

## АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Стеценко В.Ю., д.ю.н., професор

*Східноєвропейський університет економіки і менеджменту*

У статті аналізуються порівняльно-правові аспекти адміністративно-правового забезпечення обов'язкового медичного страхування. У якості об'єктів обрано США, Росію та Німеччину.

*Ключові слова:* обов'язкове медичне страхування, США, Росія, Німеччина.

Стеценко В.Ю. АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ / Восточноевропейский университет экономики и менеджмента, Украина

В статье анализируются сравнительно-правовые аспекты административно-правового обеспечения обязательного медицинского страхования. В качестве объектов выбраны США, Россия и Германия.

*Ключевые слова:* обязательное медицинское страхование, США, Россия, Германия.

Stetsenko V.Y. ADMINISTRATIVE LAW PROVIDING FOR MANDATORY HEALTH INSURANCE: INTERNATIONAL EXPERIENCE / East European university of the economy and management, Ukraine

The paper analyzes the comparative legal aspects of administrative and legal support of obligatory medical insurance. As objects are selected the United States, Russia and Germany.

*Key words:* Mandatory Health Insurance, United States, Russia, Germany.

Реалії сьогодення обумовлюють необхідність пошуку законодавчої моделі запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. З цією метою видається за важливе проаналізувати надбання зарубіжних країн, котрі пройшли складний шлях від бюджетного фінансування до страхової (бюджетно-страхової) моделі. Важливим видається досвід таких держав, як США, Росія та Німеччина.

Перше. Сполучені Штати Америки є практично єдиною країною у світі з розвинутою економікою, де відсутнє загальнодоступне медичне забезпечення. Тому, незважаючи на те, що витрати на охорону здоров'я тут становлять 15,7% ВВП [1, 136], тобто істотно більше, ніж у будь-якій іншій країні світу, за оцінкою ВООЗ, яка у 2000 році здійснила перший в історії аналіз медичних систем світу, американська система охорони здоров'я за рівнем та ефективністю загальної медико-санітарної допомоги займає лише 37-ме місце зі 191 країни [2]. Варто зазначити, що США за цим показником пропустили попереду себе країни, у яких майже вдвічі менше коштів витрачається на систему охорони здоров'я (у відсотках до рівня ВВП: Оман – 2,4%, Сінгапур – 3,1%, Мальта – 7,5%, Андорра – 7,6%, Японія – 8%, Велика Британія – 8,4%, Іспанія – 8,5%, Італія – 8,7% і т. ін.). Що ж до загального рівня здоров'я населення (тривалість життя, дитяча смертність тощо), то Сполучені Штати займають лише 72-ге місце.

Основними джерелами фінансування американської системи охорони здоров'я є приватне та некомерційне страхування, якими охоплюється приблизно 85% населення [3] (близько 50% застраховані своїми роботодавцями, 10% самостійно застрахованих, останні застраховані в рамках державних програм). За сучасними даними, сорок шість мільйонів американців взагалі не мали страхового захисту і весь тягар медичних витрат несли особисто, з власної кишені. Це зумовлено тим, що страхування половини населення країни залежить від роботодавців (приватне страхування), тому доступність медичного обслуговування для більшості американців залежить від їх статусу зайнятості.

Значну роль у забезпеченні частини населення медичною допомогою відіграє некомерційне страхування, яке є ні чим іншим, як державною програмою майже для окремих верств населення. По-перше, це федеральна програма Medicare, яка охоплює майже 45 мільйонів літніх осіб та осіб з обмеженими можливостями. По-друге, це федерально-регіональна програма Medicaid, що поширюється на бідніші прошарки населення. Запровадження даних програм було здійснено Законом про соціальне забезпечення (Social Security Act) 30 липня 1965 р. президентом Ліндоном Джонсоном (Lyndon Johnson) з метою фінансування витрат на медичне обслуговування літніх осіб та інших соціально не захищених верств населення.

Medicare є федеральною програмою соціального страхування, що фінансується виключно з федерального бюджету і передбачає медичне страхування:

- осіб, які досягли 65-річного віку, проживали на законних підставах у США не менше 5 років та сплатили самі (або їх подружжя) податки на Medicare не менш як за 10 років;
- інвалідів старшої вікової групи, які отримують допомогу за інвалідністю не менше 24 місяців;
- хворих з хронічною нирковою недостатністю або осіб, які мають потребу в пересадці нирки;
- осіб, хворих на аміотрофічний склероз (amyotrophic lateral sclerosis), і таких, що мають право на соціальне страхування на випадок інвалідності.

Програма Medicaid формально не належить до програми соціального страхування, а є, перш за все, соціальним забезпеченням та захистом малозабезпечених верств населення. Фінансування цієї програми відбувається спільно федеральним урядом та штатами. Залежно від фінансового становища (доходу на душу населення) штату процентне співвідношення участі у витратах різняться («багаті» штати фінансують приблизно 50%, «бідні» – менше). Кожний штат здійснює управління власної програми Medicaid (яка може мати власну назву, наприклад: «Medi-Cal» у штаті Каліфорнія, «MassHealth» у штаті Масачусетс, «Oregon Health Plan» в Орегоні, «TennCare» у Техасі, але федеральний центр Medicaid Service контролює цю програму та встановлює вимоги до надання послуг, якості, фінансування та стандартів. Участь штатів у цій програмі є добровільною, але з 1982 р. усі штати увійшли в цю програму. Оплата медичних послуг у низці штатів здійснюється урядом безпосередньо надавачеві послуг, в інших – практикується укладення договорів субпідряду з приватними медичними компаніями.

У цілому ж слід зазначити, що до безумовних переваг організаційно-правового забезпечення системи охорони здоров'я США належить:

- 1) особливе ставлення до літніх осіб, інвалідів та деяких інших категорій соціально не захищених верств населення, що є виявом дійсно гуманного ставлення до тих категорій осіб, які не можуть самостійно забезпечити собі фінансування медичної допомоги;
- 2) високий рівень організаційно-правового забезпечення захисту прав пацієнтів, який виявляється в тому, що значного рівня розвитку набули надання адвокатських послуг у сфері медичного права та широка розповсюдженість інституцій, котрі займаються захистом прав споживачів;
- 3) концептуальний підхід до підготовки юристів, які спеціалізуються в царині медичного права, що виявляється в наявності окремої спеціалізації юридичних вищих навчальних закладів – «медичне право»;
- 4) високий рівень стандартизації та документообігу. Переважна більшість медичних процедур у Сполучених Штатах стандартизовані (щодо них розроблені та затверджені компетентними органами протоколи (стандарти)). Крім того, між усіма суб'єктами надання медичної допомоги функціонує значна кількість документів, які об'єктивізують процес організації та контролю за якістю надання медичної допомоги;
- 5) диверсифікація фінансових потоків, які спрямовуються на галузь охорони здоров'я (кошти на покриття окремих соціальних програм виділяються як федеральним рівнем, так і місцевими органами влади).

Проаналізувавши досвід побудови системи організації та фінансування охорони здоров'я США, доходимо висновку, що для реформування галузі охорони здоров'я України можливо використання таких позитивних сторін американської системи:

- використання ринкових механізмів, які базуються на суверенітеті споживача медичних послуг і спроможності його попиту викликати конкуренцію як цінову, так і у сфері якості;
- надання більших прав пацієнту (можливість отримання повної інформації на всіх стадіях лікувального процесу; розширення та вдосконалення існуючих способів захисту їх прав);
- вдосконалення процесів управління та контролю якості надання медичних послуг, а також більш широке запровадження в цій сфері нових інформаційних технологій;

- акцент на профілактику захворювання, а також на первинне медико-санітарне обслуговування;
- стратегічне планування діяльності всіх закладів охорони здоров'я та органів управління охороною здоров'я.

*Друге.* Росія одна з перших серед країн колишнього СРСР ввела загальнообов'язкове медичне страхування. Більшість авторів вважає, що саме це дало змогу системі охорони здоров'я пережити кризу 90-х років минулого століття в умовах гострого дефіциту бюджетних коштів.

З часом стало очевидним, що дана система має низку суттєвих недоліків, тому постало питання про необхідність її реформування. Але все ж таки сучасний стан охорони здоров'я Росії, безумовно, дозволяє населенню отримувати гарантований мінімум необхідних медичних послуг без додаткової оплати з власної кишені, безоплатне забезпечення ліками в процесі стаціонарного лікування, при наданні швидкої та невідкладної медичної допомоги в обсязі і на умовах, які відповідають територіальним програмам обов'язкового медичного страхування суб'єктів Російської Федерації, безоплатну диспансеризацію працюючих та дітей.

Загалом же характерними рисами обов'язкового страхування у сфері охорони здоров'я РФ є:

- воно є складовою частиною державного соціального страхування;
- має державний характер: а) регулювання здійснюється на загальнодержавному рівні; б) фонди обов'язкового медичного страхування є державними неприбутковими організаціями; в) їх кошти перебувають у державній власності;
- страхові внески сплачуються тільки роботодавцями або виконавчими органами суб'єктів, тобто застрахований повністю виключається з фінансування системи обов'язкового медичного страхування;
- наявність значного додаткового бюджетного фінансування системи охорони здоров'я;
- зі сторони виконавця медичних послуг можуть виступати лікувально-профілактичні установи будь-якої форм власності [4, 162].

До позитивних підсумків введення в Росії обов'язкового медичного страхування, перш за все, необхідно віднести перелік змін, які відбуваються в галузі економії та більш раціонального використання ресурсів. Це:

- зміна спрямованості фінансових ресурсів («гроші слідують за пацієнтом», тобто оплачується наданий обсяг робіт);
- введення системи тарифів, диференційованих цін за медичні послуги;
- визначення потреб у ресурсах (ліжках, кадрах) на підставі економічної оцінки ефективності використання потенціалу, який є;
- підвищення відповідальності медичного персоналу за результат лікування [5, 72].

І, найголовніше, запровадження обов'язкового медичного страхування дозволило в Російській Федерації створити самостійний стабільний фонд, надходження коштів до якого не залежить від політичної ситуації в країні, волі представників влади та повноти бюджету. А лікувально-профілактичні заклади отримали джерело, з якого кошти надходять постійно, систематично та стабільно, залежно від обсягу та якості наданих послуг. Керівництво даними закладами у фінансовому питанні меншою мірою стало залежним від органів управління охороною здоров'я.

З нашої точки зору, щодо організаційно-правового забезпечення обов'язкового медичного страхування в Росії, необхідно вказати на ті елементи, які можуть бути потенційно корисними в практиці підготовки закону про цей вид страхування та побудові організаційно-штатної структури обов'язкового медичного страхування в Україні. Це тим більше важливо, що тривалий час як РФ, так і Україна перебували в складі однієї держави та мали однакову модель організації охорони здоров'я. Крім того, на початку 90-х років минулого століття (за великим рахунком і тепер) наші держави перебували в подібному стані соціально-економічного розвитку. Отже, для України, з точки зору адміністративно-правового забезпечення обов'язкового медичного страхування, корисним було б врахувати таке:

- 1) недоцільно обґрунтовувати несвоєчасність законодавчого запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні соціально-економічними труднощами, що мають місце в нашій державі. Для порівняння: у Росії на час прийняття та запровадження механізму обов'язкового медичного страхування (1991–1993 рр.) рівень соціально-економічного стану був на порядок нижчим, ніж у сьогодношній Україні;
- 2) чітку побудову організаційно-штатної структури обов'язкового медичного страхування (йдеться про наявність Федерального фонду обов'язкового медичного страхування та 84 територіальних фондів у кожному суб'єкті РФ). За аналогією, в Україні доцільно створити подібну структуру із включенням загальнодержавного фонду обов'язкового медичного страхування та територіальних його управлінь в областях, Автономній Республіці Крим, містах Києві та Севастополі;
- 3) організаційно-правовий статус Федерального та інших фондів обов'язкового медичного страхування Росії свідчить про те, що це – державні некомерційні структури. Для України важливо скористатися цією обставиною, оскільки нерідко лунають пропозиції про надання їм статусу недержавних некомерційних структур (за прикладом низки зарубіжних держав). Йдеться про те, що на сучасному рівні соціально-економічного та політичного розвитку України саме державним структурам повинна належати провідна роль у започаткуванні обов'язкового медичного страхування. Це буде відбуватися переважно за допомогою механізму адміністративно-правового регулювання;
- 4) побудувати систему захисту прав пацієнтів (застрахованих), яка в Росії включає в себе такі елементи: ланки Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку (адміністрації лікарень, органів управління охороною здоров'я районів, суб'єктів РФ); структури Федерального фонду обов'язкового медичного страхування (територіальні фонди та їх філії); страхові медичні організації. На сьогодні в Україні пацієнт має набагато менше можливостей («адресатів звернення») при порушенні своїх прав;
- 5) чітка диференціація розподілу коштів, які витрачаються на медицину в державі. У Росії нормативно визначено, на що саме витрачаються кошти бюджету, а на що – кошти обов'язкового медичного страхування. Такі ж підходи, як видається, варто застосувати і в Україні;
- 6) сприйняття медицини як економічної категорії та формування єдиного медичного простору РФ. Мова йде про те, що на сьогодні медицина сприймається не лише як складова соціально-економічного вектора держави, а, насамперед, як економічна категорія, що є одним із способів оптимізації витрат на медичне обслуговування. Значною мірою таке стало можливим у зв'язку із започаткуванням обов'язкового медичного страхування. Єдиний медичний простір забезпечується, у тому числі, і шляхом вирівнювання фінансування програм державних гарантій в суб'єктах РФ.

**Тремс.** Німеччина. Необхідність і важливість висвітлення системи організації фінансування охорони здоров'я Німеччини обумовлена, передусім, тим фактором, що саме в цій країні зароджувалось соціальне медичне страхування, яке історично та природно склалось саме тут, а згодом було врегульовано та впроваджено в інших країнах. До того ж сьогодношній стан організації, юридичного забезпечення та безпосереднього функціонування обов'язкового медичного страхування є одним із найкращих у Європі. Ключовий критерій будь-яких кроків держави – задоволеність людей – підтверджується прикладом пацієнтів Німеччини, котрі здебільшого позитивно сприймають рівень організації та надання медичної допомоги.

У сучасній Німеччині одним із головних принципів державного устрою, і системи охорони здоров'я зокрема, є розподіл повноважень між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства. У сфері охорони здоров'я органи влади передають повноваження самоврядним організаціям платників та виробників послуг – тобто структурам, які безпосередньо зацікавлені і мають відповідний рівень професіональних знань у даній сфері. Насамперед – це лікарняні каси, їх об'єднання, об'єднання лікарів лікарняних кас, які є квазідержавними організаціями і мають органи управління, що здійснюють управління фінансуванням, надання послуг в обсязі, гарантованому Законом про обов'язкове медичне страхування.

На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, до повноважень якого віднесена і загальна політика у сфері державного медичного страхування (перш за все, це питання рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних послуг). Правове регулювання всієї системи соціального страхування Німеччини здійснюється, в основному, на підставі Соціального кодексу, книга п'ята якого присвячена безпосередньо державному медичному страхуванню.

До переваг німецької системи охорони здоров'я, безумовно, варто віднести високий якісний рівень надання медичної допомоги, оснащеність медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікацію медичних працівників і, найголовніше, доступність медичного обслуговування для всіх. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи профілактику захворювань, амбулаторне та стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичні устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо.

Крім цього, застраховані мають право вільного вибору лікаря, медичної установи, відсутня практика регулювання сімейними лікарями доступу до спеціалізованої допомоги. І, як вже було зазначено, важливим позитивним моментом системи медичного страхування країни є те, що внески працюючих забезпечують страхування як самого працюючого, так і непрацюючих членів його сім'ї.

Якщо використовувати досвід Німеччини для побудови страхової моделі фінансування охорони здоров'я в Україні, то, на наш погляд, враховуючи українську ментальність та ставлення більшості населення країни до свого здоров'я, є ще декілька складових німецького страхування, які не дуже прийнятні. І насамперед – це повний страховий захист застрахованого з боку лікарняних кас. «З точки зору застрахованої особи ціна послуги в даному випадку дорівнює нулю, бо вона не знає вартості послуги... У застрахованого формується ілюзія, що послуги охорони здоров'я надаються безоплатно і без обмежень. Подібний вакуум відповідальності сприяє неправильній поведінці індивідуума» [6, 26–27]. Тобто, у застрахованого не виникає стимулів берегти своє здоров'я, запобігати його погіршенню та використовувати раціонально послуги закладів охорони здоров'я.

Але все ж таки, багато в чому досвід Німеччини може бути корисним для України. Так, певний інтерес становить система оплати праці лікарів, яка дозволяє в більшості виключати можливість зловживань з боку медичних працівників у контексті призначень зайвих медичних процедур, обстежень тощо. Страхові організації оплачують медичну допомогу, яка надається лікарями, на базі бальної системи оцінки рівня наданих послуг. Бали встановлюються в плані виплат за послуги, де визначається кількість балів за кожен надану послугу. Розмір відшкодування лікарям на підставі зароблених ними балів розраховується як співвідношення загальної кількості балів, зароблених усіма лікарями, і регіонального бюджету охорони здоров'я. Відповідно до цього, збільшення обсягу наданих медичних послуг у регіоні означатиме, що кожний бал буде мати меншу цінність.

Підсумовуючи, слід вказати, що на етапі вибору шляху (моделі) законодавчого забезпечення обов'язкового медичного страхування в Україні науковцям та законодавцям варто більш ретельно вивчити досвід Німеччини. Серед позитивних аспектів організації охорони здоров'я та системи обов'язкового медичного страхування цієї країни можна назвати такі:

- можливість людини, дохід якої перевищує встановлену суму, вийти з системи державного обов'язкового страхування і перейти в приватний сектор страхування;
- можливість працюючого забезпечувати медичне страхування непрацюючих членів його сім'ї;
- обмеження суми заробітної плати, з якою стягується страховий внесок;
- можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичної установи.

Таким чином, на переконання автора, досягнення провідних держав світу повинні в обов'язковому порядку бути враховані в Україні. Метою такого роду аналізу має стати створення в нашій державі дійсно якісного закону, котрий захищатиме права, свободи та законні інтереси громадян у сфері охорони здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Boerma T. World health statistics 2010 / T. Boerma, C. AbouZahr. – France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010. – 177 с.
2. The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int> – Назва з екрана.
3. DeNavas-Walt C. Income, poverty and health insurance coverage in the United States, 2007 / C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, V.C. Smith. – US Census Bureau, 2008. – 84 с.
4. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження): монографія / В.Ю. Стеценко. – К.: Атіка, 2010. – 320 с.
5. Таранов А.М. Избранные лекции по обязательному медицинскому страхованию / А.М. Таранов. – М.: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, 2002. – 96 с.
6. Юнусов Ф. Управление здравоохранением и организация медицинского страхования / Ф. Юнусов. – СПб.: ООО «Артиком», 2007. – 296 с.

УДК 343.163 – 057

**ПІДГОТОВКА КАДРІВ ДЛЯ ОРГАНІВ ПРОКУРАТУРИ:  
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ**

Стеценко С.Г., д.ю.н., професор

*Національна академія прокуратури України*

У статті аналізуються проблеми підготовки кадрів для органів прокуратури. Акцент зроблено на системі підготовки в рамках Національної академії прокуратури України.

*Ключові слова: прокуратура, підготовка кадрів, Національна академія прокуратури України.*

Стеценко С.Г. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ ОРГАНОВ ПРОКУРАТУРЫ: ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ / Национальная академия прокуратуры Украины, Украина

В статье анализируются проблемы подготовки кадров для органов прокуратуры. Акцент сделан на системе подготовки в рамках Национальной академии прокуратуры Украины.

*Ключевые слова: прокуратура, подготовка кадров, Национальная академия прокуратуры Украины.*

Stetsenko S.G. TRAINING FOR PROSECUTORS: LEGAL AND INSTITUTIONAL FRAMEWORKS / National academy of prosecution of Ukraine, Ukraine

The paper analyzes the problem of training for prosecutors. Emphasis is placed on the training system of the National Academy of Prosecution of Ukraine.

*Key words: prosecutors, training, National academy of prosecution of Ukraine.*

Сьогоднішній стан справ із реформуванням органів прокуратури засвідчує гостру потребу проведення наукових досліджень, спрямованих на вивчення «проблемних місць» організаційно-правового забезпечення вітчизняної прокуратури. До актуальних питань сучасної прокуратури, котрі потребують свого осмислення та пропозицій щодо вирішення, можуть бути віднесені:

- належність прокуратури до тієї чи іншої гілки влади або чітке позиціонування незалежного її статусу;
- теоретико-правові дослідження завдань, функцій та правового статусу прокуратури;
- модернізація загального нагляду за правозахисною діяльністю з акцентом на необхідність захисту прав людини;