

УДК 342.95:369.22(477)

В.Ю. СТЕЦЕНКО, канд. юрид. наук, Київський національний університет культури і мистецтв

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОBOB'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД ТА ПРОПОЗИЦІЇ ДЛЯ УКРАЇНИ)

Ключові слова: правове забезпечення, медичне страхування, іноземний досвід

В умовах сьогодення значної актуальності набувають питання правового забезпечення медичної діяльності. Це пов'язано з низкою причин, основною з яких може вважатись незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я і, як наслідок, невдоволеність значної частини пацієнтів якістю та доступністю медичної допомоги. Не варто при цьому забувати, що згідно Конституції України медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я має надаватись безоплатно. Проте практика свідчить про інше. Видається, що одним із ключових кроків держави у цьому плані має стати законодавче запровадження обов'язкового медичного страхування як форми організації надання та фінансування медичної допомоги.

В рамках пошуку шляхів удосконалення проектів, спрямованих на запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування, видається за доцільне дослідити зарубіжний досвід адміністративно-правового забезпечення даного страхування. В якості прикладів країн автор обрала Німеччину та Францію. Чому саме ці країни? Перш за все тому, що вони мають високий рівень соціально-економічного розвитку. По-друге, у них

належний рівень організації медичної допомоги. І, насамкінець, по-третє, вони мають значний досвід організації та фінансування медичної допомоги на страхових засадах.

Серед науковців, роботи яких присвячені проблематиці правового забезпечення медичного страхування у зарубіжних країнах, варто виділити: щодо Німеччини – А. Нагребецького, М. Нореяна, В. Badura, J. Dahlkamp, U. Ludwig, Н. Martens, Н. Poetow, С. Vetter, Н. Schellshmidt, Н. Schumacher, Н. Specke, L. Najen та ін.; щодо Франції – дослідження О.В. Баєвої, С.О. Гаврилюка, Б.С. Дарчина, К.П. Жилияєвої, О.Р. Лихотопа, М.В. Мниха, Е. Моссіалоса, Я.Ф. Радиша, Н.О. Рингача, Т.І. Стецюка, С. Томпсон та ін. Метою даної статті є здійснення аналізу основних адміністративно-правових засад забезпечення медичного страхування у Німеччині і Франції та вироблення на цій підставі пропозицій для законодавчого запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

1. Німеччина. Саме у цій країні вперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, і, за оцінками європейських дослідників в міжнародному порівнянні відповідає найкращим стандартам якості [1, с.12]. Існуюча в даний час система організації охорони здоров'я Німеччини виникла в 1883 році в епоху правління кайзера Вільгельма і рейхсканцлера Отто фон Бісмарка, коли був прийнятий Закон про обов'язкове медичне страхування деяких категорій працівників. Головним принципом медичного страхування став принцип солідарності, який означав, що кожний працюючий вносить кошти в загальну касу, а після з цих коштів оплачується медична допомога тим, хто має потребу, тобто багатий платить за бідного, здоровий за хворого.

На сьогоднішній день фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється в основному (57 %) за рахунок коштів обов'язкового державного медичного страхування – Gesetzliche Krankenversicherung (данім ви-

дом страхування охоплюється близько 90 % населення, інша частина громадян або має приватну страховку або підпадає під інші спеціальні державні програми, наприклад, військовослужбовці, поліцейські, одержувачі соціальних виплат та ін.). Близько 10,5 % надходять від інших складових державної страхової системи (кошти пенсійного страхування, страхування на випадок виробничого травматизму та страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду), інші кошти надходять від приватних страховиків – Private Krankenversicherung (8,4 %) та від безпосередніх особистих платіжів населення (12,2 %) [2, с.57].

Застраховані та члени їх сімей мають право на однаковий набір послуг незалежно від соціального положення, розміру внеску та тривалості страхування, який включає:

- профілактику захворювань, охорону здоров'я на робочому місці;
- медичне обстеження з метою виявлення захворювань;
- лікування (амбулаторна та стоматологічна допомога, лікарські засоби, послуги спеціалістів суміжних з медициною професій, стаціонарне лікування, сестринський догляд вдома, деякі види відновного лікування, соціальна терапія);
- невідкладна допомога, транспортування хворих при певних станах;
- надання інформаційних послуг хворим тощо.

Крім цього, лікарняні каси надають допомогу працюючим на випадок хвороби в розмірі 70 % останньої заробітної плати с 7 по 78 тиждень (перші 6 тижнів оплачує роботодавець) [2, с.59, 67].

До переваг німецької системи охорони здоров'я, безумовно, варто віднести високий якісний рівень надання медичної допомоги, оснащеність медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікацію медичних працівників і, найголовніше, доступність медичного обслуговування для

всіх. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи профілактику захворювань, амбулаторне та стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичні устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо.

Крім цього, застраховані мають право вільного вибору лікаря, медичної установи, відсутня практика регулювання сімейними лікарями доступу до спеціалізованої допомоги. І, як вже було сказано, важливим позитивним моментом системи медичного страхування країни є те, що внески працюючих забезпечують страхування, як самого працюючого, так і непрацюючих членів його сім'ї.

Для того, щоб виключити «зняття сливок», тобто страхування страховими компаніями тільки осіб, у яких мінімізований ризик захворювань (наприклад, молодий здоровий, який достатньо заробляє чоловік), для лікарняних кас був введений обов'язок укладення договорів страхування з кожним, хто до них звертається незалежно від його індивідуального ризику, а також заборона обгрунтовувати високі ризики більш високими розмірами внесків [3].

Страхова модель фінансування системи охорони здоров'я багато в чому дозволяє мінімізувати черги при наданні медичних послуг. На відміну від Великобританії, де діє переважно бюджетне фінансування, у Німеччині практично відсутні черги, крім листів очікування на трансплантацію органів та лікування у спеціалізованих лікувальних центрах.

Крім того, «потрапивши до лікарні в Німеччині, пацієнт не стоїть перед дилемою неможливості фінансування. Перші два тижня він, якщо дозволяє його фінансове становище, платить лише 12 євро в день з власної кишені. А у випадку необхідності перебування більше 14 днів він звільнюється і від цього внеску. Остання, фактично реальна, сума покривається з коштів його страхової

компанії. Про величину рахунку, який виставляє медична установа до страховика, в абсолютній більшості випадків пацієнт не інформується» [4, с.50].

В Німеччині існує ефективна система оцінки якості медичного обслуговування. Стандарти надання медичної допомоги є уніфікованими формами, які встановлюють конкретний перелік необхідних медичних послуг, і, базуючись на наукових знаннях, містять перелік медичних досліджень, що необхідні для досягнення мети лікування.

Таким чином, слід вказати, що на етапі вибору шляху (моделі) законодавчого забезпечення обов'язкового медичного страхування в Україні, науковцям та законодавцям варто більш ретельно розглянути досвід Німеччини. Серед позитивних аспектів організації охорони здоров'я та системи обов'язкового медичного страхування цієї країни можна назвати наступні:

- можливість людини, дохід якої перевищує встановлену суму, вийти з системи державного обов'язкового страхування і перейти в приватний сектор страхування;
- можливість працюючого забезпечувати медичне страхування непрацюючих членів його сім'ї;
- обмеження суми заробітної плати, з якою стягується страховий внесок;
- можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичної установи.

2. Франція. Відповідно Доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я про стан охорони здоров'я в світі у 2000 році, французька побудова охорони здоров'я була визнана найкращою системою надання медичної допомоги в світі. Друге місце займає Італія, Іспанія – 7, Японія – 10, Великобританія – 18, Німеччина – 25, США – 37, Казахстан – 64, Білорусія – 74, Україна – 79, Росія – 130. Всього 191 країна [5]. При цьому ВООЗ враховувала такі показники, як ефективність, доступність системи охорони здоров'я, компетентність медичних працівників, рівень

забезпечення обладнанням медичних установ тощо.

Основним елементом реформи охорони здоров'я та медичного страхування стало прийняття в червні 1999 року Закону про загальне медичне страхування (вступив в силу 01.01.2000 року). Згідно цього Закону, право на медичне страхування отримали всі постійні мешканці Франції, при цьому ті, у яких дохід нижче визначеного рівня, страхуються безоплатно, в тому числі за програмами додаткового добровільного медичного страхування. Тобто, був завершений перехід від медичного страхування за місцем роботи до загального медичного страхування.

Цікавими є дані стосовно кількості застрахованих осіб. Розуміючи, що правова держава намагається максимальною мірою забезпечити своїх громадян правом на безоплатне медичне обслуговування, зазначимо статистику по Франції. На даний час 95 % населення країни охоплено трьома основними програмами медичного страхування: загальною програмою медичного страхування (Régime général), яка охоплює найманих працівників торгівлі і промисловості та членів їх сімей (приблизно 84 % населення), а також бідних, що застраховані за Законом про загальне медичне страхування (понад 1,6 %); програмою страхування осіб, які працюють в сільському господарстві (MSA) – 7,2 % населення; програмою страхування самостійно зайнятих осіб (CANAM) – біля 5 %.

Всі три основні програми медичного страхування реалізують на практиці Національний фонд медичного страхування і відповідні місцеві структури. Всього в рамках загальної програми страхування працюють:

- 129 місцевих фондів медичного страхування (caisses primaires d'assurance maladie), які оформлюють страховку і відшкодовують витрати на лікування;
- 16 регіональних фондів, які займаються виробничим травматизмом та професійними захворюваннями;

– Національний фонд медичного страхування найманих працівників, який контролює діяльність регіональних і місцевих фондів;

– Спеціальна медична служба (в якій працюють 2500 лікарів, фармацевтів та дантистів), що контролює медичну обґрунтованість призначеного лікування застрахованих і сприяє розповсюдженню ефективної лікарської практики [6, с.8–9, 21].

Проте французькі фахівці відзначають і наявність певних проблем. По-перше, це необхідність перегляду принципів побудови медицини. «Без систематичного реформування, медичне страхування вже не може функціонувати у моделі, прийнятій за основу ще більш ніж півстоліття тому, в часи, коли ключову роль у цій системі відігравали самі лікарні, в яких було менше лікарів і єдиним засобом лікування вважались ліки. Чому б не переглянути в аспекті сучасних потреб медицини, наприклад, «фундаментальні принципи», закріплені у Хартії ліберальної медицини 1927 року і в Кодексі соціального страхування (ст.162-2): вільний вибір лікаря хворим, свобода у виборі лікування, свобода у виборі медичної (соціальної) установи, безпосередньої сплати гонорару і поваги до професійної таємниці? І адаптувати їх до сучасних соціальних стандартів у медицині» [7].

Йдеться про те, що принцип вільного вибору медичної (соціальної) установи, будучи легітимним апріорі, в той же час не дозволяє регулювати систему медичного страхування за географічним принципом. В той час як принцип безпосередньої сплати гонорару лікарю пацієнтом, протягом тривалого часу перешкоджає можливості оплати медичних послуг третьою особою, тобто – професійної винагороди лікарям за рахунок коштів системи медичного страхування.

Дебати щодо перегляду зазначених принципів є свого роду преамбулою до модернізації і переоцінки завдань ліберальної (вільної) медицини. Сучасна побудова системи

охорони здоров'я, яка є фінансово залежною від системи соціального страхування, гальмує раціоналізацію управління медичним страхуванням, а також його адаптацію до професійних завдань, технічних та соціальних вимог [8].

В контексті української сучасної моделі ми повинні пригадати радянську систему організації медичної допомоги, започатковану за часів М. Семашка, і стає зрозумілим, чому провідні країни світу визнавали її однією із найкращих. Видається, що не в останню чергу за рахунок максимального покриття населення медичним обслуговуванням, в тому числі й виходячи з територіальних аспектів (фельдшерсько-акушерські пункти, сільські дільничні лікарі тощо).

Як і в багатьох інших країнах Західної Європи, у Франції широко поширеним є добровільне медичне страхування (понад 85 % населення країни мають поліси добровільного страхування), яке, як правило, покриває ті витрати, що не охоплюються програмами обов'язкового страхування. Але, є групи осіб, які позбавлені можливості приватного і додаткового страхування (літні, хворі тощо, всього біля 1097000 осіб), яким необхідно сплачувати страхові внески у сумі 60 євро на місяць з власної кишені [9, с.336]. Тому, дослідники ставлять питання збільшення повноважень медичних страховиків, у тому числі – щодо додаткового страхування, у сфері визначення попиту і пропозиції, надання послуг і виробництва у медицині. Тобто, мова йде про інтеграцію системи додаткового медичного страхування у державну систему соціального страхування, не як складової, а як рівноправних партнерів, на прикладі Швейцарії та Сполучених Штатів Америки.

Таким чином, серед можливих реформ у галузі медичного страхування, французькі дослідники виокремлюють є перегляд сфер регулювання і поділу між обов'язковим медичним страхуванням і його органами (CNAMTS – Caisse Nationale d'Assurance

Maladie des Travailleurs Salariés, CANAM – Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, MSA – Mutualité Social Agricole) і додатковим страхуванням, взаємним та приватним страхуванням [9, с.334].

Крім того, деякі фахівці вважають, що у договорах медичного страхування франшизу (витрати на медичне обслуговування, які не покриває медична страховка) не потрібно включати в якості обов'язкової умови, оскільки це також впливає на достаток застрахованої особи, зменшуючи тим самим її можливості щодо здійснення витрат на заходи безпеки. В теорії страхування франшиза завжди розглядається як обов'язкова умова, так Шейвелл (Shavell S.) вказує, що оптимальний страховий контракт повинен містити посилення на франшизу з метою створення стимулу для його належного виконання власниками страхових полісів (застрахованими особами) [10, с.542]. Тобто, застраховані особи мають менше мотивів до вчинення попереджувальних заходів (запобігати настанню страхових випадків), у випадку повного страхового покриття. Ця поведінка, яка називається передбачуваний моральний ризик, є настільки сильною, що власники відповідних страхових полісів не вживають жодних заходів безпеки.

Але David Bardey і Romain Lesug зазначають, що дане положення не може поширюватись на сферу медичного страхування, приймаючи до уваги те, що застраховані особи усвідомлюють роль заходів безпеки як засобу збереження власного здоров'я та його покращення [11, с.866].

На наше переконання, до переваг французької моделі організації та фінансування охорони здоров'я відносяться: 1) велика кількість різноманітних надавачів медичних послуг. При цьому, приватний сектор охорони здоров'я займає на ринку медичних послуг рівне становище з державними медичними закладами, включаючи надання медич-

ної допомоги за програмами державного обов'язкового медичного страхування; 2) високий ступінь свободи лікарів і пацієнтів (свобода вибору як лікарів, працюючих в державному секторі, так і в приватному, можливість безпосереднього звернення до вузьких спеціалістів), доступність медичної допомоги; 3) широкий спектр послуг, які фінансуються державною системою медичного страхування.

Водночас, необхідно констатувати, що до недоліків системи охорони здоров'я Франції відносяться:

1) відсутність чіткого розподілу повноважень між державними органами і фондами медичного страхування, тобто до кінця не вирішене питання стосовно того, в підпорядкуванні кого повинно знаходитись державне медичне страхування. Безумовно, будь-яке рішення державних органів про посилення державного контролю в даній сфері призводить до протестів з боку фондів, які намагаються зменшити вплив держави;

2) широка автономія професійних медичних працівників значно обмежує можливості держави щодо впливу на систему медичного страхування. В будь-які часи, за будь-якої фінансової ситуації у галузі медичного страхування, при різних урядах актуальним залишаються перемовини і домовленості між фондами медичного страхування і медичними працівниками в частині, зокрема, розподілу повноважень [12, с.75]. Таким чином, процес досягнення домовленостей завжди більше націлений на забезпечення прав професійних медичних працівників, ніж пацієнтів.

3) наявність постійної проблема обмеження витрат. Володіння страховками, як в системі обов'язкового, так і добровільного медичного страхування, забезпечує покриття переважної більшості витрат населення Франції на медичне обслуговування, що призводить до надмірного споживання медичних послуг. Крім того, як виробники медич-

них послуг, так і споживачі мають необмежену свободу вибору, а фонди медичного страхування не несуть реальної фінансової відповідальності. Все це обумовлює постійне зростання витрат на фінансування охорони здоров'я;

4) відсутні єдині тарифи на медичні послуги. Історично склалась велика свобода медичних працівників, їх професійні об'єднання мають значний вплив на вирішення переважної більшості питань у сфері правового регулювання медичної діяльності. Тому, встановлення тарифів і будь-яких лімітів з боку держави, завжди зустрічає сильний опір від професійних медичних об'єднань, які відмовляються укладати відповідні угоди з фондами медичного страхування.

Таким чином, варто зауважити, що попереднє дослідження адміністративно-правових особливостей регулювання обов'язкового медичного страхування у провідних європейських країнах є виправданим та необхідним. Це дозволить побудувати українську модель обов'язкового медичного страхування на засадах гуманності, законності, загальних принципах медичного права [13]. В кінцевому варіанті повинні виграти всі – пацієнти, які на безоплатній основі отримуватимуть якісну медичну допомогу, лікарі, котрі за належну працю отримуватимуть належну винагороду та суспільство і держава у цілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Gute noten für deutsches Gesundheitssystem // Frankfurter Allgemeine Zeitung. – 27.06.2006. – S.12.
2. Busse R. Health care systems in transition Germany / R. Busse, A. Riesberg. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 220 p.
3. Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]. Vom 20. Dezember 1988 (BGBl. S. 2477) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.bmgs.bund.de> (Офіц. сайт Федерального міністерства охорони здоров'я Німеччини).
4. Норекаян М. С. Финансовые проблемы больничного комплекса в Германии / М. С. Норекаян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С. 50-54.
5. Белланже М. М. Французская система здравоохранения: общий обзор / Белланже М. М. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ar.economy.gov.ru/common/img/uploaded/files/seminar3_French_Health_system_RU.pdf.
6. Sandier S. Health care systems in transition: France / S. Sandier, V. Paris, D. Polton. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 137 p.
7. Durand J.-P. Soixante-dix ans de medecine liberale et sociale / J.-P. Durand // Le Medecin de France. – 1998.
8. J. de Kervasdoue. La crise des professions de santé / J. de Kervasdoue. – Dunod, 2003.
9. Delvallée C. Assurance maladie: redéfinir le partage entre couverture obligatoire et complémentaire? / C. Delvallée, B. Ventelou // Les tribunes de la Sante. – 2004/3. – № 4. – P. 333–348.
10. Shavell S. On moral hazard and insurance / S. Shavell // Quarterly Journal of Economics, 93. – 1979. – P.541–562.
11. Bardey D. Contrat d'assurance maladie optimal et risque moral *ex ante*. Quand peut-on s'affranchir d'une franchise? / R. David, Bardey R. Lesur // Etudes. – 2007/5. – Tome 4069. – P. 857–867.
12. Régereau M. La politique conventionnelle: ses ambitions et ses limites / M. Régereau // Revue française d'administration publique. – 2005/1. – № 113. – P. 75–82.
13. Медичне право України : підручник /

за заг. ред. С. Г. Стеценка. – К. : Всеукр. асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

Стеценко В. Ю. Адміністративно-правове забезпечення обов'язкового медичного страхування (іноземний досвід та пропозиції для України) / В. Ю. Стеценко // Форум права. – 2010. – № 2. – С. 482–488 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2010-2/10svjprdu.pdf>

Проведено аналіз адміністративно-правових особливостей обов'язкового медичного страхування у Німеччині та Франції. Вказані ключові засади здійснення даного виду страхування. Зазначено переваги та недоліки забезпечення обов'язкового медичного страхування, а також пропозиції стосовно використання позитивного досвіду в практиці України.

Стеценко В.Ю. Административно-правовое обеспечение обязательного медицинского страхования (зарубежный опыт и предложения для Украины)

Проведен анализ административно-правовых особенностей обязательного медицинского страхования в Германии и Франции. Указаны ключевые основы осуществления данного вида страхования. Отмечены преимущества и недостатки обеспечения обязательного медицинского страхования, а также предложения относительно использования положительного опыта в практике Украины.

Stetsenko V.Y. Administrative and Legal Support for Mandatory Medical Insurance (International Experience and Suggestions for Ukraine)

Analysis of administrative and legal characteristics of the compulsory health insurance in Germany and France is made. Identifies key basis for the implementation of this type of insurance is made. The advantages and disadvantages of mandatory medical insurance, as well as proposals for the use of positive experience in the practice of Ukraine are made.