УДК/UDC 342

Опыт нормативного регулирования обязательного медицинского страхования в ФРГ

Очаковский Виктор Александрович
кандидат юридических наук, доцент кафедры административного и финансового права
Кубанский государственный аграрный университет им. И. Т. Трубилина
г. Краснодар, Россия
e-mail: viktor.ochakovsky@list.ru
SPIN-код: 7014-2561

Палей Яна Валериевна
студентка юридического факультета
Кубанский государственный аграрный университет им. И. Т. Трубилина
г. Краснодар, Россия
e-mail: palei-yna@mail.ru

Аннотация

В данной статье автор раскрыл тему обязательного медицинского страхования (ОМС) в ФРГ. Проводя анализ ОМС в Германии, мы смогли увидеть, как изменилось законодательство по регулированию ОМС с 1883 года по настоящее время. Деятельность, связанную с ОМС, осуществляют организации медицинского страхования, посредством формирования кассовых аппаратов. Изучив данную тему, мы узнали, что было проведено немало исследований в этой области и что некоторые авторы в процессе своего изучения данной темы пришли к выводу, что эти организации могут иметь публично-правовой статус. Правительство Германии установило определенные требования об обязательном заключении соглашения с любым лицом, которое должно обеспечить себя в системе ОМС. При этом обязанность заключения соглашения лежит на работнике, который совместно с работодателем формирует страховые взносы. В системе ОМС в Германии есть, помимо вышеуказанных, многие другие особенности. Но кажется, что одной из главных является именно то, что основой этой системы являются общественно-правовые организации, основанные на принципах взаимного страхования, более адекватные некоммерческому характеру их деятельности.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, ФРГ, кассовые аппараты, страховые взносы, работник и работодатель.

Experience of Normative Regulation of Mandatory Health Insurance in Germany

Ochakovskiy Viktor Aleksandrovich
Candidate of Law, assistant professor of the Department of Administrative and Financial Law
Kuban State Agrarian University
Krasnodar, Russia
e-mail: viktor.ochakovsky@list.ru
SPIN Code: 7014-2561

Paley Yana Valeriyevna
student of the Faculty of Law
Kuban State Agrarian University
Krasnodar, Russia
e-mail: palei-yna@mail.ru

Abstract

In this article the authors covered the topic of mandatory health insurance (MHI) in Germany. Through analysis of the MHI in Germany, we were able to see how things have changed legislation on the management of MHI from 1883 to the present. The activities associated with the MHI is carried out in the health plan, through the generation of cash registers. After studying this topic, we learned that there had been a lot of research in this area and some authors in the process of studying this topic have concluded that these organizations may have public legal status. The German government has established certain requirements about obligatory conclusion of an agreement with any person who must provide for themselves in the MHI. At the same time, the obligation of the conclusion of the agreement lies with the worker who, together with the employer forms insurance premiums. In the compulsory health insurance system in Germany is, besides the mentioned above, many other features. But it seems that one of the main is exactly what the basis of this system are public and legal organization based on the principles of mutual insurance, more adequate non-commercial nature of their activities.

Key words: mandatory medical insurance, Germany, cash registers, insurance premiums, employee and employer.

Если говорить об обязательном медицинском страховании (ОМС), то в каждой стране его значение определяется по-разному, в зависимости от национальной специфики государства, но оно проявляется в особенностях финансовых отношений между различными субъектами ОМС. И именно эти отношения показывают, насколько они влияют на качество и организацию услуг застрахованного.

Некоторые из основных участников системы ОМС в Германии являются организации медицинского страхования. Они непосредственно осуществляют деятельность по созданию страховых продуктов, которые предоставляются в рамках обязательного медицинского страхования.

Рассматривая ОМС Германии, мы пришли к выводу, что владельцы акций в страховых организациях, осуществляющие деятельность в области ОМС не имеют заинтересованности в коммерческой деятельности, т. е. данные владельцы объединились не для прибыли, а для обеспечения своих имущественных интересов.

Например, с 1883 года в Германии роль страховых медицинских организаций состояла в том, чтобы осуществлять медицинскую страховку [1]. Они проводили добровольное страхование по случаям болезни. Застрахованные лица были членами этих организаций и обладали солидарной ответственностью, и во многих случаях эта ответственность возлагалась на работодателей, которые также могли участвовать в управлении. При создании системы ОМС необходимо было регистрировать кассовые аппараты, которые хотели приобрести право на обязательное страхование, подтверждающее, что конкретная касса обеспечивает покрытие не менее суммы, установленной законом (сумма пособия по болезни, подлежащая выплате, сумма медицинской помощи).

Специфика формирования системы ОМС в Германии объясняется тем, что в настоящее время существует семь типов кассовых аппаратов. С 1990-х годов их число значительно сократилось, так как общая система медицинского страхования неоднократно реформировалась, и с тысячи правительство Германии смогло сократить их до семи.

Некоторые российские авторы называют страховые медицинские

организации фондами или государственными страховыми компаниями. Некоторые авторы, в том числе современные, указали, что было бы правильнее называть их публичными юридическими организациями. Многие социально-правовые организации определены и в других учебниках, переведенных с немецкого языка.

Для страховщиков, действующих в публичной правовой сфере, государство устанавливает требование об обязательном заключении соглашения с любым лицом, которое обязано в соответствии с законодательством обеспечить себя в системе ОМС. Укрепление таких требований в нормативно-правовой базе и, что наиболее важно, их фактическое внедрение связано с тем, что государство предоставляет финансовые гарантии деятельности страховщика. Гаранты, представленные государственными организациями, несут ответственность за выполнение страховых обязательств таких страховщиков и предоставляют им средства в случае нехватки средств, которые поступают в виде страховых премий.

Таким образом, в Германии обязательное медицинское страхование принимает не только законодательные, но и надзорные функции — оно также выступает гарантом финансового обеспечения обязательств по ОМС, исполнителями которых являются страховые компании. Тот факт, что эти организации являются негосударственными, то есть государство не является их владельцем и, соответственно, не выполняет индивидуально свои функции по управлению ими, означает, что фонды медицинского страхования являются самостоятельными независимыми организациями. Страховые взносы в системе ОМС оплачиваются не только работодателями, но и самими сотрудниками. Вклад делится между работником и работодателем пополам. Каждым фондом медицинского страхования управляет собрание представителей тех, кто является плательщиками взносов. Поэтому 50% участников собрания являются представителями работодателей и 50% представителей сотрудников — членов конкретного кассового аппарата [2]. Собрание представителей избирает правление кассы и президента, который, в свою очередь, назначает управляющего кассой. Структура касс определяется централизованно.

В Германии обязательство заключить соглашение о ОМС лежит на самом работнике, а не на работодателе. Эта процедура кажется логичной, поскольку работник может выбрать кассу, с которой он заключает контракт, с учетом качества предоставляемых ему услуг. Обратим внимание, что граждане, которые имеют годовой доход более 48600 евро в год, освобождаются от обязательств по страхованию себя в системе ОМС в Германии. Финансовое состояние кассы зависит от количества застрахованных в ней людей. Поэтому кассы конкурируют в борьбе за клиентов, которые влияют на результаты этой борьбы, делая выбор той или иной кассы. Размер страховой премий по обязательному медицинскому страхованию с 1 января 2009 года устанавливается централизованно. В настоящее время это около 13% от заработной платы. Государство четко устанавливает перечень услуг, оплачиваемых системой обязательного медицинского страхования. Например, в 2007 году процедуры, требуемые от неудачных пластических операций или пирсинга, были исключены из списка обязательных услуг. Были включены другие мероприятия. Медицинские фонды немецкой системы ОМС могут создавать конкуренцию.

Если застрахованный в фонде медицинского страхования может получить расширенный доступ к услугам, тогда он может заключить с ней дополнительное соглашение о медицинском страховании. Медицинские услуги, предоставляемые по такому контракту, не дублируют услуги, предоставляемые в соответствии с программой ОМС, а только дополняют и расширяют их. Это, например, пребывание в одноместном или двухместном номере стационара, о физиотерапевтическом лечении, зубопротезировании, коррекции зрения, страховой защиты при выезде за рубеж [3].

До 2009 года страховые взносы в немецкую систему ОМС поступали непосредственно в фонд медицинского страхования, в котором застрахован сотрудник. С 2009 года реформа впоследствии изменила порядок финансовых отношений внутри системы. Взрослые теперь передаются в централизованный фонд. Из этого фонда средства распределяются в больничные кассы на основе централизованных стандартов из числа за-

страхованных. Это задерживает больничные кассы для ведения бизнеса и достижения экономии в системе в целом. Фонды медицинского страхования в немецкой системе ОМС также могут получать платежи непосредственно от застрахованного лица. Если стоимость одного пациента превышает стандартную сумму, выделенную кассой, фонд медицинского страхования может потребовать от застрахованного заплатить дополнительную плату, которая поступает непосредственно в кассу. Сумма такого взноса не должна превышать 1% годового дохода пациента. Однако страховщики имеют право взимать дополнительный взнос до 8 евро независимо от размера дохода гражданина. Кроме того, с 2009 года на застрахованное лицо была возложена личная ответственность за его здоровье.

Регулярные систематические осмотры для профилактики диабета, гипертонии и рака теперь стали предметом права. Если выяснится, что пациент с хроническим заболеванием не подвергался регулярной профилактике, максимальный дополнительный взнос для него увеличивается от 1 до 2% [4]. Некоторые публикации показывают, что в соответствии с реформой в Германии фонд медицинского страхования может применять не только финансовые санкции, но и финансовые стимулы. Однако это не объясняется, в каких конкретных действиях это может быть выражено. Похоже, что такие права больничных касс важны не только для поддержания финансовой стабильности, но и для финансовых стимулов застрахованных лиц брать на себя ответственность за свое здоровье.

Из вышеописанных особенностей взаимосвязи между застрахованными лицами и больничными фондами последние могут быть выражены, на наш взгляд, как организации взаимного страхования. Это самоуправляющиеся организации, их руководящие органы формируются на основе выборов, проведенных на собрании представителей плательщиков страховых премий (т. е. застрахованных работников и работодателей). Средства кассы формируются в основном за счет страховых премий их членов. Кассовые аппараты могут взимать дополнительные средства со стороны тех, кто может увеличить количество страховых случа-

ев и предоставлять льготы тем, кто не допускает наступления страховых случаев (не получают страховое возмещение в виде медицинских услуг) [5]. В результате включения больничных фондов Федеративной Республикой Германией в общественную сферу были изменены некоторые особенности, характерные для взаимного страхования. В частности, солидарность членов кассы с дополнительной ответственностью за их страховые обязательства ограничена на основе решений, принятых на государственном уровне. Кроме того, была изменена процедура сбора страховых премий и их распределения между фондами медицинского страхования. Это преобразование связано с тем, что государство берет на себя дополнительные обязанности в отношении финансового состояния кассы в связи с уступкой им обязательства по страхованию любого гражданина, который подает заявку, на условиях, которые устанавливаются централизованно. Однако эти особенности не искажают основные принципы взаимного страхования, такие как управление сообществом кассиров, вкладчиков (или их представителей); обязательное членство застрахованного в фонде медицинского страхования; страховые взносы членов кассы в качестве основного источника ее финансовых ресурсов; некоммерческий характер деятельности.

В системе ОМС в Германии есть и другие особенности. Но кажется, что одной из главных является именно то, что в Германии основой этой системы являются общественно-правовые организации, основанные на принципах взаимного страхования, более адекватные некоммерческому характеру их деятельности.

Список литературы

1. Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А. Медицинское страхование. М.: Наука, 2014. С. 312.

2. Балабанов И. Т., Балабанов А. И. Страхование: учебник для вузов. СПб., 2015.

3. Сплетухов Ю. А. Страхование: учебное пособие. М.: 2015.

4. Шахов В. В. Страхование: учебник для вузов. М.: 2016.

5. Борисов А. Б. Большой экономический словарь. Издание 2-е, переработанное и дополненное. М.: Книжный мир, 2015. С. 860.