

**СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**



**СТРАХОВА МОДЕЛЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я БІСМАРКА НА ПРИКЛАДІ СИСТЕМ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НІМЕЧЧИНИ ТА ФРАНЦІЇ.**



**Ст. викладач
Сміянова О.І.**

Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд над функціонуванням усієї системи медичного страхування.

В Німеччині діє **децентралізована система медичного страхування.**



У Німеччині діє одна з найбільш розвинутих систем соціального медичного страхування. Вона була введена в Європі в 1883 р. Бісмарком, і в даний час нею охоплено більш **90%** населення (8% - охоплено приватним медичним страхуванням і за 2% незможних платить держава). Ця система забезпечує необхідну медичну допомогу у випадку захворювання для всіх застрахованих.

Фінансування здійснюється з **трьох джерел**: страхові внески підприємців - відрахування з доходів (податків); заробітки трудящих - відрахування з заробітної плати; кошти державного бюджету.



На федеральному рівні основними суб'єктами системи охорони здоров'я є Федеральні збори (Бундестаг), Федеральна рада (Бундесрат) і Федеральне міністерство охорони здоров'я (Bundesministerium für Gesundheit).

Жодна з 16 земель не має власного міністерства охорони здоров'я; відповідальність за здоров'я в більшості випадків поєднується з проблемою праці та соціальних питань, або вона поєднується з сімейними і молодіжними справами, питаннями охорони навколишнього середовища і / або захисту споживачів.



Фінансування системи охорони здоров'я Німеччини відбувається за рахунок таких складових:

- внесків у фонди медичного страхування;
- державних коштів, які складаються з бюджетів різних рівнів;
- коштів приватного добровільного медичного страхування;
- коштів громадян.



Фінансування охорони здоров'я забезпечується на **60%** внесками у фонди медичного страхування, на **10%** - коштами приватного страхування, на **15%** - державними коштами за рахунок оподаткування і на **15%** - особистими коштами громадян.



Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через некомерційні страхові організації - лікарняні каси. Це незалежні самокеровані організації, структура яких визначена законодавчо.

Існує декілька видів кас: розташовані за місцем проживання, за місцем роботи, ерзац-каси.

Контроль і управління за їхньою діяльністю здійснює урядове агентство.



В системі медичного страхування величина внесків відповідає ступеню платоспроможності застрахованих. Медичні послуги надаються відповідно до стану здоров'я пацієнта і не залежать від величини його особистих внесків. Ця методика забезпечує солідарне вирівнювання, при якому здорові несуть витрати за хворих, молоді - за осіб похилого віку, забезпечені - за малозабезпечених.



Обов'язковим медичним страхуванням охоплено **> 90%** населення Німеччини. Страхові внески становлять близько **13,5%** від заробітної плати. Одну половину внеску сплачує працівник, а другу - роботодавець. Порівняно невеликий відсоток забезпечених громадян користується приватним медичним страхуванням, із них **> 10%** отримують медичну допомогу безпосередньо через систему приватного добровільного страхування, **3%** поєднують послуги обов'язкового соціального та приватного страхування здоров'я.

Обов'язкове та добровільне медичне страхування в Німеччині регулюється збірником соціальних законів.



Об'єктом ринку медичних послуг є лікарняні каси. В країні існує 8 видів лікарняних кас, наприклад:

- місцеві - переважно для непрацюючих та членів сімей застрахованих осіб;**
- розташовані за місцем проживання;**
- виробничі - за місцем роботи;**
- ерзац-каси - для службовців;**
- за відомствами: морські, гірняцькі, сільськогосподарські тощо.**



Контроль та управління за діяльністю лікарняних кас здійснює урядове агентство. Щороку лікарняна каса укладає угоду з надавачем медичних послуг:

- лікувально-профілактичним закладом;**
- об'єднанням касових лікарів;**
- лікарем-спеціалістом.**



Продавець медичних послуг один раз на квартал виставляє рахунок лікарняній касі за всі види лікувальних та діагностичних послуг. Окремий розрахунок проводиться за кожного пацієнта та за кожну послугу, яка надавалася. Суворо обумовлюється перелік медичних послуг та їхня кількість, що можуть надаватись пацієнтові безкоштовно. Пацієнт сплачує всі додаткові послуги та поліпшений медичний сервіс.



Лікарі, акредитовані для лікування пацієнтів, охоплених схемою загальнообов'язкового медичного страхування, організовані в регіональні асоціації лікарів, які засновані на обов'язковому членстві і демократично обраному поданні. У кожній німецькій землі є одна з цих асоціацій, за винятком багатолюдної Землі Північного Рейну-Вестфалії, в якій їх дві.



Кошти поступають з лікарняних кас в об'єднання лікарів. Визначення розміру оплати праці спеціаліста з об'єднання лікарів має певні особливості. Оплата здійснюється за кожен страховий випадок.



Медичне страхування в Німеччині ґрунтується на двох основних принципах: **солідарності** та **субсидіарності**.

Принцип солідарності.

Лікарняні каси обов'язкового медичного страхування є товариствами соціальної солідарності: сплачують страхування всі, отримують медичну допомогу тільки ті, хто захворів. Оскільки лікарняні каси зацікавлені в тому, щоб застраховані громадяни хворіли менше, то вони використовують різні засоби мотивації здорового способу життя. Для тих, хто не хворів протягом року, надаються безкоштовні туристичні путівки, проводиться додаткова оплата протезування зубів тощо.



Принцип субсидіарності обумовлює власну відповідальність застрахованих громадян за стан їхнього здоров'я, а в організації роботи лікарняних кас беруть участь платники страхових внесків.



Для лікарів, стоматологів і фармацевтів існує легально створена професійна палата, а з 2003 року також для психологів з субспеціалізацією в психотерапії. Фахівці охорони здоров'я в цих професійних групах за законом зобов'язані приєднатися до своєї відповідної регіональної палати. Ці організації мають юридичний статус квазідержавних корпорацій і регулюються законами землі, в якій вони розташовані. Вони відповідають за вторинну підготовку, акредитацію і безперервну освіту, за встановлення професійних та етичних стандартів і за представлення своїх членів у відносинах з особами, що визначають політику, і в сфері зв'язків з громадськістю.

Щоб координувати свою діяльність на федеральному рівні, регіональні палати сформували федеральні палати, такі як Федеральна палата лікарів, також відома як Німецька медична асоціація. Важливо відзначити, що федеральні палати мають юридичний статус по приватному праву і можуть давати рекомендації тільки регіональним палатам. Члени професійних палат користуються певними винятковими правами, наприклад, для підтримки власних пенсійних схем.



Медсестри, акушерки і фізіотерапевти не беруть участі в професійних палатах, а тільки в різних групах з добровільним членством; у них відповідно менше фінансових ресурсів і менше політичного впливу. Однак сестринські організації зібралися разом, щоб сформувати зонтичну організацію під назвою «Німецька рада медсестер», з якою відповідно до закону необхідно проводити консультації з питань, пов'язаних з сестринським обслуговуванням



У Німеччині є велика кількість державних лікарень, приватних некомерційних лікарень і комерційних лікарень. Державні лікарні, як правило, належать місцевим органам влади.

В останні роки збільшення кількості ліжок в приватних лікарнях в основному пов'язано з поглинанням лікарень, які раніше належали державі. Такі зміни притамані східній частині Німеччини, де частка ліжок в приватних лікарнях в даний час більш ніж в два рази вища, ніж в західній частині країни.



Охорона здоров'я є важливим сектором зайнятості в Німеччині, де в секторі охорони здоров'я зайнято 4,9 млн. Жителів, що становить 11,2% від загальної зайнятості.

З усіх активних лікарів 174 829 працює в лікарнях, 144 058 - в сегменті амбулаторної допомоги.

У той час як число лікарів в цілому постійно збільшувалася в останні роки, кількість кваліфікованих лікарів загальної практики зменшилася як по відношенню до населення, так і особливо по відношенню до всіх лікарів.



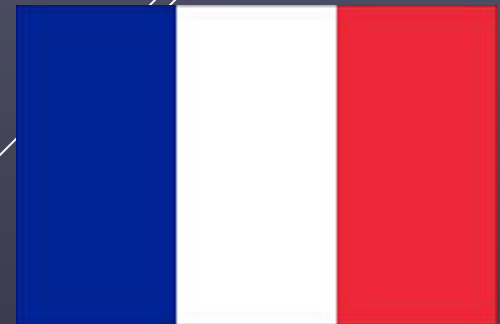
Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши національні системи медичного обслуговування світу, визнала у 2000 році найкращою систему організації охорони здоров'я Франції.



**Сучасна система охорони здоров'я Франції
централізована. Контролює діяльність системи охорони
здоров'я Міністерство праці та соціального забезпечення.**

**Лікувально-профілактичні заклади фінансуються з трьох
джерел:**

- державного бюджету;**
- коштів обов'язкового медичного страхування;**
- особистих коштів громадян.**



У країні існує єдина страхова організація - **Національна лікарняна каса**, яка має величезну кількість філіалів, розгалужених по всій республіці. Філіали не є конкурентами, а знаходяться в підпорядкуванні Національної лікарняної каси, яка регулює їхню діяльність.



Державна організація соціального страхування Франції "Security Social" підписує угоду (конвенцію) з лікарями, в якій чітко визначаються ціни на медичні послуги. Таким чином здійснюється регулювання цін на медичні послуги. Ціни на всі види медичної допомоги переглядаються два рази на рік, як правило, в бік зростання, що відповідно призводить до збільшення страхових внесків.



У Франції базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується через систему страхових фондів, в основному прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але на ділі вони жорстко регулюються і контролюються державою.



Найбільший з таких фондів - він називається **"Загальна національна система медичного страхування"** - забезпечує страховками до **83%** населення країни, тобто більшість працівників за межами аграрного сектора та членів їх сімей.



Рівні страхових внесків (фінансуються насамперед за рахунок податку на зарплату), виплат і компенсацій провайдерам медичних послуг визначаються урядом. У цьому сенсі французькі фонди нагадують комунальні підприємства у нас в країні.



Надання медичної допомоги здійснюється приватними, незалежними лікарями, державними лікарнями, приватними некомерційними лікарнями та приватними комерційними лікарнями. Поряд з сектором охорони здоров'я і соціальним сектором існує об'єднаний сектор охорони здоров'я і соціального забезпечення, «третій сектор», який надає послуги з догляду та підтримки людей похилого віку та інвалідів.



Окремі страхові схеми охоплюють сільськогосподарських працівників, осіб, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, і представників деяких "особливих" професій - шахтарів, транспортних робітників, діячів мистецтва, священників і державних нотаріусів. Ще один фонд спеціалізується на страхуванні безробітних. Ці великі страхові структури за регіональним принципом підрозділяються на фонди меншого масштабу.

У цілому, загальнонаціональна система медичного страхування охоплює близько **99%** громадян Франції.



Французька система охорони здоров'я займає третє місце в світі за обсягом витрат: витрати на неї становлять приблизно **11% ВВП**, і за цим показником Франція поступається тільки США (**17% ВВП**) і Швейцарії (**11,5%**).

Найбільшим джерелом її фінансування є **податок на зарплату**. Роботодавці виплачують за кожного працівника податок у розмірі **12,8%** від його зарплати, а ще **0,75%** додає сам працівник - таким чином, загальна ставка податку на зарплату становить **13,55%**.

Крім того, в країні діє загальний соціальний податок у розмірі **5,25%** від доходу; для пенсіонерів та осіб, що одержують допомогу з безробіття, він зменшується до **3,95%**.



У цілому, страхові фонди забезпечують покриття стаціонарного та амбулаторного лікування, послуг лікарів загальної практики і фахівців, діагностичні обстеження, ліки, що відпускаються за рецептами, та допомогу на дому.

У більшості випадків послуги, на які поширюється страхове покриття, конкретно перераховуються в нормативних актах. Тим не менш, наявність деяких "непрямих" пільг деколи приводить до конфліктів з питання про те, які послуги повністю страхуються, а які - частково.



Загальна державна програма страхування на випадок хвороби відшкодовує застрахованій особі **75%** витрат на медичне обслуговування (гроші надходять на картковий рахунок).

Страховка, що покриває **100%** витрат на лікування, виплачується інвалідам, хворим на діабет, астму, епілепсію, раком, жінкам на пізніх термінах вагітності, а також у разі нещасного випадку.

У разі хвороби, тимчасової або тривалої непрацездатності за рахунок ОМС відшкодовується також до **90%** вартості ліків.



За більшістю послуг, що надаються передбачається значна пайова участь застрахованого споживача - від **10** до **40%** від їх вартості. У результаті приблизно **13%** від обсягу медичних послуг французи оплачують з власної кишені (приблизно стільки ж, скільки і американці).



Якщо француз хоче отримати відшкодування в повному обсязі, то йому потрібно застрахуватися додатково в який-небудь приватній страховій компанії, які об'єднані у Федерацію страхових товариств. Близько **93%** французів мають додаткову медичну страховку (вона обходиться їм як мінімум в **200 євро** в рік).



Оскільки багато видів медичної допомоги не покриваються страхуванням, а ряд найбільш якісних провайдерів медичних послуг відмовляється працювати за ставками, що нав'язуються страховими фондами, більше **92%** жителів Франції купують додаткові страхові поліси у приватних структур.

Приватне страхування сьогодні становить у Франції приблизно **12,7%** всіх витрат на медичну допомогу; за цим показником серед промислово розвинених країн вона поступається лише Бельгії (**15,2%**) та Сполученим Штатам (**35%**).

У зв'язку з поєднанням платежів з кишені споживача та страхування на частку недержавних джерел припадає приблизно **20%** сукупних витрат на медичну допомогу – менше майже ніж у два рази в порівнянні з США, але більше, ніж у більшості країн, де існує державна система охорони здоров'я.



Як правило у Франції пацієнт сам вносить плату за лікування, а потім отримує компенсацію від державного фонду та / або приватного страховика. Розмір компенсації, за вирахуванням пайової участі застрахованого, заснований на тарифах, погоджених провайдерами медичних послуг та національними фондами страхування.



Але якщо тарифи компенсацій встановлюються державою, то суми, що нараховуються лікарями за послуги, не регулюються. Французька система дозволяє провайдерам пред'являти рахунки в обсязі, що перевищує базові тарифи, і до **30%** лікарів так і роблять. У деяких районах країни, в тому числі в Парижі, частка лікарів, чиї гонорари перевищують базові тарифи, досягає **80%**.

Однак, конкуренція не дозволяє більшості медиків надмірно завищувати свої розцінки в порівнянні з установленим рівнем; крім того, лікарі, що працюють у лікарнях, на відміну від приватнопрактикуючих, мають менше можливостей для виходу за межі погоджених тарифів.



Медична допомога, що забезпечується страхуванням:

- стаціонарне лікування і лікування в державних або приватних установах, які надають медичну допомогу, реабілітацію або фізіотерапію;**
- амбулаторна допомога, що надається лікарями загальної практики, фахівцями, стоматологами та акушерками;**
- діагностичні послуги та догляд, призначені лікарями і виконувані лабораторіями і парамедичними фахівцями (медсестри, фізіотерапевти, логопеди і т. д.);**
- фармацевтичні продукти, медичні прилади і протези, запропоновані і включені в позитивні списки продукти, які мають право на відшкодування;**
- запропонований медичний транспорт.**



Лікарні знаходяться в чотирьох основних категоріях: регіональні лікарні, лікарні загального профілю, місцеві лікарні і психіатричні лікарні. Капітальні вкладення або покриваються за рахунок відшкодування витрат на надання послуг, або фінансуються за рахунок конкретних програм. З початку 2000-х років були розроблені два загальнонаціональних інвестиційних плани для досягнення стандартів якості та безпеки.



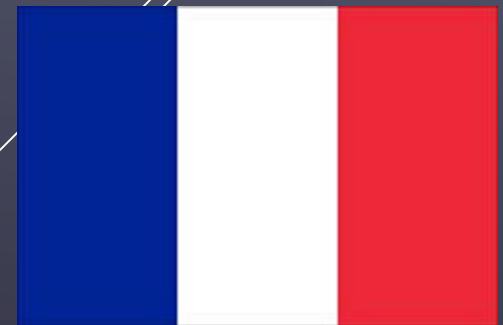
Влада також встановлює розміри компенсацій як для державних, так і для приватних лікарень, яким частіше за все не дозволяється збільшувати розцінки в порівнянні з узгодженими тарифами. Але, хоча гонорари за послуги і обмежуються, приватні лікарні (вони називаються "клініками") - на їх частку припадає **37%** всіх ліжокмісць для короткострокового перебування пацієнтів і **50%** ліжокмісць у хірургічних відділеннях - самі контролюють свої бюджети, в той час як державні лікарні діють в рамках загальних річних бюджетів, що розробляються Міністерством охорони здоров'я.



Загальна картина стану здоров'я у Франції

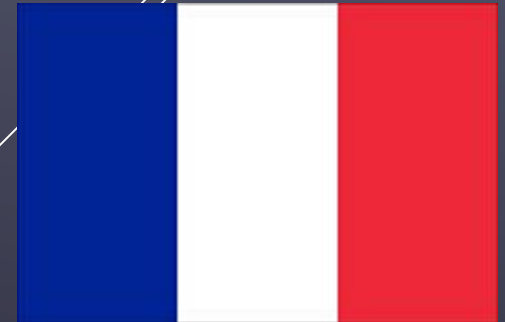
Такі показники, як очікувана тривалість життя, очікувана тривалість життя без інвалідності і очікувана тривалість здорового життя показують, що здоров'я населення хороше. Середня тривалість життя в Франції становить понад 80 років і є другою за величиною в світі для жінок.

Французьке населення старіє, але не в результаті зниження народжуваності, як в інших європейських країнах. Франція має другий за величиною показник народжуваності в ЄС. Більш того, люди похилого віку залишаються в кращому стані здоров'я, ніж у багатьох інших європейських країнах.



Загальна картина стану здоров'я у Франції

Основними причинами смерті у Франції є рак, серцево-судинні захворювання, нещасні випадки і захворювання дихальної системи. Однак Франція добре порівнюється з серцево-судинними захворюваннями, в той час як її відносне положення щодо смертності, викликаного алкоголізмом, цирозом і раком шийки матки, поліпшується. З іншого боку, Франція страждає від високої частоти передчасних смертей серед чоловіків від нещасних випадків і нездорових звичок, таких як куріння і шкідливе вживання алкоголю, які є найбільш частими причинами смертності, яку можна уникнути у Франції. Крім того, Франція має давні дані про нерівність щодо здоров'я в соціально-економічних і географічних групах, які є більш широкими, ніж в більшості інших європейських країн.



Близько 5,3% французького населення працюють в секторі охорони здоров'я. Медсестри становлять найбільшу групу фахівців, на яку припадає приблизно половина працівників охорони здоров'я. Зареєстровані фахівці в галузі охорони здоров'я також включають лікарів, стоматологів, акушерок, фармацевтів, фахівців, що займаються реабілітацією (фізіотерапевти, логопеди, психомоторні терапевти).



В цілому французька система дозволяє уникнути "листа очікування" на медобслуговування, характерних для інших країн з державним охороною здоров'я, для деяких спеціалізованих видів лікування і доступу до певних технологій, все ж черги, хоча і в обмеженому масштабі, таки існують. У деяких випадках лікарні, побоюючись перевитратити виділений їм бюджет, заради економії направляють пацієнтів в інші медичні установи.



Держава намагається обмежити відпуск медикаментів за рецептами. Французи традиційно беруть надзвичайно багато ліків. У цій країні терапевт в середньому виписує за рік рецептів на суму в **260 000 євро**.

Національна рада охорони здоров'я приступила до "чистки" формуляра ліків, за які виплачується страхова компенсація. Багато французьких пацієнтів вимушені перейти на прийом аналогічних за дією препаратів, що залишилися в списку, але деякі в підсумку можуть залишитися без потрібних їм ліків. Наприклад, за результатами одного дослідження з'ясувалося, що майже **90%** астматиків у Франції не отримують ліків, здатних покращити їх стан.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

