

Европейская обсерватория
по системам и политике здравоохранения

Элайас Моссиалос
Сара Томпсон

ДОБРОВОЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Опубликовано издательством «Весь Мир» по поручению
Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

ВЕСЬ
МИР

Добровольное
Медицинское
Страхование
В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА



.be



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения является партнером Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, правительства Бельгии, правительства Финляндии, правительства Греции, правительства Норвегии, правительства Испании, правительства Швеции, Европейского банка капиталовложений, Института открытого общества, Всемирного банка, Лондонской школы экономики и политических наук и Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Элайас Моссиалос и Сара Томпсон

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и
Отделение здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы
экономики; Лондонская школа экономики и политических наук

В подготовке текста участвовали (в алфавитном порядке):

Райнхард Буссэ, Технический университет, Берлин • Карстен Вранбэк, Копенгагенский университет • Маргарита Джаннони-Мацци, университет Перуджи • Хараламбос Иконому, Национальная школа общественного здравоохранения, Афины • Ханс Марс, Маастрихтский университет • Хеннамари Миккола, Национальный центр исследований и развития по благосостоянию и здравоохранению, Хельсинки

- Моника Оливейра, Лондонская школа экономики и политических наук
- Марисоль Родригес, Барселонский университет • Симона Сандье, Социально-экономические доводы для здравоохранения, Париж • Филипп Ульман, Национальная школа искусств и ремесел, Париж • Тони Хоклей, Центр анализа политики, Лондон • Мария М. Хофмархер, Институт передовых исследований, Вена
- Кай Шолунг, VCS Kompetesutveckling AB и Шведская группа по благосостоянию
- Жан Эрмес, Лувенский католический университет

Опубликовано издательством «Весь Мир» по поручению
Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

**ВЕСЬ
МИР**

Издательство
Москва, 2006

УДК 368.04
ББК 65.271
Д 56

Переводчик: Т.И. Есипова

Published by the World Health Organization Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in 2004 under the title “Voluntary health insurance in the European Union”.

Publication rights for an edition in Russian have been granted to Ves Mir Publishers by the Regional Director of the World Health Organization Regional Office for Europe.

The views expressed in this publication are those of the editors and contributors and do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the participating organizations of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Первоначально опубликовано Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения по поручению Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения в 2004 г. под названием “Voluntary health insurance in the European Union”.

Права на публикацию издания на русском языке предоставлены издательству «Весь Мир» Директором Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения.

Взгляды, выраженные в данном издании, отражают мнения авторов или составителей и не обязательно соответствуют решениям или объявленной политике Всемирной организации здравоохранения или организаций–участников Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Отпечатано в России

ISBN 5-7777-0239-2

- © World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- © Перевод на русский язык – издательство «Весь Мир», 2006

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности.....	9
Список сокращений	11
Список таблиц	13
Предисловие	15
Резюме.....	17
РАЗДЕЛ 1. Контекст рассматриваемого вопроса	27
1.1. Правила и принципы организации систем здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения.....	27
1.1.1. Охват населения медицинским страхованием.....	28
1.1.2. Обязательное участие	28
1.1.3. Всеобъемлющие пособия и льготы	28
1.1.4. Уровни государственных расходов на здравоохранение.....	29
1.2. Масштаб рынка ДМС	33
1.2.1. Уровни затрат на ДМС.....	33
1.2.2. Уровень поступления страховых взносов в бюджет страховых компаний	35
1.2.3. Степень охвата населения.....	35
1.3. Спрос на ДМС.....	40
1.3.1. Что определяет спрос.....	40
1.3.2. Характеристики страхователей	41
1.4. Регулирование добровольного медицинского страхования в странах Европейского союза.....	51
1.4.1. Общие положения.....	51
1.4.2. Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни	52
1.4.3. Общее благо.....	53
1.4.4. Дальнейшие последствия введения Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни	55
РАЗДЕЛ 2. Рынок ДМС в странах Европейского союза	57
2.1. Виды ДМС в странах Европейского союза	57
2.1.1. Замещающее ДМС.....	58
2.1.2. Расширенное и параллельное ДМС	74
2.2. Структура рынка.....	75
2.2.1. Типы страховых обществ	77
2.2.2. Характеристики потребителей: индивидуальные и коллективные полисы	81

2.3. Деятельность на рынке	85
2.3.1. Установление страховых взносов, выбор критериев и условия полисов	85
2.3.2. Предоставление страховых выплат	93
2.3.3. Взаимоотношения страховой компании с поставщиками медицинских услуг	96
2.4. Издержки страхователей	98
2.4.1. Размер страховых взносов	98
2.4.2. Налоговые льготы	101
2.5. Расходы страховщиков	109
2.5.1. Страховые выплаты	109
2.5.2. Административные расходы	111
РАЗДЕЛ 3. Доступность медицинской помощи, равные возможности и защита потребителя	115
3.1. Доступность медицинской помощи	115
3.2. Потенциальные барьеры на пути к доступности ДМС	119
3.2.1. Цены и платежеспособность	119
3.2.2. Препятствия неценового характера	122
3.2.3. Информационная асимметрия, неблагоприятный отбор клиентов и отбор по степени риска на рынках ДМС	122
3.2.4. Воздействие на политику отбора по степени риска с помощью корректировки риска	126
3.2.5. Генетическое тестирование и страхование	132
3.2.6. Многообразиие продуктов страхования	138
3.3. Последствия с точки зрения справедливости	144
3.3.1. Справедливость в финансировании здравоохранения	144
3.3.2. Справедливость в обеспечении медицинской помощи	146
РАЗДЕЛ 4. Влияние ДМС на свободу передвижения людей и перемещение услуг в странах Европейского союза (ЕС)	151
4.1. Свобода передвижения пациентов в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения	151
4.2. ДМС и потенциальные препятствия для свободы передвижения людей	155
4.3. ДМС и потенциальные барьеры на пути свободного перемещения услуг	160
РАЗДЕЛ 5. Тенденции развития и задачи	165
5.1. Тенденции развития и задачи, стоящие перед рынком ДМС	165
5.1.1. Спрос	165

5.1.2. Характеристика покупателей и динамика развития страховых взносов	166
5.1.3. Выбор потребителя	167
5.1.4. Структура рынка	169
5.1.5. Свободное перемещение людей и услуг	170
5.1.6. Доступность данных	171
5.2. Тенденции и задачи государственной политики	172
5.2.1. Расходы на здравоохранение	172
5.2.2. Доступность медицинского обслуживания и защита потребителя ..	177
5.3. Тенденции и задачи регулирования страхования	179
5.3.1. Результаты Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни	179
5.3.2. Равные условия для страховщиков	184
5.3.3. Прояснение концепции общего блага	186
РАЗДЕЛ 6. Заключительные замечания	189
Приложения	193
<i>Приложение А.</i> Исходная информация и методы	193
<i>Приложение Б.</i> Добровольное медицинское страхование в Испании и Португалии	201
<i>Приложение В.</i> Список участников и их организаций	205
Библиография	207
Предметный указатель	219

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы выражают благодарность *Джеффри В. Лазарусу* за подготовку рукописи к печати, *Мише Хокэтра* за редактирование и *Джасперу Россингу* за техническое редактирование. За помощь в предоставлении информации для данного исследования выражается благодарность следующим лицам.

- Джону Армстронгу*, актуарному сотруднику Vhi Healthcare, Ирландия
Таре Буклей, генеральному менеджеру по корпоративным контактам Vhi Healthcare, Ирландия
Олафу Энгельману, директору Центра здоровья, Люксембург
Костасу Фотакису, Генеральный директорат трудоустройства и социальных дел, Европейская комиссия
Флоренс Жерар, помощнику генерального секретаря Европейской ассоциации паритетных институтов
Кристин Гершинг, Европейский центр социальной защиты/ Европейские партнеры по социальному страхованию
Майклу Хюбелю, Генеральный директорат здравоохранения и защиты потребителя, Европейская комиссия
Ральфу Джакобсу, Генеральный директорат трудоустройства и социальных дел, Европейская комиссия
Кольму Кинану, старшему сотруднику отдела медицинского страхования Министерства детства и здравоохранения, Ирландия
Рите Кесслер, менеджеру проекта секретариата Международной ассоциации взаимного страхования (AIM)
Шону Мюррею, директору по маркетингу BUPA, Ирландия
Жану-Иву Мюйе, Генеральный директорат международного рынка, Европейская комиссия
Патрику О'Баррету, отдел медицинского страхования, Департамент детства и здравоохранения, Ирландия
Вили Пальм, директору секретариата Международной ассоциации взаимного страхования (AIM)
Хавьеру Пальмеро Зурдо, Генеральный директорат международного рынка, Европейская комиссия
Кристиану Пьеротти, Европейский комитет страхования (CEA)
Сибилле Самер, ассоциированному директору Германской ассоциации компаний частного медицинского страхования (PKV)

Добровольное медицинское страхование в странах ЕС

Михаэлю Шмитсу, президенту Верховного совета взаимопомощи, Люксембург
Армидо Силва, Генеральный директорат трудоустройства и социальных дел, Европейская комиссия

Люку Толониату, Генеральный директорат трудоустройства и социальных дел, Европейская комиссия

Хервигу Вершурену, Генеральный директорат трудоустройства и социальных дел, Европейская комиссия

Францу-Йозефу Верле, заместителю генерального секретаря Комитета европейских страховщиков.

В данном исследовании выражены личные мнения авторов, которые не обязательно отражают точку зрения Европейской комиссии.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ABI	Ассоциация британских страховых обществ
AIM	Международная ассоциация взаимного страхования
AWBZ	Закон о чрезвычайных медицинских расходах, Нидерланды
CEA	Комитет европейских страховщиков
CMU	Всеобщее медицинское страхование, Франция
CREDES	Центр исследований и документации по экономике здравоохранения
DECO	Португальская ассоциация потребителей
FNMF	Национальная федерация обществ взаимного страхования Франции
GKV	Система государственного медицинского страхования, Германия
HCP	План наличной оплаты служб здравоохранения, Великобритания
HMO	Организация по поддержанию здоровья, США
INE	Национальный институт статистики, Испания
MOOZ	Акт о совместном финансировании избытка пожилых людей в схеме медицинского фонда, Нидерланды
NHS	Национальная служба здравоохранения (в Португалии и Великобритании); Общенациональная система здравоохранения (в Испании)
OFT	Управление благоприятной торговли, Великобритания
PKV	Германская ассоциация компаний частного медицинского страхования
PPN	сеть предпочтительных служб
PZV	схема обязательного медицинского страхования, Германия
RES	система уравнивания риска
RIZIV-INAMI	Государственный институт страхования от болезней и инвалидности, Бельгия
VHIB	Комитет добровольного медицинского страхования, Великобритания
WTZ	Закон о доступе к медицинскому страхованию, Нидерланды
ZFW	Закон о фондах медицинского страхования, Нидерланды
ВВП	Валовой внутренний продукт
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ЕС	Европейский союз
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития

СПИСОК ТАБЛИЦ

<i>Таблица 1.</i>	Государственные и частные расходы на здравоохранение в государствах—членах Европейского союза в 1975—1998 гг. (% общих расходов на здравоохранение)	30
<i>Таблица 2.</i>	Изменения объемов частных расходов на здравоохранение в странах Европейского союза в 1980—1998 гг. (% общих расходов)	32
<i>Таблица 3.</i>	Расходы на ДМС в странах Европейского союза в 1980—1998 гг. (% частных расходов на здравоохранение)	34
<i>Таблица 4.</i>	Доходы от взносов по ДМС в странах Европейского союза в 1999 г.	36
<i>Таблица 5.</i>	Степень охвата ДМС (% общей численности населения)	37
<i>Таблица 6.</i>	Количество застрахованных лиц в отдельных странах Европейского союза в 1992—1998 гг. (% общей численности населения)	39
<i>Таблица 7.</i>	Доля населения, охваченного обязательным и добровольным страхованием здоровья в Нидерландах в 1990 и 2000 гг. (%)	69
<i>Таблица 8.</i>	Возрастное распределение страхователей в ZFW, замещающем ДМС и WTZ в Нидерландах в 2000 г.	71
<i>Таблица 9.</i>	Примеры преимуществ, предоставляемых расширенным и параллельным ДМС в странах Европейского союза в 2001 г.	76
<i>Таблица 10.</i>	Коллективное и индивидуальное ДМС в странах Европейского союза, 2000 г. или последний год, за который есть данные	83
<i>Таблица 11.</i>	Примеры факторов, учитываемых при расчете взносов в ДМС, и медицинская информация, требуемая от заявителей в 2001 г.	87
<i>Таблица 12.</i>	Возрастные границы и виды страховых договоров в 2001 г.	89
<i>Таблица 13.</i>	Состояния, обычно исключаемые из возмещения ДМС в 2001 г.	90
<i>Таблица 14.</i>	Период от подачи заявления до возмещения расходов в 2001 г.	92
<i>Таблица 15.</i>	Годовой рост средней величины взносов в системе ДМС в отдельных странах, вторая половина 1990-х гг.	101
<i>Таблица 16.</i>	Налоговые льготы при покупке полисов ДМС в странах Европейского союза в 2001 г.	103
<i>Таблица 17.</i>	Отсутствие налоговых льгот в отдельных странах в 2001 г.	105
<i>Таблица 18.</i>	Коэффициенты потерь компаний добровольного страхования (%)	110

Таблица 19. Административные расходы как доля дохода фирм добровольного медицинского страхования по сравнению с административными издержками в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения (%), 2000 г. или последний год, за который имеются сведения 112

Таблица 20. Законы и правила, влияющие на использование генетического тестирования в отдельных странах 136

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное исследование первоначально увидело свет в электронной форме в феврале 2002 г. Оно было подготовлено по запросу Европейской комиссии в ответ на тревогу, высказанную Европейским парламентом, который в октябре 2000 г. принял составленный Комитетом по занятости и социальным делам доклад о добровольном медицинском страховании (ДМС). В докладе содержится призыв к дальнейшему изучению ДМС и его роли в обеспечении населения государств Европейского союза службами здравоохранения.

В июле 2001 г. Директорат Европейской комиссии по вопросам занятости и социальным вопросам заказал это исследование, стремясь ответить на некоторые вопросы, поднятые Комитетом и Европейским парламентом, а также, чтобы заложить основы для дальнейших исследований или возможных инициатив в этой области и стимулировать дебаты среди основных заинтересованных сторон. В данном издании оригинальное исследование, подготовленное для Европейской комиссии, приводится полностью.

После февраля 2002 г. в политике ДМС в странах Европейского союза мало что изменилось как на национальном, так и на межнациональном уровнях. В этой связи стоит отметить три события.

В мае 2003 г. Европейская комиссия объявила, что противоречивая система уравнивания риска для частных страховых обществ, принятая на ирландском рынке ДМС, соответствует закону ЕС и, следовательно, имеет право на реализацию. Ранее эта система, предложенная ирландским правительством, вызывала сомнения на том основании, что любые перемещения финансовых средств между частными страховщиками представляют собой государственную помощь страховщику с наибольшей долей на рынке¹.

Во время выборов 2002 г. вопрос о нелегких взаимоотношениях между системами обязательного и добровольного страхования стал ключевым в Германии и Нидерландах. Переизбранное правительство Германии объявило о реформах, в соответствии с которыми был поднят порог дохода, позволяющего отказаться от обязательного страхования, с 41 400 до 45 900 евро. Реформа вступила в силу с января 2003 г.

¹ Исходную информацию по этому вопросу см. в разделе 3 о доступности, равенстве и защите потребителя. С решением Европейской комиссии можно ознакомиться в Интернете: http://europa.eu.int/comm/secretariat_general/sgb/state_aids/industrie/n46-03.pdf

Предлагаемая Нидерландами реформа предусматривает более строгие меры: правительство планирует отказаться от существующей системы, которая исключает из обязательного государственного медицинского страхования людей с годовым доходом более 30 700 евро, прибегающих к страхованию по поводу амбулаторной или краткосрочной стационарной помощи, и заменить ее обязательным частным медицинским страхованием всего населения. Однако эти реформы войдут в силу не ранее чем окончатся следующие выборы в 2006 г., и неизвестно, будут ли они вообще реализованы.

Между предлагаемыми Нидерландами реформами и политическими дебатами в Германии есть нечто общее: и те и другие возникли на почве повсеместно распространенной неудовлетворенности чрезмерно сложными системами страхования, рождающими порочные инициативы. Такой взгляд определяется уверенностью в эффективности конкуренции на рынке и вместе с тем выражает категорическое несогласие таких заинтересованных групп, как частные страховщики, служащие и работодатели, с всеобщим охватом населения обязательным страхованием².

Элайас Моссиалос и Сара Томпсон
Ноябрь, 2003 г.

² Исходную информацию по замене системы ДМС в Германии и Нидерландах см. в подразделе 2.1 о видах добровольного медицинского страхования в странах Европейского союза.

РЕЗЮМЕ

Данное исследование представляет собой обзор систем добровольного медицинского страхования (ДМС)¹ в странах Европейского союза (ЕС), изучает роль рынков страхования в обеспечении доступности медицинской помощи, их влияние на перемещение людей и услуг и анализирует последние тенденции и задачи на будущее в деятельности добровольных страхователей и лиц, формирующих политику в этой области на национальном и международном уровнях.

Рынок ДМС в государствах, входящих в Европейский союз, неоднороден, что объясняется разными путями исторического развития, различиями в правилах и принципах организации систем здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения и несовпадением административных установок. Эти факторы определяют предлагаемые виды ДМС, затрачиваемые на него средства, степень охвата населения, типы страхователей, механизмы установления страховых взносов, выбор критериев, политику, предоставляемые страховые пособия, налоговые льготы, административные расходы, доступность страхования, последствия создания равных условий и влияние страхования на свободу передвижения.

Вид ДМС, предлагаемый в том или ином государстве-члене, отражает как особенности исторического развития, так и текущие правила и принципы организации системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Государственная политика в этих странах направлена на сохранение принципов финансирования медицинского страхования государством или системой социального страхования и соблюдения доступности страхования для всех граждан независимо от их платежеспособности. Таким образом, системы здравоохранения, обеспечивающие гарантированное медицинское обслуживание населения в Европейском союзе большей частью характеризуются практически всеобщим охватом населения, обязательным участием населения, предоставлением всеобъемлющих льгот и пособий для потребителя и высоким уровнем государственных расходов.

Таковы наиболее важные особенности, определяющие характер и масштаб рынков ДМС в странах Европейского союза, а их добровольный характер

¹ Мы определяем ДМС как медицинское страхование, которое предпринимается и оплачивается по усмотрению отдельных лиц или работодателей от имени отдельных лиц. Оно может быть предложено общественными и квазиобщественными, а также коммерческими и некоммерческими частными организациями.

указывает на то, что они в основном действуют в сфере, не охватываемой государством. Таким образом, в условиях Европейского союза ДМС классифицируется следующим образом:

- обеспечивающее охват населения, которое в противном случае должно было быть охвачено государственным страхованием (замещающее ДМС);
- обеспечивающее дополнительный диапазон медицинских услуг, не охваченных или не полностью охваченных государством, включая совместные платежи, налагаемые системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения (расширенное ДМС);
- обеспечивающее дополнительный охват с целью ускоренного доступа к лечению и расширения выбора видов помощи (параллельное ДМС).

Параллельное и расширенное ДМС открыто для всего населения, а некоторые его формы имеются в каждом государстве-члене. В отличие от них замещающее ДМС ограничивается отдельными группами населения и имеется лишь в немногочисленных государствах-членах. К этому виду ДМС обычно прибегают:

- те, кто не участвует в некоторых или всех формах обязательного медицинского страхования (люди с высокими доходами в Нидерландах и лица, работающие не по найму, в Бельгии и Германии); и
- те, кто освобожден от отчисления средств в систему обязательного медицинского страхования (высокооплачиваемые служащие Германии и некоторые лица, работающие не по найму, в Австрии).

Доля населения, охваченного ДМС, в разных государствах-членах не одинакова. Замещающее ДМС распространяется на 0,2% населения Австрии, но достигает 24,7% в Нидерландах. Данные о распространении расширенного и параллельного ДМС менее сопоставимы, частично из-за того, что эти два типа страхования не всегда различаются, а частично в силу различий в объеме страхования. В тех государствах-членах, где преобладает расширенное ДМС, уровни охвата составляют от 20 до 70%. Во Франции в 2000 г. введено бесплатное расширенное ДМС для людей, имеющих низкий доход, поэтому охват населения им увеличился с 85 до 94%. В тех странах, где больше всего распространено параллельное ДМС, охват, как правило, составляет около 10% населения.

Информация по застрахованным лицам свидетельствует, что те, кто покупает параллельное ДМС, принадлежат к группе людей с высоким доходом. Они обладают и высоким служебным положением, и живут в наиболее богатых регионах. Группы, охваченные расширенным ДМС, более разнородны, а те, кто не имеет полисов такого вида страхования, включают людей с низким доходом и не имеющих работы (студенты, некоторые женщины, безработные

и престарелые). Поскольку доступность замещающего ДМС определяется трудовой занятостью и уровнем доходов, те, кто им пользуется, являются высокооплачиваемыми работниками или трудятся не по найму.

В странах Европейского союза ДМС не играет существенной роли в финансировании медицинской помощи. Доля ДМС в общих расходах на здравоохранение низка. В 1998 г. в каждом из государств ЕС эта доля не достигла 10%, за исключением Франции (12,2%) и Нидерландов (17,7%). Она составляла гораздо меньше 5% общих расходов на здравоохранение в Бельгии, Греции, Дании, Испании, Италии, Люксембурге, Португалии, Великобритании, Финляндии и Швеции. В последние 20 лет процент частных вложений в здравоохранение несколько возрос, однако этот рост объясняется скорее увеличением доли прямых сборов с потребителей в рамках разделения затрат, чем повышением спроса на ДМС. Тем не менее во многих государствах систематический экономический рост 1980-х гг. и сокращение государственных расходов на здравоохранение стали причиной увеличения спроса на ДМС. В 1990-х гг. в некоторых странах-членах спрос на ДМС продолжал расти, но гораздо более медленными темпами. Тот факт, что степень охвата населения ДМС во многих странах остается сравнительно стабильной, возможно, свидетельствует, что рынок достиг точки насыщения (в рамках современных систем здравоохранения).

В истекшие 20 лет спрос на ДМС в некоторых государствах-членах подогревался приобретением коллективных полисов (как правило, работодателями, предоставляющими дополнительные льготы своим служащим). Падение индивидуального спроса на ДМС или его отсутствие заставили страховые общества все чаще предлагать свои услуги коллективным страхователям. Коллективные полисы в 1990-х гг. все больше завоевывали рынок ДМС во многих государствах-членах. В настоящее время они преобладают в Великобритании, Греции, Ирландии, Португалии и Швеции. В Нидерландах они составляют более половины всех полисов и около половины – во Франции. В этом случае имеют место коллективные страховые взносы, сниженные цены и менее строгие условия полисов. Цена коллективного страхования растет гораздо медленнее, чем цена индивидуальных полисов.

Предполагалось, что система формирования единого рынка ДМС, утвержденная в 1994 г. директивой Совета Европы 92/49/ЕЕС (известная под названием «Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни»), увеличит конкуренцию между страховщиками, одновременно расширяя выбор видов страховки для потребителя и снижая ее стоимость. Однако увеличение конкуренции не повлияло на размер взносов, в частности для отдельных лиц. Наоборот, цены на индивидуальное страхование нередко возрастают быстрее, чем расходы на здравоохранение в целом. Начиная с 2000 г. страховщики в Германии, предлагающие замещающее ДМС, должны по закону информировать потенциальных клиентов о вероятности и масштабах роста взносов. В Великобритании страховым компаниям

предлагается сделать то же самое, а также рекомендуется публиковать данные об увеличении размеров взносов в последние годы. Некоторые комментаторы считают, что в будущем рост рынка ДМС скорее произойдет в силу увеличения цен, чем за счет увеличения охвата населения.

Тем не менее рынки ДМС в некоторых государствах—членах ЕС характеризуются высоким уровнем дифференциации продукта, вероятно, в результате того, что в 1994 г. государства перестали контролировать цены и осуществлять контроль над страховым продуктом на расширенное и параллельное ДМС. Таким образом, страховщики, чтобы поддержать свои доходы, могут привлекать новых страхователей и удерживать прежних другими методами, не обращаясь к росту цен. Дифференциация видов страхования позволяет увеличить диапазон имеющихся услуг и в большей степени отвечает конкретным нуждам потребителей, вместе с тем она дает возможность страховым компаниям лучше учитывать «хорошие» и «плохие» риски. В любом случае наличие множественных форм страхования может снизить уровень конкуренции, если только страхование не сопровождается такой информацией для потребителей, которая позволяет им сравнивать эти формы в денежном выражении. Во многих государствах Европейского союза потребители ДМС имеют обширный выбор форм страхования, но пока неясно, какие преимущества дает им такой выбор. Сведения, полученные из нескольких государств—членов, свидетельствуют, что потребители не всегда имеют достаточный доступ к соответствующей информации. Орган надзора Великобритании и общества потребителей в некоторых странах отмечают, что наличие нескольких форм ДМС путает клиентов, и они иногда покупают не тот договор, который им подходит.

Информационная асимметрия между страховщиками и потребителями, возникающая вследствие быстрого увеличения, разнообразия и комплексности предлагаемых услуг, можно уменьшить, используя стандартную терминологию, стандартные пакеты услуг, а также обязав страхователей информировать фактических и потенциальных страховщиков обо всех имеющихся вариантах и источниках сравнительной информации о ценах, качестве и условиях ДМС. Однако в отсутствие контроля над страховым продуктом компании не стремятся уменьшить растерянность потребителя введением стандартной терминологии или стандартных пакетов услуг. В конце 2001 г. британское правительство провозгласило, что товарооборот по общему страхованию, включая ДМС, отныне будет подчиняться финансовым органам. Принимая это решение, правительство объявило, что государственное регулирование общего страхования должно «способствовать процветанию конкуренции в этой области, поскольку поможет ликвидировать информационную асимметрию, которая существует в настоящее время в отношении потребителя».

Страховые общества в условиях конкуренции могут поддаваться искушению снизить свои затраты с помощью отбора групп по степени риска, принимая заявки от людей с риском ниже среднего и отказывая тем, кто характеризу-

ется более высоким риском. Такая практика может вызвать беспокойство в отношении равных возможностей (особенно там, где речь идет о замещающем ДМС), а также создает серьезные проблемы для эффективности, снижая оптимальный уровень конкуренции на страховом рынке. Отбор групп по степени риска может возникнуть там, где страховщики имеют возможность отклонять заявки, исключать из страхования претендентов с болезнями, возникшими до страхования, и прерывать контракты. До некоторой степени с этой системой можно бороться, обязав все страховые фирмы гарантировать полный (открытый) охват заявителей, обеспечить автоматическое возобновление контрактов и ограничивать исключение претендентов с ранее существовавшими болезнями. Такое вмешательство могло бы радикально изменить характер рынков ДМС во многих государствах—членах ЕС. В настоящие время политика открытого охвата редко встречается среди страховщиков ДМС в государствах Европейского союза, в большинстве договоров исключаются хронические состояния (как правило) или в этом случае увеличивается цена страховки; самая распространенная форма ДМС — краткосрочные (обычно на год) контракты, а пожизненное страхование является скорее исключением, чем правилом. Кроме того, во многих государствах взносы увеличиваются с возрастом страхователя и большинство страховых компаний устанавливают возрастные границы для ДМС (обычно между 60 и 75 годами), причем некоторые прерывают контракты, когда страхователь достигает пенсионного возраста. На отбор претендентов по степени риска можно воздействовать с помощью специально предусмотренных механизмов, которые введены только в Ирландии (где система уравнивания риска установлена, но по существу не работает), и в Бельгии (для замещающего ДМС, предоставляемого ассоциациями взаимного страхования).

По причинам исторического характера на некоторых из наиболее обширных рынков ДМС в странах Европейского союза в настоящие время доминируют некоммерческие ассоциации взаимного страхования. Многие (но не все) из этих некоммерческих страховщиков придерживаются принципов солидарности. В некоторых странах их доля на рынке ДМС уменьшилась, и впоследствии они, возможно, будут продолжать уступать свое место коммерческим компаниям.

Масштабы влияния ДМС на доступность медицинского обслуживания частично зависят от особенностей систем здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения. Охват населения ДМС может привлекать внимание разработчиков политики в области здравоохранения постольку, поскольку ДМС обеспечивает первичную защиту от последствий болезней. Обычно это относится к замещающему ДМС, но может относиться и к расширенному ДМС, покрывающему совместные платежи в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, и расходы на необходимые виды медицинской по-

мощи, не обеспечиваемые или только частично обеспечиваемые государством. Высокие страховые взносы на ДМС в некоторых государствах-членах (особенно по индивидуальным полисам), отсутствие открытого доступа, пожизненного страхования и классификации взносов с учетом общественного риска, а также строгие критерии отбора и условия полисов создают препятствия для людей с низким доходом, с болезнями, существовавшими до страхования, для престарелых и безработных.

В некоторых странах разработчиков политики в области здравоохранения беспокоит вопрос доступности ДМС. В последние годы правительства Германии, Нидерландов и в меньшей степени в Бельгии интенсивно вмешиваются в рынок замещающего ДМС с целью обеспечить доступность этого вида страхования для людей с низким доходом, с болезнями, существовавшими до страхования, и для престарелых. Правительства Германии и Нидерландов стремятся также предотвратить последствия отбора претендентов в зависимости от степени риска, в рамках законодательно утвержденных и добровольных систем медицинского страхования.

Другие правительства принимают меры к тому, чтобы увеличить доступность расширенного и параллельного ДМС. После 2000 г., в соответствии с законом 1999 г. о всеобщем охвате медицинским обслуживанием, группы населения Франции, не охваченные никаким видом медицинского страхования, имеют возможность пользоваться системой базового обязательного медицинского страхования, предусмотренного государством. Этот закон также обеспечивает бесплатным расширенным ДМС людей с низкими доходами. В Ирландии правительство продолжает обязывать страховые общества предлагать клиентам открытый доступ к страхованию, пожизненное страхование, дифференцировать взносы с учетом общественного риска, а также исходить из максимального периода ожидания выплат и их минимального уровня. Здесь страховые общества будут подчиняться системе корректировки рисков (которая еще не задействована) путем введения принципа уравнивания. В Швеции страхователи добровольно согласились воздерживаться от запроса информации о семейном анамнезе, хотя в некоторых государствах такую информацию запрашивают. К генетическому тестированию для целей страхования, возможно, станут прибегать в будущем, поэтому Европейскому союзу еще предстоит обсуждать этот вопрос.

Наличие ДМС может создавать препятствия на пути систем здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения, как для отдельных лиц, так и для некоторых групп населения, если оно становится причиной дисбаланса в перераспределении средств. Такой сценарий наиболее вероятен там, где нет четких разграничений между государственным и частным страхованием, особенно при ограниченных возможностях медицинских учреждений, если они получают оплату за медицинскую помощь одновременно от государственных и частных страховщиков и если

ДМС создает для медиков стимул по-разному лечить пациентов государственных и частных страховщиков. Этот вопрос изучен мало, но все же есть основания считать, что ДМС в ряде государств либо создает, либо обостряет разницу в медицинской помощи. Разработчики политики в области здравоохранения должны уделять большее внимание тому, как влияет наличие ДМС на справедливый доступ (и эффективность) к системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, особенно когда рынки ДМС расширяются.

Соответствие ДМС принципу свободного передвижения граждан внутри Европейского союза, зависит от того, являются ли подвижными предоставляемые ДМС услуги. Страховщики могут отказаться возмещать стоимость медицинской помощи, предоставленной в другом государстве, либо люди, переезжающие в другую страну с целью проживания или трудоустройства, не могут получить компенсацию расходов на медицинскую помощь на тех же условиях, что и местное население. Выплаты иногда ограничиваются в силу разницы в охвате населения обязательным страхованием. Некоторые страховые общества все же стремятся привлечь тех клиентов, которые регулярно переезжают из страны в страну, однако ДМС, в настоящее время, играет чрезвычайно малую роль в возмещении затрат на медицинскую помощь, оказываемую за рубежом.

Даже если страховщики выразят готовность покрывать расходы на медицинское обслуживание в другой стране—члене ЕС, они, скорее всего, будут делать это за дополнительную плату, таким образом, при прежнем уровне услуг для застрахованных лиц могут увеличиться страховые взносы. Могут также возникнуть неофициальные препятствия для страхования в стране пребывания, например языковой барьер; неосведомленность о местных правилах (что вызывает особое беспокойство, если учесть проблемы, связанные с информацией на рынках ДМС); применение к прибывшим страхователям понятия новых рисков и взимание с них по этой причине более высоких взносов; исключение из страховки возмещения расходов, связанных с болезнями, существовавшими до страхования; и обязательная отсрочка страховых выплат. Все эти факторы могут обескураживать людей всех возрастов, но особые препятствия создают для пожилых.

Ключевой аспект Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни, касается расширения свободного перемещения услуг, оказываемых обществами добровольного страхования. На сегодняшний день, однако, трансграничная продажа полисов ДМС ограничена, а те немногие страховые компании, которые продают такую страховку в нескольких государствах—членах ЕС, руководствуются стоимостью тех или иных операций в стране базирования, и изредка — принципами свободы предоставления услуг в стране происхождения, как это определено в директиве. Несмотря на то что на рынке ДМС за границей появились международные объединенные компании, страховщики, по-видимому, медлят предлагать ДМС, не имея фи-

лиалов в другой стране—члене ЕС, а потенциальные потребители неохотно приобретают страховку вне пределов своей страны.

Хотя Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, теоретически устранила потенциальные барьеры для рынков страхования за границей, на практике некоторые препятствия остаются. Чаще всего говорят о разнице в структуре и наличии ДМС, обусловленной различиями в документации о предоставлении прав на медицинскую помощь, о высокой стоимости технических вложений, отсутствии гармонизации в некоторых областях (в частности, если речь идет о различии в налогах) и о бюрократических процедурах. Можно, однако, спорить о том, насколько эти факторы действительно мешают свободному перемещению страховых услуг.

Проблемой для страховых обществ может также явиться гармонизация самой директивы. Когда она вошла в силу в 1994 г., большинство государств—членов Европейского союза усовершенствовали существующее у них законодательство или приняли новое, с тем чтобы национальные правила страхования соответствовали ей, но реализация этой директивы в небольшом количестве стран проходила не вполне гладко, по крайней мере для некоторых заинтересованных сторон. Поначалу ряд государств отказались выполнять директиву, хотя к 1997 г. единственным таким государством была Испания, и впоследствии Европейская комиссия передала этот вопрос в Европейский верховный суд. Другие страны избирательно приняли те аспекты директивы, которые создавали наименьшие политические трудности. В результате Европейская комиссия обратилась в Европейский верховный суд в связи с нарушением директивы Францией и Германией. Неполная реализация директивы или ее возможное нарушение является постоянной проблемой страховых обществ в Бельгии, Германии, Ирландии, Нидерландах и Франции.

Каковы перспективы расширения рынка ДМС? Любое расширение будет зависеть от изменений в системах здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения. Расширение также может возникнуть в результате административных вмешательств, в частности при наложении обязательств на страховые компании к полному охвату населения, однако такое административное вмешательство полностью изменит характер рынков ДМС в большинстве государств-членов и при существующих регулятивных рамках может оказаться проблематичным.

В настоящее время государства-члены демонстрируют решимость обеспечивать государственное финансирование медицинской помощи для всех или почти всех граждан, но систематичность такой помощи остается под вопросом. Нередко считается, что такие факторы, как старение населения, высокая стоимость новых технологий и рост медицинских потребностей в обществе должны увеличить спрос на медицинскую помощь, а расходы на здравоохранение возрастут настолько, что граждане не захотят или не смогут платить за него (в частности, из социальных фондов, таких как налогообложение и соци-

альное страхование). В результате правительства не смогут более обеспечивать достаточный уровень медицинской помощи для всего населения, и граждане будут вынуждены полагаться на дополнительные методы финансирования. В такой ситуации вклад ДМС в финансирование здравоохранения может оказаться более весомым.

Тем не менее недавние исследования показали, что старение населения вряд ли ляжет тяжелым бременем на финансирование медицинской помощи в будущем. Ожидаемое увеличение числа пожилых людей и особенно престарелых, возможно, повлияет в будущем на расходы в сфере здравоохранения, но весьма вероятно, что это увеличение прежде всего затронет стоимость долгосрочного лечения (этот вопрос находится за пределами данного исследования). Влияние новой технологии на стоимость медицинских услуг остается невыясненным, на него нельзя положиться как на точный показатель будущих расходов. Потребности населения могут возрасти и увеличить спрос на лечение, но нелогично было бы предполагать, что возможность страны поддерживать тот или иной уровень затрат в этой области увеличится, если она мобилизует один источник финансирования (ДМС) вместо другого (налоги или социальное страхование). Уместно заметить, что в США медицинская помощь предоставляется главным образом за счет частных источников страхования, уровень государственных расходов в сфере здравоохранения в этой стране значителен, процент финансирования здравоохранения от валового национального продукта гораздо выше, чем в любом государстве Европейского союза. Тем не менее значительная доля населения США не охвачена никаким видом медицинского страхования. Таким образом, нельзя сделать вывод, что расширение ДМС автоматически приведет к сокращению государственных затрат на медицинскую помощь или к увеличению охвата населения.

Разработчики политики в области здравоохранения в государствах—членах Европейского союза должны иметь в виду, что повлиять на расширение рынков ДМС в разных государствах-членах можно будет тремя путями: дать возможность большему числу лиц выйти из системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, исключить больше видов специальной медицинской помощи из списка возмещаемых по системе обязательного страхования (эксплицитно или нет) и ввести или увеличить налоговые льготы при покупке договора ДМС.

Предоставление возможности выйти из системы обязательного медицинского обслуживания, по-видимому, не является выраженной тенденцией в странах Европейского союза. Там, где высокооплачиваемые работники имеют такую возможность (например, в Германии), мало кто ею пользуется. Правительства Бельгии и Нидерландов, где некоторые лица не включены в систему здравоохранения, обеспечивающего гарантированное медицинское обслуживание населения, в настоящее время рассматривают вопрос об обязательном страховании всего населения.

Эксплицитное сокращение обязательной компенсации определенных видов медицинского обслуживания может увеличить спрос на расширенное ДМС, в то время как менее эксплицитное сокращение путем нормирования скорее всего увеличит спрос на параллельное ДМС. Однако спрос на расширенное ДМС не всегда может быть удовлетворен, так как возмещение сумм по совместным платежам или видов страхования, исключенных из числа обязательных, не очень выгодно страховым обществам. Однако все же есть возможность удовлетворять спрос на параллельное ДМС, поскольку здесь имеет место достаточно широкое участие частного сектора.

Большинство государств—членов Европейского союза не используют фактор налоговых льгот с целью привлечь отдельных потребителей к приобретению полисов ДМС, но в некоторых странах льготы подогревают спрос на коллективные полисы. В настоящее время наблюдается тенденция сократить налоговые льготы отдельных лиц или вообще отказаться от них, поскольку они стимулируют спрос недостаточно эффективно. Высвобождающиеся при этом средства могут быть с большим успехом направлены на улучшение качества и увеличения количества медицинских услуг в рамках системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения.

Данный анализ следует рассматривать в контексте задач государственной политики, касающейся здравоохранения (равные возможности, эффективность, готовность откликаться на потребности населения, выбор услуг и поставщиков). За облегчение населению доступа к медицинскому обслуживанию отвечает правительство. Любое обсуждение последствий, к которым приводит наличие в стране ДМС, или деятельности рынков ДМС будет неполным без всестороннего учета доступности системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Следует обратить больше внимания на важнейшие причины неодинаковой доступности медицинской помощи, которые коренятся в ее финансировании и обеспечении. Такие политические меры, как взимание платы с потребителя, могут увеличить существующие финансовые барьеры на пути предоставления населению медицинского обслуживания, поэтому такие меры требуют дальнейшего изучения.

В целом представленный здесь анализ несколько ограничен отсутствием полноты соответствующих данных. Деятельность рынков ДМС в государствах Европейского союза и влияние этих рынков на доступность и оказание медицинской помощи населению и на свободу передвижения людей и услуг заслуживает подробного рассмотрения.

РАЗДЕЛ 1

Контекст рассматриваемого вопроса

В данном разделе ставятся следующие цели:

- дать краткий обзор правил и принципов организации систем здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения, поскольку их особенности во многом определяют характер и масштабы рынков добровольного медицинского страхования (ДМС) в странах Европейского союза (ЕС);
- провести анализ масштабов рынков ДМС в странах ЕС с точки зрения уровня затрат на этот вид страхования; уровня поступления страховых взносов в бюджет страховых компаний, а также степени охвата населения;
- проанализировать спрос на ДМС в Европейском союзе с приведением информации об особенностях страхователей в различных его странах;
- рассмотреть нормативную базу ЕС, относящуюся к регулированию рынков ДМС.

1.1. Правила и принципы организации систем здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения

В странах Европейского союза ДМС не играет такой большой роли в финансировании здравоохранения, как, например, в США, Австралии и Швейцарии. Государственная политика в государствах—членах ЕС в целом направлена на сохранение принципа финансирования здравоохранения за счет государства или за счет системы социального страхования и его доступности для всех, независимо от материального положения. Такой принцип привел к появлению систем здравоохранения, в целом характеризующихся почти всеобщим охватом населения, обязательным участием, предоставлением всеобъемлющих страховых льгот и пособий и высоким уровнем государственных расходов. Эти особенности во многом определяют характер и масштабы рынков ДМС в странах региона.

1.1.1. Охват населения медицинским страхованием

Во многих странах ЕС, где почти все население охвачено системами здравоохранения, обеспечивающими гарантированное медицинское обслуживание населения, страхователи не испытывают большой потребности в дополнительном покрытии ДМС. В 1997 г. всеобщее право на медицинскую помощь существовало в Великобритании, Греции, Дании, Италии, Ирландии, Люксембурге, Португалии, Финляндии и Швеции, в то время как охват населения, равный не менее 99% (т.е. почти всеобщий), отмечался в Австрии, Бельгии, Германии, Испании и Франции [ОЕСД, 2001а]. Самая низкая доля населения, включенного в систему здравоохранения, обеспечивающего гарантированное медицинское обслуживание, была на тот период в Нидерландах (74,6%), однако здесь необходимо учесть тот факт, что каждый житель этой страны имел право на долгосрочную помощь, включая лечение в психиатрической клинике и уход по инвалидности. Данные за 1999 г. имеются только по Австрии, Великобритании, Дании, Ирландии, Нидерландам, Финляндии и Швеции, но и они указывают на наличие в этих странах показателей, аналогичных данным 1997 г. [ОЕСД, 2001а].

1.1.2. Обязательное участие

Поскольку системы здравоохранения в странах Европейского союза, как правило, финансируются за счет налогообложения или взносов работодателей и работников по найму, участие в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, является обязательным. Там, где имеются исключения из этого правила, людям разрешается выйти из государственной системы и в качестве замены приобрести ДМС. В настоящее время такое замещающее ДМС доступно лишь определенным группам населения в Австрии, Бельгии, Германии и Нидерландах².

1.1.3. Всеобъемлющие пособия и льготы

Правительства большинства государств—членов ЕС предоставляют своим гражданам всеобъемлющие пособия и льготы, сокращая таким образом необходимость дополнительного покрытия ДМС. Однако исключение некоторых

² В Испании гражданским служащим разрешено выбирать между системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, и медицинской помощью, обеспечиваемой за счет добровольного страхования, в то время как в Португалии отдельные лица и группы работников по найму имеют право отказаться от системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, однако, поскольку они не исключаются из системы обязательного медицинского страхования и не освобождаются от уплаты страховых взносов, они не подпадают под наше определение замещающего ДМС; этот случай рассматривается отдельно (см. Приложение А).

видов медицинских услуг из числа подлежащих обязательному возмещению (в частности, стоматологической помощи и предоставления лекарственных средств), а также увеличение совместной оплаты медицинского обслуживания привели к появлению во многих государствах—членах ЕС рынка расширенного ДМС (см. 2.1.2). Распространяется и параллельное ДМС с целью увеличить потребительский выбор и доступ к различным медицинским услугам. Такой вид страхования особенно характерен для стран Европейского союза с национальными службами здравоохранения (эту систему иногда называют «двойное покрытие»), хотя в той или иной форме он существует в большинстве государств—членов ЕС. Этот тип ДМС обычно обеспечивает более широкий выбор поставщика, более быстрый доступ к лечению и улучшенные условия и удобства при пребывании в стационаре (хотя и не обеспечивает более высокого качества больничного лечения) (см. 2.1.2).

Правила и принципы организации систем здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения в Европейском союзе, во многом определяют вид ДМС, предоставляемый в отдельных государствах—членах. Эти факторы обуславливают распространение замещающего ДМС в Австрии, Бельгии, Германии и Нидерландах, преобладание расширенного ДМС в Бельгии, Дании, Люксембурге, Нидерландах, Франции и Швеции и в основном параллельного ДМС в государствах—членах ЕС с национальными службами здравоохранения.

1.1.4. Уровни государственных расходов на здравоохранение

Системы здравоохранения в странах Европейского союза характеризуются высоким уровнем государственных расходов (см. табл. 1). В 1998 г. государственные расходы в большинстве стран (за исключением Австрии, Греции, Италии и Португалии) составляли не менее трех четвертей всех расходов в этой области, а в Бельгии, Великобритании, Дании, Люксембурге и Швеции данный показатель составлял более 80% общих расходов на здравоохранение [OECD, 2001a].

В последние 20 лет наметился некоторый спад уровня государственных затрат по отношению к общим расходам на здравоохранение. Из табл. 1 видно, что в период 1990—1998 гг. этот уровень несколько снизился в Великобритании (–0,3%), Франции (–0,7%), Дании (–0,8%), Люксембурге (–0,9%) и Испании (–2,3%). Отмечается и более весомое снижение в Финляндии (–6,2%), Швеции (–6,8%), Греции (–9,4%) и Италии (–12,9%). Сокращение государственных расходов в Финляндии можно объяснить резким экономическим спадом, который начался в 1991 г. и привел к увеличению доли расходов на здравоохранение в домохозяйствах с 13 до 21% [Hakkinen, 1999]. В Италии сокращение государственных расходов было вызвано радикальными переменами в фармацевтической политике, в результате чего государство стало тратить меньшие

Государственные и частные расходы на здравоохранение в государствах—членах Европейского союза в 1975—1998 г. (% общих расходов на здравоохранение)

Страна		Год								Общий прирост, 1975–1990	Общий прирост, 1990–1998
		1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998		
Австрия	Государственные	69,6	73,7	68,1	66,1	71,8	70,5	70,9	70,6	–5,3	6,8
	Частные	30,4	26,3	31,9	33,9	28,2	29,5	29,1	29,4	10,3	–13,3
Бельгия	Государственные	79,6	83,4	81,8	88,9	88,7	88,8	89,3	89,7	10,5	0,9
	Частные	20,4	16,6	18,2	11,1	11,3	11,2	10,7	10,3	–83,8	–7,2
Великобритания	Государственные	–	90,1	86,0	86,0	85,8	83,8	83,6	85,7	–4,6	–0,3
	Частные	–	9,9	14,0	14,0	14,2	16,2	16,4	14,3	41,4	2,1
Германия	Государственные	79,0	78,6	77,4	76,3	78,0	78,3	76,9	–	–3,5	0,8
	Частные	21,0	21,4	22,6	23,7	22,0	21,7	23,1	–	11,4	–2,5
Греция	Государственные	–	55,6	–	62,7	58,7	58,7	57,7	56,8	12,8	–9,4
	Частные	–	44,4	–	37,3	41,3	41,3	42,3	43,2	–16,0	15,8
Дания	Государственные	–	87,8	85,6	82,6	82,5	82,4	81,9	–	–5,9	–0,8
	Частные	–	12,2	14,4	17,4	17,5	17,6	18,1	–	42,6	4,0
Ирландия	Государственные	79,0	81,6	75,7	71,7	72,7	72,5	75,0	75,8	–10,2	5,7
	Частные	21,0	18,4	24,3	28,3	27,3	27,5	25,0	24,2	25,8	–14,5
Испания	Государственные	77,4	79,9	81,1	78,7	78,3	78,5	76,5	76,9*	1,7	–2,3
	Частные	22,6	20,1	18,9	21,3	21,7	21,5	23,5	23,1*	–6,1	8,5
Италия	Государственные	84,5	80,5	77,2	78,1	67,7	67,8	68,0	68,0	–8,2	–12,9
	Частные	15,5	19,5	22,8	21,9	32,3	32,2	32,0	32,0	29,2	46,1
Люксембург	Государственные	91,8	91,2	89,4	93,1	92,5	–	91,0	92,3	1,4	–0,9
	Частные	8,2	8,8	10,6	6,9	7,5	–	9,0	7,7	–18,8	11,6
Нидерланды	Государственные	69,5	71,1	72,8	68,7	72,5	67,7	69,7	74,7	–1,2	8,7
	Частные	30,5	28,9	27,2	31,3	27,5	32,3	30,3	25,3	2,6	–19,2
Португалия	Государственные	58,9	64,3	54,4	52,9	54,0	64,2	66,7	66,9	–11,3	26,5
	Частные	41,1	35,7	45,6	47,1	46,0	35,8	33,3	33,1	12,7	–29,7
Финляндия	Государственные	78,6	79,0	78,7	80,9	75,6	75,8	76,0	75,9	2,8	–6,2
	Частные	21,4	21,0	21,3	19,1	24,4	24,2	24,0	24,1	–12,0	26,2
Франция	Государственные	77,2	78,8	83,4	76,9	76,3	76,3	76,4	76,4	–0,4	–0,7
	Частные	22,8	21,2	16,6	23,1	23,7	23,7	23,7	23,6	1,3	2,2
Швеция	Государственные	90,2	92,5	90,4	89,9	85,2	84,8	84,3	83,8	–0,3	–6,8
	Частные	9,8	7,5	9,6	10,1	14,8	15,2	15,7	16,2	3,0	60,4

Источники. OECD, 2001a; INE, 1998.

* Данные опроса по семейному бюджету в Испании 1998 г. показали, что на долю государственных и частных расходов приходится 81,5 и 18,5% соответственно.

суммы на лекарственные средства. В 1990 г. расходы государства на них составляли 66,3% общих расходов на лекарственные средства, однако к 1997 г. этот показатель снизился почти до 40–40,6% [Fattore, 1999; OECD, 2000]. В Греции в 1980-х гг. после введения национальной системы здравоохранения государственные расходы возросли, но консервативное правительство, которое пришло к власти в 1990 г., не продолжило его финансирование. Снижение уровня государственного финансирования в 1990-х гг. сопровождалось быстрым ростом частных расходов на медицинское обслуживание [Sissouras et al., 1999].

Швеция также пережила относительный сдвиг в уравнивании финансирования здравоохранения в 1990-х гг., когда частные расходы на медицинское обслуживание выросли гораздо быстрее, чем государственные, главным образом из-за увеличения совместной оплаты врачебной помощи и лекарственных средств [Anell, Svarvar, 1999].

Последние изменения в этой области указывают, что некоторые правительства увеличивают ассигнования на здравоохранение. Эта тенденция особенно сильно выражена в Великобритании, где в 1992–1997 гг. среднегодовой реальный рост расходов на Национальную службу здравоохранения (NHS) почти удвоился, увеличившись с 2,6 до 4,7% [Emmerson et al., 2000].

В дальнейшем было предусмотрено увеличить расходы на Национальную службу здравоохранения, и в апреле 1999 — марте 2004 г. реальное увеличение запланированного среднегодового роста должно было достигнуть 6,2%, что значительно выше 3,4% ее реального среднегодового роста за всю 52-летнюю историю.

Государственные расходы на здравоохранение, насколько можно ожидать, возрастают также в тех государствах—членах ЕС, которые стремятся увеличить охват населения системами здравоохранения, обеспечивающими гарантированное медицинское обслуживание, путем распространения этой системы на ранее исключенные из нее группы. В 1999 г. правительство Франции приняло закон о всеобщем медицинском страховании (*Couverture Médicale Universelle*, СМУ), чтобы те, кто лишен пособий и льгот по любому медицинскому страхованию (на 31 декабря 2000 г. их насчитывалось 1,1 млн человек), были охвачены системой базового обязательного медицинского страхования, предусматривающего гарантированное обслуживание [Sandier, Paris, Polton, 2004]. На основании предложений рабочей группы, составленной из ответственных чиновников под руководством ученого и призванной проанализировать социальное обеспечение работающего не по найму населения, правительство Бельгии рассматривает вопрос о распространении страхового покрытия малых рисков или о том, чтобы обязать ее приобретать замещающее ДМС [Cantillon, 2001]. Голландское правительство недавно объявило о широкомасштабном реформировании своей системы здравоохранения, в частности о намерении обеспечить все население гарантированным медицинским обслуживанием, путем слияния существующих систем страхования здоровья в одну всеобщую государственную систему обязательного медицинского страхования [Ministry of Health Welfare and Sport, 2001].

Внешне государства—члены ЕС придерживаются принципа государственного финансирования здравоохранения для всех граждан, тем не менее систематичность его финансирования из бюджетных источников остается под вопросом. В некоторых странах обсуждение возможности дальнейших сокращений законодательно предоставляемых медицинских услуг либо путем исключения некоторых видов врачебной помощи, либо предложением «основ-

**Изменения объемов частных расходов на здравоохранение в странах
Европейского союза в 1980–1998 гг. (% общих расходов)**

Страна		Год							Общий прирост, 1980– 1990*	Общий прирост, 1990– 1998*
		1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998		
Австрия	ДМС	7,6	9,8	9,0	7,8	7,2	7,5	7,1	18,4	-21,1
	Налич.**	16,3	19,6	22,4	14,8	15,9	17,7	18,3	37,4	-18,3
	Другие***	2,4	2,5	2,5	5,6	6,4	3,9	4,0	4,2	60,0
Бельгия	ДМС	0,8	1,2	1,6	1,9	2,0	-	-	100,0	25,0
	Налич.	15,8	17,0	9,5	9,4	9,2	-	-	-39,9	-3,2
Великобри- тания	ДМС	1,3	2,5	3,3	3,2	5,1	5,4	3,5	153,8	6,1
	Налич.	8,6	11,5	10,7	11,0	11,1	11,0	10,8	24,4	0,9
Германия	ДМС	5,9	6,5	7,2	6,7	6,5	6,9	-	22,0	-4,2
	Налич.	10,3	11,2	11,1	10,9	11,0	11,9	-	7,8	7,2
	Другие	5,2	4,9	5,4	4,4	4,2	4,3	-	3,8	-20,4
Греция	ДМС	-	-	0,9	-	-	-	-	-	-
	Налич.	-	-	36,4	-	-	-	-	-	-
Дания	Некоммерческое ДМС	0,8	0,8	1,3	1,2	1,4	1,4	1,5	62,5	15,4
	Налич.	11,4	13,6	16,1	16,3	16,2	16,2	16,6	41,2	3,1
Ирландия	Некоммерческое ДМС	-	9,9	13,9	15,0	-	-	9,4	40,4	-32,4
	Налич.	-	14,4	14,4	12,3	-	-	14,8	0,0	2,8
Испания	ДМС	3,2	3,7	3,7	5,2	-	1,5	-****	15,6	-59,5
	Налич.	-	-	-	16,5	21,5	22,0	-****	-	33,3
Италия	ДМС	0,2	0,5	0,9	1,3	-	1,3	-	350,0	44,4
	Налич.	19,3	22,3	21,0	31,0	-	30,7	-	8,8	46,2
Люксембург	Некоммерческое ДМС	1,6	1,4	1,4	1,3	-	1,6	-	-12,5	14,3
	Налич.	7,2	9,2	5,5	6,2	7,2	7,4	-	-23,6	34,5
Нидерланды	Некоммерческое ДМС	-	-	-	-	-	-	6	-	-
	Коммерческое ДМС	-	11,2	12,1	-	-	-	11,7	8,0	-3,3
	Всего ДМС	-	11,2	12,1	-	23,3	22,1	17,7	8,0	46,3
	Налич.	-	-	-	-	7,7	6,6	5,9	-	-23,4
	Другие	-	-	-	-	1,3	1,6	1,7	-	30,8
Португалия	ДМС	-	0,2	0,8	1,4	1,7	-	-	300,0	112,5
	Налич.	-	45,4	46,3	44,6	34,1	33,3	-	2,0	-28,1
Финляндия	Некоммерческое ДМС	0,6	0,6	0,5	0,4	-	-	0,5	-16,7	0,0
	Коммерческое ДМС	0,8	1,2	1,7	2,0	-	-	2,2	112,5	29,4
	Всего ДМС	1,4	1,8	2,2	2,4	2,4	2,5	2,7	57,1	22,7
	Налич.	18,4	18,3	15,5	20,5	20,2	19,9	19,8	-15,8	27,7
	Другие	1,2	1,2	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	16,7	14,3
Франция	Некоммерческое ДМС	-	5,8	6,8	7,5	-	-	7,8	17,2	14,7
	Коммерческое ДМС	-	-	4,4	4,2	-	-	4,4	-	0,0
	Всего ДМС	-	5,8	11,2	11,7	12,1	12,1	12,2	93,1	8,9
	Налич.	-	10,8	10,8	10,9	10,6	10,5	10,3	0,0	-4,6
	Другие	-	-	1,1	1,1	1,0	1,1	1,1	-	0,0

Источники. OECD, 2001a; INE, 1998.

Примечание. Данные о Швеции отсутствовали.

* Или ближайший год, за который имеются данные.

** Налич. — наличные средства.

*** «Другие» относится к расходам на здравоохранение, которые несли корпорации и частные

ных» ее видов при ограниченных страховых пособиях и льготах, сопровождаются призывами больше полагаться на частные источники через расширение охвата ДМС. В начале 1990-х гг. как Италия, так и Португалия рассматривали вопрос о разрешении отдельным лицам выйти из системы здравоохранения, обеспечивающего гарантированное медицинское обслуживание, приобретая взамен полисы ДМС. Португалия пошла еще дальше, когда в 1993 г. приняла и ввела в действие соответствующее законодательство (см. Приложение А). Начиная с 1999 г. в Австрии некоторые группы населения также получили это право. Однако, как следует из данных, все эти усовершенствования не повлияли сколько-нибудь значительно на рынок ДМС в странах Европейского союза, что обсуждается в следующих разделах.

1.2. Масштаб рынка ДМС

В этом разделе приводится подробный анализ различных типов ДМС, доступного в странах Европейского союза. Мы попытаемся определить масштабы рынка ДМС в целом. Это можно сделать тремя путями: по уровню затрат на ДМС (как соотношение частных и общих расходов на здравоохранение), по уровню годовых доходов от взносов страхователей в бюджет страховых обществ и по охвату населения (т.е. по проценту людей, охваченных ДМС в данной популяции). Уровни расходов на ДМС и доходы от взносов могут служить косвенными показателями уровня охвата населения, однако такие данные следует интерпретировать с осторожностью. В последнем отчете по ДМС в европейских странах отмечается, что, хотя рынок ДМС в государствах Европейского союза увеличивался в реальном выражении в целом на 5,4% в год (1994—1999 гг.), это во многом объясняется ростом цен на ДМС (повышение взносов), а не расширением охвата населения [Datamonitor, 2000a].

1.2.1. Уровни затрат на ДМС

Доля затрат на ДМС в общих расходах на здравоохранение в государствах—членах ЕС невелика: менее 10% в каждой стране, за исключением Франции (12,2%) и Нидерландов (17,7%) и гораздо меньше 5% в Бельгии, Великобритании, Греции, Дании, Испании, Италии, Люксембурге, Португалии, Финляндии и Швеции (см. табл. 2). Из табл. 2 следует, что в каждом государстве, за исключением Люксембурга, в период между 1989 и 1990 гг. доля расходов на ДМС

Продолжение примечаний к табл. 2

работодатели, финансирующие медицинские службы по месту работы своих служащих и другую медицинскую помощь, плюс расходы некоммерческих организаций, обслуживающих семьи (исключая службы социального страхования), в частности филантропических и благотворительных организаций, религиозных и немедицинских учреждений.

**** Данные обзора по семейным бюджетам в Испании в 1998 г. свидетельствуют, что доли общих вложений в здравоохранение, поступивших от ДМС и в виде наличных средств в 1998 г., составляли 4,1 и 14,4% соответственно.

Расходы на ДМС в странах Европейского союза в 1980—1998 гг.
(% частных расходов на здравоохранение)

Страна	Год						
	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Австрия	28,9	30,7	26,5	27,7	24,4	25,8	24,1
Бельгия	4,8	6,6	14,4	16,8	17,9	–	–
Великобритания	13,1	17,9	23,6	22,5	31,5	32,9	24,5
Германия	27,6	28,8	30,4	30,5	30,0	29,9	–
Греция	–	–	2,4	–	–	–	–
Дания	6,6	5,6	7,5	6,9	8,0	8,0	8,3
Ирландия	–	40,7	49,1	54,9	–	–	38,8
Испания	15,9	19,6	17,4	24,0	–	–	–*
Италия	1,0	2,2	4,1	4,0	–	4,1	–
Люксембург	18,2	13,2	20,3	17,3	–	17,8	–
Нидерланды	–	41,2	38,7	–	72,1	72,9	70,0
Португалия	–	0,4	1,7	3,0	4,7	–	–
Финляндия	6,7	8,5	11,5	9,8	9,9	10,4	11,2
Франция	–	34,9	48,5	49,4	51,1	51,1	51,7

Источники. OECD, 2001a; INE, 1998.

Примечание. Данные по Швеции отсутствуют.

* Данные обзора по семейным бюджетам в Испании в 1998 г. свидетельствуют, что на ДМС в этот период приходилось 22,1% частных расходов на здравоохранение.

в общих затратах на здравоохранение возросла. В 1990—1998 гг. этот подъем продолжался в большинстве стран, но гораздо медленнее, а кое-где наблюдалось снижение расходов: в Испании (–59,9%), Ирландии (–32,4%), Австрии (–21,1%) и Германии (–4,2%). В этот период единственным исключением стали Нидерланды, где расходы на ДМС возросли в соотношении с общими затратами на здравоохранение на 46,3%.

Доля расходов на ДМС в частных затратах на медицинское обслуживание также относительно мала. В Греции она составляет менее 5%, так же как в Италии и Португалии, и менее 25% в Австрии, Бельгии, Великобритании, Дании, Испании, Люксембурге и Финляндии (см. табл. 3). ДМС составляет более значительную долю частных расходов на здравоохранение в тех странах, где предлагается замещающее страхование, в частности в Нидерландах (70%), где около 30% населения охвачены системой обязательного возмещения расходов. Этот показатель также высок во Франции (51,7%). В этой стране 85% населения пользуются услугами расширенного ДМС, чтобы покрывать стоимость совместных платежей, установленных системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание.

Относительно небольшую долю частных расходов на ДМС можно приписать тому обстоятельству, что правительства стран Европейского союза

стремятся прибегать к другим методам перекладывания расходов на потребителя, например взимая оплату за обслуживание с пользователей (совместные платежи и прямые взносы), вместо того, чтобы и субсидировать ДМС. Таким образом, основную долю частных затрат на медицинскую помощь во всех государствах-членах, за исключением Франции и Нидерландов, составляют платежи наличными средствами (см. табл. 3).

1.2.2. Уровень поступления страховых взносов в бюджет страховых компаний

В большинстве государств-членов ЕС рынок страхования от несчастных случаев и (добровольного) медицинского страхования составляет лишь небольшую часть рынка видов страхования, не включающих страхование жизни, хотя их значение возрастает [Eurostat, 1997]. В 1995 г. премии по этим видам страхования составили 43% общего числа страховых премий по видам страхования, не включающим страхование жизни, в Нидерландах и 31,3% в Германии; в Австрии, Дании, Испании и Финляндии они превысили 20% [Eurostat, 1997]. В 1996 г. рынок указанных видов страхования был примерно одинаковым во Франции и Нидерландах, в то время как в Австрии, Великобритании, Германии и Испании на долю медицинского страхования приходилось более двух третей рынка медицинского страхования и страхования от несчастных случаев [Natarajan, 1996].

В табл. 4 показаны доходы от продажи полисов ДМС в странах Европейского союза в 1999 г. Цифры, приведенные для Германии и Нидерландов, включают доходы от страховых взносов по замещающему ДМС, что объясняет, почему на эти страны приходится львиная доля рынка страхования (50,1 и 12,2% соответственно). Вторая по величине доля рынка принадлежит Франции (13,2%). Менее чем по одному проценту рынка страхования приходится на такие страны, как Бельгия, Дания, Люксембург, Португалия, Финляндия и Швеция.

По данным Европейского комитета по страхованию, доход от взносов по ДМС (с поправкой на инфляцию) в период между 1995 и 1998 гг. больше всего вырос в Бельгии (14,8%) и Португалии (14,4%), затем следуют Испания (5,8%) и Нидерланды (5,6%) [Comité Européen des Assurances, 2000]. В большинстве других государств-членов ЕС этот показатель достигал лишь 3–4%.

Масштабы рынка по доходам от взносов отражаются в доле общих затрат на медицинскую помощь, финансируемую через ДМС, хотя в 1998 г. ДМС покрывало в Нидерландах (17,7%) и Франции (12,2%) больший процент затрат на медицинское обслуживание, чем в Германии (6,9%) (см. табл. 2).

1.2.3. Степень охвата населения

Степень охвата населения указывает на процент людей в данной популяции, владеющих полисами ДМС, и обычно связана с правилами и принципами ор-

Доходы от взносов по ДМС в странах Европейского союза в 1999 г.

Страна	Евро (млн)	Прирост (с поправ- кой на инфляцию), 1998–1999 гг., %	Доля общего рынка ДМС, %	ВВП %
Австрия	1 136,0	1,0	2,8	0,6
Бельгия	317,0	10,5	0,8	0,1
Великобритания	3 490,0	5,8	8,7	0,2
Германия	20 094,0	2,3	50,1	1,0
Дания	282,0	7,9	0,7	0,2
Ирландия**	660,3	Н.д.	1,6	0,8
Испания	2 360,0	9,1	5,9	0,4
Италия	1 163,0	1,6	2,9	0,1
Люксембург***	29,5	Н.д.	0,1	0,2
Нидерланды	4 884,0	5,8	12,2	1,3
Португалия	172,0	19,5	0,4	0,2
Финляндия*	221,5	Н.д.	0,6	0,2
Франция	5 290,0	4,3	13,2	0,4
Швеция	27,0	Н.д.	0,1	0,0
ВСЕГО	40 126,3	4,2	100,0	0,5

Источники. СЕА, 2001; OECD, 2001; Mikkola, 2001; VNI Healthcare, 2001; Schmitz, 2001; Engemann, 2001.

Примечание. Данные по Греции отсутствуют.

Н.д. — нет данных

* Страхование на случай болезни и от несчастного случая в 2000 г.

** Оценка на 2002 г.

*** Количественные данные на 2000 г.

ганизации системы государственного здравоохранения, обеспечивающими гарантированное медицинское обслуживание населения.

Степень охвата населения замещающим ДМС определяется главным образом уровнем охвата обязательным и добровольным государственным страхованием, в то время как вовлечение населения в системы расширенного и параллельного ДМС зависит от того, насколько своевременно, всесторонне и качественно обеспечивает государство страховые услуги. Это обстоятельство частично объясняет ту значительную разницу в охвате населения, которая существует между государствами—членами ЕС.

В табл. 5 приведена степень охвата (в процентах от общего населения) различными видами ДМС в странах Европейского союза³. На первый взгляд приведенные цифры кажутся странными и не всегда поддаются сравнению по странам. Так, относительно высокий охват населения расширенным ДМС во Франции (85%) и Нидерландах (более 60%)⁴ может скрывать значительную

³ Не всегда удается получить официальные данные об охвате расширенным и параллельным ДМС, поэтому некоторые цифры, приведенные в табл. 5, получены путем опроса.

⁴ Не исключено, что цифры по Нидерландам могут быть еще выше, поскольку единственные опубликованные данные касаются расширенного ДМС, купленного согласно Закону о фондах медицинского страхования (Ziekenfondswet, ZFW). Около 93% застрахованных таким образом лиц приобретают расширенное ДМС [Vektis, 2000].

Степень охвата ДМС
(% общей численности населения)

Страна	Замещающее	Расширенное и параллельное
Австрия (1999)	0,2	18,8 (расширенное) 12,9 (параллельное; расходы на лечение в стационаре)
Бельгия (2000)	7,1	30–50 (расширенное)
Великобритания (2000)	Отсутствует	11,5 (в основном параллельное)
Германия (1999)	9	9
Греция (2000)	Отсутствует	10 (параллельное)
Дания (1999)	Отсутствует	28 (в основном расширенное; иногда параллельное)
Ирландия (2000)	Отсутствует	45
Испания (1999)	0,6	11,4
Италия (1999)	Отсутствует	15,6
Люксембург (2000)	Отсутствует	70 (в основном параллельное)
Нидерланды (1999)	24,7 (+4,2 WTZ)	>60 (расширенное) Незначительное (параллельное)
Португалия (1998)	Отсутствует	12 (в основном параллельное)
Финляндия (1996)	Отсутствует	Дети до 7 лет: 34,8 (параллельное) Дети 7–17 лет: 25,7 (параллельное) Взрослые: 6,7 (параллельное)
Франция (2000)	Незначительное (трансграничные работники)	85 (1998) (расширенное) 94 (2000, оценка) (расширенное)
Швеция (1999)	Отсутствует	1,0–1,5 (в основном параллельное)

Источник. Национальные отчеты, подготовленные для данного исследования.

WTZ — Закон о доступе к медицинскому страхованию (Ziektekosteverzekfringen).

разницу в качестве охвата. Эти цифры указывают только на число тех, кто покупает полисы расширенного ДМС, ничего не говоря о том, приобретают ли они только базовый или полный пакет страховых услуг.

Что касается замещающего ДМС, то почти все, кто полностью или частично исключен из схемы обязательного медицинского страхования, приобретают полис ДМС. Так, например, обстоит дело в Бельгии и Нидерландах. Однако если люди имеют возможность выбирать, выйти ли из схемы обязательного медицинского страхования и купить вместо него замещающее ДМС, они чаще остаются в системе обязательного медицинского страхования. В Германии менее 25% высокооплачиваемых наемных работников, имеющих возможность отказаться от государственного страхования, пользуются этим правом. Отказываются от государственного страхования главным образом здоровые, одинокие, не имеющие иждивенцев молодые люди (см. 2.1.1).

Во Франции степень охвата населения расширенным ДМС исключительно высока (85% населения в 1998 г.), однако важно отметить, что таким обра-

зом возмещались совместные платежи за лечение в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. В последние 25 лет правительство Франции стремилось использовать разделение затрат как средство сдерживания затрат на здравоохранение, однако эта стратегия способствовала более широкому приобретению населением расширенного ДМС, и теперь большинство людей во Франции прибегают к этому виду страхования, чтобы облегчить себе финансовое бремя наличных выплат [Lancry, Sandier, 1999]. Охват расширенным ДМС здесь резко увеличился: в 1960 г. такой вид страхования использовала треть населения, в 1970 г. — 50%, в 1980 г. — 70%, в 1998 г. — 85% [Sandier, Ulmann, 2001] (см. 3.2.1).

Опыт Франции показывает, что снижение охвата населения некоторыми государственными службами здравоохранения действительно увеличивает использование расширенного ДМС (если таковое имеется), но так бывает не всегда. Если правительство проводит осознанную и четкую политику поощрения частных затрат на здравоохранение, на охвате ДМС это сказывается неоднозначно. Так, например, относительно низкий уровень вовлечения в ДМС в Дании (28%), Финляндии (6,7% взрослого населения) и Швеции (1—1,5%), как правило, относят за счет широкого предоставления государством страховых льгот и пособий, однако недавно возросшее использование разделения затрат в этих странах не очень сильно отразилось на рынке ДМС. В Швеции последствия увеличившегося в 1990-х гг. использования разделения затрат были наиболее выраженными, тем не менее охват населения ДМС в этой стране продолжает оставаться наиболее низким в странах Европейского союза. Таким образом, Франция в этом отношении стоит особняком.

В некоторых странах страховые компании, осуществляющие добровольное медицинское страхование, весьма чутко реагируют на изменения в системе государственных льгот и пособий. В начале 1990-х гг. в Нидерландах из пакета обязательного медицинского страхования были исключены некоторые формы стоматологической помощи (частично восстановленные в 1996 г.), и министр здравоохранения предложил включить их в ДМС. Аналогичным образом, в Германии расширенное ДМС достигло максимального охвата в 1997—1998 гг. (7,6 млн, тогда как в 1995—1996 гг. эта цифра была равна 6 млн). В этот период обязательное медицинское страхование возмещало стоимость зубных коронок и протезов и было доступно только лицам, родившимся после 1978 г. В 1999 г. это ограничение было отменено, и число детей, охваченных ДМС, снизилось в 1998 г. с 2,2 до 1,4 млн [Busse, 2001].

Охват ДМС остается низким в южных государствах—членах ЕС, в частности в Греции (10%), Италии (15,6%), Португалии (12%) и Испании (11,4%), несмотря на тот факт, что отдельные лица в этих государствах нередко производят значительные прямые платежи поставщикам. Не исключено, что это объясняется нежеланием платить третьей стороне [Mossialos, Le Grand, 1999]. Если пациенты привыкли непосредственно платить своему врачу или больнице

**Количество застрахованных лиц в отдельных странах Европейского союза
в 1992–1998 гг. (% общей численности населения)**

Страна	1992 г.	1995 г.	Изменение, 1992-1995 гг.	1998 г.	Изменение, 1995-1998 гг.	Изменение, 1992-1998 гг.
Австрия*	36,8	34,2	-2,7	33,0	-1,2	-3,8
Бельгия**	–	30,1	–	32,8	1,7	–
Великобритания	11,4	11,1	-0,2	11,5	0,4	0,1
Германия	15,8	17,0	1,2	19,2	2,1	3,4
Дания	25,1	24,9	-0,3	26,4	1,5	1,3
Испания***	–	–	–	16,4	–	–
Нидерланды	31,7	30,3	-1,3	30,1	-0,2	-1,5
Португалия	10,1	8,3	-1,8	12,2	3,9	2,1
Франция	18,9	19,4	0,5	19,9	0,4	1,0

Источник. СЕА, 2000.

* Высокий процент застрахованных лиц в Австрии отражает стремление жителей страны приобрести расширенное ДМС, чтобы возместить плату за койко-день в больницах. Однако большая часть этих полисов возмещает лишь небольшие суммы, поэтому в 2000 г. ДМС этого типа составляло только 11% общего числа страховых льгот и пособий по ДМС [Hofmarcher, 2001].

** Большие цифры по Бельгии, возможно, отражают обязательный охват населения расширенным ДМС, предлагаемым обществами взаимопомощи, который не включен в показатели, приведенные в табл. 5.

*** Цифры по Испании отражают наличие особой системы для государственных служащих, составляющих 5% населения; эта система не учтена в нашем определении ДМС (см. Приложение Б). Отсюда возникла разница между данным показателем и цифрой 11,4%, демонстрирующей охват ДМС в табл. 5.

и дополнительно оплачивать их услуги неофициально, передача денег третьей стороне, такой как страховщик, может рассматриваться как нечто, мешающее воздействовать на качество предоставления услуг поставщиком. Влияние этого культурного фактора на расширение рынка ДМС в других странах с высоким уровнем прямых или неформальных платежей, например в Центральной и Восточной Европе, не следует недооценивать [Mossialos et al., 2002].

Очевидно, что приверженность государств–членов ЕС принципу обеспечения всех граждан комплексным медицинским обслуживанием за счет государства ограничивает рост рынка ДМС, и последний играет лишь незначительную роль в финансировании здравоохранения в ЕС. Следует отметить, однако, что спрос на ДМС зависит от того способа, каким страховые общества ведут свои дела. Данные, опубликованные Европейским комитетом по страхованию [Comité Européen des Assurances], свидетельствуют, что в 1992–1998 гг. процент застрахованных лиц в Австрии и Нидерландах снизился, в Великобритании остался в основном прежним, в Германии, Дании, Португалии и Франции вырос лишь немного (см. табл. 6). В этот период некоторые из названных стран испытывали непрерывный экономический рост, однако охват населения ДМС

увеличился незначительно, что, возможно, объясняется высокими страховыми взносами во многих государствах—членах ЕС.

1.3. Спрос на ДМС

1.3.1. Что определяет спрос

Существование рынка медицинского страхования зависит от наличия трех условий: должен быть четкий спрос (это означает, что часть населения должна считать риск неприемлемым), у страхования должна быть возможность предложить цену, которую люди готовы заплатить (т.е. неприятие страхователем риска должно быть достаточным, чтобы возместить затраты страховщика и обеспечить ему разумную прибыль), и должна существовать техническая возможность предоставить страхование [Вагг, 1992].

Помимо неприятия риска, спрос на медицинское страхование может испытывать на себе влияние всех или некоторых из перечисленных ниже факторов: вероятности того или иного заболевания, размеров ущерба, который это заболевание может причинить, величины страховых взносов в сопоставлении с доходами человека и в зависимости от уровня его образования. Не все факторы одинаково легко оценить, причем влияние каждого из них в разных странах неодинаково. В контексте ДМС в странах Европейского союза, где государство обеспечивает высокий уровень защиты против риска финансового ущерба в случае болезни, и такие факторы, как величина страховых взносов, доход и уровень образования населения, в большей степени определяют спрос на ДМС, чем масштабы финансового ущерба (по крайней мере, там, где речь идет о параллельном ДМС).

Существует мнение, что спрос на ДМС до некоторой степени определяется эффективностью системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, и что прежде всего спрос на ДМС обусловлен тем, насколько население удовлетворено системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание. Подтвердить степень такой зависимости нелегко отчасти потому, что не совсем ясно, каким образом лучше всего измерять эффективность системы здравоохранения, как это продемонстрировала недавняя попытка Всемирной организации здравоохранения [WHO, 2000; Navarro, 2000; Williams, 2001]. Так же трудно точно определить насколько полно система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения, удовлетворяет запросы населения в целом и отдельные его группы. Опросы населения не всегда репрезентативно выражают точку зрения граждан. Среди других факторов, определяющих эффективность и влияющих на спрос на ДМС, нередко называют сокращение государственных страховых пособий и льгот и очередей на лечение, хотя, как будет показано ниже, в Великобритании о последних нет точных данных в связи с ДМС.

Данные по США показывают, что спрос на ДМС не подвержен влиянию ценовой эластичности спроса. Эмпирические исследования ценовой эластичности спроса⁵ показали колебания в пределах от $-0,03$ до $-0,54$ [Marquis, Long, 1995; Manning Marquis, 1989]. Они также показывают относительно небольшой эффект дохода⁶ ($0,07$ и $0,15$ соответственно). Частично это можно объяснить высоким уровнем субсидий в виде налоговых льгот на ДМС в США, а также тем обстоятельством, что в США ДМС приобретается чаще всего не индивидуально, а коллективами служащих. В 1998 г. издержки по налогам на ДМС обошлись правительству США в 111,2 млрд долл. США (117,7 млрд евро) и оказались выгодны главным образом богатым слоям населения: на семьи с доходом 100 тыс. долл. США (105 800 евро) или более (10% населения) пришлось 23,6% всех налоговых льгот по ДМС [Sheils, Hogan, 1999].

Ценовая эластичность спроса по взносам в бюджет страховых компаний по ДМС в Испании в период 1972—1989 гг. оценивалась величиной $-0,44$ [Murillo, Gonzalez, 1993]. Этого можно ожидать в тех системах здравоохранения, где ДМС не получает значительных субсидий, но нельзя считать такое явление характерным для других государств—членов ЕС. Недавнее исследование ДМС в Великобритании показало, что ценовая эластичность на ДМС в этой стране колеблется в диапазоне от $-0,003$ до $-0,044$ (т.е. она невысока) [Emmerson, Frayne, Goodman, 2001]. Гораздо менее значительное влияние цен на приобретение ДМС, о котором говорится в данном исследовании, возможно, объясняется тем, что в Великобритании такую страховку приобретают главным образом лица, имеющие высокие заработки.

Подобные исследования в странах немногочисленны, поэтому мы не располагаем достаточными прямыми данными о ценовой эластичности спроса и эластичности дохода по ДМС в государствах—членах ЕС. Большая часть представленной здесь информации касается характеристики тех, кто приобретает ДМС, хотя у нас есть некоторые опосредованные сведения, касающиеся спроса на ДМС в Великобритании; они подробно рассматриваются ниже.

1.3.2. Характеристики страхователей

Данные об охвате ДМС в странах Европейского союза показывают, что страхователи ДМС относятся главным образом к группам населения с высоким уровнем доходов. Это естественно, поскольку если речь идет о замещающем страховании, постольку этот вид страхования зависит от дохода и рода занятий, однако расширенное и параллельное ДМС также характерно для групп населения с высоким уровнем доходов. Помимо дохода, спрос на ДМС в стра-

⁵ Под ценовой эластичностью спроса подразумевается мера изменения спроса на тот или иной товар или услугу, обусловленного изменением цены на этот товар или услугу.

⁶ Под эластичностью спроса по доходу подразумевается мера изменения спроса на тот или иной товар или услугу, обусловленного изменениями в доходе человека, покупающего этот товар или услугу.

нах ЕС определяется такими факторами, как возраст, пол, служебное положение, уровень образования и место жительства.

Австрия

Большинство жителей Австрии, приобретающих полисы параллельного ДМС (для возмещения расходов на стационарное лечение), принадлежат к группам населения с высоким уровнем доходов [Hofmarcher, 2001]. Половину из них составляют лица, работающие не по найму, и около 40% — государственные служащие или работники, получающие заработную плату [Hofmarcher, Rack, 2001]. Лица, работающие не по найму, с большой готовностью приобретают полис ДМС (более 50% семей, в которых хотя бы один человек имеет такой полис), затем следуют 40% семей служащих, 32% семей производственных рабочих и несколько более 20% семей фермеров [Wieninger, 1997]. Распределение ДМС в Австрии в разных регионах неодинаково. Жители Каринтии более охотно приобретают ДМС (более 50%), на втором месте — жители Зальцбурга, в то время как только 17,5% проживающих на земле Бургенланд являются владельцами полисов ДМС [Hofmarcher, Rack, 2001].

Дания

Спрос на параллельное ДМС в Дании подогревается общим положением на рынке труда (включая острую борьбу за служащих и высокий подоходный налог), а также налоговыми льготами для фирм, приобретающих полисы ДМС для своих наемных работников [Vrangbaek, 2001]. Росту спроса на этот вид страховки, возможно, способствует и общественная критика в адрес системы государственного здравоохранения. Считается, что главные проблемы Дании в этом отношении — качество медицинского обслуживания и длительное время ожидания лечения, хотя такое мнение не всегда обосновано. Между тем страховым обществам выгодны негативные отзывы о системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения [Vrangbaek, 2001]. Замещающее (на коммерческой основе) страхование удобно работающему населению (на определенном уровне), поскольку многие полисы привязаны к рабочим контрактам, но приносит мало пользы детям, безработным, студентам, престарелым и лицам, страдавшим ранее какими-либо заболеваниями либо с хроническими состояниями [Vrangbaek, 2001]. Таким образом, усугубляется неравный доступ населения к системе здравоохранения (что в противном случае было бы неприемлемо в Дании) и стимулируется обращаемость в частные службы здравоохранения, которые в целом очень немногочисленны [Vrangbaek, 2001].

Финляндия

В Финляндии дети гораздо шире, чем взрослые, охвачены параллельным ДМС. В соответствии с недавним исследованием, основанным на Опросах

по финскому здравоохранению 1987 и 1996 гг.: в 1996 г. ДМС было охвачено 24,8% детей в возрасте до 7 лет, 25,7% детей в возрасте 7–17 лет и только 6,7% взрослых в возрасте 18–64 лет. Соответствующие показатели на 1987 г. были 36,7%, и 24,5 и 8,9% соответственно [Häkkinen, 2002].

Франция

Доступность расширенного ДМС во Франции определяется доходом и принадлежностью к тому или иному социальному слою. Те, кто не имеет доступа к этому виду страхования или имеет ограниченный доступ, чаще всего относятся к наименее обеспеченному классу [Vocognano et al., 2000]. Степень охвата расширенным ДМС во многом зависит от трудовой занятости и служебного положения: в этот вид страхования больше вовлечены работающее население и пенсионеры, чем безработные; причем работающие по найму и «белые воротнички» приобретают его чаще, чем неквалифицированные рабочие [Sandier, Ulmann, 2001]. Недавно проведенное исследование показало, что почти или совсем не охвачены ДМС 59% неквалифицированных рабочих и только 24% работников высшего звена и специалистов [Vocognano et al., 2000]. Авторы другого исследования обнаружили, что расширенное ДМС приобрели 94% лиц, принадлежащих к семьям с годовым доходом более 36 600 евро, и 89% работников по найму, тогда как среди тех, чей годовой доход составляет менее 6 850 евро, этот показатель равен 65%, а среди безработных — 61% [Blanpain, Pan Ke Shon, 1997].

Система страхования во Франции неблагоприятна в отношении иностранцев, молодежи в возрасте 20–24 лет и людей старше 70 лет. ДМС мало распространяется на эти группы. Кроме того, менее обеспеченные жители, как правило, располагают страховками худшего качества по сравнению с более состоятельными. Из числа тех, кто зарабатывает более 36 600 евро в год, 28% удовлетворены качеством своей страховки, но в семьях с годовым доходом менее 6 850 евро такую оценку дают лишь 9% застрахованных.

Эти данные убедительно подтверждаются исследованием Болкольяно и соавторов, которое доказывает, что охват ДМС значительно возрастает с ростом доходов.

Характеристики страхователей во Франции варьируют в соответствии с типом страховщика. Общества взаимного страхования чаще охватывают пожилых людей, женщин, наемных работников и менеджеров среднего звена, тогда как частные коммерческие страховые компании чаще имеют дело с фермерами и специалистами, работающими не по найму; провидентные (накопительные) страховые компании широко вовлекают неквалифицированных рабочих и старших должностных лиц [Sandier, Ulmann, 2001]. Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES) обнаружил, что люди старше 65 лет чаще охвачены обществами взаимного страхования, чем частными коммерческими страховыми компаниями или фондами

социально-страхового обеспечения, а лица со слабым здоровьем мало представлены в частных коммерческих страховых компаниях (хотя люди, страдающие хроническими заболеваниями, обычно полностью вовлечены в обязательное медицинское страхование [Sandier, Ulmann, 2001]).

Германия

Распространение замещающего ДМС в Германии не отличается равномерностью и зависит от доходов населения, служебного положения, рабочей занятости, возраста, пола и местожительства. Большая часть застрахованных лиц, прибегающих к замещающему ДМС, — граждане с высоким уровнем дохода [Busse, 2001]. Судя по одному из недавних докладов в этой области, среди тех, кто покупает ДМС, поскольку их доход выше установленного государственной системой страхования (Gesetzliche Krankenversicherung) потолка, больше всего одиноких молодых людей и молодых супружеских пар, в которых каждый супруг зарабатывает самостоятельно [Datamonitor, 2000a]. Другой доклад свидетельствует, что растет популярность замещающего ДМС среди молодежи и обеспеченных немцев [Datamonitor, 2000d], тогда как только 1% безработного населения охвачен этим видом страхования [Busse, 2001]. В 1998 г. дети составляли 16% застрахованных, мужчины — 52%, женщины — 32% [PKV, 1999]. Данные за 1992–1993 гг. показывают, что только 4,4% имевших полисы замещающего ДМС и 0,8% охваченных расширенным и параллельным ДМС являлись гражданами новых земель, т.е. ранее входивших в состав Германской Демократической Республики [PKV, 1994]. Это различие выражено и в настоящее время. В апреле 1999 г. общий охват ДМС составлял 8,9%; при этом 10,1% этого охвата приходилось на жителей старых земель (входивших в состав ФРГ до объединения Германии), а 3,6% — на прежних граждан ГДР [Busse, 2000b].

Греция

В этой стране большинство лиц, владеющих полисами параллельного ДМС, относятся к возрастной группе 35–45 лет и характеризуются средним или высоким уровнем доходов. Как правило, это наемные работники, специалисты, государственные служащие, квалифицированные рабочие и менеджеры крупных частных компаний и банков, проживающие в черте города [Economidou, 2001].

Ирландия

Результаты экономического анализа, недавно проведенного на основании опроса в 1994 г. (Living in Ireland Survey), показывают, что на вероятность приобретения населением Ирландии расширенного и параллельного ДМС значительно влияют образовательный уровень, семейный доход, семейное положение и возраст [Nolan, Wiley, 2000]. При этом оказалось, что люди со слабым

здоровьем не склонны приобретать этот вид страховки. ДМС шире всего распространено в возрастной группе 35–54 лет. Одиноким людям покупают такую страховку реже семейных. Самый широкий охват наблюдается среди работников категории специалистов и менеджеров, а также среди жителей Дублина, самый низкий – в небольших городах и сельских районах [Nolan, Wiley, 2000]. Опрос 1997 г. показал также, что доля людей, владеющих полисами ДМС, заметно возрастает с ростом доходов в семье; причем охват увеличивается с 8% среди тех, кто находится в нижней децили, до 70% среди входящих в верхнюю дециль; только 15% взрослых с ДМС относятся к «нижней» половине распределения семейных доходов и около половины страхователей – к «верхним» 20% [Harmon, Nolan, 2001; Nolan, Wiley, 2000].

Из опроса 1994 г. следуют интересные выводы: те, кто имеет полис ДМС, сообщили о более благоприятном состоянии здоровья, чем те, кто не располагает этим видом страховки. Только 7,7% назвавших свое состояние «очень плохим» и 11,2% назвавших его «плохим» вошли в систему ДМС, тогда как 89,2 и 70,6% соответственно были держателями медицинской карты⁷ [Harmon, Nolan, 2001]. Примерно 70% специалистов и менеджеров были на момент опроса застрахованы в частных страховых компаниях, тогда как только 11% низкоквалифицированных и неквалифицированных работников физического труда обратились к частным страховщикам [Kennedy, 1995].

Италия

Данные Опроса по семейному бюджету в Италии, проведенного Национальным институтом статистики в 1999 г., говорят о том, что в Италии ДМС приобретают главным образом высокооплачиваемые и высокообразованные люди [Giannoni-Mazzi, 2001]. Спрос на расширенное ДМС заметно различается среди населения разных районов: 32% застрахованных семей проживают в богатой северо-восточной части страны, 31% – жители крупных городов [Data bank, 1999]. Эконометрический анализ, проведенный на основании общенациональных данных опросов после 1995 г., свидетельствует, что вероятность приобретения ДМС (отдельными лицами и группами) прямо пропорциональна возрасту главы семьи (зависимость нелинейная, так как наиболее высокая вероятность приходится на 42 года), статусу занятости (наибольшая вероятность приобретения страховки менеджерами и специалистами), образовательному уровню, доходу и месту жительства (север, восток или центральная часть Италии) [Lippi Bruni, 2001]. Индивидуальные полисы ДМС, предлагаемые коммерческими страховыми обществами, покупают люди с доходами от среднего до высокого (чаще всего высокого), в то время как индивидуальные полисы ДМС с невысокими страховыми взносами, продаваемые

⁷ Медицинские карты выдаются примерно $\frac{1}{3}$ населения, с учетом их дохода (жители категории I), и дают право пользоваться бесплатной медицинской помощью.

ассоциациями взаимных платежей, приобретают лица со средним и низким заработком [Giannoni-Mazzi, 2001].

Данные опроса 1994 г. показали, что среди страхователей, включенных в коллективные полисы ДМС, 64% составляли менеджеры высшего звена, 16% — менеджеры среднего звена, 13% — работники по найму и 9% — производственные рабочие [Giannoni-Mazzi, 2001]. Только 8% этих полисов ограничивались покрытием затрат самого служащего; 61% полисов распространяли покрытие страхованием на материально зависимых членов семьи, и 31% — на всех членов семьи. Средний возраст застрахованных ассоциациями взаимных платежей в 1994–1997 гг. был 44 года и со временем увеличился; лица в возрасте 41–50 лет составляли 45% застрахованных, возрастная группа 41–60 лет — 70,1%. На мужчин приходилось 89,8%, на женщин — 10,2% [Mastrobuono, 1999].

Люксембург

Согласно данным Верховного совета взаимного страхования [Conseil Supérieur de la Mutualité], 30–35% населения, не охваченного расширенным ДМС, составляют главным образом иностранцы, работающие в Люксембурге (в основном граждане Португалии, составляющие 10–12% всего населения) [Schmitz, 2001].

Нидерланды

В 1999 г. в Нидерландах расширенное и параллельное ДМС покрывало 2,2% всех расходов на медицинское обслуживание [Vektis, 2000]. На сборе данных во многом сказались отсутствие четкой грани между замещающим и расширенным видами страхования [Maarse, 2001]. Единственные опубликованные данные касаются расширенного ДМС, которое приобретают лица, застрахованные в соответствии с Законом о фондах медицинского страхования (ZFW). К расширенному ДМС прибегают около 93% таких страхователей [Vektis, 2000]. Однако, как сказано выше, эта цифра лишь указывает на количество тех, кто приобретает расширенное ДМС, не поясняя, покупают ли они базовый или полный пакет услуг.

Поскольку доступность замещающего ДМС в Нидерландах обусловлена величиной дохода, этот вид страхования приобретают сравнительно высокооплачиваемые работники. В 2000 г. 28,9% населения государство не возмещало стоимость амбулаторной и стационарной помощи до одного года, но в 1999 г. только 1,25% (200 тыс. человек) не были охвачены ни обязательным, ни добровольным медицинским страхованием. По сведениям Бюро общественной информации Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта Нидерландов, этими незастрахованными лицами являлись в основном бездомные; некоторые же отказывались застраховаться по принципиальным соображениям [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000b].

Португалия

Большинство индивидуальных полисов параллельного ДМС в Португалии приобретают группы населения с высокими доходами. Охват коллективными полисами зависит от политики компании: некоторые из них предлагают страхование всем своим работникам, другие ограничивают его работниками отдельных профессий [Oliveira 2001]. Между 1980–1981 и 1989–1990 гг. затраты на индивидуальное ДМС возросли в группах с любыми доходами, хотя среди людей с высокими доходами эти затраты увеличились больше. По данным недавнего опроса, ДМС больше распространено среди людей трудоспособного возраста (25–54 лет) [Oliveira, 2001]. Типичный страхователь ДМС молод (28–34 лет), принадлежит к группе со средними или высокими доходами, является специалистом или лицом, работающим не по найму, и живет в городском районе [Oliveira, 2001].

Испания

В соответствии с данными Опроса по семейному бюджету 1998 г., вероятность приобретения расширенного и параллельного ДМС в Испании зависит от места проживания, индивидуального дохода, статуса занятости и уровня образования [INE, 1998; Rodríguez, 2001]. Спрос на ДМС сконцентрирован в определенных районах, а средний охват по стране в целом составляет 16%, но $\frac{1}{4}$ населения застрахована на Балеарских островах (24%), почти четверть — в Каталонии (22%), и 17% — в Мадриде [Costa, García, 2000; Rodríguez, 2001]. Эти три района считаются наиболее богатыми в стране, однако связь охвата ДМС с доходами населения не выявлена, так как существуют два или три других района, характеризующихся в среднем высоким доходом жителей, но низким охватом ДМС [Rodríguez, 2001]. И наконец, в семи других регионах (Астурия, Канарские острова, Наварра, Эстремадура, Галисия, Мурсия и Риоха) ДМС охвачено только 3% населения. В городах к этому виду страхования прибегают чаще, чем в сельской местности.

Спрос на ДМС тесно связан с индивидуальным доходом. По мере увеличения доходов от средних к высоким вероятность покупки полисов ДМС быстро увеличивается. Среди семей с наиболее высоким доходом застрахованы 30%, тогда как в беднейшей группе страховые полисы ДМС имеют только 3% семей. Работодатели и лица, работающие не по найму, гораздо чаще приобретают страховые полисы, чем те, кто работает по найму. Степень охвата ДМС отличается выраженной положительной корреляцией с уровнем образования главы семьи [Lopez i Casanovas, 1999]. Этот фактор, величина дохода, принадлежность к тому или иному социальному классу, а также рабочая занятость во многом влияют на решение семьи в отношении приобретения полиса ДМС [Vera-Hernandez, 1999]. Доля семей, приобретающих такие полисы, в пять раз выше там, где глава семьи имеет высшее образование, по сравнению с теми семьями, в которых глава закончил только начальную школу.

Судя по опросам, ДМС приобретают с тем, чтобы ускорить начало лечения (обойти длинные очереди на лечение в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения), получить более высококачественную помощь (в частности, заручиться более доброжелательным и более внимательным отношением персонала) и возможность расширить выбор видов медицинских услуг [Rodríguez, 2001]. В Испании к больницам относятся с большим доверием, поэтому, приобретая ДМС, люди стремятся избежать недостатков, характерных для служб первичной помощи в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Параллельное ДМС обычно используют для того, чтобы иметь возможность обращаться к специалистам в амбулаторные службы, но при необходимости госпитализации прибегают к системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Это особенно характерно для сельских районов и небольших поселков городского типа, где не так много хороших больниц.

Швеция

В Швеции ДМС приобретают частные фирмы, работающие в сфере услуг. Раньше приобретались коллективные полисы для руководителей высшего звена (директоров-распорядителей), но в настоящее время к этой практике стали подходить по-другому: фирмы чаще покупают страховку для своих ключевых работников независимо от их официального статуса в компании, а в последние годы наблюдается тенденция приобретать ДМС во всех фирмах и секторах для всех работников [Skoglund, 2001].

Великобритания

Охват населения ДМС в Великобритании характеризуется значительным перевесом в пользу специалистов среднего возраста, служащих и менеджеров, работающих в Лондоне и его южной части. В 1995 г. 22% специалистов и 23% работодателей и административных работников страховали здоровье в частных компаниях, к частным же страховщикам прибегали только 9% служащих младшего и среднего звена, 4% — среди квалифицированных работников физического труда и независимых неспециалистов, 2% — среди низкоквалифицированных рабочих и работников сферы персональных услуг, 1% — среди неквалифицированных рабочих физического труда [Laing, Buisson, 1999]. Доля застрахованных работодателей и административных работников снижается с 26% в возрастной группе 45–64 лет до 14% в группе старше 65 лет, возможно, в силу того, что при выходе на пенсию они исключаются из коллективного страхования. Для служащих среднего уровня и младшего звена отмечается соответствующее снижение охвата страхованием с 12 до 6% [Laing, Buisson, 1999]. Эти тенденции практически не изменились и в последнее десятилетие; наблюдалось незначительное увеличение охвата страхованием населения, принадлежащего к низшим социально-экономическим группам,

и людей старшего возраста, несмотря на введенные в 1990 г. налоговые льготы в случае приобретения ДМС страхователями 60 лет и старше (в 1997 г. эта мера была отменена) [Robinson, 1999]. Опросы по районам в 1996–1997 гг. показали, что в Большом Лондоне ДМС пользовались 11% жителей, в остальной части юго-востока страны — 14, на юго-западе — 10, в Шотландии — только 4% [Association of British Insurers, 2000].

По расчетным данным, 20% заболеваний, чаще всего встречающихся у людей, которым приходится долго ждать очереди на лечение в рамках Национальной службы здравоохранения, обуславливают до 60% обращений к ДМС [Natarajan, 1996]. В результате недавно проведенного исследования обнаружена прямая связь между длинными очередями в учреждения национальной службы здравоохранения и усилением спроса на ДМС, из чего следует, что люди связывают длинные очереди со снижением качества медицинской помощи [Besley, Hall, Preston, 1999]. Однако эта связь была гораздо сильнее выражена среди индивидуальных страхователей по сравнению с участниками коллективного ДМС, свидетельствуя о том, что последние менее требовательны к качеству государственной системы здравоохранения. Этот вывод немаловажен, учитывая, что подъем спроса на ДМС в странах Европейского союза в 1980-х и начале 1990-х гг. можно приписать значительному увеличению числа коллективных полисов. Кроме того, одно из прежних исследований показало, что районы с относительно высоким процентом добровольно застрахованного населения затрачивают меньше средств на сокращение очередей и что при одинаковом охвате в районах с населением с высокими доходами, по-видимому, также имеется возможность сократить эти очереди на лечение, предлагая ДМС. Таким образом, между величиной очереди и ДМС существует довольно сложная обратная взаимосвязь [Besley, Hall, Preston, 1998]. Исследования Беслея, Холла и Престона основываются на данных пятилетнего изучения общественного мнения в Великобритании [British Social Attitudes Survey], но поскольку в них не учитывается все многообразие факторов, которые могли повлиять на спрос на ДМС в этот период, результаты такого исследования нужно интерпретировать с осторожностью. Дальнейшие исследования не позволили обнаружить в Британии статистически значимой связи между спросом на ДМС и временем ожидания стационарного или амбулаторного обслуживания в целом, но выявило значимую связь между временем ожидания очереди на госпитализацию в 1996 г. и распространением индивидуального добровольного страхования в 1998 г. Таким образом, решение отдельных лиц приобрести страховку может быть связано с полученной ранее информацией о длительности ожидания очереди на обслуживание в местном учреждении здравоохранения [King, Mossialos, 2001].

Дальнейший анализ данных опросов показывает, что в то время, как владельцы полисов ДМС обычно не удовлетворены Национальной службой здравоохранения, их неудовлетворенность связана с более широкими

социально-политическими критериями, в соответствии с которыми упор делается на индивидуальную ответственность, принципы свободного рынка и автономность потребителя [Calnan, Cant, Crabe, 1993]. Исследование Проппера также подчеркивает, что спрос на ДМС в Великобритании во многом определяется убеждением политических лидеров в необходимости предоставить населению выбор между Национальной службой здравоохранения и обслуживанием в рамках ДМС с учетом состояния здоровья и дохода (Propper, 1993). Авторы другого исследования утверждают, что пользующиеся частной медицинской помощью и особенно владельцы полисов ДМС мало участвуют в решении задач социального равенства и увеличении ресурсов на цели Национальной службы здравоохранения [Burchardt, Hills, Propper, 1999].

В целом данные об очередях на медицинскую помощь и о ДМС в Великобритании неопределенны, и связь между ними неясна, учитывая, что списки очередников продолжают удлиняться, а охват населения ДМС сократился. Наиболее вероятное объяснение такого сокращения заключается в высокой стоимости страховых взносов, которая постоянно растет, обгоняя инфляцию. Хотя из недавних сообщений следует, что 40% пользующихся Национальной службой здравоохранения обеспокоены тем, что им предстоит ожидать своей очереди на лечение в течение ближайших нескольких лет, а также качеством этого лечения, число людей, приобретающих полисы ДМС, в настоящее время лишь незначительно превышает их количество в 1990 г., так как многие считают такую форму страхования слишком дорогостоящей [BBC, 2000]. Не исключено также, что приобретение полисов ДМС в Великобритании сокращается из-за того, что полное возмещение расходов на стационарное лечение заменено планами наличных выплат (НСР)⁸, а крупнейшие страховые общества приняли решение исключить возмещение платных коек Национальной службы здравоохранения, обосновывая это решение их высокой стоимостью и неудовлетворительным качеством обслуживания [Buck et al., 1997]⁹.

⁸ НСР весьма отличаются от традиционных полисов ДМС. Они предназначены для предоставления застрахованному лицу пособий в виде выплат наличными сумм, не облагаемых налогом, по многим видам лечения (включая пребывание в стационаре, офтальмологическую и стоматологическую помощь и некоторые альтернативные виды лечения, в частности гомеопатические и акупунктурные), возмещая фиксированный процент стоимости лечения с учетом установленного годового потолка, и пациенты могут использовать эту сумму по своему выбору. НСР завоевали популярность, поскольку выплаты производятся независимо от того, пользуется ли пациент национальной службой здравоохранения или частным обслуживанием. В целом эта система обходится гораздо дешевле, чем полисы ДМС. Величина взносов не зависит от возраста или места жительства; причем один взнос может распространяться на всю семью [Purworth, 2000]. Однако НСР не компенсирует затраты в полном объеме, и уровень наличных выплат по пособиям обычно не покрывает всей стоимости частных медицинских услуг.

⁹ Это решение стало следствием реформ в Национальной службе здравоохранения в 1989 г., главным результатом которой было взимание коммерческой цены за частные койки, что создало проблемы для многих страховых компаний.

1.4. Регулирование добровольного медицинского страхования в странах Европейского союза

В последние годы регулирование добровольного медицинского страхования становится важным аспектом страховой политики, главным образом под влиянием ряда директив Европейской комиссии, направленных на создание единого рынка страхования жизни и видов страхования, не включающих страхование жизни. В данном разделе приводятся последние нововведения в области регулирования на уровне ЕС.

1.4.1. Общие положения

До появления этих директив существовали две основные формы контроля над операциями по страхованию в государствах—членах ЕС: материальное регулирование и финансовое регулирование [Freeman, 1994]. Материальное регулирование основано на предположении о том, что если страховые компании эффективно контролируются по объявленному виду деятельности и уровню взносов, это позволяет исключить возможность банкротства. Такая форма применяется в Германии, где контрольный орган тщательно изучает страховые полисы, прежде чем они предлагаются на продажу, ограничивает конкуренцию цен с помощью принудительных тарифов и разрешает только компаниям, специализирующимся на страховании здоровья, действовать в сфере ДМС. Финансовое регулирование применяется в Великобритании и призвано обеспечить платежеспособность страховых компаний. Роль контрольного органа ограничивается детальным изучением финансовых поступлений. После введения директив Европейской комиссией регулирование сконцентрировалось на финансовом контроле [CEA, 1999].

Первое поколение директив, касающихся страхования (1973 г.), разрешало страховым компаниям организовывать филиалы и агентства в других государствах—членах ЕС [European Commission, 1973]. Координация правовых и финансовых положений облегчала аккредитацию. Второе поколение директив (1988 г.) реализовало принцип свободы в предоставлении страховых услуг, разрешив страховым компаниям предоставлять свои услуги в другом государстве, не формируя при этом филиала или своего агентства [European Commission, 1988]. Однако в этом случае страхованию подлежали лишь довольно незначительные риски, не требующие специальных условий, и ДМС было исключено из числа свободно предоставляемых услуг. Третье поколение директив достигло своей кульминации в 1992 г. (Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни) и предоставило страховщикам право охватить все риски, включая те, к которым относилось ДМС [European Commission, 1992].

1.4.2. Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни

Теоретически Третью директиву по видам страхования, не включающим страхование жизни, предстояло утвердить общенациональными законами государств—членов ЕС 1 июля 1994 г. Таким образом создавался единый рынок ДМС в Европейском союзе и завершался процесс экономической интеграции, начавшийся ранее в 1970-х гг.

Статья 5 этой директивы подтверждает, что страховые компании Европейского союза могут свободно:

- создавать филиал или агентство в любой стране Европейского союза (по установленным правилам);
- продавать свои полисы в любом государстве—члене ЕС в отсутствие филиала (по установленным правилам свободного предоставления услуг);

Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, вводила следующие важные изменения:

- единую систему для аккредитации и финансового контроля страховых компаний, включая их бизнес, осуществляемый с помощью филиала или путем свободного обеспечения услуг, со стороны государства—члена ЕС, в котором находится головное учреждение (контроль страны базирования) (статья 9.1);
- финансовый надзор, включающий проверку платежеспособности страхового общества, наличия технического обеспечения и активов, входящих в его состав, в соответствии с правилами или практикой страны базирования и условиями, утвержденными на уровне Сообщества (статья 9.2);
- отмену национального контроля за величиной страховых взносов и за одновременным уведомлением об условиях страховых полисов (статьи 29 и 39).

Статья 29 директивы гласит:

Государства-члены не должны принимать постановления, требующие предварительного утверждения или систематического оповещения об общих и специальных условиях полиса, ставок страховых взносов или форм и других отпечатанных документов, которые страховое общество намерено использовать в договорах с держателями полисов. Они могут только требовать периодического оповещения об условиях полиса и других документов в целях проверки соответствия с общенациональными правилами, регулирующими договоры о страховании, и такое требование не может служить преимущественным условием для ведения страхового бизнеса. Государства-члены не могут сохранять или вводить требование о предварительном оповещении, или предла-

гаемом повышении страховых взносов, или утверждении его за исключением тех случаев, когда речь идет об общей системе контроля за ценами [European Commission, 1992].

Согласно статье 39 директивы, это правило относится к государствам—членам ЕС, где расположен филиал или осуществляется страхование.

Руководствуясь прецедентным правом, Европейский суд (ECJ) [José García and others v. Mutuelle de Prévoyance Sociale d'Aquitaine and others] указывает, что страхование, монополизированное системой социального обеспечения того или иного государства, не подпадает под действие Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни [ECJ, 1996]. Эта директива относится ко всем другим видам страхования, а также к коммерческим и некоммерческим страховым обществам.

1.4.3. Общее благо

Правительствам больше не разрешено применять материальное регулирование в секторе страхования, поскольку это могло бы мешать конкуренции среди страховщиков. Следовательно, защита потребителя сводится теперь к финансовому контролю во избежание негативных последствий банкротства. Однако при определенных обстоятельствах государство—член ЕС может прибегнуть к понятию «общее благо», оправдав таким образом общенациональное регулирование. Статья 54.1 гласит:

В отсутствие других положений государство-член, в котором распространяющиеся (на медицинские риски) договоры могут служить частичной или полной альтернативой возмещению, предоставляемому государственной системой социального обеспечения, может потребовать, чтобы эти страховые договоры соответствовали специальным законоположениям, принятым этим государством-членом с целью защиты общего блага в данном классе страхования, и чтобы общие и специальные условия этого страхования были переданы компетентным органам до того, как они войдут в силу.

Декларативная часть № 24 этого документа указывает, какие виды мер государство может принимать с целью защиты общего блага.

Принимая во внимание, что с этой целью некоторые государства-члены выработали специальные законоположения; принимая во внимание, что с целью защитить общее благо возможно принять или сохранять такие законоположения при условии, что они неоправданно не ограничивают права страхового учреждения или его свободу в оказании услуг, ясно, что такие законоположения должны применяться одинаково, в каком бы государстве ни было зарегистрировано страховое предприятие; принимая во внимание, что законоположения разли-

чаются по характеру в соответствии с условиями каждого государства; принимая во внимание, что эти меры предусматривают открытое вовлечение населения и установку одинаковых тарифов в соответствии с типом полисов и пожизненным охватом; принимая во внимание, что эта цель может быть достигнута путем предъявления требования к учреждениям, предлагающим частное страхование здоровья или страхование здоровья на добровольной основе, продавать стандартные полисы, соответствующие схемам государственного социального обеспечения, с величиной страховых взносов не выше предписываемого максимума и участвовать в системе компенсации ущерба; принимая во внимание, что в качестве дальнейшего шага можно потребовать, чтобы частное медицинское страхование или добровольное страхование производилось на той же основе, что и страхование жизни [European Commission, 1992]¹⁰.

Таким образом, становится ясно, что, если замещающее ДМС начинает подменять предусмотренное законом обязательное медицинское страхование, представляя собой главное средство защиты определенных слоев населения, правительство может прибегнуть к защите общего блага, применяя или оставляя в силе правила охраны общественных интересов, пока они не создают неоправданных ограничений для прав страхового предприятия или свободы предоставления им услуг.

Концепция общего блага основывается на прецедентном праве Европейского суда, который никогда не давал определения этому понятию, предпочитая опираться на его меняющийся характер [European Commission, 2000a]. По этой причине «общее благо» не получило определения и в Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни. Отсутствие четкого определения приводит к путанице и осложняет отношения между Европейской комиссией, государствами-членами и страховыми компаниями [CEA, 1997; Mossialos, Le Grand, 1999].

В 2000 г. Европейская комиссия выпустила пояснительный документ, касающийся концепции общего блага [European Commission, 2000a]. В нем анализируется это понятие, появившееся на основании прецедентного права Европейского суда, и систематизируется сама доктрина, а также способы ее применения, когда речь идет о свободе организации предприятия и о свободе предоставления им услуг. В документе Европейской комиссии также очерчиваются рамки, в которых государство может применять концепцию общего блага, чтобы обеспечить соответствие с его собственными правилами, если страховые операции предполагается производить на его территории с помощью филиала страховой компании либо по принципу свободного пред-

¹⁰ Поскольку декларативная часть документа имеет юридическую силу в качестве вспомогательного средства при интерпретации, она проливает свет на намерения законодателя Сообщества.

ложения услуг. Страховщик, осуществляющий операции через филиал или свободным предложением услуг, по отношению к которому принимающее государство-член предъявляет требование о соблюдении правила, которое, по его мнению, представляет собой ограничение, может оспорить применение этой меры, если посчитает, что один из следующих шести критериев не удовлетворяется. Чтобы быть оправданной с точки зрения общего блага, общенациональная мера:

- не должна быть объектом предыдущих мероприятий по гармонизации в рамках Сообщества;
- не должна иметь дискриминационный характер;
- должна быть вызвана императивными факторами, имеющими отношение к общему благу (такими, как защита интересов потребителя, предупреждение мошеннических действий, согласованность системы налогов или защита интересов работающих);
- должна быть обусловлена объективной необходимостью;
- не должна дублировать правила страны базирования;
- должна быть адекватна по масштабам преследуемой цели.

В документе указывается, что директива не дает определения понятию общего блага, чтобы обеспечить возможность оценить соответствие местному законодательству той или иной общенациональной меры, принимаемой в не подвергавшемся процессу гармонизации районе на уровне Сообщества и ограничивающей свободу предпринимательства и свободу предоставления услуг. В районах, где не проводилась гармонизация, уровень фактора, который рассматривается как общее благо, зависит прежде всего от оценки государствами-членами и значительно варьируется от страны к стране, формируясь под воздействием национальных традиций и целей страны. Таким образом, необходимо соотносить его с прецедентным правом Европейского суда. Несмотря на все попытки пояснить, когда и как государства-члены ЕС могут применять понятие общего блага, страховые компании продолжают высказывать неудовлетворенность отсутствием четкости в данном вопросе (см. 5.3.3) [CEA, 2001; BUPA Limited, 2001].

1.4.4. Дальнейшие последствия введения Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни

Инициативы, преследующие цели гармонизации, являются необходимой предпосылкой для формирования единого рынка страхования, однако они могут создавать проблемы для государств-членов, которые стремятся найти компромисс между дерегулированием и защитой прав потребителя. Страна базирования, благодаря своему эффективному контролю, устраняет право других государств-членов осуществлять регулирование в секторе здравоохранения. Кроме того, риск обратной дискриминации может побуждать страны

со строгими правилами сократить введенные ограничения, что приводит к гармонизации с наименьшим общим знаменателем. Контроль в стране базирования также заставляет задуматься над тем, в какой степени органы надзора способны осуществлять наблюдение за деятельностью страховых компаний из третьих стран?

По мнению Европейской комиссии, создание единого рынка страхования в конечном счете направлено на предоставление потребителю более широкого выбора продуктов страхования и увеличение конкуренции между страховыми компаниями [European Commission, 1997]. Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, лишила законной силы регулирование цен и продукции в сфере страхования в надежде, что конкуренция послужит во благо потребителю, снизив цены и расширив выбор. Однако в настоящее время нельзя однозначно утверждать, что эти ожидания сбывались. Современный подход Европейского союза к регулированию рынка центров ДМС сконцентрирован на их платежеспособности. Тем не менее учитывая недостатки, присущие рынкам ДМС [Barq, 1992], можно утверждать, что определение оптимальной степени контроля в зависимости от рынка противоречит задаче обеспечения стабильной и прочной финансовой системы. Последствия появления Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни, обсуждаются далее в подразделе 5.3.

РАЗДЕЛ 2

РЫНОК ДМС В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Задачи данного раздела состоят в том, чтобы:

- представить классификацию разных видов ДМС, существующих в странах ЕС;
- дать достаточно подробное описание замещающего ДМС в Бельгии, Германии и Нидерландах;
- представить описание страховых пособий, которые дает расширенное и параллельное ДМС;
- рассмотреть структуру рынка ДМС по типам страховщиков и характеристикам потребителей;
- рассмотреть деятельность рынков ДМС в плане установления страховых взносов, критериев отбора страхователей, условий, оговариваемых в полисах, и предоставления страховых выплат;
- рассмотреть издержки потребителей (величина страховых взносов и влияние налоговых льгот);
- рассмотреть издержки страховщиков (выплаты и административные расходы).

Следует подчеркнуть, что системы ДМС в разных странах действуют неодинаково, поэтому сравнительные данные и информацию, представленные здесь, следует интерпретировать в контексте той системы здравоохранения, к которой анализируемое ДМС относится.

2.1. Виды ДМС в странах Европейского союза

В этом разделе предполагается представить всестороннее описание замещающего ДМС в Бельгии, Германии и Нидерландах, поскольку дальнейшее рассмотрение структуры рынка страхования и его деятельности будет сконцентрировано главным образом на расширенном и параллельном ДМС. Часть представленной в этих разделах информации относится ко всем трем видам ДМС (замещающему, расширенному и параллельному), тогда как некоторые данные касаются исключительно расширенного и параллельного ДМС. По возможности мы стремились провести четкую границу между замещающим ДМС, с одной стороны, и расширенным и параллельным ДМС — с другой.

Однако такое разделение удастся провести не всегда. Информации о расширенном и параллельном страховании в Германии и Нидерландах немного, по-видимому, из-за того, что в этих государствах широко распространено замещающее ДМС.

ДМС можно классифицировать по-разному, как это видно из многочисленных определений, которые используются в настоящее время. Традиционно в литературе по этому вопросу различают страхование, которое *дублирует* систему обязательного страхования населения, и страхование, которое является *главным* средством защиты некоторых слоев населения [Couffinal, 1999]. Применительно к странам ЕС мы считаем более правильным классифицировать ДМС следующим образом:

- *замена* той компенсации затрат, которая могла бы быть произведена государством;
- дополнительная оплата услуг, исключенных из списка компенсируемых в рамках обязательного страхования или не полностью оплачиваемых им (включая возмещение совместных платежей, установленных системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения), т. е. *расширение* услуг, подлежащих страхованию;
- *параллельное* возмещение с целью более быстрого обслуживания и расширения выбора услуг.

2.1.1. Замещающее ДМС

Замещающее ДМС в небольшом количестве государств-членов ограничено отдельными группами населения¹¹. Им могут воспользоваться:

- те, кто *исключен* из некоторых или всех аспектов обязательного медицинского страхования;
- те, кто *освобожден от уплаты взносов* в систему государственного медицинского страхования, поскольку предоставлена возможность выхода из нее.

Возможность приобретать замещающее ДМС определяется доходом (в Германии и Нидерландах), статусом занятости (лица, работающие не по найму, в Австрии, Бельгии, Германии) или родом занятий (представители определенных профессий в Австрии).

¹¹ Международная ассоциация взаимного страхования (Association Internationale de la Mutualité, AIM) определяет замещающее ДМС как ДМС, «возмещающее медицинские расходы лицам, исключенным из системы обязательного страхования или освобожденным от взносов в нее» [Association Internationale de la Mutualité, 2001]. СЕА отмечает, что замещающее ДМС «существует только в тех государствах-членах, где страхование здоровья производится полностью или частично за счет системы социального обеспечения [Comité Européen des Assurance, 2001b].

Ниже перечислены группы людей, не охваченных системой государственного медицинского страхования.

- **Нидерланды.** Лица, зарабатывающие более 30 700 евро в год (в 2002 г.), исключены из системы обязательного медицинского страхования, компенсирующей стоимость амбулаторной помощи и стоимость первого года стационарной помощи (в 1999 г. — 28,9% населения) [Vectis, 2000].
- **Бельгия.** Лица, работающие не по найму, исключены из охвата обязательным медицинским страхованием, возмещающим стоимость помощи в случаях малых рисков.
- **Германия.** Лица, работающие не по найму, исключены из системы обязательного медицинского страхования, если они ранее не были включены в эту систему, кроме тех, кто подпадает под принудительное страхование, предусматривающее гарантированное медицинское обслуживание (в частности, фермеры).

Исключены также работающие и вышедшие на пенсию служащие государственных учреждений, поскольку большую часть медицинских расходов им компенсирует государство, и ДМС им требуется только для возмещения оставшейся части. Поэтому они приобретают не замещающую, а расширенную добровольную страховку.

- **Испания.** Система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения, не распространяется на 1% населения (например, на независимых юристов). В 1998 г. около 60% таких лиц приобрели полисы замещающего ДМС (на них пришлось 6% всех средств, затраченных на ДМС). Судя по данным опроса, такие страхователи обычно имеют высокий доход и высшее образование [Rodriguez, 2001].
- **Франция.** Полисы замещающего ДМС приобретают лишь несколько сотен трансграничных работников [Sandier, Ulmann, 2001].

Следующие группы лиц освобождены от уплаты соответствующих взносов, если они принимают решение выйти из системы обязательного медицинского страхования.

- **Германия.** Служащие, зарабатывающие более 40 000 евро в год (около 20% населения) [Busse, 2001].
- **Австрия.** После пересмотра в 1999 г. закона о социальном обеспечении некоторые группы лиц, работающих не по найму (в частности, ветеринары, нотариусы и священники), получили право выйти из системы обязательного медицинского страхования, если их профессиональные организации могут приобрести для них полисы замещающего ДМС. В настоящее время число людей, охваченных этим видом ДМС, невелико (только 0,2% населения) [Hofmarcher, 2001].

Замещающее ДМС в Австрии, Франции и Испании играет маргинальную роль и не будет рассматриваться далее в этом исследовании, которое посвящено гораздо более широким слоям населения в Бельгии (9,5%), Германии (около 20%) и Нидерландах (приблизительно 28,9%). Замещающее ДМС в этих государствах-членах будет рассмотрено ниже более подробно.

Замещающее ДМС в Бельгии

Система обязательного медицинского страхования в Бельгии RIZIV–INAMI (Государственного института страхования по болезни или инвалидности (Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering) / Национального института медицинского страхования по инвалидности Бельгии (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité)), не распространяется на лиц, работающих не по найму, с малыми рисками. Малый риск определяется как состояние, требующее амбулаторной помощи (например, посещение врача общей практики или специалиста), покупка лекарственных средств, уход за больным (услуги сиделки или медсестры), большинство видов физиотерапии, стоматологическая помощь или малые хирургические вмешательства [AIM, 1999].

Лица, работающие не по найму, составляют 9,5% бельгийского населения. Если они хотят получить компенсацию за медицинскую помощь при невысокой степени риска, они должны приобрести полис замещающего ДМС. Замещающее ДМС для лиц, работающих не по найму, предоставлено обществом взаимного страхования (*mutualité*) или коммерческими страховыми обществами, однако в настоящее время этот вид страхования полностью сосредоточился в руках первых. Общества взаимного страхования предоставляют замещающее ДМС 742 552 лицам, работающим не по найму (76% всех лиц этой категории и 7,1% всего населения) [Hermesse, 2001]. Остальные 24% работающих не по найму, не охваченных замещающим ДМС, должны платить за медицинскую помощь (при малых рисках) наличными из своего кармана. Предполагается, что эти люди не приобретают страховку, поскольку они молоды, здоровы и благополучны либо не могут ее себе позволить по финансовым соображениям [Hermesse, 2001].

Между предоставлением замещающего ДМС обществами взаимного страхования и коммерческими страховыми компаниями есть две ключевые разницы [Hermesse, 2001].

Страховые выплаты, предоставляемые обществами взаимного страхования, четко определены государством: они обязаны возмещать стоимость всего обслуживания при малых рисках, исключенного из возмещения RIZIV–INAMI, тогда как коммерческие страховые компании таких обязательств не имеют.

Общества взаимного страхования получают от государства субсидии на этот вид ДМС, тогда как коммерческие страховщики таких субсидий не получают. Субсидии предназначены облегчить работающим не по найму приобретение ДМС.

Разные общества взаимного страхования предлагают одинаковое по содержанию возмещение, и лица, работающие не по найму, получают то же возмещение, что и предоставляемое RIZIV–INAMI, а следовательно, к ним относятся те же совместные платежи. Тем не менее обществам разрешается взимать разные страховые взносы, что обеспечивает определенный уровень конкуренции. Величина взносов зависит от таких факторов, как возраст, размер семьи, число иждивенцев, рабочая занятость и статус занятости. Взносы варьируются следующим образом [Hermesse, 2001]:

- для одного человека 25 лет, застрахованного с 20 лет, — от 17 до 59 евро в месяц;
- для главы семьи, имеющего трех иждивенцев и застрахованного с 20 лет, взнос колеблется от 33 до 84 евро в месяц;
- для 70-летнего главы семьи, находящегося на пенсии и имеющего супругу (или супруга), застрахованного с 40 лет, взнос может составлять от 33 до 89 евро в месяц.

Один раз в год взносы могут корректироваться компетентными органами общества взаимного страхования. Только лица, работающие не по найму, не достигшие 50 лет, могут приобретать замещающее ДМС. Некоторые страховые общества требуют от потенциальных клиентов заполнить медицинский опросник.

Коммерческие страховщики более свободно выбирают уровни охвата и ставки возмещения медицинских расходов лицам, работающим не по найму. Так, например, одно коммерческое общество предлагает возмещение, равное 80% тарифа RIZIV–INAMI [Hermesse, 2001]. Стоматологическое лечение оплачивается дополнительно, хотя некоторые коммерческие компании часто обеспечивают возмещение расходов на медицинское обслуживание сверх тех, которые предусмотрены состоянием при малых рисках, в частности на акупунктуру и гомеопатическое лечение. Взносы варьируются в зависимости от возраста и пола страхователя.

В январе 2001 г. была образована рабочая группа, состоящая из старших государственных чиновников; она под руководством одного из ученых должна была изучить социальное обеспечение лиц, работающих не по найму, в Бельгии. Ее вывод состоял в том, что этот контингент должен быть включен в систему обязательного медицинского страхования от малых рисков либо обязан по закону приобретать полисы замещающего ДМС [Cantillon, 2001].

Замещающее ДМС в Германии

Здравоохранение в Германии в основном финансируется за счет взносов, производимых работающими по найму и работодателями, и обеспечивается системой государственного медицинского страхования (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV).

Замещающее ДМС приобретают две группы населения:

- лица, работающие не по найму, на которых не распространяется GKV (если они ранее не были включены в эту систему), кроме тех, на кого распространяется принудительное GKV, например фермеры;
- служащие, зарабатывающие больше, чем предусмотрено для максимальных взносов в GKV, которая индексируется по максимуму для пенсионеров с 1971 г.; в 2001 г. он составлял 3 336 евро в месяц для старых и новых районов (западных и восточных частей страны), но ранее в новых районах потолок был приблизительно на 511 евро ниже [PKV, 2000].

Характеристика рынка

Замещающее ДМС в Германии предоставляется 52 компаниями, объединившимися в Германскую ассоциацию компаний частного медицинского страхования (Verband der privaten Krankenversicherung, PKV). Все они специализируются на медицинском страховании; по закону замещающее ДМС запрещено продавать в сочетании с каким-либо другим видом страховки.

Спрос на замещающее ДМС в Германии

Служащие, зарабатывающие более 40 000 евро в год, могут выбрать, выйти ли им из системы GKV и приобрести замещающее ДМС, или продолжать пользоваться системой GKV [Busse, 2000a]. Менее одной четвертой таких служащих предпочитают выйти из системы государственного медицинского страхования и купить замещающее ДМС, большинство же (77%) предпочитает оставаться в системе GKV. Хотя она распространяется на 88% населения Германии, 16% ее членов (около 14% всего населения) являются добровольными членами GKV. Это высокооплачиваемые служащие, не желающие выходить из системы государственного медицинского страхования [Busse, 2000a].

Общее число владельцев полисов замещающего ДМС увеличилось с 4,2 млн в 1975 г. до 7,3 млн в 1999 г. (9% населения) [PKV, 2000]. В период между 1991 и 1999 гг. это увеличение составило 16%. Около половины пришлось на население в новых землях, впервые приобретающее такую страховку (поскольку это было невозможно до 1991 г.). Рост числа страхователей в старых землях был гораздо менее выраженным и составил 9–10% населения [Busse, 2001].

Около половины страхователей—обладателей полисов ДМС принадлежат ко второй группе высокооплачиваемых служащих; остальные — лица, работающие не по найму (и работающие или вышедшие на пенсию государственные служащие, которые претендуют только на дополнительную компенсацию расходов, но, тем не менее, включены в число людей, охваченных ДМС). В 1999 г. на детей (возрастная группа не старше 15 лет) приходилось 15,3% полисов замещающего ДМС, на мужчин — 52,7%, на женщин — 32% [PKV, 2000]. Охват замещающим ДМС также различается по районам; данные за 1992 и 1993 гг. свидетельствуют, что только 4,4% обладателей полисов замещающего ДМС (и 0,8% имеющих полисы расширенного и параллельного ДМС) — жители

новых земель [PKV, 1994]. Эта разница сохранилась и сейчас: в апреле 1999 г. общий охват составлял 8,9%, причем 10,1% приходились на старые земли и только 3,6% — на новые [Busse, 2000b]. Почти все полисы замещающего ДМС принадлежат отдельным лицам, а не группам страхователей.

Процедура отбора клиентов

Страховые взносы рассчитываются в зависимости от уровня охвата, который необходимо достигнуть; кроме того, учитывается степень риска, возраст заключающего договор, пол и состояние здоровья страхователя в момент подписания договора. Страховка по ранее перенесенным болезням не включается в договор, если о них известно в момент подписания, но они не названы страхователем; объявленные страхователем состояния включаются в договор, но это, как правило, сказывается на величине взноса [Busse, 2001].

Предоставляемое возмещение расходов

Для полного возмещения медицинских расходов человек, приобретающий замещающую страховку, вынужден будет купить несколько разных полисов, так как компенсация затрат на стоматологическую и амбулаторную помощь иногда предлагается отдельно от возмещения расходов на госпитализацию. И хотя обладатель замещающего ДМС обычно получает те же преимущества, что и обеспечиваемые GKV, объем предоставляемой компенсации зависит от того, какие полисы он приобретает [Busse, 2001]. Следует отметить, что, поскольку компании, занимающиеся добровольным страхованием, непосредственно конкурируют с государственным сектором, полисы ДМС включают несколько видов страхования, что обеспечивает клиентам большие удобства, более быстрое обслуживание в медицинских учреждениях и более широкий выбор медицинских учреждений.

Условия полисов

GKV автоматически включает страхование иждивенцев, в то время как полисы замещающего ДМС распространяются только на одно лицо; иждивенцы должны приобретать отдельные полисы и отдельно платить страховые взносы. Таким образом, размер семьи становится решающим фактором, когда речь идет о выборе между обязательным и добровольным медицинским страхованием [Schneider et al., 1992; Schneider, 1995]. В результате замещающее ДМС больше привлекает молодых людей, не имеющих иждивенцев [Busse, 2000a], а на GKV приходится непропорционально большое число пожилых страхователей, людей, имеющих большие семьи, и лиц со слабым здоровьем [Rupprecht, Tisot, Chatel, 2000].

Страховые взносы

Работодателям разрешено вносить до 50% взносов служащих (как в GKV), но эта сумма ограничена средним максимумом взносов в GKV; таким образом, страхователь сам оплачивает любые дополнительные расходы [Bundes-

aufsichtsamt für das Versicherungswesen 2001; Busse 2001]. Работодатели могут участвовать в полисах замещающего ДМС только в том случае, если они предлагаются страховщиками, специализирующимися на медицинском страховании.

Правительство Германии требует от компаний добровольного медицинского страхования в техническом плане действовать так же, как компании по страхованию жизни. Это означает образование резервов для выплат в пожилом возрасте и запрещение прерывания договора. В результате такой политики взносы в замещающее ДМС не возрастают, по мере того как люди становятся старше. Однако существует оговорка, разрешающая увеличивать взносы при несоответствии цен, которые взяты в основу при расчете взносов, истинным ценам предоставляемых медицинских услуг, что раньше вело к резкому увеличению взносов с увеличением возраста страхователей.

Несмотря на то что общества добровольного медицинского страхования придерживаются стратегии, подчеркивающей преимущества такого страхования, многие считают, что замещающее ДМС обходится дороже, чем GKV [Natarajan, 1996]. Это неудивительно, если учесть, что в целом взносы в ДМС (все виды ДМС, включая замещающее, возмещение стоимости длительного лечения, потери заработка, суточного пребывания в стационаре и расширенное и параллельное страхование) возрастали в реальном выражении на 5,2% в год в период между 1993 и 1999 г. и, по-видимому, будут продолжать расти и в 2004 г. [Datamonitor, 2000a; Datamonitor, 2000b]. Между 1994 и 1998 г. общие расходы на здравоохранение росли гораздо медленнее — в среднем на 2,7% в год (индексация GDP) (см. табл. 15) [OECD, 2000]. Начиная с 1994 г. совокупный годовой рост взносов в систему замещающего ДМС снизился на 2,9%, тогда как для всех остальных типов ДМС этот показатель был равен 8,8% [Datamonitor, 2000b]. Судя по имеющимся данным, это в основном объясняется тем фактом, что многие страховщики были вынуждены компенсировать рост взносов за счет собственных резервов, чтобы развивать свой бизнес и не отпугивать общественность слишком высокими ценами, поскольку в первой половине 1990-х гг. компании добровольного страхования попали под огонь критики за взимание необоснованно больших взносов с клиентов старшего возраста [Datamonitor, 2000b].

Налоговые льготы

Взносы в систему ДМС вычитаются из облагаемого налогом дохода, как и взносы по другим видам страхования, с определенными ограничениями, однако эти вычеты не создают значительного стимула к приобретению ДМС, так как эти ограничения меньше для тех, кто покупает полисы замещающего ДМС (т.е. ограничения уменьшаются по мере увеличения дохода), а те, кто заинтересован в расширенном или параллельном ДМС, вынуждены превышать установленный максимум, поскольку они уже платят взносы в GKV.

Порядок возмещения затрат

Компании, предоставляющие замещающее ДМС, обеспечивают возмещение расходов чаще всего наличными средствами, и страхователи платят по своим счетам непосредственно медицинскому учреждению, после чего страховщики возмещают их затраты [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]; при этом они предлагают разные варианты возмещения: можно получить полную компенсацию (100%) или выплаты по совместному страхованию разного порядка, а некоторые полисы, компенсирующие расходы на амбулаторную помощь, дают право на разные вычеты из налогов [Datamonitor, 2000b].

Расходы

Несмотря на утверждения страховщиков о том, что большая прозрачность затрат, связанная с оплатой расходов пациентов наличными средствами, предпочтительнее, чем поощрение в натуральной форме, так как улучшает положение с подотчетностью в отношении 5 858 медицинских пособий и льгот [Schneider, 1995; CEA, 1997], расходы на здравоохранение в секторе замещающего ДМС не перестали повышаться. В последние 10 лет на обладателей полисов замещающего ДМС затрачивается в среднем на 40% больше, чем в системе GKV, и почти в два–три раза больше на амбулаторную помощь, стоматологическое лечение и лекарственные средства [Busse, 2000a]. Вероятное объяснение такого расширенного роста затрат ДМС может заключаться в том, что медицинским учреждениям было разрешено брать со своих пациентов, имеющих добровольную страховку, плату, в 1,7 или 2,3 раза превышающую величину возмещения, установленную в прайс-листе для частных медицинских служб, который был утвержден Федеральным министерством здравоохранения, а иногда даже больше [Busse, 2000a]. В результате для некоторых пациентов доступ в учреждение здравоохранения может быть закрыт, хотя в настоящее время медицинским учреждениям не разрешено брать взнос, более чем в 1,7 раза превышающий сумму, установленную для стандартной ставки [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001].

Государственная политика и регулирование

Правительство Германии было вынуждено существенно вмешаться в рынок замещающего ДМС. Резкое повышение величины взносов для людей старшего возраста в начале 1990-х гг. заметно сказывалось на GKV, так как молодежь выбирала замещающее ДМС, а затем, когда для них этот вид страхования становился слишком дорогостоящим (в силу возраста или состояния здоровья), страхователи стремились вернуться в систему GKV [Wasem, 1995]. В 1994 г. правительство предприняло шаги к изменению этой тенденции, заявив, что переход в систему замещающего ДМС будет необратимым для людей 65 лет и старше, даже если их доход окажется ниже соответствующего потолка взносов [Busse, 2000a]. Недавний Закон о социальном страховании здоровья 2000 г.

ввел еще более строгие правила, сократив возрастную границу возвращения в GKV до 54 лет [CEA, 2000].

Также в 1994 г. правительство потребовало от обществ, занимающихся добровольным страхованием здоровья, придерживаться стандартных тарифов (Standardtarif), предлагая полисы замещающего ДМС людям 65 лет и старше, добровольно застрахованным в течение по крайней мере 10 лет, и (с 2000 г.) людям 55 лет и старше, добровольно застрахованным в течение по крайней мере этого же периода, если их доход не соответствует потолку взносов. Стандартные условия предусматривают пособия, совпадающие с выплатами в GKV, и гарантируют положение, при котором взносы не превышают среднего максимума в GKV (в 1,5 раз больше взноса, установленного для семейных пар) [CEA, 1997]. В настоящее время, однако, очень немногие прибегают к такой возможности (только 1161 человек в 1998 г. и 1407 в 1999 г.) [PKV, 2000].

В 2000 г. правительство занялось проблемой неточностей в расчетах величины взносов и неадекватности резервов для выплат в пожилом возрасте. С 1 января 2001 г. на все новые полисы замещающего ДМС была введена наценка, составляющая до 10% всей величины взносов, которая вошла в общий рисковый пул (для каждого страховщика) [Datamonitor, 2000a]. Нынешние страхователи должны платить дополнительно 2% в год в течение 5 лет [Datamonitor, 2000b]. Таким образом страхователи обеспечивают себе отсутствие повышения страховых взносов к тому времени, когда они достигнут 65 лет. Вновь застрахованные лица, не считающие нужным оплачивать эту наценку, рискуют столкнуться с необходимостью платить значительно большие взносы при достижении ими пожилого возраста. Закон также оговаривает, что дополнительные средства, полученные применением процентной ставки к фондам, созданным благодаря введению этой наценки, должны быть переданы застрахованным и использованы в целях ограничения роста взносов с возрастом страхователей [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]. Побочный эффект накопления резервных средств для этого заключается в неблагоприятных для добровольного страхователя последствиях смены им страхующей компании, ибо резервные фонды нельзя перевести от одной страховой компании в другую, следовательно, при перемене компании пришлось бы платить более высокий начальный взнос [Busse, 2001].

В целях защиты интересов потребителя Закон о социальном страховании здоровья 2000 г. требует, чтобы общества добровольного страхования информировали потенциальных претендентов на замещающее ДМС о вероятности увеличения страховых взносов, о возможности ограничения их роста с увеличением возраста и необратимости решения выйти из системы GKV [CEA, 2000; Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]. Компании, занимающиеся добровольным страхованием, обязаны также информировать держателей полисов о возможности перейти на другой тариф в случае увеличения взносов, а страхователям в возрасте 60 лет и старше переключиться на стандартный

тариф или другую категорию, предусматривающую одинаковые выплаты, но более низкие взносы [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001].

После появления Третьей директивы видов страхования, не включающих страхование жизни, правительство больше не берет на себя ответственность за утверждение величины взносов и условий полисов, но все же требует, чтобы условия замещающего ДМС были представлены Федеральному контрольному бюро по сектору страхования (под эгидой Федерального министерства финансов), прежде чем они будут введены в действие, и каждый раз, когда они подвергаются изменениям. Контрольный орган следит за тем, чтобы эти условия соответствовали минимальному стандарту, установленному законом о контроле за страховыми предприятиями, и другим правилам, касающимся общих интересов в этом классе страхования. Требования о проверке условий страхования относятся как к страховым предприятиям, зарегистрированным в Германии, так и к иностранным компаниям, желающим предложить замещающее ДМС населению этой страны. Страховые общества первой группы должны также представлять расчеты по взносам Федеральному контрольному бюро по сектору страхования, которое сопоставляет эти расчеты с содержанием законодательства, охраняющего интересы страхователей, и контролирует возможность выполнения условий страхового договора в течение жизни последних. Любые изменения в условиях полисов и величине страховых взносов должны быть согласованы с независимым доверительным лицом.

Замещающее ДМС в Нидерландах

Страхование здоровья в Нидерландах

Голландская система здравоохранения работает на трех уровнях [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000a].

Первый уровень представляет собой универсальную, установленную законом систему (известную как Закон о чрезвычайных медицинских расходах — *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*), которая обеспечивает страховое пособие в натуральной форме всем жителям Нидерландов, понесшим особые медицинские расходы в связи с дорогостоящей, не подлежащей страхованию долгосрочной помощью, такой, например, как уход в больницах (после первых 365 дней) или домах престарелых, помощь при психических заболеваниях и по инвалидности. Эта система финансируется из предусмотренных законом специальных фондов на случай болезни и за счет обществ добровольного страхования. Уровень возмещения и страховых взносов, соотносимых с доходом, устанавливается государством.

Второй уровень голландской системы здравоохранения (известный как Закон о фондах медицинского страхования — *Ziekenfondswet, ZFW*) появился в соответствии с Законом о медицинском страховании: все те, кто соответствует определенным критериям, автоматически подлежат страхованию.

ZFW распространяется на первый год госпитализации, врачебное обслуживание, назначаемые врачом лекарственные средства, некоторые виды физиотерапии и основную стоматологическую помощь (опять же возмещение производится в натуральной форме). Компенсация осуществляется за счет установленных государством фондов на случай болезни, и, хотя этим фондам разрешается устанавливать собственные дополнительные взносы по единой ставке, сами критерии, уровень возмещения и страховые взносы с учетом дохода формулирует государство. Под действие ZFW попадают следующие группы:

- служащие — жители Нидерландов в возрасте до 65 лет, зарабатывающие менее определенной суммы (в 2002 г. — 30 700 евро);
- жители Нидерландов, живущие на пособия от государства;
- лица, работающие не по найму, в возрасте до 65 лет (с 2000 г.), застрахованные в соответствии с Законом о доступе к медицинскому страхованию (для работающих не по найму) (WTZ), чей облагаемый налогами доход составляет менее 18 700 евро в год (2000 г.);
- лица, на которых распространяется действие данного закона, когда они достигают 65 лет;
- лица, на которых не распространяется действие данного закона, когда они достигают 65 лет, если их годовой семейный доход не достигает определенного уровня [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000a].

Третий уровень голландской системы здравоохранения опирается на расширенное и параллельное ДМС.

Спрос на замещающее здравоохранение в Нидерландах

На лиц, зарабатывающих более 30 700 евро в год, ZFW не распространяется, и они по своему желанию могут приобрести полис замещающего ДМС, и, хотя это не является обязательным, большинство людей так и поступает. В 2000 г. только 1,6% населения не имели полиса ни обязательного, ни добровольного страхования. По сообщению Бюро общественной информации голландского Министерства здравоохранения, благосостояния и спорта, большинство незастрахованных составляли бездомные, хотя некоторые отказывались от такой возможности по принципиальным соображениям [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000b]. Некоторые государственные служащие также не пользуются ZFW, они страхуются по отдельной схеме обязательного медицинского страхования (Publiekrechtelijke ziektekostenverzekering, PZV), очень напоминающей ZFW [Maarse, 2001].

В 2000 г. 24,7% населения приобрели замещающее ДМС, в то время как в 1990 г. их доля составляла 27,2% (см. табл. 7) [Vektis, 2000]. Рынок замещающего ДМС весьма чувствителен к изменениям ZFW. Так, например, если критерии соответствия ZFW расширяются, рынок замещающего ДМС соответственно сужается. Замещающее ДМС приобретают как отдельные лица, так и

**Доля населения, охваченного обязательным и добровольным страхованием
здоровья в Нидерландах в 1990 и 2000 гг. (%)**

Система страхования здоровья	Год	
	1990	2000
AWBZ	100,0	100,0
ZFW	61,5	64,6
Замещающее ДМС	27,2	24,7
WTZ	5,1	4,2
PZV	5,6	4,9
Охвачены только AWBZ	1,6	1,6

Источник. Vektis, 1993; Vektis, 2000.

группы лиц. В последние 10 лет быстро вырос рынок коллективных полисов, приобретаемых компаниями; по расчетным данным, в настоящее время более 50% полисов куплены целыми коллективами.

Схема Закона о доступе к медицинскому страхованию (WTZ)

Закон о доступе к медицинскому страхованию (Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen, WTZ), принятый в 1986 г., появился вследствие большого дефицита после отмены двух добровольных схем ZFW (одна из этих схем была предназначена для пожилых людей, другая — для лиц, работающих не по найму). WTZ гарантирует доступность замещающего ДМС для особых групп населения. Поначалу эта система была разработана для обладателей замещающего ДМС старше 65 лет и более молодых лиц, работающих не по найму, которым было трудно приобрести замещающее ДМС из-за ранее существовавших заболеваний, но в настоящее время она охватывает и другие группы, в частности студентов, чьи родители участвуют в ZFW. Этот закон позволяет правительству определять уровень возмещения и величину фиксированных взносов для стандартных пакетов страхования, которые обеспечивают аналогичное возмещение для ZFW. В 1999 г. этот взнос был установлен на уровне 1 135 евро в год для лиц до 65 лет и 1 275 евро для лиц в возрасте 65 лет и более [Vektis, 2000]. В отличие от обязательного страхования, однако, стандартный полис не распространяется на иждивенцев страхователя, которые должны быть застрахованы отдельно. Другое существенное отличие от ZFW состоит в том, что затраты теперь должны возмещаться, а не оплачиваться напрямую [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000a]. В 2000 г. WTZ охватывало 4,2% населения (см. табл. 7).

За учащихся детей в возрасте до 18 лет и в возрасте между 18 и 27 годами, включенных в полис главного страхователя, платят только половину взноса, который установлен для главного держателя полиса.

WTZ осуществляется обществами добровольного страхования. Поскольку фиксированный взнос WTZ покрывает лишь половину стоимости полиса,

предусматривающего стандартный пакет страхования, страховая компания получает полную компенсацию от центрального уравнительного фонда, который финансируется ежегодными общими платежами, поступающими от всех владельцев замещающего ДМС. Эти выплаты в настоящее время составляют 117,12 евро в год для детей до 19 лет включительно и 234,24 евро для лиц от 20 до 64 лет.

Начиная с 1985 г. замещающее ДМС уступило 17% своего рынка WTZ. Однако на самом деле эта утрата доли рынка принесла пользу компаниям добровольного страхования, так как они стали убеждать клиентов с высокими рисками включиться в WTZ (в котором они также участвуют), и до недавнего времени стоимость медицинского обслуживания для всех застрахованных в рамках WTZ компенсировалась путем субсидий из центрального уравнительного фонда. В результате уровень финансового риска со стороны компаний добровольного страхования был чрезвычайно низок. Недавно правительство уменьшило финансовый стимул, побуждавший страховщиков направлять клиентов, принадлежащих к группам высокого риска, в систему WTZ: страховые компании теперь должны оплачивать полностью стоимость медицинского обслуживания членов WTZ, не достигших 65 лет (т.е. затраты на медицинскую помощь людям до 65 лет больше не субсидируются из центрального уравнительного фонда).

Акт о совместном финансировании избытка пожилых людей в схеме медицинского фонда (MOOZ)

ZFW страхует непропорционально большое число пожилых людей (см. табл. 8). В целях компенсации все обладатели полисов замещающего ДМС обязаны ежегодно платить в ZFW в совокупности 40,80 евро (от 0 до 19 лет), 81,60 (от 20 до 64 лет) и 65,28 евро (от 65 лет и старше) [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000a]. Эта система известна как схема MOOZ.

Характеристики рынка

Общества добровольного страхования в Нидерландах работают как на коммерческой, так и на некоммерческой основе. Некоторые из них специализируются на страховании здоровья, другие входят в широкие объединения, предлагающие и другие виды страхования. В 1999 и 2000 гг. компании, занимающиеся добровольным страхованием, претерпели значительный дефицит бюджета — 198 млн евро и 214 млн евро соответственно. ДМС нередко возглавляет список по потерям, в то время как другие виды страхования бывают более прибыльными [Vektis, 2000].

Предоставляемые пособия и льготы

Компании добровольного страхования имеют право произвольно устанавливать размер пособий и льгот в рамках замещающего ДМС, от них не тре-

**Возрастное распределение страхователей в ZFW, замещающем ДМС и WTZ
в Нидерландах в 2000 г.**

Возраст (годы)	Население (%)	ZFW (%)	Замещающее ДМС+WTZ (%)
0–19	24,4	21,3	30,9
20–64	62,0	63,4	59,0
65+	13,6	15,2	10,1

Источник. Vektis, 2001.

буется предоставлять стандартный пакет. В целом, однако, они обеспечивают пособия и льготы, близкие к предоставляемым ZFW. Изменения в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, отражаются и на рынке ДМС. Любые изменения в пособиях ZFW вызывают пересмотр предоставляемых замещающим ДМС. Так, например, в начале 1990-х гг. в рамках реформы Симонса назначаемые врачом лекарственные средства были перенесены из ZFW в AWBZ, компании добровольного страхования отреагировали тем, что немедленно вывели пособия на лекарственные препараты из пакета страхования. В 1993 г. эта мера была отменена, и общества добровольного страхования снова добавили в страховой пакет пособия по лекарствам. Все пакеты замещающего ДМС распространяются на посещение врача общей практики.

Процедуры отбора клиентов

Страховые взносы для отдельных страхователей определяются в зависимости от индивидуальных рисков. Потенциальные покупатели страховки должны заполнить медицинский опросник, включающий вопросы о семейном анамнезе. Коллективный тариф применяется к коллективным взносам. Риск не учитывается у клиентов, которые покупают полис на случай болезни в фонде страхования, где они были застрахованы в рамках ZFW (т.е. прежде, чем им пришлось выйти из системы ZFW). Клиенты, отказавшиеся от замещающего ДМС, могут обратиться в WTZ.

Информация о том, как общества добровольного страхования выбирают клиентов, относящихся к группе риска, невелика, однако учет риска может производиться с помощью формирования определенных групп, селективного маркетинга и путем ограничения доступа к страхованию лиц с высокой степенью риска, которым советуют обратиться в WTZ. Раньше их широко направляли в систему WTZ, но впоследствии правительство во многом устранило финансовые стимулы в этом отношении, принудив страховщиков полностью компенсировать затраты на медицинское обслуживание членов WTZ, не достигших 65 лет (т.е. стоимость медицинского обслуживания лиц, не достигших 65 лет, не будет более субсидироваться из центрального уравнительного фонда (см. выше).

Условия полисов

Компании, осуществляющие добровольное страхование, не имеют права прервать договор или повысить страховой взнос на основании суммы затрат страхователя на медицинское обслуживание, но полисы автоматически аннулируются, когда клиент достигает 65 лет и переходит в систему WTZ. Если держатель полиса состарится или заболеет, он останется в рамках текущего договора замещающего ДМС. Переход от одного страховщика к другому — нереальный вариант, поскольку новый страховщик скорее всего будет взимать гораздо более высокие взносы. Если взнос страхователя в замещающее ДМС превышает взнос в WTZ в течение трех лет подряд, он имеет право перейти в WTZ. Несмотря на то что страхователи имеют доступ к информации о ценах и условиях страховых договоров, произвести сравнение разных видов страхования нелегко, и рынок ДМС в целом не считается прозрачным [Maarse, 2001].

Страховые взносы

Страховые взносы обычно увеличиваются с возрастом застрахованного лица. Средний годовой взнос в системе замещающего ДМС в 1999 г. составлял 698 евро, хотя уровни взносов существенно варьируются [Vektis, 2000]. Ежегодный фиксированный страховой взнос в WTZ составляет 1 275 евро для людей в возрасте 65 лет и старше и 1 135 евро для тех, чей возраст меньше 65 лет. Это сопоставимо со среднегодовыми взносами в зависимости от дохода в AWBZ (810 евро) и ZFW (950 евро, включая среднегодовой единовременный сбор в 145 евро) [Vektis, 2000].

Кроме своих ежегодных платежей обладатели замещающего ДМС должны производить еще два ежегодных платежа в рамках взаимовыручки — один 117,12 евро (до 20 лет) или 234,24 евро (20–64 года) в WTZ и 40,80 евро (для лиц моложе 20 лет), 81,60 евро (20–64 года) или 65,28 евро (65 лет и старше) в MOOZ (см. выше) [Vektis, 2000].

Налоговые льготы

Расходы на здравоохранение, включая страховые взносы, могут вычитаться из облагаемой налогом части дохода, если они превышают определенный процент дохода, но этот процент довольно высок, поэтому на практике налог снижается незначительно.

Возмещение

В рамках замещающего ДМС компенсация медицинских расходов производится наличными средствами, хотя на практике большинство компаний добровольного страхования в качестве особой услуги прибегают к возмещению в натуральной форме. Предлагаются также некоторые виды возмещения расходов путем разного рода вычетов. Большинство компаний добровольного

страхования требуют, чтобы клиенты обращались к специалистам, только получив направление врача общей практики.

Затраты

В 1999 г. на замещающее ДМС и WTZ приходилось 13,7% всех затрат на здравоохранение. Самые большие расходы относились к AWBZ (43,6%), затем следовало ZFW (37,6%) [Vektis, 2000]. В 1999 г. ежегодные расходы на здравоохранение на душу населения составляли 804 евро в AWBZ, 1 129 евро в ZGW и 796 евро в замещающем ДМС и WTZ вместе [Vektis, 2000]. В период между 1993 и 1999 гг. расходы на душу населения возросли на 25,7% в AWBZ, 57% в ZFW и на 41,4% в замещающем ДМС и WTZ [Vektis, 2000]. Эта ситуация контрастирует с расходами в Германии, где затраты на замещающее ДМС росли гораздо быстрее, чем в системе обязательного страхования (GKV) (см. выше), что, возможно, объясняется непропорционально высоким числом пожилых людей, застрахованных в ZFW.

Компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием, как правило, оплачивают услуги отдельных медицинских работников в форме гонораров, но для больниц иногда устанавливают фиксированный бюджет. Возможно заключение отдельных контрактов, но только для частных врачей (в отличие от больниц).

Компании по добровольному страхованию и WTZ тратят на административные нужды гораздо большую долю средств (12,7% всех затрат в 1999 г.), чем страховщики в AWBZ (0,7%) или в ZFW (4,4%) (см. также табл. 19) [Vektis, 2000].

Государственная политика и регулирование

Рынок замещающего ДМС регулируется не так строго, как системы обязательного медицинского страхования. Компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием, свободны в выборе своих условий, в результате чего процедуры отбора страхователей везде разные, так же как и пособия и льготы, уровень взносов, порядок возмещения и т.п. Единственная важная форма контроля касается платежеспособности страховщика. Компании, которые производят страхование в системах ДМС и AWBZ или ZFW, не имеют права использовать государственные средства этих систем для целей ДМС.

По различным причинам существующая в Нидерландах система финансирования здравоохранения все чаще рассматривается как неэффективная и не обеспечивающая равного доступа населения к медицинским службам. Это привело к тому, что в 2001 г. правительство объявило о широкой реформе, предусматривающей охват обязательным страхованием всего населения путем слияния существующих систем в одну всеобщую систему страхования здоровья, которая будет носить принудительный характер [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001].

2.1.2. Расширенное и параллельное ДМС

Расширенное и параллельное ДМС в той или иной форме доступно в каждом государстве—члене Европейского союза. Следует заметить, что разница между этими двумя видами добровольного страхования не всегда является достаточно четкой, и в некоторых странах они частично совпадают. Важно также, что предоставляемые ими возможности во многом зависят от того, что предлагает система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения. Таким образом, и в этом плане в разных странах дело обстоит по-разному. Расширенное и параллельное ДМС, как правило, доступны всему населению.

Расширенное ДМС

В отличие от замещающего ДМС расширенное добровольное страхование распространяется полностью или частично на те виды медицинской помощи, которые исключены из системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, или включены в него не полностью. Некоторые страховщики ограничивают компенсацию стационарной помощью, но, если страховка охватывает амбулаторное лечение, она иногда возмещает значительную часть затрат на обращение к врачу первого звена и к специалистам, на сестринскую помощь, анализы, покупку лекарственных средств, медицинских приспособлений, очков, транспортные расходы, стоматологическую помощь, родовспоможение и расширенное или альтернативное лечение. Уровень возмещения во всех странах разный и варьируется в зависимости от выбранного пакета.

Расширенное ДМС предоставляет возмещение затрат на совместные платежи в Бельгии, Дании (главным образом на лекарственные средства и стоматологическую помощь), Франции (амбулаторное обслуживание), Ирландии, Люксембурге (совместные платежи за стационарное лечение), Нидерландах (главным образом стоматологическое лечение) и Швеции (в основном лекарственные средства и стоматологическая помощь). После последних реформ в Италии общества совместных платежей в этой стране получили право возмещать совместные платежи и использовать службы, которые исключены из пакета обязательного страхования, финансируемого Национальной службой здравоохранения [Taroni, 2000]. За исключением Франции в странах Европейского союза рынок ДМС, участвующего в совместных платежах, невелик. Так, участие в совместных платежах за покупку лекарственных средств может быть разным — от значительного возмещения расширенным ДМС в Дании до почти не представленного в Нидерландах и совсем отсутствующего в Испании. Коммерческие страхователи также редко предлагают компенсацию за совместные платежи в рамках ДМС, возможно, потому, что это не очень прибыльно.

Расширенное ДМС для покрытия расходов на амбулаторное лечение можно приобрести в Австрии (вместе с пакетом, включающим параллельное ДМС), Бельгии, Германии, Ирландии, Испании, Италии, Португалии и Франции.

Несмотря на то что система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения, все чаще не включает в себя стоматологические услуги, рынок ДМС в этом направлении по непонятным причинам действует не так широко, как можно было бы ожидать. Некоторое возмещение выплачивается в Австрии, Бельгии (лицам, работающим не по найму), Великобритании, Германии, Дании, Испании, Италии, Люксембурге, Нидерландах, Португалии, Франции и Швеции.

Параллельное ДМС

Параллельное ДМС расширяет выбор медицинских служб и их доступность для потребителя и обычно гарантирует наилучшие условия пребывания в клинике (например, отдельную палату с душевой), но не лучшее качество помощи, а также лечение вне очереди, что особенно важно, если речь идет о лечении, связанном с длительным ожиданием, например о хирургическом вмешательстве. В некоторых случаях параллельное ДМС расширяет выбор учреждений и возможностей лечения: в зависимости от того, что имеется в той или иной стране, обладатель такой страховки может обратиться к частному врачу общей практики и частному специалисту, проходить лечение в частной клинике или в платной палате государственной больницы и получать возмещение как деньгами, так и в натуральной форме. Такой вид страхования распространен в странах с национальной системой здравоохранения, таких как Великобритания, Греция, Испания, Италия и Португалия, где его часто называют двойным покрытием. Параллельное ДМС имеет особенно важное значение в Скандинавских странах — Дании, Финляндии и Швеции. В странах, где системы здравоохранения, обеспечивающие гарантированное медицинское обслуживание населения, характеризуются длинными очередями на лечение и листами ожидания, преимущество параллельного ДМС состоит в получении медицинской помощи вне очереди.

В табл. 9 приведены примеры преимуществ, которые дает расширенное и параллельное ДМС в каждом из государств—членов ЕС.

2.2. Структура рынка

В этом разделе описаны типы страховых обществ, предлагающих ДМС в странах ЕС, и рассматривается степень приобретения ДМС группами, а не индивидуальными страхователями.

Примеры преимуществ, предоставляемых расширенным и параллельным ДМС в странах Европейского союза в 2001 г.

Страна	Расширенное ДМС	Параллельное ДМС
Австрия	<ul style="list-style-type: none"> • Койко-день (возмещение деньгами) • Альтернативное лечение 	<ul style="list-style-type: none"> • Врачебная помощь • Дополнительные больничные затраты, • Сокращение времени ожидания лечения и более широкий выбор медицинских учреждений
Бельгия	<ul style="list-style-type: none"> • Совместные платежи, не компенсированные при стационарной и (или) амбулаторной помощи • Оплата ухода на дому (при потере самостоятельности) 	<ul style="list-style-type: none"> • Дополнительные больничные затраты
Великобритания	<ul style="list-style-type: none"> • Денежное возмещение • Зубоврачебная помощь • Альтернативное лечение 	<ul style="list-style-type: none"> • Сокращение срока ожидания консультации специалиста или отдельных видов лечения • Улучшенные условия пребывания в государственных больницах
Германия	<ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторная помощь • Зубоврачебная помощь • Койко-дни (возмещение деньгами) 	<ul style="list-style-type: none"> • Выбор специалиста • Улучшенные условия пребывания в стационаре
Греция	<ul style="list-style-type: none"> • Койко-дни (возмещение деньгами) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сокращение срока ожидания лечения • Выбор частного медицинского учреждения и палаты
Дания	<ul style="list-style-type: none"> • Совместные платежи по лекарственным средствам, зубоврачебной помощи, физиотерапии, очкам и т. п. 	<ul style="list-style-type: none"> • Доступ к частным клиникам в Дании и за границей
Ирландия	<ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторные обращения к врачу общей практики, консультации специалиста, рентген и др. (возмещение путем вычетов) • Альтернативное амбулаторное лечение (BUPA Ireland) • Койко-дни • Специализированное лечение, рентген, анализы, лекарственные средства в больнице • Гонорары консультантов в стационаре, дневной уход и некоторые виды амбулаторного лечения • Женские консультации • Пребывание в частных пансионатах в период выздоровления 	<ul style="list-style-type: none"> • Размещение в частных палатах государственных и частных больниц (включая дневные стационары)
Испания	<ul style="list-style-type: none"> • Зубоврачебная помощь 	<ul style="list-style-type: none"> • Широкий выбор учреждения
Италия	<ul style="list-style-type: none"> • Совместные платежи • Стоимость невозмещенных услуг • Стоматологическая помощь • Койко-дни 	<ul style="list-style-type: none"> • Расширенный выбор медицинского учреждения • Широкий доступ в частные больницы
Люксембург	<ul style="list-style-type: none"> • Совместные платежи за госпитализацию • До- и послеоперационные расходы и реабилитация • Протезирование зубов • Операции за границей • Частичное возмещение несогласованной стоимости лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Дополнительная плата за частные палаты
Нидерланды	<ul style="list-style-type: none"> • В основном стоматологическая помощь • Совместные платежи за лекарственные средства (маргинальные) • Медицинская помощь при переездах в другие страны • Альтернативное лечение 	<ul style="list-style-type: none"> • Внеочередной доступ к неотложной и долговременной помощи

Страна	Расширенное ДМС	Параллельное ДМС
Португалия	<ul style="list-style-type: none"> • В основном стоматологическая помощь • Офтальмологическая помощь • Возмещение деньгами • Совместные платежи 	<ul style="list-style-type: none"> • Доступ в частные медицинские учреждения
Финляндия	<ul style="list-style-type: none"> • Некоторые затраты на государственные больницы • Расходы на лечение в командировках 	<ul style="list-style-type: none"> • Частное обслуживание детей • Сокращение времени ожидания лечения • Расширенный выбор (включая использование частных больниц)
Франция	<ul style="list-style-type: none"> • Совместные платежи (включая разницу между коммерческими и реальными ценами) • Виды лечения, не включенные в государственное обслуживание • Помощь на дому • Палата за число койко-дней 	<ul style="list-style-type: none"> • Сокращение срока ожидания консультации специалиста • Платная палата в больнице
Швеция	<ul style="list-style-type: none"> • Некоторая компенсация совместных платежей, стоимости лекарственных средств, зубоврачебной помощи, альтернативного лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Быстрое получение избирательного амбулаторного лечения • Доступ в частные

Источники. Национальные сообщения, подготовленные к данному исследованию.

2.2.1. Типы страховых обществ

Общества добровольного страхования в странах ЕС можно классифицировать по их юридическому статусу и степени специализации в области здравоохранения.

Юридический статус

На рынке ДМС в странах ЕС действуют три типа страховщиков с разным юридическим статусом: ассоциации взаимного страхования (взаимопомощи), и провидентные (накопительные) страховые компании (некоммерческие), и коммерческие компании (ориентированы на получение прибыли). Разделение на коммерческие и некоммерческие общества имеет значение, поскольку это влияет на мотивацию страховщика и может существенно отразиться на налогах.

Ассоциации взаимного страхования и провидентные страховые компании в странах Европейского союза действуют уже долгое время и придерживаются принципов социальной солидарности [Palm, 2001]. AIM¹² определяет солидарность как механизм, позволяющий каждому «вкладывать свои финансовые средства по мере возможности и получать выгоду от своих услуг в соответствии со своими нуждами». Члены этого объединения в 11 государствах «стремятся поддерживать доступность к высококачественной помощи для всех независимо от возраста, пола, состояния здоровья, дохода и любых дру-

¹² Международное объединение автономных организаций по медицинскому страхованию и социальной защите, действующее по принципу солидарности и отсутствия коммерческих целей.

гих социальных, профессиональных, религиозных или этнических критериев». Однако в настоящее время ассоциации взаимного страхования и провидентные страховые компании в разных государствах-членах в разной степени придерживаются принципа солидарности (даже члены АИМ), поэтому трудно делать предположения относительно того, как ведут себя страховщики исходя из своего юридического и некоммерческого статуса.

Общества взаимного страхования или провидентные компании присутствуют в большинстве государств-членов ЕС. Исключение составляет Австрия. По причинам главным образом исторического характера такие организации доминируют на рынках Бельгии, Дании, Ирландии, Люксембурга, Нидерландов и Франции. Тем не менее в некоторых государствах их доля на рынке ДМС снижается, прежде всего в Финляндии (где она и так была незначительной), Дании, Великобритании и в меньшей степени во Франции.

В 1990-х гг. провидентные компании в Великобритании занимали $\frac{2}{3}$ рынка, но в 1999 г. вторая по величине провидентная страховая ассоциация (и второе по величине общество добровольного страхования здоровья) была приобретена коммерческим предприятием (AXA Sun Alliance) (Laing, Buisson, 1999). Теперь на такие ассоциации приходится около половины всех страховых платежей в Великобритании, причем самая большая из них удерживает 40% рынка [Laing, Buisson, 2001]. Во Франции ассоциации взаимного страхования завоевали рынок в период с 1980 по 1996 г., когда доля финансируемых ими общих расходов на здравоохранение возросла с 5 до 7% [Lancry, Sandier, 1999], в то время как коммерческие страховщики стабильно финансировали около 3% всех затрат [Smosarski, Jack, 1998]. С тех пор, однако, доля обществ взаимного страхования несколько снизилась, и теперь на них приходится около 61% клиентов общего рынка ДМС. Коммерческие страховые компании обслуживают примерно 22%, а провидентные страховые общества – 17% [Sandier, Ulmann, 2001].

На рынке Ирландии доминирует Vhi Healthcare (ранее Комитет добровольного медицинского страхования, VHIB), созданный в 1957 г. как некоммерческая квазигосударственная, но независимая организация, которая впоследствии, по существу, превратилась в монополию. В 1994 г. рынок был открыт для ограниченной конкуренции с тем, чтобы он соответствовал Третьей директиве видов страхования, не включающих страхование жизни. В настоящее время еще только одна компания (BUPA Ireland – преемник BUPA International) утвердилась на ирландском рынке. Появившись в 1996 г., BUPA Ireland получила 14% доли рынка. Официальный документ правительства Ирландии 1999 г. по ДМС включал планы по трансформации Vhi Healthcare в принадлежащую государству компанию с ограниченной ответственностью и полной свободой коммерческого ведения дел. Можно было надеяться, что приватизация компании и обрывание ее связей с Департаментом детства и здоровья выровняет ситуацию [Department of Health and Children, 1999], но еще предстоит узнать,

как это скажется на конкуренции. Пока, по крайней мере, нет признаков того, что правительство собирается приватизировать Vhi Healthcare.

В Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, не делается различий между типами страховщиков; она лишает законной силы подходы с позиций предпочтительности того или иного страхового общества. Например, в настоящее время ассоциации взаимного страхования и провидентные страховые общества освобождены от уплаты налогов за страховые взносы, эти налоги взимаются с полисов, продаваемых коммерческими страховыми компаниями в Бельгии, Люксембурге и Франции. Те страны, которые используют национальные законы о налогах в интересах некоммерческих страховщиков, вступают в противоречие с законом ЕС о конкуренции (более подробно см. 2.4 и 4.3). В общих чертах, французское правительство не смогло следовать Третьей директиве в отношении ассоциаций взаимного страхования, и в декабре 1999 г. Европейский суд в связи с этим вынес соответствующее постановление [European Commission, 2000b]. Французское правительство после этого согласилось реализовать данный аспект директивы, хотя этот закон был реализован только в начале 2003 г. [European Commission, 2000b].

Специализация в области здравоохранения и закон в странах ЕС

Германия — единственная страна, где полисы замещающего ДМС продаются исключительно страховыми компаниями, специализирующимися на здравоохранении [СЕА, 2000]. Традиционно контрольный орган Германии позволяет заниматься ДМС только таким компаниям с целью оградить держателей полисов от неплатежеспособности фирм, занимающихся другим бизнесом [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]. После появления Третьей директивы видов страхования, не включающих страхование жизни, Германия официально (посредством закона) отменила это правило (статья 5 директивы), но правительство добавило новое положение к социальному закону, запрещающее работодателям получать прибыль от взносов работающих, если страховщик соединяет страхование здоровья с другими видами страхования [Busse, 2001]. Европейская комиссия сочла это косвенным нарушением директивы и в 1996 г. направила в Германию свое так называемое обоснованное мнение [Европейская комиссия, 1996]. Не получив удовлетворительного ответа от немецкого правительства, Европейская комиссия обратилась в Европейский суд (дело С-298/01). Принцип отделения ДМС от других видов страхования не относится к страховым обществам за границей [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001].

В других странах доля специализирующихся на здравоохранении страховых обществ колеблется от полного их отсутствия в Австрии и Португалии, очень малого числа в Италии (0,8%), Бельгии (4,3%) и Франции (5,6%) до более одной трети в Великобритании (36%) и почти половины в Нидерландах (47,2%) [СЕА, 2000]. Во Франции более половины всех ассоциаций взаим-

ного страхования специализируются на здравоохранении, и 8,3 млрд евро из 8,9 млрд евро, собранных этими ассоциациями в 1999 г., поступили за счет ДМС [Sandier, Ulmann, 2001].

Численность страховых обществ

По последним данным, 54,9% всех взносов ДМС в Европе в 1998 г. были получены 25 фирмами, 17 из которых были зарегистрированы в Германии [Datamonitor, 2000a]. Из страховщиков, составляющих первую пятерку, четыре также были немецкими, четвертая по величине компания принадлежала Великобритании. Число страховых ассоциаций в государствах—членах ЕС значительно различается. Некоторые национальные рынки отличаются высокой концентрацией (например, в Австрии, Великобритании, Греции, Дании, Ирландии и Финляндии), в то время как во Испании, Италии и Франции число компаний разрастается быстрее, чем в других государствах (более 100 в каждой из названных стран). Однако число компаний не показатель масштаба рынка.

В 1990-е гг. наметилась четкая тенденция к увеличению концентрации страховых компаний на рынках многих стран. В Испании, например, в 1981 г. было 269 страховых обществ, предлагающих ДМС, а в 1991 г. их стало 135, но в настоящее время их число сократилось примерно до 100 [Rodríguez, 2001]. Число страховщиков сократилось в Италии (с 125 в 1997 г. до 104 в 2000 г.) [Giannoni-Mazzi, 2001], Люксембурге (с 13—14 коммерческих обществ в 1990-х гг. до 11 в 2001 г.) [Engemann, 2001] и Португалии (с 45 в 1996 г. до 39 в 1999 г.) [Oliveira, 2001]. Такая же ситуация наблюдалась в Австрии и Греции [Hofmarcher, 2001; Economou, 2001].

Доля трех самых больших страховых компаний на каждом из рынков наиболее высока в Ирландии (100%), Люксембурге (92% из коммерческого страхования), Австрии (84%), Швеции (80—90%), Великобритании (75%), Финляндии (62% коммерческих страховщиков) и Франции (59,5% коммерческих страховщиков) [Engemann, 2001; Hofmarcher, 2001; Skoglund, 2001; Laing, Buisson, 2001]. Рынки ДМС гораздо менее концентрированы в Португалии (31,6%), Италии (33%) и Бельгии (49% коммерческих страховщиков) [Oliveira, 2000; Giannoni-Mazzi, 2001; Hermesse, 2001]. В Греции доля пяти самых крупных страховых обществ относительно велика (70,4%) [Economou, 2001].

В 1990-х гг. установленные законом фонды на случай болезни в Нидерландах имели право предлагать расширенное и параллельное ДМС и кооперироваться путем поглощения с добровольными обществами медицинского страхования, что в результате слияния привело к сокращению числа таких фондов почти на 50% (с 53 до 27), несмотря на появление шести новых фондов [OECD, 1998a]. На современном рынке доминируют три объединения, два из которых представляют собой также самые большие компании по видам страхования, не включающим страхование жизни (Ohra и Achmea) [OECD, 1998a].

Кооперация между фондами на случай болезни и обществами добровольного страхования позволяет этим фондам предлагать работающим интегрированный пакет обязательного и добровольного страхования (охватывающий страхование жизни, ДМС, пособия из самого фонда, возмещение инвалидам и дополнительные услуги по управлению). Таким образом, крупные общества добровольного медицинского страхования получают возможность пользоваться клиентской базой данных фондов [Natarajan, 1996]. Правительство Нидерландов ввело закон, по которому страховые ассоциации, которые занимаются как добровольным, так и обязательным медицинским страхованием, не имеют права пользоваться государственными фондами в целях частного бизнеса, но на практике трудно соблюсти такое различие [Maarse, 2001].

2.2.2. Характеристики потребителей: индивидуальные и коллективные полисы

Об охвате населения ДМС и его распространении можно судить прежде всего по тому, приобретают ли клиенты индивидуальную или коллективную страховку (обычно это рабочие коллективы). Коллективные полисы популярны среди страховщиков по трем причинам.

1. Они в целом требуют меньших издержек на каждый полис и позволяют получить большой объем бизнеса без дополнительных затрат [ВМІ Europe, 2000].
2. Уменьшенные страховые взносы и благоприятные условия, которые в этом случае предлагаются коллективам, одновременно означают, что страховщик имеет дело с однородной группой молодых и здоровых людей [Gauthier, Lamphere, Barrand, 1995].
3. Работодатель вряд ли будет заниматься поиском более дешевых и выгодных полисов и переходить от одного страховщика к другому, что с большей вероятностью сделает индивидуальный клиент.

Разделение между индивидуальным и коллективным страхованием важно и с точки зрения страхователя, поскольку для коллективных полисов существует другой, более дешевый тариф, индивидуальные же полисы часто учитывают степень риска (см. 2.3.1).

Во многих государствах-членах спрос на индивидуальное ДМС сравнительно низок, и страховые компании делают упор на привлечение коллективных страхователей. В 1980-х гг. такой рынок быстро расширялся, во многом благодаря постоянному экономическому росту, характерному для этого периода. Тенденция к увеличению продажи коллективных полисов продолжалась и в 1990-х гг., хотя и несколько замедляя темпы. Из табл. 10 видно, что групповые страховки в настоящее время составляют бóльшую часть полисов ДМС

в Швеции, Ирландии, Португалии, Греции и Великобритании, более половины всех полисов в Нидерландах и около половины всех полисов во Франции. В Испании коллективное страхование не очень популярно (15–18% полисов ДМС), как и в Австрии и Германии (всего 6,6%) [Datamonitor, 2000a]; очень мало коллективных страховок в Дании и Финляндии. Есть страны, где коммерческим ДМС также чаще пользуются коллективные страхователи (73,6% коммерческих бельгийских полисов в 1998 г.) (СЕА, 2000), и большинство коммерческих полисов ДМС в Дании [Vrangbæk, 2001]. В 1990-х гг. коллективное страхование занимало все большую долю на рынке ДМС в Австрии, Греции, Ирландии, Люксембурге, Нидерландах, Испании, Швеции и Великобритании. Эту же тенденцию можно предвидеть в Бельгии, Дании и Великобритании, но во Франции она идет на убыль. Большинство коллективных полисов носит добровольный характер, хотя в качестве обязательного компонента трудового соглашения они составляют во Франции 23,6% всех полисов ДМС. Коллективные полисы могут предоставляться как льгота для служащих, когда работодатель сам выплачивает полный взнос, а другие сотрудники выплачивают его полностью или частично (см. табл. 10).

Рост ДМС в Великобритании в 1980-х гг. был обусловлен главным образом расширением продажи коллективных полисов, оплачиваемых работодателями [Association British Insurers, 2000]. В настоящее время около 59% полисов ДМС приобретается работодателями (в 1993 г. этот показатель составлял 48%) [Youngman, 1994] и 31% отдельными лицами; а еще 10% приобретаются профессиональными обществами или профсоюзами, но они оплачиваются работниками [Robinson, 1999]. Почти одна треть коллективных полисов полностью или частично оплачивается работниками самостоятельно [Robinson, 1999]. Вероятность того, что работодатель оплатит страховку, увеличивается с доходом; 50,7% обладателей полисов ДМС, входящих в дециль с наиболее высоким доходом, сообщают, что их полисы были приобретены их работодателем; среди обладателей ДМС, входящих в четвертую дециль по наименьшему доходу, об этом сообщили только 25,5% [Emmerson, Frayne, Goodman, 2001]. Тому может быть две причины. Во-первых, высокооплачиваемые должности часто связаны с расширенными льготами, в частности с ДМС; во-вторых работодатели больше заботятся о здоровье высокооплачиваемых сотрудников [Emmerson, Frayne, Goodman, 2001].

Начиная с 1990 г. число страхователей, чьи полисы были оплачены работодателями в Великобритании, возросло, по расчетным данным, на 23%, в то время как число самостоятельно оплачивающих свою страховку снизилось на 6% [Laing и Vuisson, 2001]. Несоответствие между количеством полисов, оплачиваемых работодателями, и численностью других страховок стало особенно заметным с 1996 г., когда продажа оплачиваемых работодателями полисов возросла на 21,5%, в то время как количество других страховок снизилось на 14% [Laing и Vuisson, 2001]. В 1999 г. количество людей, приобретших ДМС в Великобритании, снизилось на 4,5%; причем спрос уменьшился

**Коллективное и индивидуальное ДМС в странах Европейского союза,
2000 г. или последний год, за который есть данные**

Страна	Приобретаются коллективные полисы (работодателем)?	Оплата взносов по групповым полисам производится работодателем?	Полисы приобретаются и оплачиваются индивидуально
Австрия	29,2% (увеличение доли на рынке в 1996–2000 гг.)	Да	70,8% всего дохода от взносов (2000 г.)
Бельгия	Некоторые коммерческие полисы	Некоторые коллективные полисы	Все полисы взаимного страхования и почти все коммерческие полисы
Великобритания	В 2000 г. 69,5% страхователей включены в полисы, оплачиваемые работодателями	Некоторые коллективные полисы	30,5% лиц включены в полисы, оплачиваемые индивидуальными лицами и работниками (2000 г.)
Германия	Очень мало	—	Почти все
Греция	Увеличение на 106,1% (1989–1995 гг.)	Да	Увеличение на 64,1% (1989–1995 гг.)
Дания	80+% коммерческих полисов	Да (часть трудового соглашения)	Почти все полисы, продаваемые в Дании (общества взаимного страхования)
Ирландия	75–80% (2000 г.)	20–25% (2000 г.)	20–25% (2000 г.)
Испания	15–18% (1998 г.)	Да, для старших менеджеров; некоторые для других работников	82–85% (1998 г.)
Италия	26,3% (1999 г.); в 1994 г. только 24% фирм не предлагали коллективных полисов	Да	53,3% коммерческие (1999 г.) 20,3% взаимное страхование (1999 г.)
Люксембург	5% коммерческие полисы (2000 г.)	—	100 совместное страхование (2000 г.); 95% коммерческие (2000 г.)
Нидерланды	Более 50% (2000 г.)	—	Менее 50% (2000 г.)
Португалия	71% (1998 г.)	Большинство коллективных полисов	29% (1998 г.)
Франция	23,6% принудительно (1998 г.) 25,2% добровольно (1998 г.)	Частично или полностью (принудительно); частично (добровольно)	46,8% (1998 г.)
Швеция	90%	Да	10%

Источник. Национальные сообщения, подготовленные к данному исследованию.

Примечание. Данные по Финляндии отсутствуют.

только на полисы, приобретаемые отдельными лицами или оплачиваемые работниками самостоятельно; их продажа сократилась на 5%, в то время как численность страховок, оплачиваемых работодателями, возросла на 1,2% [Laing и Buisson, 2000].

По данным Лэнг и Бьюиссон, которые являются ведущими специалистами по статистике ДМС в Великобритании, расширение продажи коллективных полисов, оплачиваемых работодателями, в Великобритании было обусловлено мощной корпоративной экономикой, отсутствием масштабной безработицы, стратегическим снижением цен, увеличением концентрации рынков и изменившимися взглядами работодателей, которые начали осознавать, как велики потенциальные расходы, связанные с отсутствием сотрудников на работе из-за несчастного случая или по болезни [Laing и Buisson, 2001]. Стратегическое снижение цен скорее всего самый убедительный фактор из тех, что объясняют постоянное расширение продажи коллективных полисов; в Великобритании они гораздо дешевле индивидуальных, кроме того, годовое увеличение их цены менее значительно [Papworth, 2000].

В 1999 г. правительство Ирландии прогнозировало расширение обеспечения ДМС в виде льготы для работающих (Department of Health and Children, 1999). Доля полисов ДМС, купленных группами населения, повысилась с середины 1990-х гг., когда она составляла около 70% [Kennedy, 1995], до 75–80%, хотя только 20–25% всех полисов ДМС оплачиваются работодателями [Vhi Healthcare, 2001c]. Увеличение продаж групповых страховок можно объяснить систематическим экономическим ростом, наличием многонациональных корпораций и 10%-ным снижением цен (максимальное снижение, разрешенное законом) [Vhi Healthcare, 2001c; Department of Health and Children, 2001b].

Опрос 1992 г. показал, что 35% семей во Франции приобрели полисы расширенного ДМС индивидуально, в то время как 49% получили их от своих работодателей [Natarajan, 1996]. Доля коллективных полисов исчислялась 61,1% в 1998 г. [CEA, 2000] и 48,8% в 2000 г. [Sandier, Ulmann, 2001]¹³. Во Франции на рынке индивидуальных полисов доминируют общества взаимного страхования, им принадлежит 60% всего рынка ДМС. Как и в Бельгии и в Дании, большинство коммерческих договоров по ДМС заключается не с отдельными лицами, а с работниками учреждений [Imai, Jacobzone, Lenain, 2000]. Коммерческие страховые компании во Франции часто пытаются извлечь прибыль из индивидуальных договоров, но им трудно конкурировать с организациями взаимного страхования частично потому, что последним предоставляются финансовые преимущества, а частично из-за их традиционного участия в пенсионном секторе [Sandier, Ulmann, 2001].

Значительный рост рынка ДМС в Португалии в период между 1996 и 1999 гг. во многом объясняется увеличением количества коллективных страховых полисов. В 1999 г. рынок увеличился на 13,6%, причем больше всего за счет индивидуальных полисов (рост продаж на 25,4%) [Oliveira, 2001].

Наконец, на коллективные полисы в Нидерландах в 1980 г. приходилось 34,5% всех страховых договоров, в 1990 г. — 46,6%, в 1998 г. — 53,8% [CEA, 2000].

¹³ Это видимое снижение численности коллективных полисов может объясняться разницей в источниках данных.

2.3. Деятельность на рынке

2.3.1. Установление страховых взносов, выбор критериев и условия полисов

Установление страховых взносов

Взносы в систему здравоохранения, обеспечивающую гарантированное медицинское обслуживание населения, осуществляется через систему налогов или систему социального медицинского страхования, которые обычно соотносятся с доходом или заработной платой (хотя они могут быть ограничены размером облагаемых налогом доходов или заработка). В отличие от этой практики взносы в ДМС редко зависят от дохода¹⁴. Скорее они рассчитываются с учетом риска или исходя из определенной группы населения, или определенного рабочего коллектива, по отношению к которым принимается во внимание средний риск. Взносы одинаковы для всех страхователей или подгрупп страхователей в данной группе населения или в фирме. При этом исходят из оценки опасности для здоровья в будущем, поэтому при определении взносов приходится учитывать один или несколько факторов риска. На стоимость страховки и ее доступность влияет метод, которым при этом пользуются (основываясь на характеристиках страхуемой группы или рисках) и факторы риска (см. 3.2.1).

Поскольку Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, отменила в 1994 г. государственный контроль над величиной взносов и страховым продуктом, компании добровольного страхования в Европейском союзе формально свободны в выборе оснований для установления взносов, однако замещающее ДМС до некоторой степени все же подлежит регулированию.

Для расширенного и параллельного ДМС взносы чаще всего устанавливаются в зависимости от риска (а иногда этот метод используют и для замещающего ДМС). Эта практика в разной степени и для разных видов ДМС принята в Австрии, Бельгии, Дании (некоторые страховые договоры), Германии, Греции (индивидуальные полисы), Италии (коммерческие общества), Люксембурге (коммерческие общества), Нидерландах (особо качественная стоматологическая помощь), Португалии (индивидуальные полисы), Испании, Швеции (полисы для лиц с ранее существовавшими заболеваниями) и Великобритании (индивидуальные полисы). В табл. 11 приведены примеры факторов, которые учитываются при определении риска в разных государствах. Они включают возраст, пол, род занятий, размер семьи, состояние здоровья, анамнез, ис-

¹⁴ Во Франции некоторые общества взаимного страхования взимают плату за ДМС, соотнося ее с доходом, хотя она имеет установленный потолок (обычно близкий к максимуму в системе обязательного страхования) [Sandier, Ulmann, 2001], но это, пожалуй, единственный пример увязывания взносов в ДМС с доходом в странах Европейского союза.

торию болезней в семье и объем страхования (как в плане предоставляемых страховых выплат, так и в плане разделения затрат).

Определение величины взносов в группе населения используется в Дании (большая часть договоров), Греции (коллективные полисы), Италии (полисы, предлагаемые крупнейшими ассоциациями взаимного страхования), Португалии (коллективные полисы), Швеции (коллективные полисы) и Великобритании (коллективные полисы).

Менее типичны полисы ДМС с однородными, рассчитанными на группу населения взносами. Такие полисы можно купить в Бельгии и Люксембурге (для расширенного ДМС, предлагаемого ассоциациями взаимного страхования) и Нидерландах. Однородные взносы с некоторой разницей в зависимости от возраста характерны для Португалии. Единственное государство, в котором законом предписано устанавливать тариф для конкретной группы населения, — это Ирландия. Все страховщики в Ирландии обязаны предлагать клиентам взносы, установленные для данной группы населения, открытый доступ и страхование на весь период жизни. Ирландский закон о медицинском страховании от 2001 г. ввел концепцию установления взносов для определенной группы населения и продолжения страхования в любом возрасте. Когда этот закон войдет в силу, компании добровольного страхования смогут свободно взимать взносы с любого человека, покупающего ДМС после 35 лет [The Society of Actuaries in Ireland, 2001].

Требования к информации от претендентов

Информация, которая требуется от заявителя, может быть тесно связана с используемым методом установления взносов (см. табл. 11). Те страховщики, которые учитывают состояние здоровья при расчете взносов и степень риска, требуют от заявителя заполнить медицинский опросник, который иногда включает сведения о семейном анамнезе, что по существу является формой генетической информации [Mossialos, Dixon, 2001]. По этой причине шведские компании воздерживаются от такого требования, так как между правительством и страховщиками Швеции существует соответствующее соглашение. Тем не менее страховые общества в Греции, Люксембурге, Португалии и Великобритании предлагают потенциальным страхователям представить медицинскую информацию о членах семьи. Вопрос о генетике и страховании обсуждается далее (см. 3.2.5). В Австрии по закону запрещено требовать от претендентов результаты медицинского обследования, но иногда его предлагают пройти заявителям в Бельгии (коммерческие полисы), Греции, в некоторых случаях в Португалии (коллективные полисы) и — редко — в Швеции. Ряд фирм, не требуя медицинской информации, могут ввести отсрочку на заключение страхового договора или подписание моратория на страхование (см. ниже).

Примеры факторов, учитываемых при расчете взносов в ДМС, и медицинская информация, требуемая от заявителей в 2001 г.

Страна	Фактор, учитываемый при определении взносов	Требуемая медицинская информация/ процедура для заявления
Австрия	Возраст заявителя, пол, семейное положение, состояние здоровья	Закон запрещает требование страховщиков о медицинском обследовании
Бельгия	<i>Взаимное страхование:</i> возраст, размер семьи <i>Коммерческое страхование:</i> возраст, пол, местожительство (в районе Брюсселя тариф выше), уровень возмещения, уровень вычетов	<i>Взаимное страхование:</i> только некоторые общества требуют медицинский опросник <i>Коммерческое страхование:</i> медицинский опросник и (или) обследование
Великобритания	Страховщики включают разнообразные факторы, в частности состояние здоровья заявителя и его семьи	<i>Индивидуальное страхование:</i> медицинский опросник
Германия	Возраст заявителя, пол, состояние здоровья	
Греция	Возраст, пол, профессия, состояние здоровья заявителя и его семьи	Медицинский опросник, обследование, рентген
Дания	<i>Взаимное страхование:</i> групповые тарифы в зависимости от уровня возмещения <i>Коммерческое страхование:</i> возраст, статус по занятости	Медицинский опросник
Ирландия	Возраст (для лиц старше 35 лет тариф выше)	Требования отсутствуют
Испания	Возраст, пол	Медицинский опросник
Италия	<i>Коммерческое/индивидуальное страхование:</i> возраст, пол, состояние здоровья, местожительство <i>Коммерческое/коллективное страхование:</i> возраст, пол, местожительство, меньше учитывается состояние здоровья	<i>Коммерческое страхование:</i> медицинский опросник <i>Взаимное страхование:</i> требования отсутствуют
Люксембург	<i>Коммерческое страхование:</i> возраст, пол, состояние здоровья заявителя и его семьи, уровень возмещения, длительность страхования, дополнительные гарантии	<i>Коммерческое страхование:</i> медицинский опросник <i>Взаимное страхование:</i> требования отсутствуют
Нидерланды	Стоматологическая помощь: возраст	
Португалия	Возраст, пол, состояние здоровья заявителя и его семьи	<i>Индивидуальное страхование:</i> медицинский опросник, в редких случаях обследование <i>Коллективное страхование:</i> иногда обследование
Финляндия	Возраст	
Франция	<i>Коллективное страхование:</i> социально-экономический и демографический статус <i>Индивидуальное страхование:</i> возраст	<i>Коммерческое страхование:</i> медицинский опросник (обычно только для лиц старше 55 лет) <i>Взаимное страхование:</i> требования отсутствуют
Швеция	Возраст, состояние здоровья	Медицинский опросник, обследование (в редких случаях) Страховщики не требуют информации о семейном анамнезе

Источники. Национальные сообщения, подготовленные к данному исследованию.

Возрастные границы и виды страховых договоров

ДМС предлагается в качестве краткосрочной схемы (не пожизненной) или на долговременной основе (пожизненное страхование). В последнем случае взносы используются как для оплаты текущих расходов, так и для накопления средств на будущее. Для стран Европейского союза типичны краткосрочные (как правило, годовые) контракты, и большинство страховых компаний устанавливают максимальный возраст для приобретения полисов ДМС, обычно между 60 и 75 годами (см. табл. 12). Некоторые фирмы прерывают договор, по достижении страхователем пенсионного возраста. В Ирландии закон требует охвата страхованием пожизненно, и это относится ко всем страховым договорам. Пожизненное страхование также имеет место в отношении расходов на госпитализацию в Австрии, относится к некоторым видам полисов в Греции и Швеции и к большинству дорогих страховок в Португалии. Замещающее ДМС в Германии распространяется на всю жизнь страхователя.

Исключения

Открытый доступ позволяет каждому члену той или иной популяции застраховаться, и страховые компании не имеют права отказать заявителю. Правительство Ирландии обязывает все страховые компании, предоставляющие добровольное страхование, обеспечивать открытый доступ к страхованию, в Люксембурге общества взаимного страхования также придерживаются такого правила, однако в других государствах ЕС это редкая практика [Department of Health and Children, 1999].

Страховые общества в Австрии не имеют права отказать заявителю, страдающему хроническим заболеванием, однако им разрешено взимать более высокие взносы или включить в договор ту или иную форму разделения затрат (см. табл. 13) [Hofmarcher, 2001]. Во Франции запрещено отказывать страхователю на основании наличия у него определенных нарушений здоровья, но страховщик имеет право это сделать, если докажет, что клиент страдал данным заболеванием до подписания договора [Sandier, Ulmann, 2001].

Во всех остальных государствах—членах ЕС разрешено отказывать в страховании при наличии определенных условий (см. табл. 13). Расширенное и параллельное ДМС обычно исключает ранее существовавшие заболевания, хотя некоторые компании просто повышают в таких случаях страховой взнос. Перечень таких состояний может быть очень большим. В Великобритании, например, ДМС, как правило, не распространяется на возмещение расходов, связанных с состояниями, предшествовавшими покупке страховки, на обслуживание клиента врачом общей практики, неотложную помощь при несчастных случаях или острых состояниях, обусловленных такими длительно текущими хроническими заболеваниями, как диабет, рассеянный склероз, астма, наркомания, последствиями травм, нанесенных самому себе, на компенсацию

Возрастные границы и виды страховых договоров в 2001 г.

Страна	Возрастные границы	Вид договора
Австрия	Нет	Возмещение стоимости койко-дней: годовые договоры Страхование на случай госпитализации: пожизненное
Бельгия	65 лет	
Великобритания	Возрастных границ нет, но застраховано лишь 5% населения старше 65 лет (для всех возрастных групп — 9%)	В основном годовые договоры
Дания	60 лет	Годовой или долгосрочный
Германия	Нет (замещающее ДМС)	Пожизненный (замещающее ДМС)
Греция	Страховщики имеют право установить возрастные границы	Можно заключать ежегодные и пожизненные договоры (пожизненные более популярны); страховщики могут отклонять заявления
Ирландия	С 2001 г. страхование открыто для людей старше 65 лет	Пожизненный
Испания	60–75 лет (но две крупнейшие компании не устанавливают возрастных границ)	Годовые договоры
Италия	<i>Коммерческое индивидуальное страхование:</i> лиц старше 75 лет обычно не страхуют; <i>Коммерческое коллективное страхование:</i> страхование ограничено для служащих и (иногда) иждивенцев <i>Группы взаимного страхования:</i> возрастных ограничений нет; страховка пенсионеров продолжается, если они были застрахованы в течение 5–10 лет <i>Индивидуальные полисы взаимного страхования:</i> 65–75 лет	В основном годовые договоры
Люксембург	<i>Коммерческое страхование:</i> 60 лет	Годовые договоры; страховщик не имеет права прервать договор
Нидерланды	Разрешено применять возрастные границы	Годовые договоры; страховщик не имеет права прервать договор на основании заявления об оплате ущерба
Португалия	65 лет (70 лет, если страхование имело место между 55 и 64 годами)	Годовые договоры; не всегда ясно, могут ли страховщики прервать договор; наиболее дорогостоящие полисы предлагают пожизненное страхование
Финляндия	60–65 лет	
Франция	<i>Коммерческое страхование:</i> 65–70 лет <i>Взаимное страхование:</i> обычно нет <i>Провидентные страховые общества:</i> обычно нет, но если есть, то до 65 лет	Годовые договора
Швеция	60–70 лет	Годовые договоры; иногда предлагается пожизненное страхование, если полис куплен до 65 лет

Источники. Национальные сообщения, подготовленные для данного исследования.

Состояния, обычно исключаемые из возмещения ДМС в 2001 г.

Страна	Обычные исключения
Австрия	<i>Индивидуальное страхование:</i> ранее существовавшие заболевания, обычно исключаемые (но не из коллективных полисов); страховщики не вправе отказать в страховании страдающему хроническим заболеванием, но могут взимать более высокие взносы или ввести схему разделения затрат
Бельгия	<i>Взаимное страхование:</i> психиатрическая и долговременная помощь (единовременно выплачиваемая сумма) <i>Взаимное страхование:</i> психиатрическая помощь (совместная оплата) <i>Коммерческое страхование:</i> ранее существовавшие заболевания, лечение бесплодия, несчастные случаи в результате занятий спортом
Великобритания	Ранее существовавшие заболевания, услуги врача общей практики, госпитализация в результате несчастного случая или неотложных состояний, длительные хронические заболевания, такие как диабет, множественный склероз и астма, наркомания, самонанесенные травмы, лекарства и перевязочный материал для амбулаторного лечения, ВИЧ/СПИД, бесплодие, нормальная беременность и роды, косметические операции, перемена пола, профилактические мероприятия, почечный диализ, приспособления для облегчения передвижения, экспериментальные препараты и лечение, трансплантация органов, военные риски и ранения, полученные при вооруженных столкновениях
Германия	Ранее возникшие заболевания исключаются, если они были известны в момент подписания договора и не были объявлены страхователем; на объявленные ранее существовавшие нарушения страховка распространяется, но увеличиваются взносы
Греция	Ранее существовавшие заболевания
Дания	Ранее существовавшие заболевания
Ирландия	Открытый доступ к страхованию
Испания	ВИЧ/СПИД, алкоголизм и наркомания, стоматологическая помощь (часто за дополнительную плату), протезирование, лечение бесплодия, ортопедические приспособления и т.п.; некоторые страховщики не вводят общих ограничений, но могут отказать вносить в полис пособия по определенным нарушениям здоровья; большинство компаний предлагают дополнительные возможности за дополнительную плату, например возмещение за трансплантацию органов, получение дополнительной консультации специалиста, планирование семьи, помощь во время путешествий, лечение за границей, некоторые виды протезирования; только одна компания в одном полисе охватывает гомеопатическое лечение или спа-лечение.
Италия	<i>Индивидуальное страхование:</i> ранее существовавшие заболевания, хронические или рецидивирующие болезни, психические заболевания, алкоголизм и наркомания, косметические операции, военные риски, ранения, полученные во время вооруженных стычек и стихийных бедствий и т.п. Нередко также исключается стоматологическое лечение, не обусловленное болезнью или несчастным случаем. <i>Коллективное страхование:</i> ранее существовавшие заболевания, в частности диабет, наркомания и алкоголизм, ВИЧ/СПИД, тяжелые нарушения психики, в частности шизофрения, добровольное прерывание беременности и военные риски
Люксембург	<i>Взаимное страхование:</i> открытый доступ (не возмещаются расходы на виды лечения, исключенные из возмещения в рамках обязательного медицинского страхования) <i>Коммерческое страхование:</i> ранее существовавшие заболевания
Нидерланды	Если страховка распространяется на стоматологическую помощь, в некоторых случаях от клиента требуют вылечить зубы до подписания договора
Португалия	<i>Индивидуальное страхование:</i> ранее существовавшие заболевания, длительные хронические заболевания (такие, как диабет, множественный склероз и астма), ВИЧ/СПИД, гемолиз, самонанесение травм, психиатрическое лечение, периодические врачебные осмотры, стоматологическая помощь, лекарственные средства для амбулаторного лечения, альтернативная терапия, лечение без доказанной необходимости; стоматологическая помощь, расходы по доставке медикаментов и стоимость лекарств входят только в наиболее дорогостоящие полисы
Финляндия	Беременность и роды, лечение бесплодия, алкоголизм, лечение травмами, лечение, компенсируемое в рамках обязательного медицинского страхования
Франция	Исключение возмещения за любые состояния запрещено законом, хотя в отдельных случаях при определенных обстоятельствах оно разрешается: конкретная болезнь должна быть четко установлена, и страховщик должен доказать, что она возникла до покупки полиса
Швеция	Неотложная помощь, долговременная помощь, ВИЧ/СПИД, некоторые другие инфекционные болезни, болезни и травмы вследствие употребления алкоголя или других токсичных веществ, родовая помощь, родовспоможение (нормальное или при осложнениях), прерывание беременности, лечение бесплодия и вакцинация

Источники. Национальные сообщения, подготовленные для данного исследования.

стоимости лекарственных средств и перевязочного материала, прописываемых в порядке амбулаторного лечения, приспособления для облегчения передвижения, экспериментальными видами лечения, на затраты, вызванные заражением СПИДом и ВИЧ, бесплодием, нормальной беременностью и родами, пластическими операциями, операциями по перемене пола, профилактическими мероприятиями, почечным диализом, трансплантацией органов, военными рисками и травмами, полученными во время опасных занятий [Association of British Insurers, 2001a].

Период до начала страхового возмещения и подписание моратория

Открытый доступ к страхованию, как правило, сопровождается принудительным периодом ожидания выплат. Например, в Ирландии компенсацию выплачивают через 12 месяцев, а расходы в связи с ранее существовавшими заболеваниями компенсируются через срок от двух до семи лет Vhi Healthcare (доминирующей компанией) и через 10 лет (разрешенный законом максимум) BUPA Ireland. Некоммерческие организации обуславливают срок выплат через шесть месяцев в Бельгии, от трех месяцев до двух лет во Франции и двенадцати месяцев в Люксембурге (см. табл. 14).

В некоторых странах разрешена система моратория на страхование, в соответствии с которой индивидуальным страхователям не приходится представлять медицинскую декларацию, заполнять медицинский опросник или проходить обследование, но при этом в течение определенного периода не выплачивается возмещение расходов в связи с ранее существовавшими заболеваниями. Мораторий отличается от полисов, включающих принудительный период ожидания выплат тем, что спустя некоторое время он обеспечивает компенсацию затрат в связи с состояниями, которые не проявлялись симптомами или не требовали лечения в этот период. Например, в Великобритании в полисах ДМС с мораторием обычно указано, что любое заболевание, случившееся в течение пяти лет до подписания договора, подлежит лечению через два года, считая от начала действия полиса, при условии, что в это время держатель полиса не консультировался с врачом по поводу этого заболевания или связанного с ним состояния, не обращался за советом каким-либо другим способом (включая обследования), не принимал для лечения этого состояния никаких мероприятий (включая лекарственные средства и специальные диеты). Такой вид страхования породил беспокойство, ибо отсрочка лечения с целью получить полную страховку может иметь негативные последствия.

Если заявителя предупреждают заранее, наличие принудительного периода ожидания страховых выплат не составляет проблем, но мораторий — более противоречивая мера и в Великобритании критикуется Управлением благоприятной торговли (OFT), в частности на том основании, что мораторий удерживает людей от своевременного обращения к врачу. В докладе 1996 г. OFT выразило мнение, что подписавшие мораторий в рамках ДМС не имеют

Период от подачи заявления до возмещения расходов в 2001 г.

Страна	Период до подачи заявления
Австрия	Нет
Бельгия	<i>Взаимное страхование:</i> 6 месяцев 9–10 месяцев до поступления (единовременно выплачиваемая сумма), 12 месяцев до поступления (совместные платежи)
Велико-британия	Некоторые компании используют практику подписания моратория; продолжительность моратория обычно 2 года
Германия	Может быть обусловлен, но на практике существует только при возмещении стоимости стоматологических операций и протезирования в течение первого года страхования; например, максимальное возмещение ограничено 2000 евро в течение первого года, 4000 евро в течение второго года и 8000 евро в течение третьего года
Греция	Нет, но в будущем может появиться мораторий
Дания	Нет
Ирландия	12 месяцев Ранее существовавшие заболевания: до 10 лет (BUPA), 2–7 лет (Vhi Healthcare) Ограничения на психиатрическую помощь в стационаре (BUPA, 100 дней; Vhi Healthcare, 180 дней) и на пребывание в больнице (180 дней)
Испания	Поступление через 9–12 месяцев 6 месяцев после операции и высокотехнологичных анализов (МР, КТ) Госпитализация по причинам психиатрического характера обычно ограничена 30–60 днями в год
Италия	<i>Индивидуальные полисы и взаимное страхование:</i> обычно 30–180 дней
Люксембург	<i>Взаимное страхование:</i> 12 месяцев <i>Коммерческое страхование:</i> 3 месяца
Португалия	<i>Индивидуальное страхование:</i> минимум 3 месяца у всех страховщиков; некоторые компании предлагают подписать мораторий
Франция	От 3 месяцев до 2 лет
Швеция	Только для коллективных полисов, где не требуется медицинская информация об отдельных лицах

Источник. Национальные сообщения, подготовленные для данного исследования.

Примечание. Данные о Финляндии и Нидерландах отсутствуют. МР — магнитный резонанс. КТ — компьютерная томография.

ясного представления о возможностях, включенных в их полис. В этой связи Управление рекомендовало страховым обществам отказаться от практики введения моратория [OFT, 1996]. Ассоциация британских страховых обществ (ABI) не смогла достичь консенсуса по данному вопросу и выразила предположение, что ущерб, наносимый потребителю, можно уменьшить с помощью разъяснительной работы и распространения новых пояснительных брошюр [OFT, 2000b]. Управление благоприятной торговли согласилось с тем, что более полная информация для потребителей представляет собой приемлемую альтернативу упразднению моратория, однако, по мнению Управления, эта инициатива не совсем то, что требуется в данном случае. Во втором докладе, опубликованном в 1998 г., OFT призвало страховые общества к более строгой саморегуляции, чем предусмотрено ABI, но этот призыв не был реализован [OFT, 2000b].

Подписание моратория в странах Европейского союза широко не распространено, его предлагают главным образом в Великобритании и Португалии.

2.3.2. Предоставление страховых выплат

Диапазон выплат

ДМС в Европейском союзе распространяется на самые разные виды медицинских услуг и предлагает многочисленные варианты страхового возмещения — от полной компенсации расходов на госпитализацию до оплаты косметических операций и альтернативного лечения (см. табл. 9). Замещающее ДМС предлагает наиболее полный пакет, в основном под влиянием вмешательств со стороны правительства, и предлагает охват, аналогичный предоставляемому системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Однако возмещение в рамках расширенного и параллельного ДМС в основном не регулируется, и страховщики произвольно определяют размер и объем договоров. Это привело к распространению расширенного и параллельного ДМС во многих государствах—членах ЕС: страхователи могут выбирать пакет, уровень возмещения, механизм оплаты, вид возмещения (в натуральной или денежной форме) и степень разделения затрат через совместные платежи, вычеты или установление потолка компенсации.

Возмещение

Возмещение может осуществляться с помощью выплат наличными (посредством возмещения или непосредственной выплаты определенной суммы) или в натуральной форме (через непосредственное обеспечение медицинского обслуживания). Страхователи оплачивают услугу сами, а впоследствии компания компенсирует их расходы. Таков порядок в отношении компаний, занимающихся медицинским страхованием, в Бельгии, Дании, Германии и Нидерландах (хотя голландские фирмы в последнее время платят непосредственно медицинским учреждениям) и в меньшей степени в Австрии, Франции и Испании.

Разделение затрат

Разделение затрат в форме установления потолка для предоставляемого покрытия (обычно на основании ежегодных расходов), вычетов (эксцедент) и совместных платежей должны повышать осведомленность страхователей о стоимости медицинских услуг и снижать объем их использования. В разных странах разделение затрат производится по-разному, но в некоторых государствах страховые общества все чаще обращаются к этой практике, стремясь сохранить свой доход [PPP Healthcare, 2000]. Отсутствие страховых случаев и их малое число дают страхователю дополнительный бонус. Некоторые аналитики утверждают, что расширение бонусов такого рода может эффектив-

но сдерживать цены, другие подчеркивают их потенциально негативное влияние на использование медицинских учреждений [Zweifel, 1987]. Как и с мораторием в Великобритании, никакие бонусы не должны побуждать страхователя откладывать лечение.

Выбор поставщика медицинских услуг

Большинство полисов параллельного ДМС способствует более широкому выбору поставщиков медицинских услуг, позволяя держателям этих полисов консультироваться с врачами как в государственном, так и в частном секторах. Расширенное и замещающее ДМС также предоставляет страхователю широкий выбор медицинских служб.

Страны различаются по степени ограничения выбора путем использования сети предпочтительных служб (PPN) или путем интеграции страховых фирм и медицинских служб. В целом эти факторы в большинстве государств не играют существенной роли, хотя отмечается тенденция к некоторым формам вертикальной интеграции среди наиболее крупных страховщиков, в частности BUPA и PPP Healthcare в Великобритании и SANITAS в Испании (приобретен BUPA в начале 1990-х гг.), в странах, где страховые компании сами всегда обеспечивают поставщиков. Вертикальная интеграция до некоторой степени имеет место во Франции и Бельгии, но фактически исключена по закону в Нидерландах, по крайней мере в настоящее время [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000a]. В последние годы три крупнейшие компании добровольного страхования в Португалии вложили немалые средства в создание и развитие PPN [Oliveira, 2001]. Сеть предпочтительных служб существует также и в Италии.

Переход от страхования, основанного на возмещении затрат, к интегрированной медицинской помощи возможен в странах с обширным рынком ДМС, таких как США. При наличии небольших рынков, как в ЕС, где население привлекается к страхованию на добровольной основе, двойное покрытие является возможностью и потребители могут возражать против любых ограничений в выборе служб, это сделать гораздо труднее. Опыт SANITAS в Испании показывает, что страховым компаниям приходится соблюдать тонкое равновесие между ограничением наличия предпочтительных служб и обеспечением возможности выбора для потребителя. В Мадриде SANITAS принадлежат две крупные клиники, которыми эта фирма и управляет. У нее также подписаны контракты с 450 частными и государственными больницами и амбулаториями и 15 000 частных медицинских работников. Недавно компания попыталась снизить взносы в обмен на ограничение выбора служб, но этот проект оказался невыгодным, и от него пришлось отказаться.

Держателям полисов самого крупного страховщика в Великобритании нет смысла обращаться в учреждения, не принадлежащие к сети предпочитаемых компанией служб (т.е. обращаться к своим консультантам и в свои больницы), так как в этом случае им пришлось бы участвовать в совместной

оплате в размере от 103 евро за малое хирургическое вмешательство до 913 евро за большую операцию. Однако когда последовали жалобы на антиконкурентную практику, главным образом от частных консультантов и больниц, орган, контролирующий конкуренцию в Великобритании (OFT), направил запрос двум крупнейшим страховым компаниям относительно их сети предпочтительных служб, вертикальной интеграции и вмешательства в больничные расценки. И хотя OFT не поддержало поступивших жалоб, оно все же заявило, что впредь будет тщательно контролировать любые шаги в направлении вертикальной интеграции [OFT, 1999]. Оно также потребовало большей прозрачности в процедуре выбора больниц и информирования страхователей об их правах в отношении обращения в определенные больницы или к определенным консультантам. В то же время OFT рекомендовало Британской медицинской ассоциации и частному медицинскому сектору разработать практические правила по взиманию платы — рекомендация, которую этот орган впервые сформулировал в 1996 г. [CareHealth, 2000].

Во Франции крупнейшие компании, занимающиеся страхованием здоровья, стремятся создать сеть предпочтительных служб, но общая тенденция к вертикальной интеграции отсутствует, частично из-за негативного отношения общественности к американскому стилю организаций по поддержанию здоровья населения (НМОs). В Бельгии недавние попытки ввести в общества взаимного страхования интегрированную систему помощи при определенных видах лечения не имели особого успеха [Stevens et al., 1998].

Ограничения

В ряде стран держатели полисов ДМС могут быть вовлечены в систему направлений к специалистам или им требуется предварительное разрешение на лечение. В Великобритании, для того чтобы получить консультацию специалиста или обратиться за стационарным лечением, нужно направление от врача общей практики. В Нидерландах также многие компании добровольного страхования ставят условие страхователям, желающим обратиться к специалисту, представить направление от их врача общей практики [Maarse, 2001], однако в целом нельзя считать это рациональным требованием, так как мало кто из страховщиков проводит проверку прежде, чем возместить расходы [Kulu-Glasgow, Delnois, de Bakker, 1998]. В большинстве стран страховые компании не требуют от своих клиентов направления от врача общей практики.

В Великобритании некоторые общества предлагают клиентам получить разрешение до того, как они пройдут лечение; другие настаивают, чтобы страхователи вначале убедились в том, что их полис позволяет им предпринять планируемое лечение [ABI, 2000]. Страховые компании иногда используют эту возможность для того, чтобы направить клиента к сети предпочтительных служб. В большинстве государств, однако, предварительное разрешение требуется только для лечения за границей.

2.3.3. Взаимоотношения страховой компании с поставщиками медицинских услуг

Методы оплаты медицинской помощи

Компании добровольного страхования обычно оплачивают медицинские услуги в виде гонораров, хотя в некоторых странах бывают исключения из этой нормы. Так, в Испании некоторые, хотя и немногочисленные, учреждения получают плату по числу лиц, которым была оказана помощь; во Франции и Греции персонал, работающий в медицинских учреждениях, которые принадлежат страховой компании, получает заработную плату, либо она сочетается с получением гонораров; в Ирландии страховщики платят больницам в зависимости от установленного посуточного тарифа; в Нидерландах некоторые компании выделяют для больниц фиксированные бюджетные средства; в Австрии гонорары иногда заменяют единовременными выплатами.

Есть страны, где гонорары выплачиваются на основе установленного тарифа (Люксембург и Франция) или референтных цен (Португалия), но в других государствах медицинским службам разрешено взимать более высокую плату, чем установлено тарифом (некоторые врачи во Франции и Германии, Нидерландах и Швеции). Для страховщиков это имеет финансовые последствия, для общественности — последствия в плане равного доступа к медицинским службам и эффективности обслуживания. Так, например, в Германии врачам разрешено назначать владельцам полисов ДМС плату, в 1,7–2,3 раза превышающую возмещение, которое установлено для частных медицинских служб Федеральным министерством здравоохранения (а иногда даже больше) [Busse, 2000a]. Взимание дополнительной платы может некоторым клиентам ограничить доступ к учреждениям здравоохранения, хотя в Германии не разрешается превышать плату для отдельных лиц со стандартным тарифом более чем в 1,7 раза (см. 2.1.1) [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]. Кроме того, в последние 10 лет затраты на страхователей с замещающим ДМС в Германии увеличились в среднем на 40% больше, чем затраты в системе обязательного страхования, и почти в два–три раза больше, чем затраты на амбулаторную помощь, стоматологическую помощь и лекарственные средства [Busse, 2000a].

Избирательные контракты

Некоторые компании заключают контракты с медицинскими службами на избирательной основе (т.е. не со всеми) в Австрии, Великобритании, Греции, Дании, Ирландии, Испании, Италии, Португалии и Швеции. Избирательные контракты труднее заключать в тех государствах, где выплачивается компенсация в рамках ДМС и где можно свободно выбирать поставщика медицинских услуг в рамках системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения (как в Бельгии, Франции, Германии

и Люксембурге). В Нидерландах можно выбирать отдельных врачей (не больницы), но такая практика встречается нечасто. В некоторых государствах избирательные контракты ограничены из-за узкого частного сектора. В настоящее время так обстоит дело в Дании, где мало частных коммерческих больниц, а контракты с государственными клиниками запрещены.

Страховые общества в Австрии широко прибегают к практике заключения договоров на избирательной основе. Одна из крупных страховых фирм недавно опубликовала свои требования к размеру частных палат в государственных больницах и имеющихся в них удобствах [Hofmarcher, 2001].

Частные койки в государственных больницах

Частные койки в государственных клиниках (клиники, резервирующиеся для частного пациента) в рамках добровольного медицинского страхования есть в Австрии, Ирландии, Португалии и Великобритании. В Бельгии, Германии, Греции, Дании, Испании, Италии, Люксембурге, Нидерландах, Франции и Швеции частных коек в государственных больницах нет.

Для государственного сектора наличие и использование частных коек может иметь последствия в плане эффективности работы персонала и равной доступности медицинской помощи. В Австрии для частного обслуживания пациентов резервируется до 25% больничных коек. Поскольку на них приходится около 90% дохода, поступающего за счет держателей полисов параллельного ДМС, больницы заинтересованы в том, чтобы число частных коек было максимальным, а это приводит к их неоправданному избытку [Hofmarcher, 2001].

К эффективности имеет отношение и плата, которую берут со страховых компаний за частные койки в государственных больницах. В Ирландии к данной практике прибегают очень широко, и, по расчетным данным, цена частной помощи в государственных клиниках значительно превышает плату за полупчастные койки [Nolan, Wiley, 2000]. Государственная субсидия, предназначенная для финансирования частных коек, по расчетам, составляет 44,4 млн евро [O'Shea, 2000]. В официальном документе правительства Ирландии о частном страховании здоровья содержится предложение ввести экономичные цены на частные койки в государственных больницах на 5–10 лет, но это предложение не реализовано [Department of Health and Children, 1999].

В 1989 г. правительство Великобритании ввело экономичные цены на частные койки в больницах Национальной системы здравоохранения. В результате реформ вновь сформированные фонды Национальной системы здравоохранения стали применять коммерческие тарифы, что вызвало финансовые проблемы у большинства компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием. Наиболее крупная страховая компания Великобритании в конечном счете была вынуждена исключить из договоров возмещение стоимости частных коек в больницах Национальной системы здравоохранения [Buck, Jenkins, Leonard, 1997].

Врачи частного и государственного секторов

Запрещение на работу врачей одновременно в частном и государственном секторах существует в Бельгии, Греции (с недавнего времени исключение составили университетские врачи), Люксембурге и Швеции. Они заняты в обоих секторах в Австрии, Великобритании, Германии, Дании (в ограниченной степени), Ирландии, Испании, Нидерландах, Португалии, Финляндии и Франции. Врачам в Италии необходимо выбирать сектор, в котором они будут работать, но государственные врачи могут заниматься частной практикой, хотя и в ограниченном объеме.

Несоответствие между заработной платой в системе здравоохранения, предусматривающей обязательное медицинское обслуживание, и в системе, обеспечиваемой добровольным медицинским страхованием, создает условия, при которых врачи могут лечить пациентов, поступивших к ним в рамках ДМС, не так, как они лечат клиентов в системе обязательного страхования. Например, в Испании врачи стремятся уделять больше внимания пациентам, имеющим полисы ДМС, в связи с большей заинтересованностью в них, так как страховые фирмы предоставляют гонорары, а государство выдает им заработную плату [Rodríguez, 2001]. Существуют отдельные свидетельства того, что врачи лучше лечат пациентов—держателей полисов ДМС в Австрии, Испании, Португалии, Финляндии и Франции, уделяя им больше времени и назначая больше анализов и т.п. [Hofmarcher, 2001; Mikkola, 2001; Sandier, Ulmann, 2001; Rodríguez, 2001; Oliveira, 2001], однако таких сведений нет в отношении Германии, Греции, Дании, Италии и Швеции.

В некоторых государствах больных с полисами ДМС начинают лечить раньше, чем имеющих государственную страховку, и у них очередь на лечение идет быстрее. Такова ситуация в Австрии, Великобритании, Ирландии, Испании, Италии, Португалии и Швеции [Hofmarcher, 2001; Murray, 2001a; Giannoni-Mazzi, 2001; Oliveira, 2001; Rodríguez, 2001; Skoglund, 2001; Hockley, 2001].

Вопрос об эффективности лечения и его равной доступности применительно к отношениям между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями в разных странах скорее касается государственной политики, чем самих страховых обществ.

2.4. Издержки страхователей

2.4.1. Размер страховых взносов

Размер страховых взносов в том или ином государстве может варьироваться в зависимости от того, каким методом пользуются для их установления (т.е. классификация риска, метод, применяемый для группы населения). Служащие обычно имеют возможность платить меньшие взносы по сравнению с теми, кто работает не по найму, или неработающими (студенты, безработные, пен-

сионеры), поскольку они бывают включены в коллективный полис, предлагаемый по более низкой цене. Например, в Великобритании коллективные полисы ДМС не только гораздо дешевле индивидуальных, но и ежегодный рост их цены менее значителен [Parworth, 2000]. В Ирландии коллективные полисы ДМС продаются со скидкой 10% — максимальной скидкой, разрешенной по закону, а служащим на высоких постах часто выгоден коллективный полис, оплачиваемый работодателями [Vhi Healthcare, 2001c; Department of Health and Children, 2001b]. Размер страховых взносов варьируется и по степени риска, причем больше платят пожилые люди, женщины, лица с ослабленным здоровьем и т.п.

Сравнить средние величины страховых взносов трудно из-за разницы в их уровнях внутри стран. Кроме того, есть существенная разница во взносах в системе ДМС в государствах—членах ЕС (по причинам, приведенным выше). Есть основания считать, что величина взносов во многих странах нестабильна. Наоборот, держатели полисов ДМС в ряде стран встречаются с ростом величины взносов выше уровня инфляции в секторе здравоохранения в целом. В табл. 15 показан реальный годовой рост взносов в системе ДМС в 1990-х гг. в каждом из государств, о которых имеются соответствующие данные, и этот рост сравнивается с годовым увеличением общих расходов на здравоохранение, индексированным по ВВП. Взносы в ДМС в этих странах выросли гораздо быстрее, чем общие расходы на здравоохранение. В то время как общий годовой рост величины взносов в ДМС составил от 2,3 до 12%, общие расходы на здравоохранение выросли в среднем на 1,1–2,7% в год.

Коммерческие общества, занимающиеся страхованием здоровья в Италии, утверждают, что рост взносов, опережающий инфляцию, вызван повышением административных расходов и врачебных гонораров [Giannoni-Mazzi, 2001]. В последние несколько лет увеличились взносы в расширенное и параллельное ДМС в Нидерландах; в 1999 г. это увеличение составило 10% [Vektis, 2000].

Португальская ассоциация потребителей DECO (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor) отмечает, что стоимость частной медицинской помощи и взносы ДМС в Португалии в последние пять—семь лет росли намного быстрее инфляции, вследствие чего ДМС стало стоить неприемлемо дорого [DECO, 2001]. Эта организация утверждает, что единственная причина, по которой ДМС стали больше покупать в Португалии, заключается в приобретении полисов ДМС нанимателями в качестве дополнительной льготы для их служащих.

В Испании затраты на ДМС возросли, составив 23,7% от частных расходов в 1986 г. и 30% в 1995 г. [Lopez i Casanovas, 1999]. В последние 10 лет число застрахованных лиц увеличивалось относительно медленно: в 2000 г. ДМС охватывало лишь на 25% больше лиц, чем в 1990 г. [Rodríguez, 2001]. В этот же период взносы в ДМС резко возросли, и средний взнос на одного застрахованного стал больше на 250% [Rodríguez, 2001]. Этот значительный рост величины

взносов, по всей вероятности, сыграл свою роль в том, что число желающих приобрести полис ДМС в Испании увеличивалось медленно.

В Ирландии в последние годы взносы в системе ДМС также резко возросли. Этот рост более чем в два раза превысил рост инфляции между 1993–1998 гг. [Consumer Choice, 1998]. Взносы в Vhi Healthcare в целом увеличились на 72% в последние 10 лет и на 15% в 2001 г. [Move to Ireland, 2001]. По утверждению этой компании, рост взносов вызван высокой стоимостью новых видов лечения, старением населения и тем, что правительство Ирландии задерживает введение системы уравнивания риска (RES) (см. 3.2.4) [Move to Ireland, 2001]¹⁵. Цена полисов ДМС в BUPA Ireland растет вместе с расценками Vhi Healthcare [Murray, 2001a].

В период между 1991 и 1996 гг. реальные расценки взносов в ДМС в Великобритании поднимались в среднем почти на 5% в год (после инфляции) [Couchman, 1999], при росте среднего ежегодного страхового взноса на одного страхователя с 513 евро (592 евро на индивидуального страхователя) в 1989 г. до 924 евро (1 185 евро на индивидуального страхователя) в 1998 г. [Laing, Buisson, 2000]. В 1988 г. средняя величина страхового взноса при индивидуальном полисе была на 15,5% выше, чем при коллективном, но к 1998 г. первый стал на 28,2% дороже [Laing, Buisson, 2000]. Кроме того, ежегодный рост цен на индивидуальные полисы выше, чем на коллективные, как правило, превышая 10% [Papworth, 2000]. Поскольку рост взносов в ДМС в Великобритании значительно превосходит рост инфляции, в докладе OFT по ДМС от 1998 г. содержится рекомендация о том, чтобы страхователи получали полноценную информацию о вероятном увеличении взносов и надежные сведения о среднем росте расценок за последние пять лет [OFT, 1998b]. Хотя вначале эта рекомендация рассматривалась как нереальная, в конце концов было решено включать в договоры предупреждение об увеличении страховых взносов [Davey, 1999]. Однако к июлю 2000 г. страховщики не приняли никаких мер к тому, чтобы предоставить потребителям статистические данные о среднем росте страховых взносов в предыдущие пять лет [OFT, 2000b].

Данные, которыми мы располагаем, показывают, что неудовлетворительное расширение рынка ДМС в некоторых странах можно объяснить слишком высокой стоимостью этого вида страхования и ежегодным ростом взносов, превышающим рост инфляции. Там, где отмечается увеличение рынка, это во многом объясняется резким увеличением взносов, а не расширением продаж полисов ДМС (см. табл. 15). В сообщениях о недавних исследованиях в этой области выражается предположение о том, что в будущем увеличение рынка ДМС произойдет скорее всего за счет увеличения цен, а не за счет расширения охвата населения [Datamonitor, 2000a].

¹⁵ Поскольку в Vhi Healthcare зарегистрирован больший процент пожилых страхователей, чем в BUPA Ireland, это будет компенсироваться последней по схеме уравнивания риска.

**Годовой рост средней величины взносов в системе ДМС в отдельных странах,
вторая половина 1990-х гг.**

Страна	Общий годовой рост взносов в ДМС (%)	Средний годовой рост ОЗЗ* индексированный по ВВП** (%)
Австрия	2,3 (1996–2000 гг.)	0,4 (1996–1999 гг.)
Великобритания	12 индивидуальных полисов (1994–1999 гг.) меньше 3 коллективных полисов (1994–1999 гг.)	2,5 (1994–1999 гг.)
Германия	7,6 (1994–1998 гг.)	2,7 (1994–1998 гг.)
Греция	6,8–10,4 (1997–2000 гг.)	–1,1 (1997–1998 гг.)
Испания	10,5 (1993–1997 гг.)	2,3 (1993–1997 гг.)
Италия	6,5 (1994–1998 гг.)	1,6 (1994–1998 гг.)

Источники. Datamonitor, 2000a; OECD, 2001a; Hofmarcher, 2001; Economou, 2001.

* Мы использовали показатель ежегодного годового роста общих расходов на здравоохранение, поскольку база данных OECD не дает индекса потребительских цен.

** Мы индексировали ежегодные общие расходы на здравоохранение (ОЗЗ), используя индекс ВВП, поскольку соответствующий показатель для здравоохранения на эти годы неизвестен; инфляция в секторе здравоохранения бывает выше, чем инфляция в ВВП.

2.4.2. Налоговые льготы

Национальные законы, касающиеся налогообложения, могут влиять на поведение отдельных лиц и фирм, предоставляя им льготы для покупки полисов ДМС или, наоборот, создавая им неблагоприятные условия. Льготы выражаются в форме снижения налогового бремени, позволяя страхователям вычитать полностью или частично стоимость взносов ДМС из суммы подоходного налога (у отдельных лиц) или корпоративного налога (у компаний). Существует и налогообложение на взносы в ДМС: либо налог платит фирма, предлагающая страхование, либо налог на возмещение в натуральной форме платит страхователь, получающий полис ДМС, оплачиваемый нанимателем, и (или) фирма, предоставляющая возмещение ДМС в натуральной форме.

Влияние законов о налогах на приобретение полисов ДМС определяется тем, в чью пользу они направлены: в пользу фирм или отдельных лиц (конкретных групп лиц, например, являются ли их целью пожилые люди или служащие), а также применяются ли они в сочетании с другими льготами (или налоговыми санкциями).

Иногда налоговые льготы предлагаются в качестве средства привлечения людей к покупке полисов ДМС или для поощрения тех, кто уже приобрел соответствующие полисы. Считается, что облегчение налогового бремени для тех, кто пользуется ДМС, является мерой в интересах общественности, так как повышение спроса на ДМС сокращает потребность в медицинской помощи,

предоставление которой гарантировано государством, и государственные расходы таким образом уменьшаются. При этом исходят из предположения, что налоговые льготы не просто вознаграждают держателей полисов ДМС, но создают стимул для новых страхователей. Задача такой меры — компенсировать страхователям дополнительные средства, которые они тратят на собственное здоровье или на сокращение ресурсов, предназначенных на медицинское обслуживание, предоставляемое государством, однако защитники этой точки зрения не принимают во внимание тот факт, что владельцы полисов ДМС могут платить за большие удобства, например за отдельную палату в клинике, и могут по-прежнему пользоваться системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения государственного здравоохранения.

Можно также спорить с теорией налоговых льгот и на другом основании [Davies, 1999]:

- снижение налогов нарушает представление о ценах;
- снижение налогов с административной точки зрения — сложный процесс, влекущий за собой транзакционные издержки;
- поскольку полисы ДМС в странах Европейского союза приобретают главным образом люди с большими доходами (см. 1.3.2), снижение налогов при покупке полисов ДМС выглядит как государственная субсидия наиболее богатым группам населения;
- налоговые льготы могут быть регрессивными в плане финансирования здравоохранения, если они применяются при маргинальной ставке налогов, так как налоговое бремя будет меньшим для тех, кто платит по более высокой маргинальной сетке;
- могут возникать возможности для тех, кто стремится избежать налогов.

Налоговые льготы (или санкции) при покупке полисов ДМС — характерная черта стран ЕС (см. табл. 16 и 17), хотя в последние 15 лет во многих странах предпринимаются попытки снизить или ликвидировать налоговые льготы. В настоящее время они не применяются при покупке индивидуальных полисов всех типов ДМС в Дании, Финляндии, Испании и Великобритании и при покупке коллективных полисов работодателями для сотрудников в Великобритании, Германии, Греции, Италии, Люксембурге, Нидерландах, Финляндии, Франции и Швеции. Налоговые льготы по отношению к приобретающим индивидуальные полисы ДМС в Германии, Италии, Люксембурге и Нидерландах не создают стимула для покупки этих полисов, так как они применяются вместе к разным типам страхования и имеют определенный потолок.

Тенденции в области налоговых льгот для индивидуальных страхователей

В последние годы правительства Австрии, Греции, Ирландии, Италии, Испании и Великобритании принимают меры к тому, чтобы снизить или лик-

Таблица 16

Налоговые льготы при покупке полисов ДМС в странах Европейского союза в 2001 г.

Страна	Налоговые льготы для отдельных лиц/служащих	Налоговые льготы для фирм
Австрия	Отдельные страхователи могут вычитать 25% из взносов ДМС из облагаемого налогом дохода (до 2907 евро), если их общий годовой доход не превышает 36 336 евро; уровень вычетов снизился в 1988 г. на 50% Не состоящие в браке работающие страхователи могут вычитать 25% из суммы взносов до 5 814 евро; уровень вычетов снизился со 100% в 1988 г. до 25% в 1999 г.	Фирмы могут вычитать из взносов, оплачиваемых работодателем
Бельгия	Лица, работающие не по найму, могут вычитать взносы замещающего ДМС из облагаемого налогом дохода	Фирмы могут вычитать из налога взносы, оплачиваемые работодателем
Великобритания	Не существуют (с 1997 г.)	Не существуют
Германия	Взносы в ДМС вычитаются из облагаемого налогом дохода, как и взносы по всем другим типам добровольного медицинского страхования и взносы в систему обязательного страхования (включая пенсионное); это не способствует приобретению полисов замещающего ДМС (так как потолок подлежащих вычету расходов снижается с увеличением дохода) или дополнительного и параллельного ДМС (так как потолок уже будет достигнут при уплате взносов в обязательное страхование)	Не существуют
Греция	Взносы в ДМС вычитаются из облагаемого налогом дохода (с 1992 г.) до максимума 587 евро в год (с 1997 г.)	Не существуют
Дания	Не существуют (с 1986 г.)	Фирмы могут вычитать из налога взносы, оплачиваемые работодателем
Ирландия	Взносы ДМС вычитаются из облагаемого налогом дохода по стандартной ставке	Фирмы могут вычитать из налога взносы в ДМС, выплачиваемые работодателем
Испания	Не существуют (с 1999 г.)	Фирмы могут вычитать из налога взносы в ДМС, выплачиваемые работодателем, с ограничением в 360 евро на человека (1 202 евро на семью) (с 1999 г.)
Италия	Взносы в ДМС по коллективным (но не индивидуальным) коммерческим полисам и по всем полисам взаимного страхования вычитаются из облагаемого налогом дохода по стандартной ставке с учетом ежегодного потолка для всех видов страхования (1 250 евро) (до 1992 г. взносы вычитались по маргинальному уровню)	Не существуют
Люксембург	Отдельные страхователи могут вычитать взносы в ДМС в порядке совместного страхования из облагаемого налогом дохода с учетом потолка для всех видов страхования	Не существуют
Нидерланды	Особенно высокие затраты на медицинскую помощь, в том числе на взносы в ДМС, могут вычитаться из облагаемого налогом дохода, если они превышают потолок, установленный для данной величины дохода; налоговые льготы не имеют большого значения, так как этот потолок достаточно высок	Не существуют
Португалия	25% взносов в ДМС можно вычесть из подоходного налога (не из дохода) с учетом потолка в 70 евро для одиноких страхователей и 140 евро для супружеских пар плюс еще 35 евро для каждого иждивенца (с 1999 г.)	Не существуют (отменены в 1999 г.)
Финляндия	Не существуют	Не существуют

Страна	Налоговые льготы для отдельных лиц/служащих	Налоговые льготы для фирм
Франция	Служащие могут вычитать из дохода взносы ДМС, оплачиваемые работодателем (до суммы, оплачиваемой работодателем)	Не существуют
Швеция	Страхователи могут вычитать из облагаемого налогом дохода взносы в ДМС, оплачиваемые работодателем	Не существуют

Источники. Общенациональные отчеты, подготовленные для данного исследования.

видировать налоговые льготы. Единственным государством, повысившим льготы для отдельных страхователей, была Португалия.

Австрийское правительство сократило налоговые льготы в 1996 г., ограничив их людьми, зарабатывающими в год меньше определенной суммы [Bennett, Schwartz, Marberger, 1993]. В 1999 г. была также сокращена сумма вычетов из налогов со 100 до 25% цены взносов в системе ДМС и введен потолок для вычетов [СЕА, 1999; Hofmarcher, 2001]. Налоговые льготы при покупке полисов ДМС были введены в Греции в 1992 г., но в 1997 г. правительство установило потолок на вычеты из подоходного налога [Economidou, 2001]. До 1992 г. налоговые льготы применительно к ДМС действовали по маргинальной налоговой ставке, результаты были регрессивными [Dirindin, 1996]. В 1992 г. были сокращены льготы для коммерческих коллективных полисов ДМС и для всех полисов ДМС в рамках взаимного страхования — их перевели с маргинальной на стандартную ставку. В 1999 г. увеличили налоговые льготы для тех, кто выплачивает взносы в дополнительные фонды национальных служб здравоохранения (в отличие от взносов в другие типы ДМС), и с тех пор, включая 2005 г., они продолжают возрастать [Giannoni-Mazzi, 2001]. В 1999 г. правительство Испании отменило снижение налога на 15% всех медицинских расходов, включая приобретение полисов ДМС [Freire, 1999; Rodríguez, 2001]. В то же время был снижен налог для фирм, приобретающих полисы ДМС для своих сотрудников (см. табл. 16). Отмена налоговых льгот для отдельных лиц не снизила спрос на индивидуальные полисы ДМС в Испании [Rodríguez, 2001].

В Ирландии налоговые льготы составляют крупную государственную субсидию, но в последние годы ее влияние сказывается меньше, частично из-за того, что в 1994 г. маргинальный уровень заменен на стандартную ставку (как в Италии в 1992 г.), а частично из-за сокращения стандартного подоходного налога в конце 1990-х гг. В 1970-х, 1980-х и в начале 1990-х гг. налоговые льготы при покупке ДМС обеспечивались полностью на маргинальном уровне подоходного налога (27 или 48% в 1994 г.) [Harmon, Nolan, 2001]. Значение этого факта росло по мере того, как в 1980-х гг. увеличивались обе ставки налогов и число людей, выплачивающих высокие налоги [Harmon, Nolan, 2001]. В то же время в 1982 г. Комиссия по налогам и в 1989 г. Комиссия по фондам здравоохранения поставили под сомнение желательность налоговых льгот на том основании, что они не обеспечивают ни равного доступа к медицинским

Отсутствие налоговых льгот в отдельных странах в 2001 г.

Страна	Отсутствие налоговых льгот
Бельгия	<ul style="list-style-type: none"> • Коммерческие полисы ДМС подлежат налогообложению взносов в размере 9,25% • Все страховщики платят 10%-ный взнос в RIZIV-INAMI для возмещения больничных расходов, составляющих более 12,5 евро в сутки
Великобритания	<ul style="list-style-type: none"> • Все полисы ДМС облагаются налогом в размере 5% (при введении этого налога в 1994 г. он составлял 1,5%) • Начиная с 1999 г. все льготы в натуральной форме (включая взносы в ДМС, оплачиваемые работодателями) облагаются налогом на национальное страхование, который взимают с работодателей в размере 11,7% • Со всех рабочих и служащих, кроме отнесенных к самому низкому налоговому поясу, взимают налог на льготу в натуральной форме, если страховые взносы выплачивает работодатель
Ирландия	<ul style="list-style-type: none"> • Рабочие и служащие облагаются налогом на взносы, оплачиваемые работодателем в качестве льготы в натуральной форме, на основе разницы между их маргинальной и стандартной ставкой налогов
Люксембург	<ul style="list-style-type: none"> • Коммерческие полисы ДМС облагаются налогом в размере 4% • Полисы ДМС, продаваемые обществами взаимного страхования, освобождены от налога
Франция	<ul style="list-style-type: none"> • Коммерческие полисы ДМС подлежат налогообложению взносов в размере 7% • Полисы ДМС, продаваемые обществами взаимного страхования и провидентными страховыми организациями, освобождены от этого налога

Источники. Национальные отчеты, подготовленные к данному исследованию RIZIV-INAMI: Национальный институт страхования на случай болезни и инвалидности.

службам, ни их эффективности, и рекомендовали их отменить [Commission on Taxation, 1982; Commission on Health Funding, 1989]. Тем не менее финансовый закон от 1994 г. лишь сократил налоговые льготы до величины стандартного подоходного налога (27%) (Department of Health and Children, 1999).

Стандартный уровень налога снизился с 27 до 24% в 1998 г., до 22% в 2000 г. и до 20% в 2001 г. Начиная с 2001 г. налоговые льготы в связи с ДМС были введены «у источника»: т.е. уже не у страхователя уменьшают налог на 20% в конце года, а страховщику платят на 20% меньше, последний же должен получить возмещение от правительства. Ирландское налоговое ведомство недавно приняло решение о том, что налоговые льготы стандартной величины (20%) будут распространяться на взносы ДМС, предназначенного для компенсации первичной медицинской помощи [Vhi Healthcare, 2001c].

Налоговые льготы в связи с ДМС обходятся правительству Ирландии примерно в 79 млн евро в год (эквивалент 2,5% государственных расходов на здравоохранение в 1997 г.), но отменять их не предполагается, так как, по расчетам, это увеличило бы стоимость страховых взносов на 32% (Department of Health and Children, 1999). Однако переход от маргинальной к стандартной сетке налога и сокращение только стандартного подоходного налога удвоило бы стоимость взносов для держателей полисов ДМС в Ирландии с середины 1980-х гг., даже если бы цены в целом не возросли [Harmon, Nolan, 2001].

Сокращение налоговых льгот, по-видимому, не повлияло на спрос на приобретение полного ДМС в Ирландии, так как охват населения ДМС увеличился с 21,8% в 1979 г. до 37,3% в 1994 г. и 45,5% в 2001 г. [Department of Health and Children, 2001b]. Тем не менее, предоставляя свои материалы для данного исследования, Vhi Healthcare отметили, что налоговые льготы, возможно, «одна из основных причин высокого охвата населения Ирландии добровольным медицинским страхованием» [Vhi Healthcare, 2001c].

В 1990 г. британское правительство ввело налоговые льготы для обладателей полисов ДМС в возрасте 60 лет и старше. Впоследствии этот закон был отменен (1997 г.), так как исследования показали, что, несмотря на ежегодные государственные затраты в 135 млн ф. ст. (214 млн евро), число застрахованных увеличилось только на 50 000 человек за семь лет (общее увеличение на 1,6%) [Department of Health, 2000]. Маловероятно, что сумма государственной субсидии на цели ДМС была меньше, чем сэкономленные Национальной службой здравоохранения государственные ресурсы, хотя страховщики утверждают обратное. Как свидетельствуют недавние расчеты, еще по крайней мере 1,8 млн человек должны были бы приобрести полисы ДМС (т.е. 28%-е увеличение охвата страхованием), чтобы субсидия для всего взрослого населения, равная базовой ставке подоходного налога, стала самофинансируемой [Emmerson, Frayne, Goodman, 2000; Emmerson, Frayne, Goodman 2001]. Однако, если медицинская помощь, обеспечиваемая Национальной службой здравоохранения, на самом деле стоит меньше, чем медицинская помощь, предоставляемая за счет ДМС (статистика Министерства здравоохранения свидетельствует, что такие виды лечения, как экстракция катаракты или протезирование тазобедренного сустава, осуществляемые за государственный счет, стоят примерно на треть меньше, чем в частном секторе), понадобилось бы еще 3,1 млн полисов ДМС, чтобы оправдать самофинансируемую субсидию [Emmerson, Frayne, Goodman, 2001]. По свидетельствам, в Великобритании налоговые льготы для индивидуальных страхователей не побуждают людей приобретать полисы ДМС, хотя отмена их в 1997 г., вероятно, заставила некоторых пожилых страхователей отказаться от своих полисов. Используя многовариантный анализ, Эммерсон, Фрейн и Гудман подсчитали, что отмена налоговых льгот снижает охват страхованием людей 60 лет и старше на 0,7% (охват страхованием сократился на 4 000 человек) [Emmerson, Frayne, Goodman, 2001]. По их заключению, это могло привести к несколько большей нагрузке на Национальную службу здравоохранения, но это дало гораздо большую экономию, чем те 135 млн ф. ст. (214 млн евро), которые удалось сэкономить путем отмены государственной субсидии.

Как отмечено выше, Португалия была единственным государством, которое увеличило налоговые льготы для индивидуальных страхователей. В 1999 г. португальское правительство приняло новый закон, установив вычеты из налогов исключительно для ДМС. Ранее сумма вычетов составляла пример-

но 348 евро для всех типов страхования [Dixon, Mossialos, 2000]. Теперь 25% суммы, составляющей взносы в ДМС, можно вычитать из подоходного налога (а не из дохода, подлежащего налогообложению), причем потолок составляет 70 евро или 140 евро для одного человека и супружеской пары соответственно плюс еще 35 евро для каждого иждивенца [Oliveira, 2001].

Наконец, ДМС позволяет работодателям снабжать сотрудников безналоговым доходом, если полисы, которые они приобретают для сотрудников в качестве льготы в натуральной форме, не подлежат налогообложению. Полисы ДМС в качестве льготы в натуральной форме подлежат налогообложению только в Ирландии и Великобритании (см. ниже), а это означает, что коллективные полисы, предоставляемые нанимателем, в большинстве стран-членов не облагаются налогом льготы в натуральной форме.

Тенденции в области налоговых льгот для фирм

Корпоративное снижение налогов для фирм, которые приобретают для своих сотрудников полисы ДМС частично или полностью, характерно для Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Ирландии и Испании (см. табл. 16). Налоговые льготы для фирм, по-видимому, увеличили спрос на добровольное страхование в Австрии, Дании, Ирландии и Испании. Корпоративное снижение налогов для оплачиваемых работодателями взносов в ДМС было отменено в Португалии в 1999 г. (хотя оно все еще действует, когда речь идет о подсистемах, см. Приложение А). Ранее фирмы могли вычитать суммы взносов, оплачиваемых нанимателем, из налога, если предлагаемые возможности были одинаковыми для всех сотрудников, а страховщики базировались в Португалии [Oliveira, 2001].

Тенденции в области снятия налоговых льгот у отдельных лиц и фирм

Налоговые льготы отсутствуют применительно к коммерческим и оплачиваемым нанимателями полисам ДМС (см. табл. 17), хотя в Великобритании все виды ДМС облагаются налогом в размере 5% (в отличие от тех 1,5%, взимаемых в 1994 г., когда такой налог был только введен). Сюда входят и комиссионные страховых агентов и других посредников [Her Majesty's Custom and Excise, 1999]. Налоги на взносы по другим видам страхования в Великобритании могут быть гораздо выше. Так, например, страховые взносы в связи с путешествиями облагаются 17,5%-м налогом. Налог на страховые взносы взимается с коммерческих страховых компаний в Бельгии (9,25%), Франции (7%) и Люксембурге (4%). Полисы, предлагаемые обществами взаимного страхования и провидентными страховыми компаниями, освобождены от налогов на страховые взносы.

В Ирландии полисы ДМС, оплачиваемые нанимателями в качестве льготы в натуральной форме, облагаются подоходным налогом с учетом разницы между маргинальным и стандартным уровнями налога. Считается, что на практике многие владельцы индивидуальных полисов не платят налоги [Vhi Healthcare,

2001г.]. В Великобритании ДМС, оплачиваемое нанимателями в качестве льготы в натуральной форме, относятся к высокому налоговому поясу и подлежат обложению подоходным налогом по маргинальной сетке. Здесь с нанимателей, оплачивающих ДМС, взимают взносы (налог на общий фонд заработной платы составляет 11,7%) в общенациональную систему страхования. Комментаторы данной отрасли утверждают, что налог на страховые взносы в качестве льготы в натуральной форме, хотя и препятствует продаже коллективных полисов в некоторых случаях, вряд ли значительно отражается на рынке этого вида страхования, поскольку налогом не облагаются люди с минимальным доходом и в целом взимаемые суммы не слишком велики.

Налоговые льготы и структура рынка

Налоговые льготы могут влиять на структуру рынка, создавая более благоприятные условия для некоторых страховых фирм, по сравнению с остальными, или поощряя приобретение коллективных полисов (и наоборот). В Бельгии, Франции, Италии и Люксембурге общества взаимного страхования и провидентные страховые компании имеют преимущество перед коммерческими компаниями. Освобождение обществ взаимного страхования от налога на страховые взносы обходится Франции в 457,35 млн евро в год [Sandier, Ulmann, 2001]. В марте 1993 г. Французская федерация страховых ассоциаций (FFSA) направила в Европейскую комиссию жалобу на правительство Франции [Sandier, Ulmann, 2001]. В ноябре 2001 г. Европейская комиссия предложила французскому правительству положить конец помощи, образующейся вследствие освобождения от налога ряда страховых обществ, либо отменив эту льготу, либо обеспечивая эту помощь, но только «в случае уверенности, что ее размеры не превышают издержек, связанных с ограничениями общего экономического интереса» (см. подробнее в 4.3) [Европейская комиссия, 2001].

Тенденция к сокращению или ликвидации налоговых льгот, предназначенных поощрять приобретение полисов ДМС, говорит о том, что многие правительства нашли более эффективные пути вклада этих денег, считая налоговые льготы для отдельных страхователей дорогостоящими, регрессивными и в целом не содействующими спросу. Снижение налогов для фирм более успешно побуждает работодателей приобретать страховку для своих сотрудников и платить за нее. Условия, которые ставят некоторых страховщиков в более выгодное положение по сравнению с другими, могут повлиять на структуру рынка, но такая разница вряд ли будет устойчивой формой государственной политики, ибо она может противоречить закону о конкуренции, принятому в странах ЕС.

2.5. Расходы страховщиков

2.5.1. Страховые выплаты

В некоторых странах в период между 1995 и 1998 гг. рост расходов на страховые выплаты (предоставление пособий) превосходил рост доходов от страховых взносов [CEA, 2000]. Тем не менее в этот период не отмечалось значительного роста расходов на страховые выплаты в процентах от доходов, полученных от взносов (коэффициента потерь) (см. табл. 18).

Коэффициент снижения спроса весьма неодинаков в разных странах, есть существенная разница и между индивидуальными и коллективными полисами ДМС. В Германии, например, коэффициент потерь снизился с 80% в 1995 г. до 65,8% в 1999 г., но это снижение было вызвано более высокими требованиями к резервным средствам для людей преклонного возраста [Busse, 2001]. В целом коэффициенты потерь оказались самыми высокими в Дании (91,7% в 1998 г.), а в Нидерландах и Испании — более чем на 80%. Однако большинство потерь находятся в диапазоне 72–76%.

Гораздо более выражена разница в потерях между коммерческими индивидуальными и коммерческими коллективными полисами, возможно отражая тот факт, что многие страховщики предлагают коллективные полисы по более низкой цене (см. 2.2.2). В 1999 г. коммерческие страховые общества Бельгии потеряли только 60,2% индивидуальных полисов, в то время как потери коллективных договоров исчислялись 88,8% [Hermesse, 2001]. Во Франции в 1998 г. соответствующие показатели составили 68,7 и 85,4% [Sandier, Ulmann, 2001]. В Португалии и Великобритании также более велики сравнительные потери коллективных договоров [Oliveira, 2001; Laing, Buisson, 2001].

В Великобритании в 1990-х гг. потери страхователей уменьшились. В 1985 г. добровольное страхование лишилось 88%, к 1995 г. — 81%, в 2000 г. еще меньше — 79% [Laing, Buisson, 2001]. Коэффициент потерь коллективных полисов ДМС, оплачиваемых нанимателями, в 2000 г. в Великобритании составлял 85%, для индивидуальных полисов и оплачиваемых работниками он достиг только 73% [Laing, Buisson, 2001]. Судя по недавнему сообщению, британские страховщики стремились «увеличить прибыльность, поднимая взносы до беспрецедентного уровня и сокращая свои расходы путем ограничения числа заявок» [Sunday Times, 2001].

В Ирландии Vhi Healthcare (основная страховая компания) прогнозировала для себя потери на 2002 г. 87% и 55% — для своего конкурента BUPA Ireland (единственная крупная компания добровольного медицинского страхования, оставшаяся на ирландском рынке с 1996 г.) [Vhi Healthcare, 2001c]. По ее же расчетам, она должна была получить 1,5%-й доход от страховых взносов, а фирма BUPA Ireland — 25%-й. Когда мы обратились в BUPA Ireland с просьбой прокомментировать эти цифры, директор по маркетингу назвал их «полней-

Коэффициенты потерь компаний добровольного страхования (%)

Страна	1995 г. (СЕА)	1998 г. (СЕА)	Разные годы (национальные доклады)
Австрия	74,1	75,8	74,4 в 2000 г.
Бельгия	75,2	74,1	Коммерческое индивидуальное страхование: 60,2 (1999 г.) Коммерческое коллективное страхование: 88,8 (1999 г.)
Великобритания	82,0	83,35	Всего: 79 (2000 г.) Индивидуальное страхование: 73 (2000 г.) Страхование, оплачиваемое работодателем: 85 (2000 г.)
Германия	80,0	70,4	65,8 (1999 г.)
Греция	–	–	76,6 (1999 г.)
Дания	90,9	91,7	Нет данных
Ирландия	–	–	Vhi Healthcare: 86 (2001 г.)
Испания	82,0	84,05	83
Италия	74,1	78,1	75,2 (1999 г.)
Люксембург	–	–	В обществах взаимного страхования дефицит 20 млн люксембургских франков в 2000 г., в 1998 г. дефицит был больше, но с тех пор вступительный взнос уменьшился
Нидерланды	87,7	89,35	81,3 (2000 г.)
Португалия	76,3	78,15	83–87 (1996–1999 гг.) Меньше для индивидуальных полисов
Финляндия	–	69,4	Коммерческое страхование (включая несчастные случаи и здоровье): 75,2 (1998 г.) 75,8 (1999 г.) 72,5 (2000 г.)
Франция	77,5	78,7	Коммерческое индивидуальное страхование: 65–70 (1999 г.) 71,9 (1989 г.) до 68,7 (1998 г.) Коммерческое коллективное страхование: 100 (1993 г.) 82 (1996 г.) 85,4 (1997 г.) 84,5 (1998 г.)

Источники. СЕА, 1997; СЕА, 2000; национальные доклады, подготовленные для данного исследования.

Примечание. Коэффициенты потерь получены путем деления суммы выплат на доход от взносов. Данные о Швеции отсутствуют.

шей фикцией» [Murray, 2001b]. Однако, поскольку BUPA Ireland уклонилась от предоставления нам каких-либо финансовых данных о своих доходах от взносов, расходах, связанных с заявками на получение страховки, и эксплуатационных расходах, мы не имеем возможности ни подтвердить, ни опровергнуть данные прогнозы на 2002 г.¹⁶

2.5.2. Административные расходы

Операционные издержки по управлению и администрированию бывают гораздо более высокими в рамках добровольного страхования, по сравнению с обязательным, из-за обширных бюрократических процедур, которые требуются для оценки рисков, установления величины страховых взносов, определения пакетов страховых пособий, анализа заявок на выплату по страховым случаям и их отклонения. Компаниям добровольного страхования также приходится тратить деньги на рекламу, маркетинг, распространение продукции (часто через агентов) и перестрахование.

Согласно экономической теории, высокие операционные расходы считаются неэффективными, если их можно избежать при альтернативной системе финансирования и обеспечения медицинской помощи [Barr, 1992]. Некоторые комментаторы в США утверждают, что высокие операционные издержки оправданы инновациями [Danzon, 1992], но это вызывает возражения [Barr, Evans, 1992]. Так, например, Данзон придерживается мнения, что общества добровольного страхования осуществляют конкуренцию, изыскивая способы эффективного контролирования моральных факторов, включая структурированные совместные платежи, анализ использования страховок, заключение избирательных контрактов с поставщиками и финансовые стимулы для поставщиков, например расчеты по числу обслуживаемых людей и другие формы проспективного возмещения расходов с учетом разделения рисков [Danzon, 1992]. Однако этот аргумент, пожалуй, неприменим к рынкам ДМС в странах ЕС, где большинство страховых фирм в целом не принимают упомянутые выше меры для сдерживания затрат. Они скорее конкурентоспособны за счет отбора рисков, чем за счет конкурентной покупки, и их попытки сдерживать расходы в целом опираются в основном на спрос, а не на предложение.

Данные по административным расходам в рамках добровольного медицинского страхования в разных странах ограничены, хотя есть свидетельства,

¹⁶ Будучи филиалом BUPA International, BUPA Ireland не обязана публиковать каких-либо финансовых сведений по Ирландии. BUPA Limited в Великобритании публикует ежегодные отчеты, включающие данные о бизнесе в Ирландии, но они не выделяются из информации об общем международном бизнесе. Получить отдельные сведения об Ирландии от Управления финансовых служб Великобритании (FSA) оказалось невозможно. BUPA Ireland обязана представить финансовые данные новому Управлению медицинского страхования в Ирландии, но они не подлежат огласке.

Административные расходы как доля дохода фирм добровольного медицинского страхования по сравнению с административными издержками в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения (%), 2000 г. или последний год, за который имеются сведения

Страна	Компании, предоставляющие добровольное медицинское страхование	Государственные административные расходы в процентах от государственных расходов на здравоохранение
Австрия	22 (начало 1990-х гг.)	3,6 (2000 г.)
Бельгия	25,8 (коммерческое индивидуальное страхование, 1999 г.) 26,8 (коммерческое коллективное страхование, 1999 г.)	4,8 (1999 г.)
Великобритания	14,2 (ВУРА, 1999 г.) 16,9 (государственно-частное партнерство в здравоохранении, 1998 г.)	3,5
Германия	10,2 (1999 г.)	5,09 (2000 г.)
Греция	15–18 (коммерческое пожизненное страхование)	5,1
Дания	–	1,1*
Ирландия	11,8 (Vhi Healthcare, 2001 г.) 5,4 (Vhi Healthcare, 1997 г.)	2,8*
Испания	Около 13–15	5
Италия	27,8 (2000 г.) 26,8 (1999 г.)	0,4*
Люксембург	10–12 (общества взаимного страхования)	5
Нидерланды	12,7 (1999 г.)	0,7 AWBZ (1999 г.) 4,4 ZFW (1999 г.)
Португалия	Около 25	–
Финляндия	–	3,1*
Франция	10–15 (общества взаимного страхования) 15–25 (коммерческое страхование)	4–8

Источники. Национальные доклады, подготовленные к данному исследованию; OECD, 2001а. AWBZ: Закон о чрезвычайных медицинских расходах; ZFW: Закон о фондах медицинского страхования.

Примечание. Данные о Швеции отсутствуют.

* Данные ОЭСР, 1995 г.

указывающие, что эти издержки велики по сравнению с такими расходами в системе обязательного страхования (см. табл. 19). Административные расходы у фирм, предлагающих добровольное страхование, составляют около 10% в Германии, Люксембурге (общества взаимного страхования), Нидерландах и Франции (общества взаимного страхования) и доходят до 25% в Австрии, Бельгии, Италии и Португалии. В системе обязательного медицинского страхования административные расходы значительно меньше: между 3 и 5% в большинстве стран, а в других, например в Дании и Италии, еще меньше.

Административные расходы в Ирландии — интересный пример побочных эффектов растущей конкуренции на рынках ДМС. В 1994 г. ирландский рынок был либерализован, и было резонно предположить, что приток новых страховщиков станет стимулировать конкуренцию и увеличит эффективность страхования, однако ожидания не оправдались, по крайней мере в отношении административных расходов. В 1996 г. административные расходы Vhi Healthcare (единственной в Ирландии крупной фирмы медицинского страхования) составляли 2% доходов, в то время как в BUPA Ireland (новой компании на рынке) они достигли 12% [Light, 1998]. В 1999 г. административные расходы увеличились в обеих компаниях, вероятно, в результате роста расходов на маркетинг, поскольку Vhi Healthcare теперь была вынуждена конкурировать с BUPA Ireland за привлечение новых страхователей. Тем не менее административные расходы Vhi Healthcare были значительно ниже, чем в BUPA Ireland (4,7% дохода от взносов по сравнению с 14,2%) [BUPA, 2000; Vhi Healthcare, 2000]. Департамент детства и здоровья отметил, что появление конкуренции сопровождалось расширением рекламы на ирландском рынке [Department of Health and Children, 2001b]. По последним сведениям, почерпнутым из годового отчета Vhi Healthcare, административные расходы этой фирмы в 2001 г. были равны 11,8% дохода от взносов [Vhi Healthcare, 2001b].

РАЗДЕЛ 3

Доступность медицинской помощи, равные возможности и защита потребителя

В данном разделе:

- обсуждаются способы, которыми разные виды ДМС могут влиять на доступность медико-санитарной помощи;
- рассматриваются факторы, затрудняющие доступность ДМС в разных странах;
- рассматривается влияние ДМС на равные возможности в отношении медицинской помощи в различных странах ЕС.

3.1. Доступность медицинской помощи

Облегчить доступ к медицинской помощи означает помочь людям направить соответствующие ресурсы на цели сохранения или улучшения своего здоровья. Эта задача имеет по крайней мере четыре аспекта [Gulliford et al., 2001]:

- наличие служб (при достаточном количестве медицинских служб население будет «иметь доступ» к медицинской помощи);
- использование служб (если службы используются, население «получает доступ» к медицинской помощи, но это зависит не столько от наличия достаточного числа служб, сколько от личностных, финансовых и организационных барьеров на пути к доступности медицинской помощи);
- эффективность служб и их соответствие потребностям населения (службы должны характеризоваться этими качествами, чтобы обеспечить населению удовлетворительный исход для здоровья);
- равные возможности (обеспечение равноценности доступа).

Обеспечение равного доступа к медицинскому обслуживанию при одних и тех же потребностях — ключевой принцип медицинской помощи [Mooney, 1983] и безусловная ясно выраженная задача здравоохранения в большинстве государств—членов Европейского союза. Равный доступ при одних и тех же потребностях предоставляет каждому равные с другими возможности пользования медицинской помощью. Соблюдение этого принципа должно обес-

печить горизонтальную равноценность (неравное, но справедливое распределение лечения в неодинаковых случаях) и вертикальную равноценность (неодинаковое распределение лечения в неодинаковых случаях). Как уже отмечалось в подразделе 1.1, универсальные или почти универсальные права на медицинскую помощь существуют в каждой из стран ЕС, за исключением Нидерландов. Тем не менее широко признано, что универсальные права сами по себе еще не означают универсальной доступности медицинского обслуживания [Glennester et al., 2000]. По существу препятствия на пути к медицинской помощи в рамках системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, есть во всех странах региона.

Теоретическая разница между обязательным и добровольным медицинским страхованием состоит в том, что доступность первого определяется статусом гражданина, жителя или служащего и обычно не зависит от платежеспособности человека, в то время как доступность медицинских служб, обеспечиваемая с помощью ДМС, почти всегда зависит от возможности человека оплатить страховку. Тем не менее возникшая в последнее время тенденция сделать стоимость здравоохранения статьей расхода самих пациентов, а не государства вызвала во многих странах обеспокоенность в связи с отсутствием равного доступа к службам медицинской помощи в рамках системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Так, например, в Швеции повышение взносов в эту систему гораздо больше отразилось на доступности служб, чем относительно ограниченный по своим масштабам рынок ДМС [Whitehead et al., 1997]. Система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения, также может стать менее доступной из-за открытого или скрытого нормирования услуг за счет уменьшения охвата населения или бюджетных ограничений. Кроме того, ресурсы системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, могут быть неравномерно распределены по географическим районам, а на использование соответствующих служб часто влияют социокультурные факторы, включая разные предпочтения жителей, их осведомленность, доходы и альтернативные затраты. Любое обсуждение доступности служб здравоохранения для населения должно, таким образом, проводиться с учетом широкой перспективы в контексте существующего неравенства в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения.

Степень влияния ДМС на доступность служб здравоохранения определяется частично характеристиками системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Если эта система гарантирует всем гражданам равный доступ к медико-санитарной помощи при одинаковой потребности (или даже больше — равное использование медицинских учреждений при одинаковой потребности), то вопрос о доступности ДМС не должен быть предметом беспокойства разработчиков политики в об-

ласти здравоохранения. Иначе говоря, проблема доступности ДМС затрагивает разработчиков политики в области здравоохранения настолько, насколько ДМС обеспечивает защиту от последствий нарушения здоровья. Ассоциация британских страховых обществ, направляя материал для данного исследования, констатирует: «Чем больше роль частного страхования здоровья в обеспечении доступности служб, являющихся альтернативой основной системе здравоохранения, тем больше оно влияет на доступность медицинской помощи» [ABI, 2001b].

Замещающее ДМС может оказаться единственным источником защиты от потенциально катастрофических трат для тех, кто исключен из системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, или сам вышел из нее. Таким образом, для определенных слоев населения в ряде стран замещающее ДМС играет важнейшую роль в обеспечении доступа к медицинской помощи и защиты от всех или некоторых финансовых последствий нарушений здоровья. Так, оно распространяется на лиц, работающих не по найму, с малыми рисками в Бельгии, компенсирует стоимость амбулаторного лечения и лечения в стационаре в течение первого года госпитализации высокооплачиваемым работникам в Нидерландах, все виды медицинской помощи высокооплачиваемым служащим в Германии и некоторым группам специалистов в Австрии (см. 2.1.1). По этой причине Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, разрешает государству предусматривать особые условия и регулирующий контроль для страховых компаний, предоставляющих замещающее ДМС, и в последние годы правительства Голландии и Германии существенно вмешались в рынок замещающего ДМС с целью обеспечить пожилым людям, лицам, страдающим хроническими заболеваниями, и малоимущим гражданам возможность адекватно лечиться по умеренным ценам (см. 2.1.1).

Доступность расширенного ДМС может быть проблематичной там, где оно полностью или частично возмещает стоимость необходимых или наиболее эффективных видов обслуживания, которые не охватывает или не полностью охватывает системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Есть основания предполагать, что расширенное ДМС, которое возмещает совместные платежи, включенные в систему здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, не по карману людям с низким доходом, особенно тем, чей заработок чуть выше порога, который освобождает их от каких-либо выплат. Эти люди оказываются в положении дважды невыгодном: они вынуждены участвовать в совместных платежах обязательного страхования и не могут себе позволить приобрести расширенное ДМС, чтобы компенсировать эти платежи. Такой вид расширенного ДМС распространен во Франции, где в 1998 г. им было охвачено 85% населения (см. 1.2.3) и где вероятность получить доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию определяется главным

образом доходом, служебным положением и возрастом (см. 1.3.2). В 1999 г., стремясь ликвидировать неравенство в удовлетворении медицинских потребностей населения, возникшее вследствие неодинаковой доступности расширенного ДМС, правительство Франции издало закон о всеобщем охвате населения службами здравоохранения, благодаря которому расширенным ДМС было охвачено 15% населения, ранее его лишенного (см. 3.2.1.)

Там, где разные виды ДМС позволяют защитить население от последствий тех или иных заболеваний, есть смысл рассмотреть степень его доступности для отдельных потребителей. Замещающее ДМС можно приобрести на основе критериев, установленных государством; таким образом оно доступно только четко определенным группам лишь в немногих государствах-членах ЕС. Расширенное и параллельное ДМС, наоборот, может стать доступным для всего населения каждого государства — члена ЕС, однако многое зависит от факторов спроса (платежеспособности) и предложения, в частности от того, как страховые компании ведут дела (цены, отбор клиентов, условия полисов и дифференциация продукции). Предоставляя свои материалы для данного исследования, Консультационная группа европейских актуариев указывает, что «на практике доступность (ДМС) определяется деятельностью рынка страхования» [Groupе Consultatif Actuariel Européen, 2001], и признает, что поведение страховых компаний может значительно влиять на доступность ДМС.

Зависимость доступности медицинских служб от ДМС может также диктоваться наличием или отсутствием связи между ДМС и сектором обязательного страхования. Существование ДМС иногда создает препятствия на пути использования системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, оттягивая государственные ресурсы и тем самым причиняя ущерб пациентам государственных медицинских учреждений. Чаще всего это случается, когда границы между государственной и частной медицинской помощью размыты, особенно если пропускная способность учреждения невелика, если медицинским работникам платят и государственный, и частный секторы и если ДМС побуждает персонал медицинских учреждений по-разному лечить государственных и частных пациентов.

Наконец, встает вопрос о защите прав потребителей, что представляет область интереса для разработчиков политики в области здравоохранения.

В следующих разделах исследуются потенциальные барьеры на пути к доступному ДМС, в частности цены и платежеспособность, препятствия, не имеющие отношения к ценам, и возможное влияние информационной асимметрии на степень доступности служб здравоохранения и защиту потребителя (отбор клиентов по степени риска, генетическое тестирование и дифференциация полисов). Мы также обсуждаем, как существование ДМС сказывается на равном доступе к службам в разных странах, хотя данные в этой области ограничены.

3.2. Потенциальные барьеры на пути к доступности ДМС

Как следует из определения, ДМС в ЕС не является обязательным и решение приобрести полис — дело добровольное. Если не существует системы открытого доступа, страховые общества вольны выбирать клиентов, произвольно определять условия приема и величину вступительного и страховых взносов. Благодаря добровольному характеру своих услуг, страховые компании в некоторых странах по традиции во многом освобождены от принятых законом правил страхования. С 1994 г., когда Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, отменила государственный контроль за ценами и продукцией страховых компаний, они в основном могут не подчиняться принятым постановлениям, но проходят проверку на платежеспособность. Теоретически это означает, что компании произвольно выбирают страхователей, классифицируют взносы на том основании, на каком пожелают, и устанавливают собственные условия страховых полисов. Тем не менее компании, предлагающие замещающее ДМС, должны в определенной мере действовать в соответствии с государственными установками применительно к ценам, величине взносов и условиям полиса (см. 1.4).

3.2.1. Цены и платежеспособность

Величина взносов в ДМС внутри стран варьируется в соответствии с методом их установления (т.е. имеются в виду община, группа населения или определенные факторы риска). Цены также неодинаковы и зависят от переменных, используемых при классификации риска; причем страховщики нередко взимают более высокую плату с пожилых людей, женщин и лиц, страдающих хроническими болезнями. Работающие страхователи обычно могут платить меньше, чем неработающие (студенты, безработные, пенсионеры), поскольку они имеют ряд льгот по коллективным полисам и более низкие цены. Внутри этой когорты коллективные полисы, оплачиваемые нанимателем, достаются людям с высоким служебным положением. Таким образом, ДМС редко приобретают пожилые люди, безработные, неквалифицированные рабочие, лица с низким доходом или ослабленным здоровьем. Наличие налоговых льгот нужно также и для людей с более высоким доходом, особенно при маргинальной ставке налога. Однако, как указано в подразделе 3.1, финансовые барьеры на пути приобретения полисов ДМС в странах ЕС действуют в зависимости от того, насколько ДМС может служить первичным источником защиты потребителя от последствий нарушения здоровья. Этот вид ДМС в настоящее время мало распространен в государствах-членах.

Несмотря на то что в Германии и Нидерландах замещающее ДМС могут приобретать только люди, зарабатывающие больше определенного уровня, в обеих странах есть потенциальные страхователи, которые находят слишком высокой цену получения адекватной компенсации в рамках замещающего

ДМС. В Германии есть возможность выбирать между обязательным медицинским страхованием (GKV) и замещающим ДМС, и цена последнего представляет проблему для тех, кто принял решение выйти из системы обязательного страхования и не имеет права туда вернуться, даже если его доход снизился (см. 2.1.1). По этой причине правительство Германии потребовало от компаний, предлагающих добровольное страхование, предоставлять полисы замещающего ДМС по стандартной ставке (с 1994 г.) людям 65 лет и старше, застрахованным в добровольном порядке в течение не менее 10 лет, а (с 2000 г.) лицам 55 лет и старше, также застрахованным в течение 10 лет на добровольной основе, чей доход стал ниже максимального взноса. Полисы замещающего ДМС, продаваемые по стандартной цене, обеспечивают страховое пособие, сопоставимое с пособиями GKV, и при этом гарантируется, что взносы не превысят средний максимум взносов, установленных GKV (т.е. в 1,5 раза выше взноса для супружеских пар) [CEA, 1997].

В настоящее время мало кто пользуется этой возможностью (в 1998 г. только 1 161 человек, в 1999 г. — 1 407 человек). Не исключено, что цена не представляется слишком высокой тем, кто уже принял решение выйти из системы обязательного страхования, или же страховые компании не всегда должным образом информируют людей о том, что они могут перейти в систему ДМС по стандартной ставке при наступлении соответствующего возраста [Busse, 2001]. Закон о реформе социального медицинского страхования от 2000 г. требует, чтобы общества добровольного страхования предупреждали клиентов о возможности приобрести более дешевую страховку [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]. Таким образом, число людей, приобретающих полисы по стандартной цене, может впоследствии возрасти.

В соответствии с системой WTZ, правительство Нидерландов также приняло шаги к тому, чтобы люди, не получающие возмещения в рамках обязательного страхования за амбулаторную помощь и первый год больничного лечения (ZFW), могли воспользоваться ДМС в адекватном размере при фиксированных взносах (см. 2.1.1). Система WTZ позволяет правительству установить взнос за «стандартный пакет страхования» на уровне, обеспечивающем пособия, близкие к пособиям ZFW.

Расширенное и параллельное ДМС теоретически доступно всему населению в каждой стране ЕС. На самом деле это зависит от желания и возможности заплатить за эти виды страхования. Как было описано в подразделе 1.3.2, лица, застрахованные в рамках расширенного и параллельного ДМС, во многих странах относятся к группам лиц с высоким доходом; таким образом, можно предположить, что спрос на эти виды страхования определяется ценой и доходами. Среди других определяющих характеристик — возраст, пол, служебное положение, образование и место жительства.

К сожалению, получить сравнительные данные о величине взносов на расширенное и параллельное ДМС в разных странах невозможно. Опросы в Ирлан-

дии, Испании и Великобритании показали, что немалая доля населения считает ДМС дорогостоящим. Ирландский институт экономических и социальных исследований в Дублине провел потребительский опрос 2 620 человек. Очень немногие (1,6%) рассматривают свои полисы ДМС как «совсем дешевые», 35% считают их цену «нормальной», 43,1% отзываются о них как о «дорогих», 17,7% — как об «очень дорогих»; нашлись и немногие (2,6%), кто расценил их стоимость как «почти неприемлемую» [Nolan, Wiley, 2000]. Среди тех, кто счел цену полиса ДМС очень высокой или почти неприемлемой, было больше пожилых людей и пенсионеров, чем среди остальных респондентов; они также реже встречались среди групп с высоким доходом, задействованных в опросе. Частная консультативная компания в Испании в 1998 г. также провела опрос населения: 51% опрошенных, не имевших полиса ДМС, в качестве причины этого назвали «хорошую работу системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, 22% «даже не задумывались над этим», а 26% заявили, что ДМС обходится слишком дорого и они не могут себе позволить приобрести такую страховку [Rodríguez, 2001]. Одно из последних исследований Британской группы анализов и исследований в интересах потребителей выявило, что 58% страхователей считают ДМС «слишком дорогим» [BBC, 2000]. Португальская ассоциация потребителей DECO сообщила, что рост цен на частную медицинскую помощь и взносы в системе ДМС в последние пять–семь лет опережают рост инфляции, поэтому ДМС становится неприемлемо дорогим для потребителей [DECO, 2001].

До 2000 г. взносы в системе ДМС во Франции были таковы, что этот вид страхования оказывался почти недоступным для малоимущих. Они не могли позволить себе приобрести расширенное ДМС, а если приобретали страховку, то она позволяла им пользоваться медицинским обслуживанием лишь более низкого качества, чем пользовались состоятельные клиенты (см. 1.3.2) [Sandier, Ulmann, 2001]. В июне 1999 г. правительство Франции, стремясь выправить эту ситуацию, приняло закон о всеобщем медицинском страховании (CMU) с целью помочь тем, кто не был охвачен обязательным страхованием (по расчетам на 31 декабря 2000 г. 1,1 млн человек), и принудительно включить их в базовую систему обязательного медицинского страхования [Sandier, Paris, Polton, 2004]. Система CMU также увеличивает доступность ДМС для людей с низким доходом (менее 550 евро в месяц), не имеющих страхования такого типа (по расчетным данным на 31 декабря 2000 г. 4,9 млн человек) [Sandier, Paris, Polton, 2004]. Это было крупным достижением французской системы социального обеспечения: помимо обязательного медицинского страхования, жители, имеющие доход ниже определенного уровня, теперь имеют право на расширенное ДМС. Они могут выбрать соответствующий полис в любых страховых компаниях за счет государства и принудительных вкладов на взнос в ДМС, составляющих 1,75% суммы, которую платят владельцы полисов расширенного ДМС, не охваченные системой CMU.

После введения СМУ в январе 2000 г. взносы в системе ДМС теоретически перестали препятствовать приобретению этой страховки людьми с малым достатком, за исключением тех, чей доход чуть выше определенного порога. Некоторые страховые общества обеспечивают страхователей, включенных в СМУ, пособиями в натуральной форме. Опросы показывают, что пособия в натуральной форме увеличивают шансы на равные возможности в медико-санитарных службах Франции [Sandier, Ulmann, 2001]. Однако есть признаки того, что не все имеющие право на включение в СМУ воспользовались этим правом [Sandier, Ulmann, 2001]. В настоящее время расширенным ДМС во Франции охвачены 94% населения.

3.2.2. Препятствия неценового характера

В распоряжении страховых компаний есть несколько способов ограничить доступность медицинского обслуживания для своих клиентов (см. 2.3.2). Они могут требовать предварительного разрешения на лечение, ввести разделение затрат за обслуживание или бонусы за отсутствие обращений, настаивать на отсрочке страховых выплат или на подписании моратория на выплаты, а также путем возмещения расходов вместо предоставления пособий в натуральной форме. За исключением бонусов при отсутствии обращений, моратория и принудительной отсрочки платежей, эти меры иногда присутствуют в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения.

Барьеры неценового характера могут появиться в результате пробелов в информации на рынке ДМС. В следующих разделах мы рассмотрим:

- есть ли пробелы в информации о ДМС в странах ЕС;
- есть ли у страховых фирм стимул отбирать клиентов по степени риска в условиях конкуренции;
- можно ли ввести систему корректировки риска, чтобы устранить у страховых фирм стимул к отбору клиентов по степени риска;
- существующие системы корректировки риска и перекрестного субсидирования в Бельгии, Ирландии и Нидерландах;
- последствия генетического тестирования в целях страхования;
- наносит ли ущерб потребителю наличие разных видов ДМС.

3.2.3. Информационная асимметрия, неблагоприятный отбор клиентов и отбор по степени риска на рынках ДМС

В условиях конкуренции информация жизненно важна и для покупателей, и для продавцов. Неадекватная информация создает проблемы для страховых фирм, которые испытывают трудности в связи с необходимостью отличать клиентов с высокой степенью риска от тех, кто лишь потенциально ему подвержен.

Информационная асимметрия — это такой недостаток рынка, который может обусловить отбор заявителей по степени риска («снятие сливок»).

Неблагоприятный для заявителя отбор возникает тогда, когда покупатель полиса ДМС скрывает от страховщика свой уровень риска [Barb, 1998]. С этим можно бороться, назначая общий для всей данной группы населения взнос (исходя из общественного риска), но это может побудить людей с низким риском отказаться от страховки, поскольку они лишены возможности купить полис, отражающий их страховой риск. Если происходит отсев клиентов с низким риском, страховщикам приходится увеличивать размер страхового взноса, что ведет к еще большему отсеву. В конце концов рынок захлебнется. Избежать такой ситуации можно, сделав страхование принудительным, как в системе обязательного медицинского страхования, таким образом предупредив выход клиентов с низкими рисками.

Отбор по степени риска — это процесс, при котором страховые фирмы стремятся привлечь клиентуру среди людей с уровнем риска ниже среднего и отклонять заявителей с риском выше среднего уровня. В условиях конкуренции страховщики могут снизить свои расходы при отборе по степени риска по следующим причинам [Oliver, 1999].

- Если поддерживать на одном и том же уровне величину взносов и объем покрытия, снижение расходов увеличит прибыли.
- Сокращение затрат и постоянная величина взносов позволяют страховщику улучшить объем покрытия с тем, чтобы сохранить имеющихся страхователей или привлечь новых.
- Сокращение затрат и одинаковый объем покрытия позволяют страховщику снизить величину страховых взносов, чтобы сохранить имеющихся страхователей или привлечь новых.

Утверждают, что неблагоприятный отбор и отбор по степени риска характерны для контролируемых режимов, ограничивающих свободу страховых компаний в установлении взносов в зависимости от риска (т.е. там, где страховые фирмы вынуждены определять взносы исходя из общественного риска или риска группы населения). Один из способов решить эту проблему состоит в том, чтобы разрешить страховым обществам устанавливать взносы в соответствии с индивидуальными уровнями риска (классификация рисков). Это могло бы предотвратить неблагоприятный отбор клиентов с высоким риском. Такой подход с точки зрения равной доступности страхования можно считать несправедливым, потому что люди, отличающиеся слабым здоровьем, вынуждены платить за страховку больше, а если их доход при этом невелик, некоторые не имеют возможности получать страховое покрытие, которое им необходимо. С точки зрения эффективности этот метод также ограничен. Многие страховщики полагаются на предварительные показатели будущих расходов на медицинские услуги, такие как возраст и пол. Определение взносов в соот-

ветствии с индивидуальным риском на основе предварительных показателей побуждает страховые общества отбирать заявителей по степени риска в ущерб эффективности и принципу равной доступности страхования для всего населения [Puig-Junoy, 1999].

Одно из последствий отбора заявителей по степени риска состоит в том, что некоторым людям становится недоступно адекватное страховое покрытие. Однако, учитывая широкий охват населения обязательным медицинским страхованием в странах ЕС, равноценность доступа к ДМС может беспокоить разработчиков политики в области здравоохранения лишь в том случае, если ДМС не функционирует как первичный источник защиты от последствий нарушения здоровья.

Для разработчиков политики в области здравоохранения большее значение имеет влияние отбора заявителей по степени риска на эффективность страхования. Неэффективность возникает в том случае, если финансовые преимущества такого подхода перевешивают потенциальные результаты мер, направленных на улучшение эффективности, а страховщики при этом не заинтересованы в том, чтобы ее повышать, совершенствуя организацию и качество обслуживания [Gauthier, Lamphere, Barrand, 1995]. Например, в условиях конкуренции страховые компании могут попытаться снизить стоимость страховых взносов путем привлечения лиц с низким уровнем риска вместо того, чтобы повышать эффективность страхования [van de Ven, van Vliet, 1992]. Это снижает оптимальный уровень конкуренции на рынке страхования [Puig-Junoy, 1999].

Компании, предлагающие добровольное медицинское страхование в странах ЕС, склонны прибегать к отбору по степени риска, если они имеют право отвергать заявки тех или иных потенциальных клиентов, исключать из страховки ранее существовавшие заболевания и прерывать заключенные контракты. Такую ситуацию можно частично разрешить путем гарантий универсального охвата страхованием (открытый доступ) и автоматического возобновления прерванных договоров, а также ограничивая исключение из страховки ранее существовавших заболеваний. Однако, как указывалось в подразделе 2.3.1, открытый доступ — редкое явление в странах ЕС, и большинство страховых компаний либо не охватывают в договоре заболевания, предшествующие заключению договора страхования, хронические и длительно текущие болезни (как правило), либо, включая их в страховку, повышают взносы. Наиболее распространены краткосрочные договоры (обычно на один год), и пожизненные полисы — скорее исключение, чем правило. Кроме того, многие страховые общества устанавливают возрастные границы для приобретения полисов ДМС (обычно между 60 и 75 годами), некоторые же просто прерывают договоры со страхователями, достигшими пенсионного возраста. Цена взносов также нередко возрастает с возрастом страхователей, поэтому даже те, кто имеет право приобрести страховку, могут оказаться не в состоянии ее оплатить.

Политика отбора клиентов по степени риска может также проводиться более тонкими средствами, например путем деления рынка (см. 3.2.6) и избирательной рекламой. Рассчитанная на определенные контингенты, в частности на служащих в определенном секторе экономики, она также может являться фактором отбора по степени риска. Страховые компании предлагают им полисы по более низкой цене и с более благоприятными условиями, учитывая, что в рабочем коллективе не может быть больных и престарелых сотрудников и можно рассчитывать на довольно однородную, сравнительно молодую и здоровую группу страхователей. Система коллективного страхования навязывает людям принудительное страхование, тем самым распространяя риск на более широкий слой населения [Deber, Guildiner, Varanek, 1999; Gauthier, Lamphere, Varrand, 1995]. В 1980–1990-х гг. доля коллективных полисов в странах ЕС постоянно росла (см. 2.2.2), что, возможно, среди прочего, объясняется не таким большим ростом взносов, как на рынке индивидуальных полисов, которые продолжали увеличиваться в цене, опережая рост инфляции (см. 2.4.1). Стремясь предотвратить подрыв рынка индивидуальных полисов, правительство Ирландии разрешило компаниям добровольного страхования снижать цену на коллективные договоры не более чем на 10% [Department of Health and Children, 2001b]. Проведенные Лайтом исследования коллективных взносов в Vhi Healthcare и BUPA Ireland в конце 1990-х гг. показали, что в последние взносы были ниже на 10% для клиентов моложе 19 лет, на 4% — для возрастной группы 19–49 лет и на 20% выше для клиентов старше 54 лет [Light, 1998]. Таким образом, можно заключить, что BUPA Ireland стремилась привлечь более молодых и предположительно более здоровых клиентов Vhi Healthcare, основывая конкуренцию не на качестве или эффективности, а на отборе заявителей по степени риска. BUPA Ireland оспаривала эти цифры и сделанный вывод, но не представила нам других данных [Murray, 2001a].

Иногда страховые фирмы прибегают к менее выраженной тактике, чтобы избежать потенциальных страхователей, характеризующихся высоким риском. Несколько лет назад врачи Ирландии выразили озабоченность относительно возможного сокращения доступности страхования для больных психическими болезнями в условиях современного рынка [Murdoch, 1995]. В 2000 г., по сообщениям, BUPA Ireland стала настаивать на подробной диагностической информации при заключении договоров с пациентами психиатрических клиник, включая их диагноз, прогноз заболевания и предполагаемую дату выписки — требование, не предъявлявшееся к другим клиентам. Врачи заявили, что такая практика создает серьезные задержки при госпитализации и дискредитирует людей, страдающих нарушениями психики [Payne, 2000].

Отбор по степени риска проявляется и там, где существует возможность выбора между обязательным страхованием и замещающим ДМС. Считается, что таково было положение в Нидерландах в 1970–1980-х гг., а в Германии в начале 1990-х гг. В результате системой обязательного страхования было

охвачено непропорционально большое количество пожилых людей [Wasem, 1995]. Правительства Германии и Нидерландов приняли меры для устранения такого дисбаланса (см. 2.1.1).

3.2.4. Воздействие на политику отбора по степени риска с помощью корректировки риска

Как воздействовать на политику отбора клиентов по степени риска? Некоторые аналитики высказывают предположение, что единственный способ удержать страховые компании от применения такого подхода — это ввести достаточно тонкую корректировку риска [van de Ven et al., 2000], причем это должно быть постоянной процедурой в условиях нерегулируемого рынка ДМС [Beck, Zweifel, 1998]. Корректировка риска определяется как «использование информации для расчета ожидаемых медицинских расходов отдельных потребителей за фиксированный отрезок времени (например, за месяц или квартал) и для установления субсидий потребителям или выполнения медицинских планов с целью повысить эффективность обслуживания и равного доступа для всех» [van de Ven, Ellis, 1999]. Система корректировки риска требует, чтобы компании, страхующие более молодой и здоровый контингент, компенсировали затраты компаниям, страхующим больше пожилых лиц или лиц, относящихся к высоким группам риска. В конечном счете это может снизить заинтересованность страховщиков в отборе заявителей с низким риском.

Тем не менее корректировка риска не только создает технические трудности, но и является также дорогостоящей процедурой. Ее можно несколько облегчить, если она производится централизованно для всех страховых организаций, как это имеет место в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание в Бельгии, Германии и Нидерландах, но даже такие системы ограничены по своим масштабам. По сведениям, полученным из Нидерландов, голландская система корректировки риска конкурирующими предусмотренными законом фондами на случай болезни, слишком примитивна, чтобы с ее помощью можно было полностью исправить последствия селективного подхода и лишить страховщиков заинтересованности в отборе заявителей с высоким риском [van de Ven, van Vliet, 1992; Oliver, 1999]. В Германии также система не настолько совершенна, чтобы предусмотренные законом фонды на случай болезни отказались от прежнего подхода [Oliver, 1999].

Другая проблема, связанная с корректировкой риска, касается технической выполнимости этой процедуры. Страховщики часто жалуются на то, что механизмы, с помощью которых эта политика проводится в жизнь, мешают эффективной работе и сдерживанию затрат. Между тем если страховые компании будут считать, что корректировка риска сужает их поле деятельности и ограничивает прибыли, они станут с неохотой как вступать в рынок, в кото-

ром действует система корректировки риска, так и оставаться в нем. Однако, помимо некоторых, относительно небольших и имеющих теоретический характер потерь в эффективности (касающихся спроса, стимулируемого поставщиком), которые не должны вызывать беспокойства у страховых компаний, корректировка риска не отражается на их эффективности [Oliver, 1999].

Корректировка риска при выплатах по страховым полисам может производиться в рамках замещающего ДМС, особенно если государственная политика благоприятствует распространению этого вида страхования, но насколько она подходит расширенному и параллельному ДМС — вопрос, который предстоит решать на национальном уровне. В конечном счете сложная корректировка риска (например, с использованием генетических тестов) может нанести ущерб концепции страхования как средства объединения разных видов риска, потому что страхователи могут прекратить полностью оплачивать свои страховки и страхование превратится не более чем в форму предварительной оплаты расходов. По этой причине обязательное медицинское страхование (как правило) носит принудительный характер и взносы в эту систему определяются из расчета на группу населения или соотносятся с доходами.

Корректировка риска — редкое явление на рынках Европейского союза. Эта система работает в Бельгии среди обществ взаимного страхования, предлагающих замещающее ДМС [Hermesse, 2001]. Правительство Ирландии также ввело систему уравнивания риска, но предоставило независимой организации решать, когда следует ее реализовать [Department of Health and Children, 2001b]. В Нидерландах владельцы полисов замещающего ДМС обязаны производить ежегодные платежи в рамках взаимовыручки в поддержку MOOZ и WTZ [Maarse, 2001]. В других государствах—членах ЕС системы корректировки рисков и перекрестного субсидирования ДМС не существуют.

Корректировка риска в рамках замещающего ДМС в Бельгии

Как указывалось в подразделе 2.1.1, общества взаимного страхования, которые предлагают замещающее ДМС лицам с малыми рисками, работающим не по найму, в Бельгии, получают от государства субсидии, которых коммерческие страховые компании не получают. Эти субсидии предназначены для того, чтобы облегчить таким работникам приобретение замещающего ДМС (Hermesse, 2001). В начале 1990-х гг. государственные субсидии достигли 20%. До 1994 г. субсидии делили между собой только ассоциации взаимного страхования на основе дохода от взносов по этому виду ДМС каждой из компаний этого типа за предыдущий год. Предполагалось, что общества взаимного страхования с наиболее высоким доходом страхуют больше людей с повышенными рисками, работающих не по найму.

В 1994 г. положение изменилось с поправкой на разницу в доходах от взносов, обусловленную разными профилями рисков. Субсидии стали рас-

пределять по уровню расходов, принимая во внимание возраст, пол и социально-экономическое положение страхователей. С 1997 г. корректировку риска производили, исходя из четырех возрастных групп (до 40 лет, 40–60 лет, 60–80 лет и старше 80 лет), степени нетрудоспособности и уровня урбанизации. С конца 2001 г. предполагалось ввести новую модель корректировки риска, основанную на индивидуальных показателях страхователей и степени нарушения здоровья (например, число дней, проведенных в больнице), однако введение этой схемы задержалось из-за неопределенности в затратах на лекарственные средства, назначаемые при амбулаторном лечении. В результате изменения в расчете корректировки риска некоторые общества взаимного страхования стали получать большие субсидии, чем раньше, у других же размер субсидий сократился, что влияло на величину взносов ДМС.

Коммерческие страховые компании, которые не получают субсидий, могут оказаться в неблагоприятном положении в отличие от своих конкурентов. Утверждают, что они компенсируют это, прибегая к отбору клиентов по степени риска, главным образом путем исключения или ограничения страховых пособий по тем видам обслуживания, которые необходимы страдающим хроническими заболеваниями, и пожилым людям, в частности возмещение стоимости лекарственных средств и пребывание в пансионатах для престарелых [Palm, 2001]. Чтобы ликвидировать данный подход, по-видимому, необходимо предоставить субсидии и коммерческим страховщикам, предлагающим ДМС [Palm, 2001].

Система уравнивания риска в Ирландии

В настоящее время Ирландия — единственная страна в ЕС, стремящаяся реализовать систему корректировки риска, которая относится ко всем страховым фирмам на рынке ДМС. Закон о медицинском страховании от 1994 г., принятый ирландским правительством с целью привести систему страхования в соответствие с Третьей директивой по видам страхования, не включающим страхование жизни, обозначил три принципа, составляющих основу ДМС в Ирландии: определение взносов на уровне отдельной группы населения, открытый доступ к страхованию и пожизненное страхование [Department of Health and Children, 1999]. По закону разрешалось, но не требовалось введение правительством системы корректировки риска, которая в Ирландии называется системой уравнивания риска (RES). В 1996 г. регулирование в области медицинского страхования было введено как система, отражающая мнение правительства о том, что корректировка риска представляет собой необходимую поддержку определению величины взносов исходя из общественного риска [Advisory Group on the Risk Equalization Scheme, 1998], а в более позднем документе по ДМС сформулированы планы выполнения этой схемы с учетом пола, возраста и предыдущего страхования к июню 2002 г. [Department of Health and Children, 1999]. Закон о медицинском страховании вошел в силу в 2001 г., после

чего был учрежден Независимый орган по медицинскому страхованию, получивший по данному закону право сформулировать для правительства рекомендации относительно того, оправдано ли начало передачи средств в рамках системы уравнивания риска при той материальной разнице, которая существует в разных типах риска [Department of Health and Children, 1999]. Новые страховые компании Ирландии могут не участвовать в системе уравнивания риска в течение трех лет (первоначально предполагалось ограничить этот срок 18 месяцами). RES пока не вошла в силу.

Задача RES — «организовать передачу средств между страховыми компаниями в целях уравнивания их профилей риска» [Advisory Group on the Risk Equalization Scheme, 1998]. Предоставляя свой материал для данного исследования, правительство отметило, что оно рассматривает RES как

...необходимое условие ориентированной на учет общественного риска и открытого доступа системы добровольного частного медицинского страхования. На рынке, где доступ к страхованию открыт всем, а взносы определяются исходя из общественного риска, страховые фирмы, которым выгодно отбирать клиентов по степени риска, могут снизить цену страхования и (или) придерживаться большего размера прибыли. Система уравнивания риска обеспечивает равномерное распределение рисков среди страховых обществ. Без нее система открытого доступа и определения взносов с учетом общественного риска будет внутренне нестабильной. Страховщики, которые обслуживают лиц с малыми рисками, должны будут делать взносы в центральный фонд (фонд уравнивания риска), а те компании, которые страхуют людей с высокими рисками, будут получать компенсацию из этого фонда... (Предлагаемая) система уравнивания риска связана с более равномерным распределением профиля рисков среди страховых обществ как средством избежать серьезной опасности отбора клиентов в системе, учитывающей общественный риск. Она призвана противостоять влиянию непреднамеренного или преднамеренного отбора заявителей по степени риска, так называемому «избирательному подходу» или «снятию сливок», т.е. выбору более молодых и здоровых страхователей.

Хотя система уравнивания риска имеет целью выровнять профили риска между страховыми обществами, оно также позволяет каждому страховщику поддерживать эффективность с помощью своей схемы рассмотрения заявок и сдерживания затрат и адаптировать к различным уровням возмещения.

Если конкурирующие фирмы страхования здоровья будут значительно заинтересованы в отборе страхователей с предпочтительной степенью риска, можно ожидать, что стоимость индивидуаль-

ных заявок будет постепенно возрастать у тех страховых фирм, которые сравнительно безуспешно отбирают клиентов с предпочтительной степенью риска и в результате этого вынуждены страховать высокий процент пожилых и хронически больных людей. Это в условиях учета общественного риска может привести к значительной нестабильности рынка и вызовет недоверие общественности, в результате чего рынок может сократиться. Любая ситуация, которая подрывает принцип определения величины взносов, исходя из общественного риска, и угрожает солидарности разных поколений, на которой она базируется, была бы чрезвычайно несправедливой. Это прежде всего относится к тем многочисленным представителям старшего поколения, которые многие годы вкладывали средства в страхование с учетом общественного риска, теперь должны были бы его лишиться по причинам экономического характера именно тогда, когда они в нем особенно нуждаются.

Уравнивание риска так, как его представляют себе в Ирландии, должно быть нейтральным по отношению к передаче компаниями средств друг другу. Поток фондов между страховщиками в условиях уравнивания риска будет определяться исключительно профилями рисков заинтересованных компаний. По мере развития рынка направление таких потоков, как следует ожидать, будет меняться, и те, кто поначалу просто принимал данную систему, будут в ней участвовать, и наоборот. В конечном счете в выигрыше окажется застрахованное население, особенно пожилые и больные люди, которые в противном случае могли бы испытать на себе неблагоприятные последствия отбора по степени риска. Уравнивание риска должно устранить заинтересованность страховых обществ в выборе клиентов с предпочтительной степенью риска, но в то же время допускает конкуренцию во многих областях, включая разнообразие продукции, эффективную организацию заявок, сдерживание затрат и обслуживание потребителей.

Система уравнивания риска будет приведена в действие только после того, как между конкурирующими страховыми организациями перестанут возникать материальные противоречия в связи с позицией в отношении риска. Детали системы уравнивания риска будут переданы на одобрение каждой Палате представителей (парламенту). Независимому органу по медицинскому страхованию будут предоставлены широкие полномочия как в отношении начального этапа системы уравнивания риска, так и в связи с расчетом платежей, которые будут производиться между страховыми фирмами [Department of Health and Children, 2001b].

Выступая в поддержку RES, правительство Нидерландов отмечает, что очень многие специалисты по данному вопросу и ученые считают необходимым ввести корректировку риска, чтобы поддерживать стабильность в условиях медицинского страхования с учетом общественного риска [Department of Health and Children, 2001b].

Однако в Ирландии введение RES вызвало неоднозначную реакцию. С одной стороны, оно было поддержано независимой Консультативной группой по системе уравнивания риска. В докладе, представленном правительству в 1998 г., группа сообщила, что, «основываясь на собственных разработках, представленных аргументах и свидетельствах, она считает, что уравнивание риска имеет большое значение для укрепления медицинского страхования с учетом общественного риска» [Advisory Group on the Risk Equalization Scheme, 1998]. Концепцию RES поддерживает также и крупнейшая компания добровольного медицинского страхования в Ирландии Vhi Healthcare, которая утверждает, что эта система обеспечит справедливую, равную для всех и стабильную ситуацию на рынке ДМС в Ирландии и что без этой системы установления страховых взносов с учетом общественного риска рынок задохнется [Vhi Healthcare, 2001a].

С другой стороны, BUPA Ireland, еще один крупнейший страховщик на рынке Ирландии, категорически возражает против RES, считая, что это попытка «приспособить рынок к тому, чтобы он действовал в защиту монополий» [BUPA Ireland, 2000]. По мнению этой фирмы, RES «создает невыгодное положение в отношении сдерживания затрат, является регрессивным с точки зрения распределения дохода и пробивает брешь в законе ЕС» [BUPA Ireland, 2000]. BUPA Ireland считает, что RES, на самом деле, дестабилизирует рынок и ей бы пришлось компенсировать Vhi Healthcare более 10,2 млн евро, что в итоге сделало бы затруднительным пребывание BUPA Ireland на рынке [Murray, 2001a].

BUPA Ireland заручилась советом юриста, что она может успешно оспорить решения правительства на том основании, что RES законодательно не соответствует Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, но пока ей приходится формально ссылаться на большие расходы как на причину отсрочки в выполнении законных действий [Murray, 2001].

Вопрос легальности, по-видимому, не волнует правительство, которое придерживается той точки зрения, что Третья директива допускает введение схем уравнивания риска и компенсации потерь в интересах общего блага (см. 5.3.1).

Система перекрестного субсидирования в Нидерландах

В Нидерландах существуют две системы, которые требуют от владельцев полисов замещающего ДМС внесения ежегодных платежей в рамках взаимовыручки (см. 2.1.1). Одни вклады направляются в ZFW (система обязательно-

го медицинского страхования для возмещения расходов на амбулаторную помощь и пребывание в стационарном лечебном учреждении в течение первого года) через MOOZ, которая была создана, чтобы компенсировать ZFW непропорционально большое число страхователей пожилого возраста. Другой взнос предназначен WTZ — системе, которая гарантирует определенным группам населения, исключенным из ZFW, возможность приобретения замещающего ДМС и предоставляет им стандартный пакет, обеспечивающий при фиксированном взносе страховые пособия такие же, как в ZFW. Деятельность WTZ осуществляется силами компаний, предоставляющих добровольное медицинское страхование. Поскольку фиксированный взнос в WTZ покрывает только половину стоимости стандартного полиса, страховщики получают полную компенсацию от центрального уравнительного фонда, финансируемого ежегодными платежами в рамках взаимовыручки, которые осуществляются всеми владельцами полисов замещающего ДМС.

В докладе, представленном голландскому Министерству здравоохранения Голландским советом служб здоровья и социального обеспечения (независимый правительственный консультативный орган), был поднят вопрос об устойчивом характере этих систем и выражалась озабоченность по поводу последствий закона о страховании, принятого в ЕС, для таких задач здравоохранения, как доступность медицинского обслуживания и взаимовыручка [Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2000]. Этот вопрос обсуждается ниже, в подразделе 5.3.1.

3.2.5. Генетическое тестирование и страхование

В этом разделе обсуждаются широкие последствия генетического тестирования, приводятся аргументы, касающиеся применения генетической проверки для целей страхования, и информация об ее использовании для страхования жизни. В настоящее время нет свидетельств о значении генетического тестирования для медицинского страхования, хотя можно считать некоей формой генетической информации сведения о семейном анамнезе страхователя, которую в ряде стран используют страховые организации.

Многие правительства пытаются регулировать использование генетической информации по результатам генетического тестирования в названных целях, надеясь установить некое равновесие между такими факторами, как страх общественности перед дискриминацией и стигматизацией, желание страховых обществ предотвратить обман и финансовую нестабильность и стремление ученых проводить нужные им исследования. Информация о генетике человека ненова и не является простым продуктом современных генетических обследований. Знание семейных болезней издавна представляет собой ключ к пониманию наследственности того или иного человека, и такая информация регулярно используется страховщиками для оценки вероятности страховых

выплат. По мере того как число генетических тестов будет множиться, а сами они станут дешевле и доступнее, многие люди смогут получить информацию о своем генетическом строении (хотя не все тесты достаточно достоверны и точны) [Holtzman, 1997]. В контексте рынка страхования такая информация вызывает двойные опасения: возникают вероятность неблагоприятного отбора клиентов и риск для страховых компаний, а также дискриминационное отношение страховых фирм к тем, кто неизбежно или обязательно будет требовать страховых выплат [Murthy, Dixon, Mossialos, 2001].

По вопросу о генетике в связи со страхованием в Великобритании ведутся обширные дискуссии. Отделение Комитета по генетике и страхованию здоровья (GAIC) до сих пор одобряло применение страховыми фирмами генетического тестирования при болезни Гентингтона. В настоящее время рассматривается применение генетического тестирования на ранних стадиях болезни Альцгеймера (сейчас изучаются два теста в этом направлении) и при наследственном раке молочной железы и яичников для некоторых видов страхования. Комитет ограничивается рассмотрением клинической и страховой целесообразности генетического обследования, а Комиссия по генетике человека должна определить, нужны ли другие регулирующие меры [Genetic and Insurance Committee, 2000].

Страховые компании утверждают, что потенциальные страхователи должны предоставлять им имеющиеся результаты обследований, чтобы исключить эксплуатирующее приобретение страховки. Они опасаются, что, если желающие застраховаться скроют информацию о своем генетическом статусе, это откроет им путь к обману и позволит застраховаться на слишком большую сумму. С другой стороны, люди с неблагоприятными результатами тестов окажутся подвержены дискриминации, с них потребуют большие взносы, и некоторые их заболевания могут исключить из страховки. В итоге они могут лишиться возможности приобрести страховку. Уже есть примеры, когда людям было отказано в страховании на основании результатов, полученных при обследованиях.

Опасения страховщиков в отношении того, что люди с высокой степенью риска страхуются на слишком большую сумму, практически ничем не оправданы. Высказывалось мнение, что в 1980-х гг. страховой бизнес в Великобритании пострадал, когда лица, инфицированные ВИЧ, застраховались, чего они не смогли бы сделать, если бы раскрыли свое состояние. Однако, как сказано в докладе 1997 г. национальной Консультативной комиссии по генетике человека (действовавшей с декабря 1996 г. до декабря 1999 г.), «индустрия страхования в настоящее время в состоянии противостоять ограниченному предвзятому отбору, который мог бы возникнуть в результате сокрытия результатов генетического тестирования при страховании жизни». По подсчетам Макдональда, если компании страхования жизни воздержатся от использования генетического тестирования при подписании страховых договоров, ин-

дустрия столкнется с расширенными издержками, но они будут ближе к 10%, чем к 100% (MacDonald, 1997 г.). Томас подсчитал, что 10%-й рост издержек будет незаметен на фоне гораздо больших различий, которые существуют в ставках, предлагаемых разными компаниями (Thomas, 2001).

На уровне ЕС нет законодательства, связывающего генетику и страхование, несмотря на введение закона, направленного на гармонизацию рынка страхования [Murthy, Dixon, Mossialos, 2001]. В Рекомендации 1992 г. R(92)3 по генетическому тестированию и скринингу в целях здравоохранения (что официально никак не связано) Европейский парламент постановляет, что страховые общества не должны иметь права требовать генетического тестирования или результатов ранее проведенных тестов в качестве предварительного условия или изменения страхового договора.

Отсутствие правила в масштабах всего ЕС означает, что право узаконить ограничение использования генетической информации для целей страхования остается за отдельными странами. В табл. 20 сравниваются законы и правила разных государств—членов ЕС, Норвегии и США, касающиеся использования генетического тестирования. Первой страной, запретившей генетическое обследование и требования представить его результаты, была Бельгия, где потенциальным страхователям запрещено представлять страховщикам эту информацию независимо от результатов. Врачи также не имеют права использовать для целей страхования генетические тесты, проведенные в процессе медицинского обследования. Аналогичные запреты существуют в Австрии, Дании и Швеции. Франция ввела в свой гражданский кодекс положение, ограничивающее использование генетических тестов в целях научных и медицинских исследований. Недавно французские страховые компании также ввели мораторий на использование генетического тестирования в целях страхования. В Германии, наоборот, закон требует, чтобы заявители представляли страховым обществам результаты генетических проверок, но в настоящее время власти планируют пересмотреть это положение. В Нидерландах генетическая информация включает сведения о семейном анамнезе страхователя, но этой информацией можно пользоваться только в тех случаях, когда человек хочет застраховаться на большую сумму в расчете на широкий диапазон пособий [Murthy, Dixon, Mossialos, 2001]. В США в последнее десятилетие 28 штатов приняли законы, либо ограничивающие использование страховыми фирмами определенных генетических сведений, либо полностью запрещающие их представление при подписании страхового договора. Эти законы направлены на защиту интересов клиентов, с самого начала устанавливая нормы и позиции индустрии страхования [Hall, Rich, 2000].

Для преодоления возникающих проблем можно принять ряд мер, которые позволили бы обеспечить страховку тем, у кого неблагоприятные результаты генетической проверки, и в то же время обезопасить самих страховщиков от обмана со стороны застрахованных лиц. Нидерланды установили

величину стоимости страхования жизни, до которой не требуется представлять результаты генетической информации. В Великобритании страховым компаниям разрешено требовать представление генетической информации от лиц, страдающих болезнью Гентингтона и желающих застраховать жизнь под залог на сумму, превышающую 100 000 ф. ст. (159 000 евро). В начале мая 2001 г. страховые компании согласились с новым лимитом страхования жизни в 300 000 ф ст (476 000 евро), хотя раньше они возражали против такой перемены [BBC, 2001]. В октябре 2001 г. правительство Великобритании объявило, что достигнуто соглашение с индустрией страхования о запрещении генетического тестирования за исключением тех случаев, когда речь идет о самых дорогостоящих полисах.

Альтернативным решением проблемы может быть субсидирование страхования жизни для незначительного меньшинства людей, которым требуются особые условия, путем скромного увеличения взносов всех страхователей. Есть предложения создать специальный фонд для того, чтобы охватить страхованием людей с неблагоприятной генетической предрасположенностью, хотя неясно, будет ли правительство финансировать этот фонд. Эти предложения возникли под влиянием аргументов страховых компаний, утверждающих, что генетическая информация может способствовать избирательности при страховании заявителей. Однако широкие социальные и этические последствия генетического тестирования в целях страхования следует иметь в виду, когда решается вопрос о том, как регулировать генетическую информацию.

Требование раскрыть сведения такого рода угрожают конфиденциальности, и страх дискриминационного отношения может удерживать человека от прохождения обследования. Таким образом, генетическое тестирование затрагивает частную жизнь, здравоохранение и организацию медицинской помощи. Пациент должен иметь гарантии того, что полученные при тестировании сведения не будут переданы третьей стороне. Приходится соблюдать баланс между необходимостью охраны частной жизни пациента и доступностью соответствующих данных для медицинских работников, а также правом родственников пациента знать о существующем для них риске. Поскольку генетическое тестирование используется все шире, оно потребует пересмотра современных методов ведения медицинских протоколов, чтобы избежать неправильного использования результатов тестов.

Отсутствие таких гарантий может отрицательно сказаться на генетических обследованиях в целом. Страх перед дискриминацией и изоляцией, а теперь и сознание, что возможен отказ в страховании, заставляют людей избегать обследования, которое могло бы принести пользу их здоровью [House of Common Science and Technology Committee, 2001]. Последствия могут быть пагубными для самих пациентов, ученых и всей профилактической медицины. Кроме того, пациенты могут стремиться пройти тестирование у непрофессионалов, а это создает угрозу для их здоровья и медико-санитарных служб. Характер

Таблица 20

Законы и правила, влияющие на использование генетического тестирования в отдельных странах

Страна	Законы и регулирующие положения	Сфера деятельности	Оказываемое влияние на страховые компании	Надзор за выполнением
Австрия	Закон 1994 г. о геномной технологии	В том числе регулирует условия проведения генетических тестов, включая строгое соблюдение лабораторного качества и точности, наличия согласия, консультирования и информирования	Использование сведений, полученных в результате генетического тестирования (молекулярно-биологические исследования хромосом человека, генов и сегментов ДНК), запрещено	Австрийский консультативный комитет по геномной технологии и министр труда, здравоохранения и социальных дел занимается оценкой качества
Дания	Закон 413 1997 г. о страховых соглашениях и пенсионных фондах	Регулирует генетическое тестирование в контексте рынков страхования	Страховщикам запрещается требовать тестирования, а также запрашивать, добывать получения и получать генетическую информацию	Датский совет по этике и Датский комитет здравоохранения при Министерстве здравоохранения интерпретируют существующие и предлагают законы и предлагают рекомендации по качеству
Нидерланды	Закон о медицинских обследованиях 1998 г.	Регулирует использование всех видов медицинских обследований и оценок состояния здоровья	Страховщики не могут требовать генетического тестирования и задавать вопросы о наследственных болезнях; исключение делается для дорогостоящих полисов	Голландский совет по здравоохранению предлагает рекомендации и консультирует Парламент
Швеция	Соглашение 1999 г. между правительством Швеции и Ассоциацией страховых компаний	Официальное соглашение между властями и индустрией страхования	Страховщики воздерживаются от использования информации о генетических характеристиках	Национальный комитет здравоохранения и социального обеспечения выдвигает рекомендации Парламенту и формулирует руководство по качеству

Норвегия	Закон 1999 г. о применении биотехнологии в медицине	Регулирует применение генетического тестирования, включая согласие, консультирование и доступ к информации	Незаконно требовать, получать и использовать данные генетических тестов	Консультативная группа Норвежского комитета по здравоохранению помогает интерпретировать закон и предлагает рекомендации по обеспечению качества
США	Законы штатов	Правила штатов, касающиеся индустрии страхования	Запрет зависит от вида страхования, типа информации и ее использования	Инспекции по страхованию в штатах; Федеральные агентства при Департаменте здравоохранения (Национальные институты здоровья), Управление по контролю за продовольственными продуктами и лекарственными средствами, Центры по борьбе с заболеваниями, Бюро защиты от риска, связанный с исследованиями, и Управление по финансированию здравоохранения
	Закон 1996 г. о сохранении страховки и отчетности медицинского страхования	Федеральный закон о коллективном медицинском страховании	Запрещен отказ в страховании на основании результатов генетических тестов	

Источник. Murthy, Dixon, Mossialos, 2001.

генетического тестирования затрудняет создание стандартного подхода к оповещению членов семьи, и врачи разрываются между долгом сохранить врачебную тайну и необходимостью уведомить семью пациента о потенциальной опасной болезни. Пациенты иногда опасаются и стесняются рассказать о результатах тестирования своему врачу и близким, что отрицательно сказывается на возможности раннего обнаружения болезни и профилактики. Широко известно также, что сложность самой процедуры тестирования указывает на необходимость подробного медицинского консультирования как до, так и после нее [British Medical Association, 1998].

Поскольку некоторые страховщики считают генетическую информацию важным фактором, позволяющим точно определить, потребует ли клиент страховых выплат, это поддерживает детерминированный взгляд на болезнь. В сущности, определение клинической целесообразности генетических тестов — комплексная задача. Единичные гены могут иметь несколько мутаций, которые возникают в разных местах, и их влияние обнаруживается на разных уровнях. Начало болезни непредсказуемо, что осложняет ее раннее выявление и превентивные меры, даже при наличии результатов генетических тестов. Кроме того, как указывает Вайнейс, если редкие, обладающие высокой проявляющейся способностью гены рака могут действовать независимо от внешних факторов, то гены с низкой проявляющейся способностью взаимодействуют с окружающей средой [Vineis, 2001]. Таким образом, разработчики политики в области здравоохранения и акционеры должны осознавать тот факт, что причинная связь между тем или иным геном и ассоциируемой с ним болезнью бывает очень слабой.

Проблема генетического тестирования и генетической информации явно нуждается в дальнейшем обсуждении на уровне Европейского сообщества. При этом необходимо принимать во внимание не только ее значение для индустрии страхования, но также широкий социально-этический аспект, в частности такие факторы, как конфиденциальность, дискриминация, перемена во взаимоотношениях врач—пациент и влияние новых достижений в генетической науке на здравоохранение.

3.2.6. Многообразие продуктов страхования

Здесь мы рассмотрим, насколько доступна для потребителя четкая информация о ценах, качестве и условиях полисов ДМС, легко ли сравнивать разные полисы ДМС, есть ли возможность обоснованно выбрать наиболее подходящий полис. Здесь представлена информация, которая опирается на сообщения экспертов в каждом из государств—членов ЕС. В общества потребителей всех государств и в две паневропейские ассоциации были разосланы вопросники, но информация была получена только от обществ потребителей Ирландии, Португалии и Великобритании. Ассоциации потребителей Бельгии, Дании,

Франции, Люксембурга и Нидерландов сообщили, что они не могут ответить на наши вопросы из-за нехватки ресурсов.

Как упоминалось выше, информация весьма важна для покупателей и продавцов на конкурентном рынке. Отсутствие четких сведений о цене, качестве и условиях полисов ДМС не дает потребителям возможности обоснованно сравнить разные типы страховой продукции, и в условиях конкуренции они оказываются в неблагоприятном положении. Стандартный пакет страховых пособий позволяет сравнить полисы в денежном выражении, но при современных регулятивных рамках на рынок ДМС проникают разные виды страховой продукции.

Теоретически разнообразие полисов и условий с точки зрения интересов потребителя целесообразно: они могут выбрать то, что им больше всего подходит, однако это грозит разделением рынка, так как страховые компании получают больше возможностей различать риски по степеням. Независимо от мотивов наличие разнообразной страховой продукции может привести к растерянности потребителя, если отсутствует достаточная информация, позволяющая сопоставить предлагаемые возможности с затрачиваемыми деньгами. Без этого дифференциация продукции грозит сократить ценовую конкуренцию.

В недавних докладах ОЭСР сообщается, что, «поскольку (британский) рынок стал более конкурентным и схемы страхования стали более разнообразными, потребителю становится все труднее сравнивать страховые взносы и предлагаемые страховые пособия» [OECD, 2001b]. Сведения, полученные из ряда стран, также свидетельствуют, что многочисленность, разнообразие и сложность продукции ДМС могут действовать в ущерб потребителю. Такой ущерб можно определить как потери потребителя из-за выбора, сделанного им в результате дезинформации или отсутствия информации, или как «разницу между тем, что он получает при имеющейся у него информации, и тем, что он получил бы при более полной информации, которой он мог бы располагать и которую мог бы усвоить, возможно, благодаря более тщательному изучению рынка» [Office of Fair Trading, 2000a]. Это может произойти тремя путями.

1. Потребители могут купить полис не по самой дешевой из имеющихся цен.
2. Они могут купить не самый подходящий для них полис, исходя из своих вкусов и предпочтений.
3. Они могут приобрести продукцию или получить обслуживание, не соответствующие их представлению о хорошем качестве [Office of Fair Trading, 1997].

Каждая из этих проблем характерна для рынков, где нет хорошей информации, хотя причины ущерба и его размеры бывают разными. В контексте ЕС информационная асимметрия более вероятна в области расширенного и параллельного ДМС, так как этот рынок свободен от контроля за ценами и продукцией, хотя и рынок замещающего ДМС не лишен этого недостатка.

Информационную асимметрию можно устранить с помощью одного или нескольких из следующих условий:

- минимальной разницы среди полисов ДМС;
- использования страховщиками стандартных формулировок;
- наличия стандартного пакета страховых пособий;
- информирования страховщиками потенциальных и существующих клиентов о всех доступных им вариантах;
- наличия центрального источника информации о цене, качестве и положениях полисов ДМС;
- наличия сравнительной информации о цене, качестве и условиях продукции ДМС, легкодоступной всем слоям населения.

В результате отмены контроля за ценой и продукцией (в соответствии с Третьей директивой по видам страхования, не включающим страхование жизни, 1994 г.) страховые общества потеряли интерес к увеличению прозрачности своей продукции и к тому, чтобы уменьшить растерянность потребителей путем введения стандартных формулировок или стандартных пакетов пособий. Последние обнаруживаются только на рынке замещающего ДМС, и перемены в контроле, как правило, сопровождаются увеличением дифференциации продукции на рынках расширенного и параллельного ДМС, создавая видимость жесткой конкуренции и большего выбора для потребителя.

Продукция ДМС в Испании была относительно однородной до 1995 г., когда появилось законодательство, требовавшее привести правила страхования в соответствие с Третьей директивой по видам страхования, не включающим страхование жизни. До введения этого закона страховым компаниям, предоставляющим пособия в натуральной форме, было запрещено заменять их наличными средствами, но закон 1995 г. снял это ограничение. Это изменение в законе вместе с развитием рынка подтолкнуло конкуренцию за счет разнообразия видов страхования, поэтому в настоящее время предлагается большое разнообразие продукции ДМС [Rodríguez, 2001]. Пока неясно, как это сказывается на потребителях.

Представляя свои материалы для данного исследования, Португальская ассоциация потребителей (DECO) ссылается на отсутствие четкой информации об условиях полисов по параллельному ДМС, в частности об исключении из страховки, как на одну из «важных проблем». Хотя эта организация регулярно публикует сравнительные данные об имеющихся вариантах ДМС, ей не под силу охватить все возможности, так как компании добровольного страхования часто вводят новые продукты, мало отличающиеся от старых [DECO, 2001]. DECO утверждает, что разнообразие продукции ДМС затрудняет сравнение как продукции, так и самих страховых обществ.

Аналогичное положение существует в Нидерландах и Греции, где потенциальные страхователи, предполагающие приобрести полисы расширенного

ДМС (в Нидерландах) и параллельного ДМС (Греция), вынуждены делать выбор среди множества вариантов цен, уровней возмещения, условий договоров, механизмов оплаты и качества, испытывая трудности в сравнении всей этой продукции [Maarse, 2001; Economou, 2001].

Что касается параллельного ДМС, в Нидерландах есть информация о ценах полисов и условиях полисов, но опять же сравнить их сложно, и рынок не отличается прозрачностью [Maarse, 2001]. Недавно ассоциации потребителей в Германии отмечали, что становится все труднее различать необходимую и сверхнеобходимую продукцию ДМС [Datamonitor, 2000b]. Страхователям приходится приобретать несколько разных полисов, так как возмещение расходов на амбулаторную и стоматологическую помощь предлагается отдельно от возмещения затрат на стационарное лечение. Таким образом, хотя служащие, приобретающие полисы параллельного ДМС, имеют те же возможности, что и застрахованные по системе GKV, их страховые пособия зависят от купленных ими полисов [Busse, 2001]. В отношении стационарного лечения проблем не возникает, так как здесь полисы мало отличаются друг от друга, но возмещение расходов на амбулаторное лечение может существенно различаться, особенно в том, что касается таких видов обслуживания, как психотерапия, альтернативные виды лечения, реабилитация, а также транспортные расходы. В результате некоторые полисы обеспечивают меньший объем страхования по амбулаторной помощи, чем GKV [Busse, 2001].

Стремясь защитить интересы держателей полисов замещающего ДМС в Германии, правительство в 2000 г. приняло Закон о реформе социального страхования здоровья, который требует, чтобы компании, предлагающие медицинское страхование, информировали потенциальных клиентов о вероятности повышения страховых взносов, о возможности ограничения роста взносов с наступлением пожилого возраста и о необратимости выхода из системы GKV [CEA, 2000; Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]. Страховым обществам также следует информировать страхователей о том, что они могут перейти в другую тарифную категорию, если их взносы повышаются, и предлагать страхователям в возрасте 60 лет и старше приобрести стандартный полис (см. выше) или переключиться на другой тариф, включающий те же виды возмещения медицинских расходов при более низких взносах [Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 2001]. Но даже в этих условиях людям до 60 лет трудно разобраться во всех имеющихся вариантах как среди страховых фирм, так и среди их предложений. По этой причине появился рынок независимых источников информации потребителей (например, Stiftung Warentest) и независимых страховых агентов [Busse, 2001]. Первый предназначен для того, чтобы обеспечить рациональность затрат, хотя предстоит выяснить, сколько людей пользуются этими услугами.

В Великобритании многочисленные состояния исключаются из страховых полисов, и обилие продукции замещающего ДМС таково, что и страхователи, и страховые агенты часто путаются [Calnan, 1993; Youngman, 1994]. В конце

1990-х гг. Управление благоприятной торговли (OFT)¹⁷ направило в сектор ДМС два запроса с предложением идентифицировать информационные пробелы и ущерб, причиняемый потребителям. Бюро выпустило два критических доклада [OFT, 1996; OFT, 1998b]. Во втором из них говорится, что

...большинство ведущих компаний, предоставляющих (добровольное медицинское) страхование, видимо, по-своему определяют полисы, общие условия и состояния, подлежащие исключению из страховки. Хотя некоторые из этих причин носят исторический характер, есть подозрение, что давление рынка побуждает ряд страховщиков способствовать тому, чтобы их продукцию было трудно сравнить с продукцией конкурентов [OFT, 1998b].

В 1999 г. OFT окончательно одобрило деятельность индустрии ДМС, но подчеркнуло необходимость обеспечить гораздо большую ясность и точность в деле информирования держателей полисов и описало сведения, предоставляемые двумя крупнейшими страховыми фирмами как неудовлетворительные [OFT, 1999].

В своих докладах OFT рекомендовало фирмам добровольного страхования ввести «контрольные ориентиры» и «исходные понятия» (стандартный пакет страховых пособий); публиковать статистические данные по среднему увеличению страховых взносов за последние пять лет, предлагать эти данные вниманию потребителей и отказаться от подписания моратория [OFT, 2000b]. В ответ на первую рекомендацию Ассоциация британских страховых обществ заявила, что стандартный пакет страховых пособий имел бы сдерживающий эффект, подавляя инновации. Однако, по мнению OFT, инновации, увеличивающие сложность продукции, хотя и создают видимость интенсивной конкуренции, не улучшают положения потребителей, которые иногда несут большие расходы, чем это следовало бы, и часто приобретают неподходящий для себя полис [OFT, 1998a]. В конце концов страховые общества согласились выпустить упрощенное «описание продукции» и общее руководство по видам ДМС, которое, как надеялось OFT, должно было позволить страхователям лучше разбираться в полисах и иметь возможность их сравнивать [Davey, 1999]. В 2000 г. OFT отметило, что литература по продукции ДМС улучшилась и таблицы исходных пособий теперь позволяют клиентам сделать нужные сравнения [OFT, 2000b].

Тем не менее остается неясным, удалось ли индустрии страхования внести большую ясность для клиентов. Так, таблица, опубликованная в потребительском журнале и содержащая перечень самых дешевых ежемесячных полных взносов в ДМС, предлагаемое в настоящее время 20 страховыми компаниями в Великобритании, снабжена не менее чем 69 сносками [Knight,

¹⁷ OFT — независимая организация, защищающая интересы потребителей в Великобритании и обеспечивающая ведение бизнеса на справедливой конкурентной основе.

2000], и 50-летний мужчина, планирующий приобрести полис ДМС во второй по величине страховой фирме Великобритании, должен выбирать из 90 вариантов взносов в диапазоне от 28, 67 ф. ст. в месяц (344,04 ф. ст. в год) до 363, 82 ф. ст. в месяц (4 365, 84 ф. ст. в год) [CareHealth, 2000]. Остальные крупные страховые фирмы в Великобритании также предлагают многочисленные — от 18 до 54 — варианты взносов [CareHealth, 2000].

В конце 2001 г. правительство Великобритании объявило, что продажа страховок (в том числе ДМС) переходит под контроль Управления финансовых служб (FSA) [Her Majesty's Treasury, 2001a]. Принимая это решение, правительство надеялось, что государственное регулирование страхования «поможет процветать в этой области истинной конкуренции, поскольку оно будет способствовать исправлению той информационной асимметрии, которая существует в настоящее время в ущерб потребителям» [Her Majesty's Treasury, 2001b].

Наличие немногочисленных вариантов ДМС в других государствах позволяет потребителю произвести сравнения и сделать правильный выбор. Такова ситуация с расширенным ДМС в Люксембурге, Австрии, где пользуются расширенным ДМС для возмещения стоимости койко-дней, и в Швеции, где особенно распространены три вида индивидуальных полисов параллельного ДМС [Schmitz, 2001; Hofmarcher, 2001; Skoglund, 2001].

Коллективные страховые полисы представляют меньшую проблему, чем индивидуальные; их легче сравнивать, так как выбор их ограничен и разница между полисами невелика. Во Франции, например, условия полисов мало отличаются друг от друга, а предлагающие их фирмы обязаны предоставить покупателю четкую и доступную информацию о каждом из них [Sandier, Ulmann, 2001]. В Дании варианты коллективных полисов тоже ограничены, как и информация, предназначенная для работников, для которых приобретаются такие полисы. Однако нехватку информации иногда компенсирует участие представителей профсоюзов в переговорах об условиях страхования [Vrangbaek, 2001].

В отсутствие централизованного источника информации о цене, качестве и условиях того или иного вида ДМС потребителям приходится полагаться на те сведения, которые им предоставляют страховые компании или агенты, но в некоторых государствах можно получить сравнительную информацию и из других источников, в частности в обществах потребителей, на независимых сайтах Интернета и в других средствах массовой информации. Как упоминалось выше, общества потребителей действуют в Германии и Португалии, от них можно получить данные о ДМС в Австрии, Бельгии, Великобритании, Ирландии и Франции.

Во Франции получить сведения об индивидуальных полисах ДМС бывает сложно, но недавно появились сайты в Интернете, позволяющие сравнивать полисы, предлагаемые разными страховщиками. Так, например, Национальный совет потребителей составил перечень вопросов, которые

должен задать покупатель, прежде чем приобрести полис ДМС. Будущему страхователю легче выбрать договор, если он получит ответы на такие вопросы, как: «Сколько мне придется ждать до получения страхового возмещения?», «На какое возмещение можно рассчитывать при помещении в отдельную палату?» или «Имеется ли в системе оплаты третья сторона?» [Sandier, Ulmann, 2001].

В Ирландии в целом нет проблемы сравнительной информации, так как на рынке фигурируют только две крупные страховые фирмы (Vhi HealthCare и BUPA Ireland), и цена и характер их продукции постоянно освещаются в газетах, опирающихся на данные обществ потребителей и независимые сайты в Интернете. Однако пожилым людям эти сведения менее доступны (особенно независимые сайты в Интернете), и они не очень склонны считаться с ними. Работодатели, заключающие коллективные полисы, чаще, чем отдельные страхователи, переходят от одной страховой компании к другой. Несмотря на наличие только двух крупных страховых обществ, в журнале Ассоциации потребителей Ирландии содержится замечание о том, что «по одной только цене трудно судить, в какой организации страхование обойдется дешевле, поскольку вариантов много и экономия зависит от медицинских потребностей страхователя» [Consumer Choice, 1998].

В целом, по-видимому, на национальном уровне усилия по устранению информационной асимметрии между страховщиками и потребителями недостаточны. Изменения в порядке регулирования сопровождаются увеличением разнообразия продукции в некоторых государствах—членах ЕС, что улучшает возможности выбора для потребителей, но иногда лишает рынок страхования целостности. В условиях отсутствия контроля за ценами и продукцией страховые общества практически не заинтересованы в том, чтобы увеличить прозрачность своего бизнеса и внести максимальную ясность для потребителей, чего можно было бы достигнуть введением стандартных условий или стандартного пакета страховых пособий.

3.3. Последствия с точки зрения справедливости

В этом подразделе рассматривается влияние создания равных условий на рынках ДМС в плане финансирования здравоохранения и предоставления медицинской помощи. К сожалению, опыт, касающийся этого вопроса, недостаточно обширен; большая часть информации, представленной здесь, основана на Проекте Европейского союза (ECuity II Project).

3.3.1. Справедливость в финансировании здравоохранения

В двух исследованиях Проекта Европейского союза (ECuity II Project) проанализировано вертикальное и горизонтальное равенство в финансировании

здравоохранения в 12 странах ОЭСР в начале 1990-х гг. Анализ вертикального равенства (т.е. в какой степени люди с неравными доходами обслуживаются неодинаково)¹⁸, произведенный Уодстафом и соавторами, выявил регрессивную систему ДМС во Франции, Ирландии и Испании, систему, пропорциональную доходу в Финляндии и прогрессивную в Великобритании, Германии, Дании, Италии, Нидерландах и Португалии. Оказалось также, что ДМС стало со временем менее прогрессивным во всех странах, кроме Испании. Прогрессивный характер ДМС в некоторых странах можно объяснить тем фактом, что в Германии и Нидерландах приобрести замещающее ДМС имеют право только высокооплачиваемые сотрудники, в других странах большинство страхователей относятся к группам с высоким доходом, как упоминалось выше¹⁹. Авторы одновременно пытались определить и горизонтальный показатель (свидетельствующий о том, насколько люди с одинаковым доходом получают одинаковое обслуживание) в финансировании медицинской помощи в тех же странах. Анализ влияния перераспределения средств, предназначенных на медицинскую помощь, среди имеющих равный доход показал, что ДМС становится причиной разницы в доходах во Франции и Ирландии, никак не сказывается на равнозначности доходов у населения Дании и очень мало в Германии и Нидерландах [van Doorslaer et al., 1999].

В отношении расширения ДМС высказывается мнение, что растущий охват населения расширенным и параллельным ДМС не усугубит регрессивного характера финансирования медицинской помощи, так как держатели соответствующих полисов будут платить за медицинские услуги дважды. В сущности двойная оплата — в некотором роде благоприятный фактор, поскольку она снижает спрос на систему здравоохранения, обеспечивающую гарантированное медицинское обслуживание населения, позволяя выделить больше государственных ресурсов для тех, кто не охвачен ДМС. В частности, Ассоциация британских страховых обществ, предоставляя материал к данному исследованию, утверждает, что ДМС создает возможность «выбора для потребителей и снижает нагрузку на государственную систему здравоохранения» [ABI, 2001b]. Аналогичные мнения высказываются и в отношении налоговых льгот, предназначенных способствовать приобретению полисов ДМС (см. 2.4.2).

Поначалу идея снижения нагрузки на систему здравоохранения, обеспечивающую гарантированное медицинское обслуживание населения, с помо-

¹⁸ В регрессивной системе финансирования здравоохранения бедные тратят на здравоохранение большую, чем богатые, часть своего дохода; в пропорциональной системе финансирования здравоохранения каждый тратит пропорционально равную часть своего дохода; в прогрессивной системе финансирования здравоохранения богатые платят, большую чем бедные, часть своего дохода.

¹⁹ Поскольку доступ к замещающему ДМС в основном определен доходом, те, кто охвачен этим типом страхования, считаются высокооплачиваемыми работниками. Распространение охвата расширенным и параллельным ДМС может говорить о повсеместной вариативности, что существует, но также о смещении в предпочтениях групп с высокими доходами.

стью ДМС представляется убедительной. Но, как явствует из нижеследующих разделов, на практике этого может не случиться. Кроме того, снижение налогов для приобретающих полисы ДМС может выглядеть несправедливым, если оно приносит выгоду тем, кто имеет работу, за счет тех, кто ее не имеет, и если при этом применяются маргинальные ставки налогов, что облегчает положение высокооплачиваемого контингента. Так как оплачиваемые, как пособие в натуральной форме, нанимателями полисы ДМС в большинстве стран не облагаются налогами, сотрудники получают такое пособие в чистом виде, в то время как его не имеют страхователи, сами оплачивающие свои страховки. Таким образом, преимущество на стороне тех, кто много зарабатывает.

3.3.2. Справедливость в обеспечении медицинской помощи

Как отмечалось в вводной части этого раздела, наличие ДМС может затруднять доступ к системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, из-за перераспределения государственных средств в ущерб пациентам государственной службы здравоохранения. Это вполне вероятно в тех случаях, когда нечетко определены границы между государственным и частным здравоохранением, если объем медицинских служб ограничен, если персонал получает плату как от государственного, так и от частного сектора, а ДМС побуждает его по-разному лечить пациентов государственной и частной систем (см. 2.3.3). При таких условиях общий эффект уравнивания для расширенного и параллельного ДМС (принимая во внимание равноценность финансирования и получения медицинской помощи) скорее всего будет негативным²⁰.

Если говорить о том, что, когда охват ДМС увеличивается, спрос на услуги системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, должен снижаться, такое положение будет зависеть от четкости в разграничении государственных и частных служб. Например, в Великобритании, где врачи работают в обоих секторах, деятельность частных служб сама по себе не всегда способствует сокращению списков ожидающих лечения в государственных медицинских учреждениях. В действительности расширение частного сектора может снизить возможности государственного.

Более позднее исследование Проекта Европейского союза (ECuity II Project) было направлено на анализ горизонтальной равноценности в использовании служб здравоохранения в 14 странах ОЭСР (США, Канаде и 12 государствах—членах ЕС, за исключением Финляндии, Франции и Швеции). Рассматривалось, как распределяются посещения врачей в зависимости от потребностей [van Doorslaer, Koolman, Puffer, 2001]. Пользуясь данными

²⁰ Представляется сложным проследить, какой эффект окажет на финансирование здравоохранения распространение расширенного и параллельного ДМС.

ми Исследования домохозяйств в Европейском сообществе, авторы пришли к заключению, что после стандартизации медицинских потребностей на базе распределения доходов наблюдается значительная неравномерность в общем количестве обращений к врачу только в Австрии, Греции, Португалии и США. Однако, когда общее число обращений разделили на количество посещений врачей общей практики и специалистов, оказалось, что во всех странах, за исключением Люксембурга, состоятельные люди посещали врачей чаще, чем можно было бы предполагать, исходя из их медицинских потребностей, в то время как обращения к врачу общей практики довольно тесно соотносились с потребностями (в некоторых странах этот показатель несколько отклонялся в сторону малоимущих). «Чрезмерное» количество обращений к специалистам (без соотнесения с потребностями), характерное для хорошо обеспеченных групп населения, было особенно выражено в Ирландии и Португалии.

В том же исследовании было обнаружено, что охват и распределение ДМС и региональные различия влияли на число посещений врачей, хотя в большинстве стран негативный эффект был очень невелик. Тем не менее ДМС значительно сказывалось на числе обращений к специалистам в Ирландии, свидетельствуя о том, что отсутствие ДМС все же мешает группам населения с низким доходом получать помощь специалистов, несмотря на то что обращения к специалистам для них бесплатны. В Великобритании параллельное ДМС дает право на внеочередное обслуживание специалистами, и в этой стране ДМС обуславливает «чрезмерное» посещение специалистов. В меньшей степени такая ситуация наблюдается в Испании, Бельгии, Дании, Австрии, Канаде и Италии.

В Испании наличие ДМС, возможно, увеличивает неравенство доступа к медицинскому обслуживанию, нанося ущерб здоровью беднейших слоев населения [Borràs et al., 1999]. Среди жителей Каталонии, имеющих добровольную страховку, больший процент проходит скрининг на онкологические заболевания, чем отмечается среди остального населения, что, вероятно, объясняется наличием двойного покрытия (Общенациональная система здравоохранения и ДМС). Оно обеспечивает более персонализированное обслуживание и большее внимание врачей. Анализ использования служб здравоохранения с учетом социального положения в Каталонии показал, что, если двойная страховка не влияет на обращения в медицинские учреждения Общенациональной системы здравоохранения, существует социальное неравенство в использовании тех видов обслуживания, которые обеспечиваются Общенациональной системой не полностью (прежде всего в стоматологической помощи), и зубных врачей посещают чаще те, кто имеет полис расширенного ДМС [Rajmil et al., 2000].

В Нидерландах частный сектор курируется слабо, что ведет к малочисленным контактам держателей полисов ДМС с врачами общей практики и отрицательно влияет на курирование государственного сектора. До недавнего времени

от пациентов, которые получают медицинскую помощь в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, и вынужденных обратиться к специалисту или госпитализироваться, требовалось направление врача общей практики, но в результате конкуренции со стороны фирм добровольного страхования, которые не настаивают на таком направлении, некоторые государственные фонды на случай болезни приняли решение ослабить свои требования [Kulu-Glasgow, Delnois, de Bakker, 1998].

Исследования во Франции, где страховщики дополнительно компенсируют населению совместные платежи в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, показывают, что обладатели полисов расширенного ДМС в большей степени пользуются медицинским обслуживанием, чем не имеющие этой страховки [Breuil-Genier, 2000], особенно когда речь идет об амбулаторной помощи, стоматологических услугах и очках [Wocognano et al., 2000]. На владельцев полисов расширенного ДМС приходится 1,5 посещения врача за трехмесячный период, на не имеющих такой страховки — 1,1 посещения; в первой группе обращаются за медицинской помощью в среднем один раз в 73 дня, во второй группе — один раз в 100 дней [Breuil-Genier, 2000]²¹. Рынок расширенного ДМС во Франции быстро рос, охватив треть населения в 1960 г., 50% в 1970 г., 70% в 1980 г. и 85% в 1998 г. [Sandier, Ulmann, 2001]. Будучи озабочено неравным доступом к службам здравоохранения, который усугубился наличием расширенного ДМС, правительство Франции в январе 2001 г. ввело закон о всеобщем охвате медицинским страхованием (СМУ), который расширял охват расширенным ДМС, достигший 15% населения, ранее не застрахованного (см. 3.2.1).

Есть основания полагать, что в Германии люди, занимающие более высокое положение в обществе, чаще обращаются к специалистам, чем принадлежащие к низшим социальным слоям. Считается, что этот факт отражает наличие ДМС [Wysong, Abel, 1990], хотя могут играть определенную роль и такие факторы, как информация и уровень образования.

Пациенты в Ирландии могут пользоваться частными и получастными койками в государственных больницах и услугами частных консультантов, получающих заработную плату от государства, как в государственных, так и в частных больницах, несмотря на большие списки ожидающих лечения к специалистам в государственных медицинских учреждениях [Vhi Healthcare, 2001c]. С начала 1990-х гг. на частные и получастные койки приходится около 20% больничных коек, предназначенных для больных с острыми состояниями [Nolan, Wiley, 2000]. По сведениям базирующегося в Дублине Института экономических и

²¹ В отчете французской системы здравоохранения, опубликованном Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), отмечается, что компании, предлагающие расширенное страхование разрабатывают методы финансирования здравоохранения, более подходящие к требованию соблюдения баланса между профилактической и лечебной медицинской помощью [Imai, Jacobzone, Lenain, 2000].

социальных исследований, использование государственных больниц частными пациентами растет быстрее, чем использование их пациентами, получающими государственное страхование [Wiley, 2001]. Такова ситуация в каждой категории госпитализированных, включая планируемые категории, случаи неотложных состояний и пациентов дневных стационаров. Авторы данного исследования выяснили также, что 30% пациентов, выписанных в 1999 и 2000 гг., обслуживались в частном порядке, хотя только 20% коек для больных в остром состоянии в общенациональном масштабе считались частными.

Положение в Ирландии носит противоречивый характер. Оно вызывает споры о том, каковы перспективы смешивания государственного и частного сектора в системе здравоохранения. Компании добровольного страхования выражают свое мнение по этому вопросу следующим образом.

«Количество коек, выделяемых для частных пациентов в государственных больницах, должно быть пересмотрено в сторону повышения от нынешнего общенационального уровня на 20%, для того чтобы отразить огромный рост приобретения частных медицинских страховок за последнее десятилетие в Ирландии и обеспечить пациентам, которые заботятся о своем здоровье, доступ к возможностям, на которые они имеют право» [Vhi Healthcare, 2001c].

Тем не менее все растущее использование государственных средств частными пациентами происходит за счет равенства в получении медицинской помощи в системе здравоохранения в целом. Вследствие этого правительство в ноябре 2001 г. опубликовало свою стратегию в области медицинского обслуживания, направленную на то, чтобы все дополнительные койки в государственных больницах использовались только для целей государственного медицинского обслуживания, т.е. чтобы дополнительных частных коек в государственных больницах не было [Department of Health and Children, 2001a]. Правительство также предлагает уточнить правила использования государственных коек и приостанавливать прием частных пациентов для планового лечения, если максимальный период ожидания в очереди на лечение для государственных пациентов исчерпан [Society of Actuaries in Ireland, 2001].

Установка четких границ между государственным и частным здравоохранением — вопрос государственной политики на общенациональном уровне. В сфере интересов разработчиков политики в области здравоохранения должны быть проблемы влияния взаимоотношений компаний добровольного страхования с медицинскими учреждениями на справедливость в медицинском обслуживании и продуктивность деятельности самих страховых компаний. В целом, однако, сведения о том, как ДМС влияет на вопросы равного доступа, ограничены, и, поскольку имеющиеся результаты исследований не поддаются обобщению, следует продолжать изучение этого вопроса.

РАЗДЕЛ 4

Влияние ДМС на свободу передвижения людей и перемещение услуг в странах Европейского союза (ЕС)

В этом разделе:

- кратко анализируется свобода передвижения пациентов в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения;
- рассматривается возможность свободного передвижения людей в рамках Европейского союза при наличии ДМС;
- рассматривается влияние ДМС на свободу перемещения услуг в странах ЕС.

4.1. Свобода передвижения пациентов в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения

Влияние ДМС на свободу передвижения людей следует рассматривать в контексте узаконенных правил обеспечения трансграничной медицинской помощи. Теоретически для людей, нуждающихся в медицинской помощи за границей, не должно существовать национальных границ, так как все имеют право жить на любой территории ЕС²². Однако на практике власти, ответственные за здравоохранение, обычно ограничивают свою деятельность территорией внутри границ своей страны, поэтому гарантированное медицинское обслуживание обычно распространяется на медицинские учреждения в самой стране. Начиная с 1958 г. Европейское сообщество предписало освобождение от территориального принципа, стремясь содействовать свободному передвижению людей в странах ЕС.

Механизм координации систем социальной безопасности, которым располагает Сообщество и который основан на правилах ЕС 1408/71 и 574/72,

²² Принцип свободы передвижения людей является одним из основополагающих прав Европейского сообщества (ЕС), оно превратилось из главным образом экономического права в основное право гражданина ЕС (статья 18, доп. статья 8а). См. также: van der Mei, 2001.

позволяет мигрирующим работникам и их иждивенцам получать медицинскую помощь в той стране, где они живут и работают [Council of European Communities, 1997]. Эти правила были впоследствии распространены почти на все население ЕС (за исключением представителей стран, не относящихся к ЕС, которые исключены из системы, даже если они прикреплены к системе социального обеспечения той страны ЕС, в которой они проживают).

В настоящее время можно получить медицинскую помощь в период временного пребывания за рубежом при следующих условиях. Прежде всего, если состояние больного требует «неотложного» обследования и лечения. Вне этого состояния пользоваться медицинским обслуживанием могут:

- пенсионеры и члены их семей;
- неработающие граждане и члены их семей, прибывшие за границу в поисках работы;
- работающие граждане и лица, работающие не по найму, выполняющие профессиональный долг в другой стране—члене ЕС;
- трансграничные работники (хотя члены их семей при отсутствии у них острого состояния должны получить разрешение на лечение, если нет специальной договоренности между соответствующими странами);
- студенты и лица, прибывшие для профессионального обучения, и члены их семей (с октября 1997 г.).

Для всех остальных категорий медицинская помощь за границей доступна только при остром состоянии (статья 22.1 Договора ЭС). Поэтому доступ к медицинской помощи при временном пребывании вне страны происхождения существенно ограничен неотложной помощью в другом государстве ЕС (определено Formой E111). Все, кто претендует на плановое лечение в другом государстве, согласно статье 22.1 постановления ЭС 1408/71, должны предварительно получить разрешение от компетентной организации социального обеспечения (Форма E112).

Однако пока эти постановления не привели к широкому передвижению пациентов главным образом потому, что государства—члены ЕС придерживаются ограничительного подхода к оказанию медицинской помощи через границы. В 1978 и 1979 гг. Европейский суд принял два решения по предоставлению разрешения в соответствии со статьей 22 постановления ЭС 1408/71: разрешение должно быть выдано во всех случаях, когда речь идет об улучшении медицинского состояния пациента, независимо от любых других соображений [ECJ, 1978; ECJ, 1979]. Эта интерпретация побудила Совет ограничить соответствующее постановление [Council of the European Communities, 1981]. Теперь государства-члены придерживаются большей свободы при выдаче разрешений иностранцам на получение медицинской помощи. В статье 22.2.2 просто указывается, что в разрешении не может быть отказано в следующих случаях:

- если лечение, которое требуется заинтересованной стороне, составляет часть пакета медицинского обслуживания в рамках системы социальной защиты в данном районе;
- если это лечение невозможно в стране проживания пациента в течение требуемого по обычным меркам периода ввиду его или ее состояния здоровья и вероятной причины заболевания²³.

Государства—члены ЕС имеют тенденцию отклонять просьбы о разрешении на лечение в другом государстве, если оно может быть предоставлено в стране постоянного проживания. Даже теперь в такой стране, как Великобритания, выдается только около 600 форм E112 в год, во Франции их получают около 200 человек, в Швеции — не более 20. Бельгия и Люксембург относятся к этому вопросу менее строго, если учесть численность населения этих стран, и выдают примерно 2 000 и 7 000 форм E112 в год соответственно [Palm et al., 2000]. Нежелание со стороны некоторых государств способствовать более свободному передвижению пациентов частично объясняет ограниченное финансовое влияние мер ЕС по обслуживанию за границей на государственные бюджеты; в среднем каждая страна тратит примерно 2 евро на одного жителя, что составляет менее 0,5% государственных расходов²⁴.

Однако на пути получения медицинской помощи за рубежом существуют препятствия и менее искусственного характера: языковой барьер, расстояния, нехватка информации о видах поставщиков медицинской помощи в другой стране, отсутствие сведений о другой системе здравоохранения, нежелание местных врачей направлять пациентов в другую страну, организационные процедуры и время, а также средства, необходимые для переезда [Mountford, 2000]. Спрос на лечение за рубежом концентрируется в пограничных районах (и таких очень маленьких странах, как Люксембург); при этом часто требуется высокотехнологичная медицинская помощь. Обычно ее запрашивает ограниченная группа людей, достаточно хорошо осведомленных о возможностях лечения за границей [Hermesse, 1999]. Но даже в приграничном «Euregios», где потенциал трансграничной помощи наиболее широк, или между Северной Ирландией и Республикой Ирландией, где передвижение пациентов рассматривается как часть мирного процесса, [Jamison et al., 2001], информации для потенциальных пациентов трансграничной медицинской помощи не хватает

²³ Существовало мнение, что это второе положение было введено для того, чтобы дать возможность больным обойти очереди на лечение, путем получения разрешения на лечение за границей [van der Mei, 2001], хотя эта точка зрения может быть оспорена в связи с тем, что очереди на лечение как проблема не существовали в 1981 г.

²⁴ Люксембург представляет выдающееся исключение из правила, тратя 116 евро на одного жителя на трансграничное медицинское обслуживание (9% всех государственных расходов на здравоохранение). Такие значительные суммы и ограниченная медицинская инфраструктура внутри страны приводит к увеличению использования официально разрешенного медицинского обслуживания за границей, в других странах-членах.

[Hermans, 2000]. Вполне вероятно, что со временем юридические и технические препятствия при получении трансграничной медицинской помощи уступят [Coheur, 2001].

Тем не менее спрос на трансграничную медицинскую помощь в будущем почти наверняка возрастет, о чем свидетельствуют опыт «Euregios» [Herman, 2000] и различные иски, представленные в национальные суды и Европейский суд, а также широкий интерес общественности к этому вопросу. Можно ожидать такого развития событий в силу нескольких причин, в частности из-за:

- увеличения масштабов миграции вообще;
- увеличения нехватки человеческих и финансовых ресурсов, что создает проблему очередей на лечение и другие барьеры на пути получения медицинской помощи;
- появления новых экспериментальных методов лечения в некоторых странах;
- распространения информации среди пациентов;
- тенденции к объединению пограничных районов;
- облегчения сопоставления цен благодаря одинаковой валюте;
- возможности осуществлять продажу полисов на расстоянии;
- вероятности представления дальнейших исков в свете недавних решений Европейского суда.

Обсуждения доступности медицинской помощи за рубежом всегда базировались на принципе свободного передвижения людей в странах Европейского союза, но в 1998 г. от Европейского суда потребовали проанализировать эти правила с учетом свободного передвижения товаров и услуг. На основании решений Колла и Декера в 1998 г. Суд установил двойную систему социальной защиты в связи с медицинским обслуживанием по поводу неострых состояний в другой стране ЕС. Гражданам стран ЕС предоставлялся выбор в охвате медицинским обслуживанием за рубежом [ECJ, 1998a; ECJ, 1998b; Palm et al., 2000]. С одной стороны, Суд поддержал классическую процедуру E112, установленную согласно постановлению ЕС 1408/71, в соответствии с которой пациенты, получившие предварительное разрешение от их организации социального обеспечения, принимаются системой социальной защиты в той стране, где они проходят лечение, «как если бы они были застрахованы ею» (статья 22.1c). Это означает, что на пациента распространяются такие же правила в отношении, например, разделения затрат и направления на консультацию к специалистам и что любые медицинские расходы раскладываются на обе системы социального обеспечения в соответствии с тарифами страны, в которой оказывается медицинская помощь. С другой стороны, Суд создал альтернативную процедуру (процедура Колла и Декера), основанную непосредственно на договоре ЕС, по которой пациенты, пользующиеся медицинскими службами за границей без предварительного разрешения, не интег-

пируются в систему социальной защиты этой страны, а требуют возмещения расходов в своем государстве, «как если бы они получали лечение там». Это означало бы, что возмещение в стране происхождения осуществлялось бы на условиях и по тарифам этого государства.

Колл и Декер впервые четко установили, что экономические правила, относящиеся к свободному перемещению товаров и услуг внутри Европейского союза, могут применяться к системам здравоохранения. Однако сразу же возникли вопросы: во-первых, применяются ли эти правила к амбулаторной и стационарной помощи; во-вторых, применяются ли они ко всем аспектам системы здравоохранения, а не только к системам компенсации во Франции, Бельгии и Люксембурге. Впоследствии иски, представленные Европейскому суду в 2001 г., внесли требуемую ясность. В лице Смита-Пирбумз и Ванбракеля Суд смог с успехом ответить на два вопроса, поднятые Коллом и Декером [ЕСJ, 2001a; ЕСJ, 2001b]. Во-первых, по статье 50 Договора ЭС лечение в стационаре считается медицинским обслуживанием и, следовательно, не исключается из правил, регулирующих свободу передвижения услуг. Во-вторых, решения Колла и Декера относятся ко всем аспектам систем здравоохранения, включая системы, обеспечивающие пособия в натуральной форме.

Эти решения Суда расширили возможности пациентов получать лечение за рубежом за счет системы социального обеспечения в своей стране, хотя Суд отметил, что в случае Смита-Пирбумз и Ванбракеля государство может обоснованно требовать получения предварительного разрешения там, где возникает возможность серьезного подрыва финансового равновесия системы социального обеспечения и необходимости гарантировать рациональное, стабильное, сбалансированное обеспечение доступных стационарных служб в плановом порядке путем заключения контрактов [ЕСJ, 2001b].

Обычно считается, что решения Европейского суда не касаются ДМС, за исключением тех случаев, когда национальное законодательство, которому подчиняется ДМС, ограничивает свободное перемещение, когда компании добровольного страхования несут ответственность за обеспечение обязательного страхования и когда их деятельность затрудняет свободу передвижения [Palm, 2001].

4.2. ДМС и потенциальные препятствия для свободы передвижения людей

Решения Европейского суда в лице Колла, Декера, Смита-Пирбумз и Ванбракеля расширили возможности для пациентов, стремящихся пройти лечение за пределами своей страны. Они могут получить возмещение расходов благодаря системе социального обеспечения в своем государстве. Теоретически теперь этот процесс стал легче (в отсутствие перечисленных выше неюридических препятствий к свободе передвижения людей: языкового барьера, большого

расстояния, отсутствия информации, нехватки сведений о системе здравоохранения в стране пребывания, нежелания местных врачей направлять пациентов для лечения за границу, сложных организационных процедур и проблем, связанных с расходами и тратой времени на переезд). На практике же медицинской помощью за границей пользуются немногие.

Эти дебаты начинают затрагивать ДМС, когда принимаются во внимание возможные пробелы в системах здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения. Это могут быть существенные совместные платежи, длинные очереди на лечение и исключение из обязательного охвата. Человек может не найти в другом государстве того уровня предоставления услуг гарантированного медицинского обслуживания, к которому он привык, и поэтому обратиться за дополнительной помощью к ДМС. Так, человеку, приехавшему во Францию, понадобится дополнительное ДМС, чтобы покрыть стоимость совместных платежей в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения; в Ирландии может потребоваться расширенное и параллельное ДМС, чтобы избежать длинных очередей и получить компенсацию за гонорары консультантов и расходы на амбулаторную помощь, а лица, работающие не по найму, приезжая в Бельгию или Германию приобретут замещающее ДМС, поскольку они не имеют права на пользование всеми (Германия) или некоторыми (Бельгия) службами здравоохранения в рамках системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения.

Чтобы решить, облегчает или затрудняет ДМС передвижение граждан в странах ЕС, нужно ответить на следующие вопросы.

- В какой степени компании, предоставляющие добровольное медицинское страхование, готовы обеспечивать компенсацию за расходы на медицинскую помощь в других государствах? Другими словами, насколько пособия ДМС подлежат перемещению?
- Вероятно, еще важнее, насколько люди, переезжающие в другую страну для работы и проживания (например, рабочие-мигранты или те, кто уезжают на отдых после выхода на пенсию), могут получать пособия ДМС в принявшей их стране на тех же условиях, что и местные жители?

Ответить на эти вопросы на основании опыта мешает главным образом отсутствие документальных свидетельств, касающихся тех случаев, когда свобода передвижения человека была ограничена невозможностью получить страховое пособие в рамках ДМС. Европейская комиссия получала ряд жалоб по этому поводу, чем объясняется ее решение признать перемещаемость пособий ДМС ключевой проблемой для мигрантов, прибывших для работы, и для тех, кто желает жить за границей после выхода на пенсию. Комиссия отметила, что организация расширенного и параллельного ДМС такова, что действительно затрудняет передвижение в странах ЕС [Directorate-General for the Internal

Market, 2001]. Однако мы не имеем возможности определить, каков характер этих жалоб, поскольку Европейская комиссия по соображениям конфиденциальности не представила нам подробных сведений о конкретных случаях.

В качестве одного из вариантов страхователи, имеющие полис ДМС в своей стране, могли бы перенести страховку в принимающую страну, но не все страховые общества могут и хотят этим заниматься. На наш вопрос о влиянии ДМС на свободу передвижения людей большинство страховщиков ответили, что они не считают ДМС важным фактором в этом отношении, однако ассоциации взаимного страхования и коммерческие страховщики ответили несколько по-разному. Национальная федерация взаимопомощи Франции (FNMF) заявила, что расширенное и параллельное ДМС мало поддается переносу в другие государства (в принципе в меньшей степени это могло бы относиться к замещающему ДМС) [FNMF, 2001]. Члены этого общества пытаются решить данную проблему, в некоторых случаях предлагая трансграничное страховое возмещение, но в целом ассоциации взаимного страхования испытывают ограничения в этой области согласно национальным правилам [AIM, 2001].

В отличие от обществ взаимного страхования коммерческие компании не считают, что свобода передвижения создает много проблем, если обращения за медицинской помощью за рубежом не влечет за собой лишних расходов. Германская ассоциация компаний частного медицинского страхования (PKV) отметила, что ДМС «вполне гарантирует эту свободу: договоры, предлагаемые в рамках частного медицинского страхования людям, постоянно проживающим в Германии, действительны во всей Европе. Если человек переезжает на постоянное местожительство в другую страну Европейского союза, договор может быть перенесен туда» [PKV, 2001]. СЕА также пояснил, что ДМС поддерживает свободное передвижение, основываясь не на пособиях в натуральной форме, а на возмещении расходов [СЕА, 2001]. Комитет, однако, признал, что этот потенциал на практике используется редко.

С точки зрения коммерческих страховщиков, обеспечение трансграничной медицинской помощи, возможно, не составляет проблемы, так как они предоставляют дополнительное страхование до тех пор, пока клиенты готовы за него платить. Но есть устные свидетельства того, что страхователям приходится прерывать свой коммерческий договор на родине и подписывать новый в принявшем их государстве с тем же самым страховщиком. При этом новый договор может не отражать предыдущего страхования.

Даже если страховая компания готова перенести страховку в другое государство, за это взимается дополнительная плата, и некоторые клиенты вынуждены платить большие взносы за страховку того же уровня. Поскольку взносы в системе коммерческого ДМС обычно рассчитываются на актуарной основе, владельцам полисов иногда приходится производить дополнительную плату, если стоимость медицинского обслуживания за рубежом значительно превышает расчетную стоимость [PKV, 2001].

Некоторые общества добровольного страхования стремятся обеспечить пособия для тех, кто регулярно ездит за границу [Luginsland, 2001], но доказательств этого немного, и, как указал СЕА, ДМС играет чрезвычайно малую роль в обеспечении медицинской помощи за пределами государственных границ.

Еще большую озабоченность вызывает вторая проблема, касающаяся невыгодного положения тех, кто приобретает полисы ДМС в другой стране (в сравнении с теми, кто там уже охвачен этим видом страхования). Как мы заметили выше, практических наблюдений в этой области не хватает, но ясно, что ДМС редко возможно перенести за границу без ущерба для страхователя, и можно предвидеть потенциальные трудности.

Ключевые моменты касаются преград неюридического характера, в частности языкового барьера, информационных пробелов и пробелов в осведомленности. Эти проблемы не являются специфическими для ДМС, но их нельзя сбрасывать со счетов, если учесть нехватку информации на рынках ДМС (см. 3.2.6), особенно когда страховые договоры написаны на языке, которого страхователь не понимает. Здесь положительную роль могут сыграть страховые агенты и брокеры.

Другие потенциальные трудности сосредоточены вокруг статуса тех, кто хочет приобрести полисы ДМС за границей. Если заявитель считается вновь прибывшим и его прежняя страховка не принимается в расчет, с него могут потребовать более высокий взнос, из страховки могут исключить ранее существовавшие заболевания, и ему могут на много увеличить период ожидания выплат. Это ставит в невыгодное положение клиентов всех возрастов, но служит особенно значительным препятствием для пациентов старшего возраста. Европейская комиссия сообщает, что люди, переезжающие в другую страну, будучи на пенсии, нередко рассматриваются компаниями добровольного страхования как новые клиенты с высокой степенью риска в силу своего возраста, и с них требуют особенно большие взносы.

Общество актуариев в Ирландии подняло вопрос об увеличении страховых взносов в качестве штрафа. В 2001 г. вошел в силу закон о страховании, который ввел в обиход понятие пожизненного коммунального тарифа и разрешал обществам добровольного страхования повышать взносы для любого человека после 35 лет [Society of Actuaries in Ireland, 2001]. Общество задается вопросом, должны ли такие штрафы относиться к людям, которые живут в другом государстве, и высказало такую точку зрения.

Если человек может представить доказательства того, что он много времени провел за границей, следует обдумать возможность учета этого периода при начислении максимального штрафа за позднее вступление в систему страхования. В стране прежнего пребывания клиента медицинское страхование, возможно, не требовалось, либо могло быть не принято или недоступно по финансовым

или техническим причинам. В этой ситуации было бы несправедливо накладывать штраф за отсутствие медицинской страховки во время пребывания за рубежом. Однако было бы также несправедливо предоставлять человеку, жившему за границей, более благоприятные условия, чем тому, кто все время жил в Ирландии, тоже не имея медицинской страховки [Society of Actuaries in Ireland, 2001].

Такая же проблема возникает в связи с установлением взносов с учетом риска. Как видно из табл. 11 (см. 2.3.1), страховые общества в странах в этом вопросе исходят из возраста клиента, и новые страхователи, если они рассматриваются как принадлежащие к группе риска, вынуждены платить более высокие взносы, чем их сверстники, застраховавшиеся раньше.

Заявители оказываются в невыгодном положении и в тех случаях, когда из страховки исключаются ранее существовавшие заболевания. Это особенно неудобно для пожилых клиентов, у которых чаще всего со временем развиваются нарушения здоровья, подлежащие страхованию в их родной стране. Принудительный период ожидания выплат также создает неудобства. В Ирландии, например, компаниям добровольного страхования разрешено выплачивать возмещение новым клиентам через год за любой вид лечения и до 10 лет за обращения по поводу ранее возникших заболеваний. Ирландское Общество актуариев отмечает, что «в настоящее время не требуется указывать, что человек некоторое время находился в другой стране ЕС, чтобы определить его как вновь вступившего в систему страхования и решить, нужно ли применять к нему отсрочку выплат» [Society of Actuaries in Ireland, 2001].

Наконец, в затруднительном положении находятся пожилые люди, если они по возрасту не имеют возможности вообще приобрести полисы ДМС. Из табл. 12 (см. 2.3.1) видно, что большинство страховых компаний во многих странах отказываются продавать полисы ДМС людям старше 60, 65 или 70 лет.

Некоторые из этих проблем можно было бы решить, если бы страховые общества установили неограниченный доступ к страхованию и заключали бы пожизненные договоры или, по крайней мере, аналогичные соглашения для рабочих-мигрантов и тех, кто выезжает за рубеж на отдых, после выхода на пенсию. Тем не менее некоторые страховщики могли бы с этим поспорить на том основании, что таким образом нарушается справедливость. И при сегодняшней системе регулирования рынка ДМС у страховых компаний нет стимула способствовать свободному передвижению людей в странах ЕС.

Поскольку жалобы в адрес Европейской комиссии получили огласку, эти проблемы, возможно, будут изучаться глубже. Хотя они вряд ли создают значительные препятствия на пути свободного передвижения людей, они заслуживают большего внимания. В резолюции 2000 г. по вопросам параллельного медицинского страхования Европейский парламент оправдывает деятельность Сообщества в области медицинского страхования на том основании, что различия в системах страхования (как в обязательном, так и в добровольном)

может создавать серьезные препятствия на пути свободного передвижения людей [European Parliament, 2001]. Таким образом, Европейский парламент подчеркивает необходимость обеспечить условия, позволяющие страхователям сохранять свою страховку во время пребывания в другой стране. Он также призывает общества добровольного страхования проявлять большую гибкость в своих подходах к обеспечению возмещения расходов, связанных с медицинской помощью в других государствах.

4.3. ДМС и потенциальные барьеры на пути свободного перемещения услуг

После того как Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, очертила структуру единого рынка ДМС, теоретически не осталось препятствий на пути свободного перемещения компаний, предоставляющих ДМС, внутри Европейского союза. Контроль в каждой из стран направлен на то, чтобы не создавалось препятствий к свободному проникновению страховых обществ из других государств [Rees, Gravelle, Wambach, 1999], но на практике ряд трудностей все же остается. В связи с функционированием единого рынка ДМС обычно называют следующие проблемы:

- разницу в схемах и доступности ДМС, обусловленную различиями в системах здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения;
- высокую стоимость материальных вложений;
- отсутствие гармонизации в некоторых областях (в частности, в области налогов);
- бюрократические процедуры.

Представляя свои сообщения к данному исследованию, несколько страховых компаний и ассоциаций выразили мнение, что свободному перемещению услуг в ЕС больше всего мешает не специфика рынка ДМС, а разница в системах здравоохранения, обеспечивающих гарантированное медицинское обслуживание населения. Так, например, продукт ДМС, продаваемый в одном государстве, обычно рассчитан на то, чтобы заполнить пробелы, существующие в гарантированном медицинском обслуживании этого государства. Они могут включать совместные платежи, длинные очереди на лечение или исключение из обязательного страхования определенных групп населения. Такая продукция ДМС соответствует национальной структуре здравоохранения. Все это значит, что продукция ДМС, имеющаяся на рынке одной страны, может не подойти другому государству. Это, несомненно, относится к замещающему ДМС, но применимо также и к расширенному, а в меньшей степени и к параллельному ДМС.

В то же время некоторые страховые компании заявляют, что ДМС «вполне в состоянии гарантировать свободу», о которой говорится в Договоре ЕС

[PKV, 2001], и их стремление создавать новую продукцию для внутреннего рынка свидетельствует о том, что они не считают невозможным разработать ее для других стран. Однако, как отмечено в документе Европейской комиссии, стоимость этих новых разработок и технические ресурсы, которые для этого требуются, могут немало помешать внедрению ДМС в новые рынки [European Commission, 1997]. Чтобы установить взносы в соответствии с индивидуальной степенью риска, компаниям, предоставляющим добровольное медицинское страхование и начинающим свой бизнес в другой стране, пришлось бы вкладывать средства в технические, коммерческие и актуарные исследования; это повлекло бы за собой настолько большие расходы, что не оправдало бы продажу страховых полисов за границей.

Как отмечает в представленных замечаниях к данному исследованию Консультационная группа европейских актуариев, в настоящее время сфера деятельности ДМС ограничена. Те немногие страховщики, которые продают ДМС в нескольких странах, исходят из четких местных установок и очень редко — из принципа свободного предоставления услуг [Group Consultatif Actuariel Européen, 2001]. Экспансия рынка в другие страны чаще всего происходит не за счет трансграничной продажи продуктов или учреждения там филиала компании, а путем слияния страховых предприятий или их приобретения в собственность. На рынке ДМС это явление тоже имеет место, но, по-видимому, страховые общества неохотно продают полисы ДМС в другие страны без наличия там своего филиала, а потребители неохотно приобретают ДМС за пределами своей страны.

Впоследствии страхование будет шире производиться по Интернету, но отсутствие согласованности в некоторых областях трансграничного медицинского обслуживания все равно создаст проблемы для проникновения страхового рынка за границу. Консультационная группа европейских актуариев отмечает, что как «входящая», так и «исходящая» трансграничная торговля ДМС встретится с трудностями в тех странах, где рынок ДМС не соответствует всем аспектам Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни [Group Consultatif Actuariel Européen, 2001]. Представившие свой материал для данного исследования страховщики считают, что трудности чаще всего возникают в двух направлениях: уравнивание риска и разница в налогах на коммерческие и некоммерческие страховые компании.

Первая проблема имеет отношение прежде всего к Ирландии, где правительство ввело систему уравнивания риска (RES), чтобы поддержать принцип установки взносов, исходя из общественного риска, на рынке ДМС (см. 3.2.4). Хотя RES еще не реализована, некоторые утверждают, что она создает немалый барьер на пути проникновения на ирландский рынок и мешает новым страховщикам продавать в Ирландии полисы ДМС с помощью филиалов или путем свободного предложения страховых услуг. Однако RES освободила новых страховщиков от необходимости участия в ней в течение трех лет с начала

продаж полисов в Ирландии (в правительственном документе по ДМС поначалу был указан срок 18 месяцев) [Department of Health and Children, 1999]. В 1996 г. одна крупная британская страховая фирма создала в Ирландии свой филиал. Она утверждает, что могла бы с успехом спорить с ирландским правительством, поскольку считает, что RES не имеет юридической силы по Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, но пока ничего не предпринимает [Murphy, 2001a]. Вопрос легальности, по-видимому, не заботит правительство, которое считает, что Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, допускает уравнивание риска и систему компенсации ущерба в интересах общего блага.

Более сильным фактором, тормозящим свободу передвижения страховщиков, служит разница в налогообложении. Общество британских страховщиков подчеркивает, что эта разница в странах ЕС «осложняет положение тех, кто переезжает из страны в страну, и страховщиков, стремящихся предлагать свою продукцию в нескольких странах» [ABI, 2001b]. Консультационная группа европейских актуариев и Общество шведских страховщиков придерживаются того же мнения [Group Consultatif Actuariel Européen, 2001; Sveriges Försäkringsförbund, 2001].

В Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, не делается различий между разными типами страховых компаний и исключается создание преимуществ для того или иного типа страховщиков. Государства, в которых некоммерческие страховые общества имеют налоговые преимущества перед коммерческими, оказываются в положении, противоречащем этому аспекту директивы. Примеры налогообложения в пользу обществ взаимных платежей или провидентных компаний можно обнаружить в Бельгии, Франции и Люксембурге (см. 2.4.2). С одной стороны, это предупреждает проникновение на рынок иностранных коммерческих компаний на тех же условиях, что имеют внутренние компании такого типа [Datamonitor, 2000a]. С другой стороны, общества взаимных платежей утверждают, что их стремление к солидарности увеличивает расходы, так как они реже отклоняют заявки на страхование, чаще распространяют страховку на ранее существовавшие заболевания и не увеличивают взносы с возрастом страхователей. Представляя материал для данного исследования, AIM ссылается на своих членов как на придерживающихся принципов солидарности, стремящихся «взаимно улучшать социальные условия» и констатирует, что общества взаимных платежей «гарантируют пожизненное страхование и отказ от отбора клиентов с учетом риска», что, как говорит AIM, оправдывает их особый статус в рамках национального законодательства [AIM, 2001].

В 1993 г. Французская федерация страховых компаний (FFSA) предъявила французским властям две жалобы из-за дискриминационной налоговой политики. В ноябре 2001 г. Европейская комиссия предложила правительству Франции положить конец дискриминации, либо отменив освобождение от

налогов на страховые взносы для обществ взаимных платежей и провидентных компаний, либо «позаботившись о том, чтобы помощь не превышала тех расходов, которые возникают из-за ограничений, неизбежных при обслуживании общих экономических интересов» [European Commission, 2001]. Европейская комиссия также сделала вывод, что существующая помощь в форме освобождения от налогов на страховые полисы «вносит деформацию в конкуренцию в пользу обществ взаимных платежей и провидентных компаний, деформацию, которая более несовместима с развитием общего рынка» [European Commission, 2001]. Замечено также, что французские власти не приводят никаких свидетельств наличия особых затрат в деятельности обществ взаимных платежей и провидентных компаний на благо общих интересов.

Несмотря на эту последнюю акцию, Европейская комиссия признает, что юридические меры по устранению препятствий, которые создает разница в налогообложении в целом, в течение некоторого времени не могут быть приняты, учитывая, что такие меры должны быть единодушно одобрены Европейским советом министров [European Commission, 1997].

В отношении бюрократических процедур и их воздействия на свободное предложение услуг страховщиками BUPA Limited заметили, что правила регистрации служб за границей могут сдерживать расширение таких служб в некоторых государствах—членах ЕС [BUPA Limited, 2001]. СЕА также заявил, что такие правила создают юридическую неопределенность и нужна большая ясность в вопросах, связанных с законами, регулируемыми трансграничные договоры [СЕА, 2001]. Например, немецким страховщикам предлагается давать французским страхователям информацию на французском языке, а это, по мнению СЕА, создает финансовую нагрузку на мелкие фирмы, желающие действовать в другом государстве [Pierotti, 2001]. Однако в этом случае трудно понять, как примирить интересы потребителя и страховщика. Требование публиковать договоры на языке того государства, в котором обеспечивается обслуживание, — ключевой момент защиты потребителя.

Несмотря на то что создана основа для образования единого рынка ДМС, по-видимому, некоторые препятствия на пути свободного страхования услуг остаются. Это особенно очевидно в области гармонизации налогообложения, хотя Европейская комиссия сделала ряд шагов в связи с этой проблемой. Распространение ДМС за границу государств сдерживают причины, не только связанные со свободным предоставлением страховых услуг. Не исключено, что потребители предпочитают покупать полисы ДМС у проверенных страховых компаний, чья репутация им известна, что, возможно, частично объясняет, почему расширение рынка чаще происходит не вследствие организации филиалов страховых компаний или трансграничной продажи полисов, а благодаря слиянию предприятий и приобретению их зарубежными компаниями.

РАЗДЕЛ 5

Тенденции развития и задачи

В этом разделе рассматриваются:

- тенденции развития и задачи, стоящие перед рынком ДМС;
- тенденции и задачи государственной политики;
- тенденции и задачи регулирования страхования в странах ЕС.

5.1. Тенденции развития и задачи, стоящие перед рынком ДМС

5.1.1. Спрос

Постоянный экономический рост и сокращение государственных расходов на здравоохранение в 1980-х гг. привели к увеличению спроса на ДМС во многих странах ЕС. В некоторых государствах его подстегнула покупка полисов работодателями в качестве дополнительной льготы для своих сотрудников. В период между 1980 и 1990 гг. во всех странах, кроме Люксембурга, доля ДМС в общих расходах на здравоохранение возросла (см. табл. 2 в 1.2.1). Расходы, связанные с ДМС, существенно увеличились в Италии (+350,0%), Португалии (+300,0%), Великобритании (+153,8%), Бельгии (+100,0%) и Франции (+93,1%). На протяжении 1990-х гг. в большинстве государств—членов ЕС эта тенденция продолжалась, но, за исключением Нидерландов, темпы роста значительно замедлились; в Испании, Ирландии, Австрии и Германии на ДМС стали расходовать меньше средств. Расходы на ДМС не всегда коррелируют со спросом, так как они могут отражать не столько расширение охвата населения этим видом страхования, сколько повышение цен на него.

В 1990-х гг. в ряде стран охват населения вырос, хотя большей частью это произошло благодаря широкому приобретению коллективных полисов (см. 2.2.2). В Великобритании, например, в 1990—2000 гг. число страхователей по полисам, за которые платили работодатели, возросло, по расчетным данным, на 23%, в то время как число страхователей, самостоятельно покупавших страховку, снизилось на 6%. В 1999 г. число владельцев полисов в Великобритании сократилось на 4,5%; причем это сокращение в основном пришлось на индивидуальные страховки или страховки, оплачиваемые работниками самостоятельно; количество полисов, приобретенных за счет нанимателей, выросло на 1,2%, но число индивидуально оплаченных полисов снизилось на 5% [Laing, Buisson,

2000]. До некоторой степени эти цифры могут отражать тот факт, что в период между 1994 и 1998 гг. средняя цена индивидуальной страховки возрастала в Великобритании на 12% в год, в то время как стоимость коллективных полисов увеличивалась менее чем на 3% в год [Datamonitor, 2000a].

Несмотря на то что уровень охвата населения ДМС в большинстве стран был довольно стабильным в рассматриваемый период, отмечались и заметные исключения. В результате изменений в законодательстве Франции, распространившем расширенное ДМС на все население с 2000 г. (СМУ), в ДМС в 1998 г. включилось 94% вместо 85% участвовавших в нем в 1998 г. Рынки ДМС в Дании, Финляндии и Швеции всегда были сравнительно небольшими, но в последнее время заметен рост количества приобретаемых полисов параллельного ДМС, частично в силу неудовлетворенности государственным обеспечением служб здравоохранения, а частично благодаря увеличению количества полисов, покупаемых работодателями.

Во многих государствах перед компаниями, предлагающими добровольное медицинское страхование, сейчас стоят задачи поддержания рыночного спроса, который, по-видимому, достиг точки насыщения. Некоторые комментаторы считают, что в будущем рост рынка ДМС скорее всего не прекратится, но за счет повышения цен, а не по причине более широкого вовлечения населения [Datamonitor, 2000a].

5.1.2. Характеристика покупателей и динамика развития страховых взносов

Как правило, низкий индивидуальный спрос на ДМС заставил страховые компании больше полагаться на продажу коллективных полисов. В 1980-х гг. рынок коллективных полисов резко возрос и продолжал расти в 1990-х. В настоящее время коллективные полисы составляют почти все полисы ДМС в Швеции, Ирландии, Португалии, Греции и Великобритании, более половины являются коллективными в Нидерландах и около половины — во Франции (см. табл. 10 в 2.2.2). Рост доли коллективных полисов объясняется экономическим ростом и покупкой их работодателями в качестве льготы для служащих, но и другими причинами, в частности тем, что при покупке коллективных полисов исходят из более низких взносов, а также в обеспечении скидок и менее строгих условий договора. Рост цен на коллективные страховки значительно меньше, чем на индивидуальные, таким образом, можно предположить, что индивидуальные клиенты оплачивают стоимость страховок, приобретаемых коллективами, за которые обычно (хотя и не всегда) платят наниматели. Это предположение подтверждает тот факт, что прибыль страховщиков от продажи коллективных полисов часто гораздо меньше (см. 2.5.1).

Ожидалось, что создание условий для единого рынка ДМС в Европейском союзе будет способствовать увеличению конкуренции среди страховых компа-

ний и, таким образом, приведет к расширению выбора страховых услуг и снижению цен для потребителя. Однако усилившаяся конкуренция не снизила стоимости взносов в системе ДМС, которая часто росла быстрее, чем расходы на здравоохранение в целом (см. 2.4.1). Реальный общий годовой рост взносов в нескольких странах колебался от 2,3 до 12%, что превышало средний годовой рост общих расходов на здравоохранение, индексированный по ВВП (между 1,1 и 2,7%) (см. табл. 15 в подразделе 2.4.1).

Представители страховой индустрии часто заявляют, что увеличение страховых взносов — неизбежное следствие возрастающих выплат, повышения цен в системе здравоохранения, высокой стоимости медицинской технологии и старения населения [Datamonitor, 2000a]. Хотя рост расходов на выплаты (выплачиваемые страховые пособия) в 1995—1998 гг. в некоторых государствах превышал рост дохода от взносов, коэффициент потерь (сумма выплаченных пособий, разделенная на сумму доходов от взносов) в этот период характеризовался незначительным увеличением (см. табл. 18 в 2.5.1) [CEA, 2000]. В таких государствах, как Великобритания, 12%-й среднегодовой рост взносов при покупке индивидуальных полисов ДМС в период между 1994 и 1999 гг. [Datamonitor, 2000a] сопровождался снижением коэффициента потерь [Laing, Buisson, 2001]. В 1985 г. у страховщиков Великобритании коэффициент потерь составлял в целом 88%, но к 2000 г. он снизился до 79% [Laing, Buisson, 2001]. Дезагрегирование этого показателя за 2000 г. показало, что он включал 85% коллективных полисов ДМС, за которые платил работодатель, и только 73% индивидуальных полисов, оплаченных самими страхователями [Laing, Buisson, 2001].

Административные расходы компаний, осуществляющих добровольное медицинское страхование, велики по сравнению с аналогичными расходами в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения (см. 2.5.2). Эти административные расходы колеблются от 10% в Германии, Люксембурге (общества взаимного страхования), Нидерландах и Франции (общества взаимопомощи) до 25% в Австрии, Бельгии, Италии и Португалии. Напротив, административные расходы системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, были значительно ниже: между 3 и 5% в большинстве государств—членов Европейского союза и даже еще ниже в Дании и Италии (см. табл. 19 в 2.5.2).

5.1.3. Выбор потребителя

Отмена контроля над ценами и продукцией расширенного и параллельного ДМС в 1994 г. сопровождалась в некоторых странах более высоким уровнем дифференциации продукции. Как мы отмечали в подразделе 3.2.6, дифференциация продукции предоставляет потребителю больший ассортимент

и позволяет ему выбрать то, что ему больше всего подходит. Однако она может также нарушить целостность рынка, давая страховщикам возможность отсеивать заявителей с высоким риском. Так или иначе, наличие многообразной страховой продукции может снизить ценовую конкуренцию, если оно не сопровождается такой информацией, которая позволила бы потребителям сравнивать продукцию в плане рациональности ее приобретения.

Несмотря на то что потребители в странах ЕС располагают широким выбором договоров о ДМС (по крайней мере в некоторых государствах), не вполне очевидно, что такая возможность работает на них. Не всегда имеется необходимая информация, позволяющая сравнивать продукты ДМС, в частности в расширенном и параллельном ДМС, где она имеется не всегда, а это причиняет ущерб потребителям (см. 3.2.6).

Информационную асимметрию, возникающую вследствие расширения рынка, вариабельности и сложности продукции ДМС, можно устранить путем применения стандартных условий, наличием стандартного пакета страховых пособий, информацией потребителей обо всех открытых для них вариантах и созданием доступных централизованных источников информации о ценах, качестве и условиях полисов ДМС. Однако при существующих регулятивных рамках страхования у страховых обществ нет стимула вносить ясность в свою продукцию и увеличить ее прозрачность, вводя стандартные условия и стандартные пакеты пособий, хотя последние могут потребоваться для замещающего ДМС, но на рынках расширенного и параллельного страхования их можно обнаружить редко.

Некоторые страховые компании высказывают ту точку зрения, что стандартные пособия становятся препятствием на пути инноваций, но контрольный орган Великобритании (Управление благоприятной торговли, OFT) утверждает, что инновации, ведущие к усложнению продукции, не приносят пользы клиентам, которые подчас платят больше, чем могли бы, если бы лучше разбирались в продукции [OFT, 1998a]. В одном из последних докладов ОЭСР о частном медицинском страховании также отмечалось, что, «поскольку (британский) рынок стал более конкурентным, а системы страхования более разнообразными, потребители испытывают трудности при сравнении предлагаемых пособий и взносов» [OECD, 2001b].

BUPA Limited высказались для данного исследования следующим образом:

...в Великобритании существует мнение, что потребителям стало трудно разобраться в частных системах медицинского страхования, а взносы по «лучшей цене» невозможно сравнить. По-видимому, это неизбежное следствие конкуренции как в структуре контрактов, так и в сдерживании расходов, и страховщики, испытывая давление «лучшей практики», должны облегчить процесс сравнения. Мы считаем, что сама атмосфера конкуренции обеспечивает относительную рентабельность всем сделкам и договора должны найти ба-

ланс между желаемой простотой и юридической эффективностью
[BUPA Limited, 2001].

Тем не менее правительство Великобритании провозгласило в 2001 г., что продажа общего страхования (включая ДМС) переходит под юрисдикцию Управления финансовых служб (FSA) [Her Majesty's Treasury, 2001a]. Принимая это решение, правительство выразило мнение, что государственное регулирование страхования «будет способствовать процветанию истинной конкуренции, поскольку оно поможет исправить информационную асимметрию, существующую в настоящее время в ущерб потребителю» [Her Majesty's Treasury, 2001b].

В других странах ЕС прилагается недостаточно усилий, чтобы решить проблему информационной асимметрии. При существующих регулятивных рамках, без обеспечения стандартных пакетов пособий и даже стандартизованных условий требуются более энергичные меры, чтобы контролировать продажу полисов ДМС и сделать доступной для потребителей четкую и сопоставимую информацию.

Основная особенность ДМС в странах ЕС состоит в предоставлении клиентам возможности выбирать из широкого круга медицинских учреждений. Это особенно актуально в отношении параллельного ДМС, но может иметь место и в рамках расширенного и замещающего страхования. В отличие от США, где такой выбор ограничивают Организации по поддержанию здоровья (НМОs) и сеть предпочтительных служб (PPNs), образуя интегрированное обслуживание, в странах Европейского союза выбор центров, оказывающих медицинскую помощь, достаточно велик (см. 2.3.2).

Возможности выбора в разных государствах неодинаковы. В целом некоторую роль все же играют интегрированное обслуживание и сеть предпочтительных служб, хотя заметна тенденция к той или иной форме вертикальной интеграции среди наиболее крупных страховых компаний в Великобритании и Испании, а в Португалии крупные компании вкладывают большие средства в создание и развитие сети предпочтительных служб. Во Франции и Бельгии попытки интегрировать медицинское обслуживание имели ограниченный результат, частично из-за подозрений потребителей, которые усмотрели здесь «американский стиль НМОs», но впоследствии компании, предоставляющие добровольное медицинское страхование, возможно, будут шире использовать этот вариант как средство сокращения расходов.

5.1.4. Структура рынка

На рынках многих государств—членов ЕС в 1990-х гг. наметилась четкая тенденция к увеличению концентрации. Имеющиеся в нашем распоряжении данные указывают, что эта тенденция реализовалась в Австрии, Греции, Италии, Люксембурге, Португалии (как результат концентрации в банковском секторе и секторе страхования) и Испании (см. 2.2.1).

Теоретически рыночная консолидация должна привести к увеличению рентабельности страховых обществ и определенным преимуществам для страхователей в условиях ценовой конкуренции. Однако на самом деле ничто не говорит об увеличении рентабельности с ростом концентрации предприятий (сделать окончательные выводы в этом отношении мешает нехватка данных). Если бы рентабельность действительно увеличилась, непонятно, отразилась бы она на потребителях снижением взносов в систему ДМС.

По причинам исторического характера на некоторых из наиболее обширных рынков ДМС в настоящее время доминируют некоммерческие общества взаимного страхования и провидентные компании (см. 2.2.1). В последние годы их доля на рынке ДМС кое-где уменьшилась, а в будущем они могут уступить свое место коммерческим страховым компаниям. Поскольку общества взаимного страхования и провидентные компании в разных странах в разной степени придерживаются принципов солидарности, мы не можем делать предположений о поведении страховых обществ на основании их юридического и некоммерческого статуса.

5.1.5. Свободное перемещение людей и услуг

От того, насколько пособия, предоставляемые ДМС, подлежат переносу в другую страну, зависит ответ на вопрос, мешает ли ДМС свободному передвижению людей в странах ЕС. Мобильность можно считать ограниченной, если страховщики не хотят возмещать медицинские расходы, которые страхователь понес в другой стране, или если человек, переехавший в другую страну на работу или для проживания, не может участвовать в медицинском обслуживании на тех же условиях, что и местные жители.

Хотя некоторые компании, предоставляющие добровольное медицинское страхование, стремятся обеспечивать компенсацию для тех клиентов, которые регулярно уезжают за границу, роль ДМС в общем объеме возмещения медицинских расходов за границей в настоящее время чрезвычайно мала. Даже если страховая компания готова распространить страховые услуги в другое государство, это повлечет за собой дополнительные расходы и некоторые страхователи будут вынуждены платить больше за тот же самый уровень возмещений.

На пути получения компенсации за рубежом лежат также препятствия неюридического характера, такие как язык и информация (что может быть причиной озабоченности, если принять во внимание присущие рынку ДМС пробелы в информации), а также восприятие клиентов как относящихся к группе нового риска без учета их прежней страховки; в результате с них берут более высокие взносы, исключают из страховки ранее существовавшие заболевания и предлагают больший период ожидания выплат по возмещению медицинских услуг. Все эти факторы ставят в невыгодное положение людей всех возрастов, но особенно людей старшего возраста.

В настоящее время трансграничная продажа полисов ДМС не имеет широкого применения. Те немногие страховщики, которые к ней прибегают, действуют на основании твердо установленных правил страны-хозяина и очень редко на основе принципа свободного оказания услуг, принятого в своей стране. Хотя на рынке ДМС происходят процессы слияния страховых предприятий и приобретения их компаниями за рубежом, страховые компании медлят продавать полисы ДМС за рубеж, а клиенты неохотно покупают их за границей.

Среди препятствий к свободному перемещению страховых услуг часто называют разницу в схемах и наличии ДМС, вызываемую разницей в гарантированной государством медицинской помощи, высокую стоимость технических вложений, несогласованность в некоторых областях (особенно в отношении налогообложения) и бюрократические препоны. Вопрос о том, насколько все эти факторы действительно препятствуют свободному перемещению страхового обслуживания, подлежит обсуждению.

5.1.6. Доступность данных

Наши попытки представить подробную информацию по странам были не слишком успешными из-за нехватки данных и их неравномерного освещения. Как уже отмечалось в введении к настоящему исследованию, наличие информации обычно отражает величину рынка ДМС в том или ином государстве, поэтому ее меньше в тех странах, где этот рынок незначительный, но даже и там, где он имеет значительные размеры, трудно отыскать полные и надежные данные об элементарных показателях, например о числе застрахованных жителей.

Национальные эксперты некоторых государств прокомментировали отсутствие прозрачности на рынке ДМС. Данные собирают организации разных типов по принципу *ad hoc*. В Великобритании статистику по этой отрасли собирает частная компания, в Германии — Германская ассоциация компаний частного медицинского страхования (PKV). В некоторых странах вообще не занимаются сбором данных. В Испании, например, официально признают отсутствие надежных данных, но вину за это возлагают не на отсутствие воли, а на технические трудности [Rodríguez, 2001].

Необходимо систематически собирать данные по ДМС в странах ЕС, однако неясно, кто должен проявить желание и быть в состоянии это делать. Правительства в большинстве случаев в этом заинтересованы мало, поскольку ДМС не основной источник финансирования медицинского обслуживания, а современные регулятивные рамки не требуют от страховщика публиковать какие-либо сведения, кроме относящихся к платежеспособности фирмы. Здесь публикуются данные, полученные от страховых компаний, страховых ассоциаций, из докладов исследователей рынка, опросов жителей и академических исследований, но не из официальной статистики. Евростат, статистическое

бюро Европейской комиссии, предоставляет общую информацию по страховому бизнесу, но не дает более подробных сведений о таких конкретных рынках, как рынок ДМС.

5.2. Тенденции и задачи государственной политики

Как было отмечено в подразделе 1.1, государственная политика в странах ЕС в целом поддерживает принцип финансирования здравоохранения за счет государственного или социального страхования и предоставления медицинской помощи всем гражданам независимо от их платежеспособности. Это привело к появлению систем здравоохранения, которые характеризуются почти всеобщим охватом населения, его обязательным вовлечением в страхование, обеспечением комплексных пособий и льгот и высоким уровнем государственных расходов. Эти характерные черты явились важными для определения масштабов рынка ДМС в разных странах.

5.2.1. Расходы на здравоохранение

Как отмечалось выше, в ЕС в последние 20 лет доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение возросла, но этот рост был обусловлен не расширением рынка ДМС, а скорее существенным увеличением доли прямых сборов с потребителей в рамках разделения затрат. Кроме того, наметились тенденции к увеличению государственных вложений в здравоохранение, что особенно заметно во Франции (через СМУ) и Великобритании. В настоящее время государства—члены ЕС придерживаются принципа государственного финансирования медицинской помощи для всех граждан.

Тем не менее систематичность финансирования здравоохранения из государственных источников продолжает оставаться под вопросом. Предполагается, что такие факторы, как старение населения, высокая стоимость новой технологии и растущие потребности населения увеличивают спрос на медицинское обслуживание, вследствие чего расходы на него растут, выходя за пределы возможности и желания граждан оплачивать медицинскую помощь (в частности, путем коллективных мер, таких как налогообложение и социальное страхование). В результате правительства не всегда могут обеспечить достаточный уровень медицинской помощи всему населению, и гражданам приходится прибегать к дополнительным методам ее оплаты. В такой ситуации ДМС может играть более значительную роль в финансировании здравоохранения.

Хотя в задачи данного исследования не входит углубляться в детальное изучение упомянутых факторов, которые могут повлиять в будущем на государственные расходы, можно остановиться на следующих моментах.

Во-первых, если старение населения и сказывается на государственных пенсионных схемах, то, судя по недавним исследованиям, оно вряд ли сильно

влияет на расходы, связанные со здравоохранением [Fuchs, 1998; Harrison et al., 1997; Lubitz, Beebe, Baker, 1995; Evans, 1985; Getzen, 1992]. Влияние этого фактора на рост затрат на здравоохранение возрастает, но создает сравнительно умеренный ежегодный рост расходов на здравоохранение [Fahey, Fitz Gerald, 1997]. Таким образом, несмотря на возможную связь между старением населения и расходами на здравоохранение, сами по себе демографические тенденции не повышают расходы настолько, чтобы они были не по силам нормальной экономике [Vareg et al., 1987]. В последние полвека в государствах—членах ЕС наблюдается существенное повышение продолжительности жизни, и это обстоятельство не привело систему здравоохранения, обеспечивающую гарантированное медицинское обслуживание населения, к срыву. В ближайшие десятилетия ожидаемый рост числа пожилых, особенно совсем престарелых людей, возможно, скажется на медицинских расходах, но вероятнее всего, что он повлияет на стоимость долгосрочной помощи [McGrail et al., 2000]. Анализ будущих потребностей в долгосрочной помощи, как и страхование на этот случай, не входит в задачи данного исследования.

Во-вторых, как ни старались авторы нескольких исследований вычислить влияние новой технологии на стоимость медицинских услуг, этот показатель не поддается измерению и, следовательно, не может служить точным средством прогнозирования будущих расходов на здравоохранение [Sassi, Abel-Smith, Mossialos, 1996].

В-третьих, хотя потребности населения повышают спрос на службы медицинской помощи, нет ни очевидных, ни логических оснований предполагать, что возможность страны поддерживать тот или иной уровень расходов на здравоохранение увеличивается преимущественным использованием какого-то одного источника финансирования (частного здравоохранения), а не какого-либо другого (налоги или социальное страхование) [Evans, 2002]. В этой связи стоит заметить, что, хотя в США здравоохранение обеспечивается в основном за счет частных источников страхования, государственные расходы на сферу здравоохранения весьма существенны: в 1998 г. — 44,8% всех затрат на медицинскую помощь, или 5,8% ВВП (в ЕС — в среднем 5,9%) [OECD, 2001a]. Общие расходы на здравоохранение гораздо выше в США, чем в любом государстве ЕС (в 1998 г. они составляли 12,9% ВВП, в то время как в странах ЕС соответствующий показатель достигал только 7,9%) [Maynard, Dixon, 2002; OECD, 2001a]²⁵. Кроме того, значительная часть американского населения не охвачена никаким видом медицинского страхования [Maynard, Dixon, 2002]. Таким образом, нельзя утверждать, что распространение ДМС автоматически повлечет за собой сокращение государственных затрат на медицинскую помощь или увеличение общего охвата страхованием. Мнение, что современный

²⁵ Количественные данные ОЭСР по затратам на здравоохранение в США не включают налоговые субсидии для частного медицинского страхования, которые в целом составили в 1998 г. 111,2 трлн долл. США (111,7 трлн евро) и льготы для богатых (см. 1.3.1.) [Sheils, Hogan, 1999].

уровень государственных расходов на здравоохранение впоследствии поддерживать не удастся, также подразумевает, что правительства не будут в состоянии повысить эффективность в секторе здравоохранения.

Существует ли возможность для ДМС играть более значительную роль в финансировании здравоохранения? Мы усматриваем три варианта политики, которая могла бы повлиять на расширение рынка ДМС в разных государствах—членах ЕС: предоставить более широкую возможность выйти из системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, далее исключать из этой системы отдельные виды медицинского обслуживания (явно или опосредованно) и вводить или увеличивать налоговые льготы приобретающим полисы ДМС.

Выход из системы обязательного страхования

Как отмечалось в подразделе 2.1.1, отдельные лица или группы людей в некоторых государствах-членах либо исключаются из системы обязательного медицинского страхования, либо освобождаются от взносов, если предпочитают выйти из этой системы. Последние изменения в законах, допускающие такой выбор, введены в Португалии (1993 г.) и Австрии (1999 г.), но в Германии эта возможность всегда существовала для высокооплачиваемых служащих. В Нидерландах обязательная страховка не покрывает расходы на амбулаторную помощь и стационарную помощь в течение первого года для высокооплачиваемых работников. В Бельгии исключаются лица, работающие не по найму, «при малых рисках». Такие граждане имеют возможность приобрести замещающее ДМС. В начале 1990-х гг. итальянское правительство предложило разрешить отдельным лицам отказаться от системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, но в конечном счете не приняло такого решения [Fattore, 1999].

Таким образом, в странах ЕС к исключению из системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, прибегают сравнительно редко, и, хотя этот вопрос время от времени возникает в ходе дебатов по поводу реформы здравоохранения, такую практику мало кто рассматривает в качестве серьезной альтернативы всеобщему охвату страхованием. Кроме того, помимо нежелания правительств снижать этим способом уровень вовлечения населения в обязательное страхование, могут быть две другие причины, по которым данная политика не завоевала популярности.

Во-первых, там, где страхователи исключаются из обязательного охвата, как это практикуется в Нидерландах и Бельгии, правительства вынуждены вмешиваться в рынок замещающего ДМС с тем, чтобы обеспечить этим людям доступное и адекватное возмещение ДМС. Бельгийское правительство ввело систему корректировки риска для обществ взаимного страхования, предлагающих замещающее ДМС, и требует, чтобы их страховые пособия со-

ответствовали тем, которые обеспечивает обязательное медицинское страхование. Владельцы полисов замещающего ДМС в Нидерландах обязаны участвовать в двух системах перекрестных дотаций, согласно которым ежегодные взносы в рамках взаимовыручки в обязательное медицинское страхование (ZFW) и в WTZ перечисляются на счет тех, кто исключен из обязательного страхования, но не может позволить себе купить замещающее ДМС.

Последние нововведения в Бельгии и Нидерландах показывают, что правительства этих стран рассматривают нынешнюю ситуацию как проблематичную. В Бельгии была создана рабочая группа под руководством ученого, в которую вошли ответственные государственные чиновники и которой было поручено проанализировать социальное обеспечение лиц, работающих не по найму.

В январе 2001 г. группа сформулировала вывод: лица, работающие не по найму, должны быть либо охвачены обязательным медицинским страхованием при малых рисках, либо обязаны по закону приобрести замещающее ДМС [Cantillon, 2001]. В Нидерландах система здравоохранения по разным причинам рассматривается как нерентабельная и не обеспечивающая равного доступа населению [Maarse, 2001]. В 2001 г. голландское правительство объявило о широкой реформе в секторе здравоохранения, включая возможность слияния существующих систем страхования в одну всеобщую систему государственного медицинского страхования [Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001]. Выбор правительства в пользу государственного, а не частного страхования основывался на предположении, что частная система будет подчиняться Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, тогда как государственное страхование от директивы не зависит.

Во-вторых, есть доказательства того, что, получив возможность выйти из системы обязательного страхования (как это имеет место в Австрии, Бельгии и Германии), многие страхователи предпочитают ей не пользоваться. Отказались от этой системы очень немногие лица и коллективы работников в Португалии [Oliveira, 2001] и менее одной четверти высокооплачиваемых служащих, имеющих право выбыть из системы обязательного страхования, в Германии (GKV). Как упоминалось в подразделе 1.3.2, чаще всего отказываются от GKV молодые несемейные люди или молодые супруги, имеющие двойной доход [Datamonitor, 2000a]. В другом сообщении содержатся сведения, что популярность ДМС растет среди хорошо обеспеченной немецкой молодежи [Datamonitor, 2000b]. Таким образом, в GKV остается непропорционально большое количество пожилых и страхователей с большими семьями. В прошлом наблюдалась тенденция выйти из системы обязательного страхования среди молодых и здоровых людей, которые, становясь старше и обнаружив повышение взносов в замещающее ДМС, пытались вернуться обратно в GKV. Правительство Германии в связи с этим ввело в действие две реформы (1994 г. и 2000 г.), затрудняющие возврат в GKV, однако предусматривающие для желающих вернуться в эту систему доступа к замещающему ДМС (см. 2.1.1).

Выход из GKV в Германии и исключение высокооплачиваемых работников из системы обязательного охвата в Нидерландах являются следствием исторического прошлого, а не результатом целенаправленного политического выбора. Там, где имеет место целенаправленная политика в этой области (как в Португалии и Австрии), число людей, отказавшихся от обязательного страхования, сравнительно невелико, и еще слишком рано делать выводы относительно потенциальных долгосрочных результатов такого подхода. В странах ЕС тенденция предоставить гражданам возможность выйти из системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, не нарастает. Если правительство Голландии реализует планируемые реформы, а правительство Бельгии расширит охват обязательным страхованием, уровень отказов от этой системы значительно снизится.

Исключение отдельных видов медицинского обслуживания из системы обязательного страхования

В некоторых государствах правительствам открыт еще один вариант политики: исключение из системы обязательного страхования некоторых видов медицинской помощи. Открытое сокращение возмещаемых видов обслуживания могло бы привести к росту спроса на расширенное ДМС, в то время как сокращение путем нормирования увеличило бы потребность в параллельном ДМС (как, например, произошло в Дании). Однако в первом случае спрос мог бы остаться без удовлетворения, поскольку возмещение некоторых видов обслуживания путем ДМС было бы невыгодно для страховщиков. Чаще всего исключают обеспечение лекарственными средствами, ДМС не всегда возмещает стоимость лекарств. В Испании система обязательного страхования взимает с потребителей часть стоимости лекарств, и это единственный случай, когда потребитель участвует в платежах, но ДМС не компенсирует эти затраты. Страховым компаниям легче ответить на сокращение выплат обязательного страхования, оплачивая другие, более определенные услуги, например стоматологическую помощь.

Компании добровольного страхования могут ответить на повышенный спрос на параллельное ДМС только там, где частный сектор достаточно широк. В таких странах, как Дания, это проблема, так как частный сектор недостаточен. Такая ситуация в целом может побудить правительства заняться вопросом последствий нововведений в ДМС для равного доступа к службам здравоохранения, обеспечивающим гарантированное медицинское обслуживание населения, чтобы не допустить усугубления уже существующей неравноценности в системе обязательного страхования и нарушения распределения государственных ресурсов.

Налоговые льготы

Введение или увеличение налоговых льгот для отдельных покупателей полисов ДМС и целых фирм может стимулировать спрос на ДМС. Ирландское

общество взаимного страхования Vhi Healthcare отмечает, что снижение налогов на взносы ДМС может служить «одной из главных причин высокого спроса на страхование в Ирландии» [Vhi Healthcare, 2001c]. Испанское страховое общество Union Espacola de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) утверждает, что «отсутствие налоговых вычетов и льгот — главное препятствие на пути развития частного медицинского страхования в Европейском союзе... [и] на пути конкуренции» [UNESPA, 2001]. Однако, судя по имеющимся данным, существующие налоговые льготы для отдельных потребителей незначительно сказываются на использовании ДМС, хотя на фирмах Австрии, Дании, Ирландии и Испании они подогревают спрос на коллективные полисы (см. 2.2.2).

Утверждение, что налоговые льготы применительно к ДМС соответствуют интересам государства, на практике не подтверждается, хотя при этом они, как считается, снижают спрос на систему здравоохранения, обеспечивающую гарантированное медицинское обслуживание населения (таким образом, сокращая давление на государственные расходы) (см. 2.4.2). Кроме того, налоговые льготы оказывают влияние на справедливость в условиях, когда льготы, предоставляемые тем, кто работает за счет тех, кто не имеет работы, и если используется маргинальная ставка налога, то вычеты особенно выгодны высокооплачиваемым работникам. Можно было бы выдвинуть предположение, что правительствам лучше ориентировать льготы на потребителей с низким доходом, но вряд ли это было бы разумным использованием государственных средств. Ресурсы, выделяемые на налоговые льготы, было бы рациональнее вкладывать в качественное и количественное улучшение служб, работающих в рамках системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения.

В настоящее время существует тенденция к отмене или сокращению налоговых льгот для приобретения полисов ДМС. Это, в частности, заметно в Австрии, Великобритании, Греции, Ирландии, Италии и Испании. Единственное государство, увеличившее налоговые льготы для тех, кто приобретает ДМС, — Португалия. Льготы, которые выгодны только определенным группам страховщиков, могут повлиять на структуру рынка, но такая политика вряд ли может долго удерживаться, так как она противоречит закону ЕС о конкуренции.

5.2.2. Доступность медицинского обслуживания и защита потребителя

Как уже отмечалось в подразделе 3.1, влияние ДМС на доступность медицинской помощи частично зависит от особенностей системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Доступность ДМС становится предметом озабоченности разработчиков политики в области здравоохранения постольку, поскольку оно обеспечивает первичную защиту потребителя от последствий нарушения здоровья. Как правило,

это относится к замещающему ДМС, но может быть применимо и к расширенному ДМС, возмещающему совместные платежи в обязательной системе страхования и стоимость важнейших видов медицинского обслуживания, полностью или частично исключенных из этой системы. Параллельное ДМС создает препятствия к доступности системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, если оно нарушает распределение государственных ресурсов.

Мотивы, побуждающие страховые компании подходить к отбору заявителей с учетом степени риска, можно до некоторой степени устранить путем гарантированного вовлечения в систему страхования (открытый доступ), автоматической пролонгации договоров и ограничения отказов страховать ранее существовавшие заболевания. Как указывалось в подразделе 2.3.1, политика открытого доступа, однако, редко встречается среди компаний добровольного страхования, и большинство страховых обществ исключают из страховки ранее существовавшие заболевания или, соответственно, повышают взносы. Чаще всего срок договоров составляет один год, а пожизненное страхование — скорее исключение, чем правило. Кроме того, большинство страховых фирм устанавливают для своих клиентов максимальную возрастную границу для покупки полисов ДМС (обычно между 60 и 75 годами), а некоторые просто прерывают договор по достижении клиентом пенсионного возраста. Взносы с увеличением возраста растут, поэтому даже те, кто покупает страховку в пожилом возрасте, не всегда могут ее оплатить.

Тенденцию к отбору клиентов с учетом риска также можно уменьшить, применяя механизмы корректировки риска, но и они редки в странах ЕС. В Ирландии система уравнивания риска еще не действует, а в Бельгии замещающее ДМС подчиняется такому механизму в рамках обществ взаимного страхования. Реализация таких механизмов довольно сложна (см. 3.2.4), и все же это выход для замещающего ДМС, особенно если государство благоприятствует расширению этого вида страхования. Уместно ли прибегать к корректировке риска, когда речь идет о расширенном или параллельном страховании, еще предстоит выяснять в ходе обсуждений.

Генетическое тестирование в ДМС не применяется, поскольку оно относится только к пожизненному страхованию, но этот вопрос в будущем может возникнуть. Многие страховые компании (чаще всего коммерческие, хотя и не только они) требуют от потенциальных страхователей представить подробный анамнез, а некоторые хотят получить и семейный анамнез, что является своего рода генетической информацией. Эта проблема должна решаться на уровне всего ЕС.

Правительства Бельгии, Германии и Нидерландов делают важные шаги, чтобы обеспечить возможность приобрести замещающее ДМС для людей с низким доходом, пожилых и лиц с ранее существовавшими заболеваниями (см. 2.1.1).

Правительство Ирландии принимает строгие меры для обеспечения доступности расширенного и параллельного страхования, обязав компании, предоставляющие добровольное страхование, предлагать клиентам неограниченное участие, пожизненное возмещение расходов, взносы, учитывающие общественный риск, максимальную отсрочку платежей и минимальный уровень пособий. Предполагается подчинить страховые общества системе корректировки риска с помощью (еще не вступившей в действие) системы уравнивания риска. В других государствах предпринимаются попытки защитить потребителя путем запрещения отказа от страхования при наличии хронических заболеваний (Австрия и Франция). Страховщики Швеции добровольно согласились воздерживаться от требования представить данные о семейном анамнезе страхователя (что является своего рода генетической информацией). В Австрии страховым компаниям запрещено требовать медицинского обследования клиента. В Германии (замещающее ДМС) и Великобритании страховщики должны предупреждать потребителей о вероятности роста взносов выше уровня инфляции.

В Великобритании в конце 2001 г. правительство объявило, что страхование в целом (включая ДМС) переходит под юрисдикцию финансовых органов [Her Majesty's Treasury, 2001a]. Принимая это решение, правительство исходило из того, что государственное регулирование страхования в целом «будет способствовать истинной конкуренции, поскольку оно поможет ликвидировать информационную асимметрию, в настоящий момент ущемляющую интересы потребителя» [Her Majesty's Treasury, 2001b]. В других странах можно было бы приложить больше усилий для решения этой проблемы.

Самые радикальные меры по улучшению доступа к ДМС для населения приняты во Франции. В июне 1999 г. правительство Франции издало закон о всеобщем медицинском страховании (СМУ), чтобы те, кто не охвачен никаким видом страхования (1,1 млн человек в конце 2000 г.), были включены в систему основного принудительного государственного медицинского страхования [Sandier, Paris, Polton, 2004]. СМУ также облегчает доступность дополнительного ДМС для людей с низким доходом (менее 550 евро в месяц), не охваченных никакой системой возмещения (4,9 млн человек в 2000 г.) [Sandier, Paris, Polton, 2004]. Помимо включения в систему принудительного страхования малоимущие имеют право приобрести расширяющее ДМС.

5.3. Тенденции и задачи регулирования страхования

5.3.1. Результаты Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни

С появлением Третьей директивы по видам страхования, не включающим страхование жизни, в 1994 г. Европейская комиссия, наконец, смогла достичь

поставленной цели — создать условия для единого рынка ДМС в Европейском союзе (см. 1.4). Там, где это необходимо, государства—члены ЕС усовершенствовали свои законы или приняли новые, чтобы национальный порядок страхования соответствовал директиве. В целом эти изменения повлекли за собой введение более строгого контроля за платежеспособностью страховых компаний, но одновременно ослабили или вовсе отменили контроль над страховой продукцией и ценами.

Директива по-разному повлияла на рынки ДМС. По-видимому, усилилась концентрация предприятий на рынке и увеличилась дифференциация на рынке, особенно в коммерческом секторе ДМС. Имеющиеся данные свидетельствуют, что такая тенденция имеет место в Австрии, Греции, Италии, Португалии (вследствие концентрации в банковском и страховом секторах) и в Испании. На порядок страхования в других государствах, в частности в Бельгии, Великобритании, Люксембурге, Финляндии и Швеции, директива не оказала непосредственного влияния [Hermesse, 2001; Schmitz, 2001; Engemann, 2001; Skoglund, 2001; Hockley, 2001].

Однако выполнение директивы в небольшой части государств проблематично, по крайней мере с точки зрения перспективы определенных заинтересованных лиц. Консультационная группа европейских актуариев заметила, что влияние Третьей директивы оказалось размытым, «потому что государства сохраняют национальные законодательства, которые не вполне соответствуют этой директиве. В качестве примеров приспособления для местных целей могут быть названы законодательства Германии и Нидерландов» [Groupe Consultatif Actuariel Européen, 2001]. Поначалу некоторые страны отказались выполнять директиву, но к 1997 г. единственной страной, стоящей на такой позиции, была Испания. Впоследствии Европейская комиссия обратилась по этому поводу в Европейский суд [Европейская комиссия, 1997]. Другие страны восприняли отдельные аспекты директивы, те, которые представляли наименьшую политическую трудность. В результате Европейская комиссия обратилась в Европейский суд по поводу нарушения директивы Францией и Германией.

В следующих разделах мы рассматриваем основные проблемы, возникшие при выполнении директивы в Бельгии, Германии, Нидерландах, Ирландии и Франции.

Бельгия

В Бельгии законы страхования, соответствующие директиве, не относятся к ассоциациям взаимного страхования, которые, как утверждают коммерческие страховые компании, создают значительные перекосы в конкуренции [Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances, 2001]. Эта проблема пока не решена в Бельгии.

Германия

Правительство Германии полностью использовало обе части статьи 54 директивы. Статья 54.1 разрешает государству—члену Европейского союза принимать меры в защиту общего блага, если договоры, охватывающие медицинские риски, служат частичной или полной альтернативой возмещению медицинских расходов в рамках государственной системы социального обеспечения, и разрешает передавать общие и конкретные условия таких полисов компетентным органам данного государства до их подписания [European Commission, 1992]. Статья 54.2 дает право государству—члену ЕС требовать, чтобы по своим материальным основам замещающее ДМС соответствовало системе страхования жизни [European Commission, 1992]. В результате правительство Германии все еще требует, чтобы условия полисов замещающего ДМС были представлены Федеральному бюро надзора за сектором страхования заранее и каждый раз, когда в них вносят изменения. Страховые компании, зарегистрированные в Германии, также должны представлять Бюро свои расчеты по взносам (см. 2.1.1).

Работодатели Германии могут участвовать в замещающем ДМС, только если его предлагают компании, специализирующиеся на страховании здоровья. По традиции только им разрешено продавать полисы ДМС, чтобы защитить держателей полисов от неплатежеспособности, которая может возникнуть, если организация занимается и другим бизнесом. Законодательство, отражающее Третью директиву по видам страхования, не включающим страхование жизни, формально отменило это правило (Декларативная часть 25), но правительство добавило новое положение в социальный закон, запрещающее работникам получать пособия при обеспечении взносов нанимателем, если страховщик сочетает страхование здоровья с другими типами страхования. Европейская комиссия расценила это как опосредованное нарушение директивы и направила в 1996 г. Германии свое «аргументированное мнение» [European Commission, 1996]. Не получив ответа, Европейская комиссия обратилась по поводу Германии в Европейский суд (Дело С—298/01).

Нидерланды

Голландское правительство, как и германское, воспользовалось статьей 54.1, но некоторые аспекты медицинского страхования в Нидерландах вызывают беспокойство в связи с их несоответствием Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни.

Комментаторы в Нидерландах поставили под вопрос законность (а значит, и долговременность) систем MOOZ и WTZ, в соответствии с которыми все, кто имеет замещающее ДМС, должны производить ежегодные платежи в рамках взаимовыручки в ZFW (обязательное медицинское страхование при острых

состояниях) и в WTZ (см. 2.1.1). В докладе, представленном Голландскому министерству здравоохранения голландской Комиссией здравоохранения и социальных служб (независимый правительственный консультативный орган), был поставлен вопрос о том, насколько эти системы легальны [Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2000]. Было высказано мнение, что принудительные платежи в рамках взаимовыручки противоречат Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, и выражалась озабоченность по поводу последствий закона ЕС о задачах политики здравоохранения в области доступности обслуживания и солидарности.

Однако некоторые утверждают, что обязанность предоставлять полисы WTZ ограничена теми страховщиками, которые находятся в Нидерландах, и поэтому не является препятствием к свободному предоставлению услуг. В некоторых случаях даже голландские страховщики выходят из этой системы (если получают соответствующее разрешение) [Palm, 2001]. Если бы взносы в MOOZ рассматривались как форма целевого налога на замещающее ДМС, они находились бы в компетенции фискальных органов, а не подчинялись бы законодательству о едином рынке и, таким образом, были бы вне закона о конкуренции ЕС [Palm, 2001].

В Нидерландах обязательное и добровольное медицинское страхование может обеспечиваться одной и той же компанией. В некоторых полисах расширенного и параллельного ДМС оговаривается, что страховщик автоматически прерывает договор, если клиент переходит к другой фирме, чтобы получить полис обязательного страхования. Такая практика называется условной продажей и может считаться незаконной, поскольку она ставит преграды на пути конкуренции [Maarse, 2001].

Франция

Реализовать Третью директиву по видам страхования, не включающим страхование жизни, во Франции особенно проблематично. Общества взаимного страхования (общества взаимопомощи) в этой стране подчиняются специальному Кодексу по взаимному страхованию. Директива оказалась несовместимой с местной концепцией взаимного страхования, и к 1999 г. правительство не смогло реализовать директиву применительно к указанному закону. В декабре того же года Европейский суд вынес постановление, запрещающее неполную транспозицию директивы [European Commission, 2000b].

В основном несовпадения касаются договорных отношений между страховщиком и страхователем, принципа специализации, свободы повторного страхования и свободного перемещения портфолио [Palm, 2001]. Договорные отношения отличаются от принципа членства в демократическом обществе, которого придерживаются организации взаимного страхования. Кроме того, налагаемые директивой обязательства на страховщиков специализировать-

ся в страховой деятельности запрещают французским обществам взаимного страхования объединять со страхованием их социальные и медицинские задачи. Далее, многие общества взаимного страхования во Франции ведут дела в малом масштабе и не могут удовлетворить требования директивы в отношении платежеспособности без повторного страхования, но, согласно директиве, нельзя ограничивать повторное страхование только обществами взаимного страхования, если не будет доказано, что это делается в общих интересах. Наконец, директива допускает ограничение перемещения портфолио только на основании границ платежеспособности и в том случае, если это также производится в общих интересах.

После постановления Европейского суда 1999 г. правительство согласилось привести национальный закон в соответствие с директивой. Законодательство предстояло реализовать в 2003 г. [European Commission, 2000b]. До этого был пересмотрен Кодекс взаимного страхования с тем, чтобы ужесточить требования к платежеспособности обществ взаимного страхования и расширить полномочия контрольного органа. Ранее общества взаимного страхования могли менее строго соблюдать правила финансового, административно-хозяйственного характера и более свободно вести отчетность, чем коммерческие страховые компании или общества взаимных платежей [Sandier, Ulmann, 2001].

Франция также противоречит директиве, продолжая настаивать на систематическом оповещении об условиях полисов и обязывая страховщиков заполнять информационные листы всякий раз, когда они выпускают новую страховую продукцию. Европейский суд вынес постановление, осуждающее эту практику в мае 2000 г., и в будущем нарушение директивы, по всей вероятности, приведет к наложению штрафов [European Commission, 2000b].

Наконец, Франция может противоречить закону о конкуренции ЕС, поскольку в этой стране существует разница в налогообложении между обществами взаимного страхования и провидентными компаниями, с одной стороны, и коммерческими страховщиками — с другой (см. 4.3). В 1993 г. Французская федерация страховых компаний (FFSA) сформулировала две жалобы на французские власти за их дискриминационную налоговую политику. Их жалобы в ноябре 2001 г. поддержала Европейская комиссия.

Ирландия

До окончательного формирования в Ирландии регулятивных рамок в области ДМС в 1996 г. Европейская комиссия в принципе согласилась с тем, что ирландское правительство имеет право воспользоваться статьей 54.1 директивы, разрешающей законодательству охранять общее благо. Однако BUPA Ireland получила юридическую консультацию, разъяснившую, что она может успешно оспаривать решения правительства на том основании, что система уравнивания риска (еще не действующая) противоречит Третьей директиве по

видам страхования, не включающим страхование жизни, хотя эта организация должна выступить с официальным возражением (см. 3.2.4) [Murray, 2001a].

Проблема легальности, по-видимому, не беспокоит правительство, которое заявляет, что Третья директива по страхованию допускает системы уравнивания риска и компенсации потерь в интересах общего блага. Департамент детства и здравоохранения отмечает, что «нынешние изменения, касающиеся системы уравнивания риска по Закону 2001 г. [о совершенствовании медицинского страхования], имеет конкретное отношение к необходимости пропорциональности в законной охране общего блага» [Department of Health and Children, 2001b]. Департамент придерживается той точки зрения, что директива:

...должна признавать основы конкретных юридических положений, направленных на охрану общего блага, там, где речь идет о медицинском страховании. Важно, чтобы государства—члены ЕС могли принимать такие меры в связи с организацией их систем здравоохранения, одновременно принимая во внимание фундаментальные принципы закона ЕС. Считается, что любое будущее изменение в системе регулирования ЕС должно строиться с учетом этих основ [Department of Health and Children, 2001b].

5.3.2. Равные условия для страховщиков

Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни, не проводит различия между разными типами страховых компаний и указывает незаконность предпочтительного отношения к тому или другому типу. Однако исторически национальные законы многих государств содержат разные положения в отношении коммерческих и некоммерческих общества, включая организации в секторе ДМС.

Коммерческие страховые фирмы в некоторых государствах, таких как Бельгия и Франция, возмущаются ситуацией, которую они рассматривают как национальную дискриминацию, как неспособность реализовать Третью директиву по видам страхования, не включающим страхование жизни, в отношении обществ взаимного страхования и как благоприятную налоговую политику в отношении обществ взаимного страхования и провидентных компаний (см. разделы по Бельгии и Франции выше). Национальные законы о налогообложении также сформулированы в пользу обществ взаимного страхования в Люксембурге (см. 2.4.2), но наличие «джентльменского соглашения» между обществами взаимного страхования и коммерческими страховщиками предупредило подачу последними жалобы в Европейскую комиссию [Schmitz, 2001]. Это неформальное соглашение базируется на понимании того, что общество взаимного страхования не будет посягать на доминирующую роль коммерческих страховщиков на рынке пенсионных пособий и других типов страхования.

АИМ²⁶ защищает такие законы, исходя из установок обществ взаимного страхования на солидарность и их стремления к «совместному улучшению социальных условий» [АИМ, 2001]. АИМ заявляет, что общества взаимного страхования придерживаются, как правило, неограниченного доступа к страхованию, пожизненного участия в нем и исключают подход с позиции степени риска. Это объединение утверждает, что такие установки оправдывают особый статус обществ взаимного страхования в национальных законах; за этими обществами должна признаваться более комплексная роль, включая их участие в мероприятиях по профилактике, санитарному просвещению, солидарности и уменьшению социального неравенства в здравоохранении [АИМ, 2001; PALM, 2001]. Поскольку коммерческие страховые компании не ставят себе целью обеспечить доступ к страхованию обездоленным группам населения и, как правило, исключают из страховок пособие по психическим и хроническим заболеваниям, они не в состоянии охватить страхование медицинской помощи для всех [PALM, 2001].

При создании единого рынка для ДМС открытая и нерегулируемая конфронтация этих разных подходов к защите населения от негативных последствий нарушения здоровья может быть пагубна для ДМС, предлагаемого обществами взаимного страхования, так как клиенты с низким риском могут перейти к страховщикам, которые рассчитывают взносы в соответствии с индивидуальным риском. Это приводит к увеличению взносов для тех, кто остается застрахованным обществами взаимного страхования. Конечным результатом может быть вынужденный сдвиг в сторону самого низкого общего знаменателя в рыночной практике с потенциально серьезными последствиями для уязвимых групп населения, в частности для малоимущих или имеющих слабое здоровье (особенно если речь идет о замещающем и расширенном ДМС).

Неясно, предполагала ли Европейская комиссия сдвиг в сторону самого низкого общего знаменателя, когда она учредила систему единого рынка ДМС в Европейском союзе. Однако принцип контроля со стороны исходного государства специально направлен на предупреждение возникновения препятствий к появлению на рынке страховщиков из других стран, что может создать конкуренцию с национальными режимами регулирования страхования, поскольку страховщики в строгорегулируемом государстве, в таком как Германия, оказываются в неблагоприятном положении по сравнению со страховщиками в странах, где регулирование носит более либеральный характер [Rees, Gravelle, Wambach, 1999]. АИМ утверждает, что в Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, демонстрируется нежелательное предположение, «что фундаментальный механизм рыночной экономики является идеальным инструментом для (обеспечения) самого ка-

²⁶ Международное общество независимых компаний медицинского страхования и органов социальной защиты, действующее в соответствии с принципами солидарности и ненаправленности на получение прибыли.

чественного обслуживания по лучшей цене» [АИМ, 2001]. АИМ предпочла бы альтернативу, по которой все компании добровольного медицинского страхования соблюдали бы «согласованные правила в общих интересах».

Разработчики политики в области здравоохранения могли бы спорить на тему о том, должна ли проблема одинакового отношения к коммерческим страховым обществам и обществам взаимного страхования или провидентным компаниям в секторе ДМС обсуждаться на уровне ЕС. Как отмечалось в подразделе 2.2.1, разница между коммерческими и некоммерческими организациями важна постольку, поскольку наличие прибыли у страховой компании определяет ее мотивы и влияет на ведение дел. Мы также отмечали, что поскольку общества взаимного страхования или провидентные компании в разных государствах (даже среди организаций АИМ) по-разному придерживаются принципов солидарности, невозможно строить предположение о поведении страховых компаний только на основе их легального и некоммерческого статуса. Однако не исключено, что страховщики, предлагающие большую доступность ДМС (в частности замещающего и расширенного) путем открытого доступа к страхованию, пожизненного охвата и расчета взносов для данной группы населения, должны по закону отличаться от страховых фирм, которые действуют, подбирая клиентов с учетом общественного риска и исключая людей с предшествовавшими, ранее существовавшими заболеваниями. Политика в связи с этой проблемой не должна базироваться только на технических соображениях, но должна принимать во внимание принципы и ценности систем здравоохранения в ЕС.

5.3.3. Прояснение концепции общего блага

Общее мнение склоняется к тому, что отсутствие в Третьей директиве по видам страхования, не включающим страхование жизни, четкого определения общего блага создает юридическую неопределенность и что необходима большая ясность в этой области (см. в подразделе 1.4. более подробное обсуждение). Ясно, что директива допускает применение концепции общего блага к замещающему ДМС (с должным учетом принципа пропорциональности), однако менее понятно, можно ли (и как) использовать это понятие применительно к расширенному и параллельному ДМС.

BUPA Limited отметили, что реализацию понятия общего блага следует упростить, утверждая, что

...процесс апробирования (обеспечения «общего блага») либо через службы Комиссии, либо через Европейский суд имеет запретительный характер — как правило, Комиссия отклоняет это обращение, а временные рамки Европейского суда таковы, что обращение становится нежелательным. Любое обсуждение сомнительных правил представляется средствами массовой информации как вызов спра-

ведливости и, следовательно, конфиденциальности. Это может послужить серьезным препятствием к конкуренции страховщиков разных стран [BUPA Limited, 2001].

BUPA Limited предлагает, чтобы

...национальные меры, принимаемые «в общих интересах», должны анализироваться, если необходимо, в каждом отдельном случае, как это предпочитает Европейский суд: медицинское страхование в странах ЕС слишком многообразно, чтобы могли работать самые общие принципы. Нас беспокоит то, что в практических делах, влияющих на развитие рынка в интересах граждан, отсрочки в получении решения Европейского суда сами по себе являются препятствием для расширения общего рынка. В интересах «юридической определенности» было бы желательно получить от Комиссии более подробные критерии применения «общего блага» к негосударственному медицинскому страхованию (BUPA Limited, 2001).

СЕА указывает, что, поскольку принципы общего блага недостаточно ясны, его определение должно быть предоставлено не Европейской комиссии, а государствам—членам ЕС [Pierotti, 2001]. СЕА рекомендует Европейской комиссии создать центральный регистр информации о мерах, которые государства принимают, чтобы защитить общее благо в секторе медицинского страхования.

Раздел 6

Заключительные замечания

В данном исследовании мы рассмотрели следующие моменты: виды ДМС, имеющиеся в странах Европейского союза; спрос на ДМС и охват населения; система регулирования ДМС; работу рынков ДМС; роль рынка ДМС в обеспечении медицинской помощи; роль рынка ДМС в свободном перемещении людей и услуг; последние тенденции и задачи компаний, предоставляющих медицинское страхование, и разработчиков политики в области медицинского страхования и на национальном, и на международном уровнях.

Замечания, которые мы приводим в этой главе, должны рассматриваться в контексте государственных задач в отношении систем здравоохранения (справедливость, рентабельность, готовность отвечать на возникающие у населения потребности и выбор видов страхования). Следует также подчеркнуть, что функционирование и влияние рынков ДМС в настоящее время являются объектами исследований.

Необходимо еще глубже изучать рынки ДМС в странах Европейского союза. Третья директива видов страхования, не включающая страхование жизни, заложила основу для создания единого рынка ДМС; при этом можно было надеяться, что интенсивная конкуренция между обществами добровольного страхования приведет к большей рентабельности страховых служб, более широкому выбору и более низким ценам для потребителей. В отсутствие тщательного мониторинга рынков ДМС невозможно определить, оправдались ли эти ожидания. Чтобы убедить разработчиков политики в области здравоохранения в том, что современные регулятивные рамки направлены на благо потребителей (а не только на благо страховщиков), они должны располагать большей информацией о том, как функционирует рынок и в чьих интересах.

В настоящее время данных не хватает. Более систематический сбор информации помог бы тем, кто определяет политику, следить за тем, усиливается ли конкуренция под влиянием современной системы регулирования и доходят ли до потребителя плоды конкуренции на рынке ДМС.

Более совершенная координация и сотрудничество контрольных органов способствовали бы сбору данных и устранению препятствий к свободному перемещению людей и услуг в разных странах. На уровне ЕС централизованный источник информации мог бы ускорить прояснение существующих

правил и уменьшить путаницу, обусловленную неодинаковым применением этих правил в государствах—членах ЕС.

Ощущается также необходимость в большей прозрачности рынков ДМС. Разработчикам политики в области здравоохранения следует поощрять компании добровольного страхования работать более открыто. В некоторых странах рынки ДМС характеризуются распространением разнообразной и комплексной страховой продукции. Многообразие продукции обеспечивает покупателям возможность выбрать то, что им подходит, но одновременно позволяет страховым обществам делить клиентов на страхователей с «плохим» и страхователей «хорошим» риском. В любом случае наличие разнообразной страховой продукции может снизить ценовую конкуренцию, если оно не сопровождается таким уровнем информации, который позволил бы потребителю сравнить то, что ему предлагается, в плане стоимости. Как отмечает ОЭСР, контрольный орган в Великобритании (Управление благоприятной торговли) и страховые общества, присутствие на рынке множества разной продукции ДМС может запутать клиентов и они могут купить не те полисы, которые им были бы нужны. Неясно, дают ли современные регулятивные рамки страховым компаниям стимулы достаточно полно информировать потребителей. Важно продумать вопрос о том, принесет ли пользу клиентам использование страховщиками стандартизованных условий страхования, информирование потенциальных и уже имеющих страхователей о всех открытых для них вариантах и создание доступных централизованных источников информации, позволяющей сопоставить цены, качество и условия полисов ДМС.

Еще одна проблема, требующая обсуждения на ответственном уровне,— возможность устранить факторы, побуждающие страховые общества отбирать клиентов с низким риском. Что бы ни утверждали сами страховщики, конкуренция создает стимул к тому, чтобы они прибегали к такому подходу. Отсутствие достаточной информации и прозрачности действий на рынке страхования будет подстегивать подозрения в этом направлении. Отбор клиентов по степени риска может вызвать беспокойство в отношении равноценности обслуживания, особенно там, где речь идет о замещающем ДМС, и повлечет за собой серьезные последствия для рентабельности на всех рынках ДМС. Уменьшить стремление компаний, предлагающих заместительное ДМС, отбирать клиентов по степени риска можно было бы путем введения механизмов корректировки риска, но страхующие общества вряд ли согласятся с такой мерой.

Следует также продумать, какие политические механизмы могут побудить страховщиков действовать в большем соответствии с социальными задачами государства. В настоящее время страховым организациям разрешено устанавливать возрастные границы для покупки ДМС, требовать от страхователей подробной медицинской информации, включая информацию о семейном анамнезе (своего рода генетическую информацию), исключать из страховки

ранее перенесенные заболевания, навязывать страхователю период ожидания страховых выплат и прерывать договоры по своему усмотрению. Это может вылиться в дискриминацию пожилых людей, пациентов с ранее существовавшими заболеваниями и клиентов с отягченным семейным анамнезом. Степень дискриминации и масштаб препятствий, которые она создает для страхователей, зависят от того, в какой степени ДМС служит заменой обязательному страхованию, охватывает ли оно важнейшие виды медицинского обслуживания, полностью или частично исключенные из государственного страхования, и обеспечивает ли более быстрое начало лечения. Оно может также служить помехой при передвижении граждан внутри Европейского союза.

Проблемой, касающейся ДМС, в будущем может стать генетическое тестирование в целях страхования. На уровне всего ЕС следует начать обсуждение правильности его применения.

В странах Европейского союза полисы ДМС продают не только коммерческие организации, но и ассоциации взаимного страхования и провидентные компании. Необходимо глубже изучить вопрос о том, подчиняются ли некоторые виды ДМС, основанные на принципах солидарности, правилам единого рынка ЕС и законам конкуренции. Политический ответ на этот вопрос не должен зависеть только от соображений технического характера — важно принимать во внимание принципы и ценности систем здравоохранения в разных странах ЕС.

Разработчики политики в области здравоохранения должны учесть, как наличие ДМС сказывается на системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, в аспекте равноценности обслуживания (и рентабельности), особенно при расширении рынков ДМС. Наличие ДМС, если оно влияет на распределение государственных ресурсов в сфере гарантированной медицинской помощи, может усугублять неравный доступ к медицинскому обслуживанию отдельных граждан и групп населения. Чаще всего это случается, когда размыты границы между государственным и частным секторами, особенно если пропускные возможности медицинских учреждений ограничены, сотрудники получают заработную плату от представителей обоих секторов, а ДМС создает предпосылки для медиков по-разному лечить частных и государственных пациентов. В этой области нужны дополнительные исследования.

Большинство государств—членов ЕС не вводят налоговые льготы для приобретающих полисы ДМС. Ничто не подтверждает предположения, что увеличение спроса на ДМС снижает спрос на обязательное медицинское страхование. Облегчение налогового бремени выгодно работающему населению и происходит за счет тех, у кого нет работы, а будучи применено по минимальной налоговой ставке, увеличивает реальный доход высокооплачиваемых работников. Снижение налогов способно уменьшить рентабельность предприятий, нарушая представление о ценах, порождая дополнительные операционные

издержки и создавая лазейки для неуплаты налогов. Если снижение налогообложения в целях повышения спроса на ДМС — действительно дорогостоящая и регрессивная мера, не выполняющая названной задачи, как свидетельствуют заявления некоторых стран, возможно, средства, предназначенные на снижение налогов, стоит направить на количественное и качественное улучшение системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения.

ДМС, по-видимому, не создает значительных препятствий к свободному передвижению страхователей в странах ЕС постольку, поскольку им доступна система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения, и нет необходимости приобретать полис ДМС при переезде в другую страну. Однако в отношении обслуживания некоторые трудности существуют. Шаг на пути к их устранению заключается в прояснении концепции общего блага и в ее применении ко всем видам ДМС. Это было бы также на пользу государствам, стремящимся оградить общие интересы своих граждан.

Облегчить доступ к медицинскому обслуживанию — значит помочь людям направить соответствующие ресурсы на охрану и улучшение своего здоровья. Доступность медицинских служб включает по крайней мере четыре аспекта: наличие самих служб, их использование, их эффективность и соответствие требованиям потребителя и справедливость в доступе для всех. Никакое обсуждение влияния наличия и функционирования рынка ДМС не будет полным без широкого учета доступности медицинской помощи в рамках обязательного страхования. Разработчикам политики в области здравоохранения необходимо рассматривать наиболее крупные определяющие факторы отсутствия справедливости в доступе к медицинской помощи и его зависимость от финансирования и предоставления населению медицинской помощи в рамках системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Такие механизмы, как принудительный сбор платы с потребителя, также создают финансовые барьеры на пути к здравоохранению и, следовательно, заслуживают подробного изучения.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Исходная информация и методы

В октябре 2000 г. Европейский парламент одобрил доклад о параллельном медицинском страховании, написанный Парламентской комиссией по трудоустройству и социальным делам [European Parliament, 2000]. В докладе освещался вопрос о трудности поддержания доступности для всех качественной медицинской помощи в свете старения населения и растущей стоимости медицинского обслуживания и подчеркивалось важное значение добровольного медицинского страхования (ДМС) в странах Европейского союза. Были также подняты вопросы о том, в какой степени различия в системах ДМС могут помешать свободному перемещению людей и услуг в пределах ЕС. Наконец, в докладе подчеркивалась необходимость дальнейшего изучения дополнительного (в отличие от обязательного) медицинского страхования.

По запросу Европейского парламента Генеральный директорат Европейской комиссии по трудоустройству и социальным делам заказал в 2001 г. данное исследование, цель которого состояла в том, чтобы:

- ответить на некоторые вопросы, поднятые в докладе Европейского парламента;
- заложить основы для дальнейших исследований или других инициатив Комиссии в этой области;
- стимулировать обсуждение поднятых вопросов среди заинтересованных сторон.

Круг вопросов

Круг вопросов данного исследования потребовал от нас:

- охарактеризовать системы дополнительного медицинского страхования в Европейском союзе с учетом их взаимоотношений с системами обязательного и установленного по закону страхования, их масштабов и особенностей охваченных ими групп населения и предоставляемых ими пособий;
- осветить тенденции, характеризующие системы дополнительного страхования, стоящие перед ними задачи и возможные угрозы;
- проанализировать роль систем дополнительного медицинского страхования в обеспечении доступности медицинской помощи для всех

(по возможности с использованием национальных и международных показателей);

- рассмотреть вопрос о трудностях и препятствиях на пути свободного перемещения людей и услуг внутри Европейского союза, которые могут быть обусловлены разнообразием и особенностями дополнительных систем медицинского страхования в Европейском союзе, с учетом принципа солидарности и в соответствии со статьями 18, 39, 42, 43, 136, 137 и 152 Договора ЕС.

Определения

В докладе Европейского парламента упоминаются добровольные и вспомогательные системы медицинского страхования, но в данном исследовании мы предпочитаем использовать понятие «добровольные», так как оно охватывает все виды медицинского страхования в ЕС, не вменяемые гражданам по закону. Мы определяем добровольное медицинское страхование как медицинское страхование, предпринимаемое и оплачиваемое по усмотрению отдельных лиц или работодателей от лица отдельных сотрудников. ДМС может предлагаться государственными и квазипубличными органами, а также коммерческими и некоммерческими организациями.

Как это следует из многочисленных употребляемых определений, ДМС можно классифицировать по видам. Традиционно, в литературе по данному вопросу различают ДМС, *дублирующее* обязательное страхование, и страхование, обеспечивающее *основное* средство защиты определенных слоев населения [Couffinal, 1999]. В контексте условий Европейского союза мы сочли более уместным классифицировать ДМС по другим признакам:

- *замещающее* покрытие, которое в другом случае можно было бы получить от государства;
- осуществляющее дополнительное покрытие для компенсации тех видов медицинского обслуживания, которые были исключены полностью или частично из государственного возмещения, т.е. *расширяющее* выбор услуг (включая компенсацию совместных платежей, которые осуществляются в рамках обязательного страхования);
- обеспечивающее *параллельное* возмещение расходов для более быстрого медицинского обслуживания и расширения выбора потребителя.

Источники информации

Информация и анализ, представленные в нашем исследовании, основаны на:

- всестороннем изучении данных литературы по этому вопросу на нескольких языках;

- участия независимых национальных экспертов государств—членов ЕС, заполнивших подробные стандартные вопросники: Австрии, Бельгии, Великобритании, Германии, Греции, Дании, Испании, Италии, Нидерландов, Португалии, Финляндии, Франции и Швеции;
- результатах посещения двух государств—членов ЕС (Ирландии и Люксембурга);
- сборе статистических данных;
- опросе представителей страховой индустрии отдельных стран и на уровне всего ЕС;
- опросе национальных и международных потребительских ассоциаций;
- опросе контрольных органов в Великобритании, Германии, Ирландии, Нидерландах и Франции;
- интервью с официальными лицами, представляющими Европейскую комиссию в Люксембурге и Брюсселе;
- интервью с представителями Международной ассоциации взаимного страхования (АИМ) и Комитетом европейских страховщиков (СЕА) в Брюсселе.

Обзор литературы

Помимо литературы, указанной национальными специалистами, мы находили литературные источники в Интернете, на сайтах соответствующих организаций, в правительственных отчетах, сообщениях маркетинговых исследований и в следующих базах данных:

- ***International Bibliography of the Social Sciences*** (IBSS, Международная библиография социальных наук): всеобъемлющие ссылки на статьи в журналах, книжные обзоры, монографии и отдельные главы в книгах по общественным наукам;
- ***PubMed***: служба Национальной библиотеки медицины, обеспечивающая доступ к цитатам из MEDLINE и гуманитарных журналов;
- ***EconLit***: всеобъемлющая индексируемая библиография с избранными выдержками из всемирной экономической литературы, изданная Американской экономической ассоциацией;
- ***Decomate II***: европейская цифровая электронная библиотека по экономике;
- ***Social Science Information Gateway*** (SOSIG). Источники из Интернета по социальным наукам, отобранные и описанные специалистами по этому предмету;
- ***Electronic Access to Subject Information*** (EASI): служба, предоставляемая Британской библиотекой политических и экономических наук.

Национальные сообщения

Мы обратились к экспертам из независимых организаций в Австрии, Бельгии, Великобритании, Германии, Греции, Дании, Испании, Италии, Нидерландов, Португалии, Финляндии и Франции с просьбой заполнить стандартный вопросник по ДМС (см. Приложение С). Вопросы были стандартизованы таким образом, чтобы облегчить сравнение систем в государствах—членах ЕС, но составлены с известной степенью гибкости, чтобы отражать специфические особенности для каждой страны.

Посещения стран с исследовательскими целями

Мы совершили деловые поездки в Ирландию и Люксембург, где следующие лица любезно согласились ответить на наши вопросы:

- Шон Мюррей, директор по маркетингу, BUPA (Ирландия);
- Джон Армстронг, ответственный сотрудник, Vhi Healthcare (Ирландия);
- Тара Беркли, генеральный менеджер, корпоративные контакты, Vhi Healthcare (Ирландия);
- Патрик О'Барет, отдел медицинского страхования, Департамент детства и здравоохранения (Ирландия);
- Кольм Кинан, ведущий сотрудник, отдел медицинского страхования, Департамент детства и здравоохранения (Ирландия);
- Михаэль Шмитс, президент, Верховный совет взаимопомощи (Люксембург);
- Олаф Энгерман, директор, Le Foyer Sante (Люксембург).

Сбор статистических данных

Статистические данные были получены из следующих источников:

- OECD's *Health data 2001* (База данных ОЭСР по здравоохранению);
- Комитет европейских страховщиков (СЕА);
- Международная ассоциация взаимного страхования (АИМ);
- Евростат;
- правительственные доклады;
- отчеты о маркетинговых исследованиях;
- национальные статистические данные.

Опросы

Мы направили краткие стандартизованные вопросники следующим организациям:

- Комитету европейских страховщиков и в его организации в странах ЕС;
- Международная ассоциация взаимного страхования и его организациям в странах ЕС;
- Европейскому дому по социальной защите (Maison Européenne de la Protection Sociale, MEPS) и Европейскому партнерству по социальному страхованию (European Social Insurance Partners, ESIP);
- Международным потребителям, Европейскому бюро союзов потребителей (Consumers International, Bureau Européen des Unions de Consommateurs (BEUC) и обществ потребителей в каждом из государств—членов ЕС;
- Органы управления в Великобритании, Германии Ирландии, Нидерландах и Франции.

Ниже перечислены организации, ответившие на наши вопросники.

Встречи и интервью

Мы встретились с официальными лицами из Генерального директората трудоустройства и социальных дел (DG EMPL) и из Генерального директората здравоохранения и охраны потребителей (DG SANCO) Европейской комиссии. Авторы также направили письменные вопросники в Генеральный директорат международного рынка (DG MARKT). Мы интервьюировали представителей Комитета европейских страховщиков, Международного общества взаимного страхования и Европейского социального партнерства. Целью этих встреч и интервью было получение более подробной информации и прояснение деталей.

Список организаций, представивших свои сообщения к данному исследованию

Международные организации

- Европейская ассоциация паритетных институтов (Association Européenne des Institutions Paritaires, AEIP);
- Международная ассоциация взаимного страхования (Association Internationale de la Mutualité, AEIP);
- Комитет европейских страховщиков (Comité Européen des Assurances, CEA);
- Европейский дом социальной защиты (Maison Européenne de la Protection Sociale, MEPS), Европейское партнерство в области социального страхования (European Social Insurance Partners, ESIP).

Органы управления

- Федеральный контролирующий орган по страхованию (Bundesaufsichtsamtsamt fur das Vericherungswesen, BAV), Германия;
- Отдел финансового контроля за страхованием Департамента детства и здравоохранения (Insurance Financial Supervision Section of the Department of Health and Children), Ирландия;
- Управление благоприятной торговли (OFT), Великобритания.

Актуарные органы

- Европейская актуаральная консультативная группа;
- Общество актуариев в Ирландии.

Потребительские общества

- Португальская ассоциация потребителей (DECO);
- Ассоциация потребителей Ирландии;
- Ассоциация потребителей (CA), Великобритания.

Организации—члены Международной ассоциации взаимного страхования (AIM)

- BUPA Ltd;
- Danmark Sygeforsikring (DS);
- Национальная федерация обществ взаимного страхования Франции (Federation Nationale de la Mutualite Francaise, FNMF);
- Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Zeiktekostenregelingen voor Ambtenaren (KPZ);
- Национальный союз социалистических обществ взаимопомощи (Union Nationale des Mutualites Socialistes, UNMS);
- Vhi Healthcare;
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Организации—члены Комитета европейских страховщиков (CEA)

- Ассоциация страховых компаний Великого Герцогства Люксембург (Association des Compagnies d'Assurances du Grand-Duche de Luxembourg, ACA);
- Европейский комитет британских страховщиков Ассоциации британских страховщиков (The British Insurers' European Committee (BIEC) of the Association of British Insurers (ABI));
- BUPA Ltd (представленная через BIEC);
- Forsikring og pension;
- PKV (от имени Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft Sveriges Forsakringsforbund);
- Union Espanola de Engidades Aseguradoras;

- Y Reaseguradoras (UNESPA);
- Профсоюз страховых компаний (Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances, UPEA);
- Verband der Versicherungsunternehmen Osterreichs (VVO);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Ограничения в рамках данного исследования

Целью данного исследования было представить обзор существующих в Европейском союзе систем добровольного медицинского страхования, охватывая четыре названные направления. Опыт ДМС в Европе недостаточно широко документирован, большая часть литературы по этому вопросу относится к США. В настоящее время единственная попытка произвести такой обзор была предпринята BASIS в 1995 г. [Schneider, 1995]. Информация и анализ, приведенные в данном исследовании, представляют собой наш вклад в такую литературу. Тем не менее следует привлечь внимание читателя к ограничениям по приведенной информации.

Во-первых, необходимо подчеркнуть, что разнообразие систем ДМС в Европейском союзе во многом определяется социально-политическими и культурными факторами, повлиявшими на развитие систем здравоохранения. Между тем анализ этих факторов выходит за рамки нашего исследования.

Важно также указать, что рынки ДМС в странах ЕС отличаются друг от друга и предлагают широкий ассортимент страховой продукции, и то, что происходит в одной стране, может очень сильно отличаться от того, что имеет место в других. Это особенно верно в отношении расширенного ДМС, которое предоставляет возмещение стоимости услуг, исключенных из компенсации в рамках государственного страхования. Такие виды медицинского обслуживания в разных странах неодинаковы, хотя некоторые из них встречаются почти везде (например, стоматологическая помощь). Таким образом, обобщить опыт тех или иных стран невозможно.

По возможности мы стремились предоставить информацию конкретно по каждой стране, но столкнулись с нехваткой и неодинаковым объемом данных. Качество и количество сведений по странам варьируются, что создает трудности при их сравнении. Наличие информации, как правило, отражает масштаб рынка ДМС в той ли иной стране, поэтому там, где он невелик, труднее получить полные сведения, но даже в тех странах, где рынок ДМС значителен, почти нет надежных и всесторонних данных об элементарных аспектах, например о числе застрахованных людей. Это обстоятельство не позволяет подробно проанализировать рынки ДМС в Европейском союзе.

Необходимо более систематично собирать данные о ДМС в странах Европейского союза, но возникает вопрос, кто сможет и захочет этим заниматься. Большинство правительств высказывает мало интереса к сбору ин-

Добровольное медицинское страхование в странах ЕС

формации о ДМС, возможно, потому, что оно не является важным источником финансирования здравоохранения ни в одной из стран, и власти не требуют от страховых компаний публикации какой-либо информации, кроме данных, относящихся к платежеспособности. В нашем исследовании мы приводим сведения, полученные не из источников официальной статистики, а от самих страховых фирм, страховых обществ, из сообщений о маркетинговых исследованиях, собранных в ходе опросов, и из научных докладов. Eurostat, статистическое бюро Европейской комиссии, не занимается сбором необходимых данных.

Приложение Б. Добровольное медицинское страхование в Испании и Португалии

Испанию и Португалию иногда называют в числе государств, в которых можно приобрести замещающее ДМС. С 1993 г. отдельным лицам и группам работающих граждан в Португалии разрешено отказаться от системы обязательного медицинского страхования, но так как в этой стране медицинская помощь организована в форме Национальной службы здравоохранения и финансируется в большой мере за счет налогов, то те, кто выходит из этой системы, освобождаются не столько от взносов в нее, сколько от возможности пользоваться системой здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения. Службы, которыми они пользуются, продолжают финансироваться государством через их фиксированные ежегодные взносы в пользу третьей стороны, но обеспечиваются частным (иногда государственным) сектором. В Испании государственные служащие пользуются принудительным медицинским страхованием, которое находится в ведении государственных органов и финансируется за счет взносов в систему социального обеспечения, но они имеют право обращаться во все государственные службы здравоохранения через Общенациональную систему здравоохранения или в частный сектор через компанию добровольного медицинского страхования. Выбор, который предоставляется отказывающимся от системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, в Португалии, и государственным служащим в Испании, по существу является выбором учреждения, предоставляющего медицинскую помощь. Поскольку этот контингент не исключается из системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, и не освобождается от взносов в нее, он не подходит к нашему определению владельцев полисов замещающего ДМС.

Выбор системы страхования в Португалии

В Португалии система медицинской помощи организована в форме Национальной службы здравоохранения (NHS), предусматривающей всеобщее медицинское обслуживание. Теоретически оно финансируется путем общего налогообложения и для клиента является бесплатным, но для португальской системы характерны смешение государственного и частного финансирования и снабжения, высокий уровень частных платежей (в 1998 г. он составлял 33,1% всех вложений в здравоохранение и является самым высоким среди всех стран ЕС после Греции) [OECD, 2000] и двойной или тройной охват (в государственном и частном секторе) значительной части населения. Последняя особенность объясняется наличием «подсистем» по месту жительства и рынком ДМС. Большая доля частных расходов приходится на совместные пла-

тежи за фармацевтические средства и непосредственную оплату наличными частным медицинским учреждениям.

Подсистемы медицинского обслуживания по месту работы, которые существовали до введения Национальной службы здравоохранения (NHS), будучи образованы в 1979 г., – это системы медицинского страхования, организованные государственными корпорациями в финансовом, военном и телекоммуникационном секторах (хотя многие из этих корпораций в 1990-х гг. были приватизированы). Первоначально предполагалось, что после 1979 г. они войдут в NHS, однако этого не произошло, и клиенты подсистем продолжают пользоваться возможностью выбора среди медицинских учреждений, в то время как клиенты NHS пользуются либо услугами семейного доктора и обслуживаются только в учреждениях, приписанных к NHS или заключивших с ней договор. Подсистемы в настоящее время охватывают около 20–25% населения [Baptista, 1999; Barros, 1997; OECD, 1998b]. Вопрос об оплате служб NHS, когда подсистемам приходится ими пользоваться, в Португалии остается спорным [Pinti, Oliveira, 2001]. Хотя такая оплата узаконена, нередки случаи отказа со стороны подсистем на том основании, что последние дополняют деятельность NHS, а клиенты подсистем платят налоги государству.

Начиная с 1993 г. отдельным лицам и группам служащих дано право выйти из системы NHS. Это решение правительства внесло немалые изменения в системе здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, но до сих пор только три подсистемы сделали такой выбор (Portugal Telecom в 1997 г., Portuguese Post Office в 1999 г. и позднее SAMS) [Oliveira, 2001]. Причина главным образом в том, что коммерческие страховщики неохотно принимают условия, предусмотренные выходом из системы [Pereira et al., 1999]. За фиксированную плату 145 евро за человека в год, предоставляемую государством подсистеме, последняя должна обеспечить своих клиентов всеми видами медицинского обслуживания. Отдельные лица, отказываясь от системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, могут продолжать им пользоваться, но их страховщик обязан это оплачивать. Число тех, кто отказался от системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения, очень невелико [Oliveira, 2001].

Из-за большей части принудительного характера включения в подсистемы мы не считаем их участниками ДМС, исходя из определения, данного в этом исследовании.

Система для государственных служащих в Испании

В Испании медицинская помощь организована в форме Общенациональной системы здравоохранения (тоже NHS). Она обеспечивает почти всеобщий охват населения (99%) и во многом финансируется за счет общего налогообло-

жения [Rico, 2000]. Государственные служащие включены в систему принудительного медицинского страхования, которая подчиняется трем ассоциациям взаимных платежей: MUFACE — для обычных государственных служащих, MUJEGU — для юристов и ISFAS — для военных [Rodriguez, 2001]. Все три ассоциации являются государственными организациями и находятся под юрисдикцией Министерства государственного управления, Министерства юстиции и Министерства обороны соответственно. Они финансируются за счет вкладов в систему социального обеспечения, сумма которых определяется ежегодно и автоматически вычитается из заработной платы государственных служащих. В январе каждого года государственный служащий должен сделать выбор между NHS и добровольным страхованием. Примерно 85% выбирают последнее (95% работающих в Министерстве здравоохранения) [Rico, 2000], в то время как остальные продолжают числиться в NHS [Rodriguez, 2001]. Взносы в систему социального обеспечения, предназначенные для здравоохранения, переводятся в ассоциации взаимного страхования и затем в NHS или в общество добровольного страхования в виде непосредственной платы за каждого государственного служащего (равной расходу NHS на одного человека). При этом компенсируется стоимость обслуживания иждивенцев, хотя число последних не учитывается. В этой системе участвуют только те компании добровольного страхования, которые согласны принимать такую плату; причем, получая ее, они обязаны предоставлять пособия, равные тем, что предоставляет NHS.

Выбирая добровольное страхование, государственные служащие не имеют никаких финансовых льгот, и причина такого выбора та же, что и у других граждан, приобретающих ДМС: более быстрое начало лечения, более качественное обслуживание и более широкий выбор медицинских учреждений. Среди тех, кто остается в системе NHS, 15% считают, что система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения, располагает более совершенными техническими возможностями (включая существенный процент экономистов, работающих в университетах в области здравоохранения) [Rodriguez, 2001].

В данных, публикуемых обществами добровольного страхования, число полисов, приобретаемых ассоциациями взаимного страхования для государственных служащих, не всегда отделяется от числа полисов, покупаемых другими жителями Испании. Однако мы не рассматриваем как ДМС полисы, которые числятся за MUFACE, MUJEGU и ISFAS.

Появление в 1975 г. системы MUFACE для государственных служащих значительно усилило рынок ДМС, и компании добровольного страхования часто высказываются в пользу расширения этой системы и охвата остальных испанских граждан. Против этого возражают те, кто предпочитает только систему здравоохранения, обеспечивающую гарантированное медицинское обслуживание населения, и ученые, считающие, что компании добровольно-

го страхования не демонстрируют возможности продуктивно вести дела при наличии расширенного рынка. Компании добровольного страхования утверждают, что их продуктивность выше, чем в государственном секторе, хотя с этим можно поспорить по нескольким направлениям.

Во-первых, индустрия добровольного страхования не имеет достаточной прозрачности: почти невозможно получить последовательный ряд полных и надежных данных о важнейших переменных величинах, в частности о числе застрахованных лиц, это затрудняет сравнительный анализ рентабельности. Представители страховой индустрии признают нехватку достоверной информации, но относят ее на счет технических трудностей, а не на счет отсутствия стремления восполнить этот недостаток.

Во-вторых, поскольку большинство обладателей полисов ДМС пользуются им не во всех случаях, когда им нужна медицинская помощь, трудно предусмотреть, как повели бы себя компании добровольного страхования, если бы они отвечали за все виды медицинского обслуживания. Есть основания считать, что государственные служащие в MUFACE обращаются в ту систему при небольших нарушениях здоровья, а при более серьезных (и, следовательно, более дорогостоящих) заболеваниях или требующих применения высокой технологии прибегают к NHS, хотя государственное законодательство однозначно запрещает такую практику [Puig-Junoy, 1999; Rico, 2000]. По существу, государство платит за таких клиентов дважды — когда оно переводит непосредственно плату за каждого пациента в MUFACE, и когда пациенты обращаются в NHS.

Кроме того, MUFACE в прошлом сама не могла или не хотела предоставлять подробные данные о своих членах, поэтому невозможно было произвести сколько-нибудь достоверный экономический анализ ее деятельности. Из-за неадекватной базы данных вывод одной из диссертаций на звание доктора философии [Pellise, 1994] оказался гипотетическим [Rodriguez, 2001].

По названным причинам трудно обоснованно определить влияние расширения системы MUFACE на остальное население Испании.

Приложение В. Список участников и их организаций

Райнхард Буссэ (Германия)

Профессор, специалист по управлению здравоохранением Института общественного здравоохранения, факультета экономики и управления Технического университета Берлина.

Карстен Вранбэк (Дания)

Адъюнкт-профессор отделения исследований служб здравоохранения Института общественного здравоохранения и Института политических наук Копенгагенского университета.

Маргарита Джаннони-Мацци (Италия)

Старший научный сотрудник по государственному финансированию отделения экономики Университета Перуджи.

Хараламбос Иконому (Греция)

Старший научный сотрудник, стипендиат, отделение экономики здравоохранения Национальной школы общественного здравоохранения в Афинах.

Ханс Марс (Нидерланды)

Профессор, преподаватель политических наук (специальность — здравоохранение), факультета медико-санитарных наук Маастрихтского университета.

Хеннамари Миккола (Финляндия)

Исследователь экономики здравоохранения Национального центра исследований и развития по благосостоянию и здравоохранению (STAKES), Хельсинки.

Элайас Моссиалос (Великобритания)

Директор по исследовательской работе Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор политики в области здравоохранения Мемориального фонда им. Брайана Абея — Смита, кафедры социальной политики, и содиректор отделения здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики и политических наук.

Моника Оливейра (Португалия)

Научный сотрудник отделения здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики и политических наук.

Марисоль Родригес (Испания)

Адъюнкт-профессор кафедры экономической политики Барселонского университета.

Симона Сандье (Франция)

Директор по исследовательской работе, Социально-экономические доводы для здравоохранения (ARgSES), Париж. Ранее — директор по исследованиям Центра исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Париж, 1985—1997.

Добровольное медицинское страхование в странах ЕС

Сара Томпсон (Великобритания)

Научный сотрудник Европейской обсерватории по системам здравоохранения; научный сотрудник по политике здравоохранения отделения здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики и политических наук.

Филипп Ульман (Франция)

Адъюнкт-профессор отделения экономики и управления служб здравоохранения Национальной школы искусств и ремесел, Париж.

Тони Хоклей (Великобритания)

Директор Центра анализа политики.

Мария М. Хофмархер (Австрия)

Экономист и консультант Всемирного банка, научный сотрудник и начальник группы IHS-HealthEcon, отделения экономики и финансов Института передовых исследований Вены.

Кай Шолунг (Швеция)

Директор-распорядитель, BCS Kompetensutveckling AB, руководитель проекта Шведской группы по благосостоянию.

Жан Эрмес (Бельгия)

Профессор Школы общественного здравоохранения Лувенского католического университета, национальный секретарь Национального союза христианской взаимопомощи.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Advisory Group on the Risk Equalisation Scheme (1998). *Report of the Advisory Group on the Risk Equalisation Scheme: the Minister for Health and Children's independent review of the Risk Equalisation Scheme*. Dublin, Advisory Group on the Risk Equalisation Scheme.
- Anell A, Svarvar P (1999). Health care reforms and cost containment in Sweden. In : Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Lisbon, DECO.
- Association Internationale de la Mutualité (AIM) (1999). *Health protection systems today: structures and trends in 15 countries*. Brussels, AIM.
- Association Internationale de la Mutualité (AIM) (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Brussels, AIM.
- Association of British Insurers (ABI) (2000). *The private medical insurance market*. London, ABI.
- Association of British Insurers (ABI) (2001a). *Are you buying private medical insurance? Take a look at this guide before you decide*. London, ABI.
- Association of British Insurers (ABI) (2001b). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. London, ABI.
- Baptista C (1999). *Uma abordagem quantitativa – os subsistemas de saúde, compromisso na eficácia e na qualidade. O papel dos sistemas privados de saúde num sistema de mudança [Paper on private systems in a changing health system]*. Lisbon, Associação Nacional de Sistemas de Saúde.
- Barer M, Evans R (1992). Interpreting Canada: models, mind-sets and myths. *Health Affairs*, 11:44–61.
- Barer ML et al. (1987). Aging and health care utilization: new evidence on old fallacies. *Social Science & Medicine*, 24:851–862.
- Barr N (1992). Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature*, 30:741–803.
- Barr N (1998). *The economics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press.
- Barros PP (1997). O papel dos seguros de saúde [Paper on health insurance]. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 15:47–58.
- BBC (2000). Private medical insurance «too expensive». *BBC News*, 5 October 2000 (<http://news6.thdo.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid%5F957000/957844.stm>, accessed 5 January 2002).
- BBC (2001). Insurers bow to gene test pressure. *BBC News*, 1 May 2001 (<http://news.bbc.co.uk/1/low/health/1307175.stm>, accessed 17 April 2004).
- Beck K, Zweifel P (1998). Cream-skimming in deregulated social health insurance: evidence from Switzerland. *Developments in Health Economics and Public Policy*, 6:211–227.

- Bennett C, Schwarz B, Marberger M (1993). Health care in Austria: universal access, national health insurance and private health care [Letter from Vienna]. *Journal of the American Medical Association*, 269:2789–2794.
- Besley T, Hall J, Preston I (1998). Private and public health insurance in the UK. *European Economic Review*, 42:491–497.
- Besley T, Hall J, Preston I (1999). The demand for private health insurance: do waiting lists matter? *Journal of Public Economics*, 72:155–181.
- Blanpain N, Pan Ké Shon J-L (1997). L'assurance complémentaire maladie: une diffusion encore inégale. *INSEE Premiere*, 523.
- BMI Europe (2000). *Medical insurance* (<http://www.bmieurope.com/cover/medical.html>, accessed 5 January 2002).
- Bocognano A et al. (2000). *Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France*. Paris, Research and Information Center for Health Economics (CREDES).
- Borras J et al. (1999). Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *European Journal of Cancer Prevention*, 8.
- Breuil-Genier P (2000). Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquent. *INSEE Première*, 709.
- British Medical Association (1998). *Human genetics: choice and responsibility*. Oxford, Oxford University Press.
- Buck G, Jenkins P, Leonard A (1997). *Strategic analysis of UK non-life insurance*. London, FT Financial Publishing.
- Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the EU*. Berlin, Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen.
- BUPA (2000). *Report and accounts 1999*. London, BUPA.
- BUPA Ireland (2000). *BUPA Ireland chief calls for healthy competition: risk equalization "rigs the market"* (<http://www.bupaireland.ie/whatsnew/press1.jsp>, accessed 5 January 2002).
- BUPA Limited (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. London, BUPA Limited.
- Burchardt T, Hills J, Propper C (1999). *Private welfare and public policy*. York, Joseph Rowntree Foundation.
- Busse R (2000a). *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Busse R (2000b). Personal communication.
- Busse R (2001). *Voluntary health insurance in Germany: a study for the European Commission*. Madrid, European Observatory on Health Care Systems.
- Calnan M, Cant S, Crabe J (1993). *Going private: why people pay for their health care*. Buckingham, Open University Press.
- Cantillon B (2001). *Rapport du groupe de travail des fonctionnaires dirigeants dirigé par Bea Cantillon, 17 January 2001*. Brussels, Cabinet des Affaires Sociales.
- CareHealth (2000). *Criticisms of private medical insurance by the Office of Fair Trading*. CareHealth (<http://www.carehealth.co.uk/vhicrit.htm>, accessed 5 January 2002).
- Coheur A (2001). *Cross-border care: new prospects for convergence* [unpublished paper]. Brussels, AIM.
- Comité Européen des Assurances (CEA) (1997). *Health insurance in Europe 1997*. Paris, CEA.

- Comité Européen des Assurances (CEA) (1999). *Annual report 1999*. Paris, CEA.
- Comité Européen des Assurances (CEA) (2000). *Health insurance in Europe: 1998 data, CEA ECO 12 (July 2000)*. Paris, CEA.
- Comité Européen des Assurances (CEA) (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Paris, CEA.
- Commission on Health Funding (1989). *Report of the Commission on Health Funding*. Dublin, Stationery Office.
- Commission on Taxation (1982). *First report of the Commission on Taxation*. Dublin, Stationery Office.
- Consumer Choice (1998). Healthy competition. *Consumer Choice*, May 1998:171–173.
- Costa J, García J (2000). Demand for private health insurance and health care quality: which quality matters? [working paper]. *9th European Workshop on Econometrics and Health Economics, Amsterdam, 13–16 September 2000*.
- Couchman A (1999). *UK health and welfare insurance: management reports 1999*. London, Financial Times Finance.
- Couffinhal A (1999). *Concurrence en assurance santé: entre efficacité et sélection [Competition in health insurance: between efficiency and selection]* [Ph.D. dissertation]. Paris, Université Paris IX-Dauphine.
- Council of the European Communities (1981). Council Regulation (EEC) No 2793/81 of 17 September 1981 amending Regulation (EEC) No 1408/71 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community and Regulation (EEC) No 574/72 fixing the procedure for implementing Regulation (EEC) No 1408/71. *Official Journal of the European Communities "L" Series*, 275.
- Council of the European Communities (1997). Consolidated version: Council Regulation (EC) 118/97 dated 2 December 1996, modifying Council Regulation (EC) 1408/71 dated 14 June 1971 on the application of social security plans to workers, self-employed people and members of their families relocating within the Community and Council Regulation (EEC) 574/72 dated 21 March 1972 defining the procedure for the implementation of Regulation (EEC) 1408/71. *Official Journal of the European Communities "L" Series*, 28.
- Danzon PM (1992). Hidden overhead costs: is Canada's system really less expensive? *Health Affairs*, 11:21–43.
- Databank (1999). Le polizze malattia in Italia [Health policy in Italy] [seminar talk]. *Il ruolo della mutualità nel Sistema Sanitario Nazionale [The role of the mutual associations in the National Health System]*, Fondazione Cesar, Bologna, 2 December 1999.
- Datamonitor (2000a). *European health insurance 2000: what's the prognosis, doctor?* London, Datamonitor.
- Datamonitor (2000b). *Long term care and health insurance in Germany 2000: caring for the future?* London, Datamonitor.
- Davey B (1999). *A presentation to the Laing and Buisson health insurance conference, London, 29 September 1999* (<http://www.oft.gov.uk/html/rsearch/sparch/spe21-99.htm>, accessed 5 January 2002).
- Davies P (1999). The role of health insurance in New Zealand: health insurance in New Zealand. *Healthcare Review – Online*, 3 (http://www.enigma.co.nz/hcro_articles/9904/vol3no4_002.htm, accessed 5 January 2002).
- Deber R, Gildiner A, Baranek P (1999). Why not private health insurance? 1. Insurance made easy [Education]. *Canadian Medical Association Journal*, 161: 539–542.

- DECO, *see under* Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor.
- Department of Health (2000). *The national plan*. London, Department of Health.
- Department of Health and Children (1999). *White paper on private health insurance*. Dublin, Government of Ireland.
- Department of Health and Children (2001a). *Quality and fairness: a health system for you: the Department of Health and Children's health strategy 2001*. Dublin, Department of Health and Children.
- Department of Health and Children (2001b). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Dublin, Department of Health and Children.
- Directorate-General for the Internal Market (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the EU*. Brussels, Directorate-General for the Internal Market.
- Dirindin N (1996). *Chi paga per la salute degli italiani? [Who pays for the health of Italians?]* Bologna, Il Mulino.
- Dixon A, Mossialos E (2000). Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency? *International Social Security Review*, 53:49–78.
- Economou C (2001). *Voluntary health insurance in Greece: a study for the European Commission*. Athens, National School of Public Health.
- Emmerson C, Frayne C, Goodman A (2000). *Pressures in UK healthcare: challenges for the NHS*. London, Institute for Fiscal Studies.
- Emmerson C, Frayne C, Goodman A (2001). Should private medical insurance be subsidised? *Health Care UK*, 51:49–65.
- Engemann O (2001). Personal communication.
- European Commission (1973). Council Directive 73/239/EEC of 24 July 1973 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to the taking-up and pursuit of the business of direct insurance other than life assurance [first non-life insurance directive]. *Official Journal of the European Communities "L" Series*, 228:3–19.
- European Commission (1988). Council Directive 88/357/EEC of 22 June 1988 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 73/239/EEC [second non-life insurance directive]. *Official Journal of the European Communities "L" Series*, 172:1.
- European Commission (1992). Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC [third non-life insurance directive]. *Official Journal of the European Communities "L" Series*, 228:1–23.
- European Commission (1996). *Insurance: infringement proceedings against Germany and Spain*. Dated 1 August 1996. Brussels, European Commission (http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/finances/infr/760.htm, accessed 5 January 2002).
- European Commission (1997). *Liberalisation of insurance in the single market – an update*. Dated 15 October 1997. Brussels, European Commission (http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/finances/insur/87.htm, accessed 5 January 2002).
- European Commission (2000a). *Freedom to provide services and the general good in insurance, interpretive communication C(1999)5046*. Dated 2 February 2000. Brussels, European Commission.

- European Commission (2000b). *Insurance: infringement proceedings against France concerning mutual societies and the requirement of a marketing information sheet*. Dated 28 July 2000. Brussels, European Commission.
- European Commission (2001). *Commission calls for the tax discrimination in favour of French mutual and provident societies to be brought to an end*. Brussels, European Commission.
- European Court of Justice (ECJ) (1978). Judgment of the court of 16 March 1978: Bestuur van het Algemeen Ziekenfonds Drenthe-Plattelend v G. Pierik [Case 117/77] [Pierik I]. *European Court Reports*, 1978:825.
- European Court of Justice (ECJ) (1979). Judgment of the court of 31 May 1979: Bestuur van het Algemeen Ziekenfonds Drenthe-Plattelend v G. Pierik [Case 182/78] [Pierik II]. *European Court Reports*, 1979:1977.
- European Court of Justice (ECJ) (1996). Judgment of the court of 26 March 1996: José García and others v Mutuelle de Prévoyance Sociale d'Aquitaine and others [Case 238/94]. *European Court Reports*, 1996:I-1673.
- European Court of Justice (ECJ) (1998a). Judgment of the court of 28 April 1998: Nicholas Decker v Caisse de Maladie des Employés Privés [Case 120/95]. *European Court Reports*, 1998:I-1831.
- European Court of Justice (ECJ) (1998b). Judgment of the court of 28 April 1998: Raymond Kohll v Union des Caisses de Maladie [Case 158/96]. *European Court Reports*, 1998:I-1931.
- European Court of Justice (ECJ) (2001a). Judgment of the court of 12 July 2001: Abdou Vanbraekel and Others v Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) [Case 368/98]. *European Court Reports*, 2001:I-5363.
- European Court of Justice (ECJ) (2001b). Judgment of the court of 12 July 2001: B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen [Case 157/99]. *European Court Reports*, 2001: I-5473.
- European Parliament (2000). *Report on supplementary health insurance: 2000/ 2009(INI)* [A5-0266/2000]. Brussels, European Parliament.
- European Parliament (2001). European Parliament resolution on supplementary health insurance (2000/2009(INI)). Adopted 16 November 2000. *Official Journal of the European Communities "C" Series*, 223:339–344.
- Eurostat (1997). *Insurance services statistics*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997 (Statistics in focus: distributive trades, services and transport [series]).
- Evans RG (1985). Illusions of necessity: evading responsibility for choice in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 10:439–467.
- Evans RG (2002). Financing health care: taxation and the alternatives. In: Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Fahey T, Fitz Gerald J (1997). *Welfare implications of demographic trends*. Dublin, Oak Tree Press/Combat Poverty Agency.
- Fattore G (1999). Cost containment and reforms in the Italian National Health Service. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Paris, FNMF.
- Freeman S (1994). Health care provision in the EC. *AIDA Information Bulletin*, 47:120–122.
- Freire J (1999). The new tax status of PHI. *Gaceta Sanitaria*, 13:233–236.

- Fuchs V (1998). Provide, provide: the economics of aging. *Issue Brief (George Washington University, National Health Policy Forum)*, 1–3.
- Gauthier A, Lamphere J, Barrand N (1995). Risk selection in the health care market: a workshop overview. *Inquiry*, 32:14–22.
- Genetics and Insurance Committee (2000). *Decision of the Genetics and Insurance Committee concerning the application for approval to use genetic test results for life insurance risk assessment in Huntington's Disease*. London, Department of Health.
- Getzen TE (1992). Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology*, 47:S98–S104.
- Giannoni-Mazzi M (2001). *Voluntary health insurance in Italy: a study for the European Commission*. Perugia, University of Perugia.
- Glennester H et al. (2000). *Paying for health, education and housing: how does the centre pull the purse strings?* Oxford, Oxford University Press.
- Groupe Consultatif Actuariel Européen (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Oxford, Group Consultatif Actuariel Européen.
- Gulliford MC et al. (2001). *Access to health care: a scoping exercise*. London, National Health Service (NHS) Service Delivery and Organisation Research and Development Programme.
- Häkkinen U (1999). Cost containment in Finnish health care. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Häkkinen U (2002). Change in determinants of use of physician service in Finland between 1987 and 1996. *Social Science and Medicine*, 55(9):1523–1537.
- Hall MA, Rich SS (2000). Laws restricting health insurers' use of genetic information: impact on genetic discrimination. *American Journal of Human Genetics*, 66:293–307.
- Harmon C, Nolan B (2001). Health insurance and health services utilization in Ireland. *Health Economics*, 10:135–145.
- Harrison A et al. (1997). Funding the NHS: can the NHS cope? *British Medical Journal*, 314:139–142.
- Her Majesty's Customs and Excise (1999). *A general guide to IPT*. London, Her Majesty's Customs and Excise.
- Her Majesty's Treasury (2001a). *Consumers and industry to benefit from changes to banking, mortgage and general insurance regime* [press release]. Dated 12 December 2001. London, Her Majesty's Treasury.
- Her Majesty's Treasury (2001b). *Mortgages and general insurance regulation: regulatory impact assessment*. London, Her Majesty's Treasury.
- Hermans HEGM (2000). Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of "Decker and Kohll". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6:431–439.
- Hermesse J (1999). The opening of frontiers to patients: what economic consequences? In: *Health care without frontiers within the European Union? Free movement of goods and services in the health care sector: documents from the international symposium, Luxembourg, 18 November 1998*. Brussels, Association Internationale de la Mutualité (AIM).
- Hermesse J (2001). *Voluntary health insurance in Belgium: a study for the European Commission*. Brussels, Université Catholique de Louvain.
- Hockley TC (2001). *Voluntary health insurance in the United Kingdom: a study for the European Commission*. London, London School of Economics and Political Science.

- Hofmarcher M, Rack H (2001). *Health care systems in transition: Austria*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Hofmarcher MM (2001). *Voluntary health insurance in Austria: a study for the European Commission*. Vienna, Institute for Advanced Studies.
- Holtzman NA et al. (1997). Predictive genetic testing: from basic research to clinical practice. *Science*, 24:602–605.
- House of Commons Science and Technology Committee (2001). *Genetics and insurance: fifth report*. London, Stationery Office.
- Human Genetics Advisory Commission (1997). *The implications of genetic testing for insurance*. London, Human Genetics Advisory Commission.
- Imai Y, Jacobzone S, Lenain P (2000). *The changing health system in France*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Economics Department Working Papers No. 269).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (1998). *Encuesta de Presupuestos Familiares [Family Expenditure Survey]*. Madrid, INE.
- Jamison J et al. (2001). *Cross-border co-operation in health services in Ireland*. Armagh, Centre for Cross-Border Studies.
- Kennedy A (1995). Private health insurance in the Republic of Ireland. *Benefits and Compensation International*, January/February:29–32.
- King D, Mossialos E (2001). *The determinants of private medical insurance prevalence in England*. London, LSE Health and Social Care (LSE Health and Social Care Discussion Paper 3).
- Knight J (2000). Private medical insurance: how to get the best care and treatment for you and your family at the lowest price. *Moneywise*, July.
- Kulu-Glasgow I, Delnoij D, de Bakker D (1998). Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general practitioner. *Health Policy*, 45: 221–223.
- Laing & Buisson (1999). *Private medical insurance: UK market sector report 1999*. London, Laing & Buisson.
- Laing & Buisson (2000). *Private medical insurance: UK market sector report 2000*. London, Laing & Buisson.
- Laing & Buisson (2001). *Private medical insurance: UK market sector report 2001*. London, Laing & Buisson.
- Lancry P-J, Sandier S (1999). Twenty years of cures for the French health care system. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Light D (1998). Keeping competition fair for health insurance: how the Irish beat back risk-rated policies. *American Journal of Public Health*, 88:745–748.
- Lippi Bruni M (2001). Il ruolo dei fondi integrativi nel nuovo assetto del SSN [The role of the integrated funds in the new structure of the SSN]. In: Fiorentini G, ed. *I servizi sanitari in Italia: 2001 [Health services in Italy: 2001]*. Bologna, Il Mulino.
- Lopez i Casanovas G (1999). Health care and cost containment in Spain. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Lubitz J, Beebe J, Baker C (1995). Longevity and Medicare expenditures. *New England Journal of Medicine*, 332:999–1003.
- Luginsland M (2001). Les Assureurs chouchoutent les travailleurs frontaliers. *L'Argus de L'Assurance*, 6744.

- Maarse H (2001). *Voluntary health insurance in the Netherlands: a study for the European Commission*. Maastricht, University of Maastricht.
- MacDonald AS (1997). How will improved forecasts of individual lifetimes affect underwriting? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, B352:1067–1075.
- McGrail K et al. (2000). Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987–88 and 1994–95 in British Columbia. *Age and Ageing*, 29:249–253.
- Manning WG, Marquis MS (1989). *Health insurance: the trade-off between risk pooling and moral hazard*. Santa Monica, RAND Corporation (Pub. No. R-3729-NCHSR).
- Marquis MS, Long SH (1995). Worker demand for health insurance in the nongroup market. *Journal of Health Economics*, 14:47–63.
- Mastrobuono I (1999). *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie [Health financing]*. Rome, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Maynard A, Dixon A (2002). Voluntary health insurance and medical savings account: theory and experience. In: Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Mikkola H (2001). *Voluntary health insurance in Finland: a study for the European Commission*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2000a). *Health insurance in the Netherlands*, 5th edition, 7 July 2000. The Hague, Ministry of Health Welfare and Sport (<http://www.minvws.nl>, accessed 5 January 2002).
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2000b). Personal communication. Public Information Office, Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2001). *Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Tweede Kamer, 2000–2001 [Key elements of the health care reforms, House of Commons, 2000–2001]*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport (27 855, nrs 1–2).
- Mooney GH (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1:179–185.
- Mossialos E, Dixon A (2001). Genetic testing and insurance: challenges and opportunities for society. *Trends in Molecular Medicine*, 7:323–324.
- Mossialos E et al., eds (2002). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Mossialos E, Le Grand J (1999). Cost containment in the EU: an overview. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Mountford L (2000). *Health care without frontiers? The development of a European market in health services?* London, Office of Health Economics.
- Move to Ireland (2001). *Private health insurance*. Ireland, Ambit Ireland Internet Services (<http://www.movetoireland.com/movepag/medpriva.htm>, accessed 5 January 2002).
- Murdoch A (1995). Irish psychiatrists are worried about foreign insurers. *British Medical Journal*, 311:527.
- Murillo C, González B (1993). El sector sanitario en España: situación actual y perspectivas de futuro [The health sector in Spain: current situation and future perspectives]. *Hacienda Pública Española*, 119:41–58.

- Murray S (2001a). Personal communication. *BUPA Ireland*.
- Murray S (2001b). Personal correspondence, 4 December 2001. *BUPA Ireland*.
- Murthy A, Dixon A, Mossialos E (2001). Genetic testing and insurance: implications of the UK Genetics and Insurance Committee (GAIC) decision. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94:57–60.
- Natarajan K (1996). *European health insurance markets: opportunity or false dawn?* London, FT Financial Publishing/Pearson Professional.
- Navarro V (2000). Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, 356: 1598–1601.
- Nolan B, Wiley MM (2000). *Private practice in Irish public hospitals*. Dublin, Oak Tree Press/Economic and Social Research Institute.
- Office of Fair Trading (OFT) (1996). *Health insurance: a report by the Office of Fair Trading*. London, OFT.
- Office of Fair Trading (OFT) (1997). *Consumer detriment under conditions of imperfect information*. London, OFT.
- Office of Fair Trading (OFT) (1998a). *Final warning to health insurers* [press release]. Dated 28 May 1998. London, OFT.
- Office of Fair Trading (OFT) (1998b). *Health insurance: a second report by the Office of Fair Trading*. London, OFT.
- Office of Fair Trading (OFT) (1999). *VHI and PMS markets are competitive says OFT but better information for policy holders is needed* [press release]. Dated 5 November 1999. London, OFT.
- Office of Fair Trading (OFT) (2000a). *Consumer detriment*. London, OFT.
- Office of Fair Trading (OFT) (2000b). *Health insurers improve consumer information* [press release]. Dated 3 July 2000. London, OFT.
- Oliveira M (2001). *Voluntary health insurance in Portugal: a study for the European Commission*. London, London School of Economics and Political Science.
- Oliver AJ (1999). *Risk adjusting health care resource allocations*. London, Office of Health Economics.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1998a). *Competition and related regulation issues in the insurance industry*. Paris, OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1998b). *OECD economic surveys 1997–1998: Portugal*. Paris, OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2000). *Health data 2000*. Paris, OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2001a). *Health data 2001*. Paris, OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2001b). *Private health insurance in OECD countries: compilation of national reports*. Paris, OECD.
- O’Shea D (2000). Private bed charges to increase by £ 35 million. *Irish Medical Times*, 34:24.
- Palm W (2001). *Voluntary health insurance and EU insurance directives: between solidarity and the market*. Brussels, Association Internationale de la Mutualité (AIM).
- Palm W et al. (2000). *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems: general report produced for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission*. Brussels, Association Internationale de la Mutualité (AIM).
- Papworth J (2000). Take more care of yourself. *Guardian* (London), 5 August.

- Payne D (2000). Health insurer delays psychiatric admissions. *British Medical Journal*, 320:1162.
- Pellisé L (1994). Reimbursing insurance carriers: the case of “MUFACE” in the Spanish health care system. *Health Economics*, 3:243–253.
- Pereira J et al. (1999). Health care reform and cost containment in Portugal. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Pierotti C (2001). Personal communication. Comité Européen des Assurances (CEA).
- Pinto CG, Oliveira M (2001). The Portuguese health care system: current organization and perspectives for reform. In: Centro de Investigação Sobre Economia Portuguesa, ed. *Como está a economia portuguesa? [How is the Portuguese economy?]* Lisbon, Europress.
- PKV, see under Verband der privaten Krankenversicherung.
- PPP Healthcare (2000). *PPP healthcare update – 09/11/1999*. PPP Healthcare (<http://www.axa.co.uk>, accessed 5 January 2002).
- Propper C (1993). Constrained choice sets in the UK: demand for private medical insurance. *Journal of Public Economics*, 51:287–307.
- Puig-Junoy J (1999). Managing risk selection incentives in health sector reforms. *International Journal of Health Planning and Management*, 14:287–311.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (Council for Public Health and Health Care) (2000). *Europe and healthcare, 11 January 2000*. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (<http://www.rvz.net/Samenvat/Werk99/europe.htm>, accessed 5 January 2002).
- Rajmil L et al. (2000). The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Archives of Disease in Childhood*, 83:211–214.
- Rees R, Gravelle H, Wambach A (1999). Regulation of insurance markets. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Theory*, 24:55–68.
- Rico A (2000). *Health care systems in transition: Spain*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Robinson R (1999). *Health care systems in transition: United Kingdom*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Rodríguez M (2001). *Voluntary health insurance in Spain: a study for the European Commission*. Barcelona, University of Barcelona.
- Rupprecht F, Tissot B, Chatel F (2000). German health care system: promoting greater responsibility among all system players. *INSEE Studies*, 42.
- Sandier S, Paris V, Polton D (2004). *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sandier S, Ulmann P (2001). *Voluntary health insurance in France: a study for the European Commission*. Paris, Arguments Socio-Économiques pour la Santé (ArgSES)/Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).
- Sassi F, Abel-Smith B, Mossialos E (1996). *The economic and ethical aspects of new biomedical technologies* [workshop]. Brussels, Scientific and Technological Options Assessment (STOA).
- Schmitz M (2001). Personal communication.
- Schneider M, ed. (1995). *Complementary health schemes in the European Union: European Commission seminar, Prien am Chiemsee, Bavaria, 14–16 October 1992*. Augsburg, Beratungsgesellschaft fuer angewandte Systemforschung (BASYS).
- Schneider M et al. (1992). Health care in the EC member states. *Health Policy*, 20: 1–251.

- Sheils J, Hogan P (1999). Cost of tax-exempt health benefits in 1998. *Health Affairs (Project Hope)*, 18:176–181.
- Sissouras A, Karokis A, Mossialos E (1999). Health care and cost containment in Greece. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Skoglund C (2001). *Voluntary health insurance in Sweden: a study for the European Commission*. Stockholm, BCS Kompetensutveckling AB.
- Smosarski G, Jack A (1998). *Insurance in France*. London, Financial Times Business. Society of Actuaries in Ireland (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Dublin, Society of Actuaries in Ireland.
- Stevens Y, et al. (1998). Issues in complementary health insurance in Belgium. *International Social Security Review*, 51:71–91.
- Sunday Times (2001). Health insurers cash in on NHS delays by pushing prices up 18%. *Sunday Times* (London), 3 June 2001, Money:1.
- Sveriges Försäkringsförbund (Swedish Insurers' Association) (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance*. Stockholm, Sveriges Försäkringsförbund.
- Taroni F (2000). Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy. *Euro Observer*, 2:1–2.
- Thomas RG (2001). *Comments regarding additional information requested from the insurance industry: response to the Human Genetics Advisory Commission Public Consultation*. London, Human Genetics Advisory Commission.
- Union Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Madrid, UNESPA.
- Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Brussels, Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances.
- Van de Ven WPMM, Ellis RP (1999). Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Newhouse JP, Culyer AJ, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier.
- Van de Ven WPMM, van Vliet R (1992). How can we prevent cream skinning in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90s. In: Zweifel P, Frech III H, eds. *Health economics worldwide*. Amsterdam, Kluwer.
- Van de Ven WPMM et al. (2000). Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or riskadjusted premium subsidies? *Journal of Health Economics*, 19:311–339.
- Van der Mei AP (2001). *Free movement of persons within the European Community: cross-border access to public benefits*. Maastricht, University of Maastricht.
- Van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F (2001). *Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?* Rotterdam, ECuity II Project (ECuity II Project Working Paper No. 3).
- Van Doorslaer E et al. (1999). The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18:291–313.
- Vektis (1993). *Jaarboek 93 [Yearbook '93]*. Zeist, Vektis.
- Vektis (2000). *Zorgmonitor*. Zeist, Vektis.
- Vektis (2001). *Zorgthermometer 2001*. Zeist, Vektis.

- Vera-Hernández A (1999). Duplicate coverage and demand for health care: the case of Catalonia. *Health Economics*, 8:579–598.
- Verband der privaten Krankenversicherung (German Association of Private Health Insurers, or PKV) (1994). *Private health insurance: facts and figures 1992/93*. Cologne, PKV.
- Verband der privaten Krankenversicherung (German Association of Private Health Insurers, or PKV) (1999). *Private health insurance: facts and figures 1998/99*. Cologne, PKV.
- Verband der privaten Krankenversicherung (German Association of Private Health Insurers, or PKV) (2000). *Private health insurance: facts and figures 1999/2000*. Cologne, PKV.
- Verband der privaten Krankenversicherung (German Association of Private Health Insurers, or PKV) (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Cologne, PKV.
- Vhi Healthcare (2000). *Annual report 2000*. Dublin, VHI Healthcare.
- Vhi Healthcare (2001a). *Ensuring lifelong affordable health insurance in Ireland: the case for community rating and risk equalisation*. Dublin, VHI Healthcare.
- Vhi Healthcare (2001b). *It's all about living: annual report and accounts 2001*. Dublin, VHI Healthcare.
- Vhi Healthcare (2001c). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Dublin, VHI Healthcare.
- Vineis P (2001). Misconceptions about the use of genetic tests in populations. *Lancet*, 357:709–712.
- Vrangbakk K (2001). *Voluntary health insurance in Denmark: a study for the European Commission*. Copenhagen, University of Copenhagen.
- Wagstaff A et al. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18:263–290.
- Wasem J (1995). Regulating private health insurance markets. In: Okma K, ed. *Four country conference on health care reforms and health care policies in the United States, Canada, Germany and the Netherlands, Amsterdam, February 23–25 1995*. Amsterdam, Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Whitehead M et al. (1997). As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*, 315:1006–1009.
- Wieninger PR (1997). Eine vergleichende ökonomische Analyse zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung. *Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*, 10:901.
- Wiley MM (2001). Reform and renewal of the Irish health care system: policy and practice. In: *Proceedings of a conference held on 9 October 2001*. Dublin, Economic and Social Research Institute.
- Williams A (2001). Science or marketing at WHO? A commentary on World Health Report 2000. *Health Economics*, 10:93–100.
- World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report 2000: health systems—improving performance*. Geneva, WHO.
- Wysong JA, Abel T (1990). Universal health insurance and high-risk groups in West Germany: implications for US health policy. *Milbank Quarterly*, 68:527–560.
- Youngman I (1994). *The health insurance opportunity: a worldwide study of private medical insurance markets*. Dublin, Lafferty.
- Zweifel P (1987). Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis, *Health Policy*, 7:273–288.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- АИМ (Международное общество взаимного страхования) 9, 11, 58, 77, 78, 162, 185, 186, 195, 196, 198
- AWBZ (Закон о чрезвычайных медицинских расходах, Нидерланды) 11, 67, 69, 71, 72, 73, 112
- СЕА (Комитет европейских страховщиков) 11, 58, 110, 163, 195, 196, 197
- СМУ (Закон о всеобщем медицинском обслуживании, Франция) 11, 31, 121, 122, 148, 166, 172, 179
- GKV (система государственного медицинского страхования, Германия) 11, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 73, 120, 141, 175, 176
- МООЗ (Закон о фондах медицинского страхования) 11, 70, 72, 127, 132, 181, 182
- PKV (Германская ассоциация частных страховщиков здоровья) 11, 62, 157, 171, 198
- WTZ (Закон о доступе к медицинскому страхованию, Нидерланды) 11, 37, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 127, 132, 175, 181, 182
- ZFW (Закон о фондах медицинского страхования, Нидерланды) 11, 36, 46, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 112, 120, 131, 132, 175, 181
- Австрия** 30, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 59, 76, 78, 83, 87, 89, 90, 92, 101, 103, 110, 112, 136, 179,
Административные издержки 17, 57, 111, 112, 113, 167
Амбулаторное лечение 16, 46, 59, 60, 63, 65, 75, 76, 77, 90, 91, 96, 117, 120, 128, 132, 141, 148, 155, 156, 174
- Бельгия** 11, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 59, 76, 83, 87, 89, 90, 92, 103, 105, 110, 112, 134, 153, 156
Больничное лечение 29, 120. *См. также* Стационарное лечение
- Великобритания** 11, 34, 36, 37, 39, 48, 75, 83, 101, 103, 105, 110, 112, 153, 167, 198
Вертикальная интеграция 94, 95, 169
Взаимное страхование 83, 87, 89, 90, 92, 103, 104, 182
общества (mutualite) 43, 60, 61, 78, 84, 85, 88, 95, 105, 107, 108, 110, 112, 127, 128, 157, 162, 163, 167, 170, 174, 177, 178, 183, 184, 185, 186
ассоциации 21, 77, 78, 79, 86, 127, 157, 180, 191, 201
Взносы 17, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 33, 35, 36, 40, 41, 45, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 90, 94, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 132, 133, 135, 139, 141, 142, 143, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 166, 167, 168, 170, 174, 175, 177, 178, 179, 181, 182, 185, 201, 203
в зависимости от группы населения 86, 123, 128
с учетом общественного риска 22, 123, 128, 129, 130, 131
Виды ДМС 17, 57, 64, 107, 115, 118, 189, 191
Возмещение 23, 26, 29, 34, 42, 50, 53, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 101, 105, 111, 120, 122, 128, 129, 132, 141, 143, 144, 155, 157, 159, 160, 170, 174, 176, 179, 181, 194, 199
Время ожидания лечения 42, 49, 75, 76, 77, 81, 87, 88, 89
Всеобщий охват 16, 17, 27, 28, 174, 202
Выбор 17, 18, 19, 20, 26, 29, 48, 50, 56, 58, 63, 73, 75, 76, 77, 85, 94, 95, 111, 125, 129, 139, 140, 143, 144, 145, 154, 167, 168, 169, 174, 175, 176, 189, 194, 201, 202, 203

Добровольное медицинское страхование в странах ЕС

Выплаты 23, 38, 50, 57, 60, 65, 66, 67, 70, 86, 91, 93, 96, 109, 110, 111, 122, 127, 133, 138, 158, 159, 167, 176

Выход (из системы обязательного страхования) 58, 141, 174, 176, 182, 201, 202

Вычеты 64, 72, 76, 87, 93, 103, 104

Гармонизация 24, 55, 56, 134, 160, 162

Генетическое тестирование 22, 86, 118, 122, 127, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 178

Германия 11, 15, 16, 18, 19, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 44, 51, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 73, 75, 76, 79, 80, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 109, 110, 112, 117, 119, 120, 125, 126, 134, 141, 143, 145, 148, 156, 157, 165, 167, 171, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 185, 195, 196, 197, 198

Государственный сектор 63, 97, 98, 146, 147, 191, 201, 204

Греция 19, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 44, 75, 76, 80, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 110, 112, 140, 141, 147, 166, 169, 177, 180, 195, 196, 201

Дания 19, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 74, 75, 76, 78, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 92, 93, 96, 97, 98, 102, 103, 107, 109, 110, 112, 134, 136, 139, 143, 145, 147, 166, 167, 176, 177, 195, 196

Двойное покрытие 29, 75, 94, 147

Деление рынка 125

Директивы в области страхования 19, 23, 24, 51. *См. также* Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни

Дифференциация продукта 20, 118, 139, 140, 167

Доступ 18, 20, 23, 26, 29, 42, 43, 65, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 96, 104, 115, 116, 117, 118, 119, 124, 137, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 159, 175, 176, 179, 185, 191, 192, 195

Доход от страховых взносов 33, 35, 36, 83, 97, 109, 110, 111, 113

Европейская комиссия 9, 10, 15, 24, 51, 54, 56, 79, 108, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 172, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 187, 193, 195, 200

Европейский парламент 15, 134, 159, 160, 193, 194

Европейский суд 24, 53, 54, 55, 79, 152, 154, 155, 180, 181, 182, 183, 186, 187

Замещающее страхование 18, 19, 21, 22, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 44, 46, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 85, 89, 93, 94, 103, 117, 118, 119, 120, 125, 127, 131, 132, 139, 140, 141, 145, 156, 160, 169, 174, 175, 178, 179, 181, 182, 185, 186, 190, 194, 201

Защита потребителей 53, 55, 66, 115, 118, 119, 163, 177, 179

Заявление (на страховую выплату) 89, 92

Избирательные контракты 96, 111

Индивидуальные полисы 19, 22, 45, 47, 81, 84, 85, 89, 90, 92, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 109, 110, 124, 125, 143, 167

Информационная асимметрия 20, 122, 123, 139, 140, 143, 144, 168, 169, 179

Ирландия 9, 15, 19, 21, 22, 24, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 44, 74, 75, 76, 78, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 138, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 153, 156, 158, 159, 161, 162, 165, 166, 176, 177, 178, 179, 180, 183, 196, 197

Исключения (из страхования) 21, 23, 26, 28, 31, 37, 38, 58, 59, 60, 74, 88, 90, 117, 124, 128, 132, 142, 152, 156, 160, 174, 175, 176, 178, 191, 194, 199

- Испания 19, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 48, 59, 60, 74, 75, 76, 80, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 109, 110, 112, 121, 140, 145, 147, 165, 169, 171, 176, 177, 180, 195, 196, 201, 202, 203, 204, 205
- Италия 19, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 45, 74, 75, 76, 79, 80, 83, 85, 86, 87, 89, 90, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 108, 110, 112, 145, 165, 167, 169, 174, 177, 180, 195, 196, 205
- К**лассификация риска 98, 119, 123, 126, 127
- Коллективные полисы 19, 26, 47, 48, 49, 69, 81, 82, 83, 84, 86, 92, 99, 101, 102, 103, 104, 108, 109, 119, 125, 143, 144, 165, 166, 167, 177
- Коммерческие страховые компании 21, 43, 44, 45, 53, 60, 61, 74, 77, 78, 79, 80, 84, 85, 87, 99, 107, 109, 128, 159, 161, 162, 170, 178, 183, 184, 185, 186, 194, 202
- Корректировка риска 22, 122, 128, 131, 174, 178, 179
- Контроль над страховым продуктом 20, 85, 119, 140, 144, 167, 180
- Коэффициент потерь 109, 110, 167
- Л**екарственные средства 29, 30, 31, 60, 65, 68, 71, 74, 76, 77, 90, 96, 128, 137, 176
- Люксембург 9, 19, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 46, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 91, 96, 97, 98, 102, 103, 105, 107, 108, 110, 112, 139, 143, 147, 153, 155, 162, 165, 167, 169, 180, 184, 195, 196, 198
- М**едицинский опросник 61, 71, 86, 87, 91
- Н**алоги на страховые взносы 17, 79, 107, 108, 162, 163. *См. также* Налоговые льготы
- Налоговый вычет (скидка) 64, 65, 103, 104, 106, 177. *См. также* Налоговые льготы
- Налоговые льготы 25, 26, 41, 42, 49, 57, 64, 72, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 119, 145, 174, 176, 177, 191
- Налогообложение 28, 101, 105, 107, 162, 163, 171, 172, 183, 184, 192, 201, 202
- Национальная служба здравоохранения (Португалия) 201, 202
- Национальная служба здравоохранения (Великобритания) 11, 31, 49, 50, 97, 106
- Неблагоприятный отбор клиентов 122, 123, 133
- Неформальные платежи 39
- Нидерланды 11, 15, 16, 18, 19, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 46, 57, 58, 59, 60, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 109, 110, 112, 116, 117, 119, 120, 122, 125, 126, 127, 131, 134, 136, 139
- Норвегия 134, 137
- О**бщее благо 53, 54, 55, 131, 162, 181, 183, 184, 186, 187, 192
- Общенациональная система здравоохранения (Испания) 11, 75, 147, 201, 202
- Общества взаимопомощи (mutuelles) 39, 167, 182, 198
- Организация по поддержанию здоровья (НМОs), США 11, 95, 169
- Отбор по степени риска 20, 21, 22, 63, 71, 81, 118, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 162, 178, 185, 190
- Открытый доступ 22, 86, 88, 90, 91, 124, 126, 128, 129, 178, 186
- Очереди на лечение (списки ожидающих лечения) 40, 48, 49, 50, 75, 98, 149, 153, 154, 156, 160
- ОЭСР 11, 139, 145, 146, 148, 168, 173, 190, 196

- П**араллельное ДМС 18, 20, 22, 26, 29, 36, 37, 40, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 57, 58, 62, 64, 68, 74, 75, 76, 77, 80, 85, 88, 93, 94, 97, 99, 118, 120, 127, 140, 141, 143, 145, 146, 147, 156, 157, 159, 160, 166, 167, 168, 169, 176, 178, 179, 182, 186, 193
- Период ожидания выплат 22, 91, 158, 159, 170, 191
- План наличных выплат (Великобритания) 50
- Плата с потребителей 19, 26, 192. *См. также* Разделение платежей, Совместные платежи
- Платежеспособность 51, 118, 119, 180
- Подписание моратория 86, 91, 92, 93, 122, 134, 142
- Подсистемы (Португалия) 201, 202
- Пожизненное страхование 21, 22, 88, 89, 112, 128, 162, 178
- Покрытие ДМС 28
- Португалия 11, 19, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 46, 47, 75, 77, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 96, 97, 99, 103, 104, 106, 107, 109, 110, 112, 121, 139, 143, 145, 147, 165, 166, 167, 169, 174, 175, 176, 177, 180, 195, 196, 201, 202
- Пособия и льготы 17, 27, 28, 31, 33, 38, 39, 40, 50, 57, 65, 66, 67, 70, 71, 73, 81, 90, 109, 111, 120, 122, 128, 132, 134, 139, 140, 141, 142, 144, 146, 155, 156, 157, 158, 167, 169, 169, 170, 172, 174, 179, 181, 184, 185, 193, 203
- Поставщик 29, 38, 39, 94, 96, 111, 153
- Провидентные компании 43, 77, 78, 79, 89, 105, 107, 108, 162, 163, 170, 183, 184, 186, 191
- Р**авный доступ 73, 96, 98, 104, 115, 116, 118, 123, 124, 126, 149, 175, 176
- Разделение затрат 19, 38, 86, 88, 90, 93, 122, 154
- Ранее существовавшие заболевания 85, 88, 90, 91, 92, 124, 158, 159, 162, 170, 178, 186, 191
- Расходы на здравоохранение 19, 24, 25, 27, 29, 65, 72, 73, 167, 172, 173
- общие 19, 29, 30, 32, 33, 34, 64, 78, 99, 101, 165, 167, 172, 173
- государственные 17, 19, 25, 29, 30, 31, 105, 112, 153, 165, 172, 173, 174, 177
- частные 30, 31, 32, 33, 34, 172, 201
- Расширенное ДМС 18, 20, 21, 22, 26, 29, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 57, 62, 64, 74, 75, 76, 77, 80, 85, 86, 88, 93, 94, 99, 117, 118, 120, 121, 122, 127, 139, 140, 143, 145, 146, 147, 148, 156, 157, 160, 166, 167, 168, 169, 176, 178, 189, 185, 186, 199
- Регулирование 20, 27, 51, 53, 55, 56, 65, 73, 85, 128, 132, 135, 143, 144, 165, 169, 179, 185
- Регулятивные рамки 24, 51, 139, 168, 169, 171, 183, 189, 190
- Резервы для выплат в пожилом возрасте 64, 66
- С**вобода передвижения людей 23, 26, 151, 154, 155, 157, 159, 160, 170
- Свобода перемещения услуг 23, 24, 26, 151, 154, 155, 160, 170, 171
- Сдерживание затрат 38, 126, 129, 130, 131
- Семейный анамнез 22, 71, 86, 87, 132, 134, 178, 179, 190, 191
- Сеть предпочтительных служб 94, 95, 169
- Система здравоохранения, обеспечивающая гарантированное медицинское обслуживание населения 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 36, 38, 40, 42, 48, 58, 59, 71, 74, 75, 85, 93, 96, 112, 116, 117, 118, 121, 122, 145, 146, 148, 151, 156, 160, 167, 173, 174, 176, 177, 178, 192, 201, 202, 203
- Система уравнивания риска 15, 21, 100,
- Совместные платежи 18, 21, 26, 34. *См. также* Разделение затрат, Плата с потребителей, Вычеты, Экцидент
- Солидарность 77, 78, 130, 162, 170, 182, 185, 186, 191, 194
- Социальное страхование здоровья 17, 25, 27, 33, 65, 66, 85, 120, 141, 172, 173, 197

Спрос на ДМС 19, 26, 27, 39, 40, 41, 42, 45, 47, 49, 50, 62, 68, 81, 82, 101, 104, 106, 107, 120, 165, 166, 176, 189, 191, 192

Стационарное лечение 42, 50, 74, 95, 141. *См. также* Больничное лечение

Стоматологическая помощь 29, 38, 50, 60, 63, 65, 74, 76, 77, 85, 87, 90, 96, 141, 147, 176, 199

Страхование, не включающее страхование жизни 35, 51

Структура рынка 57, 75, 108, 160, 169, 177

США 11, 25, 27, 41, 94, 111, 134, 137, 146, 147, 169, 173, 199

Типы страховых компаний 43, 57, 75, 77, 79, 162, 184

Трансграничная продажа (полисов ДМС) 23, 161, 163, 174

Третья директива по видам страхования, не включающим страхование жизни 19, 23, 24, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 67, 78, 79, 85, 117, 119, 128, 131, 140, 160, 161, 162, 175, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 189

Управление благоприятной торговли (Великобритания) 11, 91, 92, 142, 168, 190, 198

Условия полисов 19, 22, 52, 63, 66, 67, 72, 85, 118, 138, 139, 140, 141, 143, 168, 181, 183, 190

Финляндия 19, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 75, 77, 78, 80, 82, 83, 87, 89, 92, 98, 102, 103, 110, 112, 145, 146, 166, 180, 195, 196, 205

Фонды на случай болезни 67, 68, 80, 81, 126, 148

Франция 11, 18, 19, 22, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 43, 59, 74, 75, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 117, 118, 121, 122, 134, 139, 143, 145, 146, 148, 153, 155, 156, 157, 162, 163, 165, 166, 167, 172, 179, 180, 182, 183, 184, 195, 196, 197, 198, 205, 206

Характеристики страхователей 5, 41, 43

Ценовая эластичность 41

Частные койки 50, 97, 148

Частный сектор 26, 94, 97, 106, 118, 146, 147, 149, 176, 191, 201

Швейцария 27

Швеция 19, 22, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 48, 74, 75, 77, 80, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 96, 97, 98, 102, 104, 110, 112, 116, 134, 136, 143, 146, 153, 166, 179, 180, 195

Экцедент 93

Эластичность спроса по доходу 41

Эффективность 16, 21, 23, 26, 40, 51, 55, 96, 97, 98, 105, 111, 113, 115, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 169, 174, 192

Д 56 **Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза** / Э. Моссиалос, С. Томпсон. Пер. с англ. — М.: Издательство «Весь Мир», 2006. — 224 с.

ISBN 5-7777-0239-2

В данном исследовании рассматриваются основные виды добровольного медицинского страхования (ДМС), существующие в государствах—членах Европейского союза, формулируются основные проблемы, возникшие на рынке ДМС в условиях открытых границ и уменьшения государственного регулирования в данной области. Особое внимание уделяется вопросу взаимоотношения рынка ДМС и системы здравоохранения, обеспечивающей гарантированное медицинское обслуживание населения.

Книга адресована разработчикам политики в области здравоохранения, работникам страховых компаний, а также всем заинтересованным лицам.

УДК 368.04
ББК 65.271

Издательство «Весь Мир»
является соиздателем и официальным дистрибьютором публикаций ВОЗ
и других международных организаций в Российской Федерации
www.vesmirbooks.ru

Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза

Редактор: *Т.В. Кирсанова*
Корректоры: *Агарёва Е.Ю., Платонова Н.С.*
Руководитель производственного отдела: *Н.А. Кузнецова*
Верстка: *С.А. Голодко*

Подписано в печать 00.00.2006

Печать офсетная.

Формат. 60x90 ¹/₁₆. Печ. л. 14,0.

Заказ №

ООО Издательство «Весь Мир»
101000, Россия, Москва, Колпачный переулок, 9а

Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза

В этом исследовании приводится обзор рынков добровольного, или частного, медицинского страхования в государствах—членах Европейского союза. Рассматривается роль добровольного медицинского страхования в этих странах и факторы, определяющие спрос на него; структура, поведение и функционирование национальных рынков; доступность и равноценность возможностей страхования и защита потребителей на этих рынках; влияние добровольного медицинского страхования на свободное передвижение страхователей и перемещение услуг внутри Европейского союза и современные тенденции и задачи, характеризующие деятельность страховых обществ и разработчиков политики в сфере добровольного медицинского страхования на национальном уровне и в масштабах всего ЕС.

Авторы

Элайас Моссиалос, профессор политики в области здравоохранения Мемориального фонда им. Брайана Абея-Смита, кафедры социальной политики Лондонской школы экономики и политических наук и Директор по исследовательской работе Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Сара Томпсон, научный сотрудник по политике в области здравоохранения отделения медицинского и социального обеспечения Лондонской школы экономики и политических наук, научный сотрудник по исследованиям в Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Участники

Райнхард Буссэ, Карстен Вранбэк, Маргарита Джаннони-Мацци, Харамбос Иконному, Ханс Марс, Хеннамари Миккола, Моника Оливейра, Марисоль Родригес, Симона Сандье, Филипп Ульман, Тони Хоклей, Мария М. Хофмархер, Кай Шолунг, Жан Эрмес.



Европейская обсерватория
по системам и политике здравоохранения

