

Министерство образования Республики Беларусь  
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ»

**ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ  
ПРАВОВОЙ СИСТЕМЫ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
В ЕВРОПЕЙСКОЕ И МИРОВОЕ  
ПРАВОВОЕ ПРОСТРАНСТВО**

Материалы международной научной конференции

26-27 октября 2001 г.

Гродно  
Республика Беларусь

Гродно 2002

УДК 340  
ББК 67  
П78

Редакционная коллегия: Н. В. Сильченко (ответ редактор);  
И. В. Гушин;  
Г. А. Зорин;  
И. И. Веленто;  
Н. Г. Станкевич;  
О. Н. Толочко;  
Р. Н. Ключко;  
И. А. Белова.

П78 Проблемы интеграции правовой системы Республики Беларусь в европейское и мировое правовое пространство: Мат. междуна. науч. конф / Под ред. Н.В.Сильченко. - Гродно: ГрГУ, 2002. - 540 с.

ISBN 985-417-322-4.

Материалы конференции содержат доклады ученых и практических работников Республики Беларусь, посвященные теоретическим и прикладным проблемам интеграции правовой системы Республики Беларусь в европейское и мировое правовое пространство. Раскрываются актуальные вопросы и перспективы развития системы права и законодательства в контексте мировой правовой культуры. Сборник может быть полезен научным работникам, преподавателям, аспирантам и студентам юридических вузов, практическим работникам.

УДК 340  
ББК 67

ISBN 985-417-322-4.

© Учреждение образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купаль», 2002

*С.В. Агиевец*

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАРУБЕЖНЫХ ГОСУДАРСТВАХ**

Национальные традиции и история наложили отпечаток на формирование государственных систем организации медицинской помощи. Однако существует ряд тенденций и принципов, которые просматриваются в каждой из систем:

- расширение программ социального страхования и включение медицинского страхования в систему социального обеспечения;
- сохранение правовой самостоятельности субъектов страховых отношений;
- централизация финансов на страхование здоровья;
- усиление роли государства в регулировании системы медицинского страхования с помощью: совершенствования законодательства, касающегося этой сферы, предоставления дотаций, субсидий, налоговых льгот; контроля за деятельностью страховых организаций; прямого участия в оперативном управлении страховыми компаниями;
- сочетание централизованных и децентрализованных подходов в финансировании и управлении здравоохранением.

В европейских странах в здравоохранении утвердился принцип социальной солидарности, в соответствии с которым в финансировании здравоохранения принимают участие не только государства и работода-

тели, но и сами получатели медицинских услуг через систему регулируемого медицинского страхования. Регулируемый характер медицинского страхования обусловлен принятыми в XIX-XX столетиях законами об обязательном базисном медицинском страховании населения европейских стран. В этих странах в обязательном медицинском страховании не участвует только элитарная, высокооплачиваемая часть населения. Объем медицинской помощи, оговоренный в базисных страховых полисах, постоянно расширяется. Так, от доплат за лечение освобождаются лица с низким доходом, хронически и тяжело больные. Обеспечивается оплата подавляющей части расходов на лекарства (во Франции - на 95%), очки и протезы (80-95%), лабораторные анализы (80-90%). В Германии, Швеции возмещаются расходы на транспортировку больных (в пределах установленных сумм), а также на их реабилитацию в санаториях. Все это обеспечивается во многом за счет правительственных субсидий. Система регулируемого медицинского страхования чаще всего обеспечивает каждому застрахованному возможность обращения к любому врачу, в любую больницу. Тем не менее система организации медицинской помощи в каждом государстве имеет свою специфику.

Французской системе организации медицинского лечения и обслуживания свойственен высокий уровень огосударствления. Медицинское лечение и обслуживание населения осуществляется через систему<sup>7</sup> обязательного социального страхования. Дополнительное страхование представлено обществами взаимопомощи и частными страховыми компаниями. Во Франции из всего населения не застраховано только три процента лиц без доходов, которые лечатся за счет местных фондов социальной помощи. Средства на обязательное медицинское страхование выделяются из общего фонда социального страхования, формируемого на 90% за счет страховых взносов работодателей.

Здравоохранение Германии представляет собой сложную систему, объединяющую медицинский персонал, пациентов, медицинские ассоциации и лечебные фонды. Медицинские фонды в большинстве случаев являются государственными компаниями. Лица с высокими доходами страхуются в кассах специального типа - эрзацкассах. Частный рынок охватывает страхованием 9% населения. Система обязательного медицинского страхования в Германии является частью системы социального страхования, в которую поступают различные формы страховых взносов и налогов, распределяемые в соответствующие фонды (пенсионный, медицинский и другие). Самыми массовыми страховыми организациями являются страховые фонды (больничные кассы) на предприятиях и территориальные фонды для тех, кто не относится к больничным кассам по производственному признаку (например, пенсионеры). Существуют также аграрные кассы для сельскохозяйственных рабочих и фермеров, а также дополнительные фонды - эрзацкассы - для людей с высокими доходами, которые не подлежат обязательному страхованию по причине наличия дохода, превышающего установленный максимальный размер, выше которого участие в общей системе обязательного страхования не предусмотрено. Объем услуг, предоставляемых эрзацкассами, не может быть ниже базовой программы, принятой правительством, а верхний предел ничем

не ограничен. Эрзацкассы, в отличие от больничных касс, не имеют государственных дотаций. Последнее время количество больничных касс на предприятиях уменьшилось за счет оттока плательщиков в эрзацкассы и территориальные фонды. В отличие от эрзацкасс, которые чаще всего бывают частными, страховые фонды имеют юридический статус государственных компаний. Финансовый и административный контроль за работой страховых фондов осуществляет правительство. Нередко частные компании берут на себя функцию обязательного страхования, получая при этом право на дотации и субсидии, но в таком случае их деятельность подпадает под особый государственный контроль. Продолжительность медицинского лечения и обслуживания за счет средств обязательного медицинского страхования ограничена 78 неделями в течение трех лет.

В Швейцарии действует децентрализованная система медицинского страхования. В 1911 году был принят Страховой закон, согласно которому каждой административно-территориальной единице было предоставлено право иметь собственную систему страхования. В настоящее время в Швейцарии существует двадцать шесть вариантов страхования. Наряду с базовым страховым обеспечением в Швейцарии существует возможность добровольного дополнительного страхования. Правительство использует механизм дотаций для обеспечения определенного гарантированного уровня медицинской помощи и унификации деятельности различных страховых компаний.

В Великобритании имеет место система регулируемого государством здравоохранения, преимущественно финансируемая из национального бюджета, получившая название бюджетной системы (национальная служба здравоохранения). Только 6% населения Великобритании обслуживается в частном секторе. Финансирование здравоохранения (на 90%) происходит за счет бюджета. Базовая система медицинского обслуживания предусматривает оказание общей медицинской помощи амбулаторным больным в терапевтических или хирургических кабинетах, в амбулаторных отделениях при больницах, в специализированных клиниках и в так называемых Центрах здоровья, а также терапевтическую помощь на дому, в том числе в случае необходимости специалистами. Внебольничная помощь оказывается всем гражданам общепрактикующими врачами. Госпитализация больных происходит по направлению врачей общей практики. Госпитальная помощь включает в себя следующие виды обслуживания: помощь специалистов и терапевтов, сестринскую помощь, специальные обследования, в том числе рентгенографические и лабораторные, лечебные процедуры, снабжение медикаментами и перевязочными материалами, содержание и другие услуги медицинского характера. Стоматологическая помощь, в том числе и протезирование, обеспечение слуховыми аппаратами, очками являются платными.

В Швеции, как и в Великобритании, активно функционирует финансируемая государством система медицинского лечения и обслуживания. Получающие зарплату врачи и средний медицинский персонал, являющиеся государственными служащими, обеспечивают медицинское лечение и обслуживание через муниципальные центры здоровья и боль-

ницы. В Швеции действует обязательное базисное медицинское страхование, участие в котором не принимает лишь элитарная высокооплачиваемая часть населения.

При выборе модели организации медицинской помощи в Республике Беларусь, следует учитывать, что в настоящее время задача состоит не в том, чтобы заменить обязанности государства по финансированию мероприятий, связанных с охраной здоровья населения, на более эффективные системы здравоохранения, а в том, чтобы найти реальные возможности для сочетания государственных и иных форм финансирования здравоохранения. Перед законодателем стоит задача формирования новой законодательной базы, регулирующей данный вид общественных отношений. Важным моментом при решении данной задачи является определение оптимального соотношения между системой государственного здравоохранения и другими формами финансирования медицинского обслуживания. Государственная система здравоохранения призвана обеспечить удовлетворение социально значимых потребностей в медицинском лечении и обслуживании, реализуя равное потребление в объеме социальных гарантий. Между тем рост индивидуальных потребностей населения в услугах здравоохранения и ограниченность ресурсной базы государства по удовлетворению этих потребностей требуют расширения источников финансового обеспечения отрасли. Развитие дополнительных источников финансирования здравоохранения связано прежде всего с системой добровольного медицинского страхования, с привлечением средств по договорам с предприятиями по оказанию их работникам дополнительной медицинской помощи, с поступлением средств от реализации платных медицинских услуг населению. Привлечение новых источников финансирования отрасли предполагает не замену, а усиление государственных гарантий по медицинскому лечению и обслуживанию граждан. Различные варианты организации медицинской помощи населению, ее организационно-правовые формы должны обеспечивать наиболее простой и эффективный путь реализации права на медицинское лечение и обслуживание, позволяющий обеспечить каждому гражданину максимально возможную и рациональную медицинскую помощь. В странах Восточной Европы за последние десять лет коренным образом изменилась система организации здравоохранения. Однако проведенные реформы вызвали серьезные опасения по поводу возможного негативного влияния произошедших изменений на обеспечение и поддержание принципа справедливости в области медицинского лечения и обслуживания. Высказываются опасения, что «новые реформы не совместимы с достижением справедливости в области здоровья, так как этот аспект может быть одним из первых, которые могут пострадать в результате как политических, так и экономических реформ». Поэтому, реформируя систему здравоохранения, лучше ориентироваться на широко распространенные в Европе национальные системы здравоохранения, преимущественно финансируемые за счет налогов, но не исключаящие личное участие в финансировании системы здравоохранения путем уплаты страховых взносов из личного дохода на обязательное социальное страхование.

*Агиевец С.В.*, канд. юрид. наук, доцент, ГрГУ им. Я. Купалы.