



Доктор Петер МЮЛЛЕР,
директор представительства Мюнхенского перестраховочного общества в Москве, Генеральный представитель в СНГ

Система медицинского страхования в Германии

Предлагая вниманию читателей эту статью, редакция надеется, что она поможет не только взглянуть на привычное ведение дел с неожиданной точки зрения, но и позволит найти новые аргументы при работе в сегменте ДМС.

Деньги для обеспечения медицинского стандарта

В последние десятилетия в Германии, как и в других странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, значительно выросли расходы на здравоохранение. Еще в 1990 годы доля этих расходов в валовом внутреннем продукте Германии была

ниже 9%, а в настоящее время она уже превышает 10%.

Рост расходов на медицину в значительной мере объясняется демографическими процессами, в первую очередь, увеличением продолжительности жизни¹ и снижением рождаемости.

¹Ожидаемая средняя продолжительность жизни составляет в Германии 76 лет для мужчин и 82 года для женщин.

К этому добавляются и другие факторы, в частности, такие, как повышение расходов на медицину вследствие появления новых технических и научных возможностей, а также растущие запросы со стороны пациентов. В значительной мере рост медицинских расходов обусловлен стилем жизни и рекламой фармацевтических препаратов, а также услугами, оказываемыми частными госпиталями. В результате возникает риск того, что выделяемых государством средств окажется недостаточно для того, чтобы обеспечить желаемый стандарт медицинского обслуживания для всех граждан. Поэтому для выполнения задач,

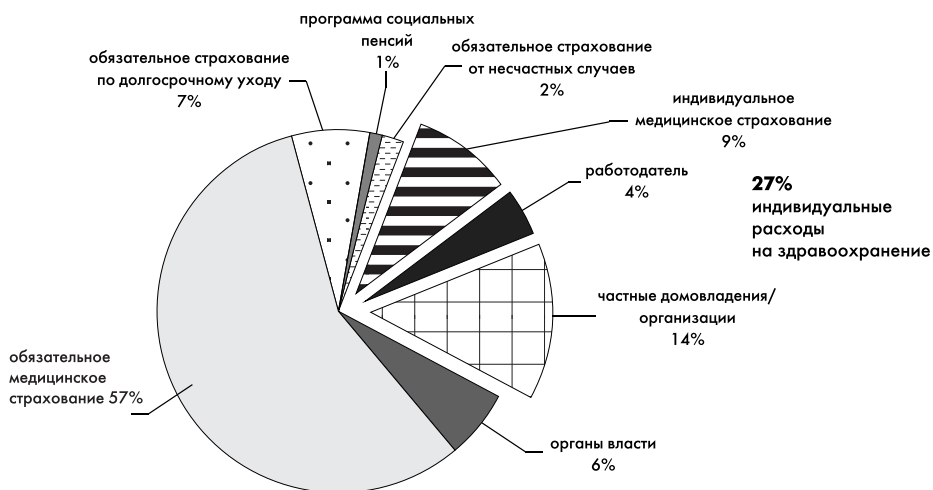
связанных с медицинским обслуживанием населения, необходимо привлекать другие финансовые источники.

Согласно данным Германского федерального статистического ведомства расходы на здравоохранение в 2005 году составляли 3000 евро в расчете на человека.

Составные части системы медицинского обслуживания

Как организована в Германии система оплаты медицинского обслуживания? В течение многих лет в Германии существует довольно уникальная и, по большому счету, оправдавшая себя так называемая дуальная система страхования. Ею охвачено все население страны.

Рисунок 1. Расходы на здравоохранение в Германии в 2007 году



Общие расходы на здравоохранение (2007): 252,8 млрд. евро



Как становится ясно из названия, система медицинского страхования включает два существенно отличающихся вида страхования.

Один из них предписан законами, является обязательным, носит публично-правовой характер, организован, можно сказать, по типу социального страхования. Этот вид страхования реализуют публично-правовые организации, руководствующиеся при принятии решений принципами, которые вытекают из социальной направленности государства. Другой вид страхования представляет собой добровольное страхование, организуемое и осуществляемое по индивидуальному принципу. Его обслуживают частные компании, которые при принятии решений

руководствуются критериями экономической эффективности. Рассмотрим эти виды страхования подробнее.

Обязательное медицинское страхование

Первый вид страхования представляет собой обязательное государственное медицинское страхование (GKV), установленное законами страны. Им охвачена сегодня основная часть населения (89,4%). Финансирование GKV осуществляется, главным образом, за счет поступлений от застрахованных наемных работников, их работодателей, а также от государства (в форме субсидий) и коммун (выделяющих дотации госпиталям и т.д.).

У наемного работника нет выбора, страховаться в этой системе

или нет. Однако он свободен в выборе страховой компании¹. В обязательном страховании такие компании называются «больничными фондами», поскольку они разительно отличаются от страховых компаний, осуществляющих частное медицинское страхование.

Такие фонды являются обществами публичного права, действуют на основе самоуправления и образуют систему, которую контролируют органы страхового надзора. Страхователь может вступить в один из организованных по территориальному принципу больничных фондов, в АОК² или в какой-либо другой фонд. Существуют, например, фонды, организованные по профессиональной принадлежности³.

Функция GKV заключается в достижении сбалансированности расходов на лечение в рамках так называемого солидарного общества посредством перераспределения расходов между

¹ Эта свобода выбора необходима, чтобы обеспечить определенную конкуренцию между больничными фондами в части, касающейся уровня и стоимости услуг.

² АОК – общие региональные больничные фонды. Германия имеет федеральное устройство. Соответственно, существуют общие региональные больничные фонды федеральных земель (АОК), например, АОК Гессена, АОК Баварии и т.д.

³ Имеются, например, больничные фонды для технических специалистов, для служащих.

страхователями, отличающимися по возрасту и уровню дохода.

Частное медицинское страхование

Вторая составляющая немецкой системы медицинского обслуживания – это частное медицинское страхование (PKV). Оно функционирует, как обычное страхование. Страхователь может воспользоваться этим видом страхования, если он достиг определенного стабильного уровня дохода⁴. Однако он может остаться в системе государственного страхования и платить максимальный страховой взнос⁵.

Оценив свое материальное положение, человек сам решает, стоит ли ему приобретать частный страховой полис и выбирать компанию, в которой страховаться. Компании, осуществляющие частное медицинское страхование, могут иметь различную правовую форму. Однако они должны заниматься исключительно медицинским страхованием и иметь соответствующую правовую форму и лицензию на осуществление этого вида деятельности.

⁴ Сейчас страхующий должен подтвердить соответствующий уровень дохода в течение трех лет.

⁵ Причиной остаться в системе государственного медицинского страхования может быть, например, возраст страхователя или наличие предболезни.

Когда потенциальный страхователь обращается к страховщику с целью приобретения медицинского полиса, тот может как принять заявку, так и отклонить ее. Ставка тарифа устанавливается в зависимости от оценки здоровья клиента (оценки риска) и объема желаемых услуг. Оценка риска осуществляется на основе собственной юридически обязывающей информации, предоставленной страхователем, или по результатам предварительного медицинского обследования. 10,6 % граждан Германии обслуживаются исключительно частными страховыми компаниями. Функция PKV фактически сводится к перераспределению рисков (risk transfer), связанных с покрытием расходов на лечение.

Оба описанных вида страхования существуют параллельно. В принципе каждый гражданин Германии должен приобрести либо государственную, либо частную страховку. По достижении определенного уровня дохода, установленного государством, гражданин может выйти из государственного страхования и перейти к частному, но в этом случае обратный путь для него, как правило, закрыт.

Что касается лиц, имеющих полис государственного страхования, они имеют возможность в дополнение к основным

гарантиям приобрести у компании, осуществляющей частное медицинское страхование, некоторые элементы добровольного страхования в качестве дополнительных страховых продуктов¹. Сопоставление ключевых признаков обоих видов страхования дано в таблице 1.

А теперь рассмотрим более детально, как происходит финансирование систем государственного и частного страхования.

Вступление в больничный фонд и финансирование при обязательном медицинском страховании

Сбор премий осуществляется централизованно (в размере 14,9% от суммы, не превышающей 49 950 евро). Это происходит следующим образом. Наемный работник обращается в один из фондов, имеющих соответствующий допуск к осуществлению страхования², и формирует отдел кадров своего работодателя о стандартной процедуре взимания премий. Отдел кадров вычитает установленную сумму (в настоящее время – максимально 7,9 %) от

¹ Такие страховые продукты, как, например, протезирование зубов, предлагаются за доплату. Можно дополнительно приобрести и другие продукты, например, пребывание в одноместной палате.

² При соответствующих условиях обратиться в фонд также могут его дети и супруга.

Таблица 1. Категории страхователей и источники финансирования в системах государственного и частного медицинского страхования

	Государственное медицинское страхование (ГКВ)	Частное медицинское страхование (РКВ)
Число застрахованных	73,3 млн. человек (89,4% населения)*	8,7 млн. человек (10,6% населения)**
Категории застрахованных	<ul style="list-style-type: none"> • Обязательное страхование: основу страхователей составляют наемные работники с (годовым) доходом, не превышающим сумму 49 950 евро. • Сотрудники, годовой доход которых превышает 49 950 евро, могут оставаться в системе государственного страхования, но при этом они платят по максимальной тарифной ставке. • Граждане, не имеющие дохода или имеющие нерегулярный доход (безработные, пенсионеры с низким уровнем пенсий, студенты, представители свободных профессий в области искусств, фермеры, лесничие и т.д.) • Члены семей застрахованных, не имеющие собственного дохода (дети и т.д.) страхуются без уплаты страховых взносов. • Размер взноса рассчитывается в зависимости от дохода и семейного положения. • Взнос взимается с каждого члена семьи отдельно. 	<ul style="list-style-type: none"> • Наемные работники с годовым доходом, превышающим сумму 49 950 евро, отказавшиеся от государственного медицинского страхования. • Индивидуальные предприниматели и коммерсанты. • Лица свободных профессий (адвокаты, работники искусств и т.д.). • Государственные служащие (государство финансирует 50-80% медицинских расходов, остальную часть премии или услуги оплачивает страхователь). • Пенсионеры с высоким доходом. • Члены семей страхователей, не имеющие собственного дохода, но готовые заплатить необходимую страховую премию. • Взнос взимается с каждого застрахованного лица отдельно.
Особенности принятия на страхование и обеспечения услугами	<p>При принятии на страхование оценка рисков не производится.</p> <p>Услуги должны предоставляться в пределах установленных рамок и необходимой медицинской помощи.</p>	<p>Принятие на страхование зависит от результатов оценки риска. Размер премии зависит от пола, возраста, состояния здоровья страхователя и других факторов.</p> <p>Услуги предоставляются исходя из критериев, зафиксированных в условиях договора страхования***.</p>

Источники финансирования	<ul style="list-style-type: none"> • Централизованные отчисления из окладов наемных работников (14,9%). • Выплата из текущих доходов. Годовой премии должно хватить для покрытия расходов соответствующего года. • Возрастные резервы не формируются. Взносы должны рассматриваться скорее как платежи, позволяющие распределить страховую нагрузку 	<ul style="list-style-type: none"> • Премии взимаются с учетом уровня рисков. • В премии включены так называемые возрастные резервы, своего рода накопления на старость, возрастание числа болезней и расходов на их лечение. • Управление активами страховщиков
	Оплата взносов медицинскому страховщику до настоящего времени осуществлялась поровну работодателями и наемными работниками. Сейчас наемные работники и работодатели могут оплачивать взносы в соотношении примерно 8:7.	

Примечания:

* по данным КМб федерального министерства

** в рамках отраслевого союза частного медицинского страхования.

*** до января 2009 года объем этих услуг устанавливался пропорционально объему услуг, предоставлявшихся государственными больничными фондами, и имел ограничения.

брутто-оклада сотрудника, добавляет к ней долю работодателя (сейчас максимально 7,0%) и переводит эту сумму больничному фонду. Затем больничный фонд распределяет доходы между отдельными кассами в зависимости от их членской базы.

Больничный фонд подтверждает членство наемного работника. Таким образом, он становится страхователем и получает страховую карточку, с помощью которой он может удостоверить свой страховой статус при обращении к врачам или в больницы. Чтобы предотвратить возникновение неоправданных различий

в размерах финансовых поступлений в больничные фонды, возникающие вследствие неравномерного территориального распределения страхователей, между фондами осуществляется процедура финансового выравнивания. Схема функционирования государственного медицинского страхования представлена на рис. 2.

Процедура страхования и финансирование в частном медицинском страховании

Клиент покупает полис медицинского страхования у одного

из страховщиков (по своему выбору), платит ему премию (в индивидуальном порядке) и информирует об этом отдел кадров своего работодателя. Тот, в свою очередь, переводит долю работодателя на зарплатный счет страхователя. В конце года страховщик подтверждает страхователю, что тот действительно полностью перевел премию своему страховщику. Информацию об этом страхователь должен предоставить своему работодателю.

Услуги, их объем и условия предоставления

Если сравнивать государственное и частное медицинское страхование, то отличий обнаружится очень много: разные правовые формы страховщиков, разные объемы покрытий, продукты и разный порядок предоставления услуг (см таблицу 2).

Наряду с медицинским страхованием государственное медицинское страхование (GKV)

Рисунок 2. Схема функционирования государственного медицинского страхования



Таблица 2 Поставщики услуг и страховые продукты государственного и частного медицинского страхования

	Государственное медицинское страхование	Частное медицинское страхование
Поставщики услуг	<ul style="list-style-type: none"> • 165 больничных фондов • некоммерческие организации • общества публичного права. Они организованы по территориальному или профессиональному принципу 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 страховых компаний • правовая форма – акционерные общества (AG) или общества взаимного страхования VVAG*
Государственное регулирование	Жесткое регулирование и надзор со стороны государства.	<ul style="list-style-type: none"> • Регулирование со стороны государства учитывает частнопредпринимательский характер страховых компаний; • контроль в рамках страхового надзора.
Основные тенденции на рынке	Постоянные меры по фундаментальному укреплению рынка, постоянное реформирование, сильное политическое влияние.	Медленное укрепление рынка (слияние малых страховых компаний или их консолидация в области дополнительного медицинского страхования).
Страховые продукты	<ul style="list-style-type: none"> • Полное покрытие, но ограниченный объем услуг; • разработка продуктов в соответствии с правовыми и политическими требованиями. 	<ul style="list-style-type: none"> • Полное покрытие при комбинированном страховании; • дополнительные страховые продукты; • возможность разработки новых продуктов, гибкость в выплатах.
Порядок предоставления услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Неденежные формы помощи страхователям • контракты со всеми поставщиками услуг. 	<ul style="list-style-type: none"> • В исключительных случаях возможна выплата возмещения; • отсутствие контрактов между страховыми компаниями и поставщиками услуг.

Примечания:

* VVAG следует принципу взаимного страхования членов общества. Эта правовая форма возникла в середине 19 века. В нынешних условиях для страхователей не играет большой роли, какую правовую форму имеет их медицинский страховщик.

предлагает выбор тарифов¹ и социальное страхование на случай возникновения потребности в уходе.

GKV работает на принципах солидарности. Риск перераспределяется с пожилых на молодых. Продукты государственного медицинского страхования разрабатываются в строгом соответствии с политическими и правовыми установками. Услуги обязательного медицинского страхования должны быть необходимыми с точки зрения медицины, целесообразными и экономически оправданными. Они не должны превышать пределов необходимого.

Господствует принцип предоставления помощи в неденежной форме (см. рис. 3).

Расходы зафиксированы в тарифе услуг врачей и в соответствующих каталогах услуг и их стоимости в госпиталях. На услуги установлены предельные ставки. В результате этого услуги, предоставляемые различными больничными фондами в рамках государственного медицинского страхования, практически аналогичны.

Продукты страхования при государственном и при частном медицинском страховании отличаются друг от друга для обычных

клиентов, главным образом, уровнем комфорта и перечнем услуг. Например, при полном покрытии государственным медицинским страхованием страхователю предоставляется, как правило, общая палата.

При частном медицинском страховании полное покрытие предусматривает лечение в одноместной палате², консультации главного врача. Существует также возможность выбрать страховые продукты с размещением в общей палате на двух или более пациентов. В этом случае страховые продукты обойдутся дешевле.

Закон не ограничивает спектр услуг. Они оказываются в соответствии с перечнем услуг, обещанных страховщиком на определенных условиях (соответствующий тариф, премия и т.д.). Объем услуг зависит от свободно согласованных предложенных условий страхования, закрепленных в договоре.

При частном страховании действует иная схема (см. рис. 4). Страхователь платит взносы медицинскому страховщику, и последний возмещает страхователю расходы на лечение в случае наступления страхового случая. Как это выглядит на практике?

² Однако пациент не имеет права требовать выполнения этого условия, если госпиталь перегружен и у него нет свободных одноместных палат.

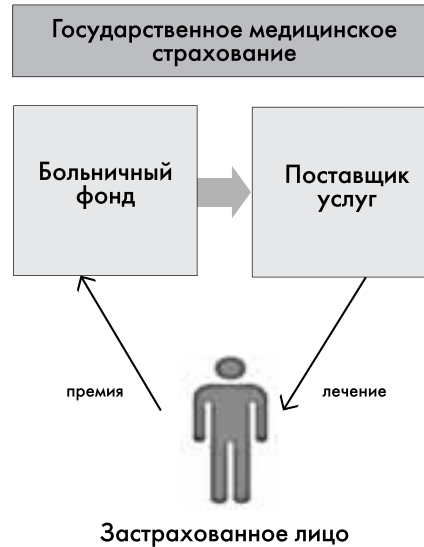
¹ с 01.04.2007 г.

Приступая к лечению, страхователь сообщает, что он застрахован в компании, осуществляющей частное медицинское страхование. У него есть соответствующая страховая карта, которую он может предъявить. Затем он получает счет за услуги, оказанные врачом или госпиталем. В нем перечислены все процедуры, использованные медикаменты и консультации специалистов. Застрахованный имеет возможность проверить правильность счета, естественно, если он находится в сознании. Затем он оплачивает этот счет и направляет его своему страховщику, который переводит средства на его счет.

Действует принцип возмещения расходов.

При оказании более крупных планомерных услуг, например, при дорогостоящем лечении зубов или пребывании в больнице в плановом порядке, страхователь должен предварительно согласовать эти расходы со своим страховщиком. Если речь идет о более-менее крупных операциях, страхователь может договориться со своим медицинским страховщиком о прямой оплате. В этом случае страховщик переводит деньги непосредственно госпиталю. Независимо от этого медицинский страховщик не имеет прямых договорных отношений с поставщиком услуг.

Рисунок 3. Схема функционирования государственного медицинского страхования



Эффективность дуальной системы страхования

Действующая в Германии система медицинского страхования очень эффективна. Индивидуальные предприниматели и наемные работники с высоким уровнем доходов и низкими рисками для здоровья нередко отказываются от государственного медицинского страхования и приобретают полис частного страхования. В результате они платят более низкую страховую премию и получают больший объем финансовых средств на медицинские услуги. Это становится возможным, поскольку при частном

Рисунок 4. Схема функционирования индивидуального медицинского страхования



медицинском страховании страхуются граждане, имеющие более высокие доходы (и члены их семей). К тому же они чаще всего они обладают лучшим здоровьем и, соответственно, качество их рисков выше. Таким образом, происходит селекция рисков, которая исключается при государственном медицинском страховании.

Противники частного страхования хотели бы упразднить дуальную систему и ввести обязательное базовое покрытие для всех граждан, регулируемое ограниченным числом больничных

фондов¹. Частное страхование должно, по их мнению, ограничиваться дополнительными покрытиями. Преимущество этой системы заключается, как они считают, в том, что в страхование вовлекается больше платежеспособных граждан, чтобы сбалансировать расходы в пользу менее платежеспособных. В определенной степени это происходит уже сейчас. Более высокие расходы, которые несут клиенты частных страховых компаний, ведут к косвенному финансированию государственного медицинского страхования.

Современные тенденции германского медицинского страхования

Система здравоохранения (особенно в части государственного медицинского страхования) претерпевает постоянные реформы, на которые оказывают значительное влияние общественные, политические и экономические процессы.

Так, в области государственного медицинского страхования стали возможными продажи страховых продуктов лицам с низкими рисками здоровья по умеренным ценам. Однако договоры об использовании страховых

¹Ограничение числа больничных фондов позволяет сократить административные расходы, но одновременно ведет к ослаблению конкуренции

продуктов по сниженным ценам можно заключать не более чем в течение трех лет.

В 2009 г. был создан единый страховой фонд. Это означает, что в нишу между страхователями и больничными фондами был внедрен еще один финансовый фонд. До настоящего времени страхователи перечисляли взносы государственного медицинского страхования соответствующим больничным фондам. Существование нового фонда не бесспорно, поскольку это связано с дополнительной бюрократией и, соответственно, с дополнительными расходами. Однако новый фонд обеспечивает:

- большее государственное влияние;
- дифференцированное разделение средств между больничными фондами с учетом возраста, пола и степени нетрудоспособности, а также расчетной смертности;
- преодоление неравномерного распределения средств между больничными фондами, возникающего вследствие случайного распределения застрахованных по фондам;
- доплату из средств налогоплательщиков, если средств работодателей не хватает.

Что касается системы частного медицинского страхования, то срок выхода из этой системы увеличен до 3 лет. Целью принятия этой меры является обеспечение большей стабильности в членской базе. В данном случае речь идет, прежде всего, о том, чтобы платежеспособные граждане со своими взносами дольше оставались в системе GKV. Однако в будущем правительство намерено вернуться к годичным договорам страхования.

Отметим, что начиная с 2009 года германская система медицинского страхования сталкивается с растущими финансовыми трудностями.

Причинами этого являются:

- реформирование основ финансирования:
 - учреждение нового больничного фонда;
 - обеспечение большей сбалансированности структуры рисков на основе учета показателя частоты заболеваний;
- менеджмент, ориентированный на управление расходами;
- новые требования к риск-менеджменту и к перестрахованию.