

УДК 342.951:369.22

Валентина Стеценко, кандидат юридичних наук, доцент кафедри цивільно-правових дисциплін Київського національного університету культури і мистецтв

Правове забезпечення обов'язкового медичного страхування в Німеччині (ключові засади та досвід для України)

Проаналізовано особливості правового забезпечення обов'язкового медичного страхування в Німеччині. Увагу зосереджено на питаннях фінансування медичної допомоги та діяльності лікарняних кас.

Ключові слова: *правове забезпечення, обов'язкове медичне страхування, Німеччина.*

Проанализированы особенности правового обеспечения обязательного медицинского страхования в Германии. Внимание сконцентрировано на вопросах финансирования медицинской помощи и деятельности лечебных касс.

Ключевые слова: *правовое обеспечение, обязательное медицинское страхование, Германия.*

The features of the legal ensuring of the compulsory health insurance in Germany are analyzed. Particular attention is paid to financing the health care and health insurance

Keywords: *legal ensuring, compulsory health insurance, Germany.*

На нинішньому етапі розбудови Української Держави суттєвою проблемою є забезпечення прав, свобод і законних інтересів громадян у сфері медичної діяльності. Одним із кроків держави в цьому напрямі є законодавче запровадження обов'язкового медичного страхування. Перед науковцями та законодавцями постає питання адекватного використання іноземного досвіду в цій царині. Прикладом може слугувати Німеччина, рівень організації обов'язкового медичного страхування у якій є досить високим.

Необхідність розкриття системи організації фінансування охорони здоров'я Німеччини зумовлена, перш за все, тим фактором, що саме в цій країні зароджувалося соціальне медичне страхування, яке історично та природно склалося саме тут, а потім було врегульовано та впроваджено в інших країнах. Стан організації, юридичного забезпечення та безпосереднього функціонування обов'язкового медичного страхування в цій країні є одним із найкращих у Європі.

Питанням дослідження сучасного стану охорони здоров'я Німеччини, організації обов'язкового медичного страхування, перспективам розвитку та реформування медичної сфери присвячені роботи таких німецьких авторів, як В. Badura, J. Dahlkamp, U. Ludwig, H. Martens, H. Poetow, C. Vetter, H. Schellshmidt, H. Schumacher, H. Specke, L. Hajen та ін.

Метою цієї статті є здійснення аналізу правового забезпечення системи обов'язкового медичного страхування в Німеччині та виокремлення відповідних пропозицій для України. Саме в Німеччині вперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, яке, за оцінками європейських дослідників, відповідає найвищим міжнародним стандартам якості [1, с. 12]. Система організації охорони здоров'я Німеччини почала формуватися в 1883 р. 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, за яким кожний працівник вносив кошти в загальну касу, з яких оплачувалася медична допомога тим, хто мав потребу, тобто багатий платив за бідного, здоровий – за хворого.

Таким чином, Німеччина першою запровадила національну систему соціального захисту. В наступні десятиліття обов'язкове соціальне страхування, яке отримало назву «система Бісмарка», поширилося на інші сфери. З 1884 р. почали надавати допомогу у випадку виробничого травматизму та пов'язаної з ним інвалідності, з 1889 р. – виплачували допомогу за старістю й інвалідністю, з 1927 р. – допомогу на випадок безробіття, з 1994 р. – оплачують довготривалий медичний догляд. Широта та структурна цілісність системи соціального страхування і нині залишаються найважливішими особливостями німецької системи охорони здоров'я [2, с. 13].

У сучасній Німеччині одним із головних принципів державного устрою і системи охорони здоров'я зокрема є розподіл повноважень між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства. У сфері охорони здоров'я органи влади передають повноваження самоврядним організаціям платників і

виробників послуг – тобто структурам, які безпосередньо зацікавлені та мають відповідний рівень професіональних знань у цій сфері. Насамперед це лікарняні каси, їх об'єднання, об'єднання лікарів лікарняних кас, які є квазідержавними організаціями і мають органи управління, що здійснюють управління фінансуванням, надання послуг в обсязі, гарантованому Законом про обов'язкове медичне страхування.

На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, до повноважень якого належить і загальна політика у сфері державного медичного страхування (перш за все, це питання рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних послуг). Правове регулювання всієї системи соціального страхування Німеччини здійснюється в основному на підставі Соціального кодексу, книга п'ята якого присвячена безпосередньо державному медичному страхуванню.

Відповідно до федерального законодавства відповідальність за планування медичної допомоги закріплена за землями (всього 16 федеральних земель). Кожна земля повинна забезпечувати стабільне фінансування лікарень, гарантувати забезпечення потреб населення в медичній допомозі. Тому землі розробляють своє законодавство у сфері охорони здоров'я з урахуванням специфіки регіону, його соціального, економічного розвитку тощо, це веде до значної різниці в характері, межах і методах планування медичних програм у різних регіонах [3, с. 40].

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється переважно (57 %) за рахунок коштів обов'язкового державного медичного страхування – Gesetzliche Krankenversicherung (цим видом 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 складників державної страхової системи (кошти пенсійного страхування, страхування на випадок виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду); інші кошти надходять від приватних страховиків – Private Krankenversicherung (8,4 %) та від безпосередніх особистих платежів населення (12,2 %). Таким чином, головним джерелом фінансування охорони здоров'я Німеччини є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні каси (gesetzliche Krankenkassen), які збирають внески і забезпечують фінансування медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави. Всі лікарняні каси є некомерційними організаціями, які зобов'язані збирати членські внески й мають право встановлювати ставку внеску, яка необхідна для покриття витрат. Загальне керівництво здійснюється збо-

рами представників (як правило, роботодавців і застрахованих працівників підприємств), яке регламентує роботу каси, приймає бюджет, обирає правління [2, с. 35, с. 57].

Членство в лікарняній касі є обов'язковим для працівників, у яких сукупний особистий дохід становить менше 3862 євро на місяць (з 2004 р.). Позитивною особливістю системи обов'язкового медичного страхування Німеччини є те, що внески працівників забезпечують страхування як його самого, так і членів його сім'ї, які не працюють, без будь-яких доплат. Внески стягуються із заробітної плати, пенсій, допомоги на випадок безробіття, при цьому встановлюється максимальний рівень доходу, з якого утримуються внески [4].

Застраховані та члени їх сімей мають право на однаковий набір послуг незалежно від соціального становища, 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 із медициною професій, стаціонарне лікування, сестринський догляд удома, деякі види відновного лікування, соціальна терапія);
- невідкладна допомога, транспортування хворих у певних станах;
- надання інформаційних послуг хворим тощо.

Крім цього, лікарняні каси надають допомогу працівникам на випадок хвороби в розмірі 70 % останньої заробітної плати із 7-го до 78-го тижня (перші 6 тижнів оплачує роботодавець) [2, с. 59, с. 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.

Необхідно вказати, що в Німеччині витрати на охорону здоров'я є одними з найвищих у Європі та світі (близько 10,7 % ВВП) [5]. До причин такого стану відносять:

- старіння населення, що призводить до посилення економічного навантаження на працездатне населення, збільшення кількості хронічних патологій, які потребують тривалого й високоартісного лікування, а

також до підвищення частоти одночасного враження кількох органів і систем;

- значне число безробітних;
- попит на нові дорогі медикаменти й технології тощо [6, с. 16].

Крім того, однією з основних причин високих витрат, на наш погляд, є суттєво завищені соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я. Держава взяла на себе важко здійснювані зобов'язання, що в умовах економічної кризи 2008–2009 рр. стало даватися взнаки. Тому постає необхідність скорочення переліку послуг, які надаються за рахунок обов'язкового соціального медичного страхування, зокрема, це часткова відмова від оплати товарів, препаратів і послуг, які покращують рівень життя (окуляри, зубопротезування, транспортування до лікарні тощо).

Ще однією важливою проблемою сучасної системи охорони здоров'я Німеччини є зменшення доходів лікарняних кас. Це обумовлено багатьма чинниками, серед яких: зменшення частки заробітної плати в загальному об'ємі ВВП країни; зменшення тієї частини заробітної плати, з якої сплачується внесок; збільшення числа пенсіонерів (пенсії становлять лише близько 48 % заробітної плати); високий рівень безробіття тощо [2, с. 60].

До недоліків системи охорони здоров'я Німеччини також відносять:

- нераціональну організаційно-штатну структуру органів управління охороною здоров'я в окремих районах (наприклад, в Кньопеніке такий підрозділ включає екологію, охорону здоров'я, соціальну допомогу та ветеринарну службу);
- фактично зруйновано профілактичний напрям у діяльності системи медичної допомоги (в плановому порядку не проводяться щеплення, медичний огляд дітей і підлітків, нагляд за вагітними, ліквідовані поліклініки тощо);
- обмеження прав лікарів (районний лікар практично не має права втручатися в організацію надання медичної допомоги населенню (крім скарг або яких-небудь надзвичайних подій) [7, с. 77].

Якщо використовувати досвід Німеччини для побудови страхової моделі фінансування охорони здоров'я в Україні, то, на наш погляд, враховуючи українську ментальність і ставлення більшості населення країни до свого здоров'я, є ще кілька складників німецького страхування, які не цілком прийнятні. Зокрема, це повний страховий захист застрахованого з боку лікарняних кас. «З погляду застрахованої особи ціна послуги в такому випадку дорівнює нулю, так як вона не знає вартості послуги... У застрахованого формується ілюзія, що послуги охорони здоров'я надаються безоплатно і без обмежень. Подібний вакуум відповідальності

сприяє неправильній поведінці індивідуума» [8, с. 26–27]. Таким чином, у застрахованого не виникає стимулів берегти своє здоров'я, запобігати його погіршенню та раціонально використовувати послуги закладів охорони здоров'я.

Проте багато в чому досвід Німеччини може бути корисним для України. Так, певний інтерес становить система оплати праці лікарів, яка дозволяє переважно виключати можливість зловживань із боку медичних працівників у контексті призначень зайвих медичних процедур, обстежень тощо. Страхові організації оплачують медичну допомогу, яка надається лікарями, на базі бальної системи оцінки рівня наданих послуг. Бали встановлюються в плані виплат за послуги, де визначається кількість балів за кожну надану послугу. Розмір відшкодування лікарям на підставі зароблених ними балів розраховується як співвідношення загальної кількості балів, зароблених усіма лікарями, і регіонального бюджету охорони здоров'я. Відповідно до цього, збільшення обсягу наданих медичних послуг у регіоні буде означати, що кожний бал буде мати меншу цінність. З метою обмеження можливостей лікарів в отриманні більшого прибутку за рахунок необґрунтованого включення в звіти більшого обсягу наданих послуг, комітети лікарів і фондів охорони здоров'я здійснюють постійний нагляд за діяльністю медичних установ, і будь-яке відхилення звітності від реального об'єму наданих послуг негайно відображається на статистичних спостереженнях за медичною установою і виявляє лікаря, який істотно відхилився від середнього показника. Винний зазнає певного покарання [9, с. 14].

Таким чином, слід зауважити, що на етапі вибору шляху (моделі) законодавчого забезпечення обов'язкового медичного страхування в Україні науковцям і законодавцям варто ретельніше розглянути досвід Німеччини. Все це сприятиме розвитку медичного права – нового правового утворення, котре дедалі активніше завойовує позиції в Україні [10]. Серед позитивних аспектів організації охорони здоров'я та системи обов'язкового медичного страхування Німеччини можна назвати такі:

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

Список використаних джерел

1. Gute noten für deutsches Gesundheitssystem // Frankfurter Allgemeine Zeitung. – 2006. – 27.06. – 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. Ettelt S. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта / S. Ettelt, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays and International Healthcare Comparisons Network. – М. : Реал Тайм, 2009. – 64 с.
4. Statistisches Bundesamt. Federal Health Monitoring System. Wiesbaden, 2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http:// www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
5. Офіційний сайт Організації економічної співпраці та розвитку // [http:// www.oecd.org](http://www.oecd.org)
6. Нагребецкий А. Реформирование системы здравоохранения Германии – от хорошего к лучшему / Александр Нагребецкий // Здоров'я України. – 2007. – № 5 (162). – С. 16–17.
7. Журавель В. І. Адміністративна реформа та організація системи охорони здоров'я у Німеччині / В. І. Журавель // Український медичний часопис. – 1999. – № 3 (11). – С. 74–78.
8. Юнусов Ф. Управление здравоохранением и организация медицинского страхования / Ф. Юнусов. – СПб. : ООО «Артиком», 2007. – 296 с.
9. Сасковец А. А. Государственное медицинское страхование в Германии: становление, проблемы, стратегические решения / А. А. Сасковец. – М. : МАКС Пресс, 2005. – 28 с.
10. Медичне право України : підруч. / за заг. ред. С. Г. Стеценка. – К. : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.