

## ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: АНАЛІЗ ДОСВІДУ НІМЕЧЧИНИ

**М. В. СОЧІНСЬКА**, аспірантка

Уманський національний університет садівництва

*Стаття присвячена вивченню та аналізу діючих моделей медичного страхування, фінансування галузі охорони здоров'я Німеччини. Досліджено доступність медичного страхування для населення, проаналізовано стан реформування галузі. Автором розглянуто західний досвід функціонування ефективної системи медичного страхування.*

**Ключові слова:** страхування, медичне страхування, моделі медичного страхування, охорона здоров'я.

Однією із функцій держави є забезпечення соціального захисту населення. Реалізація соціально орієнтованої політики держави передбачає вирішення проблем соціального захисту громадян і спрямована на створення умов для належного рівня життя та вільного розвитку особистості. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування є важливою складовою системи соціального захисту населення і відіграє значну роль у житті громадян будь-якої країни, особливо тих, які втратили можливість забезпечувати себе самостійно. Виникнення та функціонування соціального страхування зумовлене наявністю різноманітних соціальних ризиків та необхідністю утримання громадян, які не можуть брати активної участі в процесі суспільного виробництва.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблемні аспекти розвитку медичного страхування та реформування системи охорони здоров'я відображені у працях як вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Вагомий внесок у дослідження проблем фінансового забезпечення медичного страхування здійснили такі вчені, як: М. Бучкевич [1], П. Беллі, П. Рандол, Дж. Кутзін, С. Коваль [6], К. Бермутова, О. Клименко [5], О. Виноградова, В. Лехан, Н. Авраменко, Ю. Вороненко, Г. Григораш [2]. Проте серед значної кількості наукових публікацій залишаються мало дослідженими питання аналізу німецького досвіду реформування системи охорони здоров'я.

**Метою** дослідження є аналіз та дослідження зарубіжного досвіду функціонування систем медичного страхування, їх фінансування та особливості.

**Методика досліджень.** Методологічною та теоретичною основами дослідження є наукові розробки вітчизняних та закордонних вчених. У процесі

дослідження використовувалися такі методи: дедуктивний, індуктивний – при дослідженні теоретичних аспектів категорій страхування, моделей медичного страхування; спостереження, узагальнення – в процесі розробки остаточних висновків на основі одержаних результатів.

**Результати досліджень.** У світі існує чотири моделі медичного страхування (табл. 1).

**Табл. 1. Основні моделі медичного страхування в світі\***

	<b>Модель Бісмарка</b>	<b>Модель Беверіджа</b>	<b>Модель національного медстрахування</b>	<b>Модель прямої оплати медпослуг</b>
<b>Принципи</b>	Оплата медпослуг фінансується державою з бюджету за рахунок податків; фонд фінансується за рахунок внесків із зп роботодавців та працівників.	Оплата мед послуг фінансується державою за рахунок податків з бюджету; більшість медзакладів державні.	Медпослуги надають приватні медзаклади; Фінансуються за рахунок коштів державних страхових програм, у які громадяни здійснюють відрахування.	Медпослуги пацієнт оплачує з власної кишені.
<b>Країни, у яких застосовується модель</b>	Німеччина, Австрія, Бельгія, Франція, Нідерланди, Швейцарія, Японія.	Велика Британія, Ірландія, Нова Зеландія, Швеція, Греція та Португалія.	Канада, Південна Корея, Тайвань.	Більшість країн, що розвиваються.
<b>Переваги</b>	Децентралізоване управління та фінансування галузі; Висока якість мед послуг та конкуренція у галузі; Широкий вибір страхових компаній та мед послуг для пацієнтів.	Доступність медпослуг для різних верств населення; Економічне витрачання коштів на галузь за рахунок низької оплати праці медпрацівників; Контроль якості здійснює держава.	Охоплення програмами мед страхування та доступність мед послуг для більшості населення; Контроль якості здійснює держава.	Вчасне надання меддопомоги та конкуренція у галузі; Широкий вибір мед послуг та їх висока якість.
<b>Недоліки</b>	Відсутність доступності мед послуг для окремих верств населення; Періодичне зростання вартості мед послуг.	Регулювання державою видатків на галузь; Консерватизм центрального управління сферою; Недостатньо стимулів для підвищення ефективності галузі; Стимування запровадження інновацій.	Регулювання державою видатків на галузь; Не завжди вчасне надання мед послуг пацієнтам.	Висока вартість мед послуг; Низька доступність до медицини для незахищених верств населення; Низький контроль за якістю мед послуг.

*Джерело: розроблено автором на основі [8, с. 1–21].*

Так звана модель Бісмарка передбачає, що медичні послуги оплачує фонд страхування працівників. Він фінансується роботодавцями і працівниками шляхом відрахувань із зарплати. Така модель працює в Німеччині, Австрії, Бельгії, Франції, Швейцарії, Японії.

Суть моделі Беверіджа в тому, що медпослуги фінансує держава за рахунок податків з бюджету. Цю модель використовують у Великій Британії, Ірландії, Новій Зеландії, Швеції, Греції та Португалії. У Канаді, Тайвані і Південній Кореї діє модель національного медичного страхування. Послуги надаються приватними установами, але фінансуються за рахунок коштів державних страхових програм.

Кожна з розглянутих вище моделей фінансування медичного страхування передбачає збереження як значних повноважень держави у сфері встановлення і дотримання гарантій соціального захисту, так і фінансового (фіскального, страхового, тарифного) регулювання, і водночас ринкової саморегуляції та фінансової автономії інших учасників (застрахованих осіб та страхових компаній).

Німеччина, як і абсолютно переважна більшість членів ЄС належить до тих держав, де медичне страхування є обов'язковим. Таким чином, особа є цілком захищеною від життєвих несподіванок, і коли стається біда, просто скористатися страховкою.

Медичне страхування в Німеччині відшкодовує страховку повністю або частково за вартість лікування хвороби, по материнству чи нещасних випадках. Загалом фінансування охорони здоров'я в Німеччині на 60 % забезпечується за рахунок фондів обов'язкового медичного страхування, 10 % складають кошти добровільного медичного страхування, 15 % – кошти державного бюджету, 15 % – кошти пацієнтів [5, с. 201].

Німеччина є чи не першою країною в світі, яка запровадила обов'язкову медичну страховку. Вперше це сталося у 1883 році за правління Отто фон Бісмарка. Він ввів обов'язкове медичне страхування для робітничого класу, щоб робітники обирали роботу на державу, а не в приватних фірмах. Люди з невеликими заробітками, звісно, на таку пропозицію погоджувалися. Згодом, на початку 20 століття були розширені групи населення, які повинні обов'язково страхуватися [4, с. 212].

Під час двох світових війн, розколу Німеччини ця система працювала не завжди досконало, часто реформувалась та переформатовувалась. Проте у 2007 році був прийнятий закон про загальне державне обов'язкове медичне страхування. У країні діє два види медичного страхування – державне і в приватних фондах. Як правило, і перше, і друге працюють функціонально і без збоїв, проте часто буває так, що приватні фонди покривають ширше коло хвороб і операцій. Якщо людина вирішила застрахуватися у приватному фонді, то фонд робить спеціальний аналіз, наскільки життя саме цієї людини може бути під ризиком, це залежить від професії, віку, місця проживання, стану здоров'я на момент перевірки, попередніх захворювань. Відповідно до цього вираховуються

ризика і об'єм страхової допомоги. Що стосується державного страхування, то тут схема простіша – громадянин щомісяця сплачує близько 15 % від доходів, але не більше, ніж півтисячі євро на місяць. Завдяки цим сплатам за потреби і надається страховка. Разом з тим, німецька медицина і одна з найкращих в світі за позитивними результатами лікування та впровадженням медичних новітніх технологій.

Хоча приватні страховки мають ширший спектр покриття, державні кращі тим, що вони відразу покривають витрати на лікування, а за страховки у приватному фонді пацієнт спочатку сам платить за лікування, а потім фонд повертає. Мабуть тому 85 % німців користуються все таки державними страховками, і тільки 15 % приватними.

За останніми даними статистики, в Німеччині незастрахованими залишаються трохи менше 150 000 осіб, це навіть не піввідсотка населення країни. Тож такий показник чітко засвідчує, що медичне страхування є необхідним і вигідним.

Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через некомерційні страхові організації – лікарняні каси [1]. Їх у Німеччині діє біля 1200. Це автономні організації, яким надано право встановлення ставки страхового внеску вище його базового рівня, розширення сфери медичних послуг вище базової програми, вибору форми взаєморозрахунків з лікувально – профілактичними закладами. Їх права й обов'язки регламентовано законодавчо Соціальним кодексом (Social Code Book).

Розмір внесків лікарняні каси встановлюють самостійно з таким розрахунком, щоб вони разом з іншими надходженнями покривали передбачені витрати на страхування. Оскільки число застрахованих у різних касах неоднакове, то відрізняються суми надходжень страхових внесків. У результаті при середньому в країні страховому тарифу – 12 % – його реальні розміри коливаються в межах від 8 до 16 %. Згідно з Соціальним кодексом (Social Code Book Y) лікарняні каси мають установлений перелік гарантованих послуг [7]. Структура виплат включає:

1. Виплати для підтримання здоров'я. До них належать санітарна освіта застрахованих про можливі загрози їхньому здоров'ю та профілактику захворювань.

2. Виплати для профілактики стоматологічних захворювань (у тому числі в дитячих садках і школах), профілактичні заходи у лікарів-спеціалістів, включаючи забезпечення лікарськими засобами, а також система профілактичних заходів для жінок.

3. Виплати для ранньої діагностики захворювань. Вони включають медичне обстеження кожні два роки для застрахованих, які досягли 35-річного віку; щорічні обстеження на рак у жінок, починаючи з 20-річного віку, а у чоловіків – починаючи з 45 років.

4. Виплати на лікування захворювань. Вони розповсюджуються на:

- а) безкоштовне лікарняне і стоматологічне лікування;

б) безкоштовне забезпечення стандартним набором лікарняних та перев'язочних засобів. Додаткові витрати, пов'язані з отриманням більш дорогих лікарняних і перев'язочних засобів, застрахований оплачує сам;

в) надання допоміжних коштів з доплатою 10 % для дорослих страхувальників;

г) надання протезів і слухових апаратів, ортопедичних та інших пристосувань. Ці послуги здійснюються безкоштовно, якщо на відповідні пристосування встановлено фіксовані платежі;

д) домашній догляд за хворими із участю кваліфікованого персоналу, коли лікування в лікарні показано, але його не можна здійснити, а також сімейна допомога, коли застраховані не мають можливості займатися господарством та в сім'ї є дитина якій менш, ніж 8 років, або інвалід, що залежить від допомоги зі сторони;

е) безкоштовне лікування у лікарні;

ж) медичні та інші додаткові виплати по реабілітації.

5. Допомога з непрацездатності в розмірі 80 % від загальної суми заробітної плати за відрахуванням всіх податків, починаючи з сьомого тижня непрацездатності внаслідок хвороби. Допомога виплачується протягом трьох років, якщо непрацездатність зумовлена однією і тією ж хворобою. В перші шість тижнів роботодавець зобов'язаний забезпечити її виплату в повному обсязі. Допомога виплачується і в тому випадку, якщо дитина, яка захворіла, у віці до 8 років потребує догляду, а інший член сім'ї не може доглядати за нею (права розповсюджуються максимально на 5 днів на кожну дитину протягом календарного року).

6. Виплати по догляду за тяжкохворим виражаються у фінансуванні 25 візитів на місяць (кожен тривалістю 1 годину). В альтернативному плані за заявою застрахованого каса виплачує певну суму, якщо тяжкохворий може самостійно забезпечити свій догляд, запросивши з цією метою санітарку. Якщо догляд за хворим тривав 12 місяців на рік, обслуговуючому персоналу оплачується чотиритижнева відпустка.

7. Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами, уключаючи лікарський контроль і забезпечення лікарськими засобами, а також надання фінансової допомоги під час та після вагітності. По закінченні строку охорони материнства в післяпологовий період виплачується допомога по догляду за дитиною.

8. Сімейна допомога для дружини і дітей застрахованих. Вона передбачає заходи з раннього виявлення хвороб, медичне обслуговування, догляд за хворими, лікування з перебуванням у лікарні та допомогу з охорони материнства і сім'ї [3].

Із фінансової точки зору система охорони здоров'я Німеччини є дорогою порівняно з іншими європейськими країнами.

Особливою рисою німецької моделі обов'язкового медичного страхування є безпосередня участь застрахованого в оплаті медичних послуг – 80% вартості лікування сплачує лікарняна каса, 20 % – сам пацієнт. Це плата і за лікування, і за ліки. Вартість ліків єдина по всій Німеччині.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) повністю або частково забезпечує медичний страховий захист і є безстроковим, тобто цей захист здійснюється впродовж усього життя застрахованої особи. Із застрахованими не укладається договір ОМС, вони автоматично стають членами обраної ними лікарняної каси при настанні страхової відповідальності згідно з законом. Лікарняні каси в системі ОМС надають своїм членам необхідні медичні послуги, унаслідок чого укладають договори з лікарями і стаціонарами. Страхові внески лікарняні каси стягують із застрахованих осіб відповідні відсотки від заробітної плати [2].

У Німеччині поряд з домінуючою системою ОМС набуло розвитку добровільне медичне страхування (ДМС).

Система соціального страхування охоплює біля 90 % населення. На добровільне медичне страхування припадає 10 %.

Підприємці, що працюють у сфері ДМС, об'єднані в Союз добровільного медичного страхування в Кельні, в який входять 46 компаній. Найбільшим із них є Німецьке акціонерне товариство медичного страхування. ДМС передбачає більші обсяги медичної допомоги [2].

Застрахована особа може самостійно обрати такі види медичних послуг: амбулаторна, стаціонарна і стоматологічна допомога, страхування на випадок хвороби з виплатою щоденної грошової компенсації, страхування на випадок лікування в стаціонарі, витрати на курортне лікування, медичне страхування за кордоном та інші види. Застраховані укладають договір ДМС з медичною страховою компанією. Він є безстроковим і забезпечує страховий захист протягом усього життя. Для укладання договору клієнт може вільно обирати страхову компанію. Тому часто з цією метою вони звертаються за допомогою до незалежних страхових брокерів.

На розмір страхових внесків, в основному, впливають: застраховані послуги, вік застрахованого, стан здоров'я стать і страхові тарифи.

Тариф відрахувань складає 75 % від тарифу на пенсійне забезпечення (тобто приблизно 15 % від заробітної плати) і також в рівній пропорції розподіляється між роботодавцем і робітником. На регіональному (земельному) рівні даний розмір відрахувань може коливатися від 10 до 15,5 % [2].

На противагу ОМС, при ДМС члени сім'ї застрахованого не є спільно застрахованими. Незалежно від рівня доходів, вони повинні укласти власні договори. Отже, ДМС в Німеччині доповнює гарантії, надані в рамках ОМС, і пропонує ширший спектр медичних послуг.

Отже, у Німеччині діє механізм багатоканального фінансування охорони здоров'я, найвагомішим джерелом якого є фонди обов'язкового медичного страхування. Наявність інших джерел фінансування має позитивне значення – зменшує фінансове навантаження на всіх учасників системи (на федеральний і місцевий бюджети, роботодавців, самих застрахованих), чим зумовлюється ефективність і достатність надходжень коштів у цю галузь, сталість системи фінансування охорони здоров'я [2].

**Висновки.** Тож, однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, є Німеччина. В Німеччині є два види медичного страхування: державне і приватне. Державне медичне страхування Німеччини є загальнообов'язковим. Тобто кожен найманий працівник, а також особи, які навчаються на виробництві (Auszubildende), підлягають обов'язковому державному медичному страхуванню і мають бути членами однієї з вільно обраних ними державних лікарняних кас.

Водночас, якщо особа бажає отримати медичні послуги, які не входять до переліку обов'язкового медичного страхування, вона може укласти зі страховою компанією договір додаткового медичного страхування. Добровільне медичне страхування дає змогу самостійно обрати стаціонарний лікувальний заклад та умови перебування в ньому, спеціальні послуги особистого лікаря.

### Література

1. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. *Збірник науково-технічних праць «Науковий вісник НЛТУ України»*. 2014. Вип. 21. С. 178–184.

2. Григораш Г. В., Григораш Т. Ф., Олійник В. Я., Субачов І. Т. Системи соціального страхування зарубіжних країн: навчальний посібник. Дніпропетровськ ДДФА, 2007. 146 с.

3. Гомон Д. О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2016. Т. 1. Вип. 4. С. 123–126.

4. Дуб Н. Є. Засоби реформування системи охорони здоров'я України на основі зарубіжного досвіду. *Молодий вчений*. 2014. №1(03). С. 210–214.

5. Клименко О. М. Формування моделі фінансового забезпечення в умовах багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я України. *Іноваційно-інвестиційні напрями формування ефективної системи управління економікою за євроінтеграційних процесів*. К.: Кондор, 2014. С. 193–217.

6. Коваль С. Л. Система державного соціального страхування: досвід України та Німеччини. *Світ фінансів*. 2018. № 2. С. 67–77.

7. Стеценко В. Правове забезпечення обов'язкового медичного страхування в Німеччині (ключові засади та досвід для України). *Вісник Академії управління МВС*. 2010. № 3(15). С. 120–126.

8. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers: Health financing policy paper. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. 36 p.

### References

1. Buchkevych, M. M. (2014). Experience of medical insurance in foreign. *Collection of scientific and technical works «Scientific Bulletin of NLTU of Ukraine»*, 2014, no. 21, pp. 178–184. (in Ukrainian).

2. Grigorash, G. V., Grigorash, T. F., Oliynyk, V. Y., Subachov, I. T. (2007). *Social insurance systems of foreign countries*. Dnipropetrovsk: DSFA, 2007. 146 p. (in Ukrainian).
3. Gomon, D. O. (2016). *Foreign experience in the organization of health care*. Scientific Bulletin of Kherson State University, 2016, vol. 1., iss. 4, pp. 123–126. (in Ukrainian).
4. Dub, N. E. (2014). Means of reforming the health care system of Ukraine on the basis of foreign experience. *Young scientist*, 2014, no. 1 (03), pp. 210–214. (in Ukrainian).
5. Klimenko, O. M. (2014). Formation of the model of financial support in the conditions of multichannel system of financing of health care of Ukraine. *Innovation and investment directions of formation of an effective system of economic management for European integration processes*. K.: Condor, 2014. Pp. 193–217. (in Ukrainian).
6. Koval, S. L. (2018). State social insurance system: the experience of Ukraine and Germany. *The world of finance* 2018, no. 2, pp. 67–77. (in Ukrainian).
7. Stetsenko, V. (2010). Legal provision of compulsory health insurance in Germany (key principles and experience for Ukraine). *Bulletin of the Academy of Management of the Ministry of Internal Affairs*, 2010, no. 3 (15), pp. 120–126. (in Ukrainian).
8. Kutzin, J. (2008). *Health financing policy: a guide for decision-makers: Health financing policy paper*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 36 p. (in English).

### **Аннотация**

**Сочинская М. В.**

**Особенности медицинского страхования: анализ опыта Германии**

*В статье исследованы модели медицинского страхования западных стран. Осуществлен сравнительный анализ форм социального страхования и источников финансирования выплат четырёх моделей медицинского страхования. Исследованы практические аспекты функционирования обязательного медицинского страхования в Германии, выявлены положительные его черты.*

*Внимание уделено медицинскому страхованию, которое предусматривает страхование на случай утраты здоровья по какой-либо причине. Оно обеспечивает большую доступность, качество и полноту по удовлетворению разнообразных потребностей населения в предоставлении медицинских услуг, является более эффективным по сравнению с государственным финансированием системы здравоохранения. Кроме того, медицинскому страхованию, связанному с компенсацией расходов граждан, обусловленных получением медицинской помощи, а также других расходов, направленных на поддержание здоровья, его социальная и экономическая эффективность зависит от того, насколько всесторонне проработана концепция развития страховой медицины в стране. Проанализированы*



*положительные и отрицательные аспекты медицинского страхования. Рассмотрены формы медицинского страхования: обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование.*

*Установлено, что одной из первых стран, где было введено медицинское страхование, является Германия. В Германии существует два вида медицинского страхования: государственное и частное. Государственное медицинское страхование Германии является обязательным. То есть, каждый наемный работник, а также лица, обучающиеся на производстве (Auszubildende), подлежат обязательному государственному медицинскому страхованию и должны быть членами одной из свободно выбранных ими государственных больничных касс.*

***Ключевые слова:** страхование, медицинское страхование, модели медицинского страхования, здравоохранение.*

### **Annotation**

**Sochinskaya M. V.**

#### ***Features of health insurance: an analysis of the German experience***

*The article examines the models of health insurance in Western countries. A comparative analysis of forms of social insurance and sources of financing payments for four models of medical insurance is carried out. The practical aspects of the functioning of compulsory health insurance in Germany are investigated, its positive features are revealed.*

*Attention is paid to medical insurance, which provides insurance in case of loss of health for any reason. It provides greater accessibility, quality and completeness to meet the diverse needs of the population in the provision of medical services, and is more effective than government funding of the health care system. In addition, the social and economic efficiency of health insurance related to reimbursement of citizens' expenses related to receiving medical care, as well as other expenses aimed at maintaining health, depends on how comprehensively the concept of developing insurance medicine in the country has been worked out. The positive and negative aspects of health insurance are analyzed. The forms of health insurance are considered: compulsory health insurance and voluntary health insurance.*

*It was found that one of the first countries where health insurance was introduced was Germany. There are two types of health insurance in Germany: public and private. Germany's state health insurance is compulsory. That is, every employee, as well as persons trained in production (Auszubildende), are subject to compulsory state health insurance and must be members of one of their freely chosen state health insurance funds. At the same time, if a person wishes to receive medical services that are not included in the list of compulsory health insurance, he can conclude a supplementary health insurance contract with the insurance company. Voluntary health insurance allows you to choose an inpatient medical institution and the conditions of stay in it, special services of a personal physician.*

***Key words:** insurance, health insurance, health insurance models, health care.*