

УДК 316.422.42

**СИСТЕМА ГРАЖДАНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ГЕРМАНИИ:  
ВОЗВРАЩЕНИЕ К СПРАВЕДЛИВОМУ ОБЩЕСТВУ?**

© 2011 г.

*Д.А. Шпилёв*

Госуниверситет– Высшая школа экономики, Нижегородский филиал

shpilev72@mail.ru

Поступила в редакцию 5.04.2011

Анализируется ситуация, сложившаяся в ЕС в связи с проводимой реформой системы здравоохранения. Особое внимание уделяется оценке справедливости и эффективности системы социального страхования, существовавшей в Германии. Также рассмотрены преимущества новой немецкой системы гражданского страхования с точки зрения основных задач социального государства.

*Ключевые слова:* национальная система здравоохранения, социальное государство, государство всеобщего благосостояния, медицинское страхование, больничные кассы, солидарность, социальная справедливость.

**Оценка населением ЕС  
национальных систем здравоохранения**

Экономические трудности, переживаемые современным миром, не обошли и Европу, поэтому в последние десятилетия системы здравоохранения многих стран ЕС вынуждены переживать радикальные изменения под давлением сокращения размеров бюджетной поддержки. Эти изменения чаще всего негативно воспринимаются населением и нередко приводят к утрате доверия к механизмам социального государства со стороны граждан соответствующих стран. Эти процессы находят свое отражение в немецкой социологии: значительный объем публикаций немецких социологов посвящен анализу институциональных изменений в сфере здравоохранения.

Исследования показывают, что определенная часть реформ систем здравоохранения, проводимых правительствами стран ЕС, встречает полную поддержку и соответствует ожиданиям и потребностям практически всех слоев населения, другая же часть вызывает активное неприятие и раздражение. Связано это с тем, что основной задачей системы здравоохранения практически любой развитой страны является не только поддержание здоровья людей на должном уровне, но и создание у граждан чувства защищенности, безопасности и уверенности в завтрашнем дне, в том числе и при возникновении сложной жизненной ситуации. В случае возникновения заболевания или несчастного случая всю необходимую помощь со стороны системы здравоохранения надеются получить

не только представители групп риска, но и все остальные граждане. При этом стоимость предоставляемых услуг, как правило, значительно превосходит собственные финансовые возможности граждан. Следует отметить, что в большинстве случаев к подобным чрезвычайным ситуациям нельзя подготовиться заранее на основании личного опыта. Люди просто верят, что в экстренном случае они получат всё необходимое лечение, и им будут предоставлены все необходимые услуги. Следовательно, доверие граждан является одним из основных параметров, характеризующих систему здравоохранения [1, с. 380–386].

Следует также отметить, что и при значительном снижении степени доверия к системе здравоохранения своей страны большинство людей (чаще всего вынужденно) остаются членами определенных солидарных объединений – например систем государственного медицинского страхования, больничных касс и т.д. Однако недостаток доверия дает о себе знать и проявляется в целом ряде социальных тенденций. Так, во время выборов граждане, являющиеся ещё и избирателями, выражают своё недовольство тем, что наказывают политиков, участвовавших в принятии непопулярных решений в сфере реформирования системы здравоохранения. Это недоверие заметно влияет и на ситуацию в сфере здравоохранения. Во-первых, пациенты консультируются у всё большего количества врачей, чтобы быть уверенными в правильности назначенного лечения. Во-вторых, наряду со стандартным пакетом услуг страхователи заключают дополнительные

договоры частного медицинского страхования, что способствует увеличению неравенства между клиентами систем обязательного и частного медицинского страхования.

Как правило, системы, отражающие принципы государства всеобщего благосостояния (*Wohlfahrtsstaat*) создаются для всего общества, а не для определённых социальных групп. Эти системы обладают значительной моральной поддержкой среди населения в связи с тем, что в подобных случаях социальные группы с высоким уровнем дохода не только участвуют в софинансировании всей системы наравне с остальными гражданами, но и получают тот же набор услуг, что и все граждане [2]. Такие формы поголовной обязательной солидарности (*verpflichtende Solidarität*) [3, 313–335] не только вносят значительный положительный вклад в процесс общественной интеграции, создавая у населения ощущение стабильности и безопасности при возникновении сложных жизненных ситуаций (например, в случае тяжелого заболевания или несчастного случая), но и способствуют всеобщему признанию существующих демократических институтов [4, 65–80].

Сложившиеся в государствах Европы системы социального обеспечения в целом вызывали доверие населения, однако в связи с экономическими трудностями с начала 1990-х гг. государства всеобщего благосостояния и в частности их системы здравоохранения переживают процесс серьёзного структурного реформирования. Большинство немецких социологов вынуждены с сожалением констатировать, что основным результатом осуществляемых изменений является постепенное снижение доверия населения к существующим системам здравоохранения. Основная проблема заключается в том, что для завоевания доверия у населения различным социальным институтам требуется значительное количество времени. Такое доверие, утраченное однажды, восстановить в полной мере как минимум очень сложно. Этот факт подтвердили результаты сравнительного исследования об изменении степени доверия к существующим национальным системам здравоохранения, проведенного с 1996 по 2002 гг. в 15 странах ЕС (*Eurobarometer-Survey*) (В указанное время членами ЕС были: Бельгия, Дания, Германия, Финляндия, Франция, Греция, Великобритания, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Австрия, Португалия, Швеция, Испания). В основе анализа лежала гипотеза о том, что институциональные особенности национальных систем здравоохранения оказывают существенное

влияние на их восприятие и оценку населением. Основная задача исследования заключалась в выявлении различий между странами, в том числе в определении стран с самой высокой и самой низкой степенью доверия населения, а также в степени влияния уровня дохода, состояния здоровья и возраста респондентов на оценку качества работы систем здравоохранения. В опросе приняли участие приблизительно по 1000 респондентов из каждой страны ЕС в возрасте старше 15 лет. Использовались однотипные анкеты на английском и национальных языках.

Анализ доверия населения к социальным институтам основан на концепции Эдельтраут Роллер [5], суть которой заключается в том, что государства всеобщего благосостояния можно классифицировать в зависимости от их способности обеспечивать *социально-экономическую безопасность* (*sozioökonomische Sicherheit*) и *социально-экономическое равенство* (*sozioökonomische Gleichheit*) общества. Принцип социально-экономической безопасности предполагает личную заинтересованность граждан в получении от государства тех или иных выплат, социальных и иных гарантий. Принцип социально-экономического равенства предполагает формирование у населения коллективных, общественных, социальных – надиндивидуальных ценностей. Именно с этой точки зрения следует оценивать цели и результаты социальной политики государства всеобщего благосостояния [6, с. 311–331]. Применительно к системе здравоохранения принцип социально-экономической безопасности предполагает большой объем желаемого вмешательства государства, а принцип социально-экономического равенства непосредственно иллюстрирует работоспособность и функциональность соответствующей системы здравоохранения.

Среди всех проблем, существующих в национальных системах здравоохранения с начала 1990-х гг., респондентами были выделены три основные:

- 1) значительное сокращение перечня услуг, входящих в базовый пакет обязательного медицинского государственного страхования;
- 2) расширение системы частного медицинского страхования (то есть отдельного медицинского страхования для государственных служащих и граждан с высоким уровнем дохода), нарушающего принцип всеобщей солидарности и разделяющего медицинское обслуживание на медицину для богатых и медицину для бедных (об этом более подробно будет рассказано в следующем разделе);

3) рост количества дополнительных выплат и самостоятельного финансирования целого ряда медицинских услуг в сфере обязательного медицинского государственного страхования.

При этом следует также отметить, что в сознании населения ЕС глубоко укоренилось представление о том, что именно государство является гарантом получения человеком всей необходимой медицинской помощи в случае возникновения различных проблем со здоровьем. Иными словами, европейцы по-прежнему считают, что общественная солидарность и равенство шансов всех граждан при доступе к необходимому лечению должны поддерживаться и гарантироваться с помощью государственного регулирования. Это означает, что основной задачей государства в данной сфере является предоставление высокого уровня медицинского обслуживания группам населения с низким уровнем дохода. Уровень обслуживания не должен уступать по своему качеству услугам, предоставляемым разнообразными альтернативными структурами, такими, как например рынок частного медицинского страхования. Судя по оценкам респондентов, с этой задачей явно не справляются системы здравоохранения южно-европейских стран – Испании, Португалии и Греции [6, с. 311–331]. Учёные объясняют этот факт тем обстоятельством, что после введения в этих странах общеевропейской системы здравоохранения, сохранившиеся системы национального социального страхования препятствуют окончательному переходу к однородной структуре здравоохранения в ЕС [7, с. 380–386].

Сравнительно низкий уровень поддержки населением существующих систем здравоохранения зафиксирован также в Великобритании, Германии и Нидерландах. Связано это с тем, что в начале 1990-х гг. в системах здравоохранения этих стран возникли так называемые чуждые элементы. В Великобритании это были внутренние рынки или квази-рынки, когда врачи-терапевты, имевшие большую практику, могли распоряжаться частью расходов национальной системы здравоохранения и покупать для своих пациентов лекарства и медицинские услуги на стороне. В Германии чуждые элементы были связаны со скрытой конкуренцией между больничными кассами. В Нидерландах имело место структурное сращивание государственного и частного медицинского страхования. Подобные явления свидетельствуют о наличии институциональных противоречий в недрах системы медицинского страхования, несовпадение целей различных подсистем. Повышение эффективности данной системы воз-

можно путем введения различных элементов конкуренции при сохранении у клиентов из различных социальных слоев равенства шансов доступа к медицинским услугам и солидарного финансирования.

В отличие от вышеприведенных стран в Австрии, напротив, отмечается относительно высокий уровень поддержки населением существующей системы обязательного медицинского страхования. В 1950-е – 1960-е гг. данная система была объединена с институтом страхования жизни, сохранив при этом для своих клиентов достаточный уровень свободы при выборе частнопрактикующих терапевтов и врачей-специалистов. Этот факт говорит о том, что солидарное финансирование при сохранении страхователями свободы выбора может способствовать росту доверия к существующей системе здравоохранения [8, с. 571–628].

Исследования показывают, что величина дохода людей не оказывает существенного влияния на их оценку системы здравоохранения. Представители социальных групп с высоким доходом, несмотря на значительные размеры страховых выплат, оказывают системе здравоохранения такую же высокую степень доверия, как и представители социальных групп с низким доходом, активно исповедующие принцип социальной солидарности. Тот факт, что социальные группы с высоким уровнем дохода также заинтересованы в успешном функционировании национальной системы здравоохранения, лишней раз подтверждает большую значимость для всех социальных групп принципа общественной солидарности [9].

Общеевропейские тенденции говорят о том, что в последние годы больные люди испытывают значительно меньшую удовлетворенность функционированием системы здравоохранения, чем здоровые. Сокращение количества услуг, входящих в базовый пакет обязательного страхования, а также увеличение количества обязательных дополнительных личных выплат серьезно осложнили положение людей с плохим состоянием здоровья. Исключениями являются национальные системы здравоохранения Дании, Великобритании и Швеции, в которых оценка функционирования системы здравоохранения не зависит от состояния здоровья населения. Кроме того, в этих странах пожилые люди в значительно большей степени довольны системой здравоохранения, чем молодёжь [10, с. 23–30].

Как отмечают немецкие социологи, вопрос о том, какие именно программы, осуществляемые в рамках концепции государства всеобщего благосостояния, пользуются наибольшим одоб-

рением и поддержкой населения, до сих пор недостаточно исследован [11, с. 59–111]. Исследование показало, что жители стран ЕС не считают, что доступ к медицинским услугам должен зависеть от размера банковского счета. Поэтому задачей государства является обеспечение равного доступа всех граждан к существующим медицинским услугам, независимо от особенностей соответствующей национальной системы здравоохранения [12, с. 383–405].

### **Справедливость и эффективность немецкой системы социального страхования**

Неудовлетворенность граждан ЕС системой социального страхования стимулировала развитие общественной дискуссии по этому вопросу. В связи с этим в последние годы в немецком обществе активно обсуждается вопрос о введении новой системы гражданского страхования (Bürgerversicherung). Под гражданским страхованием понимается система медицинского страхования, при которой исчисление суммы взносов осуществляется с учетом общего количества населения Германии, а также всех видов доходов её жителей, за исключением доходов, полученных от сдачи помещений в аренду, которая должна заменить сложившуюся систему обязательного и частного медицинского страхования [13]. Важным моментом, актуализирующим остроту дискуссии, является то, что среди стран ЕС только в Германии параллельно с системой обязательного медицинского страхования существует система частного медицинского страхования, участниками которой могут быть граждане, чей доход превышает определенный минимальный уровень (Mindesteinkommengrenze). Люди, чей доход превышает минимальный уровень, как правило, являются представителями самой обеспеченной прослойки населения – это фрилансеры, а также чиновники и служащие, медицинская страховка которых состоит из двух частей: первая часть представляет собой частичное страхование по специальным тарифам для служащих, а вторая субсидируется государством, то есть при наступлении страхового случая часть расходов по лечению покрывается из государственного бюджета.

В настоящее время финансирование системы обязательного медицинского страхования является недостаточным в связи с тем, что размер взноса напрямую зависит от заработной платы конкретного гражданина, а граждане с наибольшим уровнем доходов и наилучшим здоровьем, по большей части, застрахованы в системе частного медицинского страхования. Таким об-

разом, уменьшается и количество застрахованных, и размер финансовых ресурсов системы обязательного медицинского страхования. В определенном смысле, обязательное медицинское страхование превратилось в так называемую систему солидарности для слабых (Solidarität der Schwachen). По оценкам экспертов, с каждым членом, перешедшим в систему частного медицинского страхования, больничные кассы обязательного медицинского страхования теряют ежегодно около 3500 евро [14, с. 48–63]. То обстоятельство, что взносы в систему обязательного медицинского страхования делают только работающие граждане, и взносы эти зависят от размера их заработной платы, осложняет ситуацию, так как с увеличением количества безработных и работающих неполный рабочий день возникает необходимость увеличения размеров взносов, что в свою очередь снова приводит к росту безработицы. По мнению профессора К. Лаутербаха данная ситуация очень напоминает заколдованный круг. В отличие от системы частного медицинского страхования, система обязательного медицинского страхования не в состоянии компенсировать убытки за счет дополнительных поступлений в результате увеличения уровня доходов хорошо зарабатывающих граждан. Эти поступления уходят в систему частного страхования.

Неравенство в сфере социального страхования людей, имеющих разные доходы, усугубляется тем, что застрахованные в системе частного медицинского страхования отличаются более хорошим здоровьем, и в систему частного страхования направляются более высокие поступления. Тот факт, что за одни и те же услуги врачи получают от системы частного медицинского страхования более высокие гонорары, чем от системы обязательного медицинского страхования, заставляет врачей оказывать состоятельным пациентам более дорогостоящее лечение. Подобное неэффективное избыточное обслуживание (ineffiziente Überversorgung) способствует значительному удорожанию всей немецкой системы здравоохранения. Так, например, средние расходы на одного страхователя возросли в системе частного медицинского страхования в период с 1992 по 2001 гг. на 43%, а расходы на одного страхователя в системе обязательного медицинского страхования за тот же период – только на 29% [15].

С медицинской точки зрения сложившаяся система приводит к неправильному распределению труда врачей-специалистов практически в каждой сфере. Вместо того, чтобы осуществлять качественное лечение всех больных в равной

степени, сотрудники медицинских учреждений подавляющую долю своего рабочего времени посвящают борьбе с заболеваниями представителей системы частного медицинского страхования. Ситуация еще более ухудшилась с тех пор, как кассы частного медицинского страхования потребовали, чтобы врачи-специалисты, производящие окончательный денежный расчет, сами же проводили все важные лечебные мероприятия. В прошлом очень часто лечебные мероприятия проводились врачами более низкой квалификации, а врач-специалист только составлял окончательную смету и выставлял счет в кассу частного медицинского страхования. Карл Лаутербах сравнивает подобную ситуацию с воображаемой ситуацией в университете, когда лучшие преподаватели обучали бы только детей чиновников и лиц с высокими доходами. Впрочем, по мнению К. Лаутербаха реальная ситуация в образовании по многим причинам очень близка к воображаемой, к сожалению [16, с. 48–63].

Таким образом, эффективность и справедливость системы медицинского страхования, сложившейся на сегодняшний день в Германии, уже давно вызывает большие сомнения как с экономической и медицинской, так и с этической точки зрения. В нормальной системе социального обеспечения врачи должны получать высокую заработную плату за качественно оказанные медицинские услуги, а не за участие в лечении пациентов-членов системы частного медицинского страхования. Именно поэтому с этической точки зрения существующая система вызывает много сомнений. Ведь только те, у кого доход превышает определенный минимальный уровень, или те, кто является чиновником, в рамках существующей системы могут в первую очередь получить достойное медицинское обслуживание. Подобная ситуация противоречит принципу равенства шансов и профессиональной врачебной этике, не допускающей дискриминацию по виду медицинского страхования.

Однако при этом совершенно неправильно было бы возражать против дополнительного медицинского страхования, предусматривающего получение более комфортных условий во время лечения, например таких, как одноместная палата или валеологические процедуры, направленные на поддержание и укрепление здоровья. Но основное медицинское обслуживание должно осуществляться для всех исключительно в зависимости от реальных потребностей пациента и с одинаковым уровнем качества. В противном же случае, по мнению немецких социологов, система здравоохранения в Германии может окончательно превратиться в так называемую медицину

для двух классов (*Zwei-Klassen-Medizin*), то есть в раздельное медицинское обслуживание для богатых и бедных.

В качестве косвенных социальных последствий функционирования существующей системы социального страхования немецкие социологи отмечают то, что система оплаты труда медиков оказала крайне негативное влияние на объем научных исследований, проводимых на медицинских факультетах вузов Германии. Зарплата ученых слабо связана с их научно-исследовательской активностью и качеством лечения всех пациентов, но в значительной степени – с побочными доходами, получаемыми от работы с пациентами, имеющими частную медицинскую страховку [17, с. 615–618].

Еще одной отрицательной чертой частного медицинского страхования является использование системы предоставления средств для будущих выплат (*Kapitaldeckungsverfahren*). По мнению большинства экспертов, применение данной системы не оправдалось [16, с. 48–63]. Размер взносов в систему частного медицинского страхования по сравнению с системой обязательного медицинского страхования значительно вырос за последние 10 лет. И это несмотря на более крепкое здоровье частных страхователей. Последствием использования системы предоставления средств для будущих выплат является практика отклонения или более дорогого страхования так называемых плохих рисков (*schlechte Risiken*). Кроме того, процесс отбора рисков (*Risikoselektion*) является причиной повышения административно-управленческих расходов, которые в системе частного страхования в два раза превышают уровень расходов в системе обязательного медицинского страхования (размер управленческих расходов в системе обязательного медицинского страхования составил в 2002 г. 5,6% от общих расходов, в системе частного медицинского страхования – 12,8%). Таким образом, использование системы предоставления средств для будущих выплат приводит к нарастанию бюрократизма и снижению эффективности системы частного медицинского страхования, а также препятствует страхователям менять больничные кассы, в противном случае страхователь потеряет отчисления, сделанные в резервный пенсионный фонд.

#### **Основные задачи новой системы гражданского страхования**

Новая система гражданского страхования призвана исправить недостатки ныне суще-

ствующей в Германии системы медицинского страхования. Так, в системе гражданского страхования взносы будут взиматься не только в зависимости от размеров заработной платы, но и в зависимости от доходов, получаемых гражданами от сдачи жилья в аренду, доходов от процентов и капитала (Miet-, Zins- und Kapitaleinkünfte). Как правило, больничные кассы не имеют никакой информации об имущественном положении своих страхователей. При введении системы гражданского страхования эта ситуация также не изменится. Страхователи будут просто предоставлять данные о своих доходах, получаемых от сдачи жилья в аренду, от процентов и капитала в налоговую инспекцию, которая, в свою очередь, будет производить все дальнейшие необходимые расчеты и перечисления. Планируется, что уплата страховых взносов без так называемой горизонтальной компенсации понесённого ущерба (horizontaler Verlustausgleich) будет возможна также на основании предоставленной в налоговую инспекцию обычной декларации о доходах. Если бы в настоящий момент все граждане были застрахованы в системе гражданского страхования, выплачивая при этом взносы с учётом доходов, получаемых от сдачи жилья в аренду, от процентов и капитала, то размер взноса составлял бы только 12,4%, а дальнейшее проведение структурных реформ позволило бы снизить его до 11% [18].

В рамках дискуссии о введении системы гражданского страхования ведётся активное обсуждение возможности использования модели поголовных паушальных взносов (Kopfpauschalenmodell) или модели так называемых паушальных премий (Pauschalprämien). Активными сторонниками этой модели являются представители партии ХДС (Христианско-демократический союз), противниками – представители партии СДПГ (Социал-демократическая партия Германии), партии зелёных и профсоюзы. Противники уверены в том, что в случае введения данной модели в системе частного медицинского страхования ничего не изменится, и в Германии сохранится медицина для двух классов. Кроме того, в долгосрочной перспективе это приведет к значительному перераспределению финансовой нагрузки сверху вниз. Все малообеспеченные граждане и пенсионеры в самом ближайшем будущем вынуждены будут отдавать в виде страховых взносов 15% своего дохода. При превышении суммой паушального взноса порога в 15% данные категории населения получают субсидии в виде налоговых льгот (Steuerzuschuss). Реальная

финансовая нагрузка на малообеспеченные слои населения даже возрастёт, так как эти граждане сами участвуют в финансировании своих же налоговых льгот. Для всех других социальных слоёв общая нагрузка несколько снизится, так как чем выше доход страхователя, тем ниже в процентном отношении его взнос в систему медицинского страхования. От введения подобной системы в явном выигрыше окажутся хорошо зарабатывающие холостяки, лица, ушедшие из малообеспеченной семьи и пенсионеры. При любом повышении стоимости медицинских услуг и экономическом спаде увеличится количество граждан, претендующих на налоговые льготы во избежание превышения 15% порога страхового взноса. Если в системе гражданского страхования 15% порог должен быть достигнут только к 2030 г., то при введении модели поголовных паушальных взносов данная процентная ставка превращается во вступительный взнос для всех плохо обеспеченных слоёв населения [19, с. 1–8].

По мнению противников модели поголовных паушальных взносов, в результате внедрения подобной практики система здравоохранения Германии будет реформирована по американскому образцу. Это означает, что получатели социального пособия и пенсионеры имеют только стандартный пакет медицинских услуг, социальные группы со средним доходом – стандартный пакет и пакет дополнительного частного страхования, а социальные группы с высоким доходом – полный пакет частного медицинского страхования. Оценивая эффективность модели поголовных паушальных взносов, К. Лаутербах ссылается на мысленный эксперимент американского социального философа Джона Роулза (John Rawls), который говорил о том, что справедливые социальные институты должны создаваться нами без знания своего собственного положения в обществе, то есть «под покровом неосведомленности». При подобном подходе, по мнению К. Лаутербаха, данная система даже бы не рассматривалась [16, с. 48–63].

Таким образом, система гражданского страхования призвана повысить *эффективность, качество, стабильность* и *справедливость* немецкого общества. Социологи определяют условия, при которых эти задачи могут быть решены. *Эффективность* должна повыситься в результате устранения договорной монополии объединений больничных касс и объединений врачей больничных касс. Также должно быть устранено неэффективное избыточное

обслуживание пациентов с частной медицинской страховкой и практика отбора рисков при страховании этих пациентов. *Качество* обслуживания будет повышено в результате более интенсивной конкуренции врачей и больниц. В будущем доход врачей-специалистов будет зависеть не от количества пациентов с частной страховкой, а от качества оказанных услуг. *Стабильность* медицинского страхования повысится в результате того, что в солидарной системе больше не будут сосредоточены только люди с низкими доходами, в неё войдут также фрилансеры, чиновники и богатые граждане. Кроме того, в системе гражданского страхования взносы будут взиматься не только в зависимости от размеров заработной платы, но и в зависимости от доходов, получаемых гражданами от сдачи жилья в аренду, доходов от процентов и капитала. Система гражданского страхования будет *справедливой*, так как относительная финансовая нагрузка на граждан будет значительно меньше, чем была бы при введении модели поголовных паушальных взносов. Эксперты считают, что в пользу граждан с низкими доходами в рамках системы гражданского страхования ежегодно будет перераспределяться более 50 миллиардов евро [16, с. 48–63].

### Заключение

Справедливое общество предполагает наличие равенства шансов, выражающееся в доступе к оптимальному медицинскому обслуживанию и образованию в независимости от уровня доходов. Здоровье и образование не должны рассматриваться в современном обществе только как статьи расходов. Здоровое и образованное население в таком стареющем и вымирающем государстве, как Германия, необходимо для экономического роста и увеличения производительности общественного производства. Достичь этого можно только осуществляя инвестиции во всех граждан, чтобы те как можно дольше оставались здоровыми и способными к обучению. Поэтому система гражданского страхования должна сочетать в себе и социальную справедливость, и экономическую оптимальность.

### Список литературы

1. Wendt, Claus: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder // WSI Mitteilungen 7/2007, p. 380–386.
2. Pierson, P. The New Politics of the Welfare State, Oxford, 2001.
3. Schulenburg, J.-M. G. v.d. Die ethischen Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Versuch einer Positionsbestimmung // Sachße, C./Engelhardt, H.T. (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a. M., 1990, p. 313–335.
4. Giddens, A. T.H. Marshall, the State and Democracy // Blumer, M./Rees, A.M. (Eds.): Citizenship Today. The Contemporary Relevance of T. H. Marshall, London, 1996, pp. 65–80.
5. Roller, E. Einstellungen der Bürger zum Wohlfahrtsstaat der Bundesrepublik Deutschland, Opladen, 1992.
6. Kohl, J./Wendt, C. Satisfaction with Health Care Systems. A Comparison of EU Countries, in: Glatzer, W./Below, S. v./Stoffregen, M. (Eds): Challenges for Quality of Life in Contemporary World, Dordrecht, 2004, pp. 311–331.
7. Wendt, Claus: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder // in WSI Mitteilungen 7/2007, p. 380–386.
8. Bahle, T.; Kohl, J. und Wendt, C. ( ): Welfare State. In: S. Immerfall und G. Therborn (Eds.): Handbook of European Societies. New York: Springer, 2010, pp. 571–628.
9. Gelißen, J. Worlds of Welfare, Worlds of Consent? Public Opinion on the Welfare State, Leiden, 2002.
10. Roller, E. Das Bildung- und Gesundheitssystem im Urteil der Bürger, Aus Politik und Zeitgeschichte, 30-31, 2006, p. 23–30.
11. Alber, J. Hat sich der Wohlfahrtsstaat als soziale Ordnung bewährt? // Mayer, K. U. (Hrsg.): Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat, Frankfurt a. M., 2001, p. 59–111.
12. Marmor, T. R./Okma, K. G. H./Latham, S. R. (2006): Values, Institutions and Health Politics. Comparative Perspectives // Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg): Soziologie der Gesundheit, Wiesbaden, p. 383–405.
13. Lauterbach, K.W., Lungen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A., Klever-Deichert, G. Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung // soFid Gesundheitsforschung, 2005/2.
14. Lauterbach, K.W. Die Bürgerversicherung., in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg): Reformoption Bürgerversicherung, 2004, p. 48–63.
15. Deutscher Bundestag Drucksache 15/1859 mit Antworten 49-52 auf eine schriftliche Anfrage des MdB Horst Seehofer an die Bundesregierung, 27 Oktober 2003.
16. Lauterbach, K.W. Die Bürgerversicherung // Engelen-Kefer, U. (Hrsg): Reformoption Bürgerversicherung, 2004, p. 48–63.
17. Lauterbach, K.W. (2004): ibi d.; Rothmund, M.: Die Stellung der klinischen Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich, 1997, Dtsch. Med. Wschr. 122, 1358-1362. Adams, J.: Benchmarking international research. 1998, Nature 396, 615–618.
18. Berechnungen der Rürup-Kommission. Bericht der Kommission Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bonn; 2003:159.
19. Larcher, Detlev von (2003): Um was es auf dem Bochumer SPD-Parteitag geht // spw Sonderseiten 2003: S. 1–8.

## THE PUBLIC INSURANCE SYSTEM IN GERMANY: THE RETURN TO A SOCIETY OF JUSTICE?

*D.A. Shpilev*

The article contains an analysis of the situation that has occurred in the EU as a result of the healthcare system reform that is currently being carried out. A special emphasis is placed on the evaluation of fairness and effectiveness of the social insurance system that used to exist in Germany. The article also examines the advantages of the new German system of public insurance from the viewpoint of the primary goals of a social state.

*Keywords:* national healthcare system, social state, general welfare state, health insurance, sick fund, solidarity, social justice.