Охоплений ризик	Типовий бенефіціарій	Відсоток
III	Хвороба	Чоловік з дружиною та двома дітьми	45 %
IV	Безробіття	Чоловік з дружиною та двома дітьми	45 %
V	Старість	Чоловік з дружиною пенсійного віку	40 %
VI	Трудове каліцтво і професійні захворювання: Непрацездатність	Чоловік з дружиною та двома дітьми	50 %
	Інвалідність	Чоловік з дружиною та двома дітьми	50 %
	Втрата годувальника	Вдова з двома дітьми	40 %
VIII	Вагітність і пологи	Жінка	45 %
IX	Інвалідність	Чоловік з дружиною та двома дітьми	40 %
X	Втрата годувальника	Вдова з двома дітьми	40 %

У Конвенції зафіксовані головні принципи організації і управління соціальним забезпеченням: гарантованість пенсій та допомог; розмір виплат, що запобігає бідності; соціальна солідарність і колективне фінансування; фінансова стійкість системи; демократичне управління за участю соціальних партнерів; право оскарження рішень адміністрації; відповідальність держави.

Можливості уніфікації українського законодавства до міжнародних норм надання соціального захисту й побудови на відповідному рівні системи державних гарантій та управління нею є важливим також з огляду на зростаючу трудову міграцію українців, насамперед до країн ЄС. Значну частину трудових мігрантів складають саме будівельники.

Україна взяла на себе зобов'язання за дев'ятьма розділами, що включають всі соціальні ризики, передбачені Конвенцією. Загалом, українською системою соціального захисту передбачено усі види соціальної допомоги, визначені Конвенцією МОП № 102. Більш того, в ході ратифікаційних досліджень фахівцями зазначалось, що окремі норми законодавства України не лише відповідають визначеній Конвенції, а й у деяких моментах є вище мінімально встановлених вимог. Так, в Україні охоплено ширше коло осіб, яким гарантується соціальний захист, встановлені більш високі нормативні розміри окремих видів допомог і виплат. На етапі ратифікації профспілковою стороною були висловлені застереження, щоб не було спокуси зменшити ці розміри і погіршити умови їх отримання.

Конвенція передбачає певну гнучкість, зокрема у тому, що для кожного з ризиків, що покриваються, вона дозволяє використовувати своє поєднання методів і схем соціального забезпечення, включаючи обов'язкове і добровільне страхування, державне забезпечення і соціальну допомогу малозабезпеченим, професійні та корпоративні програми, державні і недержавні фонди, забезпечення в грошовій і натуральній формі. Кожна держава може визначити ті категорії серед працюючих за наймом, економічно активного населення або всіх жителів, які підлягають захисту за тією чи іншою схемою соціального забезпечення, і відповідний метод розрахунку його мінімального рівня.

З метою узгодження національного законодавства з нормами Конвенції урядами розробляються імплементаційні заходи. Важливою складовою з імплементації Конвенції є звітування про дотримання її норм та моніторинг практики застосування захисних функцій.

Конвенція №102 володіє власним контрольним механізмом, який передбачає регулярне (один раз на шість років) подання Міжнародному бюро праці доповідей про виконання зобов'язань, взятих державою при ратифікації. Виконання цих зобов'язань оцінюється за методикою самої Конвенції №102.

Першу свою доповідь Україна подала у серпні 2018 року. А також у 2019 році надавала доповнення до цієї доповіді на запит Комітету експертів із застосування конвенцій та рекомендацій (CEACR).

У 2018 році Федерацією профспілок України надано зауваження до доповіді Уряду щодо невідповідності норм законодавства України у сфері медичного обслуговування, в частині мінімальних розмірів пенсій, допомоги по безробіттю, визначення розміру прожиткового мінімуму. Зауваження Конфедерації вільних профспілок України у 2019 році стосувались затримки та несплати роботодавцями соціальних внесків, а також надання пільг на соціальне забезпечення внутрішньо переміщеним особам.

Отже вважаємо важливим представлення інформації, що стосується практики застосування соціального захисту, передбаченого Конвенцією.

Розділ 2.

Законодавство з питань соціального захисту та проблеми його правозастосування: норми Конвенції та норми національного законодавства.

Огляд супутнього Конвенції законодавства, що стосується видів соціального захисту.

Головним законодавчим джерелом у цій царині є Конституція України, згідно якої Україна є соціальною державою та людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю.

За усіма видами/ галузями соціального захисту в Україні є законодавча база, яка визначає коло захищених осіб, випадки, у яких він надається, види і обсяги допомог (як у грошовій, так і негрошовій формі), а також передбачаються умови, тривалість їх отримання.

Законодавство України, що регулює сферу соціального забезпечення, передбаченого Конвенцією № 102.

До розділу II Конвенції 102 «Медичне обслуговування»:

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII (редакція від 23.04.2021).

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII (редакція від 01.01.2021).

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII.

Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-VIII.

До розділу III Конвенції 102 «Допомога у зв'язку з хворобою»:

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 № 1105-XIV (редакція від 30.06.2021).

До розділу IV Конвенції 102 «Допомога по безробіттю»:

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» від 02.03.2000 №1533-II (редакція від 10.06.2021).

До розділу V Конвенції 102 «Допомога по старості»:

Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 09.07.2003 № 1058-IV (редакція від 01.07.2021);

Закон України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» від 18.05.2004 № 1727-IV (редакція від 27.06.2020);

Постанова Кабінету Міністрів України від 2 квітня 2005 року № 261 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю та державної соціальної допомоги на догляд» (редакція від 24.04.2021);

Постанова Кабінету Міністрів України від 26 березня 2008 № 265 «Деякі питання пенсійного забезпечення громадян» (Редакція від 18.01.2018).

До розділу VI Конвенції «Допомога у випадку трудового каліцтва або професійного захворювання»:

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»

від 23.09.1999 № 1105-XIV (редакція від 30.06.2021).

До розділу VII Конвенції «Родинна допомога»:

Сімейний кодекс України від 10.01.2002 № 2947-III (редакція від 01.01.2021).

Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» від 21.11.1992 №2811-XII (редакція від 14.04.2021).

Закон України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» від 01.06.2000 № 1768-III (редакція від 01.07.2020).

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку призначення та виплати тимчасової державної допомоги дітям, батьки яких ухилиються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дітей або місце їх перебування невідоме» від 22.02.2006 № 189.

До розділу VIII Конвенції «Допомога у зв'язку з вагітністю і пологами»:

Сімейний кодекс України від 10.01.2002 № 2947-III (редакція від 01.01.2021).

Для застрахованих осіб: Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 № 1105-XIV (редакція від 30.06.2021).

Для незастрахованих осіб: Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» від 21.11.1992 № 2811-XII (редакція від 14.04.2021).

Закон України «Про відпустки» від 15.11.1996 № 504/96-ВР (редакція від 09.05.2021).

До розділу IX Конвенції «Допомога по інвалідності»:

Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 (редакція від 20.01.2018) № 875-XII.

Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 09.07.2003 № 1058-IV (редакція від 01.07.2021).

Закон України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» від 18.05.2004 № 1727-IV (редакція від 27.06.2020).

Закон України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю» від 16.11.2000 № 2109-III (редакція від 01.07.2021).

Постанова Кабінету Міністрів України від 26 березня 2008 № 265 «Деякі питання пенсійного забезпечення громадян» (редакція від 18.01.2018).

Постанова Кабінету Міністрів України від 2 квітня 2005 року № 261 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю та державної соціальної допомоги на догляд» (редакція від 24.04.2021).

До розділу X Конвенції «Допомога у зв'язку з втратою годувальника»:

Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 09.07.2003 № 1058-IV (редакція від 01.07.2021).

Закон України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» від 18.05.2004 № 1727-IV (редакція від 27.06.2020).

Постанова Кабінету Міністрів України від 2 квітня 2005 року № 261 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю та державної соціальної допомоги на догляд» (редакція від 24.04.2021).

Постанова Кабінету Міністрів України від 26 березня 2008 № 265 «Деякі питання пенсійного забезпечення громадян» (Редакція від 18.01.2018).

Слід зазначити, що, враховуючи окремі особливості розвитку України, приведення національного законодавства у сфері соціального захисту до міжнародних стандартів, таких як Конвенція №102, потребує комплексних змін його побудови.

В Україні до цього часу соціальний захист забезпечується переважно на підставах обов'язкового державного соціального страхування (крім медичної допомоги, яка надається усім мешканцям). Добровільна участь у цьому страхуванні також передбачена для окремих категорій та випадків. Однак видами такого страхування охоплена незначна частина населення, про обсяг якого загальнодоступна інформація відсутня.

До цього часу не впроваджені накопичувальна система загальнообов'язкового державного пенсійного страхування та соціальне медичне страхування.

Про затвердження 3 лютого 2017 року Плану заходів з імплементації положень Конвенції Міжнародної організації праці № 102 про мінімальні норми соціального забезпечення та Рекомендації № 202 щодо мінімальних рівнів соціального захисту (2012 рік) на період 2017–2019 років повідомляється на офіційному сайті Міністерства соціальної політики України, однак сам документ не публікується. План має загальний характер і не містить конкретних заходів, направлених на поліпшення забезпечення соціального захисту у відповідності до Конвенції. Термін, на який його прийнято, закінчився, тож необхідно підготувати план на наступний період з врахуванням сьогоднішніх реалій.

Зазначимо, що ратифікаційний закон не має пов'язаних з ним імплементаційних нормативних актів. Також законопроекти у сфері соціального та пенсійного страхування, спрямовані на імплементацію Конвенції МОП №102, на погодження профспілкової сторони не надходили.

Слід зауважити, що під загрозою опинились одні з головних принципів Конвенції № 102 щодо організації і управління соціальним забезпеченням: фінансова стійкість системи; демократичне управління за участю соціальних партнерів.

Триває реорганізація фондів соціального страхування, яка впроваджується владою з метою скорочення видатків на їхню діяльність, підвищення якості та виконання Фондами їхніх основних завдань, пов'язаних із соціальними виплатами та посилення за ними контролю з боку держави. Опрацьовується питання можливого об'єднання Фонду соціального страхування на базі Пенсійного фонду.

А в дійсності відбувається наступ влади на базові засади соціального страхування, спрямований на «одержавлення» фондів соціального страхування, включення страхових коштів до держбюджету. Головна мета таких дій – позбавити фонди демократичної самоврядності та забезпечити одноосібне державне управління системою страхування. Такі пропозиції фактично нівелюють тристороннє управління фондами за принципом незалежності і рівноправності сторін, адже фактично роботодавці та профспілки, як сторони управління Фондом, не матимуть можливості впливати на перспективні завдання Фонду, втрачать контроль за цільовим використанням коштів Фонду на місцях, формуванням і використанням бюджету Фонду для забезпечення його фінансової стабільності. У зв'язку з грубим порушенням представниками держави принципів соціального діалогу в управлінні соціальним страхуванням, профспілковою стороною неодноразово надсилалися відповідні Заяви і Звернення Прем'єр-міністру України, Верховній Раді України.

Порушується спроможність системи соціального страхування виконувати у повному обсязі зобов'язання перед застрахованими особами через погіршення фінансового стану Фонду соціального страхування України (утвореного злиттям фондів соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та від нещасних випадків на виробництві), та Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття, що спричинено зниженням вдвічі розміру єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне

страхування, погіршенням дисципліни роботодавців зі сплати єдиного внеску тощо. Протягом останніх років Фонд соціального страхування постійно має заборгованість з виплати допомоги по тимчасовій непрацездатності і вагітності та полагає застрахованим особам. На середину 2021 року ця заборгованість складала понад 2,5 млрд грн. На зазначену дату більше 1,5 млрд грн має заборгованість Фонд соціального страхування на випадок безробіття з виплати допомоги по безробіттю та 0,5 млрд грн – по частковому безробіттю. Залишається дефіцитним Пенсійний фонд України – у 2021 році очікується дефіцит коштів більше 20 млрд грн.

Попри медичну реформу, що має на меті поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з кишені» пацієнтів шляхом підвищення ефективності системи надання медичної допомоги, до цього часу якість та доступність медичної допомоги у більшості закладів для населення є низькою. Багато лікарень є застарілими і не використовують сучасні технології в достатній мірі та мають низький потенціал для надання невідкладної допомоги в екстрених випадках, наприклад таких як інсульт та інфаркт. Через постійне недофінансування системи охорони здоров'я її послуги часто є платними. Необхідність витратити значні кошти на медичну допомогу, а іноді їх розмір недоступний для родини, гостро постала в період пандемії COVID-19. При зверненні за допомогою пацієнти змушені були оплачувати тести в комерційних лабораторіях через брак комунальних, також оплачувати томографію, купувати за власні або волонтерські кошти апарати штучної вентиляції легень, кисневі концентратори, а також значну частину ліків.

Конвенція передбачає окрім лікувального, ще й профілактичне обслуговування, медичну допомогу, що може надаватися поза лікарнею та медичну реабілітацію, яка реалізується шляхом санаторно-курортного лікування. Однак після ратифікації Конвенції так і не відновлено право громадян на санаторно-курортне лікування, яке на сьогодні обмежене виключно реабілітацією після перенесених захворювань і травм відповідно до ст. 22 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

До того ж, в Україні до теперішнього часу не підготовлене законодавство про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування.

Оскільки система соціального страхування може фінансуватися як за рахунок внесків роботодавців, так і громадян, це не відповідає конституційним гарантіям надання безкоштовної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Є відповідне рішення Конституційного Суду України (КСУ) від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 [1], про неможливість стягування з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків (готівкою або безготівкових): чи у вигляді «добровільних внесків» до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків), чи у формі внесення добровільної компенсації. За рішенням КСУ громадяни мають право на медичне страхування, однак конституційні норми не будуть порушуватись лише у тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть організації, установи, підприємства, інші господарючі суб'єкти, державні фонди тощо.

Щодо визначення розмірів усіх видів допомог за категоріями отримувачів, Конвенцією застосовується умови визначення соціальних стандартів за розрахунком референтної заробітної плати. Принципом співставлення мінімально необхідної допомоги є встановлений відсоток заміщення попереднього заробітку, або у разі фіксованих величин – заміщення відповідно заробітку некваліфікованого працівника.

В українському законодавстві існують деякі прогалини щодо можливості

застосування величини попереднього заробітку для визначення страхових виплат для таких категорій застрахованих осіб: фізичні особи – підприємці, в тому числі ті, які обрали спрощену систему оподаткування, які проводять незалежну професійну діяльність. Для зазначених категорій в Порядку обчислення середньої заробітної плати (доходу, грошового забезпечення) для розрахунку виплат за загальнооб'язковим державним соціальним страхуванням відсутній механізм такого обчислення.

У той час як ратифікована Україною Конвенція 102 передбачає врахування при встановленні гарантій не тільки потреби самої захищеної особи, а й членів його сім'ї на достатній життєвий рівень, в українському законодавстві усі виплати (крім, пов'язаних з втратою годувальника та призначення надбавки на утриманців до пенсій, призначених відповідно до закону України «Про загальнооб'язкове державне пенсійне страхування» та «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб») не містять сімейної складової для забезпечення.

Великою проблемою є значний рівень тіньової зайнятості як для самих працівників, які не будучи застрахованими особами, залишаються за межами значної частини соціального захисту, так і для фондів страхування, що не отримують внески.

Згідно з інформацією, оприлюдненою Мінсоцполітики у ЗМІ, в Україні кожен п'ятий працює неофіційно, 20,6% працевлаштовано без офіційного оформлення, і, як наслідок, не сплачується єдиний соціальний внесок на загальнооб'язкове державне соціальне страхування (далі – страхові внески). Так, наприклад, у 2028 році для того, щоб вчасно отримати пенсію (при досягненні 60 років), потрібно буде мати щонайменше 35 років стажу. Всі, хто зараз працює неофіційно, ці вимоги виконати не зможуть. За підрахунками Мінсоцполітики, приблизно 45% українців у віці 60 років не зможуть вийти на пенсію вчасно [2]. Загалом в Україні станом на початок 2021 року зайнятого населення 16 млн осіб (у віці від 15 до 70 років). Кількість безробітних в економічно активному віці становить 1,7 млн осіб [3].

Також не вирішені на законодавчому рівні питання виплати пенсій пенсіонерам за час їхнього постійного місця проживання за кордоном у разі, якщо Україна не уклала з відповідною державою міжнародний договір з питань пенсійного забезпечення. (Наприклад, не ратифіковані угоди про соціальне забезпечення з Державою Ізраїль та Федеративною Республікою Німеччина).

Ратифікація Україною Конвенції допомагає уніфікувати наше законодавство до міжнародного, зокрема європейського – країн призначення трудових мігрантів-будівельників.

Важливим захисним механізмом у цьому напрямку є укладені двосторонні угоди щодо надання соціального захисту і визнання страхового стажу [4]. Вже є угоди з Литовською Республікою, Королівством Іспанія та ін. Наприклад, в Угоді з Польщею це стосується таких страхових випадків: хвороби (тимчасової непрацездатності), вагітності та пологів (материнства); нещасних випадків в виробництві, професійних захворювань та/або смерті з цих причин; безробіття; пенсії за віком, по інвалідності, у зв'язку із втратою годувальника.

Головним завданням для практичного застосування цього захисного інструменту є легалізація трудових відносин будівельників з іноземними працевдавцями через обов'язкове оформлення трудових договорів.

Також з метою зниження тінізації будівельного сектору економіки і зайнятості в ньому в Бельгії, Данії, Фінляндії, Швеції встановлено порядок ідентифікації особистості будівельників через застосовується карти ідентифікації особистості. Робітники повинні бути внесені в спеціальну інформаційну систему.

Такі норми мають забезпечувати легальну працю на будівництві, сприятимуть також декларуванню праці й українських трудових мігрантів–будівельників. Це сприятиме охопленню їх соціальним законодавчим полем в значенні 102-ї Конвенції як країни перебування, так і українським.

В українському законодавстві для осіб, які не є громадянами України, відсутня умова необхідної кількості років проживання для можливості отримання соціального захисту, таке право ґрунтується на наявності страхового стажу (крім медичної допомоги).

Особливістю чинної системи соціального забезпечення в Україні є те, що основою для встановлення мінімальних та граничних рівнів соціального забезпечення за всіма видами, що передбачені Конвенцією №102 (окрім медичної допомоги) є прожитковий мінімум. На його основі будуються усі державні соціальні гарантії як в межах програм, що фінансуються із державного бюджету, так і програм, що фінансуються за рахунок внесків до системи загальнообов'язкового державного соціального страхування. Офіційно встановлений розмір прожиткового мінімуму є сильно заниженим, не відповідає реальній вартості мінімального споживчого кошика та має низьку купівельну спроможність.

Отже розмір цього соціального показника не враховує фактичні потреби людини, а формується виключно залежно від фінансових можливостей держави. Він майже вдвічі менший від фактичного, що визначається Мінсоцполітики. Так, з 1 січня 2021 року затверджений законом розмір прожиткового мінімуму на одну особу в розрахунок на місяць становив 2189 грн [5], тоді як фактичний розмір відповідного прожиткового мінімуму у цінах січня 2021 року – 4114 грн (з урахуванням суми обов'язкових платежів – 4714 грн) [6].

Зміст поняття прожиткового мінімуму, закріплений у Конституції України (ст. 48), не відповідає вимогам Конвенції МОП № 117 оскільки не включає таких стандартів, як медичне обслуговування та освіта, що значно звужує його обсяг.

Таким чином розмір базового державного стандарту є нереальним і підлягає обов'язковому перегляду. Тому ратифікація Конвенції МОП № 102 мала стимулювати законодавця переглянути мінімальні норми соціального забезпечення та надати населенню оптимальне задоволення їх потреб.

Натомість на розгляд Верховної Ради вже внесено низку законопроектів (02.06.2021 законопроект № 3515 прийнято за основу), якими провладна більшість намагається перекроїти закони «Про прожитковий мінімум» та «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» в сторону їх заниження! Змінами фактично скасовується принцип розрахунку цього базового соціального стандарту на основі набору продуктів харчування непродовольчих товарів і послуг, які необхідні для забезпечення найнеобхідніших потреб людини для її життєдіяльності. Планується при його визначенні підлаштовуватися під фінансові можливості бюджету. Це зачепить абсолютну більшість українців та призведе до зниження їх соціального захисту і поширення бідності.

Таким чином, враховуючи зазначене, виникає необхідність оцінювання адекватності соціальних виплат, що визначається за критерієм достатності їх розміру для підтримання здоров'я та гідного рівня життя одержувача відповідно до реальної вартості життя та є одним із принципів Конвенції № 102.

Розділ 3.

Аналіз видів соціального захисту будівельників згідно Конвенції МОП № 102.

У третій частині цієї публікації ми проаналізуємо ключові для соціального захисту працівників будівельної галузі України проблеми, відповідно до структури однойменної Конвенції МОП №102. А саме, проблеми у забезпеченні 1) надання будівельникам допомоги по безробіттю; 2) допомоги по старості; 3) медичного обслуговування; 4) допомоги у зв'язку з хворобою; 5) допомоги у випадку трудового каліцтва або професійного захворювання.

3.1. Проблеми будівельної галузі, важливі для реалізації норм Конвенції МОП № 102 про мінімальні норми соціального забезпечення.

Як зазначає Державна служба України з питань праці, в Україні будівництво – одна з найбільш ризикових сфер, де використовується незадекларована праця та відбувається травмування працівників. За даними Державної служби статистики України з обстеження робочої сили у 2019 та 2020 роках 17% від усього неформально зайнятого населення працювали у сфері будівництва: 588,3 тис. осіб у 2019 році, та 556,9 тис. осіб у 2020 році [1].

Колю цих працівників в будівництві складають на підприємствах формального сектору неоформлені наймані працівники, що працюють на неформальних робочих місцях без офіційного укладання трудових договорів, «офіційні» працівники, які виконують незадекларовані обсяги робіт, неформальну роботу за сумісництвом, а також значна частина – це самозайняті особи, що поодиночі або в групі діють на власний розсуд у неформальному секторі, виконуючи ремонтно-будівельні роботи, здебільшого для домогосподарств. Головною ознакою неформальності їхніх робочих місць є відсутність реєстрації трудових відносин у державних органах або недотримання інших вимог держави щодо оформлення трудових договорів.

Наприклад, за сім місяців 2019 року під час здійснення заходів державного контролю інспекторами Держпраці [2] будівельна галузь виявилась однією з тих, де виявлено найбільшу кількість працівників допущених до виконання роботи без належного оформлення трудових відносин (тимчасове розміщення і організація харчування; будівництво; сільське господарство; оптова і роздрібна торгівля; ремонт автотранспортних засобів). Усього в будівництві було зафіксовано таких випадків щодо 962 осіб, з яких: 400 працювали за цивільними договорами, що мали ознаки трудових; 374 працівника виконували роботи без оформлення трудових договорів та 188 – без повідомлення [2].

Загалом в Україні в будівництві незадекларована праця проявляється у різних формах:

- неформальна зайнятість у формальному секторі, коли зареєстровані підприємства не оформляють трудові відносини з працівниками;
- зайнятість у неформальному секторі, коли трудова діяльність осіб здійснюється без реєстрації як самозайнятих осіб, діяльність на незареєстрованих підприємствах;
- приховування фактично відпрацьованого робочого часу та заробітної плати шляхом її виплати «в конверті»;
- підміна фактичних трудових договорів цивільно-правовими, господарськими

договорами про надання послуг/виконання робіт, фіктивними самозайнятими працівниками, штучними механізмами аутсорсінгу для приховування найманої праці;

- не оформлена додаткова зайнятість осіб, які мають оформлені трудові відносини за основним місцем роботи, але підробляють додатково без належного оформлення.

Так, за даними дослідження щодо розмірів тіньової економіки в Україні, яке проводилося у 2019 році Київським міжнародним інститутом соціології в рамках проекту SHADOW, будівництво, як і роздрібна торгівля, є найбільш тінізованими секторами української економіки. У цих галузях, за оцінками КМІС, масштаби тіньової економіки сягають 50% [3].

За розрахунками Мінекономрозвитку з використанням методу збитковості підприємств, у 2019 році рівень тінізації у будівництві складав 21%, а у 2020 році зріс до 31%. Це близько середнього рівня за всіма видами економічної діяльності (далі – ВЕД) 32% від обсягу офіційного ВВП. Втім, в умовах вимушеного обмеження виробничої активності внаслідок пандемії COVID-19, таку тенденцію до збільшення тіньового сектору продемонстрували більшість ВЕД [4].

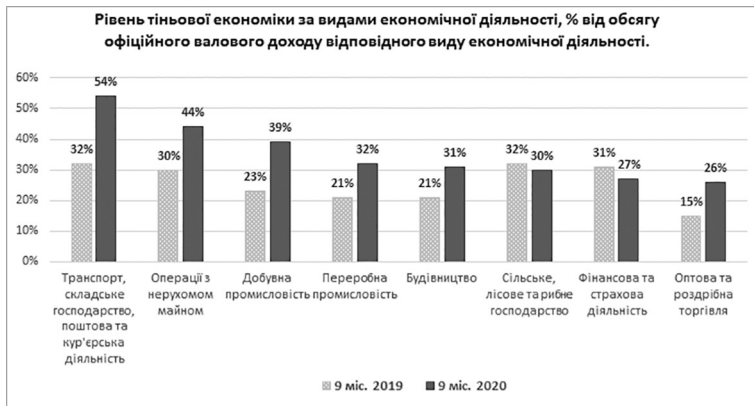


Рис. 3. Рівень тіньової економіки за видами економічної діяльності, % від обсягу офіційного валового доходу відповідного виду економічної діяльності.

Джерело: розрахунки Мінекономіки.

Тіньовий сектор характеризується приховуванням реальної кількості найманих працівників та реальних розмірів виплаченої зарплати, або ж зарплатою «у конвертах».

Щодо тіньової заробітної плати як похідної від незадекларованої праці: в будівельній галузі є «сіра» заробітна плата – частка заробітної плати видається приховано, а решта офіційно, а є «чорна» заробітна плата – видається повністю «у конвертах», отже, будь-які відрахування до цільових фондів не здійснюються.

Спостерігається суттєва різниця між середньою заробітною платою за офіційною інформацією, отриманою Держстатом [5] – 9356 грн у 2019 році, 9832 грн у 2020 році, та її розміром в галузі, зокрема за оцінками експертів [6] та даними найбільших порталів з працевлаштування Work.ua, Rabota.ua, OLX Робота – на рівні 15000 грн [7] в середньому протягом цих двох років.

Наприклад, за результатами проведеного аналізу Державною фіскальною службою у 2018 році серед будівельних кампаній, які обслуговуються в Офісі великих платників, на багатьох будівельних підприємствах зафіксована заробітна

плата робітників у межах не більше 4000–7000 гривень на місяць, що значно нижче від середньої по галузі в Україні, яка на той період становила майже 15000 гривень [8].

Окремо слід звернути увагу на таке негативне для працівників-будівельників явище як заборгованість із заробітної плати. Зазначимо, що в будівельній галузі існує значна заборгованість із виплати зарплати – станом на 1 червня 2021 року зарплатний борг складає 84 млн 140 тис. грн перед 3400 працівниками [9]. Ця інформація про невикладені зарплатні борги стосується виключно офіційно працевлаштованих і «білої» заробітної плати.

Як зазначають експерти Профспілки, також є часті випадки, коли свої так звані «доплати», тобто неофіційну частину зарплати будівельники очікують місяцями, а іноді до півроку, або взагалі можуть її не отримати [10]. Про обсяг зазначених сум, звичайно, інформації не існує.

Такі недоплати і невчасні виплати унеможливають отримання у повному обсязі і вчасно соціального захисту у разі настання страхових випадків.

Розглядаючи інформацію Держпраці про статистику нещасних випадків до поширення пандемії COVID-19, за показниками 2019 року будівництво є однією із найбільш травмонебезпечних сфер господарювання. Так, зокрема, у 2019 році майже 15% від загальної кількості травмувань на виробництві зі смертельним наслідком сталося саме у будівельній галузі. До того ж, будівництво, як і агропромисловий комплекс показали динаміку зростання травматизму, у порівнянні з іншими галузями, в яких кількість травмованих майже не змінилася до попередніх років, або навіть зменшилася.

У 2020 році у зв'язку з пандемією COVID-19 ситуація найбільш травмонебезпечною склалася у соціально-культурній сфері, в якій зафіксовано найвищий ріст виробничого травматизму та найбільшу загальну кількість випадків зі смертельним наслідком. Такий ріст травматизму викликаний значною кількістю працівників закладів охорони здоров'я, які інфікувалися гострою респіраторною хворобою COVID-19 під час виконання трудових обов'язків.

Трудова діяльність будівельників зумовлена специфікою будівельного виробництва. Вона характеризується тим, що будівництво проводять на відкритому повітрі, постійних робочих місць немає, робота вимагає постійного руху, присутність шкідливих факторів, а саме:

- Розосередженість будівництва. Після здачі одного об'єкта робітники з засобами виробництва переходять на інший іноді географічно віддалений від першого. Часто будівництво ведеться в піонерних умовах освоєння нового життєвого простору.

- Робоче місце будівельника переміщується в просторі і часто знаходиться під впливом природної агресії. Робітники закріплені за виконанням певного виду робіт і в міру їх виконання переміщуються з засобами праці в просторі. Ця особливість наближає будівництво до сільського господарства і протиставляє його промислового виробництва, на якому робітники працюють на закріпленому в просторі робочому місці (біля верстата, конвеєра, пульта управління та ін.).

- Головним несприятливим виробничим фактором у будівництві є мікрокліматичні умови, особливо в літню пору, які поєднуються з фізичним перевантаженням при неповній механізації будівельних робіт, дією підвищених концентрацій пилу цементу, вапна, гіпсу, нерудних будівельних матеріалів, токсичних речовин при роботі з лаками і фарбами, нафтопродуктами, мастилами, клеями, смолами, вихлопними газами машин. Крім того, діють підвищені рівні шуму і вібрації, особливо при роботі з ручними будівельними механізмами, іншими будівельними машинами.

- Значні нервово-емоційні перевантаження і фізичні витрати (підвищена

увага до виробничої ситуації, що постійно змінюється; значні м'язові зусилля, вимушена робоча поза, велике навантаження на опорно-руховий апарат).

- Робота на висоті, часто без освітлення і в поганих метеорологічних умовах.
- Поєднання професій, необхідність використання робочих різних будівельних управлін.

Несприятливі чинники, у т.ч. й навколишнього середовища можуть призвести до низки захворювань у будівельників. Найвищий рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності спостерігається серед бетонярів і каменярів. У них виявляють простудні захворювання, захворювання органів дихання, опорно-рухового апарату, шкіри та органів травної системи.

Також реєструються різні ступені перегрівання організму, зміни процесів обміну енергії, що можуть призвести до формування професійної патології – хронічного теплового виснаження, хронічного перегрівання, а також виробничо обумовленої патології, до якої відносяться захворювання серцево-судинної системи, захворювання шлунково-кишкового тракту, захворювання центральної нервової системи (неврози, вегето-судинна дистонія, астеновегетативний синдром та інші). Страждає імунна система, внаслідок чого підвищується рівень інфекційної захворюваності, у тому числі простудних хвороб [11].

Професійними захворюваннями будівельників вважають вібраційну хворобу, пневмоконіози, хвороби опорно-рухового апарату, ураження органів слуху, захворювання шкіри та отруєння.

Все це впливає на працездатність робітників, а також обумовлює необхідність належного забезпечення медичною допомогою, соціальним захистом, зокрема й профілактичним.

Великою проблемою для будівельної галузі є значна трудова міграція українських будівельників за кордон, що посилює їхню соціальну незахищеність.

Отже за наведеною інформацією можна зазначити, що реальна модель трудових відносин у будівельному секторі являє собою набір відхилень від норм з поширенням неформальних відносин, високим рівнем травмування та професійних захворювань. Відтак для працівників галузі особливо важливим є соціальний захист на випадок ризиків, охоплених Конвенцією Міжнародної організації праці № 102 про мінімальні норми соціального забезпечення.

Саме тому нам, як профспілковим експертам, вважається за необхідне розглянути на прикладі будівельної галузі надання необхідних видів соціального забезпечення і допомог у відповідності до Конвенції № 102, зокрема дослідити, як відобразилась на добробуті працівників будівельного сектору ратифікація Україною цієї Конвенції.

3.2. Захист держави на випадок ризику призупинення заробітку, згідно Конвенції 102: допомога по безробіттю (Розділ IV Конвенції).

Система соціального захисту у випадку безробіття спрямована на підтримку та захист прав економічно активного населення, що сприяє підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці, зниженню рівня безробіття, а також подоланню та упередженню бідності шляхом заміщення рівня втраченого доходу у період незайнятості. Державою має забезпечуватись захист при настанні для захищеної особи соціального ризику за обставиною «безробіття».

Четвертий розділ конвенції № 102 визначає насамперед поняття «безробіття» як охоплюваний ризик, що включає призупинення заробітку, як це визначається національним законодавством, спричинене неможливістю для захищеної особи, яка здатна і готова працювати, отримати роботу, що їй підходить.

Норми Конвенції встановлюють ряд мінімально необхідних параметрів забезпечення по безробіттю, серед яких слід виділити вимоги щодо кола захищених осіб, тривалості та рівня забезпечення.

Розглянемо більш докладно дані міжнародні стандарти і порівняємо з положеннями українського законодавства та практики надання захисту у застосуванні до будівельної галузі.

Захищеними особами, згідно Конвенції, мають бути не менше 50% працівників, від загального числа працюючих (п. «а» ст. 21), або всі жителі, кошти яких під час охоплюваного ризику не перевищують встановлених розмірів (п. «б» ст.21). А розмір допомоги повинен надаватися у вигляді періодичних виплат, таким чином, щоб бути не менше 45% попереднього заробітку. Але за умов наявного стажу, що може бути необхідним для такої допомоги, з метою запобігання можливим зловживанням. Фіксована ставка допомоги (без урахування заробітку) – щонайменше 45% зарплати некваліфікованого робітника (ст.65, ст.66. Додаток до Розділу XI).

В Україні допомога по безробіттю регулюється Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» від 02.03.2000 №1533-ІІ (редакція від 23.04.2021) (далі – Закон № 1533).

Страховим випадком для надання допомоги по безробіттю (відповідно до ст.1 Закону № 1533) є подія, за якою:

- застраховані особи втратили заробітну плату (грошове забезпечення) або інші передбачені законодавством України доходи, внаслідок втрати роботи з незалежних від них обставин, і зареєстровані в установленому порядку як безробітні, готові та здатні приступити до підходящої роботи і дійсно шукають роботу;
- застраховані особи, що опинилися в стані часткового безробіття.

Українським законодавством визначено, що страхування на випадок безробіття є обов'язковим для:

- всіх працюючих на умовах трудового договору (контракту), цивільно-правового договору, на інших підставах, передбачених законодавством про працю;
- військовослужбовців (крім військовослужбовців строкової служби);
- осіб, які забезпечують себе роботою самостійно;
- фізичних осіб - підприємців.

Також Закон № 1533 визначає, що страхування на випадок безробіття може бути добровільним для громадян України, які працюють за кордоном, членів особистого селянського та фермерського господарства.

Таким чином в українському законодавстві захищено таке коло осіб, що відповідає пункту «а» статті 21 Конвенції – не менше 50% працівників, від загального числа працюючих.

В законодавстві відсутні виключення щодо охоплюваних осіб за галузевим принципом, видом трудової діяльності, окрім строкової військової служби. Отже особи зайняті в будівельній галузі на умовах найму у юридичних і фізичних осіб - підприємців, а також самостійно зайняті мають відноситись до категорії захищених – в якості застрахованих осіб. Невід'ємною умовою для набуття особою статусу застрахованої і отримання нею страхового стажу є сплата страхових внесків (самостійно або роботодавцем) не менше розміру, встановленого законодавством єдиного соціального внеску, розрахованого до мінімальної заробітної плати.

До числа застрахованих осіб із загального числа 699 тис. зайнятих в будівельній галузі у 2019 році відносились 194 тис. – це найняті штатні працівники.

Якщо розглянути фактичну ситуацію в будівельній галузі, враховуючи, що за даними Держстату (обстеження робочої сили «Неформально зайняте населення за видами економічної діяльності») без офіційного працевлаштування у 2019–2020 роках в галузі працювали 588 тис. та 557 тис. будівельників відповідно [1],

у відсотковому відношенні, даними Державної податкової служби, – понад 40% від працюючих в галузі, а за окремими оцінками Мінекономрозвитку ця цифра могла сягати 70% [2], то усі ці працівники залишаються поза межами соціального захисту, адже не є застрахованими особами.

Також за власними спостереженнями експертів Профспілки половина працівників, зайнятих на українських будівництвах, працюють неофіційно. Отже, погоджуючись на умови роботодавця працювати без офіційного оформлення трудових відносин найняті працівники, відразу стають «невидимими» для законодавчого поля, яким має надаватись соціальний захист.

Це означає, що практично половина робітників в будівництві не є застрахованими особами та не мають права на отримання допомоги із заміщенням заробітку у випадку настання соціального ризику безробіття. Це число може бути більшим, оскільки цілком поза офіційними відносинами перебувають робітники будівельних професій, які як самозайняті особи поодиночі або в групі у неформальному секторі виконують ремонтно-будівельні роботи.

Варто звернути увагу, що в урядовій доповіді про застосування Конвенції за 2018 рік у якості категорії захищених осіб розглядається виключно лише середньооблікова чисельність найманих штатних працівників – 7685,6 тис. осіб, які згідно з українським законодавством підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, і тому урядом стверджується, що охоплюється захистом 100% працівників. Тоді як зайняте населення працездатного віку складало майже удвічі більше – 15495,9 тис. осіб [3].

Як показує дійсний стан трудових відносин у будівельній галузі, через високий рівень неофіційної праці, щонайменше 50% працівників у випадку безробіття залишаються поза соціальним захистом, який передбачає Конвенція.

Можна стверджувати, що у 2020 році щонайменше 557 тис. осіб, неформально зайнятих у будівництві в загальній чисельності 3 276 тис. осіб, неформально зайнятих в різних галузях працювали без можливості у разі настання визначеного Конвенцією ризику отримати допомогу по безробіттю із заміщенням втраченого заробітку.

Крім обов'язкового соціального страхування статистична інформація про осіб, які б брали участь у добровільному страхуванні, та їх кількість у офіційних джерелах відсутня.

Що стосується тривалості надання забезпечення по безробіттю, то в статті 24 Конвенції передбачена можливість обмеження даного періоду:

а) коли захисту підлягають категорії працюючих, – 13 тижнями в рамках 12-місячного періоду;

б) коли захищаються всі жителі, кошти яких під час охоплюваного ризику не перевищують встановлених меж, – 26 тижнями в рамках 12-місячного періоду.

Конвенція містить норму, згідно якої національним законодавством може передбачатись тривалість виплати допомоги в залежності від тривалості періоду сплати внесків та/або від допомоги, отриманої раніше протягом встановленого періоду, але має дотримуватись умова, що середня тривалість виплати допомоги не є меншою ніж 13 тижнів у рамках 12-місячного періоду.

В українському законодавчому полі, як ми вже зазначали, категорія захищених осіб – це працюючі особи. Розглянемо докладніше умови надання та розмір допомоги таким особам на прикладі будівельників.

При порівнянні українського законодавства по даному параметру необхідно керуватися частиною 2 статті 22 Закону № 1533, згідно з якою загальний період виплати допомоги по безробіттю для тих, хто має страховий стаж, не може перевищувати 360 календарних днів протягом двох років (24 місяців).

Інший період виплати допомоги: 180 календарних днів – для окремих категорій

осіб, у яких відсутній період сплати страхових внесків, таких як:

- молодь, що закінчила або припинила навчання у загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладах, звільнилася зі строкової військової або альтернативної (невійськової) служби і яка потребує сприяння у працевлаштуванні на перше робоче місце у разі реєстрації в установленому порядку відповідних осіб як безробітні;

- внутрішньо переміщені особи, які не мають документів, необхідних для надання статусу безробітного.

А також окремо визначена тривалість виплати допомоги по безробіттю для осіб передпенсійного віку (за 2 роки до настання права на пенсію), який не може перевищувати 720 календарних днів (стаття 22, п. 4 Закону України № 1533).

У разі чергового визнання в установленому порядку застрахованої особи безробітною у межах двох років, протягом яких виплачується допомога по безробіттю, тривалість її виплати враховується сумарно.

Таким чином, дана норма щодо тривалості виплати допомоги значно перевершує положення Конвенції.

Конвенцією передбачається можливість встановленого періоду очікування отримання виплати по безробіттю: допомога може не виплачуватися протягом перших 7 днів у кожному випадку призупинення заробітку.

В Україні також законодавчо визначено (ч. 3 статті 22 Закону № 1533), що допомога по безробіттю виплачується з 8 дня після реєстрації застрахованої особи в установленому порядку в державній службі зайнятості (у разі якщо протягом 7 днів з дня звернення особу не буде працевлаштовано).

Водночас в Законі є окрема норма для осіб, що звільнилися з останнього місця роботи за власним бажанням без поважних причин, згідно якої встановлено значно більший період очікування призначення допомоги – для цієї категорії її виплата починається з 91-го календарного дня.

Оскільки випадки розірвання трудового договору з ініціативи працівника «за власним бажанням», в дійсності «добровільно-примусово» в будівельній галузі досить поширені, будівельники, таким чином, часто підпадають під дію саме цієї норми українського законодавства, що є гіршою за вимоги Конвенції.

Однак найбільш проблемним питанням відповідності українського законодавства нормам Конвенції є рівень забезпечення періодичних виплат по безробіттю.

Відповідно до Закону одержувачів допомоги по безробіттю можна поділити на дві групи відповідно до способу визначення допомоги за умовою наявності страхового стажу та його тривалості у період перед настанням охопленого ризику:

- 1) для застрахованих осіб, страховий стаж яких протягом 12 місяців, що передували безробіттю, становить не менше 6 місяців, допомога визначається у відсотках до їх середньої заробітної плати (доходу) залежно від страхового стажу, але не менше мінімального розміру допомоги по безробіттю, встановленого правлінням Фонду соціального страхування для цієї категорії осіб, у 2020 році – 1630 грн (з 1 січня), 1800 грн (з 1 липня). Максимальний розмір допомоги не може перевищувати чотирикратного розміру прожиткового мінімуму для працездатних осіб, у 2020 році – 8408 грн (з 1 січня), 8788 грн (з 1 липня), 9080 грн (з 1 грудня). При цьому при призначенні допомоги по безробіттю перевірка на її потребу відсутня.

- 2) для застрахованих осіб, страховий стаж яких протягом 12 місяців, що передували безробіттю, становить менше 6 місяців, а також звільнені з останнього місця роботи у зв'язку з винними діями (бездіяльністю) особи, допомога визначається без урахування заробітної плати в мінімальному розмірі, встановленому правлінням Фонду соціального страхування.

Згідно Додатку XI Конвенції розмір допомоги по безробіттю для типового бенефіціарія повинен бути не менше 45% від заробітної плати стандартного найманого працівника, визначеного відповідно до вимог Конвенції. Під типовим бенефіціарієм мається на увазі чоловік з дружиною і двома дітьми, при цьому при визначенні рівня забезпечення Конвенція дозволяє включити в порядок розрахунку також допомогу багатодітним сім'ям, встановленим в національному законодавстві.

Розмір періодичних виплат по безробіттю.

Правила нараховування допомоги по безробіттю, як для жінок, так і для чоловіків, однакові.

За нормами Закону розмір допомоги по безробіттю визначається залежно від тривалості страхового стажу. Безробітному нараховується допомога у таких розмірах, якщо він має страховий стаж:

- до 2 років – 50% середньої зарплати попереднього періоду;
- від 2 до 6 років – 55%;
- від 6 до 10 років – 60%;
- більше 10 років – 70%.

Розрахунковим періодом, за який обчислюється середня заробітна плата (дохід, грошове забезпечення), є 12 календарних місяців, що передують місяцю настання страхового випадку (реєстрації особи в державній службі зайнятості як безробітної).

Розрахований розмір допомоги при цьому має бути в межах визначених максимальної і мінімальної суми.

Обсяг виплати допомоги по безробіттю здійснюється також в залежності від тривалості перебування без роботи у відсотках до визначеного розміру:

- перші 90 календарних днів – 100%;
- протягом наступних 90 календарних днів – 80%;
- в подальшому – 70%.

Таким чином відсотковий розмір заміщення заробітку при встановленні допомоги в українському законодавстві 50–70 % є вищим за мінімальну вимогу Конвенції – 45% (Додаток XI) у перші три місяці її отримання.

Мінімальний розмір допомоги по безробіттю з 1 березня 2020 року для цієї категорії застрахованих осіб становить фіксовану суму 1800 грн, затверджену Правлінням Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття (Постанова від 31.01.2020 № 211 «Про мінімальний розмір допомоги по безробіттю»).

Для іншої групи застрахованих осіб – у яких страховий стаж протягом 12 місяців, що передували реєстрації такої особи як безробітної, менше 6 місяців, допомога відповідно до Закону має фіксований розмір, а не як відсоток заміщення заробітку в залежності від страхового стажу (ч. 2 ст. 22, ч. 3 ст. 23 Закону № 1533) і становить 650 грн На період упровадження карантину, пов'язаного з пандемією COVID-19, цю виплату було збільшено до 1000 грн.

Оскільки для положень українського законодавства для визначення захищених осіб відповідним є підпункт «а» статті 21 Конвенції, розглянемо обсяг допомог на випадок безробіття застрахованих осіб, страховий стаж яких протягом 12 місяців, що передували безробіттю, становить не менше шести місяців. Для цього застосовуються положення статті 65 Конвенції.

У середньомісячний дохід для обчислення допомоги по безробіттю включаються всі види виплат, на які нараховувалися страхові внески, що підтверджуються даними Єдиного державного реєстру застрахованих осіб Пенсійного фонду України та Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Проведемо розрахунки розміру допомоги по безробіттю для бенефіціарія - будівельника, виходячи із середньої заробітної плати в галузі, яка за даними Державного управління статистики за 2020 рік становила 9832 грн [4].

- 1) При страховому стажі до 2 років:
 - у перші 90 календарних днів виплата становить 4916 грн – 50% від середньої зарплати попереднього періоду;
 - протягом наступних 90 календарних днів (80% від нарахованої допомоги) виплачується 3933 грн – 40% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику;
 - в подальшому (70% від нарахованої допомоги) виплачується 3441 грн – 35% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику.
- 2) При страховому стажі від 2 до 6 років
 - у перші 90 календарних днів виплата становить 5407 грн – 55% від середньої зарплати попереднього періоду;
 - протягом наступних 90 календарних днів – 4326 грн – 44% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику;
 - в подальшому – 3785 грн – 38% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику.
3. При страховому стажі від 6 до 10 років:
 - у перші 90 календарних днів виплата становить 5899 грн – 60% від середньої зарплати попереднього періоду;
 - протягом наступних 90 календарних днів – 4719 грн, або 48% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику;
 - в подальшому – 4129 грн, або 42% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику.
- 4) При страховому стажі більше 10 років:
 - у перші 90 календарних днів виплата становить 6882 грн – 70% від середньої зарплати попереднього періоду;
 - протягом наступних 90 календарних днів – 5506 грн, 56% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику;
 - в подальшому – 4818 грн, 49% від заробітку, що передувало настанню страхового ризику.

На Рис. 4 відображено розмір допомоги, виходячи із середньої заробітної плати в будівництві, в залежності від наявного страхового стажу.

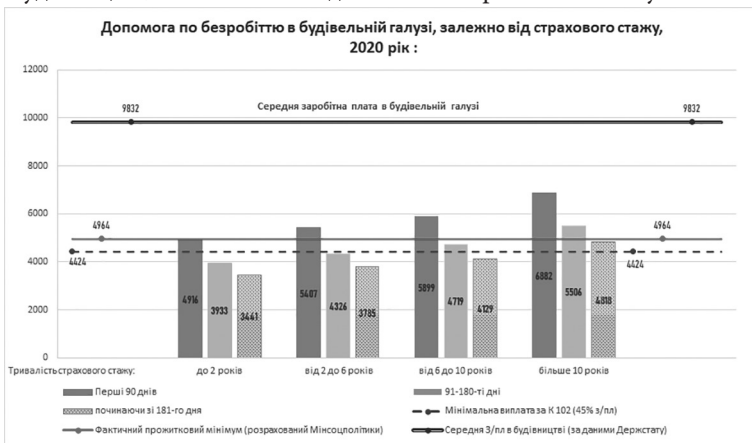


Рис. 4.

Як бачимо із наведених розрахунків, для отримувача допомоги в будівельній галузі в залежності від страхового стажу та тривалості безробіття рівень забезпечення мінімальних вимог Конвенції значно різниться:

- при страховому стажі понад 10 років протягом усього захищеного українським законодавством періоду безробіття розмір допомоги є вищим, ніж мінімально визначений Конвенцією;
- при страховому стажі від 6 до 10 років протягом перших 180 днів розмір виплат сягає необхідного мінімуму, а при більш тривалому безробітті не відповідає цій вимозі;
- при стажі, меншому за 6 років, мінімальна норма, передбачена у Конвенції (45% заміщення попереднього заробітку) дотримується лише при нарахуванні розміру допомоги у перші 90 днів охоплюваного ризику. Починаючи з 91-го дня безробіття і до закінчення періоду, на який законом надається захист, допомога є меншою за мінімально необхідну.

Якщо порівняти допомогу по безробіттю з фактичним прожитковим мінімумом за відповідний період для працездатної особи – 4964,25 грн [5], для безробітного із страховим стажем понад 2 роки на початку періоду виплати її розмір перевищує цей мінімум, а при більш тривалому безробітті є меншим за нього. Допомога для працівника, що має стаж до 2-х років, з першого дня охоплюваного ризику є нижчою за фактичний прожитковий мінімум.

Отже щодо розміру допомоги, яка залежить від страхового стажу, можна зробити висновок, що у випадку настання безробіття, протягом перших 90 днів призначається допомога, як того вимагає Конвенція – не менше 45% середнього заробітку. Подальше зменшення відсотку виплати від розрахованого її розміру значно зменшує захищеність при стажі роботи, меншому 10 років – будівельник із стажем від 2-х до 10-ти років при більш тривалому безробітті отримує виплати нижчі за розмір заміщення заробітної плати, передбачений Конвенцією, та фактичний прожитковий мінімум. А працівник зі стажем роботи до 2-х років з першого місяця, як стає безробітним, отримуючи допомогу, потрапляє за межу фактичного прожиткового мінімуму. Лише за наявності стажу понад 10 років будівельник може отримати необхідний соціальний захист. Таким чином не можна вважати повністю забезпеченою важливу умову статті 67 Конвенції, яка передбачає, що загальна сума допомоги повинна бути достатньою для утримання родини бенефіціарія в здорових і гідних умовах життя.

Беручи до уваги інформацію, наведену у Розділі 3.1. щодо рівня заробітку, який фактично складається у будівельній галузі і може включати тіньову заробітну плату, ми спрогнозували розрахунки допомоги по безробіттю із збільшеною на «тіньову» різницю частиною (Рис. 5).

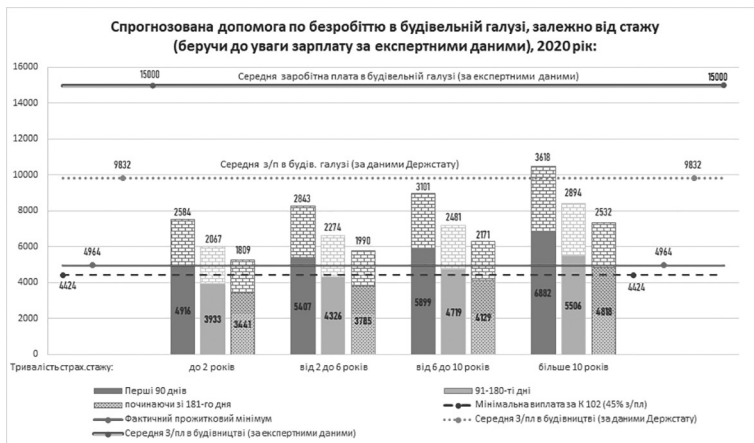


Рис. 5.

Як бачимо, виведена із «тіні» частина заробітку могла б забезпечити необхідний рівень допомоги.

Розглянемо рівень захисту, який забезпечує будівельнику надання мінімальної допомоги по безробіттю (Рис.6).

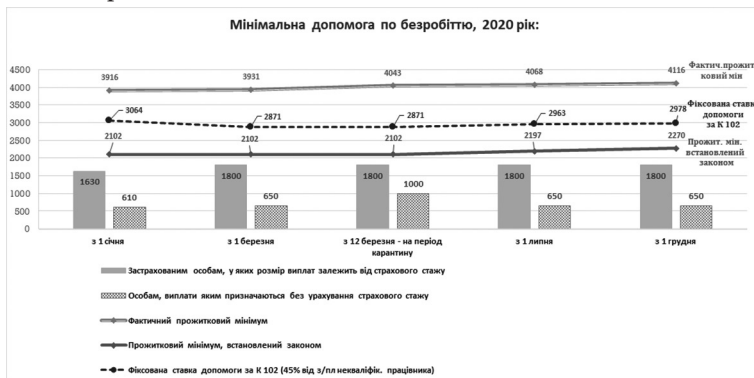


Рис. 6.

Така ситуація стосується випадків, якщо працівник як застрахована особа має необхідний страховий стаж не менше 6 місяців протягом 12 місяців, що передували набуттю статусу безробітного, але в цей період виплачувався низький розмір заробітної плати і відповідно – страхових внесків. В будівництві такі випадки, як правило, пов'язані із значною частиною зарплат «в конверті», або ж за цей період існує заборгованість із перерахування роботодавцем страхових внесків через невилплату зарплати. Як зазначали в Розділі 2, у будівельній галузі існує значна заборгованість із виплати заробітної плати.

Мінімальна фіксована допомога у такому разі складала у 2020 році 1630 грн (з січня), 1800 грн (з березня), або 36 – 38% від мінімальної заробітної плати (за відповідний період), 81,9% від законодавчо встановленого прожиткового мінімуму для працездатних осіб, а від фактичного – лише 41,6 – 45,8%.

Ще менший захист може отримати будівельник, який не є застрахованою

особою – його праця тіньова, або через заборгованість із заробітної плати роботодавець не перераховував навіть мінімально необхідних страхових внесків, чи працівник не зміг отримати постійної офіційної роботи. Особливо варто звернути увагу, що при значному рівні в будівельній галузі трудової міграції за кордон, багато будівельників у 2020 році через пандемію COVID-19 втратили там роботу і змушені були повертатись через карантинні вимоги в Україну, потрапили в ситуацію безробіття не маючи необхідного страхового стажу. У таких випадках могла виплачуватись лише допомога по безробіттю, визначена Фондом у 2020 році в мінімальному розмірі 610 грн (з січня), 650 грн (з 1 березня, на період впровадження карантину – 1000 грн), що складає лише 13 – 13,8 % від мінімальної заробітної плати, а не 45%, що мало б відповідати вимогам Конвенції. Така мізерна виплата, менша півтора денного середнього заробітку будівельника, не виконує функцію допомоги.

З одного боку, необхідно підтримувати розумний баланс інтересів осіб, які підпадають під захист, й інтересів держави, коли допомога по безробіттю надає безробітному громадянину тимчасове джерело коштів для існування на розумний період, необхідний для пошуку підходящої роботи, і спрямоване на скорочення періоду безробіття, стимулювання безробітного до активного пошуку роботи та запобігання необґрунтованих відмов від неї.

З іншого боку, з огляду на різницю у величині прожиткового мінімуму і розміру допомоги по безробіттю, складно говорити про дотримання балансу інтересів. Як бачимо, занижений розмір допомоги по безробіттю не може ефективно захистити від бідності, оскільки є недостатнім для утримання сім'ї одержувача в здорових і гідних умовах життя, як обумовлено вимогами статті 67 Конвенції.

Варто звернути увагу на урядові законодавчі ініціативи щодо змін чинних норм, які регулюють систему соціального захисту на випадок безробіття. В рамках впроваджуваних «ліберальних» реформ трудового законодавства Міністерством економіки України на початку 2021 року було підготовлено та надано на погодження Стороні профспілок проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо реформування служби зайнятості, соціального страхування на випадок безробіття, сприяння продуктивній зайнятості населення, у тому числі молоді, та впровадження нових активних програм на ринку праці».

Законопроектом передбачається багато нових норм у сфері соціального захисту безробітних, з питань зайнятості, впровадження активних програм на ринку праці тощо. Проте за позитивною назвою містяться зміни, які значно звужують права застрахованих осіб, призводять до зменшення розмірів та умов отримання допомоги, порівняно з чинними нормами, що заборонено статтею 22 Конституції України, та окремі є гіршими, ніж деякі мінімальні норми Конвенції 102.

Проектом запропоновано для призначення допомоги по безробіттю залежно від страхового стажу збільшити тривалість необхідного страхового стажу з 6 до 12 місяців протягом 18 місяців (замість 12 місяців), які передували реєстрації особи як безробітної. Крім того, передбачається значно зменшити тривалість виплати допомоги по безробіттю з 360 до 180, 240, 300 календарних днів залежно від наявності в особи тривалості страхового стажу. Хоча такі терміни не є меншими, за встановлені Конвенцією 13 тижнів, після ратифікації Конвенції нові норми законодавства не повинні зменшувати існуючий рівень забезпечення.

Зокрема пропонується вдвічі зменшити тривалість виплати допомоги по безробіттю для молоді, яка закінчила або припинила навчання у закладах загальної середньої, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої та вищої освіти, звільнилася із строкової військової або альтернативної (невійськової)

служби і яка потребує сприяння у працевлаштуванні на перше робоче місце, та для внутрішньо переміщених осіб, що не мають документів, необхідних для надання статусу безробітного.

Збільшення тривалості страхового стажу для обчислення допомоги по безробіттю тягне за собою зменшення розміру допомоги. Значно зменшується розмір допомоги по безробіттю при виплаті після першої половини строку тривалості такої виплати. Як було наведено в розрахунках на прикладі виплат будівельникам, такий період виплати вже за чинним законодавством не відповідає мінімальним вимогам Конвенції (Додатку до Розділу XI).

Також збільшується період очікування допомоги до 90 днів ще й для такої категорії безробітних як звільнені за угодою сторін, хоча відповідно до Конвенції такий період передбачається лише 7 днів (ч. 3 ст. 24). Як свідчить практика, саме за згодою сторін часто відбувається припинення трудових договорів.

Зауваження до таких змін законодавства профспілковою стороною були направлені розробнику законопроекту.

3.3. Захист держави на випадок ризику старості, згідно Конвенції 102: допомога по старості (Розділ V Конвенції).

В Україні десятиліттями діє пенсійна система, в основу якої покладено принцип нарахування пенсій в залежності від тривалості стажу роботи (і відповідно сплати страхових внесків) і одержуваного заробітку конкретного працівника за минулі періоди роботи. Також існує система соціального страхування.

Згідно V розділу Конвенції охоплюваним випадком для надання державою соціального захисту є перевищення встановленого віку (ст. 25, ст. 26).

Конвенцією задаються мінімальні показники для надання пенсійного забезпечення, такі як коло захищених осіб, необхідний звичайний та мінімальний стаж сплати страхових внесків, рівень забезпечення пенсійними виплатами, у тому числі допустимі параметри їх скорочення чи припинення.

Захищеними особами, згідно Конвенції, мають бути встановлені категорії працюючих, чисельністю не менше ніж 50 відсотків усіх працюючих (п. «а» ст. 27), або економічно активного населення – не менше ніж 20 відсотків від усіх жителів (п. «b» ст. 27), або всі жителі, кошти яких під час охоплюваного ризику не перевищують встановлених розмірів (п. «с» ст. 27).

Допомога надається у вигляді періодичних виплат таким чином, щоб бути не менше 40% попереднього заробітку за умов наявності страхового стажу 30 років, або сплати встановленого середньорічного числа внесків, або фіксована ставка 40% заробітку некваліфікованого працівника (ст.65, ст.66. Додаток до Розділу XI).

Допомога може бути скороченою, якщо стаж сплати внесків 15 років, або сплачено половину середньорічного встановленого числа внесків. 40-відсотковий рівень, може бути пропорційно зменшений, коли стаж, необхідний для отримання скороченої у відсотковому рівні допомоги, перевищує 10 років сплати внесків або зайнятості, але є меншим ніж 30 років (п. 4 ст. 29). На 10% зменшується – захищеної особі, яка відповідно до встановлених правил набула 10-річний стаж сплати внесків (п. 3 ст. 29).

Допомога особі, чий доходи нижчі межі бідності: загальна сума допомоги та інших коштів родини отримувача мають становити не менше 40% заробітку некваліфікованого працівника.

В Україні допомога по старості регулюється Законами України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 09.07.2003 № 1058-IV (редакція від 01.07.2021) (далі – Закон № 1058), «Про державну соціальну допомогу

особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» від 18.05.2004 № 1727-IV (редакція від 27.06.2020) (далі – Закон №1727).

Страховим випадком для надання пенсійних виплат є:

- досягнення встановленого віку 60 – 65 років (пенсія за віком);
- настання інвалідності, що спричинила повну або часткову втрату працездатності за наявності страхового стажу відповідно для груп інвалідності (пенсія по інвалідності);
- смерть годувальника – для призначення непрацездатним членам сім'ї, які були на його утриманні, за наявності у годувальника на день смерті страхового стажу (пенсія у зв'язку з втратою годувальника).

Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, – щомісячна державна допомога надається при досягненні 65-річного віку (жінкам вік з 58 років поступово збільшується також до 65-ти – з 2025 року).

Відповідно до статті 11 Закону № 1058 загальнообов'язковому державному пенсійному страхуванню підлягають:

- громадяни України, іноземці, які працюють у юридичних та фізичних осіб на умовах трудового договору (контракту) або працюють на інших умовах, передбачених законодавством, або виконують роботи (надають послуги) за договорами цивільно-правового характеру;
- фізичні особи – підприємці та особи, які провадять незалежну професійну діяльність й отримують дохід від цієї діяльності;
- особи, які доглядають за дитиною до досягнення нею трирічного віку та відповідно отримують допомогу по догляду; особи, які отримують допомогу по тимчасовій непрацездатності, а також особи, які перебувають у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами і отримують відповідну допомогу; особа, що доглядає за дитиною з інвалідністю або з тяжким захворюванням, особою з інвалідністю I групи, або такою, що потребує постійного догляду.
- військовослужбовці, поліцейські.

Відповідно до Закону № 1727 надається державна допомога іншим – незастрахованим особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю.

Для визначення захищених осіб на випадок ризику старості можна використовувати підпункт «а» (встановлені категорії працюючих, які становлять не менше ніж 50 відсотків усіх працюючих) та підпункт «с» (усі жителі, кошти яких під час охоплюваного ризику не перевищують встановлених меж) статті 27 Конвенції.

В Доповіді по 102 Конвенції Урядом надавалась лише інформація відповідно до підпункту «с» – щодо осіб, які отримують мінімальні пенсії.

У цьому дослідженні ми зосередимо увагу на наданні особам пенсійних виплат за віком, що вищі за мінімальну пенсію, та розглянемо умови захисту на випадок досягнення віку, який дає право на пенсію, й рівень його забезпечення на прикладі працівників будівельної галузі.

Відповідно до чинного законодавства право на призначення пенсії за віком мають застраховані особи після досягнення віку 60 років та наявності встановленого страхового стажу (до стажу може бути зарахована частина, якої не вистачало, але за цей період доплачено мінімально встановлені внески).

Мінімальна пенсія за віком при наявності у чоловіків 35 років, а у жінок 30 років страхового стажу встановлюється в розмірі прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність (ст.28, п.1 Закону №1058).

У 2017 році, після ратифікації та набуття чинності Конвенцією № 102, було прийнято Закон № 2148-VIII від 11.10.2017 р. внаслідок чого пенсійна система зазнала суттєвих змін з січня 2018 року. Пенсійний вік не встановлювався вищим

– він є однаковий для жінок і чоловіків 60 років (для жінок цей вік поступовим збільшенням по 6 місяців досягається 60 років з 1 квітня 2021 року). Натомість для отримання права на призначення пенсії за віком збільшились вимоги до страхового стажу додаванням до мінімально необхідних 25 років (у 2018-му) по 1 року, починаючи з 1 січня 2019 року. І у 2028 році має сягнути 35 років як для чоловіків, так і для жінок. А також введено додаткові умови та вікові межі при недостатності цих підвищених параметрів стажу.

Так, якщо в 60-річній особі не вистачає зазначеної тривалості страхового стажу, вона має право обрати – допрацювати чи придбати необхідну кількість років (для призначення пенсії у віці від 60 до 63 років) або ж звернутися за призначенням пенсії у віці 63–65 років.

Пенсія за віком у 63 роки

У 63 роки пенсія за віком, як для чоловіків, так і для жінок, призначається у разі наявності страхового стажу тривалістю від 18 до 28 років (у 2021 році). Щорічно вимога до кількості страхового стажу збільшується на 1 рік до досягнення в 2028 році 25 – 35 років страхового стажу.

Якщо в 63-річній особі не буде зазначеної тривалості страхового стажу, вона має право обрати – допрацювати або придбати необхідну кількість років (необхідних для призначення пенсії у віці від 63–65 років) або звернутися за призначенням пенсії у віці від 65 років.

Пенсія за віком у 65 років

Починаючи з 1 січня 2019 року, особи у яких страховий стаж складає 15 років, пенсія за віком призначається у 65 років (при відсутності страхового стажу тривалості, необхідної для призначення пенсії в 63 чи 65 років).

Особі, у яких відсутній страховий стаж (загальний) тривалістю 15 років, мають право на призначення державної соціальної допомоги, після досягнення 65 років за сукупним доходом сім'ї.

Отже посилення вимог до страхового стажу фактично призводить до виходу на пенсію у більш пізньому віці – фактично збільшується пенсійний вік до 63 – 65 років. Така зміна щодо віку впроваджена одночасно із збільшенням необхідного страхового стажу до 35 років.

Ця вимога до тривалості стажу сплати страхових внесків перевищує вимоги Конвенції, за якими призначення пенсійної виплати в повному обсязі має бути при 30 роках страхового стажу (пп. «а» п.1 ст.29).

Збільшення віку хоч і не перевищує обумовлений Конвенцією вік 65 років (п.2 ст.26), однак ратифікація Конвенції не повинна зменшувати існуючі національні норми соціального захисту, а лише покращувати.

Зазначені зміни погіршують умови надання пенсійного захисту, особливо, якщо взяти до уваги, що на сьогодні в Україні середня тривалість життя населення в цілому і, насамперед чоловіків, нижча ніж середня в світі, враховуючи Африку й інші країни, – 66 роки у чоловіків і 76 роки у жінок [1]. Як приклад, за інформацією Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України (дані 2019 року) із тисячі 40-річних чоловіків в Україні до 65 років не доживає 343, тоді як у Швейцарії – 81, у Польщі – 210 [2].

Таким чином 34,3% працездатних чоловіків можуть не дожити до виходу на пенсію у 65 років, а з огляду на середню тривалість життя 66 років, є ризик, що після сплати протягом 25 років (і більше) страхових внесків, чоловік буде отримувати пенсійні виплати лише не значний період.

У той час як Конвенція передбачає мінімальні вимоги до стажу 15, 10 років для надання скороченої допомоги (у відсотковому співвідношенні до 40%-ного заміщення заробітку).

Також Конвенція зазначає, що національне законодавство може передбачати

призупинення виплати допомоги особам, що займаються трудовою або іншою діяльністю, що приносить дохід, або зменшувати розмір допомоги, коли заробіток особи перевищує встановлену законодавством суму, або коли заробіток отримувача, інші його кошти або сукупність таких виплат перевищує встановлену суму.

В Україні не застосовується норма такого призупинення пенсійних виплат або їх зменшень в залежності від оплачуваної діяльності отримувача та розмірів доходу від такої діяльності. Обмежується лише максимальний розмір пенсій. Як виняток, з 1 квітня 2015 року до 1 жовтня 2017 року працюючим пенсіонерам виплачувалось 85% призначеної пенсії, але не менше 1,5 прожиткового мінімуму, встановленого для осіб, які втратили працездатність (для окремих категорій пенсіонерів встановлювались пільги з виплати пенсій).

Щодо розмірів пенсійних виплат наведемо наступне.

Мінімальний розмір пенсії за віком за наявності у чоловіків 35 років, а у жінок 30 років страхового стажу (відповідно при наявності 25 і 20 років страхового стажу, якщо пенсії призначені до 1 жовтня 2011 року, крім тих, які після цієї дати проводили перерахунок пенсії з урахуванням заробітної плати за періоди страхового стажу після призначення (попереднього перерахунку) пенсії) встановлюється в розмірі прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність, визначеного законом.

А для осіб, які досягли віку 65 років (за наявності у чоловіків 35 років, а у жінок 30 років страхового стажу) передбачено, що мінімальний розмір пенсії за віком надається у розмірі 40 відсотків мінімальної заробітної плати, але не менше прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність, визначеного законом (ст.28 п. 1, 2 Закону № 1058).

Щодо середнього розміру пенсії, за інформацією Пенсійного фонду України станом на 1 січня 2021 року: середній розмір пенсійної виплати – 3 507,51 грн (із загального числа пенсіонерів 11 130 954 особи), серед них найбільше отримувачів – 41,2% мають пенсію у розмірі від 2001 до 3000 грн – в середньому 2 427,17 грн [3], що у співвідношенні до середньої зарплати становить лише 19,7% або 69% фактичного прожиткового мінімуму.

Дані Пенсійного фонду свідчать, що незмінно високим залишається рівень бідності серед осіб пенсійного віку. Станом на 1 січня 2021 року пенсію в розмірі до 4 000 грн (приблизно 140 доларів), що є нижче межі монетарної бідності (150 доларів), отримують 8 606 376 (майже 77%) наших пенсіонерів. Середній розмір призначеної пенсії з цільовою грошовою допомогою (3 507,51 грн) становить приблизно 123 долари.

Для забезпечення індексації пенсії щороку передбачається перерахунок раніше призначених пенсій шляхом осучаснення показника середньої заробітної плати (доходу) в Україні, з якої сплачено страхові внески, який враховується для обчислення пенсії на коефіцієнт підвищення, що визначається щороку Кабінетом Міністрів України (ст. 42 Закону № 1058, Постанова КМУ від 20.02.2019р. №124.).

У 2021 році Кабінетом Міністрів України визначено коефіцієнт збільшення показника середньої заробітної плати в Україні, з якої сплачено страхові внески, та який враховується при обчисленні пенсії, у розмірі 11% (або 1,11), що відповідає 50% показника зростання споживчих цін за попередній рік + 50% показника зростання середньої заробітної плати в Україні, з якої сплачено страхові внески, за три календарні роки, що передують року, в якому проводиться збільшення (5x50% + 17x50%).

Такими щорічними перерахунками забезпечується вимога ст. 66 Конвенції щодо необхідності перегляду розмірів поточних періодичних виплат по старості в разі істотних змін в загальному рівні заробітків.

Розглянемо докладніше рівень забезпечення відповідно до розділу V Конвенції на прикладі будівельної галузі.

Згідно ст. 27 Закону № 1058 розмір пенсії за віком визначається за формулою:
 $P = 3п \times Kс$,

де: П – розмір пенсії, грн;

Зп – заробітна плата (дохід) застрахованої особи, визначена відповідно до ст. 40 цього Закону, з якої обчислюється пенсія, грн;

Кс – коефіцієнт страхового стажу застрахованої особи, визначений відповідно до ст. 25 зазначеного Закону.

$3п = 3с \times (Ск : К)$, де:

Зп – заробітна плата (дохід) для обчислення пенсії, у гривнях;

Зс – середня заробітна плата (дохід) в Україні, з якої сплачено страхові внески, за три календарні роки, що передують року звернення за призначенням пенсії.

Ск – сума коефіцієнтів заробітної плати (доходу) за кожний місяць ($Kз1 + Kз2 + Kз3 + \dots + Kзп$);

К – страховий стаж за місяці, які враховано для визначення коефіцієнта заробітної плати (доходу) застрахованої особи.

Ми визначили для бенефіціарія - будівельника пенсію за віком станом на 01.01.2021 (Рис. 7) при досягненні встановленого віку, виходячи з таких параметрів:

- середньої заробітної плати по місяцях в будівельній галузі за весь період, який обов'язково враховується для обчислення пенсії (починаючи з 01.07.2000, як передбачено ст. 40 Закону № 1058) та середньої заробітної плати по Україні за цей же період [4];

- коефіцієнту заробітної плати (у співвідношенні до середньої по Україні, $Ск : К = 0,96225$);

- середньої заробітної плати (доходу) в Україні, з якої сплачено страхові внески, за три календарні роки, що передують року звернення за призначенням пенсії 9118,81 грн [5];

- величини оцінки одного року страхового стажу (у відсотках); за період участі в системі загальнообов'язкового державного пенсійного страхування величина оцінки одного року страхового стажу дорівнює 1% (п.1 ст. 25 Закону № 1058).

1. За умов виходу на пенсію за віком при наявності мінімально необхідного (станом на 01.01.2021 р.) страхового стажу – 28 років (п. 1 ст. 26 Закону № 1058), розмір пенсійної виплати будівельнику складає: 2 457 грн.

2. За умов виходу на пенсію за віком при наявності страхового стажу, який за даними Пенсійного фонду в середньому мають особи при виході на пенсію – 36 років, розмір пенсійної виплати будівельнику складає: 3 176 грн.



Рис. 7.

Як бачимо (Рис. 7), у обох випадках пенсії є меншими за фактичний прожитковий мінімум для осіб, які втратили працездатність – 3 511 грн (на цей період) [6]:

- пенсія будівельника при мінімально необхідному стажі 28 років, який застосовується для її обчислення як величина 28% до врахування заробітної плати, що значно нижче за вимоги Конвенції (40%), забезпечує лише 70% суми фактичної вартості прожиття;
- пенсія будівельника при середньому стажі виходу на пенсію українців 36 років, який застосовується для її обчислення як величина 36% до врахування заробітної плати, також нижче за вимоги Конвенції (40%), є на 10% меншою за фактичну вартість прожиття.

Очевидно, що навіть тривалість страхового стажу 36 років, більша за необхідні 30 за Конвенцією, не виконує вимогу щодо 40%-го заміщення попереднього заробітку.

Такі дані показують, що в Україні норми за розмірами пенсій стосовно статті 65 не виконуються, так як пенсії не досягають 40% середнього заробітку при наявності 30-річного стажу роботи (розміри пенсій визначаються в розмірі 1% обчисленого заробітку даної особи за кожен рік її страхового стажу. Наприклад, за 30 років страхового стажу пенсія відповідно становить 30% заробітку).

Як наслідок, занижена величина оцінки року страхового стажу не дозволяє забезпечити рівень пенсійних виплат, спроможних ефективно захистити від бідності, так як є недостатньою для утримання сім'ї одержувача в здорових і гідних умовах життя, що не відповідає вимогам статті 67 Конвенції.

Змінами до Закону № 1058 з 2018 року було скасовано коефіцієнт «вартості» 1 року страхового стажу 1,35, який за наполяганням, у тому числі профспілок, раніше було впроваджено. Застосування такого коефіцієнту до відповідного Конвенції стажу 30 років наближало до виконання норми досягнення 40% попереднього заробітку.

Для порівняння ми розрахували для будівельника суми пенсійних виплат, за тих же умов стажу і зарплати, з цим коефіцієнтом, що наблизило розмір пенсії до фактичного прожиткового мінімуму і дотримання норм Конвенції.

Отже, розрахунки показують, що для досягнення мінімально необхідного заміщення попереднього стажу при розрахунку пенсійних виплат має бути

збільшена «вартість» врахування стажу. А також, очевидно, що для досягнення вимоги ст. 67 щодо забезпечення гідного життя важливою складовою є збільшення самого заробітку, який передував виходу на пенсію (у наведеному прикладі, за весь період врахованого заробітку з 2000 року його співвідношення до середньої зарплати в економіці склало 0,96225).

Як ми зазначали в попередніх розділах, значна частина зарплати в будівельній галузі перебуває в тіні. Ця тіньова складова не потрапляє до доходу, з якого сплачуються страхові внески, а відтак будівельник, погоджуючись отримувати неофіційні виплати протягом своєї трудової діяльності, тим самим наражається на недостатнє забезпечення в старості.

Наприклад, якщо доводилось працювати лише на «офіційну» мінімальну зарплату (що поширено в галузі), то при мінімально необхідному стажі (жінкам – 30 років, чоловікам – 35 років) за розрахунками пенсійні виплати для жінок складають лише 985,30 грн, а для чоловіків – 1149,51 грн. У таких випадках державою здійснюються доплати до розміру прожиткового мінімуму, законодавчо встановленого для непрацездатних осіб.

Однак встановлений законом прожитковий мінімум є вдвічі нижчим за фактичний. Наприклад, мінімальний розмір пенсії за віком на 1 січня 2021 року становив 1769 грн. Фактичний же розмір прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність, склав – 3511 грн (3). Тому така мінімальна пенсія може забезпечити її отримувачу лише 50% його прожиття (Рис.8).

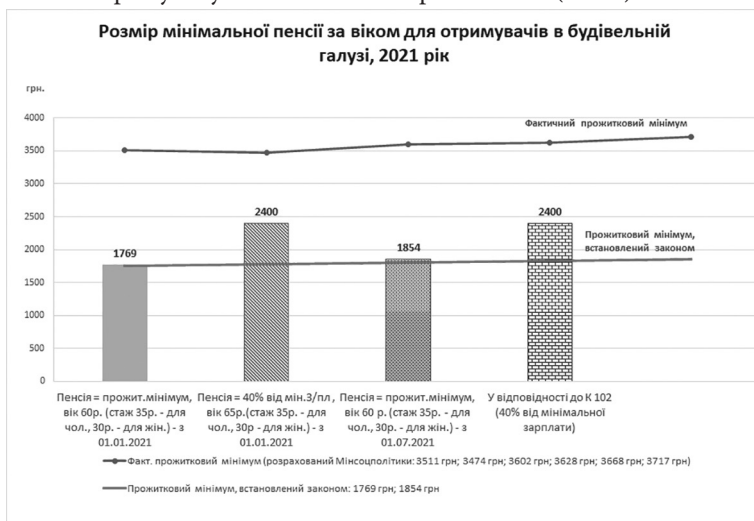


Рис. 8.

Навіть допрацювавши до 65 років, мінімальна пенсія отримувача – 2400 грн (на 01.01.2020), встановлена у розмірі 40% від мінімальної заробітної плати, що відповідає статті 66 Конвенції, становитиме 68,3% необхідного фактичного прожиткового мінімуму. Така виплата по старості також не є достатньою для підтримки здоров'я і належного матеріального становища сім'ї одержувача прожиття в старості, як це обумовлено у статті 67.

Тут постає ще таке питання, а чи є достатні можливості допрацювати до такого віку? Наша структура економіки робить неможливим працювати понад певний вік. З іншого боку, це проблема професійного навчання для людей старшого віку, тому що виникає питання: чим вони будуть займатися?

А в будівельній галузі ця проблема ще актуальніша. Адже, як наведено у Розділі 3.1, умови праці в будівництві важкі і спричиняють багато захворювань, тому на більшість робіт у віці 60–65 будівельника просто не приймають.

Для прикладу в оголошеннях про вакансії на сайті пошуку роботи РАБОТА. UA (липень 2021 р.) максимальний вік обмежується 45, 50 роками:

У зв'язку з розширенням, в компанію по виробництву модульних будівель потрібні робочі по фундаменту (бетонщики, монолитчики, арматурщики)

ВИМОГИ :

- ◆ Досвід роботи в сфері зведення фундаменту, в'язки арматури
- ◆ Робота з проектною документацією (вітається)
- ◆ Знання будівельних технологій
- ◆ Середню спеціальну освіту
- ◆ відповідальність
- ◆ Вік від 20 до 50 років

На підприємство потрібно різноробочий (будівельні роботи: штукатурка, кладка, бетонування, шпаклівка, інженерні мережі), Вік 30-45 років. Графік ПН-ПТ з 8.00 до 17.00. Знаходимося в районі заводу "Продмаш", працюємо по місту і області. Оплата 1 раз в тиждень з розрахунку 600 грн за зміну. Більш детально при співбесіді. Дзвонити ПН-ПТ з 10.00 до 16.00

Також і стан здоров'я не дозволить виконувати роботи з великим фізичним навантаженням, такі як роботи на висоті, в умовах підвищених температур, шумів і вібрацій та інших шкідливих факторів. Наприклад, для працівників баштових кранів (на яких працюють і жінки-кранівниці), а це робота у важких і шкідливих умовах праці, не передбачено скороченого стажу для виходу на пенсію.

Отже питання: де будівельницям і будівельникам працювати, щоб виконати збільшені вимоги до тривалості стажу і віку, залишається проблемним.

Особливо це стосується жінок – будівельниць, яким ще складніше напрацювати в галузі необхідний стаж, зокрема через материнство. Адже для працівниці у період вагітності забезпечення її переведення на легшу роботу на будівництві на практиці майже не виконується через відсутність робочих місць з такими умовами. Тому, плануючи народження дитини, доводиться звільнитись з роботи і втрачати стаж. Повернення до роботи будівельниці, що має малолітніх дітей, також є проблемним і тривалим.

3.4. Захист держави на випадок настання ризику хвороби, згідно Конвенції 102: медичне обслуговування (Розділ II Конвенції).

Відповідно до Конвенції держава гарантує захищеним особам надання допомоги у випадку, коли їхній стан потребує медичного обслуговування профілактичного або лікувального характеру.

Охоплювані ризики включають будь-який хворобливий стан, незалежно від його причини, а також вагітність, пологи та їх наслідки.

Допомога у випадку захворювання має надаватись у вигляді: обслуговування лікарем загальної практики (включаючи візити додому) та спеціалізованим лікарем в стаціонарах або в амбулаторіях, такого ж обслуговування поза лікарнями, а також госпіталізації та наданні основних фармацевтичних засобів, прописаних лікарем.

Допомога у випадку вагітності й пологів та їх наслідків передбачає: обслуговування лікарем, або кваліфікованою акушеркою до, під час та після пологів, та госпіталізацію в разі необхідності.

Допускається залучення захищеної особи до часткової участі в оплаті вартості її медичного обслуговування. Правила такої участі визначаються таким чином, щоб вона не виявилась непосильною.

Слід зазначити, що українське законодавство у сфері медичного забезпечення та медичної допомоги в основному відповідає Конвенції.

Згідно Основ законодавства України про охорону здоров'я кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я, передбачаються, усі перелічені Конвенцією види медичної допомоги, при цьому не встановлюється в якості умов для запобігання зловживанням набуття захищеною особою необхідного стажу, як це зазначається Конвенцією.

Конституцією України (ст.49) гарантується безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах.

Однак протягом багатьох років склалася ситуація, коли якість і доступність медичної допомоги у більшості закладів з охорони здоров'я для населення є вкрай низькою і потребує оплати пацієнтами.

Наприклад, за даними статистичного спостереження «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2020 році» [1] основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вказала занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. У 19 % домогосподарств хто-небудь із членів при потребі не отримав медичну допомогу, з них 33 % хворих не мали можливості відвідати лікаря (у сільській місцевості таких домогосподарств було 42%). У 57% таких випадків опитувані пояснили це високою вартістю послуг, у 26% – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 37%). Серед домогосподарств, члени яких потребували, але не отримали медичну допомогу, 27% повідомили про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Майже усі такі домогосподарства (88%) вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю. Одночасно 80% осіб (з тих, хто при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя) не змогли придбати ліки з основної причини – занадто висока вартість для 96,1% [1].

У жовтні 2017 року з прийняттям Закону № 2168 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в Україні розпочався основний етап медичної реформи. Трансформацію медичної системи також забезпечують Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002, відомий також як закон про автономізацію та Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206 (закон про телемедицину).

Комплексне реформування системи охорони здоров'я спрямоване на створення системи надання медичних послуг, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити рівний доступ населення до якісної медичної допомоги, та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені». В основу медреформи закладався принцип «гроші йдуть за пацієнтом» – людина сама обирає заклад та лікаря для обслуговування, а держава має сплатити за надані послуги. Перелік гарантованих медичних послуг, що включає 8 видів медичних допомог, є частиною реформи медицини Таб.2.

Таблиця 2.

Держава гарантує надання послуг			
	Первинної медичної допомоги		Медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами
	Екстреної медичної допомоги		Медичної допомоги дітям до 16 років
	Вторинної (спеціалізованої) допомоги		Медичної реабілітації
	Третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги		Паліативної медичної допомоги

Щодо обслуговування лікарем загальної практики, включаючи візити додому (пп. «і» п. «а» ст.10 Конвенції).

У 2018 року почався перший етап медичної реформи «первинної ланки» – з обрання українцями свого сімейного лікаря та підписання з ним декларації. Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, який оперує коштами державного бюджету через програму медичних гарантій, управляє програмою медичних гарантій (державним гарантованим пакетом), формує її та розробляє тарифи і коригувальні коефіцієнти на основі стратегічних напрямів та пріоритетних послуг, здійснює закупівлі медичних послуг, укладає договори з надавачами медичних послуг будь-якої форми власності (державними, комунальними і приватними закладами та лікарями-ФОП), контролює виконання умов договорів. За даними НСЗУ станом на 1 січня 2021 року понад 30,91 млн (або 77%) українців вільно обрали сімейних лікарів без прив'язки до місця реєстрації. На медичне обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу НСЗУ сплачує закладу охорони здоров'я (або лікарю-ФОП) за тарифом у розмірі 651,6 грн на рік (до якого застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта, постанова КМУ від 15.02.21 № 133).

Уся допомога на рівні первинної ланки покривається коштами НСЗУ та надається безоплатно так само, як екстрена допомога. Екстрену медичну допомогу усім без винятку пацієнтам без направлення і декларації з сімейним лікарем надають, коли їхньому життю загрожує небезпека.

У пакеті первинної медичної допомоги (ПМД) є діагностика та лікування найпоширеніших хвороб. Сімейний лікар:

- спостерігає за станом здоров'я пацієнтів із використанням різного виду досліджень;
- проводить діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних станів;
- супроводжує пацієнтів із хронічними захворюваннями;
- надає невідкладну допомогу;
- направляє пацієнта для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної високоспеціалізованої меддопомоги;
- проводить профілактику: вакцинацію, огляди та дослідження пацієнтів з груп ризику; надає консультації.

У пакеті ПМД також враховане спостереження за вагітними жінками та пацієнтами з COVID-19 незалежно від наявності декларації з сімейним лікарем. До безкоштовних послуг увійшов швидкий тест на COVID-19, який можна здати під час прийому сімейного лікаря. Пакет ПМД передбачає проведення безкоштовних основних лабораторних досліджень.

За підсумком консультації з сімейним лікарем пацієнт у разі потреби може

отримати направлення до вузького спеціаліста. Є випадки, коли пацієнт може звернутися одразу до вузьких фахівців. Цей візит оплатить НСЗУ.

Щодо забезпечення візитів лікаря (загальної практики) додому (пп. «і» п.«а» ст.10 Конвенції).

Медична реформа сповідує принцип, що лікар з надання первинної медичної допомоги – високооплачуваний спеціаліст, робочий час якого є високовартісним. Пацієнти укладають з конкретним лікарем з надання ПМД декларацію про вибір лікаря, а НСЗУ оплачує лікаря (або закладу, у якому працює такий лікар) фіксовану суму коштів за кожну укладену декларацію, що має впливати на його розмір оплати праці.

Таким чином, і лікар і заклад охорони здоров'я зацікавлені, щоб лікар більше часу проводив на прийомі у приміщенні закладу, куди приїздять пацієнти, а не витрачав робочий час на відвідування пацієнтів вдома. Крім того, на час відсутності лікаря на робочому місці у закладі, його хтось має підмінити на прийомі. Таким чином лікар сам визначає, чи відвідувати пацієнта вдома. Законодавством це не заборонено. Існують ще варіанти телемедицини (консультування лікарем пацієнта вдома з використанням мультимедійних пристроїв які забезпечують двосторонній відеозв'язок).

Трансформація «вторинної» і «третинної» ланок медичної допомоги (спеціалізована/ високоспеціалізована рівні меддопомоги) були запущені з 1 квітня 2020 року. Проте, у зв'язку з епідемією коронавірусної інфекції COVID-19 та локдауном і карантинном повноцінно ці два рівні у 2020 році не запрацювали. Через дефіцит у 2020 році фінансування Програми медичних гарантій, економічно-необґрунтовані тарифи на медичні послуги та проблеми із запуском електронної системи охорони здоров'я впровадження другого етапу реформи дещо вповільнюється та має неоднорідний стан впровадження через відмінність демографічних показників та фінансової спроможності регіонів та територіальних громад України (різна щільність населення, віддаленість населених пунктів один від одного, відсутність доріг з твердим покриттям, швидкісного інтернету, неможливість реалізації місцевих програм підтримки закладів охорони здоров'я тощо).

Найбільш повноцінно на сьогоднішній день функціонує «первинна» ланка.

Крім того, «натхненники» «медичної реформи» часто приводять приклад, що у розвинених країнах первинна медична допомога перекриває 80 % потреб населення у медичній допомозі. При цьому, вона є найменш фінансово витратною з усіх рівнів медичної допомоги.

Натомість, в Україні навпаки: кількість лікарів, які надають спеціалізовану медичну допомогу складає близько 80%, сімейних лікарів – близько 20% (що є притаманним для всіх пострадянських країн), і є вкрай фінансово обтяжливим у разі забезпечення її надання на європейському рівні та відповідної оплати праці лікарів, які забезпечують її надання.

Щодо обслуговування спеціалізованим лікарем стаціонарних або амбулаторних хворих у лікарнях та таке саме обслуговування, яке може надаватися поза лікарнями (пп. «і» п. «а» ст.10 Конвенції)

Пакет амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги передбачає надання пацієнтам без госпіталізації до лікарні таких послуг:

- консультування та лікування;
- проведення рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукових, електрофізіологічних обстежень;
- лабораторні обстеження;
- малі хірургічні операції;

- спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога в умовах денного стаціонару;
- ведення вагітності в амбулаторних умовах;
- невідкладна стоматологічна допомога дорослим та дітям, а також планова стоматологічна допомога дітям до 16 років;
- послуги з медичної реабілітації без госпіталізації.

Для реалізації програми медичних гарантій, яка з 1 квітня 2020 року включає первинну, амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну, екстрену, паліативну медичні допомоги, медичну реабілітацію та програму реімбурсації лікарських засобів («Доступні ліки»), ухвалено постанову КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» від 05.02.2020 № 65, яка визначає перелік та тарифи на медичні послуги, види медичної допомоги, щодо яких заклади охорони здоров'я можуть укладати договори із НСЗУ. Методику розрахунку тарифів, яка визначає механізм розрахунку тарифів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення було затверджено постановою Уряду від 27.12.17 № 1075. Окрім цього, затверджено перелік опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року.

У 2020 році усі види медичної допомоги включили у 33 пакети. Це хірургічні операції в стаціонарах, стаціонарна допомога нехірургічного профілю, медична допомога при пологах, гострому інфаркті міокарда, мозковому інсульті, лікування туберкульозу, психічних розладів, паліативна допомога, медична реабілітація тощо, а також лікарські засоби, необхідні для надання допомоги, згодом додали пакети з лікування COVID-19 та перехідного фінансування. У 2021 році таких пакетів 37 (включають усі 8 видів меддопомоги та стаціонарну допомогу хворим на COVID-19, готовність до реагування на інфекційні захворювання та епідемії, вакцинацію від COVID-19).

Кожна лікарня може обрати ті пакети, які медичні послуги з них зможе надати, та укладає з НСЗУ договір про їхнє фінансування. До лікарень, які хочуть надавати медичну допомогу, при інсультах та інфарктах (пріоритетні послуги) є підвищені вимоги. Вони повинні бути забезпечені відповідним обладнанням, яке допоможе поставити точний діагноз: комп'ютерним томографом (КТ), магнітно-резонансним томографом (МРТ), ангиографом.

Отримати безкоштовну консультацію чи допомогу можна лише за скеруванням свого сімейного лікаря. За направленням лікаря пацієнти зможуть отримати безкоштовно практично всі види медичної допомоги, окрім такої, що не вважається критично важливою – масаж, фізіотерапія, пластична хірургія, планова стоматологія (оплачуватиметься лише невідкладна). Скерування до вузьких спеціалістів відбувається в електронному вигляді, як і медична картка пацієнта. Якщо людина захоче проконсультуватися у вузького спеціаліста за власним бажанням, тобто, без скерування сімейного лікаря, вона може це зробити. Але тоді його послуги оплатити за власні кошти. Направлення не є обов'язковим у випадках отримання первинної медичної допомоги; звернення за отриманням вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах до акушера-гінеколога, психіатра, нарколога, стоматолога, педіатра, фтизіатра; консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію; отримання платних послуг; інших випадках, передбачених законодавством (наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 586)

Щодо госпіталізації в разі необхідності (пп. «iv» п. «а» ст.10 Конвенції).

Переважна більшість пакетів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, як правило, передбачають госпіталізацію в стаціонар, оскільки лише там є умови для її повноцінного надання, як цього вимагає замовник

послуг – НСЗУ. Для стаціонарного лікування НСЗУ розробила такі пакети медичних послуг (Таб. 3).

Таблиця 3.

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	
Хірургічне лікування:	Терапія:
⊕ проведення операцій	⊕ полегшення симптомів
⊕ анестезія	
⊕ лікування	⊕ зняття чи усунення проявів захворювання
⊕ знеболення	
⊕ післяопераційне спостереження	⊕ відновлення здоров'я без хірургічних втручань

Пакет «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» передбачає проведення обстежень, операцій, забезпечення анестезії, післяопераційного спостереження. Також пакет гарантує безкоштовне знеболення та подальше лікування та надання консультацій інших спеціалістів і послуг з медичної реабілітації, направлення до інших закладів/ підрозділів для отримання пацієнтом спеціалізованої допомоги.

Пакет «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» включає послуги, спрямовані на полегшення, зняття чи усунення симптомів і проявів захворювання, відновлення здоров'я пацієнтів без застосування хірургічних операцій, надання медичної допомоги вагітним з ускладненим перебігом вагітності.

У межах пакету безкоштовними для пацієнта є дослідження, забезпечення цілодобового лікарського та медсестринського догляду, забезпечення знеболення та медикаментозної терапії, проведення консультацій лікарями, надання послуг з медичної реабілітації в гострому періоді для запобігання виникнення ускладнень, забезпечення доступу до спеціалізованої допомоги.

Щодо випадку вагітності й пологів та їх наслідків:

- обслуговування до, під час та після пологів, що надається або лікарем, або кваліфікованою акушеркою, та (пп. «i» п. «b» ст.10 Конвенції);
- госпіталізація в разі необхідності (пп. «ii» п. «b» ст.10 Конвенції);

Медична допомога при пологах є пріоритетним напрямом і у 2020, і 2021 роках. Також запроваджується окремий пакет послуг «Ведення вагітності в амбулаторних умовах». У пакеті ведення неускладненої вагітності в амбулаторних умовах жінки зможуть обирати, у кого спостерігатися: у свого сімейного лікаря чи у гінеколога в жіночій консультації. Місце проживання чи прописки не має значення.

До амбулаторної допомоги за Програмою медичних гарантій входять, зокрема, УЗД для вагітної, загально-клінічні та біохімічні лабораторні обстеження, спостереження чи лікування в амбулаторних умовах та в умовах денного стаціонару:

- ведення неускладненої вагітності
- взяття вагітних на облік до 12 тижнів
- скерування вагітної до акушера-гінеколога у разі необхідності
- розробка індивідуального плану дій вагітної і дорослих членів родини, що мешкають з нею, при наближенні пологів
- планове скерування до полового будинку.

Якщо жінка потребує госпіталізації для збереження вагітності, то вона

отримує таку допомогу у стаціонарі також безоплатно.

Пакет «Медична допомога при пологах» передбачає проведення інструментальних пологів чи кесаревого розтину. У лікарні мають цілодобово обстежувати пацієнку, проводити інтенсивну терапію, якщо є загроза життю, та виконувати заходи з первинної реанімації та стабілізації стану новонароджених. Також новонародженим та породіллям проводять щеплення, консультують про грудне вигодовування ін.

Щодо надання основних фармацевтичних засобів, які приписав лікар або інший кваліфікований практик (п. «ііі» п. «а» ст.10 Конвенції)

Такий вид забезпечення з 2017 року передбачається програмою відшкодування державою (реімбурсації) лікарських засобів «Доступні ліки». Програма дозволяє отримати ліки від серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та діабету II типу (оскільки саме ці захворювання найбільше впливають на показники смертності населення або істотно знижують якість життя) безкоштовно, або з незначною доплатою. У 2021 році програма розширюється: до неї додали препарати для профілактики інфарктів та інсультів, розладів психіки та неврологічних захворювань, у тому числі епілепсії. Повний перелік ліків, які можна отримати безкоштовно або з незначною доплатою за електронним рецептом, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я № 251 від 15.02.2021 р. перелік складає 297 препаратів [2], а перелік аптек 1205, які видають ліки за цими рецептами, міститься на сайті НСЗУ (<https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pharmacy-map>).

Передбачене законодавчими нормами медичне забезпечення, що ми навели, у практичній площині – реальній можливості і доступності його отримання, має достатньо багато проблем.

«Доступні ліки» на сьогодні доступні лише за обмеженим колом захворювань – від яких найбільша смертність в Україні. Для лікування інших хвороб ліки за рецептом пацієнтами купуються за власні кошти без відшкодування, у тому числі у випадках лікування у стаціонарі. Наприклад, для будівельників серед тих захворювань, які найчастіше трапляються (як зазначено у Розділі 3.1.), під забезпечення цією програмою підпадають лише препарати для лікування хронічних серцево-судинних захворювань.

Слід зазначити, що започатковані зміни можуть покращити доступність і якість надання медичного обслуговування при достатньому забезпеченні їх фінансуванням. Однак значною проблемою є низький рівень фінансування системи охорони здоров'я, що лежить в основі переважної більшості усіх негараздів медичного обслуговування населення України. Ця «стара» проблема супроводжує і «нову» медицину.

Відповідно до п.5 ст.4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» обсяг коштів Державного бюджету України на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі про Державний бюджет України – не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України.

Проте, вказана норма з моменту введення в дію Закону (з 01.01.2018) ще жодного разу не виконувалася у повному обсязі.

Законом України «Про Державний бюджет України на 2021 рік» на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення передбачено лише 2,8 % від ВВП (126,7 млрд грн, а за розрахунками НСЗУ, потреба складала 225 млрд гривень). Обсягу 5% від ВВП планується досягти лише у 2023 році при рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) від 6 до 10 %. В цілому видатки на охорону здоров'я у

зведеному бюджеті 2021 року складають понад 194 млрд грн (4,3 % від ВВП).

Наслідком недофінансування галузі охорони здоров'я є здійснення оплати лікування за рахунок коштів хворих, що порушує статтю 49 Конституції України та виявляється обтяжливим для самих хворих. Конвенція ж передбачає можливість залучення бенефіціарія до часткової участі в оплаті вартості медичного обслуговування таким чином, щоб вона не виявилась непосильною.

За інформацією Профспілки працівників охорони здоров'я України медичні працівники отримують низьку заробітну плату, яка нижча за національний середній показник. У багатьох випадках працівники охорони здоров'я, особливо середній і молодший медперсонал, отримують мінімальну заробітну плату, яка не забезпечує їм та їхнім сім'ям задовільного рівня життя. Тимчасові доплати, запроваджені Урядом, частково виправили ситуацію для деяких працівників охорони здоров'я, які беруть участь у заходах із реагування на COVID-19, однак також викликали стурбованість через брак гарантій оплати праці, прозорості, підзвітності, рівної винагороди за працю рівної цінності та подальшого посилення гендерного розриву в оплаті праці.

Також накопичується заборгованість із виплати заробітної плати в закладах галузі – станом на липень 2021 року складає 98,5 млн грн (за місяць збільшилась у 2,5 рази).

Пандемія COVID-19 загострила проблеми медичної галузі, особливо це виявилось у процесі реформування.

Небезпечні умови праці та неналежний рівень оплати праці і соціального забезпечення, зокрема у випадку професійного захворювання, інвалідності або смерті, призвели до звільнень працівників охорони здоров'я. З огляду на те, що в Україні була нестача кадрів у цій галузі ще до пандемії, звільнення працівників, ймовірно, ускладнюють реалізацію права на охорону здоров'я для населення.

Українській медичній системі, насамперед стаціонарам, бракує медперсоналу середньої ланки, про це свідчить й аналіз фахівців медичної галузі [3]. Тривалі проблеми низької оплати праці, заборгованість із виплати навіть такої зарплати підштовхнули працівників до трудової міграції за кордон, де праця медсестри має в рази більшу оплату і більш достойні умови. Медичні сестри ж в українських закладах часто змушені через матеріальні труднощі та нестачу персоналу брати додаткову роботу, працюючи з перенавантаженням, недостатнім відпочинком. Що аж ніяк не може сприяти підвищенню якості медсестринського догляду.

В Україні також не вистачає сімейних лікарів, значна частина працює з надмірним навантаженням. Як зазначають фахівці Української асоціації сімейної медицини [4], норматив навантаження на лікарів первинки зафіксували простим діленням кількості громадян на кількість лікарів, без належного обґрунтування та розрахунків: на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря – 1800 осіб, лікаря-терапевта – 2000 осіб, лікаря-педіатра – 900 осіб. Це хибний підхід, бо існують межі фізичних можливостей надавати допомогу якісно. Об'єктивно не може лікар працювати ефективно, якщо у нього 2000 пацієнтів. Водночас оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги – це кількість осіб, яким відповідний лікар може забезпечити якісну меддопомогу.

Загалом погіршилися показники укомплектованості кадрами. Лише за 2020 рік вітчизняна галузь охорони здоров'я втратила понад 47 тис. працівників, з них 7 тис. лікарів і понад 22 тис. медсестер. Найбільше постраждала вторинна ланка. Але пандемія розвіяла міф і про успішну первинку, де вакантними є майже 3300 посад лікарів, і на всіх декларантів їх не вистачає [5].

За інформацією Рахункової палати України за три роки реформи не забезпечено фінансування первинної медичної допомоги за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Зокрема, у 2018–2020 роках реалізація державних

гарантій медичного обслуговування для первинної меддопомоги здійснювалася за відсутності програми, яка мала визначати перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів державного бюджету, а громадяни не мали інформації про перелік і обсяг медичних послуг, гарантованих за рахунок бюджетних коштів [6].

Рахункова палата вказує на необґрунтованість тарифу на первинну медичну допомогу. У його формуванні теж пішли «найпростішим» шляхом — його розмір визначили за середніми витратами на профілактичний огляд у комунальних закладах охорони здоров'я.

Тарифи на медичні послуги не відображають реальної їх вартості. Розмір оплати медпослуг первинної медичної допомоги її надавачам не залежав ні від обсягу наданих пацієнтам послуг, ні від ступеня забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної та орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, запобігання розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя. При цьому у 2020 році порівняно з 2018 роком зросли показники захворюваності деяких хвороб, які можуть бути проліковані/контрольовані на рівні первинної медичної допомоги. Ефективність же виконання послуг медгарантій неможливо точно оцінити через не визначення необхідних показників якості [6].

Також це стосується й економічної необґрунтованості тарифів на медичні послуги вторинної/третинної ланки, які не покривають витрати закладів охорони здоров'я як на обслуговування пацієнтів, так і на забезпечення належного функціонування закладу (оплату праці медперсоналу, матеріально-технічне оснащення тощо). У 2021 році недофінансування закладів охорони здоров'я становить від 50 до 80% (особливо від браку коштів потерпають протитуберкульозна, психіатрична, дерматовенерологічна та стоматологічна служби).

На початку реформування вторинної/третинної ланки надання меддопомоги з квітня 2020 року Уряд запровадив вкрай низькі тарифи на медичні послуги. Наприклад, діагностика коштувала 49 грн, базова ставка за проліковані випадки й хірургічні операції – 4563,64 грн, пологи – 10 382 грн, базове лікування інсульту – 14 698 грн, інфаркту – 17 474. До тарифів і ставок застосовуються коефіцієнти в залежності від хвороби, віку пацієнта, складності випадку. Але це значно відрізнялося від дійсності й виглядало так, що решту 70–80% від потреби має фінансувати пацієнт. На сьогодні за пріоритетними пакетами ці тарифи зросли в рази, але більшість було збільшено лише на індекс інфляції на 7,3%.

Крім того, закупівля НСЗУ медичних послуг за заниженими цінами призводить завжди до того, що більшу частину ліків пацієнт вимушений придбавати самостійно. Наголошений принцип «гроші ходять за пацієнтом» не працює.

Практично призупинено фінансування заходів, передбачених Законом України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206 (закон про телемедицину). Водночас для багатьох жителів сільської місцевості складно дістатись до медичних закладів через велику відстань до них і вкрай незадовільну транспортну інфраструктуру. Слід зауважити, що серед селян значна частина – це літня маломобільна категорія пацієнтів.

Пакети медичних послуг, що фінансуються НСЗУ, передбачають не все необхідне медичне забезпечення.

Так «втраченою» у 2020 році для медичних гарантій виявилась профпатологічна допомога. Перехід охорони здоров'я на фінансування НСЗУ не врахував взагалі лікарську спеціальність лікар-профпатолог, і, відповідно, напрямок спеціалізованої медичної допомоги – професійна патологія.

Згідно оприлюдненого пакету гарантованих медичних послуг відсутня спеціалізована профпатологічна допомога, яка здійснюється закладами охорони вторинного рівня надання медичної допомоги і передбачає:

- проведення попередніх та періодичних медичних оглядів працюючих в шкідливих та небезпечних умовах праці;
- стаціонарне лікування хворих на професійні захворювання за рахунок Фонду соціального страхування від нещасних випадків та професійних захворювань;
- амбулаторні/поліклінічні консультації лікаря-профпатолога;
- проведення експертизи професійної придатності до професій;
- участь лікаря-профпатолога в процедурі розслідування гострих та хронічних професійних захворювань.

Виключення профілактичної спрямованості із поля стратегічного планування НСЗУ і ігнорування профпатологічної допомоги населення вже призвело до блокування процедури розслідування гострих професійних захворювань в усіх регіонах України, про що забила на сполох Всеукраїнська асоціація лікарів-профпатологів та лікарів медицини праці, неодноразово звертаючись до НСЗУ [7].

Перехід закладів охорони здоров'я до комунальних некомерційних підприємств з 01 квітня 2020 року перевів медичні заклади на фінансування НСЗУ, де не передбачено взагалі оплата гарантованого пакету спеціалізованої профпатологічної медичної допомоги для хворих на професійні захворювання та оплату експертних заключень лікаря-профпатолога при вирішенні експертних питань. Офіційно з 01 квітня 2020 року лікарі-профпатологи були переведені на посаду лікаря-терапевта, що унеможливило виконання ними процедури розслідування професійних захворювань медичних працівників, затверджених Постановою КМУ від 17 квітня 2019 року №337 «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві». Це призвело до того, що в окремих регіонах України, наприклад Херсонської області, лікарі, що захворіли на гостру респіраторну хворобу COVID-19, не можуть оформити гостре професійне захворювання, оскільки відсутні посади лікаря-профпатолога.

Виникає багато питань з приводу того, як сьогодні функціонуватимуть відділення профілактичних медичних оглядів без голів медичних комісій, якщо передбачено, що головою медичною комісії має бути виключно лікар-профпатолог?

Як оформлювати заключні акти за результатами проведення профілактичних медичних оглядів, передбачених Наказом МОЗ України від 21.05.2007 року «Про затвердження проведення медичних оглядів працівників певних категорій», де відповідальний по процедурі лікар-профпатолог і роботодавець підприємства?

Для будівельної галузі, як і для інших сфер виробництва, пов'язаних з небезпечними і шкідливими умовами праці, є вкрай важливим збереження цього виду медицини. Тому необхідно негайно переглянути пакети медичних гарантій вторинної спеціалізованої медичної допомоги з включенням профпатологічної допомоги до затверджених пакетів гарантованих державних послуг і повернути посаду лікаря-профпатолога до бюджетного штатного забезпечення.

Зауважимо, що після ратифікації Конвенції так і не відновлено фінансування за допомогою коштів соціального страхування оздоровчих заходів, зокрема лікування в санаторно-курортних закладах, санаторіях-профілакторіях, оздоровлення дітей. Хоча Конвенція передбачає такий вид допомоги профілактичного чи лікувального характеру поза лікарнями з метою підтримання, відновлення чи поліпшення здоров'я захищеної особи.

Боротьба профспілок за цей напрямок триває вже багато років, але до цього

часу вирішення проблеми ігнорується державою.

Обов'язкове медичне страхування, яке могло вирішити проблеми, зокрема й санаторно-курортного лікування, не впроваджене. Готувалось вже кілька проєктів законів щодо впровадження страхової медицини, однак їх спрямованість не є стільки забезпечення доступності медицини, скільки комерціалізація медицини й максимальне забезпечення інтересів страхового бізнесу. Активно просувається ідея приватизації медичної галузі шляхом впровадження «державно-приватного партнерства».

3.5. Захист держави на випадок настання ризику спричиненої хворобливим станом непрацездатності, згідно Конвенції 102: допомога у зв'язку з хворобою (Розділ III Конвенції).

Державою має забезпечуватись захищеним особам надання допомоги у зв'язку з хворобою.

Відповідно до третього розділу Конвенції № 102 охоплюваний ризик включає спричинену станом захворювання непрацездатність, яка зумовлює призупинення заробітку, як це визначається національним законодавством.

Норми Конвенції встановлюють ряд мінімально необхідних параметрів забезпечення у зв'язку з хворобою, це стосується вимог щодо кола захищених осіб, тривалості та рівня забезпечення, набуття стажу, що може бути визнаним необхідним для запобігання зловживанням.

В Україні допомога у зв'язку з хворобою призначається відповідно до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 № 1105-ХІV (далі Закон № 1105).

Законодавство про обов'язкове державне медичне соціальне страхування не прийняте. Добровільним охоплена незначна частина, про обсяг якого інформація відсутня.

Право на отримання матеріального забезпечення у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності мають застраховані особи – громадяни України, іноземці, особи без громадянства та члени їх сімей, які проживають в Україні, а також інші особи, що сплачували страхові внески (п.1, ст. 19 Закону № 1105).

До захищених осіб віднесено всіх працівників, які працюють на умовах трудового договору (контракту), цивільно-правового договору, з інших підстав, передбачених Законом, або у фізичних осіб, фізичних осіб - підприємців, осіб, які провадять незалежну професійну діяльність, членів фермерського господарства, якщо вони не належать до осіб, які підлягають страхуванню у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності на інших підставах (ст. 18 Закону № 1105).

Отже, усі наймані працівники є захищеною категорією осіб.

Правила визначення допомоги для чоловіків і жінок не відрізняються.

Особи, які забезпечують себе, роботою самостійно, а також громадяни України, які працюють за межами України і не застраховані в системі соціального страхування країни перебування, надано право участі у такому виді страхування на добровільних засадах.

В урядовій Доповіді, як зазначалось і в Розділі 3.2., захищеним колом осіб розглядаються лише наймані штатні працівники і на підставі цього стверджується про досягнення стопроцентного охоплення захистом визначених осіб.

При цьому поза увагою залишено працюючих за цивільно-правовими договорами або у фізичних осіб, а також тих, хто перебував/ перебуває в трудовій міграції, чи самозайнятих.

За українським законодавством допомога надається більш широкому колу

осіб, ніж це передбачено Конвенцією, – забезпечення гарантовано не тільки в разі захворювання або травми, але і у зв'язку з необхідністю догляду за хворою дитиною, хворим членом сім'ї; тимчасовим переведенням застрахованої особи відповідно до медичного висновку на легшу, нижчеоплачувану роботу; протезуванням за медичними показаннями у стаціонарі; долікуванням в санаторно-курортних установах безпосередньо після стаціонарного лікування; карантинном, накладеним органами санітарно-епідеміологічної служби; самоізоляцією під медичним наглядом на запобігання поширенню COVID-19 (ст. 22 Закону № 1105).

Допомога по тимчасовій непрацездатності надається застрахованим особам у обсягах, що залежать від величини середньої заробітної плати (доходу) і страхового стажу одержувача і виплачується в таких розмірах (ст. 24 Закону №1105):

- 50% особам, які мають страховий стаж до 3 років;
- 60% особам, які мають страховий стаж від 3 до 5 років;
- 70% особам, які мають страховий стаж від 5 до 8 років;
- 100% особам, які мають страховий стаж понад 8 років.

Для обрахунку допомоги враховується заробіток за попередній період 12 місяців.

Найменший розмір допомоги (за наявності страхового стажу до 3-х років) складає 50% середньої заробітної плати (доходу) особи за період, що передував настанню страхового випадку. Такий рівень заміщення втраченого заробітку (від 50% до 100%) значно перевищує мінімально визначений Конвенцією для цього захищеного ризику – 45%.

Сума допомоги по тимчасовій непрацездатності у розрахунку на місяць обмежується розміром максимальної величини бази нарахування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

Особи, які впродовж дванадцяти місяців перед настанням страхового випадку мають страховий стаж навіть менше шести місяців, мають право на допомогу – виходячи з нарахованої заробітної плати (доходу), з якої сплачуються страхові внески, але не більше розміру допомоги, розрахованої з мінімальної заробітної плати.

В Україні не обумовлюється право отримання допомоги по тимчасовій непрацездатності періодом сплати страхових внесків або роботи за наймом, у тому числі для запобігання зловживань (як допускає встановлювати Конвенція), – право на отримання допомоги виникає з першого дня трудової діяльності.

Тривалість надання допомоги має різні терміни обмеження для кожного із страхових випадків. Конвенцією допускаються таке обмеження 26 тижнями для кожного випадку захворювання, а також неоплачуваність перших трьох днів (ст. 18).

Законом № 1105 передбачено, що допомога з тимчасової непрацездатності внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві та професійним захворюванням, виплачується за рахунок коштів Фонду застрахованим особам починаючи з шостого дня непрацездатності за весь період до відновлення працездатності або до встановлення медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) інвалідності.

Перші п'ять днів такого страхового випадку оплачуються за рахунок коштів роботодавця.

У всіх інших випадках, наприклад, у зв'язку з доглядом за дитиною, допомога виплачується з першого дня за рахунок коштів Фонду соціального страхування. Так, наприклад, у випадку догляду за хворою дитиною віком до 14 років допомога виплачується з першого дня за період, протягом якого дитина за висновком

лікаря потребує догляду, але не більше ніж за 14 календарних днів, крім випадків перебування в стаціонарі разом з хворою дитиною (надається за весь період).

Якщо страховим випадком є тимчасове переведення застрахованої особи відповідно до медичного висновку на легшу, нижчеоплачувану роботу, такому отримувачу надається допомога з першого дня за час такої роботи, але не більше ніж за два місяці.

Працівникам на сезонних і тимчасових роботах, допомога надається не більш як за 75 календарних днів протягом календарного року.

Законом № 1105 передбачено, що допомога з тимчасової непрацездатності виплачується:

- застрахованим особам, які працюють на умовах трудового договору – у найближчий після дня призначення допомоги строк, установлений для виплати заробітної плати;
- застрахованим особам, які працюють на умовах цивільно-правового договору, добровільно застрахованим, підприємцям – протягом десяти днів після призначення допомоги.

Як бачимо, параметри надання допомоги на випадок настання ризику спричиненої хворобливим станом непрацездатності в українському законодавстві встановлені навіть вищі, ніж передбачено Конвенцією.

Надання такого виду захисту для працівників будівельної галузі, який ми наведемо далі, показує рівень його практичного забезпечення.

Розмір допомоги з тимчасової непрацездатності, виходячи із середньої заробітної плати в галузі 9832 (за 2020-й рік) та наявності такого страхового стажу, для будівельника складає (Рис. 9):

- стаж до 3 років – 50% від попереднього доходу, допомога = 4916 грн;
- стаж від 3 до 5 років – 60% від попереднього доходу, допомога = 5899 грн;
- стаж від 5 до 8 років – 70% від попереднього доходу, допомога = 6882 грн;
- стаж понад 8 років – 100% від попереднього доходу, допомога = 9832 грн.

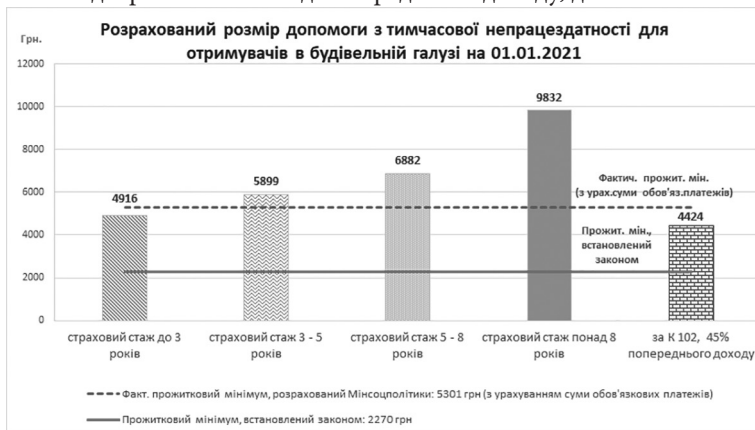


Рис. 9.

Отже українським законодавством працівнику-будівельнику, який є застрахованою особою, будучи офіційно працевлаштованим, при середньогалузевій зарплаті, забезпечується необхідний рівень соціального захисту на випадок непрацездатності внаслідок хворобливого стану. Розмір допомоги нараховується вищим за 45% заміщення його попереднього заробітку і сягає фактичного прожиткового мінімуму для працездатних осіб (з урахуванням

суми обов'язкових платежів 5301 грн) при стажі понад 3 роки, при меншому стажі виплата грохи нижча за цей мінімум.

Але в дійсності через недотримання законодавства: працівникам ставляться вимоги роботодавцем і самі працівники теж нехтують соціальним захистом. Як показує дослідження профспілкових експертів ПРОФБУД, щодо умов праці в галузі, у разі хвороби будівельники зазвичай не беруть листки непрацездатності. За свідченнями самих будівельників, вони сповіщають бригадира чи виконроба, що вони захворіли, а ті в свою чергу роблять їм заміну на час хвороби. Є також випадки, коли після виходу на роботу після одужання, будівельникам пропонують відпрацювати дні, коли вони були відсутні на роботі [1]. Це, звичайно, не загальна практика всіх підприємств, але досить поширене явище.

Інше відхилення від достатнього рівня допомоги у випадку хвороби – це низька база доходу для обчислення цієї допомоги. Така ситуація складається, якщо офіційною частиною доходу будівельника, з якого здійснювались страхові внески, була лише мінімальна заробітна плата. Або впродовж 12 місяців страхові внески сплачено менш ніж за 6 місяців (непостійне працевлаштування, заборгованість із зарплати і страхових внесків), тоді також виплата не більше розміру допомоги, обчисленої з мінімальної заробітної плати.

В залежності від страхового стажу така мінімальна допомога (з 01.01.2021р.) становить Рис. 10:

- стаж до 3 років – 50% від попереднього доходу, допомога = 3000 грн;
- стаж від 3 до 5 років – 60% від попереднього доходу, допомога = 3600 грн;
- стаж від 5 до 8 років – 70% від попереднього доходу, допомога = 4200 грн;
- стаж понад 8 років – 100% від попереднього доходу, допомога = 6000 грн.

Як бачимо, повна відповідність Конвенції є забезпеченою за наявності страхового стажу понад 8 років – розмір допомоги сягає фактичного прожиткового мінімуму (з урахуванням суми обов'язкових платежів 5301 грн). При меншому стажі не досягаються вимоги статті 67.

З кінця 2020 року склалася заборгованість з виплати допомоги по тимчасовій непрацездатності (лікарняних), а також допомоги по вагітності і пологах. За повідомленням Фонду затримка виплат складала 21 робочий день^[2]. Обсяг боргу на червень 2021 року досяг майже 3 млрд грн^[3]. По будівництву є офіційні дані станом на 01 квітня 2021р. – 5191 тис. грн боргу будівельникам^[4]. Заборгованість перед отримувачами була накопичена у грудні 2020 року через різке зростання видатків. Це пов'язано із додатковим навантаженням на Фонд через пандемію – суттєво зросли видатки за лікарняними, також на нього було покладено фінансування самоізоляції українських працівників.

В Україні у 2021 році розпочався перехід закладів охорони здоров'я на створення електронних медичних висновків замість видачі паперових листків непрацездатності. Для застрахованих осіб електронні лікарняні (е-лікарняні) є підставою для отримання від Фонду соціального страхування допомог по вагітності та пологах, а також по тимчасовій втраті працездатності. Це не тільки спростить оформлення самого лікарняного, а значно скоротить час від оформлення електронного документа до нарахування допомоги, а також унеможливить зловживання під час обігу листків непрацездатності.



Рис. 10.

Очевидно, що для будівельників складається найгірша ситуація із захистом у випадку тимчасової непрацездатності внаслідок хвороби, якщо їхня праця незадекларована, тому вони не є застрахованими особами, чи не звертаються за оформленням лікарняного – перебувають повністю поза системою соцзахисту. Або роботодавець заборгував сплату страхових внесків, а також «офіційна» зарплата була низькою чи непостійною – рівень допомоги мінімальний і недостатній для гідного забезпечення отримувача і його сім'ї.

Головною проблемою для соціального захисту українських будівельників-трудових мігрантів також є тіньова зайнятість, порушення вимог трудового законодавства зі сторони роботодавця.

Згідно з актуальним аналізом Профспілки працівників будівництва і промисловості будівельних матеріалів України умов праці українських трудових мігрантів на будівельних майданчиках в країнах ЄС, було визначено, наприклад:

- замість повноцінного трудового договору, від якого відраховуються внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, роботодавцем пропонуються короткострокові цивільно-правові угоди. Існує і такий варіант, коли договір підписується, проте не подається до соцстраху. Такі приклади часто трапляються у Польщі.

- є практика, коли українець-трудоий мігрант оформлює папери в одного працедавця, а потім переходить до іншого, або одночасно працює у кількох, але вже нелегально [1].

3.6. Захист держави на випадок ризику, згідно Конвенції 102: допомоги у випадку трудового каліцтва або професійного захворювання (Розділ VI Конвенції).

Згідно Конвенції для цього виду захисту охоплювані ризики включають такі, що спричинені нещасним випадком або встановленим захворюванням внаслідок трудової діяльності: хворобливий стан; непрацездатність, зумовлену таким станом з призупиненням заробітку; повну втрату здатності заробляти або її часткову стійку втрату понад встановленого ступеня, або відповідну втрату функціональної повноцінності; втрату засобів до існування вдовою або дитиною внаслідок смерті годувальника; (у випадку вдови допомога може обумовлюватися її визнанням нездатною утримувати себе самостійно).

Страхові виплати у разі настання нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які призвели до втрати працездатності, забезпечуються Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 № 1105-XIV.

Як і за Конвенцією, згідно Закону № 1105 захищеною категорією є працюючі за наймом – застраховані особи, у тому числі за цивільно-правовими договорами, а також фізичні-особи підприємці та особи, які провадять незалежну професійну діяльність, члени фермерського господарства. Законом в Україні також віднесено до застрахованих ще й учнів/ студентів, аспірантів/докторантів, які проходять виробничу практику.

У випадку смерті потерпілого в українському законодавстві коло захищених осіб є ширшим. Так, крім дружини й дітей померлого, право на одержання щомісячних страхових виплат мають непрацездатні особи-утриманці, особи пенсійного віку, члени сім'ї з інвалідністю, а також член сім'ї, що не працює і доглядає дітей потерпілого до 8 років.

Українським законодавством передбачені усі визначені Конвенцією види медичного обслуговування. За кошти Фонду соціального страхування України мають забезпечуватись:

медична та соціальна допомога, у тому числі на додаткове харчування; придбання ліків; спеціальний медичний, постійний сторонній догляд; побутове обслуговування; протезування, медична реабілітація; санаторно-курортне лікування; придбання спеціальних засобів пересування і так далі, якщо потреба в них визначені висновками медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) та індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (у разі її прийняття). Фонд має організовувати цілеспрямоване лікування потерпілого у власних спеціалізованих лікувально-профілактичних установах або на договірній основі у інших закладах з метою відновлення здоров'я застрахованого.

Щодо надання допомог.

За Конвенцією за усіма охоплюваними ризиками (непрацездатності, повної втрати здатності до заробітку, коли вона може набути постійного характеру, або відповідної втрати функціональної повноцінності, а також у разі смерті годувальника) допомога надається у вигляді періодичних виплат, обчислених у відсотках заміщення втраченого заробітку. Типовий бенефіціарій, що має отримувати % від попереднього доходу або у разі фіксованої ставки допомоги % від зарплати некваліфікованого працівника:

Трудове каліцтво і професійні захворювання непрацездатність	Чоловік з дружиною та двома дітьми	50 %
Інвалідність	Чоловік з дружиною та двома дітьми	50 %
Втрата годувальника	Вдова з двома дітьми	40 %

Українським законодавством передбачені встановлені Конвенцією види страхових періодичних виплат/ допомог, та додатково одноразові виплати:

- 1) допомога у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю до відновлення працездатності або встановлення інвалідності;
- 2) одноразова допомога у разі стійкої втрати професійної працездатності або смерті потерпілого;
- 3) щомісячна страхова виплата у разі часткової чи повної втрати працездатності,

що компенсує відповідну частину втраченого заробітку потерпілого;

4) страхова виплата потерпілому у розмірі його середньомісячного заробітку при тимчасовому переведенні його на легшу нижчеоплачувану роботу;

5) страхова виплата потерпілому під час його професійної реабілітації;

6) щомісячна страхова виплата особам, які мають на неї право в разі смерті потерпілого;

7) відшкодування вартості ритуальних послуг, пов'язаних з похованням померлого.

Відповідно до Закону № 1105 страхові виплати потерпілому на період тимчасової втрати працездатності (лікарняні) виплачуються у розмірі 100 відсотків середнього заробітку (оподатковуваного доходу). При цьому перші п'ять днів тимчасової непрацездатності оплачуються роботодавцем, з 6-го дня – Фондом на весь період непрацездатності або встановлення МСЕК інвалідності.

Щодо розмірів страхових виплат потерпілим при встановленні стійкої втрати працездатності або відповідної втрати функціональної повноцінності.

Ступінь втрати працездатності потерпілим встановлюється МСЕК за участю Фонду і визначається у відсотках професійної працездатності, яку мав потерпілий до ушкодження здоров'я. МСЕК встановлює обмеження рівня життєдіяльності потерпілого, визначає професію, з якою пов'язане ушкодження здоров'я, причину, час настання та групу інвалідності у зв'язку з ушкодженням здоров'я, а також необхідні види медичної та соціальної допомоги.

При цьому, максимальний розмір щомісячної страхової виплати не повинен перевищувати 10 розмірів прожиткового мінімуму. Мінімальний розмір призначеної щомісячної страхової виплати потерпілому у перерахунку на 100% втрати професійної працездатності не може бути меншим за прожитковий мінімум, встановлений для працездатних осіб. Наприклад на 1 січня 2021 року встановлено законом – це 2 102 грн, що є значно меншим за фактичний 4 268 грн (з урахуванням суми обов'язкових платежів – 5 301 грн).

Разом з тим, з 1 березня 2018 року потерпілим від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, у яких розмір щомісячної страхової виплати був менший за розмір мінімальної заробітної плати (у перерахунку на 100 відсотків втрати професійної працездатності) встановленої законом на 1 січня 2017 року (3200 грн), було встановлено новий розмір страхової виплати виходячи із зазначеного розміру мінімальної заробітної плати, з урахуванням ступеня втрати працездатності.

У разі стійкої втрати професійної працездатності, встановленої МСЕК, Фонд проводить одноразову страхову виплату потерпілому, розмір якої визначається відповідно до ступеня втрати професійної працездатності, виходячи з 17 розмірів прожиткового мінімуму для працездатних осіб, встановленого законом на день настання права потерпілого на страхову виплату. Якщо комісією з розслідування нещасного випадку встановлено, що ушкодження здоров'я настало не лише з вини роботодавця, а й внаслідок порушення потерпілим нормативних актів про охорону праці, розмір одноразової допомоги зменшується, але не більш як на 50 відсотків. Конвенцією одноразових виплат не передбачено.

Отже, як ми вже зазначали, виплати за такими видами ризиків пов'язана із ступенем втрати працездатності потерпілим, яка встановлюється МСЕК за участю Фонду і визначається у відсотках професійної працездатності, яку мав потерпілий до ушкодження здоров'я. Оскільки в даних, що публікуються Фондом не міститься інформація з прив'язкою до встановлених рівнів втрати працездатності, груп інвалідності і відповідної кількості отримувачів певних галузей (у т.ч будівельної), ми наведемо середньомісячний розмір страхової виплати на 1-го потерпілого, а також члена його сім'ї у разі втрати годувальника

(Таб. 3*), не верифікуючи рівень заміщення втраченого попереднього заробітку.

2017 рік	2018 рік	2019 рік	2020 рік
Середньомісячний розмір страхової виплати на 1 потерпілого			
2 385 грн	3 126 грн	3 411 грн	3 881 грн
Середньомісячний розмір страхової виплати на 1 отримувача в разі втрати годувальника			
1 986	2 461	2 673	3 004

*За інформацією Фонду соціального страхування України [7].

Як бачимо, розмір виплати є меншим, ніж фактичний прожитковий мінімум. Щодо виплати потерпілому, їх суми можуть становити малий відсоток від заробітної плати при встановленні незначної втрати працездатності. У таких випадках виплати не становлять єдине джерело доходу для осіб з групою інвалідності, яка не обмежує здатність до продовження трудової діяльності.

Зауважимо, що в Доповіді України за 2018 рік не наведено жодних розрахунків періодичних допомог у випадку стійкої втрати працездатності, посиляючись на недоступність (Уряду) необхідної інформації про ступені встановленої працездатності. Отже можна припустити, що у розрізі таких показників відповідними органами дані не збираються й не формується звітна інформація.

Щодо втрати годувальника.

У разі смерті потерпілого суми страхових виплат особам, які мають на це право, визначаються із середньомісячного заробітку потерпілого за вирахуванням частки, яка припадала на потерпілого та працездатних осіб, що перебували на його утриманні, але не мали права на ці виплати.

Розрахуємо такий вид допомоги на прикладі будівельної галузі, виходячи із середньої заробітної плати 2020 року – 9832 грн.

$$\text{ДОПОМОГА} = 9832 - (9832 \times 0,25) = 7374 \text{ грн,}$$

де 0,25 - частка на потерпілого.

Інших сімейних складових періодичної виплати не передбачено.

Таким чином, у випадку будівельної галузі для бенефіціарія (вдова з двома дітьми) допомога становитиме 7374 грн або 75% попереднього заробітку будівельника, що є вищим за встановлений Конвенцією 40%-й рівень заміщення.

За українським законодавством у разі смерті потерпілого внаслідок нещасного випадку на виробництві виплачується одноразова допомога його сім'ї у сумі, що дорівнює 100 розмірам прожиткового мінімуму для працездатних осіб, встановленого законом, та одноразова допомога кожній особі, яка перебувала на його утриманні, а також на його дитину, яка народилася протягом не більш як десятимісячного строку після смерті потерпілого, у сумі, що дорівнює 20 розмірам прожиткового мінімуму для працездатних осіб, встановленого законом на день настання права на страхову виплату.

У Конвенції передбачаються періодичні щомісячні виплати, такої виплати не вимагається.

Як і для раніше розглянутих соціальних ризиків, бачимо, що в українському законодавстві ширше коло захищених осіб, є необхідні види допомог. Однак низьким є саме рівень їхнього забезпечення, насамперед мінімальних розмірів, які визначаються відповідно до встановленого законом прожиткового мінімуму. А цей соціальний стандарт є значно меншим за фактичну його величину. У випадку втрати годувальника визначений законодавством для періодичної щомісячної виплати рівень заміщення заробітку є вищим за вимогу Конвенції.

Слід зазначити, що система соціального захисту, у реальному її застосуванні, більше спрямована на надання компенсацій потерпілим, ніж на забезпечення працівників й попередження настання страхового випадку.

Особливої уваги потребує саме розгляд проблем, пов'язаних з практикою надання захисту у випадку настання ризику трудового каліцтва або професійного захворювання. Як було зазначено у Розділі 3.1., за інформацією Держпраці будівництво є однією із найбільш травмонебезпечних сфер господарювання, зокрема з частими смертельними випадками. Вплив несприятливих факторів будівельного виробництва призводить до низки захворювань у будівельників. До того ж майже половина будівельників, які працюють без офіційного оформлення трудових відносин, не є застрахованими особами і позбавлені можливості отримати, передбачений захист.

Відповідно до аналізу стану виробничого травматизму в Україні, проведеного Державною службою України з питань праці у 2020 році було різке збільшення випадків виробничого травматизму – на 58%, що пов'язано з пандемією COVID-19 – на підприємствах України у 2020 році травмовано 6121 особу (у 2019 році – 3876 осіб), а кількість нещасних випадків зі смертельним наслідком, пов'язаних з виробництвом, у 2020 році порівняно з 2019 роком збільшилась на 55%, або на 231 нещасний випадок (на підприємствах України у 2020 році смертельно травмовано 653 особи, у 2019 році – 422 особи).

Загальна ж кількість випадків на роботі, про які надійшли повідомлення до Фонду соціального страхування, включаючи гострі професійні захворювання, у т.ч. на COVID-19, збільшилась у 7 разів (з 5820 до 40737). Кількість повідомлень про такі випадки і професійні захворювання із смертельними наслідками збільшилась на 25% (з 1228 до 1541). Однак, страховими випадками у минулому році було визнано лише 16,3% нещасних і 42,4% смертельних випадків, що позбавляє потерпілих працівників і членів сімей працівників, які померли (загинули) права на отримання страхових виплат від Фонду соціального страхування, створює труднощі у відновленні свого здоров'я, а багатьох залишає без засобів для існування та лікування. Ось тут наряду з наведенням порядку у справі розслідування нещасних випадків і гострих професійних захворювань потрібна страхова медицина, яка ніяк не з'явиться в Україні.

В допандемійні роки виробничий травматизм мав тенденцію до зниження (– 9% за 5 років: з 4260 у 2015 р. до 3876 у 2019 р.), але залишається одним із самих високих у Європі.

Як зазначають у своїх дослідженнях фахівці ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України» [2], зменшення кількості травмованих в Україні відбувається не завжди завдяки державній політиці, роботі щодо попередження виробничих ризиків, а внаслідок значного скорочення промислового виробництва, а також приховуванню нещасних випадків та переведення їх у розряд таких, що не пов'язується з виробництвом.

Значну частку нещасних випадків на виробництві приховують від розслідування та обліку, реєструються в основному нещасні випадки з тяжкими та смертельними наслідками, які вже не можна приховати. І навіть з кількості цих зареєстрованих випадків під час розслідування майже 40% випадків не визнаються комісіями пов'язаними з виробництвом, що лишає працівників права на належні їм страхові виплати та відновлення їх здоров'я.

За рівнем смертності на виробництві, Україна випереджає всі країни ЄС і має найгірші показники, навіть у порівнянні з колишніми країнами СНД (наприклад, Молдова, Естонія). Про приховування від обліку нещасних випадків, недоліків спеціальних розслідувань свідчать і вкрай низькі показники співвідношення нещасних випадків зі смертельним наслідком до загального числа зареєстрованих

нешасних випадків: в середньому 1 до 10 (на 1 нещасний випадок зі смертельним наслідком припадає 10 випадків загального травмування). В європейських країнах співвідношення числа загиблих до числа травмованих складає, наприклад, у Німеччині – 1 до 1260, Словаччині – 1 до 208, Польщі – 1 до 145 [2].

Показники відношення нещасних випадків на виробництві, які закінчилися смертельним наслідком, до таких, що не пов'язані з виробництвом, розкривають дуже небезпечну для України тенденцію, при збереженні якої вона може перетворитися чи не в єдину державу у світі, в якій на виробництві реєструються тільки нещасні випадки із смертельним наслідком. Про інші випадки травмування взагалі не будуть інформувати, будуть приховувати від розслідування [2].

І це є великою проблемою як для усіх сфер виробництва, так особливо гостро постає в будівельній галузі, де значна частина працюючих задіяна «у тіні», тобто працюють без юридичного оформлення трудових відносин з роботодавцями. Вони практично позбавлені права на цільове медичне обслуговування, пільги та компенсації за важкі та шкідливі умови праці, допомоги у разі нещасного випадку. Мають місце працевлаштування працівників на підставах тимчасових угод без оформлення трудових книжок, що фактично знімає з роботодавця відповідальність за організацію попередніх та періодичних профілактичних медичних оглядів, створення безпечних умов праці, забезпечення працюючих санітарно-побутовими приміщеннями, спецодягом, засобами індивідуального захисту, що сприяє виникненню професійно обумовлених захворювань і отруєнь.

За підсумками 2019 року найнебезпечнішими галузями щодо нещасних випадків/ гострих професійних захворювань (за кількістю випадків) були переробна промисловість 23,1 %, добувна промисловість 17,7%, транспорт та логістика 9,2%, сільське, лісове та рибне господарство 7,7%, оптова та роздрібна торгівля; ремонт автотранспорту 6,1%, охорона здоров'я 6,5%, будівництво 6,1% [3].

Однак за кількістю смертельних випадків ситуація в будівництві ще гірша – 60 випадків або 14,6% в загальній кількості. Більше є у переробній промисловості 73 (17,8%), сільському господарстві 65 (15,9%), транспорті 62 (15,1%). А у розрахунку за кількістю смертельних випадків на 1000 працюючих будівництво має один з найгірших показників 1,4, більше лише в добувній промисловості – 4, усього по всіх видах виробництва – 0,6 [3].

Беручи до уваги, що смертельні випадки офіційно фіксуються, то їх число і таке співвідношення показує, що нещасних випадків та професійних захворювань в дійсності у будівельній галузі стається значно більше, однак їх приховують або фіксують як не пов'язані з виробництвом. Отже це означає, що значна частина будівельників травмується і отримує захворювання, але позбавлена необхідного соціального захисту.

Найгірша ситуація складається в будівництві, якщо нещасний випадок стається з працівником, який працював у роботодавця без трудового договору. За таких умов працівнику самостійно довести зв'язок травмування з виконанням службових обов'язків практично неможливо, оскільки роботодавці намагаються приховувати випадки з неофіційними працівниками, не визнавати наявності трудових відносин або змусити зафіксувати як не виробничі травми.

Як приклад, Профспілка у 2019 році встала на захист кранівниці баштового крану, члена профспілки кранівників, котра отримала важку травму на робочому місці, на якому не була офіційно оформлена.

У той час, як потерпіла працівниця опинилась в лікарні і змушена була оплачувати десятки тисяч гривень за хірургічне втручання та реабілітацію (такий вид медичної допомоги в дійсності потребує оплати пацієнта, якщо випадок не виробничий), роботодавець одразу відмовився допомагати і визнавати сам факт

нешасного випадку на його будмайданчику. І в таку ситуацію потрапляє будь-хто з будівельників, що працює в «тіні» – опиняється поза межами соціального захисту.

Профспілці довелось зібрати кошти на лікування та провести агресивну кампанію проти роботодавця. І лише через слідчі органи та завдяки приверненню уваги ЗМІ домоглись виплати необхідної компенсації потерпілій будівельниці.

На практиці виникає багато проблем із вчасним виявленням професійних захворювань для будівельників. За існуючої системи вкрай складним є встановлення зв'язку з професійною діяльністю. І самі працівники часто нехтують здоров'ям і невчасно звертаються за обстеженням.

В будівництві велика кількість професій є небезпечними та шкідливими для здоров'я людини. Так, за даними Держстату (статистичний збірник «Умови праці працівників у 2019 році» [3]) у будівельній галузі, працювали на роботах зі шкідливими умовами праці на 509 підприємствах 32,8 тис. осіб, або 22,5% від облікової кількості працівників (2013 р – 20,7% 2015 р – 20,8%, 2017 р – 20,5%). Середній показник за усіма видами діяльності – 29,6%.

Однак спостерігаються низькі показники встановлення професійної захворюваності у будівельній галузі:

Динаміка професійної захворюваності в будівельній галузі та питома вага в загальній кількості випадків за усіма галузями									
2013 рік		2015 рік		2016 рік		2017 рік		2018 рік	
Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)
157	2,7	27	1,5	16	1,0	17	0,9	21	1,1

Розуміємо, що значна частина випадків захворювань не встановлюється пов'язаною з професійною діяльністю – не виявляється, не фіксується або потрапляє в загальну захворюваність.

Проблеми починаються ще на етапі проведення медичних оглядів, на яких роботодавці намагаються заощадити кошти. Так, до третини задіяних в таких умовах праці, що потребують обов'язкового медогляду, не включаються підприємствами до списків. Нерідко роботодавець укладає короткострокові трудові договори, і кожного разу працівник проходить медогляд як вперше при працевлаштуванні, а не по графіку, без спеціального огляду лікаря.

На сьогодні узгодження списків осіб, що мають пройти медичний огляд, здійснюється структурами Держпраці. При цьому вимагається проведення гігієнічних досліджень факторів виробничого середовища на всіх робочих місцях підприємства відповідно до штатного розкладу.

Для багатьох підприємств це складно з фінансової точки зору: для одних – передбачити ці витрати, для інших (з державним фінансування) – ці кошти на проведення гігієнічних досліджень взагалі не передбачені держбюджетом.

Слід зазначити також, що й поширене формальне проведення медичних оглядів унеможливило проведення запобіжних/ профілактичних заходів, одним з яких є переведення працівника на іншу роботу.

Переведення на іншу роботу – це втрата звичної роботи та, відповідно і, зазвичай, заробітної плати. При відсутності механізму врегулювання цих питань працевлаштування зі збереженням заробітної плати – працівники будуть

замовчувати скарги, не пов'язувати їх з умовами та характером роботи, не звертати достатню увагу на початок розвитку можливих проблем зі здоров'ям у майбутньому.

При цьому, дослідження, що проведені підприємством з метою атестації робочих місць не завжди приймаються до уваги.

Формальне проведення атестації робочих місць унеможлиблює виявлення реальних ризиків щодо погіршення стану здоров'я, втрачає охоплення кола працівників, які потребують захисту (у т.ч. навіть потрапляння на медичні огляди). Це ускладнює встановлення зв'язку між погіршенням стану здоров'я та умовами праці.

Потребує перегляду Наказ від 21.05.2007 № 246 Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій. Зокрема необхідне врегулювання в організаційній частині, адже цей наказ прописаний під санепідсуджбу (скасовану), яку жодна організація в повному обсязі не замінила, також за обсягами досліджень, з'явилися нові діагнози захворювань.

Відсутність державного реєстру осіб, яким встановлено профзахворювання, унеможлиблює отримання достовірних даних щодо кількості профзахворювань в країні, по професіях, сферах економічної діяльності, регіонах, тощо. Унеможлиблює обґрунтоване планування профілактичних заходів/ програм.

При неофіційному працевлаштуванні приховування травматизму і профзахворювань абсолютно очевидне. Працівник не поінформований щодо умов праці та ризиків на робочому місці. Також при неофіційному працевлаштуванні не проводиться попередній медичний огляд та подальший контроль стану здоров'я.

Особливо це стосується будівельної сфери, де наявні додаткові ризики, що впливають на стан здоров'я працюючих, а саме: робота на відкритому повітрі та вплив погодних умов; пересувний характер ведення робіт (непостійні робочі місця); сезонний характер робіт; залежність, як правило, тривалості робочої зміни від тривалості виробничого циклу, тощо.

На сьогодні актуальними є питання з приводу гострих професійних захворювань серед медичних працівників, що зазнали впливу COVID-19 при виконанні своїх професійних обов'язків. Загалом через недостатню обізнаність у правовій сфері або через страх втратити роботу більшість медичних працівників, які отримали гостре професійне захворювання на робочому місці, залишаються поза статистикою. Ті працівники, які спромоглися добитися зв'язку між захворюванням та умовами праці очікують відшкодувань від держави тривалий час, не знають або бояться повідомити про свій стан, у тому числі ускладнення після перенесення захворювання.

Відсутність механізму вивчення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності не дозволяє:

- отримувати достовірні дані щодо рівнів захворюваності та їх причини;
- аналізувати стан здоров'я працюючих у різних галузях;
- аналізувати стан здоров'я працюючих з метою виявлення виробничо-обумовлених захворювань;
- планувати профілактичні заходи/ програми (щодо покращення стану здоров'я працюючих, санаторно-курортного лікування, тощо).

Ліквідація в медичних університетах факультетів з підготовки лікарів-гігієністів, у тому числі лікарів з гігієни праці, ставить під загрозу в подальшому гігієнічну оцінку факторів виробничого середовища та трудового процесу, аналіз захворюваності працюючого населення, розробку профілактичних заходів.

Розділ 4.

Рекомендації.

Виконавши аналіз ключових для соціального захисту працівників будівельної галузі України проблем відповідно до Конвенції МОП №102 у забезпеченні: допомоги по безробіттю, допомоги по старості, медичного обслуговування, допомоги у зв'язку з хворобою; допомоги у випадку трудового каліцтва або професійного захворювання, ми виявили зони незахищеності, проблеми у наявних практиках застосування правових норм та низький рівень допомоги, який нівелює їхню функцію забезпечення для родини отримувача достатнього утримання в здорових і гідних умовах життя.

Для забезпечення надійного захисту, що на практиці відповідає мінімальним нормам, передбаченим Конвенцією МОП № 102, нами, профспілковими експертами, складено наступні рекомендації.

1. Розробити за участю сторін соціального діалогу План заходів з імплементації Конвенції Міжнародної організації праці № 102 та Рекомендації МОП № 202 на період 2022–2025 років та кращого узгодження національного законодавства з положеннями цих актів в частині підвищення державних гарантій щодо мінімальних норм соціального забезпечення та соціального захисту.

1.1. Розробити і подати до Верховної Ради України законопроекти про ратифікацію наступних Конвенцій МОП:

- №121 про допомогу у випадках виробничого травматизму;
- №128 про допомоги по інвалідності, по старості, у зв'язку з втратою годувальника;
- № 168 про сприяння зайнятості та захист від безробіття;
- №183 про охорону материнства.

2. Беручи до уваги, що ставкою для встановлення мінімальних розмірів більшості періодичних виплат є затверджений законом прожитковий мінімум, який занижено у 2,2 рази порівняно з його фактичним розміром:

- розмір прожиткового мінімуму має розраховуватися відповідно до положень Закону України «Про прожитковий мінімум», Конвенції МОП № 117 (ст. 5) про основні цілі та норми соціальної політики та нормативно-правових актів, що регламентують принципи формування його величини; Урядом має бути підготовлено оновлені набори продуктів харчування, непродовольчих товарів та послуг та проведення їх науково-громадської експертизи;

- для забезпечення відповідності українського законодавства статтям 66, 67 Конвенції МОП № 102 необхідно внести зміни щодо встановлення мінімальних розмірів періодичних виплат (по безробіттю, пенсійних, потерпілим, ін.), не менше прожиткового мінімуму, розрахованого відповідно до положень Закону України «Про прожитковий мінімум», Конвенції МОП № 117 (ст. 5) про основні цілі та норми соціальної політики.

3. Розмір мінімальної заробітної плати встановлювати з урахуванням потреб працівників та їхніх сімей (застосовувати коефіцієнт сімейної складової), як передбачено Конвенцією МОП № 131 про встановлення мінімальної заробітної плати з особливим урахуванням країн, що розвиваються, та рекомендованого МОП і Світовим банком співвідношення до середньомісячної заробітної плати – на рівні 50–60%, а також домовленостей Генеральної угоди на 2019–2021 роки щодо досягнення таких параметрів.

4. Для забезпечення відповідності українського законодавства статтям 29, 65, 66, 67, Додатку до Розділу XI Конвенції МОП № 102 внести зміни до Закону

України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», якими встановити коефіцієнт підвищення «вартості» 1 року страхового стажу з метою досягнення 40%-ного зміщення пенсійною виплатою попереднього заробітку при наявності 30 років страхового стажу.

5. Припинити порушення представниками держави принципів демократичного управління соціальним страхуванням, що несе загрози стійкості системи соціального захисту. За участю соціальних партнерів напрацювати законодавчі норми щодо удосконалення тристороннього управління за принципом незалежності та рівноправності сторін, збільшення надходження коштів до фондів соціального страхування, посилення соціального захисту застрахованих осіб, забезпечення мінімальних норм відповідно до Конвенції МОП № 102.

6. Національній службі охорони здоров'я необхідно негайно переглянути пакети медичних гарантій вторинної спеціалізованої медичної допомоги з включенням профпатологічної допомоги до затверджених пакетів гарантованих державних послуг і повернути посаду лікаря-профпатолога до бюджетного штатного забезпечення та можливості надання експертних заключень лікарем-профпатологом без електронних скерувань (ст.4,5 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ст.21 Закону України «Про захист від інфекційних хвороб»).

7. Затвердити на законодавчому рівні для медпрацівників комунальних некомерційних підприємств обґрунтованих нормативів навантаження. Переглянути в бік збільшення тарифи та коригувальні коефіцієнти на медичні послуги (привести їх до ринкової, економічно-обґрунтованої вартості медичної послуги) з обов'язковим визначенням пітотної ваги витрат на заробітну плату.

8. Необхідно відновити фінансування за кошти соціального страхування оздоровчих заходів (лікування в санаторно-курортних закладах, санаторіях-профілакторіях, оздоровлення дітей) для надання застрахованим особам медичної допомоги профілактичного чи лікувального характеру з метою підтримання, відновлення чи поліпшення здоров'я захищеної особи й членів її родини та її спроможності працювати й задовольняти свої особисті потреби.

9. Прискорити опрацювання питання запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

10. Розширити співпрацю з Державною службою України з питань праці з метою зменшення незадекларованої зайнятості у будівельній галузі та інших сферах діяльності, у тому числі – виведення з «тіні» заробітної плати.

11. Розширити колективно договірне регулювання трудових відносин в галузі задля підвищення заробітної плати з наближенням до рівня країн призначення українських трудових мігрантів, мігрантів-будівельників.

12. У подальшій роботі профспілок щодо питань трудової міграції українських працівників, та будівельників зокрема, включити до моніторингу вивчення практик застосування двосторонніх міждержавних угод в частині соціального захисту і визнання страхового стажу, а також включення відповідних норм до трудових договорів/ контрактів працівників-мігрантів.

13. Кабінету Міністрів України розробити за участю сторін соціального діалогу заходи щодо попередження ризиків настання випадків на виробництві внаслідок нещасних випадків та профзахворювань.

14. Міністерству соціальної політики України забезпечити регулярний моніторинг дотримання державних соціальних гарантій та стандартів щодо соціального захисту, оцінку ефективності цієї системи, оприлюднення щорічного публічного національного звіту з цих питань та прийняття на підставі цього аналізу відповідних заходів/ програм.

15. Передбачити внесення змін у законодавство про загальнообов'язкове

соціальне страхування та деякі підзаконні акти у цій сфері:

15.1. Внести такі зміни у Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 № 1105-XIV:

- частину першу преамбули та абзац третій частини другої статті 42 (Якщо комісією з розслідування нещасного випадку встановлено, що ушкодження здоров'я настало не лише з вини роботодавця, а й внаслідок порушення потерпілим нормативних актів про охорону праці, розмір одноразової допомоги зменшується на підставі висновку цієї комісії, але не більш як на 50 відсотків) виключити;

15.2. Внести такі зміни у Закон України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування»:

- встановити диференційований розмір єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування для страхувальників залежно від рівня виробничого травматизму і професійних захворювань (орієнтовно зі шкалою в межах 10 класів ризику);

- передбачити систему знижок і надбавок до єдиного внеску, що здійснюється Фондом за результатами роботи страхувальника за минулий календарний рік (зниження чи зменшення кількості нещасних випадків та професійних захворювань на його підприємстві).

15.3. З метою своєчасного виявлення гострих чи хронічних професійних захворювань, своєчасного встановлення медичних протипоказань щодо здійснення працівниками окремих видів робіт внести зміни у Закон України «Про охорону праці», Кодекс про адміністративні правопорушення та Кримінальний кодекс України щодо підвищення відповідальності роботодавців за своєчасну організацію проведення медичних оглядів працівників, а також відповідальності працівників закладу охорони здоров'я – членів комісії з проведення медичних оглядів за якість їх проведення, з закладом якого роботодавець склав договір;

15.4. Внести необхідні зміни до Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 травня 2007 р № 246.

15.5. Внести зміни у Закон України «Про охорону праці» щодо обов'язкового створення служб медицини, гігієни праці та охорони здоров'я працівників відповідно до Конвенції МОП № 161.

15.6. Внести необхідні зміни у Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та здійснити заходи щодо відновлення діяльності Санітарно-епідеміологічної служби з метою з якісного та кваліфікованого здійснення державного нагляду та попередження ризиків ушкодження здоров'я працівників, попередження профзахворювань.

Список використаних джерел.

Вступ:

1. Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України – аналітична записка «Тіньова економіка. Загальні тенденції січень– вересень 2020». WWW.ME.GOV.UA

2. Офіційний сайт Київського міжнародного інституту соціології. Дослідження «Тіньова економіка в Україні. результати дослідження 2019 року» <https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=897&page=3>

Розділ 1:

1. Генеральна угода про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні на 2010-2012 роки. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0006120-10#Text>

Розділ 2:

1. Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року N 10-рп/2002, Справа № 1-13/2002. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text>

2. Щорічна доповідь Уповноваженого ВРУ з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2020 рік. https://dpsu.gov.ua/upload/zvit_za_2019.pdf

3. Офіційний сайт Державної служби статистики – зайнятість та безробіття: робоча сила (економічно активне населення) (за період з початку року. http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/rp.htm

4. Пенсійний фонд України: Загальна інформація з міжнародного співробітництва. <https://www.pfu.gov.ua/diyalnist/pensiyi-za-kordonom/zagalna-informatsiya-z-mizhnarodnogo-spirovbitnytstva/>

5. Закон України Про Державний бюджет України на 2021 рік від 15 грудня 2020 року № 1082-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text>

6. Мінсоцполітики: Інформація щодо фактичного розміру прожиткового мінімуму за січень 2021 року. <https://www.msp.gov.ua/news/19670.html>

Розділ 3.1:

1. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Неформально зайняте населення за видами економічної діяльності» – <http://www.ukrstat.gov.ua/>

2. Офіційний сайт Державної служби України з питань праці – «Недобросовісні роботодавці досі виплачують зарплату у «конверті» <https://dsp.gov.ua/nedobrosovishni-robotodavtsi-dosi-vyplachuiut-zarplatu-u-konverti/>

3. Офіційний сайт Київського міжнародного інституту соціології. Дослідження «Тіньова економіка в Україні. результати дослідження 2019 року» <https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=897&page=3>

4. Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України – аналітична записка «Тіньова економіка. Загальні тенденції січень– вересень 2020». WWW.ME.GOV.UA

5. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності за період з початку року» – <http://www.ukrstat.gov.ua/>

6. Сайт Економічного дискусійного клубу – «Скільки насправді заробляють українці і на скільки зросло зарплати в Україні за останній півроку (коментар О. Пендзина)» 02.09.2019. <http://edclub.com.ua/my-u-zmi/skilky-naspravdi-zaroblyayut-ukrayinci-i-na-skilky-zrosly-zarplaty-v-ukrayini-za-ostanni>

7. Сайт пошуку роботи Robota.ua – Прозора робота. Статистика по Україні 2020 рік <https://rabota.ua/ua/prozora?keyword=&cityId=0&rubricId=27>

8. Офіційний портал Державної фіскальної служби, офіс великих платників податків 12.11.2018, «Антирейтинг заробітної плати – будівництво». <http://officevp.sfs.gov.ua/media-ark/news-ark/356964.html>

9. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Заборгованість із виплати заробітної плати (за видами економічної діяльності, по регіонах, за категоріями підприємств, джерелами фінансування, організаційно-правовими формами господарювання) на 01.01.2021 р.»

http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/gdn/svzvp/arh_svzp_u_21.htm

10. Галузеве дослідження Профспілки працівників будівництва і промисловості будівельних матеріалів: «Українські будівельники за кордоном. Порівняння умов праці у міграції та на місцевому ринку праці», травень 2021 р.

11. Офіційний сайт Управління Держпраці, Тернопільська область – «Гігієна праці робітників будівельних професій» 19.04.2018. <https://te.dsp.gov.ua/gigiyena-pratsi-robitnykiv-budivelnyh-profesij/>

Розділ 3.2:

1. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Неформально зайняте населення за видами економічної діяльності».

http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/rp/eans/eans_u/arch_nzn_ved_u.htm

2. Брифінг Міністра розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства Т. Милованова 26.02.2020 р. – «Державна підтримка підприємств та заходи із детінізації сфери працевлаштування» <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2884920-milovanov-nazvav-cotiri-galuzi-u-akih-pracue-do-70-nelegaliv.html>

3. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Зайнятість населення за статтю, типом місцевості та віковими групами». http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/rp/eans/eans_u/arch_znsmv_u.htm

4. Офіційний сайт Державної служби статистики України «Середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності за період з початку року».

http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2005/gdn/Zarp_ek_p/Zp_ek_p_u/arh_zpp_u.htm

5. Офіційний сайт Пенсійного фонду України – «Дані про розмір середньої заробітної плати для обчислення пенсії» / Архів. <https://www.pfu.gov.ua/statystyka/pokazniki-serednoyi-zarobitnoyi-plat/arhiv-zapitannya-vidpovidi-peremishhenim-pokazniki-serednoyi-zarobitnoyi-plat/>

6. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України – Розрахунок фактичного розміру прожиткового мінімуму. <https://www.msp.gov.ua/news/12286.html>

Розділ 3.3:

1. Офіційний сайт Державної служби статистики України – Демографічний щорічник «Населення України», 2019 рік. http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publnasel_u.htm

2. Форум «Україна 30. Здорова Україна» 24.06.2021 <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3269908-trivalist-zitta-ukrainciv-nizca-niz-seredna-u-sviti-demografi.html>; <https://idss.org.ua/index>

3. Офіційний сайт Пенсійного фонду України – «Дані про середній розмір пенсії станом на 01.01.2021» <https://www.pfu.gov.ua/2128328-dani-pro-serednij-rozmir-pensiyi-stanom-na-01-01-2021/>

4. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Середня заробітна плата за видами економічної діяльності по місяцях». Архів.

http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2005/gdn/Zarp_ek_m/Zp_ek_m_u/arh_zpm_u.html

5. Офіційний сайт Пенсійного фонду України – « Дані про розмір середньої заробітної плати для обчислення пенсії». Архів, <https://www.pfu.gov.ua/statystyka/pokazniki-serednoyi-zarobitnoyi-plat/arhiv-zapitannya-vidpovidi-peremishhenim-pokazniki-serednoyi-zarobitnoyi-plat/>

6. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України – Розрахунок фактичного розміру прожиткового мінімуму. <https://www.msp.gov.ua/news/12286.html>

Розділ 3.4:

1. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги» http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/gdvdg/snsz_m_w/Arh_snsz_m_w_u.htm

2. Наказ МОЗ 15.02.2021 № 251 «Про затвердження Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 10 лютого 2021 року». <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0251282-21#Text>

3. Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації» № 1 (58) 2020 «Ситуаційний аналіз динаміки забезпечення системи охорони здоров'я України середніми медичними кадрами».

4. Всеукраїнська медична газета «Ваше здоров'я» – «Чому реформа первинки не підвищила її ефективності?» 05.08.2021. <https://www.vz.kiev.ua/chomu-reforma-pervynky-ne-pidvyshhyla-yiyi-efektyvnosti/>

5. Всеукраїнська медична газета «Ваше здоров'я» – «Первинка йде «в приват», вторинка у кадрову кризу – промах чи справжній задум реформ?» 06.07.2021 https://www.vz.kiev.ua/pervynka-jde-v-pryvat-vtorynka-u-kadrovu-kryzu-promah-chy-spravzhnij-zadum-reform/?fbclid=IwAR3nf7IFAkAFAY3gfrbeQ_CZ_uF3NbscXXUmyVI_P9wONAbmWsFIRy4gO64

6. Офіційний сайт Рахункової палати України – «Первинна меддопомога досі не працює за принципом «гроші ходять за пацієнтом» 15.07.2021. <https://rp.gov.ua/PressCenter/News/?id=1165>

7. Звернення до НСЗУ Громадської організації «Всеукраїнська асоціація лікарів-профпатологів та лікарів медицини праці» <https://uadocmed.org/news/zvren20200801.html>

Розділ 3.5:

1. Галузеве дослідження Профспілки працівників будівництва і промисловості будівельних матеріалів: «Українські будівельники за кордоном. Порівняння умов праці у міграції та на місцевому ринку праці», травень 2021 р.

2. Офіційний сайт Фонду соціального страхування України/ <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/974706>

3. Пресконференція першого заступника міністра соціальної політики Є.Котик <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3262326-ukraincam-za-likarnanimi-zaborguvali-blizko-3-milardiv.html>

4. Офіційний сайт Державної служби статистики України – «Заборгованість із виплат працівникам підприємств (установ, організацій) у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності за видами економічної діяльності на 1 квітня 2021 року». http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/gdn/svzpz/arh_svzpz_u_21.htm

Розділ 3.6:

1. Офіційний сайт Фонду соціального страхування України – «Надання матеріального забезпечення застрахованим особам та проведення страхових виплат потерпілим на виробництві (членам їх сімей)» за період 2017–2020 рр.:

<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/956083>

<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/963406>

<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/968428>

<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/974915>

2. Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації» № 1 (163) 2021 «Стан здоров'я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров'я України» <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/issue/view/13804>

3. Державна служба статистики України – статистичний збірник «Умови праці працівників у 2019 році»

http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/05/zb_upp_2019.pdf