

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД РОЗВИТКУ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Анотація. У статті розглянуто основні принципи медичного страхування у Німеччині, висвітлено схему взаємовідносин між окремими суб'єктами державного медичного страхування у даній країні, а також запропоновано напрями удосконалення розвитку загальнообов'язкового медичного страхування в Україні.

Ключові слова: загальнообов'язкове державне медичне страхування, добровільне медичне страхування, принципи медичного страхування

Kostak Z.

FOREIGN EXPERIENCE OF COMPULSORY STATE MEDICAL INSURANCE DEVELOPMENT

Summary. The article deals with the basic principles of health insurance in Germany, the scheme of the relationship between individual entities of public health insurance in the country is covered, and the directions for the improvement of compulsory health insurance in Ukraine are suggested.

Keywords: compulsory state health insurance, voluntary health insurance, health insurance principles

1. Вступ

Незважаючи на постійне зростання показників страхових виплат і страхових платежів на ринку медичного страхування, даний вид страхування ще не набув такого поширення, яке мають подібні системи медичного обслуговування громадян у країнах з розвиненою ринковою економікою. В Україні сьогодні функціонує лише добровільне комерційне медичне страхування. У даному виді страхування за січень-вересень 2013 року зафіксовано приріст премій на 22% - до 1,1 млрд. грн. [12]. Щодо запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування, яке в нашій державі вже тривалий час декларується з боку представників різних гілок влади, то існує чимало факторів, які гальмують його впровадження у вітчизняну систему медичного страхування. Активні дискусії з цього приводу відбуваються також серед представників фармацевтичної галузі, адже запровадження державного медичного страхування — це запорука забезпечення права кожного громадянина на отримання якісної медичної допомоги.

З огляду на вищесказане, основною метою нашого дослідження є вивчення зарубіжного досвіду впровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування і на цій основі запропонувати основні напрями активізації даного виду соціального страхування в Україні.

2. Огляд літературних джерел і публікацій

Існує чимало публікацій наукового і практичного характеру, які висвітлюють сучасні проблеми функціонування медичного страхування. Так, Юрій С. І. і Шаварина М. П. [6] у своїх дослідженнях значну увагу приділяють становленню та розвитку медичного страхування в Україні, розгля-

дають основні завдання та форми медичного страхування, Баєтул Г. П. [1] здійснює аналіз вітчизняного ринку медичного страхування і на цій основі пропонує напрями розвитку даного виду страхування, а Базилевич В.Д. [4] основну увагу приділяє моделям загальнообов'язкового медичного страхування. Проте постійні зміни у законодавчій системі країни, фінансово-економічна нестабільність в державі, яка у свою чергу впливає як на самих страховиків так і на застрахованих осіб, зумовлюють пошук нових шляхів (моделей) розвитку медичного страхування. Для того щоб обрати найоптимальнішу модель для нашої країни, слід максимально використовувати позитивний досвід іноземних держав, у яких система медичного страхування функціонує довгий час. Одним із прикладів такого позитивного досвіду в цій сфері, на нашу думку, може стати система державного медичного страхування Німеччини, яка на міжнародній арені вважається однією з найефективніших у світі.

3. Історія розвитку медичного страхування Німеччини

Німеччина має найтривалішу історію медичного страхування, адже є однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування. У Німеччині система медичного страхування створена ще в 1881 році, а перша фірма, яка спеціалізувалася в цій області, з'явилася ще в 1848 році. Прототип медичної страховки був введений ще раніше — в 1843 році, ним користувалися службовці тютюнової промисловості.

Одна з реформ видатного діяча Отто фон Бісмарка вивела проблему медичної страховки на державний рівень. У 1881 році Бісмарк запропонував страхувати всіх службовців, і медична страховка

була один з головних умов. З тих пір вона є обов'язковою для всіх службовців з певним рівнем доходу, страховка також надається їхнім родинам [12].

У 2007 р. в Німеччині був прийнятий закон, який зробив державне медичне страхування обов'язковим для всіх проживаючих в країні.

4. Характеристика загальнообов'язкового державного медичного страхування у Німеччині

У Німеччині, як і в Україні, існують два види страхування: обов'язкове (державне) й добровільне (приватне) медичне страхування. Типовою рисою німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а створює умови для функціонування фондів медичного страхування та контролює їх діяльність. Головними учасниками системи є державні лікарняні каси, що об'єднують понад 89 % населення держави і лише 11% — застраховані у приватних лікарняних касах. Членство в лікарняних касах є обов'язковим для всіх найманих працівників.

Відмінність між обома видами страхування полягає в основному в механізмах сплати внесків та розподілу медичних послуг. Так, наприклад, якщо для розміру внесків до державних лікарняних кас визначальним є величина доходу застрахованої особи, то внески до приватних лікарняних кас залежать найчастіше від віку, а в окремих випадках — також і від ступеня ризику захворювання застрахованої особи.

Що стосується права на медичну допомогу, то система державного медичного страхування гарантує однаковий для всіх застрахованих осіб, визначений законодавством, основний рівень медичного обслуговування, незалежно від розміру заробітку чи віку застрахованої особи. Обсяг медичного обслуговування та розмір відшкодування витрат при страхуванні у приватних лікарняних касах визначаються у кожному конкретному випадку індивідуально. Так, застрахована у приватній лікарняній касі особа може самостійно визначати умови та обсяг медичного страхування і обирати від основного рівня медичного обслуговування до лікування у найкращого у світі лікаря, а також від повного відшкодування лікарняною касою вартості медичних послуг та засобів лікування до високої особистої участі у відшкодуванні витрат. Тобто, у сфері приватного медичного страхування існує широке поле для свободи. Звичайно, чим ширший каталог медичних послуг і розмір відшкодування їх витрат лікарняною касою, тим дорожчим є приватне страхування [2].

Правовою основою державного медичного страхування Німеччини є п'ята книга соціального кодексу Німеччини (SGB V2), яка за майже два десятиліття свого існування багато разів піддавалася різного роду правовим реформам. Одна з останніх найважливіших реформ у сфері державного медичного страхування була здійснена на підставі закону про посилення конкуренції в системі державного медичного страхування, який набув чинності 1 квітня 2007 р. Однак, як засвідчують німецькі правники, вказана реформа не є останньою [8].

5. Принципи державного медичного страхування у Німеччині

Основним принципом німецької системи медичного страхування є принцип загальнообов'язковості, відповідно до якого кожен найманий працівник підлягає обов'язковому державному медичному страхуванню і має бути членом однієї з вільно обраних ним державних лікарняних кас.

За певних умов обов'язковому державному медичному страхуванню підлягають особи, які отримують допомогу по безробіттю (Arbeitslosengeld II), працівники сільського і лісового господарства та члени їх сімей, особи, які займаються мистецькою діяльністю, студенти, пенсіонери тощо. Окрім осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному медичному страхуванню, послугами і захистом державного медичного страхування користуються також особи, які добровільно стали членами державних лікарняних кас (§9 SGB V). Слід зазначити, що на відміну від приватних, державні лікарняні каси не мають права відмовляти особам у членстві [2].

У рамках так званого сімейного страхування (Familienversicherung) послугами і захистом державного медичного страхування користуються також члени сімей (чоловік або дружина та неповнолітні діти) осіб, що є застрахованими в системі державного медичного страхування. Такі члени сімей звільняються від самостійної сплати страхових внесків, однак за умови, що їх заробіток не перевищує певну встановлену законодавством межу.

Другим принципом державного медичного страхування Німеччини є принцип солідарності. Це означає, що кожна застрахована особа має право на отримання однакових медичних послуг, незалежно від її доходів та розміру сплачуваних нею страхових внесків. На розмір страхових внесків не впливають ступінь ризику захворювання чи вік застрахованої особи. Із громадянина стягуються щомісячні відрахування у розмірі близько 15,5% доходів, але не більше 575 євро на місяць. Внески здійснюються через суспільні лікарняні каси, побудовані здебільшого за територіальним принципом і частково за професійним або галузевим. Кожний громадянин має бути членом тієї чи іншої лікарняної каси.

При виборі приватного медичного страхування внески платять виходячи з результату оцінки ризику виникнення страхового випадку у особи та обсягу страхового покриття. Перехід на приватну схему страхування звільняє від сплати внесків за державну страховку але можливий тільки у разі, якщо дохід застрахованого перевищує 49,5 тис. євро на рік [8].

Окрім того, у системі державного медичного страхування Німеччини діє так званий принцип отримання медичної допомоги в натуральній формі (Sachleistungsprinzip), який полягає, зокрема, в тому, що оплата за медичні послуги лікарням або окремим лікарям здійснюється не пацієнтами, а лікарняними касами через так звані об'єднання касових лікарів. Застраховані особи не здійснюють безпосередню оплату медичних послуг, однак і не мають інформації про фактичні витрати на медичне лікування у конкретному випадку [2].

Ще одним важливим принципом державного медичного страхування є принцип самоврядування. Він полягає в тому, що держава не втручається в управління державних лікарняних кас, а здійснює лише нагляд за їх діяльністю. Застраховані особи і роботодавці беруть участь в управлінні лікарняними касами. Як правило, кожні 6 років застраховані особи і роботодавці обирають своїх представників в органи управління лікарняних кас, які на засадах самоврядування приймають усі найважливіші рішення у сфері діяльності лікарняних кас, затверджують статут і щорічний бюджет лікарняних кас.

Принцип самоврядування полягає також у тому, що основний обсяг амбулаторних і стаціонарних медичних послуг, що надаються в рамках державного медичного страхування, визначається на підставі договорів безпосередньо між державними лікарняними касами та постачальниками медичних послуг [9].

6. Взаємовідносини між окремими суб'єктами державного медичного страхування у сфері надання і оплати медичних послугу Німеччині

Пацієнт, який сплачує страхові внески у лікарняну касу, має право на отримання окресленого законодавством комплексу медичних послуг. Вказані медичні послуги поділяються на послуги домашньої та фахової медицини. Повний каталог медичних послуг, що надаються в рамках державного медичного страхування, наводиться у відповідному законі і охоплює, зокрема, забезпечення лікарськими, перев'язочними, лікувальними та допоміжними засобами.

Передбачений законодавством комплекс медичних послуг конкретизується у письмових договорах між об'єднаннями касових лікарів та спілками державних лікарняних кас з урахуванням положень чинного законодавства та директив Спільної федеральної комісії. Договірне регулювання надання медичних послуг повинно бути здійснене таким чином, щоб було забезпечено достатнє, доцільне та економічно рентабельне медичне обслуговування застрахованих осіб з урахуванням загальновизнаного рівня досягнень медицини з одного боку, та належна оплата лікарям за надані медичні послуги — з другого [2].

Розрахунки за надані застрахованим пацієнтам медичні послуги не здійснюються безпосередньо між лікарем та пацієнтом. Не проводяться вони також безпосередньо між лікарем і лікарняною касою пацієнта, а через відповідні об'єднання касових лікарів за спеціальною процедурою.

Оплата медичних послуг лікарняними касами відповідним об'єднанням касових лікарів регулюється у так званих загальних договорах про оплату медичних послуг.

Так, згідно з німецьким законодавством регіональні (земельні) спілки державних лікарняних кас укладають з відповідними об'єднаннями касових лікарів загальні договори, які регулюють питання загальної оплати медичних послуг, що надаються в

рамках території діяльності відповідного об'єднання касових лікарів (Gesamtvergütung). Загальна оплата — весь обсяг коштів, які сплачуються лікарняними касами об'єднанням касових лікарів за весь комплекс медичних послуг, що надаються застрахованим особам, які проживають на території діяльності відповідного об'єднання касових лікарів. Її розмір залежить від стану захворюваності на тій чи іншій території і може визначатися у вигляді твердої суми, паушальних сум за кожну застраховану особу чи кожен страховий випадок або розраховуватися за окремими видами медичних послуг на підставі єдиного оціночного критерію, тощо. Лікарняні каси на практиці, як правило, сплачують паушальні суми за кожну застраховану особу. Загальні договори про оплату медичних послуг укладаються, як правило, на рік. Їх зміст не може суперечити умовам відповідного федерального рамкового договору та єдиного оціночного критерію [9].

Щоб запобігти надмірному обсягу надання медичних послуг лікарями, у договорі про розподіл гонорару передбачаються так звані орієнтовні обсяги звичайного надання медичних послуг у тій чи іншій медичній галузі (Regelleistungsvolumina), які диференціюються і за групами лікарів [2]. Оплата послуг в межах орієнтованого обсягу здійснюється у повному розмірі за ставками, передбаченими у регіональному положенні про розмір зборів за надання медичних послуг. Послуги, що виходять за рамки орієнтованого обсягу, оплачуються за обмеженими ставками [9].

Відносини між окремими суб'єктами системи державного медичного страхування Німеччини схематично можна зобразити так, як це вказано на рис.1.

7. Переваги та недоліки німецької системи медичного страхування

Розглянувши основні переваги німецької системи медичного страхування в законодавчому та практичному аспектах, доцільно виділити і її недоліки, на які слід звернути увагу, розробляючи модель медичного страхування для України.

По-перше, постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування, які нині становлять приблизно 13,4 % заробітної плати до оподаткування. Сьогодні прогнозується подальше зростання цього показника. Насамперед це пов'язано з погіршенням демографічної ситуації в країні.

По-друге, суттєве збільшення організаційних витрат в системі охорони здоров'я. У лікарняних касах вони становлять приблизно 5 % від суми внесків. У розрахунку на одну застраховану особу в 1992 р. вони становили 106 євро [4], а у 2012 р. - 159 євро, що свідчить про неефективну організацію роботи суспільних лікарняних кас.

По-третє, деякі виробники медичного обладнання необгрунтовано завищують ціни, розраховуючи, що платити в будь-якому випадку будуть не люди, а страхові агентства [11].



Рис.1. Модель взаємовідносин між окремими суб'єктами державного медичного страхування у Німеччині[2]

Отже, враховуючи позитивний досвід розвитку загальнообов'язкового державного медичного страхування у Німеччині, та з метою вдосконалення діючої вітчизняної системи, необхідним, на нашу думку, вважається проведення ряду заходів організаційного характеру, у тому числі, прийняття нормативно-правових актів, які б забезпечили вирішення таких важливих проблем як:

- забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування.

- створення умов розвитку добровільного медичного страхування в якості ефективного доповнення до обов'язкового соціального медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги, понад або в межах обсягу і рівня, визначених програмами обов'язкового соціального медичного страхування.

- посилення зацікавленості роботодавців у турботі про збереження здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, які направлятимуться підприємствами на добровільне медичне страхування.

Адже державне регулювання питань страхової медицини має внести ряд правок для вдосконалення діяльності страхових компаній та захисту інтересів громадян. Основне завдання державного регулятора – налагодити систему таким чином, щоб кожна застрахована особа гарантовано і без зайвої біганини отримувала повний спектр послуг, передбачений страховим договором.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєтул Г. П. Аналіз українського ринку медичного страхування. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://conf.bsfa.edu.ua>
2. Юнко М. І. Система державного медичного страхування в Німеччині. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nobles-law.com/files/pdf/publications/Mykhaylo_Yunko_
3. Фурман В. У. Необхідність страхування та його роль в економіці / В. У.Фурман. – Економіст – 2007. — №5 – С.43-45.
4. Базилевич В. Д. Страхування - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pidruchniki.ws/>
5. Решетников А. В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. / Решетников А. В. – М.: Финансы и статистика, 1998.
6. Юрій С. І. Соціальне страхування: підручник / С. І. Юрій, М. П. Шаварина, Н. В. Шаманська. – К.: Кондор, 2009. – 464 с.
7. Rosenbrock R., Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. – Hans Huber, Bern, 2004.
8. Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. – Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen u.a., 2005.
9. http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601100/SharedDocs/Download/DE/Dateproperty=publicationFile.pdf/KJ12005.pdf
10. http://www.poltavalk.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2387:2011-12-09-07-04-07&catid=39&Itemid=70
11. <http://www.forinsurer.com>