

Серия изданий
Европейской обсерватории
по системам здравоохранения

Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Под редакцией
Элайаса Моссиалоса
Анны Диксон
Жозепа Фигераса
Джо Кутцина

Финансирование здравоохранения:
альтернативы для Европы

Под редакцией Элайаса Моссиалоса,
Анны Диксон, Жозепа Фигераса, Джо Кутцина



Лауреат премии “Бакстер” Европейской Ассоциации управления здравоохранением

**Финансирование
здравоохранения:
альтернативы для Европы**

Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения

Редакторы серии

Жозеп Фигерас — руководитель секретариата и директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения, а также руководитель Европейского центра политики в области здравоохранения Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения.

Мартин Макки — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессор кафедры европейского общественного здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины, а также один из директоров Европейского центра по вопросам охраны здоровья в странах с переходной экономикой при этой школе.

Элайас Моссиалос — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и рецензент Мемориального фонда им. Брайана Абея-Смита по тематике политики в области здравоохранения на факультете социальной политики Лондонской школы экономики и политических наук, а также один из директоров Лондонской школы здравоохранения и социального обеспечения.

Ричард Б. Солтман — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессор по вопросам политики в области здравоохранения и управления Школы общественного здравоохранения им. Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия.

О настоящей серии

Основное внимание в изданиях данной серии посвящено ключевым вопросам формирования политики в области здравоохранения в Европе. В каждом исследовании рассматриваются концептуальная основа, полученные результаты и уроки в отношении развития более справедливых, эффективных и действенных систем здравоохранения в Европе. С учетом этой направленности целью данной серии является содействие развитию в большей степени ориентированного на существующие реалии подхода к формулированию политики в секторе здравоохранения.

Данные исследования будут иметь важное значение для всех занимающихся разработкой или оценкой национальной политики здравоохранения и, в частности, будут полезны для лиц, ответственных за вопросы политики в области здравоохранения и их консультантов, которые испытывают постоянно растущее давление в плане рационализации структуры и финансирования систем здравоохранения. Данная серия будет полезна также для научных работников и студентов, занимающихся вопросами политики в области здравоохранения, которые пытаются лучше разобраться в сложных альтернативных вариантах, существующих в рамках систем здравоохранения в Европе.

Опубликованные и готовящиеся к публикации работы

(на русском языке выйдут в свет в издательстве «Весь Мир»)

Мартин Макки и Джудит Хили (ред.): *Больницы в меняющейся Европе.*

Мартин Макки, Джудит Хили и Джейн Фолкингэм (ред.): *Здравоохранение в Центральной Азии.*

Элайас Моссиалос, Анна Диксон, Жозеп Фигерас и Джо Кутцин (ред.): *Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы.*

Ричард Б. Солтман, Райнхард Буссе и Элайас Моссиалос (ред.): *Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран.*

Европейская обсерватория по системам здравоохранения представляет собой уникальный проект, основывающийся на стремлении всех участвующих в его осуществлении партнеров к совершенствованию систем здравоохранения. Этими партнерами являются:

- Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
- Правительство Греции
- Правительство Норвегии
- Правительство Испании
- Европейский инвестиционный банк
- Институт «Открытое общество»
- Всемирный банк
- Лондонская школа экономики и политических наук
- Лондонская школа гигиены и тропической медицины

ЕОСЗ оказывает помощь и поддержку в разработке политики здравоохранения на основе имеющихся данных и всестороннего подробного анализа динамики систем здравоохранения в Европе.

Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения

Под редакцией Жозепа Фигераса, Мартина Макки, Элайаса Моссиалоса и Ричарда Б. Солтмана



Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Под редакцией
**Элайаса Моссиалоса,
Анны Диксон,
Жозепа Фигераса
и Джо Кутцина**

Опубликовано от имени Европейской обсерватории
по системам здравоохранения

Издательство «Весь Мир»

2002

УДК 614
ББК 51.1
Фи 48

Оригинальное издание опубликовано «Оупен Юниверсити Пресс» от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения под названием Funding health care: options for Europe (European Observatory on Health Care Systems Series)

Published by Open University Press on behalf of the European Observatory on Health Care Systems in 2002 under the title Funding health care: options for Europe (European Observatory on Health Care Systems Series)

© World Health Organization 2002

Права на публикацию русского издания предоставлены издательству «Весь Мир» Директором Европейского регионального бюро ВОЗ.

Выраженные в настоящей публикации мнения, а также мнения редакторов и лиц, предоставивших соответствующие материалы, не обязательно отражают решения или политику, принятую организациями, не являющимися участниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Фи 48 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. — 352 с.

© World Health Organization 2002
ISBN 5-7777-0181-7

В книге анализируются современные системы финансирования здравоохранения, их достоинства и недостатки. Специальные главы посвящены налогообложению и его альтернативам, социальному медицинскому страхованию и платежам из кармана потребителя. В книге также уделено внимание проблемам финансирования долгосрочного ухода за престарелыми и вопросу о распределении средств.

*Перевод на русский язык — Издательство «Практика»
Верстка — Издательство «Весь Мир»*

Отпечатано в России

ISBN 5-7777-0181-7

Оглавление

Указатель рисунков и таблиц	vii
Список авторов	xii
От редакторов	xiv
Предисловие	xvi
Выражение признательности	xviii
Глава 1. Финансирование здравоохранения: введение	1
<i>Элайас Моссиалос и Анна Диксон</i>	
Глава 2. Финансирование здравоохранения: налогообложение и альтернативы	34
<i>Роберт Дж. Ивенс</i>	
Глава 3. Финансирование путем социального медицинского страхования	64
<i>Чарлз Норманд и Райнхард Буссе</i>	
Глава 4. Реформы финансирования здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	88
<i>Александр С. Прекер, Мелитта Якаб и Маркус Шнайдер</i>	
Глава 5. Частное медицинское страхование и медицинские депозитные счета: теория и опыт	122
<i>Алан Майнард и Анна Диксон</i>	
Глава 6. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза	142
<i>Элайас Моссиалос и Сара М. С. Томсон</i>	

VI Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Глава 7.	Сборы с пользователей	176
	<i>Рэй Робинсон</i>	
Глава 8.	Неофициальные платежи за медицинские услуги в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР: проблемы, тенденции и политические следствия	203
	<i>Морин Льюис</i>	
Глава 9.	Опыт обоснованного финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни	227
	<i>Энн Миллз и Сара Беннетт</i>	
Глава 10.	Финансирование долгосрочного ухода: государственные и частные альтернативы	248
	<i>Рафаэль Виттенберг, Бекки Сэндху и Мартин Кнапп</i>	
Глава 11.	Стратегическое распределение средств и решения по финансированию	274
	<i>Найджел Райс и Питер К. Смит</i>	
Глава 12.	Финансирование здравоохранения в Европе: сопоставление альтернатив	299
	<i>Элайас Моссиалос и Анна Диксон</i>	
	Предметный указатель	329

Указатель рисунков и таблиц

Рисунок 1.1.	Схема-треугольник	3
Рисунок 1.2.	Функции систем здравоохранения	4
Рисунок 1.3.	Примеры источников финансирования, механизмов взимания взносов и агентов инкассирования	5
Рисунок 1.4.	Доля общих расходов на здравоохранение в процентах от внутреннего валового продукта (ВВП) Европы в целом (в среднем по европейскому региону Всемирной организации здравоохранения) и региональные средние значения для Европейского союза (ЕС), стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и бывшего СССР, 1985-1999 гг.	10
Рисунок 1.5.	Доля общих расходов на здравоохранение, финансируемая из налоговых поступлений и из фондов социального медицинского страхования в избранных европейских странах по данным начиная с 1998 г.	10
Рисунок 2.1.	Затраты (в миллионах канадских долларов) на финансируемое государством здравоохранение в штате Манитоба, Канада, по десяти категориям населения, согласно доходам до вычета налогов (данные 1994 г.)	37

VIII Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Рисунок 2.2.	Доля налоговых выплат (в миллионах канадских долларов) в финансируемое государством здравоохранение в штате Манитоба, Канада, по десяти категориям населения согласно доходам до вычета налогов (данные 1994 г.)	37
Рисунок 2.3.	Чистый объем средств (в миллионах канадских долларов), переводимых населению или взимаемых с населения (классифицированного по десяти категориям согласно доходам до вычета налогов), при государственном финансировании здравоохранения в штате Манитоба, Канада (данные 1994 г.)	38
Рисунок 2.4.	Объем средств, переводимых населению или взимаемых с населения (классифицированного по десяти категориям согласно доходам до вычета налогов), в отношении к общему объему дохода до вычета налогов при государственном финансировании здравоохранения в штате Манитоба, Канада (данные 1994 г.)	38
Рисунок 2.5.	Расходы на здравоохранение в США как процент от дохода семьи до вычета налогов, по десяти категориям населения согласно размеру семейного дохода, с учетом типа расходов, 1987 г.	40
Рисунок 2.6.	Расходы на здравоохранение в США как процент от дохода семьи до вычета налогов, по десяти категориям населения согласно размеру семейного дохода, с учетом типа расходов и возраста главы семьи, 1987 г.	40
Рисунок 2.7.	Оценки прогрессивности (индекс прогрессивности Какуани, Kakwani 1977) общих расходов на здравоохранение в 12 странах Организации экономического сотрудничества и развития в разные годы согласно доле расходов, финансируемых из налоговых поступлений	42
Рисунок 3.1.	Упрощенная модель функций финансирования и денежных потоков в странах с социальным медицинским страхованием	65
Рисунок 4.1.	Доля общих расходов на здравоохранение, финансируемая из налоговых поступлений и из фондов социального медицинского страхования, в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, по данным начиная с 1997 г.	94

Рисунок 4.2.	Доля предварительно оплачиваемых общих расходов на здравоохранение по сравнению с долей, оплачиваемой на месте оказания услуги, в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, по данным начиная с 1997 г.	103
Рисунок 4.3.	Организационные формы взаимосвязей между сторонами, заключающими сделки в здравоохранении	108
Рисунок 4.4.	Младенческая и детская смертность среди групп населения с самыми низкими и самыми высокими доходами в Киргизии и Казахстане, 1997 г.	118
Рисунок 8.1.	Средний размер неофициальных платежей (в долларах США по курсу 1995 г. с учетом относительной покупательной силы) на душу населения для лиц, обратившихся за медицинской помощью в пяти странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 1996 или 1997 г.	216
Рисунок 8.2.	Средний размер неофициальных платежей (в долларах США по курсу 1995 г. с учетом относительной покупательной силы) за одно обращение по поводу амбулаторной помощи, стационарного лечения и назначения лекарств в семи странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 1996, 1997 или 1998 гг.	217
Таблица 1.1.	Среднегодовой процент роста общих расходов на здравоохранение (государственные расходы — в скобках) в избранных европейских странах в ценах на валовой внутренний продукт 1995 г., 1980-1985, 1985-1990 и 1990-1995 гг.	11
Таблица 1.2.	Общие расходы на здравоохранение (государственные расходы — в скобках) как процент от валового внутреннего продукта в странах Европейского союза, 1990-1998 гг.	11
Таблица 3.1.	Важнейшие характеристики систем социального медицинского страхования в Западной Европе в связи с финансированием, 1999 или 2000 г. (если не указано иное)	69
Таблица 4.1.	Аналитическая схема для улучшения функционирования систем здравоохранения	90
Таблица 4.2.	Изменения валового внутреннего продукта и расходов на здравоохранение в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	92
Таблица 4.3.	Характеристики доходов от взносов медицинского	

Х Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

	страхования в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	96
Таблица 4.4.	Организационные стимулы для систем здравоохранения в зависимости от формы организации	111
Таблица 5.1.	Рыночные трудности в финансировании здравоохранения	124
Таблица 5.2.	Компоненты частного сектора в 1980-х и 1990-х годах в США (утверждающиеся и в других странах)	133
Таблица 6.1.	Процент расходов на добровольное медицинское страхование по отношению к общим расходам на здравоохранение в странах Европейского союза, 1980-1998 гг.	147
Таблица 6.2.	Охват добровольным медицинским страхованием в странах Европейского союза в 1998 г.	148
Таблица 6.3.	Ежегодный рост средней цены премий добровольного медицинского страхования в избранных странах Европейского союза	162
Таблица 6.4.	Нормы прибыли (доходы от премий, поделенные на выплаченные пособия) добровольного медицинского страхования в 11 странах Европейского союза в 1995 и 1998 гг.	164
Таблица 7.1.	Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза	183
Таблица 7.2.	Доплата населения за медицинскую помощь в избранных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	191
Таблица 8.1.	Обобщение исследований и обзоров неофициальных платежей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	212
Таблица 8.2.	Процент людей, заявивших о требовании неофициальных платежей, среди лиц, обратившихся за медицинской помощью (согласно типам помощи), в избранных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	218
Таблица 8.3.	Среднемесячный доход на душу населения и средний процент месячного дохода, затрачиваемый на лечение и лекарства лицами, обратившимися за медицинской помощью, в семи странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	219
Таблица 9.1.	Способы защиты от рисков для социального медицинского страхования в Таиланде	233
Таблица 10.1.	Подходы пяти западноевропейских стран к финансированию долгосрочного ухода	259

Таблица 10.2.	Процент респондентов в 12 странах Европейского союза, согласных с утверждением: «Долг работающей части населения — обеспечить старикам достойный уровень жизни, выплачивая взносы и налоги» (опрос проводился в 1992 г.)	269
Таблица 10.3.	Взгляды респондентов из 12 стран Европейского союза на оптимальный способ организации долгосрочного ухода (в процентах к общему числу опрошенных; опрос проводился в 1992 г.)	270
Таблица 11.1.	20 схем распределения средств, функционирующих в Западной Европе (по категориям)	279
Таблица 11.2.	Описание схем распределения средств в 20 странах Западной Европы	288

Список авторов

Сара Беннетт — преподаватель Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания; ныне — в Тбилиси, Грузия.

Райнхард Буссе — ассоциированный профессор Высшей медицинской школы в Ганновере, Германия, и председатель Мадридского центра по наблюдению за европейскими системами здравоохранения.

Анна Диксон — научный сотрудник Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, преподаватель Лондонской школы экономических и политических наук, Великобритания.

Роберт Ивенс — профессор Университета Британской Колумбии, Ванкувер, Канада.

Жозеп Фигерас — председатель секретариата и руководитель научно-исследовательских работ Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, председатель Европейского центра политики в области здравоохранения (Европейское управление Всемирной организации здравоохранения), Копенгаген, Дания.

Мелитта Якаб — сотрудник Всемирного банка.

Мартин Кнапп — сопредседатель Центра по изучению здравоохранения и социальной опеки при Лондонской школе экономических и политических наук, Великобритания.

Джо Кутцин — старший советник-резидент Европейского управления Всемирной организации здравоохранения при Министерстве здравоохранения Киргизии, Бишкек.

Морин Льюис — председатель секции Всемирного банка, Вашингтон, США.

Алан Майнард — профессор Йоркского университета, Великобритания.

Энн Миллз — профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания.

Элайас Моссиалос — руководитель научно-исследовательских работ Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, преподаватель Лондонской школы экономических и политических наук, Великобритания.

Чарлз Норманд — профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания.

Александр С. Прекер — сотрудник Всемирного банка, Вашингтон, США.

Найджел Райс — старший научный сотрудник Центра экономики здравоохранения Йоркского университета, Великобритания.

Рэй Робинсон — профессор Лондонской школы экономических и политических наук, Великобритания, и старший научный сотрудник Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения.

Бекки Сэндху — сотрудник Министерства здравоохранения Англии

Маркус Шнайдер — директор Института прикладных системных исследований, Аугсбург, Германия.

Питер К. Смит — профессор Центра экономики здравоохранения Йоркского университета, Великобритания.

Сара М. С. Томсон — научный сотрудник Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, базируется в Лондонской школе экономических и политических наук, Великобритания.

Рафаэль Виттенберг — научный сотрудник Центра по изучению здравоохранения и социальной опеки при Лондонской школе экономических и политических наук, Великобритания, и экономический советник Министерства здравоохранения Англии.

От редакторов

Лица, ответственные за государственную политику в странах Европы, придерживаются единого мнения о коренных задачах здравоохранения. Перечень этих задач краток: доступ к медицинским услугам для всех граждан, улучшение здоровья населения, эффективное использование средств, высокое качество услуг, отзывчивость на нужды больных. С этой формулой согласны представители всех политических сил; она неоднократно — иногда с теми или иными вариациями — звучала в ходе большинстве недавних избирательных кампаний в европейских странах.

Этот консенсус, однако, существует только на уровне абстрактных политических рассуждений. Стоит лицам, принимающим политические решения, сделать шаг по пути проведения деклараций в жизнь, как общие принципы сразу же рассыпаются, превращаясь в ряд несхожих, иногда противоречащих друг другу подходов. И это вполне естественно. В странах с различными историческими, культурными и политическими традициями на протяжении долгого времени складывались совершенно различные институциональные структуры финансирования и предоставления медицинских услуг.

В связи с подобным многообразием естественно возникает вопрос о том, каковы сильные и слабые стороны отдельных систем и какой подход предпочтительнее в том или ином контексте, для решения тех или иных приоритетных политических задач. Заинтересованность политиков в ответах на этот вопрос породила волну реформ, охватившую системы здравоохранения стран Европы в 1990-х годах. Реформы, в свою очередь, способствовали расширению научно-методологической базы как для политиков, так и для специалистов по клинической медицине, и породили возможность хотя бы частично преодолеть организационные трудности на пути к более целенаправленной и обоснованной политике в области здравоохранения для всей Европы.

Книги, публикуемые в серии «Европейская обсерватория по системам здравоохранения», посвящены комплексному анализу политики в области здравоохранения. Авторы серии — академические ученые и специалисты по разработке политического курса, работающие в различных учреждениях ряда стран; каждый из них вносит свой вклад в синтетическую картину современного здравоохранения. В каждой из книг подробно рассматриваются теоретические основы, итоги и уроки движения европейских систем здравоохранения к более справедливому распределению услуг, большей эффективности и экономичности. Задача серии в целом — способствовать формированию более научно обоснованного подхода к формулировке политических задач для здравоохранения. В исследованиях уделяется должное внимание культурным, социальным и экономическим различиям между странами и разрабатывается ряд политических альтернатив для принятия решений в будущем. Анализ сильных и слабых сторон различных политических подходов служит решению главной задачи, ради которой и была предпринята вся серия: создать своего рода мост между академической наукой и реальной политикой и стимулировать разработку стратегических мер по реформированию здравоохранения в соответствии с насущными требованиями.

Серия «Европейская обсерватория по европейским системам здравоохранения» создается совместными усилиями трех международных агентств, трех национальных правительств, двух научно-исследовательских учреждений и одной международной неправительственной организации. В создании серии участвуют Европейское управление Всемирной организации здравоохранения (эта организация формирует секретариат Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения), правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа гигиены и тропической медицины и Лондонская школа экономических и политических наук.

Более подробную информацию о книжной серии и других публикациях, выпускаемых Советом по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, можно найти на сайте www.observatory.dk.

Жозеп Фигерас, Мартин Макки, Элайас Моссиалос и Ричард Б. Солтман

Предисловие

В то время как ожидания, связанные с системами здравоохранения, растут, а обоснованность расходов то и дело ставится под сомнение, правительствам нужно найти ответ на кардинальный вопрос: каков самый подходящий способ финансирования нашего здравоохранения?

Всемирная организация здоровья заверяет, что политические решения, связанные со здравоохранением, принимаются в настоящее время преимущественно на основе объективных данных о функционировании различных механизмов в определенных социально-экономических, политических и культурных контекстах.

Корпус данных о влиянии различных методов финансирования растет. В настоящей книге исследуются пути мобилизации доходов и следствия выбора того или иного механизма финансирования или того или иного сочетания механизмов. Различные механизмы оцениваются на основании различных критериев, одним из которых служит влияние на социальную справедливость. Хотим ли мы, чтобы платежи ложились особенно тяжелым бременем на бедных и больных? Существующие данные свидетельствуют о том, что при мобилизации доходов для здравоохранения действие рыночных механизмов ограничено. Приватизация может привести к нарушению принципов социальной справедливости и равного доступа к услугам: частное медицинское страхование весьма регрессивно, а сборы с пользователей являются грубым политическим инструментом.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения играет важную роль во Всемирной организации здравоохранения, отслеживая процесс изменений в европейских системах здравоохранения, обеспечивая анализ и информацию и распространяя объективные данные среди лиц, ответственных за разработку политики. При создании настоящей книги разработки исследователей-теоретиков сочета-

лись с практическим опытом тех, кто разрабатывает и проводит в жизнь политические меры; цель книги — предложить вниманию читателей идеи относительно эффективной политики в области здравоохранения и снабдить необходимой информацией тех, кто принимает политические решения. Совершенствование механизмов мобилизации доходов для обеспечения достойного уровня здравоохранения — задача, в успешном решении которой заинтересован каждый.

*Марк Данзон,
Директор Европейского регионального бюро
Всемирной организации здравоохранения*

Выражение признательности

Эта книга входит в серию «Европейская обсерватория по системам здравоохранения». Мы благодарны нашим авторам, которые оперативно предоставили свои тексты, а затем совершенствовали их.

За подробные и конструктивные замечания мы особенно благодарны нашим рецензентам Филиппу Берману, Луке Брузати, Антонио Дурану, Джулиану Ле Грану, Мартину Макки, Рэю Робинсону, Ричарду Б. Солтману и Герберту Цёльнеру. Дополнительный материал для обзора предоставили Петер Лутц, Штефан Гресс, Агнес Куффиналь и Регина Рифан. Мы благодарим также партнеров «Наблюдений» за их вклад в создание и совершенствование текста.

Мы благодарны всем нашим коллегам из «Обсерватории», участвовавшим в работе по подготовке книги. Это прежде всего Анна Марессо (верстка глав), Джеффри Лейзарус, Дженн Кейн и Филлис Даль (организация производства), Суси Лессоф (координация исследований), Мириам Андерсон (административная поддержка). Особая благодарность Дэвиду Бройеру за окончательное редактирование рукописи перед публикацией. Особая благодарность Шиле О'Доэрти, Лизе Мыглиной и Гульнаре Джампеисовой (Программа «ЗдравПлюс») за помощь в редакции русского перевода.

Наконец, мы благодарны департаменту здравоохранения итальянской провинции Венето за финансовую поддержку семинара, объединившего авторов этой книги в Венеции в декабре 1999 г. Особая благодарность — организаторам семинара Луиджи Бертинато, Патрисии Мэйсон, Филиппо Палумбо и Франко Тониоло. Мы хотели бы выразить благодарность также Марино Кортеше и Доре Де Диана за то, что они предоставили для нашей встречи музей Фонда Кверини Стампалья (Querini Stampalia). За полезные замечания по представленным в Венеции ранним вариантам глав мы благодарны Джону Эпплби, Фонсу Бертену, Рене Кристенсену, Мартину Длухы, Джулиану Фордеру, Петеру Галю, Георгию Гоцадзе, Унто Хаккинену, Лиз Роше, Лоре Роуз, Игорю Шейману, Франческо Тарони и Акакию Зоидзе.

Элайас Моссиалос, Анна Диксон, Жозеп Фигерас и Джо Кутцин

глава ПЕРВАЯ

Финансирование здравоохранения: введение

Элайас Моссиалос и Анна Диксон

Зачем нужна книга о финансировании здравоохранения

В основе всех устойчивых систем здравоохранения — надежно обеспеченный доступ к человеческим, капитальным и расходуемым ресурсам. Непременным условием такого доступа служит наличие финансовых средств, вкладываемых в здания и оборудование, в заработную плату персонала и в оплату лекарств и других расходуемых продуктов. Организация сбора доходов, создания фондов и управления ими — задача, решением которой должны заниматься политические деятели, столкнувшиеся с необходимостью разработать системы финансирования, способные удовлетворить потребности социальной политики и экономики.

Большинство стран испытывает постоянные трудности, связанные с ростом расходов и ограниченностью ресурсов. В распоряжении политиков — три возможности: сдержать расходы, повысить финансирование здравоохранения или сочетать оба подхода. Нежелание допустить чрезмерный рост расходов привело к большим изменениям в системе организации и финансирования здравоохранения. Проблема сдерживания расходов в здравоохранении индустриальных стран была предметом постоянных дискуссий начиная с 1970-х годов (Mossialos and Le Grand 1999). Вместе с тем сбалансированный бюджет возможен только при наличии достаточных доходов. Поскольку масштабные государственные кредиты во многих странах исключены из числа нормальных экономических методов, основное внимание ныне уделяется политике обеспечения доходов, иначе говоря тому, как финансировать здравоохранение на устойчивой основе.

Какой подход принят в этой книге

В этой книге исследуются возможности, которыми могут воспользоваться ответственные лица, принимающие решения по организации повышения доходов. Речь идет прежде всего о возможности выбирать между различными механизмами финансирования или между различными сочетаниями таких механизмов. В книге ис-

2 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

пользован обширный массив опубликованной литературы по финансированию здравоохранения (Appleby 1992; Wagstaff *et al.* 1993, 1999; Schieber 1997; Barer *et al.* 1998; van Doorslaer *et al.* 1999). Особенности книги состоят в следующем:

- теоретические соображения и выводы сочетаются с подробным изложением эмпирических фактов;
- приводятся новейшие аналитические данные о недавнем опыте финансирования здравоохранения в странах Западной Европы, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР;
- проблемы, связанные с финансированием охраны здоровья и долгосрочного ухода, рассматриваются совместно;
- помимо механизмов финансирования в собственном смысле, исследуется взаимосвязь между финансированием и распределением средств.

В отдельных главах рассматриваются сравнительные достоинства основных методов финансирования здравоохранения и возможное влияние этих методов на государственную политику¹. Книга не дает готовых рецептов; ее основная цель — подвергнуть критическому анализу постоянно растущий фактический материал. Читатель найдет в ней как комплекс теоретических представлений, так и эмпирические данные по разным странам Европы, а также ряд примеров, почерпнутых из опыта других индустриальных и менее развитых стран. В книге учтены данные вплоть до осени 2000 г.

Аналитические подходы к финансированию здравоохранения

В этом разделе обсуждаются теоретические схемы, с помощью которых анализируется финансирование здравоохранения. В дальнейшем эти схемы будут служить основой для отдельных глав книги.

Организация оказания медицинской помощи населению: схема-треугольник

С финансовой точки зрения оказание медицинской помощи можно представить в упрощенном виде как процесс движения средств, когда поставщики медицинских услуг направляют средства здравоохранения на удовлетворение потребностей больных, а больные или сторонние плательщики (например, страховщики) направляют финансовые средства поставщикам (см. рис. 1.1). Простейшая форма сделки за поставку товара или услуги — прямой платеж. Потребитель (первый участник сделки) платит поставщику (второму участнику) непосредственно за товар или услугу. В сложившихся системах здравоохранения существует и третий участник, защищающий население от финансовых рисков, связанных с болезнью. Этот третий участник может представлять собой государственное или частное учреждение². Механизм, при котором платежи осуществляет третий участник (сторонний плательщик), сложился в значительной степени благодаря той неопределенности, которую несет с собой нездоровье; он позволяет разделить риски. Этот механизм является также средством достижения межличностного перераспределения³. Чтобы финансировать услуги здравоохранения, третий участник должен непосредственно или опосредованно собрать деньги от населения, которое он защищает от рисков (имеется в виду все население или какая-либо группа населения — например наемные работники). Полученный таким образом доход используется для компенсации расходов больного или поставщика.

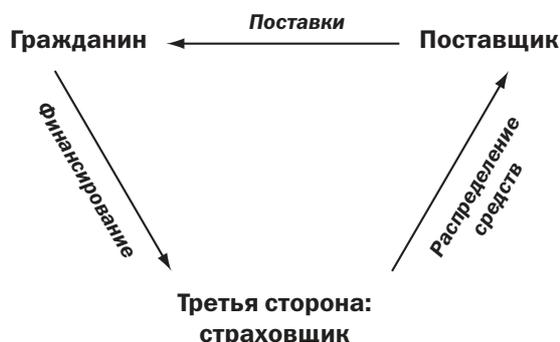


Рисунок 1.1. Схема-треугольник. Reinhardt (1990)

Формула финансирования

Сумма всех доходов должна равняться суммарному расходу, который должен быть равен суммарному размеру прибылей и сумме доходов работников системы. Формула, выведенная Ивенсом (Evans 1998) и не предусматривающая дефицита, служит иллюстрацией этого правила. Согласно формуле, доход — сумма налога (СН), принудительные взносы или взносы в социальное страхование (СС), платежи наличными и сборы с пользователей (ПН) и добровольные или частные страховые премии (ЧС) — равен расходу, размер которого получается в результате умножения цены (Ц) на количество (К) товаров и услуг. Доход и расход, в свою очередь, должны быть равны доходам тех, кто поставляет услуги здравоохранения, — общему количеству разнообразных вложений (Ю), помноженному на их цену (Я).

$$СН + СС + ПН + ЧС = ЦК = ЮЯ$$

В этой книге описываются следствия и результаты принятия разнообразных вариантов пополнения доходной части (первая часть формулы). Лишь очень немногие из европейских систем здравоохранения имеют единичные источники получения доходов. В большинстве систем доход складывается из налоговых поступлений, взносов в социальное страхование, платежей наличными из кармана больного и частных страховых премий⁴. В некоторых странах — прежде всего в тех, где доходы на душу населения невысоки, — значительные средства поступают в виде дотаций со стороны неправительственных организаций, перечислений со стороны финансирующих органов и кредитов, предоставляемых международными банками. Эти источники доходов также учитываются там, где это необходимо. Мы анализируем также возможное влияние источников дохода на цену и количество товаров и услуг (ЦК) и на совокупность разнообразных вложений (ЮЯ).

Сбор доходов, создание финансового пула и закупки

Как показано на рисунке 1.2, системы здравоохранения делятся на функциональные компоненты: сбор доходов, создание финансового пула и закупки и поставки меди-

4 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

цинских услуг. Функции могут выступать по отдельности или сочетаться по-разному даже внутри одной и той же страны. Иногда функции интегрируются в рамках единой организационной структуры. В других случаях одна структура собирает доходы и концентрирует средства в фондах, тогда как закупками и поставками услуг занимаются другие органы (Kutzin 2001); затем средства распределяются между этими различными структурами.

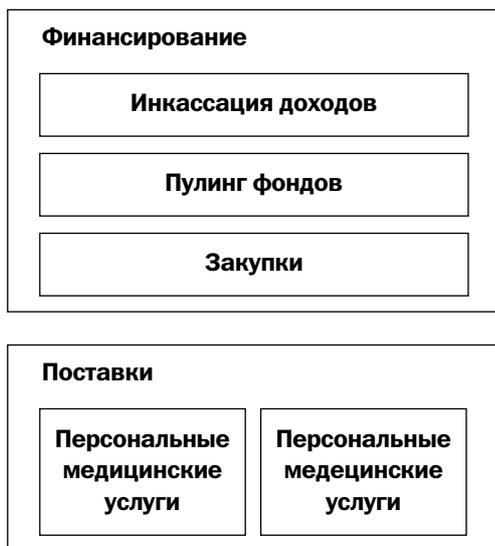


Рисунок 1.2. Функции систем здравоохранения. Murray and Frenk (2000)

Сбор доходов

В связи с процессом сбора доходов следует иметь в виду следующие обстоятельства: кто является плательщиком, каков тип платежа, кто его получает. Рисунок 1.3 отражает многообразие источников финансирования, механизмов платежа и агентов по инкассо, а также разнообразные возможности их взаимодействия. Основными плательщиками являются отдельные лица и учреждения. Среди механизмов финансирования — взимание налогов, социальное страхование, частные страховые премии, индивидуальные сбережения, платежи наличными из кармана больного и ссуды, субсидии и дотации. Агенты по инкассо могут быть частными коммерческими, частными некоммерческими и государственными. Статус страховщиков влияет на их мотивацию и стимулы: работают ли они в интересах своих акционеров или членов.

Налоги могут взиматься с отдельных лиц, хозяйств и фирм (прямые налоги) или со сделок и товаров (косвенные налоги). Прямые и косвенные налоги могут взиматься на общегосударственном, региональном и местном уровнях. Косвенные налоги могут быть общими (например, налог на добавленную стоимость) или относиться к определенным товарам (акцизные налоги). Некоторые социальные или обязательные страховые взносы являются налогами, которые взимаются правительством с зарплат. Мы различаем налоги, взимаемые правительством, и обязательные страховые взносы, взимаемые, как правило, независимыми или полунезависимыми структурами.

висимыми агентами. Налоги могут быть общими или адресными (целевыми) — иначе говоря, предназначенными для определенных расходов.

Взносы социального медицинского страхования обычно обусловлены размером доходов; в них на паях участвуют наемные работники и наниматели. Взносы могут взиматься также с лиц, работающих не по найму; такие взносы калькулируются на основе деклараций о доходах или о прибыли (в некоторых странах декларации могут содержать заниженные данные). Взносы в интересах пожилых, безработных или инвалидов могут взиматься с пенсионных фондов, фондов по безработице и медицинских страховых фондов или выплачиваться из налоговых поступле-



Рисунок 1.3. Примеры источников финансирования, механизмов взимания взносов и агентов инкассирования. Kutzin (2001)

ний. Доходы социального медицинского страхования, как правило, откладываются на нужды здравоохранения и инкассируются специальным фондом.

Частные медицинские страховые премии выплачиваются либо отдельным индивидом, либо наемными работниками на паях с нанимателем, либо только нанимателем. Премии могут калькулироваться с учетом индивидуальных рисков (на основе оценки вероятности того, насколько данный индивид может нуждаться в медицинской помощи), с учетом общественных рисков (на основе оценки рисков по всей совокупности жителей данного географического региона) или с учетом групповых рисков (на основе оценки рисков по всем работникам данной фирмы). Частные медицинские страховые премии инкассируются независимыми частными учреждениями: частными коммерческими страховыми компаниями или частными некоммерческими страховыми компаниями и фондами. Правительство может субсидировать расходы на частное медицинское страхование, используя налоговые скидки или освобождение от налогов.

Медицинские депозитные счета — это индивидуальные депозитные счета, на которые люди депонируют деньги либо в обязательном порядке, либо руководствуясь определенными стимулами. Деньги должны тратиться на личные медицинские расходы. Медицинские депозитные счета обычно сочетаются со страхованием от катастроф, предполагающим большие вычеты из страховых выплат.

Больные могут обязываться к частичной или полной оплате расходов на некоторые типы лечения в форме сбора с пользователей. Такие сборы могут представлять собой совместные платежи (платежи по единообразной ставке за каждую услугу), совместное страхование (процент от общей стоимости услуги) или вычет из страховых выплат (на больного возлагаются расходы ниже определенного потолка; дальнейшие расходы берет на себя страховщик). Инкассирующим агентом обычно является поставщик услуг — врач, больница или фармацевт.

Создание финансового пула

Сбор (инкассацию) доходов следует отличать от объединения средств, то есть создания финансового пула: некоторые формы инкассации не допускают разделения финансовых рисков между плательщиками (то есть усреднения рисков). Среди таких форм — медицинские депозитные счета и платежи наличными. Создание финансового пула определяется как «концентрация предварительно оплаченных средств здравоохранения в интересах населения» (Kutzin 2001). Создание финансового пула важно постольку, поскольку оно способствует концентрации (усреднению) финансовых рисков по всей совокупности жителей или по определенной группе населения.

Если сбор (инкассация) доходов и создание финансового пула интегрированы в единое целое, процесс перехода средств от инкассирующего агента к агенту, концентрирующему средства в пуле, происходит внутри этого целого. Примерами могут служить взносы социального медицинского страхования, инкассируемые фондами и удерживаемые ими, равно как и общегосударственные, региональные или местные налоги, также инкассируемые и удерживаемые. Если функции сбора средств и создания пула выполняются разными агентами, необходим механизм распределения средств от инкассирующих агентов к фондам. Если пулов много, распределение средств постепенно приводится в соответствие со структурой рисков по тем частям населения, которую обслуживают различные пулы. Этот про-

цесс, известный как корректировка рисков, анализируется в главе 11. Корректировка рисков в конкурентных системах социального медицинского страхования обусловлена преимущественно стремлением предотвратить так называемое снятие сливок (van de Ven *et al.* 1994; Oliver 1999). В системах, финансируемых из налоговых поступлений, методы корректировки рисков при подушечном финансировании (капитации) сформировались благодаря стремлению обеспечить равный доступ к услугам путем справедливого распределения средств между территориальными органами («планами») здравоохранения. Однако независимо от источника финансирования мотивы распределения средств с учетом структуры рисков одни и те же: создать гарантии того, что каждый пул (страховой фонд или территориальный орган здравоохранения) будет иметь в своем распоряжении именно столько средств, сколько нужно для эффективного обслуживания соответствующей части населения (Kutzin 2001).

В условиях частного медицинского страхования каждый фонд объединяет абонентов одного и того же страховщика. Однако возможности объединения (концентрации, усреднения) рисков ограничены актуарными премиями, размер которых обусловлен риском отдельного индивида. Если премии калькулируются с учетом общественных рисков, объединение рисков происходит по всем жителям данного региона. Калькуляция рисков с учетом групповых рисков позволяет объединить риски по всем работникам данной фирмы.

Медицинские депозитные счета предотвращают объединение рисков, поскольку фонды удерживаются на отдельных счетах. Поэтому медицинские депозитные счета обычно дополняются страхованием от катастроф для очень дорогостоящих случаев медицинского вмешательства.

Сборы с пользователей взимаются на месте оказания услуг и, следовательно, не являются формой создания финансового пула⁵. Прибыль, получаемая благодаря таким сборам, может использоваться по-разному. Так, индивидуальный поставщик медицинских услуг может удержать деньги в качестве личного дохода. Деньги могут быть удержаны также на уровне клиники или больницы и, наряду с другими доходами, могут использоваться для поддержки местных поставок услуг. Если сборы с пользователей идут в доход страховщика или государства, они могут использоваться для заполнения брешей между размером премий или налоговых поступлений и размером расходов.

Закупки

Под закупками понимается «перевод средств, накопленных в фондах, поставщикам услуг в интересах населения» (Kutzin 2001). В некоторых системах услуги закупаются специальными агентами (например, в Великобритании такими агентами являются тресты первичной помощи). В подобных случаях средства из фондов должны переводиться покупателям. Задача обеспечения равенства, справедливости и эффективности требует такого распределения средств, которое соответствовало бы реальным нуждам здравоохранения. Как показано в главе 11, подушечное финансирование (капитация) служит основным методом калькуляции бюджета покупателей в странах Европы. Вместе с тем многие системы здравоохранения продолжают распределять средства, руководствуясь политическими расчетами, историческими прецедентами или выгодными ценовыми предложениями.

Уравновешивание доходов и расходов

Хотя основное внимание в этой книге уделяется доходам, важно осмыслить обе стороны бухгалтерского баланса — расходы и доходы. В данном разделе рассматриваются недавние тенденции, проявившиеся в структуре расходов здравоохранения; здесь также анализируются методологические проблемы, связанные с калькуляцией расходов здравоохранения, и рассматривается степень участия различных источников доходов в покрытии расходов здравоохранения.

Тенденции расходования средств в здравоохранении стран Европы

В 1960-1970-х годах расходы на социальное обеспечение в крупнейших странах Организации экономического сотрудничества и развития быстро росли, однако затем этот рост приостановился (Glennester 1997). Экономический спад, наступивший вслед за нефтяным кризисом 1974 г., и растущая безработица подорвали веру в обоснованность политики повышения расходов на социальное обеспечение. Левые и правые политики были единого мнения о кризисе идеи «государства всеобщего благоденствия» (welfare state). Впрочем, их опасения не оправдались: государственные расходы на социальное обеспечение во многих странах вскоре стабилизировались, а расходы на здравоохранение в реальном исчислении продолжают расти. Это обстоятельство способно усилить конфликт между спросом и предложением в здравоохранении; для предотвращения такого конфликта страны должны прибегнуть к дефицитному финансированию⁶, урезать другие государственные расходы, переключиться на частные источники поступлений или повысить экономичность.

Сравнение данных о расходах на здравоохранение по разным странам порождает ряд методологических вопросов. Среди них — установление границы между здравоохранением и социальной опекой, стандартизация определений по разным странам, методы сбора данных, вопросы, связанные с организационными различиями. Определенные проблемы возникают также в связи с точным измерением расходов и их представлением в виде процента от валового внутреннего продукта (ВВП): оценки могут варьировать в широких пределах и не учитывают ситуации в неофициальном секторе экономики и здравоохранения стран Южной Европы, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Альтернативные методы — такие, как учет курса обмена валют и оценка относительной покупательной способности при сравнении расходов на здравоохранение из расчета на душу населения, — не решают возникающих трудностей. Так, курсы обмена валют колеблются, а расчеты цен на товары и услуги, входящие в стандартную потребительскую корзину (на основе которой оценивается относительная покупательная способность), необъективны в отношении цен на медикаменты (Kanavos and Mossialos 1999). Поэтому при интерпретации данных о расходах следует проявлять осмотрительность. Так или иначе, данные свидетельствуют о том, что в большинстве европейских стран расходы на здравоохранение в реальном исчислении продолжают расти (см. табл. 1.1). То же относится и к государственным расходам на здравоохранение, особенно в Германии, Ирландии, Нидерландах, Швейцарии и Великобритании, где государственные расходы на здравоохранение росли быстрее, чем общие. Частные расходы в этих странах представляют собой преимущественно платежи наличными, тогда как частное страхование здоровья не получило особого распространения.

В течение 1990-х годов средний общий объем расходов, рассчитываемый как процент от ВВП, стабилизировался в большинстве стран Европейского союза, а также в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (см. рис. 1.4). Подробные данные по странам Европейского союза свидетельствуют о том, что расходы на здравоохранение, рассчитываемые как процент от ВВП, в конце 1990-х годов стабилизировались, а в некоторых странах даже снизились (см. табл. 1.2). Однако в восьми из пятнадцати стран Европейского союза ВВП между 1995 и 1998 гг. рос быстрее, чем расходы на здравоохранение, а в Дании, Греции, Португалии и Испании расходы на здравоохранение росли лишь ненамного быстрее, чем ВВП. Таким образом, показатели стабилизации расходов, рассчитываемых как процент от ВВП, в ряде случаев, возможно, отражают не столько успехи по сдерживанию расходов на здравоохранение, сколько общий экономический рост. Например, рост расходов на здравоохранение в Ирландии между 1995 и 1998 гг. вырос на 3,4%, а экономический рост составил 8,8%. В Финляндии и Швеции расходы на здравоохранение снизились. Что касается Швеции, то здесь просто произошло переключение части расходов из бюджета на здравоохранение в бюджет социального обеспечения. В Финляндии же серьезный экономический спад привел к необходимости значительно сократить расходы на здравоохранение, прежде всего государственные (ОЕСД 2000). Расходы на здравоохранение, рассчитываемые как процент от ВВП, в странах бывшего СССР в 1990 г. выросли, однако этот факт указывает не столько на реальный рост расходов на здравоохранение, сколько на общий экономический спад.

Распределение расходов согласно источникам доходов

Большинство европейских систем здравоохранения финансируется из разнообразных источников (см. рис. 1.5). Основной источник финансирования — налоговые поступления и социальное медицинское страхование; исключение составляют Азербайджан, Грузия и Киргизия, где предварительная оплата играет минимальную роль, а большинство услуг оплачивается непосредственно наличными из кармана потребителя. На рисунке 1.5 показано соотношение между расходами на здравоохранение, покрываемыми из фондов социального медицинского страхования и из налоговых поступлений в ряде стран Западной Европы (участки, выходящие за диагональ, отражают роль частных источников в покрытии расходов). Рисунок 4.1 (глава 4) иллюстрирует тот же показатель для ряда стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Налоговые поступления играют определенную роль в финансировании здравоохранения почти во всех европейских странах. Налоги — основной источник доходов здравоохранения в Албании, Великобритании, Дании, Испании, Италии, Казахстане, Латвии, Польше, Португалии, Румынии и Швеции. Социальное медицинское страхование служит основным источником доходов для здравоохранения Венгрии, Германии, Нидерландов, Словакии, Словении, Франции, Хорватии, Чехии и Эстонии. Оба источника играют приблизительно равноценную роль в финансировании здравоохранения Бельгии, Греции и Швейцарии. Такие обобщенные данные не позволяют провести грань между взносами частного медицинского страхования и оплатой наличными из кармана потребителя. Во всех европейских странах, за исключением Франции⁷ и Нидерландов, платежи наличными занимают в структуре частных расходов на здравоохранение более значительное место, чем частное медицинское страхование.

10 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

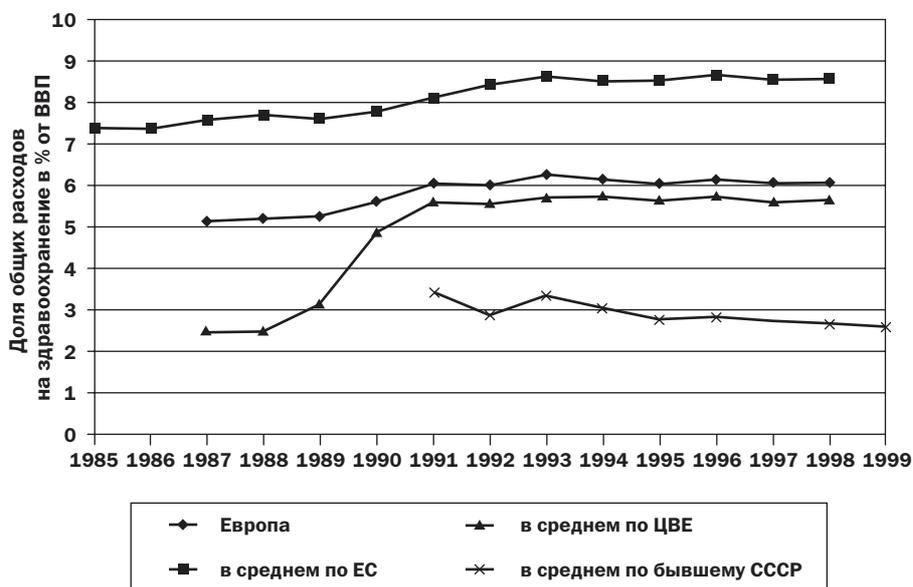


Рисунок 1.4. Доля общих расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) Европы в целом (в среднем по европейскому региону Всемирной организации здравоохранения) и региональные средние значения для Европейского союза (ЕС), стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и бывшего СССР, 1985-1999. *Источник:* WHO (2001).

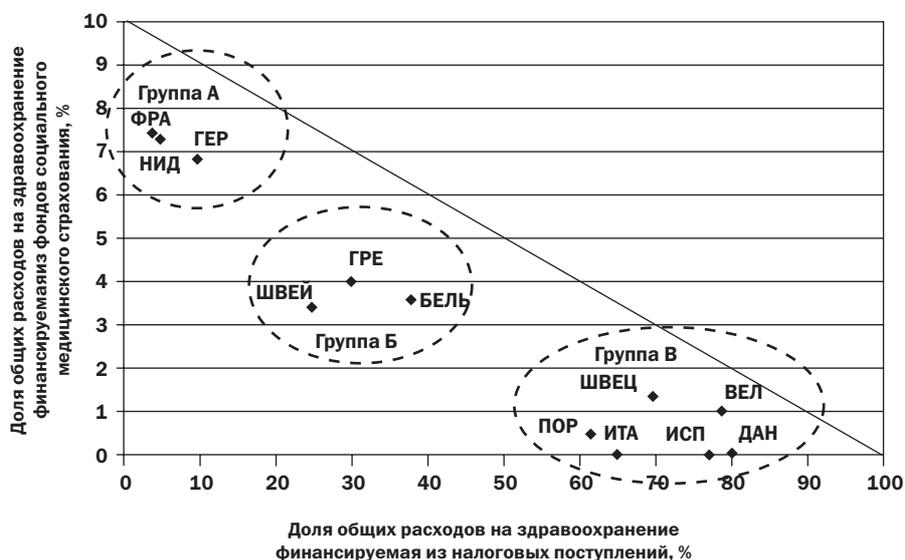


Рисунок 1.5. Доля общих расходов на здравоохранение, финансируемая из налоговых поступлений и из фондов социального медицинского страхования в избранных европейских странах по данным начиная с 1998 г. БЕЛЬ — Бельгия; ВЕЛ — Великобритания; ГЕР — Германия; ГРЕ — Греция; ДАН — Дания; ИСП — Испания; ИТА — Италия; НИД — Нидерланды; ПОР — Португалия; ФРА — Франция; ШВЕЙ — Швейцария; ШВЕЦ — Швеция. *Источник:* оценки авторов на основе OECD (2000).

Таблица 1.1. Среднегодовой процент роста общих расходов на здравоохранение (государственные расходы — в скобках) в избранных европейских странах в ценах на валовой внутренний продукт 1995 г.^а, 1980-1985, 1985-1990 и 1990-1995 гг.

	1980-1985	1985-1990	1990-1995
Австрия	-1,2 (0,8)	4,7 (4,0)	6,2 (5,8)
Бельгия	2,9 (2,5)	3,8 (5,6)	3,9 (3,9)
Чехия	данных нет	данных нет	8,4 (7,6)
Дания	1,6 (1,1)	0,6 (-0,1)	2,4 (2,4)
Финляндия	6 (5,9)	6,1 (6,7)	-1,8 (-3,1)
Франция	4,2 (3,7)	4,1 (4,1)	3,8 (3,6)
Германия	1,9 (1,6)	2,2 (1,8)	7,7 (8,2)
Греция	данных нет	данных нет	3,2 (1,8)
Исландия	5,4 (5,1)	5,3 (5,2)	1,5 (1,0)
Ирландия	1,3 (-0,2)	2,7 (1,6)	6,7 (7,0)
Италия	2 (1,2)	6,8 (7,1)	1,6 (-1,3)
Люксембург	данных нет	8,7 (9,6)	6,2 (6,0)
Нидерланды	0 (0,5)	4,8 (3,6)	3,6 (4,7)
Норвегия	2,7 (2,8)	1,5 (0,9)	3,4 (3,4)
Польша	данных нет	данных нет	4,5 (0,6)
Португалия	2,7 (-0,6)	7 (11,0)	6,5 (6,5)
Испания	2,2 (2,5)	8,9 (8,3)	2,7 (2,6)
Швеция	1,3 (0,8)	2,5 (2,4)	-1,2 (-2,3)
Швейцария	4 (3,6)	4,2 (4,9)	3,1 (4,2)
Великобритания	данных нет	данных нет	5,1 (5,3)

^а Дефлятор цен ВВП используется ввиду доступности данных и ввиду того, что дефляторы цен на здравоохранение не отражают истинного положения дел в фармацевтической области.

Источник: OECD (2000).

Таблица 1.2. Общие расходы на здравоохранение (государственные расходы — в скобках) как процент от валового внутреннего продукта в странах Европейского союза, 1990-1998 гг.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Австрия	7,2 (5,3)	7,2 (5,3)	7,6 (5,6)	8,1 (6,0)	8,1 (6,0)	8,9 (6,4)	8,9 (6,3)	8,2 (5,8)	8,2 (5,8)
Бельгия	7,4 (6,6)	7,8 (6,9)	7,9 (7,0)	8,1 (7,2)	7,9 (7,0)	8,2 (7,3)	8,6 (7,6)	8,6 (7,7)	8,8 (7,9)
Дания	8,4 (7,0)	8,3 (6,9)	8,4 (7,0)	8,7 (7,2)	8,5 (6,9)	8,2 (6,8)	8,3 (6,8)	8,2 (6,8)	8,3 (6,8)
Финляндия	7,9 (6,4)	9,0 (7,3)	9,1 (7,3)	8,3 (6,3)	7,8 (5,9)	7,5 (5,7)	7,7 (5,8)	7,3 (5,5)	6,9 (5,3)
Франция	8,8 (6,7)	9,0 (дн)	9,2 (дн)	9,7 (дн)	9,6 (дн)	9,8 (7,5)	9,7 (7,4)	9,6 (7,3)	9,6 (7,3)

12 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Таблица 1.2. Общие расходы на здравоохранение (государственные расходы — в скобках) как процент от валового внутреннего продукта в странах Европейского союза, 1990-1998 гг. (продолжение)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Германия	8,7 (6,7)	9,1 (7,1)	9,7 (7,6)	9,7 (7,5)	9,8 (7,6)	10,2 (8,0)	10,6 (8,3)	10,5 (8,0)	10,6 (7,9)
Греция	7,6 (4,8)	7,9 (4,8)	8,3 (4,9)	8,3 (4,8)	8,3 (4,9)	8,3 (4,8)	8,3 (4,9)	8,5 (4,9)	8,3 (4,7)
Ирландия	7,0 (5,0)	7,4 (5,4)	7,8 (5,6)	7,8 (5,7)	7,7 (5,5)	7,4 (5,4)	7,2 (5,2)	7,0 (5,3)	6,4 (4,8)
Италия	8,1 (6,3)	8,4 (6,6)	8,5 (6,5)	8,6 (6,3)	8,4 (5,9)	8,0 (5,4)	8,1 (5,5)	8,4 (5,7)	8,4 (5,7)
Люксембург	6,6 (6,1)	6,5 (6,0)	6,6 (6,1)	6,7 (6,2)	6,5 (6,0)	6,3 (5,8)	6,4 (5,9)	6,0 (5,5)	5,9 (5,4)
Нидерланды	8,8 (6,1)	9,0 (6,4)	9,2 (6,8)	9,4 (7,0)	9,2 (6,8)	8,9 (6,5)	8,8 (6,0)	8,6 (6,0)	8,6 (6,0)
Португалия	6,4 (4,2)	7,0 (4,4)	7,2 (4,3)	7,5 (4,7)	7,5 (4,8)	7,7 (5,0)	7,7 (5,1)	7,6 (5,1)	7,8 (5,2)
Испания	6,9 (5,4)	7,0 (5,5)	7,4 (5,8)	7,6 (6,0)	7,4 (5,9)	7,0 (5,5)	7,1 (5,5)	7,0 (5,4)	7,1 (5,4)
Швеция	8,8 (7,9)	8,7 (7,6)	8,8 (7,7)	8,9 (7,7)	8,6 (7,3)	8,4 (7,2)	8,7 (7,4)	8,5 (7,2)	8,4 (7,0)
Велико- британия	6,0 (5,1)	6,4 (5,4)	6,9 (5,9)	6,9 (6,0)	7,0 (5,9)	7,0 (5,9)	7,0 (5,9)	6,7 (5,6)	6,7 (5,6)

дн — данных нет.

Источник: OECD (2000).

Факторы, влияющие на расходы

Продолжающийся рост расходов на здравоохранение объясняется различными причинами, среди которых — старение населения, особая трудоемкость медицинских услуг, быстрое развитие техники, рост общественных ожиданий, давление поставщиков услуг (Altman and Blendon 1979; Scitovsky 1984; Bareg *et al.* 1987; Baumol 1993, 1995; McGrail *et al.* 2000). Реальная степень влияния этих факторов на рост расходов здравоохранения служит предметом дискуссий. Старение населения может быть причиной более значительного роста расходов на долгосрочный уход по сравнению с расходами на лечение больных с острыми случаями. Альтернативы по финансированию долгосрочного ухода обсуждаются в главе 10.

Столкнувшись с ростом расходов на здравоохранение, политики могут принять меры по сдерживанию расходов, которое, впрочем, отнюдь не тождественно повышению экономичности. Политики могут также попытаться повысить техническую эффективность медицинских услуг с целью максимизации отдачи от финансовых вложений. Обсуждение этих проблем не входит в задачи настоящей книги. Так или иначе, существует ряд факторов, способствующих росту доходов и поддержанию или увеличению финансирования в зависимости от потребностей.

Успешное функционирование системы финансирования в значительной степени определяется внешними (контекстуальными) обстоятельствами. Политика, в том числе основанная на научном анализе эмпирических данных, имеет тем больше шансов на успех, чем лучше учтен контекст ее возможного применения (Walt 1998). Контекстуальные факторы могут повлиять на возможное предложение доходов или на способность реализовать возникающие возможности и преобразовать предложение доходов в реальные доходы. Среди контекстуальных факторов, способных оказать прямое влияние на сбор доходов и меры по финансированию, различаются ситуационные, структурные, относящиеся к окружению и относящиеся к культурным традициям (Leichter 1979).

Ситуационные факторы — это заметные, но преходящие события, оказывающие прямое влияние на политику. Среди факторов этого рода — крупные политические события, подобные революциям в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, объединению Германии, падению диктатур в Португалии и Испании. К числу ситуационных факторов относятся также внутренние политические перемены, в том числе приход к власти новой политической партии или назначение нового министра здравоохранения.

Структурные факторы носят постоянный характер. К ним относятся экономическая основа государства, его политические институты, его демографическая структура. На сбор доходов влияют такие аспекты экономики и рынка труда, как темп экономического роста, размер неофициального сектора экономики, соотношение производственной прибыли (доходов от вложенного труда) к доходам от капитала, соотношение мужчин и женщин на рынке труда, типы занятости (работа неполный день, работа по контракту), уровень объединения в профсоюзы, уровень подвижности капиталов. На функционирование механизмов финансирования могут влиять и политические структуры и институты. Среди факторов, которые следует иметь в виду, — стабильность политических институтов, объем полномочий административных органов на общегосударственном, региональном и местном уровнях, степень коррумпированности государства и политическая воля к борьбе с коррупцией внутри администрации, состав органов, принимающих решения, распределение полномочий между центральной властью и региональными властями. Изменения, затрагивающие возрастную структуру населения, отношение самостоятельной части населения к зависимой (то есть отношение числа лиц в возрасте свыше 65 и менее 15 лет, с одной стороны, к числу лиц в возрасте между 15 и 65 годами — с другой) и структуру семьи (в том числе роль кровных взаимосвязей), влияют как на способность аккумулировать доходы, так и на спрос на здравоохранение и долгосрочный уход.

Под факторами, относящимися к *окружению*, понимаются события, структуры и ценности, внешние по отношению к политической системе, но влияющие на принятие решений внутри системы. События, подобные войнам или междоусобицам (как в Югославии), глубоко — и по большей части отрицательно — влияют на способность производить доход. Среди возможных отдаленных последствий таких событий — изменение системы финансирования. Механизмы финансирования здравоохранения в странах, входящих в Европейский союз, определяются правилами союза, в том числе директивами Европейской комиссии, предписывающими создание единого рынка для большинства видов страхования (в том числе для частного медицинского страхования). Последние решения Европейского суда (в том числе по делам Коля и Деккера), поддержавшие свободное движение товаров и свободу предоставления услуг, могут оказать определенное воздействие на фи-

14 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

нансирование и компенсацию расходов на лекарства и амбулаторное лечение в странах, где расходы больных не столько предварительно оплачиваются, сколько компенсируются (Kanavos 2000; Kanavos and McKee 2000). Решения Организации по международной торговле могут повлиять на меры по сбору доходов и созданию финансовых пулов в мировом масштабе (Price *et al.* 1999). Далее, новые научные достижения, особенно в области генетического тестирования, создают новые проблемы для финансирования здравоохранения, особенно в связи с актуарным страхованием (Murthy *et al.* 2001). В будущем откроется техническая возможность более точного определения генетической структуры индивида и, следовательно, более точной оценки того, насколько этот индивид может нуждаться в медицинском вмешательстве.

Под *культурными* факторами понимается ценностная ориентация общества в целом или отдельных групп внутри общества. К культурным факторам относятся доверие к правительству и к законодательной власти, статус профессионалов, структура идеологических предпочтений, традиционно сложившееся отношение к неофициальным платежам и подаркам и восприятие неформальных сообществ и неформальных процессов принятия решений.

Способность взимать налоги и сборы в некоторых странах существенно ограничена отсутствием доверия к государству и правительству. Представления людей о том, сколько средств нужно тратить на здравоохранение, как нужно финансировать здравоохранение, какова должна быть мера сплоченности богатых и бедных, больных и здоровых, молодых и старых, обуславливают направленность политических дискуссий и формируют общественное мнение о системах здравоохранения.

Сравнительный обзор различных установок по отношению к финансированию здравоохранения показал, что большинство респондентов во всех странах Европейского союза уверены в способности национального правительства обеспечить охрану здоровья для всех граждан независимо от их материального положения. Большинство респондентов в Великобритании, Греции, Ирландии, Португалии, Испании, Италии и Швеции считают, что правительство должно тратить больше средств на здравоохранение (Mossialos 1998). Сторонники роста правительственных расходов на здравоохранение в большинстве своем полагают, что такой рост должен быть достигнут путем снижения расходов на другие нужды, а не путем повышения налогов или страховых взносов; так думают не менее 80% населения всех стран Европейского союза за исключением Швеции (66%), Дании (69%) и Великобритании (58%) (Mossialos 1998). Перечисленные факторы в совокупности обеспечивают контекст, в рамках которого политики должны сформировать устойчивые системы финансирования здравоохранения.

Сильные и слабые стороны различных методов финансирования

Как уже указывалось, большинство европейских систем здравоохранения финансируется из разнообразных источников. Хотя выбор обычно осуществляется не между взаимоисключающими альтернативами, а между различными сочетаниями источников, анализ основных преимуществ и недостатков каждого отдельно взятого механизма финансирования остается важной задачей. Настоящий раздел в значительной степени основан на содержании глав 2, 3, 5, 6 и 7. Обсуждению всей совокупности данных посвящена заключительная глава 12.

Налогообложение

Налогообложение по своей природе неоднородно; налоги различаются по источникам (прямые и косвенные налоги), уровню (общегосударственные и местные налоги), типу (общие и адресные налоги). Различные типы налогов имеют неодинаковое значение с точки зрения социальной справедливости и экономичности. В Великобритании здравоохранение финансируется преимущественно путем прямого налогообложения. Адресные подоходные налоги на здравоохранение играют первоочередную роль во Франции и в Италии. На здравоохранение откладывается по меньшей мере часть налогов от продажи сигарет в Бельгии и Великобритании. Региональные или местные налоги — главный источник доходов здравоохранения в Болгарии, Дании, Норвегии, Финляндии, Швеции, а с 2000 г. также в Италии. Общегосударственные налоги — основной источник доходов здравоохранения в Албании, Великобритании, Греции, Испании, Польше и Португалии. В последующих разделах будет показано, что налоговые поступления используются также для субсидирования других систем финансирования.

Прямые или косвенные налоги

Прямыми называются налоги, взимаемые с отдельных лиц, хозяйств или фирм; к прямым налогам относятся подоходные налоги, налоги на прибыль, налоги на доход с недвижимого имущества. Подоходные налоги обычно взимаются по прогрессивному принципу, что приводит к перераспределению доходов между бедными и богатыми (чем выше доход, тем выше ставка налога).

Некоторые институциональные особенности прямого налогообложения могут привести к горизонтальному неравенству (то есть к неравенству между людьми, имеющими одинаковые доходы). Речь идет о случаях, когда:

- ставки подоходного налога варьируют по регионам;
- некоторые типы доходов освобождены от подоходного налога;
- некоторые типы расходов исключаются из суммы, подлежащей обложению подоходным налогом (таковы платежи процентов по закладной, частные медицинские страховые премии или платежи наличными за медицинские услуги) (Van Doorslaer *et al.* 1999).

Взимание простых налогов не представляет особых административных трудностей, когда ведется официальный учет заработков или прибылей. Заработок — легко идентифицируемый источник доходов; соответственно, налог может удерживаться непосредственно с источника. При наличии развитой неофициальной экономики необходимы значительные административные возможности, чтобы уменьшить степень уклонения от уплаты налогов.

Косвенные налоги — это налоги на сделки и товары. К косвенным налогам относятся, например, налог с оборота, налог на добавленную стоимость, акцизные налоги, экспортные и импортные пошлины. Хилл (Hill 2000) утверждает, что косвенные налоги могут быть регрессивными, поскольку:

- люди с более высокими доходами откладывают больше денег, а сбережения не облагаются косвенными налогами;
- люди с относительно низкими доходами тратят пропорционально больше средств на товары, облагаемые высокими налогами (например, на табак);
- многие косвенные налоги представляют собой единовременные выплаты (таковы, например, водительские права).

Косвенное налогообложение товаров и услуг — явный и поэтому легко идентифицируемый источник, особенно при наличии развитой неофициальной экономики и распространенной практики уклонения от уплаты налогов. Дифференциальные ставки налогов, будучи применены к вредным для здоровья товарам (табачным изделиям и т. п.), могут снизить потребление таких товаров и тем самым способствовать улучшению здоровья населения. Применение высоких ставок к предметам роскоши и нулевых ставок к предметам первой необходимости также может привести к прогрессивным результатам. Однако в целом косвенные налоги имеют регрессивную природу, поскольку платежи по таким налогам определяются потреблением товаров и услуг, а не общим размером доходов.

Общегосударственные или местные налоги

В пользу местного налогообложения выдвигаются следующие аргументы:

- *Более высокая степень прозрачности:* расходы на здравоохранение обычно составляют основную часть местных бюджетов; соответственно, связь между суммой, взимаемой в качестве местного налога, и суммой, которая должна быть потрачена на нужды здравоохранения, носит более непосредственный характер (эти средства не являются адресными, однако наделены некоторыми свойствами «адресности»).
- *Более высокая степень подотчетности:* местные политики находятся ближе к электорату; соответственно, решения по расходованию денег носят более явный характер.
- *Отзывчивость на местные нужды:* лица, принимающие решения по расходованию денег на здравоохранение, могут руководствоваться специфическими интересами местных жителей.
- *Отделение здравоохранения от конкурирующих приоритетных сфер государственной политики:* здравоохранение может быть приоритетной сферой на местном уровне, где конкуренция за государственные средства выражена слабее. Степень приоритетности здравоохранения на местном уровне зависит от функций местного правительства и от того, насколько велики полномочия, переданные местному правительству из центра.

Выдвигаются также отдельные контраргументы. Преобладание в местных бюджетах расходов на здравоохранение (в бюджетах большинства округов Швеции такие расходы составляют до 70%) может породить своего рода инерцию, поскольку местные политики не хотят перемен: в медицинских заведениях работает значительная часть местных жителей, что является источником постоянного давления на центральную власть с целью удержать высокий уровень финансирования. Местные налоги могут также привести к горизонтальному неравенству, если в разных регионах применяются различные ставки налогов. Более того, одни и те же ставки могут привести к повышению уровня доходов для богатых регионов и к снижению уровня доходов для бедных регионов. Внутренняя миграция, особенно миграция молодого трудоспособного населения из сельской местности в города, может углубить неравенство между регионами ввиду высокого уровня нетрудоспособного населения в сельской местности. Теоретически, местное налогообложение, подобно общегосударственному, может быть как прогрессивным, так и регрессивным, однако его масштабы более ограничены, поскольку оно перераспределяет прибыли только внутри данного региона.

Общегосударственное налогообложение допускает компромиссы между сферой здравоохранения и другими сферами государственной политики. В системах, финансируемых из налоговых поступлений, решения о том, какая доля государственных расходов должна быть выделена на здравоохранение, носят ясный и недвусмысленный характер. На общегосударственном уровне компромиссы заключаются с другими программами расходов или перевода средств, снижения налогов или списания долгов. Распределение средств отражает способность министерства здравоохранения добиваться своих целей путем переговоров с другими министерствами. В большинстве стран ежегодный процесс установления бюджетов и распределения средств по различным правительственным ведомствам или департаментам традиционно выявляет относительную слабость сферы здравоохранения (представленной, как правило, министерством здравоохранения) по сравнению с министерством финансов. Преимущество сбора налогов на общегосударственном уровне — экономия на административных расходах (положительный эффект масштаба). Передача полномочий по взиманию налогов регионам снижает положительный эффект масштаба и тем самым увеличивает административные расходы.

Общие или адресные налоги

Основные преимущества общего налогообложения заключаются в следующем:

- обширная налоговая база (многообразие механизмов взимания налогов и многообразие источников налоговых поступлений);
- возможность компромиссов между здравоохранением и другими сферами расходования государственных средств (адресные налоги не допускают таких компромиссов).

Финансирование здравоохранения путем общего налогообложения также означает, что вложение средств в здравоохранение является предметом ежегодных переговоров о структуре расходования государственных финансов. Это обстоятельство способствует политизации процесса и одновременно развитию демократических структур подотчетности.

Адресные (целевые, отложенные) налоги предназначены специально для здравоохранения и могут быть как прямыми, так и косвенными. Адресный подоходный налог, или налог на здравоохранение, имеет ряд преимуществ перед общим налогообложением. Так, ввиду своего более явного характера он может снизить противодействие налогообложению (Commission on Taxation and Citizenship 2000). Установление реальной связи между налогообложением и расходами делает финансирование здравоохранения более прозрачным и повышает степень его соответствия подлинным потребностям населения (Jones and Duncan 1995). Одно из возможных преимуществ адресного налогообложения заключается в том, что оно внушает людям чувство определенной личной причастности к налоговой системе; последнее, в свою очередь, может способствовать повышению давления на поставщиков с целью улучшения качества услуг (Commission on Taxation and Citizenship 2000). Адресные налоги более устойчивы к политическим манипуляциям.

С другой стороны, у адресного налогообложения есть и потенциальные слабые стороны. На практике не все налоги, называемые адресными или имеющие признаки «адресности», являются строго целевыми, поскольку доходы от них могут соединяться с поступлениями от других налогов (Wilkinson 1994). Это ослабляет связь между доходом и расходом и, следовательно, снижает уровень доверия насе-

ления. «Адресность» налога может также снизить степень гибкости бюджетного процесса, в котором расходы определяются размерами доходов, а не политическими решениями (процесс поступления доходов носит циклический характер, что повышает вероятность периодических подъемов и спадов). Отделение здравоохранения от других сфер расходования государственных средств может привести к требованиям ввести другие адресные бюджеты, что чревато отрицательными последствиями для интегрированной политики в области здравоохранения; между тем большинство современных специалистов считает именно такую политику ключевым методом улучшения здоровья населения (Mossialos *et al.* 2000). Адресные налоги могут принести пользу отдельным заинтересованным группам и профессиональным лобби, размер влияния которых в значительной степени определяется возможностью распоряжаться деньгами.

Социальное медицинское страхование

Взносы в социальное медицинское страхование не обуславливаются размером риска, взимаются с зарплаты и инкассируются органом, находящимся в непосредственной близости к правительству (иначе такие взносы были бы равноценны адресному налогу на зарплату). Взносы обычно носят обязательный характер; наемный работник и наниматель участвуют в них на паях. В качестве инкассирующего органа может выступать единый национальный фонд медицинского страхования (как в Венгрии, Словакии, Хорватии и Эстонии) или единый фонд социального страхования (в Бельгии). Функция сбора доходов может быть передана независимым фондам (Франция), местным филиалам национального фонда (Румыния), отдельным фондам медицинского страхования, организованным по профессиональному или географическому принципу (Австрия, Германия, Литва, Чехия и Швейцария) или ассоциации страховых фондов (Люксембург).

Социальное медицинское страхование в Европе существует в двух различных вариантах. Во-первых, это утвердившиеся западноевропейские системы социального медицинского страхования, придерживающиеся бисмарковской модели, во-вторых, системы, возникшие в странах Центральной и Восточной Европы после падения коммунистических режимов (последние строили здравоохранение согласно модели Семашко⁸). Зрелые системы западноевропейских стран складывались долго; многие их организационные особенности и регулируемые связи являются результатом длительной адаптации к меняющимся условиям. В странах Центральной и Восточной Европы процесс перемен начался недавно и сразу принял радикальный и поспешный характер. Основной привлекательной чертой социального медицинского страхования для этих стран была независимость страховщика от государства, предполагающая большую отзывчивость страховщика на потребности больного или потребителя. Такая независимость отчасти стимулировалась идеологическими факторами: население утратило доверие к государству и больше не рассматривало его как подходящую защиту от опасностей, в том числе связанных с заболеванием. Вдобавок в период реформ всячески подчеркивалась важность децентрализации и приватизации.

Трудности с управлением, подотчетностью и регулированием фондов привели к тому, что в некоторых странах, где страховые фонды изначально были учреждены как независимые государственные органы, контроль над ними вновь переходит к министерству здравоохранения или министерству финансов. В иных странах

(Эстония, Польша) был принят более осторожный подход; страховые фонды этих стран стали независимы от государства лишь недавно, после того как их операционные возможности получили достаточное развитие (Karski *et al.* 1999; Jesse and Schaefer 2000).

Социальное медицинское страхование как средство сбора доходов имеет ряд преимуществ, общих с адресными налогами (см. выше). Оно носит относительно прозрачный характер и поэтому, как правило, приемлемо для общественности. Теоретически доходы социального медицинского страхования лучше защищены от политического вмешательства, поскольку право принятия решений по бюджетам и по расходованию средств принадлежит независимым органам. Вместе с тем Преркер с соавторами (глава 4) указывает, что социальное медицинское страхование может быть в значительной степени политизировано, так как независимые агентства, в отличие от государства, уязвимы перед лицом грозящих поглощением крупных корпораций.

Социальное медицинское страхование имеет ряд преимуществ перед страхованием, основанным на расчете рисков. Во-первых, оно остается легко доступным для страхуемых даже при переходе на новую работу; во-вторых, покрытие расходов носит постоянный характер, а размер взносов не зависит от индивидуального риска. В условиях социального медицинского страхования объединение (пулинг) рисков является значительно более масштабным, чем при частном медицинском страховании: «пул» рисков складывается на уровне всей совокупности рабочей силы или всего фонда, а не только одной отдельно взятой фирмы.

Вместе с тем у социального медицинского страхования есть свои слабые стороны. Часть средств в фонд социального страхования обычно обязаны вносить наниматели. Это может привести к повышению расходов на зарплату и тем самым снизить конкурентоспособность экономики страны на мировом рынке. В некоторых системах право на социальное медицинское страхование обуславливается занятостью или размером взносов. Это может ограничить доступ к медицинскому обслуживанию неработающего населения, в том числе стариков и безработных, а также материально зависимых лиц. Поскольку связь между страховыми пособиями и взносами остается сильной, существует тенденция к покрытию расходов только на лечебное и медицинское вмешательство. Поскольку социальное медицинское страхование имеет узкую доходную базу, зависящую от взносов работающего населения, оно может давать недостаточно высокий доход, особенно в странах, где процент работающего населения невысок. Далее, при обуславливании размера взносов размером зарплат не принимается во внимание достаток отдельного индивида или хозяйства, накопленный благодаря сбережениям или инвестициям. По мере того как доля дохода от капитала в общем доходе превышает долю заработанного дохода, обуславливание размера взносов размером зарплаты перестает отвечать принципу социальной справедливости. Процент лиц, работающих не по найму или занятых в нескольких местах, растет, что также усугубляет трудности со сбором взносов социального страхования. Если социальное страхование не является обязательным для всего работающего населения, оно может породить ложные стимулы для нанимателей. Так, наниматели могут предоставлять работу (на неполную ставку), оплачиваемую ниже минимума, или передавать функцию найма субподрядчикам, создающим новые рабочие места в теневом секторе (Schmahl 1998). Подобная практика обычна для стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, где схемы социального медицинского страхования стали работать совсем недавно: наниматели, столкнувшись с неблагоприятным для них экономическим

климатом, пытаются минимизировать расходы на зарплату, уклоняясь от взносов в социальное медицинское страхование.

Наконец, некоторые сильные и слабые стороны связаны с организационной спецификой страховых учреждений, в том числе с наличием единого фонда или множества фондов. Между различными фондами может существовать конкуренция; фонды могут быть и неконкурентными. При наличии единого фонда административные расходы относительно низки, регулирование не представляет больших трудностей, объединение (пулинг) рисков носит всеобщий характер. Вместе с тем абоненты не имеют возможности выбирать, а некоторые консервативные комментаторы указывают на опасность неэффективности и недостаточной отзывчивости на нужды потребителя. Охват населения неконкурентными фондами обычно осуществляется по принципу профессиональной общности или по региональному принципу. Профессиональные фонды могут моделировать и видоизменять свои услуги согласно потребностям работников; тем не менее размеры взносов в таких фондах могут быть выше среднего, особенно для профессий, связанных с повышенным риском. Если фонд профессионального страхования предоставляет более значительные пособия, чем другие страховщики, это может ограничить подвижность рабочей силы на рынке труда. Важно отметить также, что профессиональные фонды обслуживают перекрывающиеся географические области, что умножает административные расходы и ограничивает общий масштаб объединения (пулинга) рисков. Напротив, региональные фонды обслуживают различные географические области и охватывают все население соответствующей территории; это обеспечивает более масштабный пулинг рисков и более широкую административную базу. Региональные фонды также могут моделировать и видоизменять свои услуги согласно потребностям людей, населяющих данный регион. Вместе с тем региональным фондам присущи некоторые из описанных выше проблем местного налогообложения, связанных с региональным неравенством по богатству и доходам, занятости и медицинским рискам. При отсутствии механизмов перераспределения средств между региональными фондами это неравенство в финансировании может привести к неравенству при доступе к услугам.

Проекты реформ здравоохранения в Германии и Нидерландах (конец 1980-х — 1990-е годы) предусматривали введение конкуренции между страховщиками в системах социального медицинского страхования. Теоретически система конкурирующих государственных страховщиков повышает возможности выбора, способствует снижению размера взносов и повышению качества. Однако здесь могут возникнуть проблемы «снятия сливок» или негативного отбора, что чревато повышенной концентрацией рисков в отдельных фондах и высокой степенью дифференциации размера взносов. Конкуренция не мотивируется явным стремлением повысить возможности выбора для абонентов. Введение конкуренции между страховщиками в Германии и Нидерландах обосновывалось чисто финансовыми мотивами, в том числе повышением экономичности страхования, снижением различий в размерах взносов и снижением общего уровня взносов или ограничением роста размера взносов. Поскольку учрежденные страховщики обязаны принимать всех претендентов, конкуренция между фондами предполагает наличие механизма корректировки рисков, направленного на предотвращение негативного отбора и скрытых форм «снятия сливок». Первоначальные оценки не дают возможности судить о том, насколько эффективна конкуренция на практике. Люди все еще сравнительно мало пользуются своим правом поменять фонд, хотя число случаев смены фонда растет (Muller *et al.* 2000).

Наконец, в некоторых системах социального медицинского страхования важную роль играют налоговые поступления. Последние могут переводиться в страховые фонды с целью покрытия взносов неработающей части населения и ради того, чтобы предотвратить дробление общей суммы рисков. Неработающая часть населения имеет те же права на страхование, что и работающая часть, и может пользоваться услугами тех же поставщиков; таким образом соблюдается принцип социальной сплоченности. Кроме того, перевод части налоговых поступлений в фонды социального медицинского страхования предотвращает удвоение административных и закупочных функций.

Налоговые поступления могут служить также покрытию дефицита страховых фондов, защите государственных страховщиков от банкротства, предотвращению ежегодного роста размера взносов и, следовательно, роста расходов на зарплату. С другой стороны, при отсутствии риска дефицита страховщики не будут иметь стимулов к сдерживанию расходов или к повышению экономичности.

Частное медицинское страхование

Развитие ассоциаций взаимопомощи в Европе и их последующее превращение в объединенные национальные фонды медицинского страхования оказало долгосрочное влияние на частное медицинское страхование. Частное медицинское страхование бывает замещающим, добавочным или дополняющим (подробности см. в главе 6). Типы частного медицинского страхования различаются также по способу калькуляции премий (согласно индивидуальным, групповым или общественным рискам), по способу определения льгот и по статусу поставщиков страховых услуг (коммерческие и некоммерческие страховщики).

Замещающее страхование служит альтернативой государственному страхованию; доступ к этому виду частного страхования имеют те слои населения, которые могут быть исключены из сферы государственного страхования или которые имеют свободу выбора за пределами государственной системы. В Германии и Нидерландах лица с высокими доходами могут купить замещающее медицинское страхование. Поскольку размер дохода до известной степени связан с риском заболеть, разделение государственного и частного страхования согласно размеру дохода приводит к тому, что лица с относительно высоким риском концентрируются преимущественно в государственном секторе. Лица с относительно низкими доходами платят более высокие премии в качестве компенсации за более высокий риск и более низкий средний доход абонентов. Это снижает эффективность перераспределения средств и придает сочетанию механизмов финансирования регрессивный характер.

Добавочное частное медицинское страхование позволяет ускорить доступ к услугам или повысить качество «гостиничных» удобств в государственных медицинских заведениях. Это может нарушить принцип равного доступа к медицинским услугам для тех, кто пользуется услугами частного страхования и тех, кто ими не пользуется. Дополняющее частное медицинское страхование полностью или частично покрывает стоимость медицинских услуг, которые не оплачиваются или не полностью оплачиваются государственной системой. Такие полисы, покрывающие сбор с пользователей, полностью нейтрализуют воздействие последнего на утилизацию услуг (van de Ven 1983). Более того, дополняющее страхование практически недоступно лицам с самыми низкими доходами; поэтому такие больные ча-

сто должны оплачивать сборы из своего кармана. Это приводит к тому, что бедные вынуждены нести чрезмерное финансовое бремя (Kutzin 1998). Другие полисы по дополняющему страхованию открывают доступ к таким услугам, которые недоступны в условиях государственных систем страхования. Результатом дополняющего страхования может стать двухзвенная система начисления льгот и пособий.

Премии, рассчитываемые согласно индивидуальному риску, основаны на актуарной вероятностной калькуляции. Это самый обычный путь калькуляции размера премии на индивидуальном рынке частного медицинского страхования. Там, где полисы покупаются через посредничество нанимателя, премии обычно рассчитываются исходя из группового риска, то есть из среднего значения риска для наемных работников данной фирмы. Наконец, некоторые страховые премии рассчитываются исходя из общественного риска, то есть из среднего значения риска для населения данного региона или области.

Сбор (инкассация) частных медицинских страховых премий может осуществляться независимыми частными организациями — частными коммерческими страховыми компаниями (в большинстве стран, где существует частный рынок медицинского страхования) или частными некоммерческими страховыми компаниями и фондами (в Бельгии, Великобритании, Германии, Дании, Ирландии⁹, Испании, Италии, Люксембурге, Нидерландах, Финляндии, Франции и Швейцарии). Частное медицинское страхование может частично субсидироваться государством с использованием налоговых скидок или освобождения от налогов (в Австрии, Ирландии и Португалии). Германия и Нидерланды ограничили практику освобождения частных страховщиков от налогов: в этих странах такая практика не создает стимулов к приобретению полисов, поскольку от налогов освобождено все социальное обеспечение. Частные страховщики не освобождаются от налогов в Бельгии, Великобритании, Дании, Испании, Финляндии, Франции и Швеции.

Частное долгосрочное страхование здоровья рекомендуется как средство защиты на случай утраты трудоспособности в старости. Однако исследования показывают, что страхование этого типа вполне может оказаться неэффективным. Так называемая воронка сомнений (область неопределенности между самыми низкими и самыми высокими планируемыми значениями) относительно возможных будущих потребностей в официальном и неофициальном лечении оказывается чрезвычайно широка. Калькуляция актуарных премий исходя из наличных данных сопряжена с большими трудностями, поскольку предсказанные и реальные расходы различаются весьма существенно (Burchardt *et al.* 1996). Разборчивость страховщиков может расти пропорционально возрасту лица, приобретающего полис. Вместе с тем способность объединения (пулинга) рисков падает по мере увеличения возраста претендентов на полис. Это создает трудности для частного медицинского страхования, которое действует наиболее эффективно в тех случаях, когда совокупные риски хорошо известны, а индивидуальные — нет.

Операционные издержки при частном медицинском страховании в целом выше из-за значительных административных расходов на выписывание счетов, контрактацию, инспекцию и маркетинг¹⁰. Значительные административные усилия необходимы для оценки рисков, установления премий, разработки сложных пакетов льгот и пособий, проверки и оплаты страховых требований или отказа в оплате по этим требованиям. Системы здравоохранения, финансируемые путем частного страхования, в принципе не контролируют расходов, несмотря на введение агрессивных методов «управляемого лечения». Проблемы информирования потребителя также связаны с определением льгот и пособий и установлением премий.

Субсидирование частного медицинского страхования может осуществляться из налоговых поступлений. Последние могут использоваться для целевого субсидирования бедных или незастрахованных людей с целью предоставления им возможности приобрести страховку. Целевые субсидии могут представлять собой ваучеры (наличные средства, выделенные по результатам проверки на нуждаемость) или прямое приобретение страховки государством от имени претендента. Цель этой практики — более широкий охват беднейших слоев населения и корректировка проблем, порожденных негативным отбором на рынке.

Основными формами налоговых льгот для покупки частного медицинского страхования являются освобождение от налогов (премии, вычтенные из общего дохода до удержания налогов) и налоговая скидка (вычет из общей суммы налогов, обязательных для индивида или хозяйства). Подобные налоговые льготы часто не учитываются в народнохозяйственных балансах и поэтому могут считаться скрытой формой государственных расходов (см. главу 2). Они могут быть политически выгодными, особенно в среде, где высокие государственные расходы не приветствуются. Однако налоговые льготы — это несправедливое и неэффективное использование государственных денег. Во-первых, их адресатами являются лица с высокими доходами, (именно такие лица преобладают среди абонентов частного медицинского страхования). Во-вторых, стоимость скидки с налога выше для налогоплательщиков с более высокой предельной ставкой налога, что делает налог регрессивным. В-третьих, установление налоговых льгот сопряжено с административными трудностями и, значит, с высокими операционными издержками. В-четвертых, налоговые льготы дезориентируют спрос на частное медицинское страхование, искажая реальное представление о ценах и порождая чрезмерно высокий уровень закупок страхования. Наконец, налоговые льготы могут создать дополнительные возможности для мошенничества и для уклонения от налогов. Поощряя частное медицинское страхование, налоговые льготы вносят элемент регрессивности в общую структуру финансирования здравоохранения.

Медицинские депозитные счета

Хотя медицинские депозитные счета были предметом активного обсуждения в специальной литературе (Hsiao 1995; Massaro and Wong 1995; Ham 1996; Saltman 1998; Scheffler and Yu 1998), они реально применяются только в Сингапуре, а в более ограниченных масштабах — в США (с недавних пор также в Китае). Суть системы заключается в том, что отдельные индивиды регулярно вносят определенную часть своего дохода на свои счета; эти деньги затем используются для медицинских целей. В Сингапуре медицинские депозитные счета дополняются обязательным страхованием от катастроф, за которое платится премия. За лиц с низкими доходами платит государственный фонд. В США медицинские депозитные счета должны сочетаться с планом страхования от катастрофических расходов, позволяющим страховщику избежать непосильных убытков (General Accounting Office 1997). Таким образом, медицинские депозитные счета должны всегда рассматриваться как часть более обширной совокупности механизмов финансирования. В отсутствие подобных дополнительных систем медицинские депозитные счета не предоставляют защиты от катастрофических рисков, поскольку не предусматривают объединения (пулинга) рисков. Как подчеркивают Майнард и Диксон (глава 5), специфика Сингапура определяется традиционной культурой сбережений и высоким валовым

внутренним продуктом на душу населения. В иной среде подобная схема страхования едва ли применима.

В США внедрение медицинских депозитных счетов официально мотивировалось стремлением обойти проблемы морального риска и негативного отбора на рынке частного медицинского страхования. Считалось, что, давая больным точное представление о стоимости услуг здравоохранения, можно развить в них более ответственное отношение к цене и тем самым снизить спрос на ненужные услуги и обуздать рост расходов. Однако из-за недостатка информации больные по большей части не могут объективно оценить клиническое качество, что сказывается на конкуренции между поставщиками услуг, которая основана прежде всего на способности предоставить высокотехнологичное оборудование и другие атрибуты высокого качества. Вдобавок считалось, что медицинские депозитные счета предоставят альтернативную возможность платить за свое лечение тем лицам, которые работают не по найму или у мелких нанимателей (то есть лицам, для которых приобретение индивидуального медицинского страхования иным образом представляет трудности). Однако выгода оказалась меньшей, чем ожидалось (Jefferson 1999).

Платежи наличными из кармана потребителя

В этом разделе рассматриваются все формы непосредственных платежей из кармана потребителя, в том числе прямые платежи, официальное разделение затрат (предусматривающее доплату населения за медицинскую помощь) и неофициальные платежи. Прямые платежи делаются за услуги, не покрываемые ни одним видом страхования (полностью частное приобретение услуг). Другие платежи делаются за услуги, включенные в пакет льгот и пособий, но покрываемые не полностью (официальное разделение затрат) или за услуги, которые должны полностью финансироваться из страховых фондов, однако за них требуют дополнительную плату (неофициальные платежи в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР; см. главу 8). Информация о масштабах официального разделения затрат в некоторых европейских странах приведена в таблицах 7.1 и 7.2 (глава 7), а о неофициальных платежах в бывших коммунистических государствах — в главе 8.

Прямые платежи

Потребители оплачивают полную стоимость медицинских услуг, не покрываемых государственной системой страхования, или таких услуг, доступ к которым ограничен (ввиду недостатка предложения или длительных сроков ожидания). Так обычно оплачиваются частные услуги стоматологов, фармацевтов (продажа патентованных лекарств или лекарств, не фигурирующих в стандартной номенклатуре), врачей или больниц (частный прием и лечение) и лабораторий или клиник (анализы). Частные расходы на лечение в некоторых странах исключаются из суммы, подлежащей обложению подоходным налогом; тем самым больные стимулируются к тому, чтобы обращаться к частным поставщикам медицинских услуг. На практике такие субсидии могут быть весьма значительными. Так, в Португалии правительственные субсидии на покрытие частных медицинских расходов составляют 4,8% прямых налоговых поступлений, или 0,2-0,3% валового внутреннего продукта (OECD 1998; Dixon and Mossialos 2000). Проверка нуждаемости на финансирование долгосрочного ухода ча-

сто подразумевает прямые платежи в более значительных размерах, чем за медицинские услуги.

Официальное разделение затрат

Сторонники взимания сборов с пользователей заявляют, что такие сборы снижают общий спрос на услуги и увеличивают доход, который может быть использован на расширение поставок медицинских услуг. Степень успешного решения этих двух задач определяется степенью эластичности спроса. Рассуждая логически, решение первой задачи (снижения спроса) делает решение второй задачи (повышения дохода) невозможным (Towse 1999). Таким образом, если повышение сбора с пользователей снижает интенсивность использования медицинских услуг, оно не может увеличить общий доход. Аргумент о повышении дохода основан на допущении, что спрос на медицинские услуги не является эластичным: если цены для пользователей будут поддерживаться на должном уровне, интенсивность использования услуг не снизится настолько, чтобы нейтрализовать увеличение дохода, возникшее благодаря повышению сборов с пользователей (Kutzin 1998).

Чтобы сборы с пользователей были эффективными, нужно добиться того, чтобы стоимость взимания сборов была ниже, чем дополнительный доход. Введение сборов с пользователей может привести к дополнительным административным усилиям и расходам (van de Ven 1983; Rice and Morrison 1994; Evans and Barer 1995), особенно если при этом действуют сложные системы освобождения от сборов или если размеры сборов ради соблюдения принципа социальной справедливости поддерживаются на низком уровне. Не следует недооценивать и стоимость введения в действие схем, защищающих доступ к услугам (и доходы) относительно бедных слоев населения. Опыт развивающихся стран свидетельствует о необходимости преодолеть значительные административные, информационные, экономические и политические препятствия (Abel-Smith 1994; Kutzin 1998).

Считается, что сборы с пользователей могут быть введены ради получения дополнительных доходов для системы здравоохранения (Nolan and Economic and Social Research Institute 1988; Abel-Smith 1994; Chalkley and Robinson 1997; Kutzin 1998; Willman 1998). Подобное соображение уместно для случаев, когда нет надежно функционирующей всеобщей системы здравоохранения, когда правительственные средства неадекватны для финансирования системы (примеры из опыта стран со средним и низким уровнем жизни см. в главах 4 и 9) или когда граждане не готовы финансировать здравоохранение путем повышения налогов и взносов (примеры из западноевропейского опыта см. в главе 7).

Сторонники сборов с пользователей утверждают, что полученный дополнительный доход может быть направлен на нужды бедных или на снижение неравенства в системе здравоохранения. Он может быть использован также для заполнения брешей в государственном бюджете ради повышения степени доступности относительно дорогих и ценных форм лечения (Willman 1998).

Вместе с тем сборы с пользователей часто неблагоприятно влияют на соблюдение принципа социальной справедливости. Они снижают удельный вес финансирования, основанного на налоговых поступлениях или социальном страховании, — иначе говоря, финансирования, учитывающего интересы широких слоев населения и объединяющего риски, — в пользу платежей, вносимых индивидами и хозяйствами (Creese 1991). Чем выше доля пользовательских платежей в совокупном

финансировании здравоохранения, тем больше та часть общего финансового бремени, которую приходится нести бедным и нездоровым (Rice and Morrison 1994). Тем самым сборы с пользователей снижают степень социальной сплоченности в здравоохранении (van de Ven 1983): относительно богатые и здоровые больше не субсидируют относительно бедных и больных. Страны с ограниченными возможностями взимания налогов (общих или с зарплаты) характеризуются высоким уровнем частных платежей. Нельзя сказать, чтобы формализация процесса выплаты гонораров в этом контексте подрывала социальную солидарность: ведь последней никогда не было. Во многих случаях (особенно в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР) пользовательские платежи выступают в качестве необходимого зла, а также как часть процесса установления приоритетов для государственных (или, точнее, объединенных) расходов.

Неофициальные платежи

Неофициальные платежи наличными делаются в государственном секторе ряда стран несмотря на то, что такие платежи официально не разрешены. Они могут принимать разнообразные формы: от подарков *ex post* в знак «благодарности» персоналу за оказанные услуги (для больных с хроническими болезнями такие «подарки» могут иметь также характер оплаты *ex ante*) до вручения врачам конвертов с крупными суммами в качестве аванса за будущее лечение. Поскольку такие платежи делаются скрыто от посторонних глаз, большинство «свидетельств» по Западной Европе не поддается проверке. Тем не менее эксперты признают, что такие платежи распространены в Греции (Calltorp *et al.* 1994) и в меньшей степени во Франции (Bellanger and Mosse 2000). Вообще говоря, исследования по неофициальным платежам проводились преимущественно в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, где они составляют значительный процент общих затрат на здравоохранение после истощения других источников средств (Ensof and Duran-Moreno 2002). Существование неофициальных платежей объясняется следующими причинами:

- *Недостаток финансовых средств в государственной системе.* Не заплатив, больные не получают необходимых для лечения предметов — таких, как лекарства или перевязочные материалы. Персонал рассчитывает на платежи, служащие дополнением к низким (или несуществующим) государственным зарплатам.
- *Недостаточное развитие частных услуг.* Ввиду слабого развития частного сектора больные с деньгами имеют весьма ограниченные возможности выбора. В Западной Европе один и тот же врач может легально работать в государственном и частном секторах и переводить больных в свою частную практику. Лечение больного за «частную» оплату в государственном секторе возможно только в ситуации, когда частной практики не существует.
- *Стремление потребителя иметь рычаги воздействия на поставщика.* В сделке между поставщиком медицинских услуг и больным третья сторона не участвует, что делает поставщика подотчетным больному. По-видимому, данное обстоятельство существенно влияет на уровень неофициальных платежей в Южной Европе и может служить объяснением того, почему в этих странах так низок спрос на частное медицинское страхование (см. главу 6).
- *Культурные традиции.* В странах Южной Европы, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР традиция неофициальных платежей существует из-

давня; в некоторых странах она успешно пережила попытки ликвидировать такого рода платежи.

Информация о масштабах и размерах неофициальных платежей ограничена, поскольку такие платежи скрыты от посторонних глаз, а в некоторых странах запрещены законом. Более того, из-за отсутствия прозрачности их «перехват» в системах, финансируемых государством, крайне затруднен. Конвертация неофициальных платежей в формализованные (официальные) договоренности о разделении затрат требует определенной уступчивости со стороны поставщиков, которые рискуют потерять весьма существенную часть своих заработков (особенно если эти заработки должны вноситься в налоговые декларации) и общественную поддержку. Формализация платежей — задача весьма сложная. Льюис (глава 8) выдвигает несколько схем, способных заменить неофициальное разделение затрат. Опыт других стран с низким уровнем жизни (см. главу 9) показывает, что возможность практического внедрения таких инициатив зависит от способности правительства регулировать поставщиков и влиять на их готовность устанавливать приоритеты или ограничить спектр продаваемых услуг. Повышение эффективности и качества без риска для равенства и социальной справедливости достижимо только с помощью ряда политических мер, направленных на повышение профессионального уровня персонала, развитие необходимых стимулов, установление соответствующих льгот, создание подходящих информационных систем для учета и проверки платежей (Mills *et al.* 2001). Вместе с тем не следует упускать из виду, что неофициальные платежи представляют собой важный источник доходов в странах, где система предварительной оплаты развалилась (см. главу 4) и их свертывание без установления равноценных альтернатив чревато вредными последствиями.

Ссуды, субсидии и дотации

Дотации и субсидии от неправительственных организаций, трансферты от учреждений-«доноров» и ссуды, предоставляемые международными банками, составляют значительную часть доходов здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем жизни. Большинство бедных стран очень серьезно рассчитывают на поддержку извне при финансировании здравоохранения. Так, в Африке «донорская» помощь покрывает в среднем почти 20% расходов на здравоохранение, а в некоторых странах — свыше 50% (Schieber 1997). К сожалению, аналогичная информация для республик Центральной Азии недоступна, ибо часть местных субсидий, в обход центрального правительства, поступает непосредственно регионам (в Казахстане) или неправительственным организациям (в Таджикистане). Не существует и систематической регистрации внешних доноров.

Основная дилемма состоит в следующем: увеличивают ли субсидии чистый размер расходов на здравоохранение или всего лишь служат заменой тем деньгам, которые иначе были бы выделены правительством? Если денежный поток идет в обход правительства, возможны сложности, порожденные непродуманностью или плохой координацией программ помощи, что может подорвать возможности национальной системы. Расчет на помощь извне порождает проблемы, связанные с возможностью смены приоритетов у доноров, и не может служить основой для долгосрочной финансовой политики. Внешние благотворительные дотации сходны с внешними субсидиями, но обычно сопровождаются меньшим количеством

условий. Внутренние благотворительные дотации — это упущенная прибыль и (при наличии скидки с налога) скрытые издержки (Schieber 1997).

Независимо от того, поступают ли ссуды из иностранных или внутренних источников, идут ли они правительству или частному учреждению, они в конечном счете должны быть погашены и, значит, ложатся бременем на будущие поколения. Проблема долгов в странах с низкими доходами достаточно хорошо известна, и многие страны выбрали путь поиска альтернатив внешнему финансированию.

Как структурирована эта книга

Мы изложили основные мотивы, ради которых была написана эта книга, обсудили некоторые подходы к финансированию здравоохранения, проанализировали различные тенденции расходования средств и кратко охарактеризовали факторы, влияющие как на расходы, так и на доходы; тем самым мы обрисовали контекст для последующей дискуссии об обоснованном финансировании здравоохранения. Наконец, мы представили некоторые преимущества и недостатки основных методов финансирования здравоохранения. Последующие главы посвящены дальнейшему анализу этих методов и их применения в разных странах.

В главах 2-11 рассматриваются вопросы, связанные с основными темами книги. В одних главах основное внимание уделяется методу сбора доходов, в других подробно исследуется опыт финансирования здравоохранения в том или ином регионе или секторе. Отдельные главы посвящены финансированию долгосрочного ухода и распределению средств.

В главе 2 Ивенс анализирует налогообложение и его альтернативы. Независимо от того, какой метод сбора доходов принят в качестве основного, налогообложение играет важную роль в финансировании здравоохранения многих европейских стран.

Затем следуют две главы о социальном медицинском страховании. В главе 3 Норманд и Буссе описывают эволюцию социального медицинского страхования и оценивают его варианты, функционирующие в разных странах Западной Европы. Они исследуют вопрос о том, почему и чем социальное медицинское страхование отличается от других систем финансирования здравоохранения. В главе 4 Прекер, Якаб и Шнайдер анализируют недавнее внедрение социального медицинского страхования в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Активное развитие социального медицинского страхования в этой специфической социальной и экономической среде заслуживает самой внимательной оценки.

Хотя частное медицинское страхование не является основным способом финансирования здравоохранения в Европе, расширение частного медицинского страхования продолжает вызывать определенный политический и идеологический резонанс. В главе 5 Майнард и Диксон анализируют опыт частного медицинского страхования в Австралии, Чили, Швейцарии и США, где этот тип страхования в разное время выдвигался (не всегда успешно) на роль одного из важнейших источников дохода. В главе 6 Моссиалос и Томсон рассматривают роль добровольного медицинского страхования в странах Европейского союза, где оно служит лишь дополнительным источником дохода.

Две главы посвящены платежам из кармана потребителя. В главе 7 Робинсон рассматривает официальные сборы с потребителей, прежде всего в Западной Европе; специальное внимание уделяется их роли в общей структуре доходов здравоо-

хранения, их влиянию на доступ пользователей к услугам, а также вызванному ими политическому отклику. Затем, в главе 8, Льюис исследует проблему неофициальных платежей на примере нескольких стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР; она представляет данные о размерах и масштабах таких платежей и разъясняет причины появления и устойчивости практики неофициальной оплаты медицинских услуг.

Глава 9 (Миллз и Беннетт) — последняя, где речь идет непосредственно о финансировании здравоохранения; она посвящена опыту неевропейских стран со средним и низким уровнем жизни. Миллз и Беннетт анализируют значение неевропейского опыта по организации разных форм медицинского страхования и сборов с пользователей для относительно бедных стран Европы.

В большинстве глав основное внимание уделено здравоохранению, однако суть этого понятия со временем меняется и неодинаково трактуется в разных странах. Понятия «здравоохранение» и «социальная забота» (или «социальная медицина», англ. social care) часто перекрываются. В главе 10 Виттенберг, Сэндху и Кнапп исследуют проблему финансирования долгосрочного ухода за престарелыми.

Глава 11 (Райс и Смит) относится уже не к финансированию здравоохранения в узком смысле, а к распределению средств. Авторы анализируют взаимосвязи между избранными методами финансирования и методами распределения средств и описывают процессы распределения средств здравоохранения в разных странах Европы.

Наконец, в главе 12 мы синтезируем и анализируем существующие данные о влиянии различных методов финансирования на решение некоторых задач государственной политики.

Сноски

¹ Финансирование здоровья (то есть мер по улучшению здоровья населения в широком смысле), в отличие от здравоохранения, может предусматривать размещение средств в других областях — таких, как образование, обеспечение жильем, охрана среды. Вопросы, связанные с размещением средств в других приоритетных областях, в настоящей книге не рассматриваются.

² Модель страхования с участием нескольких сторонних страховщиков создает проблемы, обусловленные информационной асимметрией между страховщиками и населением; среди таких проблем — негативный отбор, моральный соблазн и отбор рисков. Под информационной асимметрией подразумевается неравномерное распределение информации между страховщиком и населением. Так, люди, нуждающиеся в помощи, могут владеть информацией о степени опасности своего положения и скрывать эту информацию от страховщика. Моральный соблазн появляется тогда, когда акт страхования повышает вероятность события, ради предотвращения отрицательных последствий которого производится страхование. Моральный соблазн потребителя может привести к чрезмерному использованию услуг, а моральный соблазн поставщика — к назначению чрезмерного лечения. Негативный отбор возникает в случае, если страховщик не может точно рассчитать актуарную премию и поэтому назначает обычную (среднюю) премию. Это привлекательно для людей, положение которых опаснее среднего, и непривлекательно для тех, чье положение не является столь опасным. Лица, положение которых не чревато большими опасностями, могут предпочесть воздержаться от страхования, предоставляя страховщикам заниматься теми, кто болел сравнительно тяжело, и тем самым способствуя непрерывному росту размера премий. Отбор рисков, называемый также «снятие сливок», или «срывание вишен», — это такой процесс, при котором страховщики, назначающие премии без учета степени риска, стремятся поощрить к страхо-

30 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

ванию лиц, чье положение менее опасно, и удержать от страхования тех, чье положение опаснее среднего (ОЕСD 1992).

³ Подобное распределение льгот часто оценивается экономистами как «один из лучших подходов» (лучшим считается перераспределение через систему налогов и льгот).

⁴ В большинстве европейских стран частное медицинское страхование носит добровольный характер. Однако в Швейцарии и Испании государственные служащие, решившие не пользоваться государственной схемой страхования, обязаны приобрести страховку у частных фирм. Аналогичное правило действует и в некоторых неевропейских странах. В настоящей главе мы используем термин «частное медицинское страхование», который выглядит более уместным в связи с обсуждаемыми здесь материями; тот же термин используется и в главе 12. В главе 6, где речь идет о Европейском союзе, мы применяем более распространенный термин — «добровольное медицинское страхование».

⁵ Поставщики медицинских услуг могут взимать сборы согласно платежеспособности и, таким образом, приводить в действие систему неформального пулинга.

⁶ Дефицитное финансирование не является реалистической мерой для стран Европейского союза, вошедших в Экономический и валютный союз.

⁷ Во Франции низкие размеры платежей наличными отражают то обстоятельство, что подавляющее большинство (85%) населения имеет дополнительное страхование, покрывающее долю потребителя услуг в совместных платежах.

⁸ Друг Ленина, врач по образованию, Николай Семашко был народным комиссаром (министром) здравоохранения Советской России и СССР в 1918-1930 гг. Его имя связано с советской системой здравоохранения, впоследствии перенятой большинством стран Центральной и Восточной Европы; эта система базируется на централизованном планировании и государственном финансировании.

⁹ Совет по добровольному медицинскому страхованию (Voluntary Health Insurance Board) представляет собой квазигосударственную организацию, большинство акций которой контролируется правительством. Однако ныне планируется продажа правительственных акций; после этого Совет по добровольному медицинскому страхованию станет независимым некоммерческим органом.

¹⁰ Совет по добровольному медицинскому страхованию (Voluntary Health Insurance Board) представляет собой квазигосударственную организацию, большинство акций которой контролируется правительством. Однако ныне планируется продажа правительственных акций; после этого Совет по добровольному медицинскому страхованию станет независимым некоммерческим органом.

Литература

- Abel-Smith, B. (1994) *An Introduction to Health: Policy, Planning, and Financing*. London: Longman.
- Altman, S. and Blendon, R. (eds) (1979) *Medical Technology: The Culprit Behind Health Care Costs?* Washington, DC: Government Printing Office.
- Appleby, J. (1992) *Financing Health Care in the 1990s*. Buckingham: Open University Press.
- Barer, M., Evans, R., Hertzman, C. and Lomas, J. (1987) *Aging and health care utilization: new evidence on old fallacies*, *Social Science and Medicine*, 24(10): 851-62.
- Barer, M., Getzen, T.E. and Stoddart, G.L. (1998) *Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*. Chichester: Wiley.
- Baumol, W. (1993) *Health care, education and the cost of disease: a looming crisis for public choice*, *Public Choice*, 77: 17-28.
- Baumol, W.J. (1995) *Health Care as a Handicraft Industry*. London: Office of Health Economics.

- Bellanger, M. and Mosse, P. (2000) Contracting within a centralised health care system: the ongoing French experience. Paper presented to the First Meeting of the European Health Care Systems Discussion Group (EHCSDG), London, 14-15 September.
- Burchardt, T., Hills, J. and Joseph Rowntree Foundation (1996) *Private Welfare Insurance and Social Security: Pushing the Boundaries*. York: York Publishing Services for the Joseph Rowntree Foundation.
- Calltorp, J., Abel-Smith, B. and Ministry of Health and Social Welfare (1994) *Report on the Greek Health Services*. Athens: Pharmetrica.
- Chalkley, M. and Robinson, R. (1997) *Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: An Economic Perspective*. London: Office of Health Economics.
- Commission on Taxation and Citizenship (2000) *Paying for Progress: A New Politics of Tax for Public Spending*. London: Fabian Society.
- Creese, A. (1991) User charges for health care: a review of recent experience, *Health Policy and Planning*, 6(4): 309-19.
- Danzon, P.M. and American Enterprise Institute for Public Policy Research (1994) *Global Budgets versus Competitive Cost-control Strategies*. Washington, DC: AEI Press.
- Dixon, A. and Mossialos, E. (2000) Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency?, *International Social Security Review*, 53(4): 49-78.
- Ensor, T. and Duran-Moreno, A. (2002) Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector, in R. Saltman, R. Busse and E. Mossialos (eds) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Evans, R.G. (1998) Going for gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform, in D. Chinitz, J. Cohen and C. Doron (eds) *Governments and Health Systems: Implications of Differing Involvements*. Chichester: Wiley.
- Evans, R.G. and Barer, M.L. (1995) User fees for health care: why a bad idea keeps coming back (or, what's health got to do with it?), *Canadian Journal of Aging*, 14(2): 360-90.
- General Accounting Office (1997) *Medical Savings Accounts: Findings from Insurer Survey*. Washington, DC: US General Accounting Office.
- Glennester, H. (1997) *Paying for Welfare: Towards 2000*, 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ham, C. (1996) Learning from the Tigers: stakeholder health care, *Lancet*, 347: 951-3.
- Hills, J. (2000) *Taxation for the Enabling State*, CASE Discussion Paper No. 41. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Science.
- Hsiao, W.C. (1995) Medical savings accounts: lessons from Singapore, *Health Affairs*, 7(4): 260-6.
- Jefferson, R.T. (1999) Medical savings accounts: windfalls for the healthy, wealthy and wise, *Catholic University Law Review*, 48(3): 685-723.
- Jesse, M. and Schaefer, O. (2000) *Health Care Systems in Transition: Estonia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Jones, A. and Duncan, A. (1995) *Hypothecated Taxation: An Evaluation of Recent Proposals*. London: Office of Health Economics.
- Kanavos, P. (2000) The single market for pharmaceuticals in the European Union in light of European Court of Justice rulings, *Pharmacoeconomics*, 18(6): 523-32.
- Kanavos, P. and McKee, M. (2000) Cross-border issues in the provision of health services: are we moving towards a European health care policy?, *Journal of Health Services Research and Policy*, 5(4): 231-6.
- Kanavos, P. and Mossialos, E. (1999) International comparisons of health care expenditures: what we know and what we do not know, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(2): 122-6.
- Karski, J., Koronkiewicz, A. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Poland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

32 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Kutzin, J. (1998) The appropriate role for patient cost sharing, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellariades (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

Kutzin, J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy*, 56(3): 171-204.

Leichter, H.M. (1979) *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nations*. Cambridge: Cambridge University Press.

Massaro, T.A. and Wong, Y-N. (1995) Positive experience with medical savings accounts in Singapore, *Health Affairs*, 14(2): 267-72, 277-9.

McGrail, K., Green, B., Barer, M.L. 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(3): 249-53.

Mills, A., Bennett, S. and Russell, S. (2001) *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Hampshire: Palgrave.

Mossialos, E. (1998) *Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey*. Brussels: European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs.

Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Mossialos, E., Dixon, A. and McKee, M. (2000) Paying for the NHS, *British Medical Journal*, 320: 197-8.

Muller, R., Braun, B. and Gress, S. (2000) *Allokative und distributive Effekte von Wettbewerbselementen und Probleme ihrer Implementation in einem sozialen Gesundheitswesen am Beispiel der Erfahrungen in den Niederlanden [Allocative and Distributional Effect of Competition and Problems with its Implementation in a Social Health Care System: the Example of the Netherlands]*. Bremen: University of Bremen.

Murray, C.J. and Frenk, J. (2000) A framework for assessing the performance of health systems, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 717-31.

Murthy, A., Dixon, A. and Mossialos, E. (2001) Genetic testing and insurance: implications of the UK Genetics and Insurance Commission (GAIC) decision, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(2): 57-60.

Nolan, B. and Economic and Social Research Institute (1988) *Financing the Health Care System*. Dublin: Economic and Social Research Institute.

OECD (1992) *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (1998) *OECD Economics Surveys 1997-1998, Portugal*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2000) *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Oliver, A.J. (1999) *Risk Adjusting Health Care Resource Allocation: Theory and Practice in the United Kingdom, the Netherlands and Germany*. London: Office of Health Economics.

Price, D., Pollock, A.M. and Shaoul, J. (1999) How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care, *Lancet*, 354(9193): 1889-92.

Reinhardt, U.E. (1990) Economic relationships in health care, in *OECD Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Rice, T. and Morrison, K.R. (1994) Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform, *Medical Care Review*, 51(3): 235-87.

Saltman, R.B. (1998) Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea, *European Journal of Public Health*, 8: 276-8.

Scheffler, R. and Yu, W. (1998) Medical savings accounts: a worthy experiment, *European Journal of Public Health*, 8: 274-8.

Schieber, G.J. (ed.) (1997) *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, 10-11 March 1997. Washington, DC: World Bank.

Schmahl, W. (1998) Financing social security in Germany: proposals for changing its structure and some possible effects, in S.W. Black (ed.) *Globalization, Technological Change and Labor Markets*. Dordrecht: Kluwer Academic.

Scitovsky, A.A. (1984) 'The high cost of dying': what do the data show?, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62(4): 591-608.

Towse, A. (1999) Could charging patients fill the cash gap in Europe's health care systems?, *Eurohealth*, 5(3): 27-9.

van de Ven, W.P.M.M. (1983) Effects of cost-sharing in health care, *Effective Health Care*, 1(1): 47-56.

van de Ven, W.P.M.M., van Vliet, R.C., van Barneveld, E.M. and Lamers, L.M. (1994) Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands, *Health Affairs*, 13(5): 120-36.

van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. *et al.* (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-314.

Wagstaff, A., Rutten, F. and van Doorslaer, E. (eds) (1993) *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. *et al.* (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18: 263-90.

Walt, G. (1998) Implementing health care reform: a framework for discussion, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellariades (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wilkinson, M. (1994) Paying for public spending: is there a role for earmarked taxes?, *Fiscal Studies*, 15(4): 119-35.

Willman, J. (1998) *A Better State of Health: A Prescription for the NHS*. London: Profile.

глава ВТОРАЯ

Финансирование здравоохранения: налогообложение и альтернативы

Роберт Дж. Ивенс¹

Введение

Современные системы здравоохранения не могут финансироваться только наличными средствами из карманов больных. Из-за несоответствия между личными средствами и нуждами здравоохранения значительная часть расходов на индивидуальное лечение должна покрываться из фондов, созданных путем объединения (пулинга) групповых взносов. В принципе эти группы (или «третьи стороны») могут выступать в самых разнообразных формах — от расширенных семей и добровольных ассоциаций до программ коммерческого и социального страхования и объединений общегосударственного или регионального уровней. Однако на практике, в силу экономического эффекта масштаба и принципиальной ограниченности частных страховых рынков, на ведущие роли выдвинулись государственные учреждения. Почти во всех индустриальных странах большинство расходов на здравоохранение несет либо правительство (черпая из фондов, пополняемых различными налогами), либо учреждения социального страхования, функционирующие в основном или всецело вне сферы коммерческих рынков и взимающие обязательные сборы со всего населения или с его большей части. Все системы финансирования, независимо от их структуры, характеризуются фундаментальным тождеством размера доходов и размера расходов. Общая сумма, накопленная для финансирования охраны здоровья определенной части населения (каналы, по которым поступают средства, в данном случае не имеют значения), должна быть в точности равна общей сумме, затраченной на охрану здоровья данной части населения; эта последняя сумма, в свою очередь, должна быть равна размеру дохода, заработанного (в различных формах) теми, кто прямо или косвенно получил плату за поставки медицинских услуг. Это тождество размера накопленной суммы, размера расходов и размера доходов — не результат теоретических выкладок, а логическая необходимость, принципиально важная для понимания всех систем финансирования и для оценки присущих им внутренних противоречий. Фундаментальное тождество выражается следующей формулой:

$$СН + СС + ПН + ЧС = ЦК = ЮЯ$$

где СН, СС, ПН и ЧС — суммы, накопленные благодаря налогообложению, социальному страхованию, платежам наличными или сборам с пользователей и частным страховым премиям; Ц и К — векторы, указывающие на среднюю цену (Ц), которая заплачена за каждую из форм медицинских услуг, и на общее количество (К) предоставленных или использованных услуг; Ю и Я — также векторы, обозначающие количество разнообразных вложений (Ю), использованных при предоставлении услуг, и ставки оплаты (Я) этих вложений. Так, одним из элементов Ю может быть количество часов работы медицинской сестры; тогда соответствующим элементом Я будет средняя ставка зарплаты за час работы. Ц и К соответствуют единицам, характеризующим деятельность здравоохранения — таким, как визиты врача, лечебные процедуры или лекарства.

В системах, финансируемых из налоговых поступлений, элемент СН больше суммы СС + ПН + ЧС или, по меньшей мере, существенно больше любого из компонентов этой суммы. Функционирование и относительная эффективность различных систем финансирования в самом общем виде могут быть оценены с точки зрения этого тождества. Иначе говоря, можно утверждать, что если системы, финансируемые в основном из налогов, принципиально отличаются от систем, финансируемых в основном из других источников, то существующие отличия выражены во внутренней структуре приведенного тождества.

Вопрос, однако, осложняется тем, что финансирование из налоговых поступлений — отнюдь не типовой процесс, подчиняющийся раз и навсегда предписанному стандарту. В принципе правительство платит за здравоохранение из общего доходного фонда, куда стекаются все налоги. В большинстве стран функционируют правительства различного уровня; полномочия и ответственность отдельных уровней варьируют в весьма широких пределах. Характеристики налогового финансирования также варьируют согласно тому, насколько существенное участие принимают в нем правительства различных уровней.

Другая проблема заключается в выборе наиболее подходящего способа оценки достоинств и недостатков различных систем финансирования. Существует много способов систематизации различных аспектов деятельности систем здравоохранения, включая распределение налогового бремени и льгот среди населения, размещение средств в секторе здравоохранения и в его различных субсекторах, аспекты технической эффективности и отзывчивости на нужды больных. Оценка сильных и слабых сторон различных систем финансирования с точки зрения каждого из аспектов — огромная задача, решение которой затруднено тем, что значительная часть необходимых данных либо доступна в обрывочной форме, либо недоступна вообще. Более того, системная характеристика некоторых из этих аспектов зависит не столько от того, как плательщики собирают средства с населения, сколько от того, как оплачиваются поставщики. Скажем, в Канаде, Финляндии, Швеции и Великобритании поставщики организованы и оплачиваются совершенно по-разному — при том, что во всех этих странах действуют системы здравоохранения, финансируемые преимущественно из налоговых поступлений. Поэтому настоящая глава посвящена в основном первому аспекту деятельности системы здравоохранения, а именно распределению налогового бремени и льгот; по этому аспекту существует обширная сравнительная информация.

Распределение налогового бремени и льгот может быть описано с трех точек зрения:

- кто платит и какую долю;
- кто получает, что и когда;

- кому платят и сколько.

Эти вопросы рассматриваются в первых трех разделах. Затем следует раздел о возможностях систем, финансируемых из налоговых поступлений, контролировать расходы. Далее рассматривается роль скрытых налогов; глава завершается анализом некоторых политических следствий.

Кто платит и какую долю

Самое явное различие между альтернативными системами финансирования заключается в способе распределения общих расходов на здравоохранение среди населения. При финансировании из налоговых поступлений бремя расходов включается в общую налоговую систему; в большинстве стран с высоким уровнем доходов налоговые обязательства более или менее пропорциональны доходам или слегка опережают их (Wagstaff *et al.* 1999). Таким образом, при финансировании из налогов лица с высокими доходами вносят такую долю своих доходов, которая равна или больше доли, вносимой лицами с низкими доходами. С другой стороны, платежи наличными, вносимые как в качестве личного вклада потребителя в общую сумму платежей, так и в качестве платы за частные, не покрытые страховкой услуги (то есть в качестве сборов с пользователей), пропорциональны объему услуг и не связаны с размером доходов. Соответственно в общей сумме сборов с пользователей за здравоохранение доля поступлений от лиц с относительно низкими доходами, как правило, значительно выше доли поступлений от лиц с высокими доходами².

Эти обобщения иллюстрируются двумя исследованиями, проведенными в Северной Америке: в провинции Манитоба, Канада (Mustard *et al.* 1998a,b), и в США (Rasell *et al.* 1993, 1994). Исследование по провинции Манитоба особенно интересно, поскольку в нем административные данные по универсальным государственным программам, охватывающим услуги больниц и врачей, соединены с данными переписи о семейных доходах и предполагаемых налоговых обязательствах значительной части населения провинции. Распределение расходов и соответствующих налоговых обязательств по всему населению провинции (составляющему около миллиона человек) показано на рисунках 2.1-2.4. Население разделено на 10 категорий согласно величине доходов; небольшая часть населения, находящаяся в стационарах, составляет особую (дорогостоящую) категорию.

На рисунке 2.1 показана сумма (в канадских долларах), затраченная согласно государственным планам на здравоохранение по каждой из десяти категорий в 1994 г. На рисунке 2.2 показан предполагаемый размер налогов по каждой из десяти категорий. На рисунке 2.3 показано (также по всем десяти категориям) различие между общей стоимостью использованной медицинской помощи и общим объемом уплаченных налогов. Наконец, на рисунке 2.4 эта прибыль или этот убыток показаны как доля общего семейного дохода. Лица, постоянно находящиеся в стационарах, не имеют сколько-нибудь существенного дохода.

Масштаб движения денежных средств весьма значителен, особенно от группы населения с наиболее высокими доходами. Ясно, что представители этой группы выиграют от снижения доли, финансируемой из налоговых поступлений, и введения в той или иной форме частных платежей. Поскольку лица с очень низкими доходами едва ли смогут нести значительную часть расходов на свое лечение, любой сдвиг финансирования от налоговой системы к частным платежам приведет к перетеканию фондов от средних к более высоким категориям.

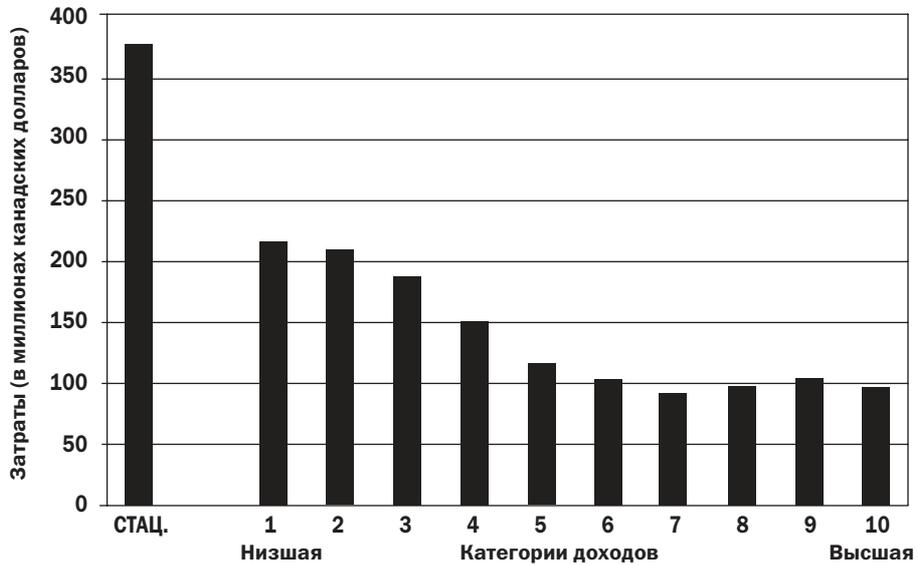


Рисунок 2.1. Затраты (в миллионах канадских долларов) на финансируемое государством здравоохранение в штате Манитоба, Канада, по десяти категориям населения, согласно доходам до вычета налогов (данные 1994 г.). Mustard *et al.* (1998a, b)

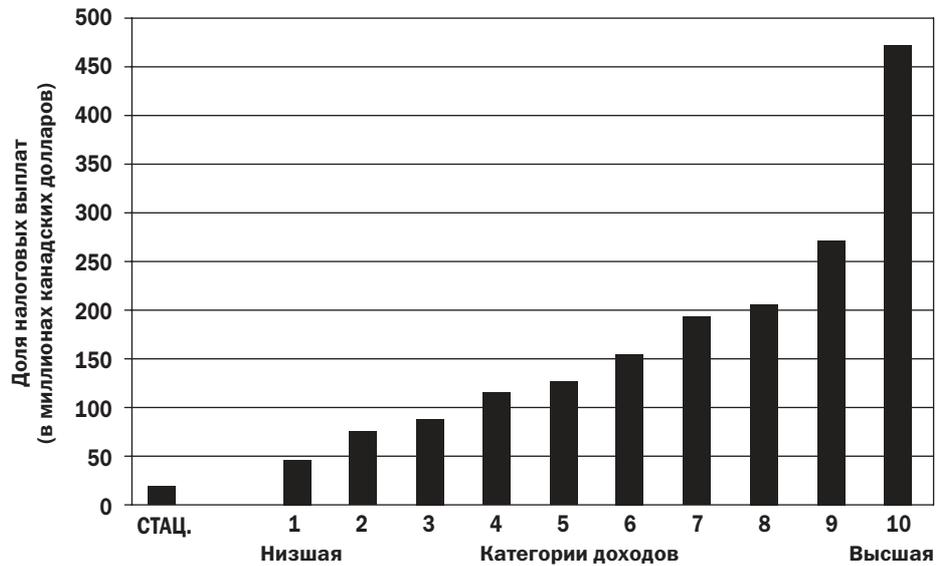


Рисунок 2.2. Доля налоговых выплат (в миллионах канадских долларов) в финансируемое государством здравоохранение в штате Манитоба, Канада, по десяти категориям населения согласно доходам до вычета налогов (данные 1994 г.). Mustard *et al.* (1998a, b)

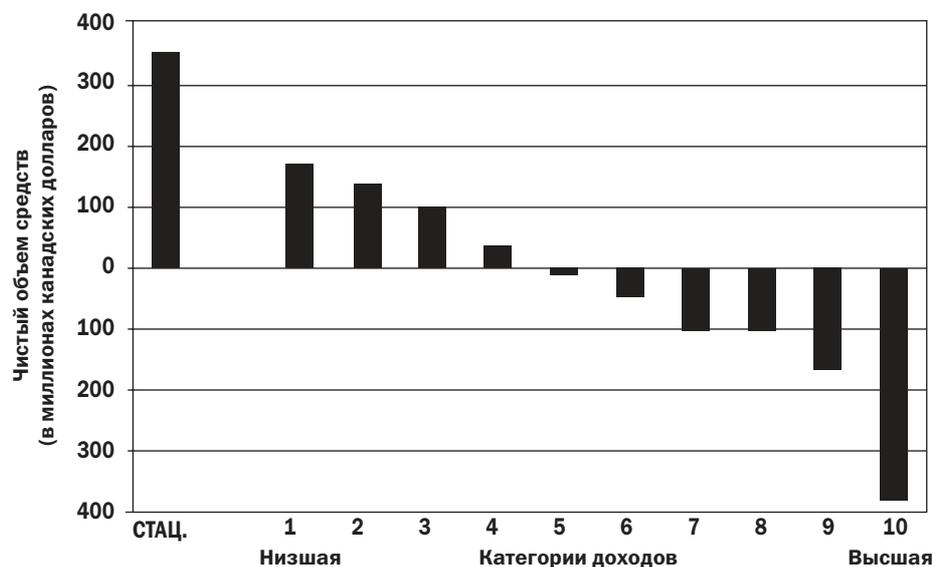


Рисунок 2.3. Чистый объем средств (в миллионах канадских долларов), переводимых населению или взимаемых с населения (классифицированного по десяти категориям согласно доходам до вычета налогов) при государственном финансировании здравоохранения в штате Манитоба, Канада (данные 1994 г.). Mustard *et al.* (1998a, b)

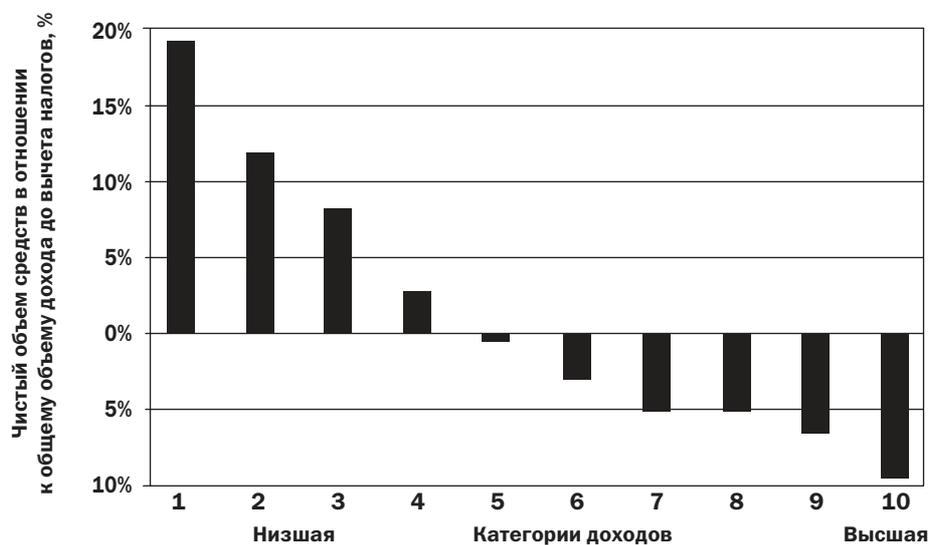


Рисунок 2.4. Объем средств, переводимых населению или взимаемых с населения (классифицированного по десяти категориям согласно доходам до вычета налогов), в отношении к общему объему дохода до вычета налогов при государственном финансировании здравоохранения в штате Манитоба, Канада (данные 1994 г.). Mustard *et al.* (1998a, b)

Исследование по провинции Манитоба имеет отношение только к государственным программам, финансируемым из налоговых поступлений. В США, используя только материалы по лицам, не находящимся в стационарах, Расселл с соавторами (Rasell *et al.* 1993, 1994) анализировали распределение платежей по более широкому спектру финансирования (финансирование из налоговых поступлений, сборы с пользователей, частное страхование). Результаты этих авторов представлены на рисунках 2.5 и 2.6. На рисунке 2.5 показана картина для всего населения, а на рисунке 2.6 проведено различие между семьями, возраст главы которых меньше или больше 65 лет. Больничные и врачебные услуги для лиц в возрасте 65 лет и выше покрываются всеобщей государственной программой Medicare, которая финансируется из налоговых поступлений.

Результаты исследования иллюстрируют контраст между прогрессивностью финансирования из налогов и регрессивностью сборов с пользователей и частного медицинского страхования в США (сходная картина для обоих видов частного финансирования а priori предугадывается для любого эффективного конкурентного рынка). Эти в высшей степени регрессивные компоненты совокупного финансирования, получившие широкое распространение в США, перекрывают прогрессивность налогового компонента и придают распределению в целом весьма регрессивный характер. Но особенно удивительно то, что аналогичная картина обнаруживается даже среди пожилых людей, которые охватываются всеобщей государственной программой, финансируемой из налоговых поступлений. Весьма значительные франшизы и совместные платежи, встроенные в эту программу (по видимости для того, чтобы контролировать общие расходы), способствуют повышению степени регрессивности совокупного финансирования. Отдельные лица могут покрывать эти расходы по программе частного страхования Medigap — подобно тому как это делают во Франции, чтобы покрыть собственную долю платежей согласно государственной схеме медицинского страхования. Однако покрытие по схеме Medigap, будучи частным, также регрессивно в том, что касается распределения финансового бремени (размер премий обуславливается степенью риска, а не размером дохода).

Итак, при финансировании из налоговых поступлений и при сборах с пользователей основными плательщиками оказываются разные категории населения. При финансировании из налоговых поступлений более тяжелое финансовое бремя ложится на тех, чьи доходы выше, а при сборах с пользователей основное бремя ложится на тех, чьи доходы ниже. Этим очевидным различием мотивируется значительная часть политических разногласий по поводу альтернативных форм финансирования (такие разногласия создают постоянную напряженность во всех национальных системах здравоохранения). Вдобавок при финансировании из налоговых поступлений обязанность платить отделяется от факта болезни (или, по меньшей мере, от факта использования медицинской помощи), тогда как при сборах с пользователей между фактом болезни и обязанностью платить существует прямая связь. При финансировании из налоговых поступлений больные, независимо от размера доходов, платят относительно меньше, а здоровые — относительно больше, чем при сборах с пользователей. С финансовой точки зрения увеличение сборов с пользователей выгодно здоровым и богатым, тогда как расширение финансирования из налоговых поступлений снижает долю бремени, ложащегося на плечи больных и бедных.

40 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

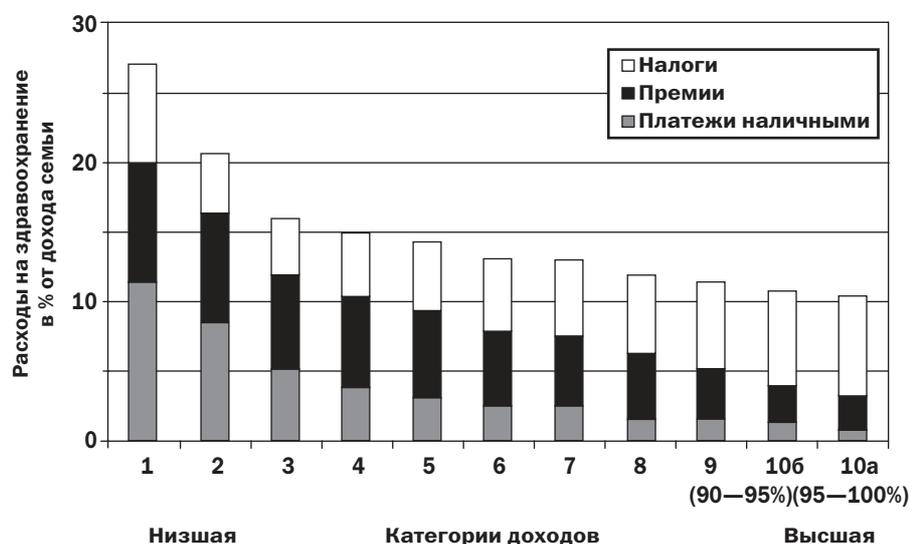


Рисунок 2.5. Расходы на здравоохранение в США как процент от дохода семьи до вычета налогов, по десяти категориям населения согласно размеру семейного дохода, с учетом типа расходов, 1987 г. Rasell *et al.* (1993).

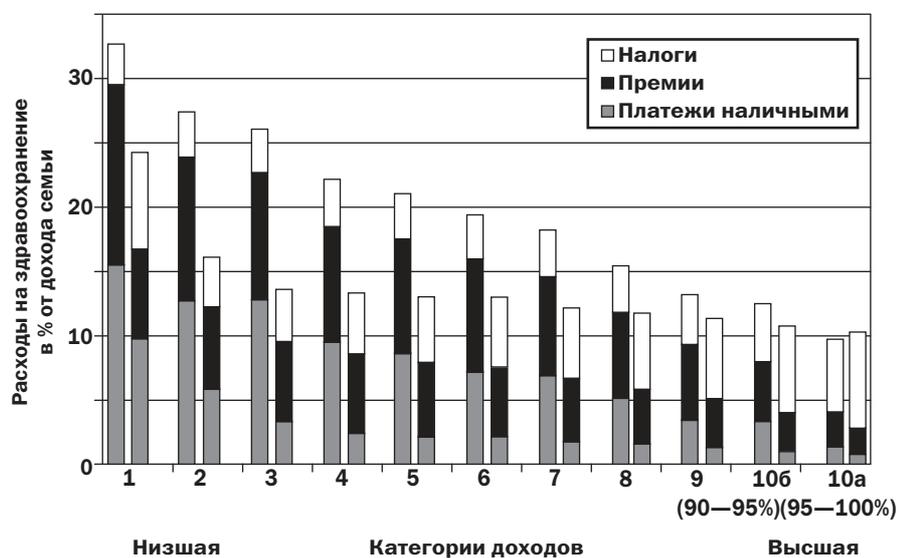


Рисунок 2.6. Расходы на здравоохранение в США как процент от дохода семьи до вычета налогов, по десяти категориям населения согласно размеру семейного дохода, с учетом типа расходов и возраста главы семьи (левая колонка в каждой категории — 65 лет и выше, правая — менее 65 лет), 1987 г. Rasell *et al.* (1993).

В странах, где частное страхование получило широкое распространение (США, Швейцария), оно порождает в высшей степени регрессивную картину распределения средств, сходную с той, которая получается при финансировании путем сборов с пользователей. Конкуренция на рынке частного медицинского страхования заставляет страховщиков рассчитывать размер премий для абонентов исходя из оценки предполагаемого риска, что на практике означает ориентацию на предыдущие страховые требования этих абонентов. Таким образом, частное страхование, подобно сборам с пользователей, связывает размер индивидуального взноса с фактом болезни, а не с размером дохода; оба вида финансирования весьма регрессивны по сравнению с финансированием из налоговых поступлений.

Что касается социального страхования, то оно обуславливает размер вкладов размером доходов, однако доходная база не является всеобъемлющей, и некоторые системы устанавливают потолок взносов. А priori можно предполагать, что системы социального страхования более прогрессивны, чем частное финансирование, но менее прогрессивны, чем финансирование из налоговых поступлений (Wagstaff *et al.* 1993).

Финансирование из налоговых поступлений преобладает в северных странах, включая Великобританию, Данию, Канаду, Финляндию, Швецию, а также в странах Южной Европы — Испании, Италии³ и Португалии. Рисунок 2.7 иллюстрирует суммарные оценки прогрессивности или регрессивности общего финансирования здравоохранения в этих и некоторых других странах (за исключением Канады) по отношению к проценту расходов, финансируемых из налоговых поступлений (Wagstaff *et al.* 1999). К сожалению, график основан на данных по меньшей мере десятилетней давности.

Хотя соотношение компонентов в схеме финансирования может меняться, положения Проекта Европейского сообщества (ECuity Project) о характере влияния различных структур финансирования сохраняют свою силу. Рост практики разделения затрат с начала 1990-х годов (в Швеции и Германии), создание некоммерческих учреждений, имеющих финансовые стимулы к обеспечению этих и других частных платежей (во Франции), расширение возможностей для частной практики — все это должно повысить степень регрессивности системы финансирования, облегчить доступ к услугам для лиц с высокими доходами и повысить расходы на частный сектор и доходы, зарабатываемые внутри частного сектора (возможно, это повышение расходов и доходов распространится на все здравоохранение).

Доля расходов на здравоохранение, финансируемых из налоговых поступлений, находится в тесной связи с прогрессивностью общих расходов на здравоохранение. Однако в любых глобальных статистических подсчетах неизбежно будут доминировать данные по США и Швейцарии, где частные расходы относительно велики и весьма регрессивны. Если исключить эти две стоящие особняком страны, то корреляция между финансированием из налоговых поступлений и прогрессивностью будет выглядеть менее отчетливо. Системы социального страхования (низкий уровень финансирования из налоговых поступлений) могут быть как прогрессивными, так и регрессивными в зависимости от их структуры и от типа полисов. Основной различительный признак систем — степень полноты (Wagstaff *et al.* 1999). В Германии установлен потолок на взносы в социальное страхование; как в Германии, так и в Нидерландах, относительно богатые люди могут или должны приобретать частное страхование вместо социального. Вместе с тем во Франции социальное страхование охватывает все население; потолок и минимальный уровень премий отсутствуют. Результат в целом носит более прогрессивный характер,

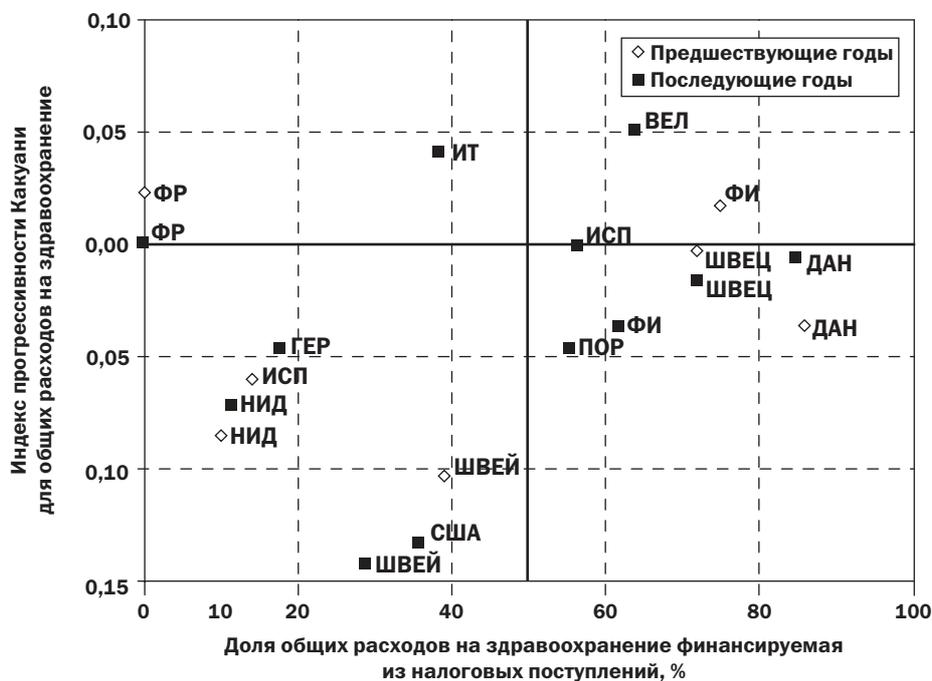


Рисунок 2.7. Оценки прогрессивности (индекс прогрессивности Какуани, Kakwani 1977) общих расходов на здравоохранение в 12 странах Организации экономического сотрудничества и развития в разные годы согласно доле расходов, финансируемых из налоговых поступлений. ВЕЛ — Великобритания (1993); ГЕР — Германия (1989); ДАН — Дания (1981, 1987); ИСП — Испания (1980, 1990); ИТ — Италия (1991); НИД — Нидерланды (1987, 1992); ПОР — Португалия (1990); США (1987); ФИ — Финляндия (1990, 1996); ФР — Франция (1984, 1989); ШВЕИ — Швейцария (1982, 1992); ШВЕЦ — Швеция (1980, 1990). Wagstaff *et al.* (1999); расчеты для Финляндии — U. Hakkinen.

чем в финансируемых из налоговых поступлений системах Дании, Финляндии и Швеции, даже несмотря на сборы с пользователей и наличие обществ взаимопомощи, финансируемых из частных фондов. С другой стороны, данные Проекта Европейского сообщества (EScuity Project) свидетельствуют о том, что большинство систем, финансируемых из налоговых поступлений, носит более прогрессивный или менее регрессивный характер, чем большинство систем социального страхования; впрочем, нельзя сказать, чтобы степень прогрессивности системы возрастала пропорционально той доле, которую в общей структуре финансирования составляют налоговые поступления⁴.

Весьма значителен контраст между, с одной стороны, Великобританией и, с другой стороны, Данией, Финляндией и Швецией. Во всех этих странах важнейшую роль играют налоговые поступления, но в Великобритании система финансирования наиболее прогрессивна, а в Дании и Швеции — умеренно регрессивна. Особенно интересен случай Финляндии, где в 1990 г. система финансирования была одной из самых прогрессивных в мире, однако экономический и финансовый кризис начала 1990-х годов привел к резкому снижению доли финансирования из налоговых поступлений, к повышению доли частного финансирования и к резкому сдвигу от прогрессивного финансирования к регрессивному.

Общее налогообложение во всех исследованных странах носило прогрессивный характер, но степень прогрессивности варьировала в весьма широких пределах. Различия между странами отчасти обусловлены структурой налогообложения. Налоговые поступления складываются из прямых и косвенных налогов; первые во всех исследованных странах прогрессивны, а вторые — регрессивны. Степень прогрессивности прямого налогообложения также варьирует в разных странах. Прямые налоги в Швеции и Дании отличаются весьма низкой степенью прогрессивности (что отражает важную роль пропорциональных подоходных налогов на местном уровне), тогда как в Великобритании они, напротив, весьма прогрессивны. Прямые налоги в Финляндии прежде были более прогрессивными, однако в течение 1990-х годов степень их прогрессивности существенно снизилась. Когда слегка прогрессивные прямые налоги объединяются в общий пул с регрессивными косвенными налогами, невысокий уровень прогрессивности сохраняется.

Вообще говоря, доля финансирования из налоговых поступлений в странах, исследованных по Проекту Европейского сообщества (ECuity Project), находится в обратной пропорции к степени прогрессивности налоговой системы этих стран. В Дании и Швеции доля прямых налогов весьма высока, однако структура прямого налогообложения этих стран характеризуется относительно низкой степенью прогрессивности. В Великобритании, где прямые налоги более прогрессивны, доля регрессивного косвенного налогообложения в общей структуре налогов повысилась с 43,2% в 1985 г. до 53,9 — в 1993 г. Эти три страны, наряду с Италией и Испанией, имеют наименее прогрессивную систему общего налогообложения среди всех исследованных стран⁵. Напротив, страны с самыми прогрессивными системами общего налогообложения — США, Швейцария, Нидерланды и Германия — в наименьшей степени используют финансирование из налоговых поступлений для поддержки здравоохранения.

Эта картина указывает на наличие политического компромисса в конфликте экономических интересов между здоровыми и богатыми с одной стороны и больными и бедными — с другой: то, что теряется косвенным образом, наверстывается другими путями. Подобный конфликт присущ любой системе финансирования, однако в разных странах компромисс принимает разнообразные формы, что выражается как в масштабе перераспределения средств, так и в соотношении источников финансирования, из которых поступают перераспределяемые средства. Политическое объединение в поддержку финансирования из налоговых поступлений жизнеспособно до тех пор, пока перераспределение не становится чрезмерным.

Оценки, содержащиеся в Проекте Европейского сообщества (ECuity Project), указывают, что значительный уравнительный потенциал, теоретически присущий финансированию из налоговых поступлений, на практике является довольно ограниченным⁶. Вместе с тем его ни в коей мере нельзя считать незначительным. Существует ярко выраженный контраст между системами, финансируемыми из налоговых поступлений, и весьма регрессивным распределением общего финансового бремени в системах, где значительную роль играет частное финансирование. Системы социального страхования могут развиваться в обоих направлениях в зависимости от того, как они структурированы.

Кто получает и когда?

С начала 1990-х годов опыт систем, финансируемых из налоговых поступлений, свидетельствует о продолжающемся противоречии между экономическими интересами здоровых и богатых с одной стороны и больных и бедных — с другой. Значительные суммы перераспределяются даже в пропорциональных или умеренно регрессивных системах, ибо факт болезни и, следовательно, использование услуг (в отсутствие финансовых барьеров) носят значительно более регрессивный характер. Поэтому во всех системах, финансируемых из налоговых поступлений, постоянно имеет место давление в пользу увеличения частного финансирования и повышения доли сборов с пользователей независимо от наличия частного страхования. Аргументация в течение десятилетий почти не изменилась, а экономические интересы не претерпели вообще никаких изменений.

Системы, финансируемые из налоговых поступлений, особенно чувствительны к подобному давлению во времена общих финансовых кризисов. Нетрудно понять, почему при падении общего уровня доходов граждане противодействуют повышению налогов, а правительства вынуждены реагировать более жестким контролем за государственными расходами, включая расходы на здравоохранение. Тем не менее причины, по которым такое урезание расходов должно быть связано со сдвигом в структуре компромиссного перераспределения, не очевидны. Чтобы найти ответ, мы должны проанализировать два вопроса: кто получает и кому платят.

Системы, финансируемые из налоговых поступлений, и системы, основанные на социальном страховании, отвечают на первый вопрос одинаково: люди, нуждающиеся в медицинской помощи, получают то, в чем они нуждаются, и тогда, когда они в этом нуждаются. Платежеспособность служит основой для определения личного вклада в финансирование здравоохранения, но не права на получение медицинской помощи. Однако потребность в лечении обычно неявным образом определяется как то, что квалифицированный врач считает возможным предложить, а больной считает возможным принять. Что касается платежеспособности, то она выражается в конкретных цифрах. Стабильность политического согласия по вопросу о компромиссе при финансировании, особенно в системах, финансируемых из налоговых поступлений, зависит от степени готовности общества удовлетворить потребности, определенные подобным образом.

Богатые люди всегда будут извлекать краткосрочную экономическую выгоду из таких систем, где частное финансирование играет значительную роль. Такие люди имеют средства для удовлетворения своих потребностей, и чем меньше они должны вкладывать в поддержку потребностей других людей, тем значительнее их экономическая выгода. Больные и бедные, несомненно, будут противостоять частному финансированию, которое либо налагает на них слишком большое финансовое бремя, либо ограничивает их доступ к некоторым услугам. Принципиально важное значение имеет установка многочисленной срединной группы населения, для представителей которой цена социальной сплоченности — расхождение между тем, что они платят, и тем, что они получают, — в среднем значительно ниже, чем для богатых. Установка многих таких людей по отношению к частному финансированию может оказаться негативной, ибо мотив страхования для них также весьма реален.

Потребности таких людей, по-видимому, могут быть удовлетворены системой финансирования из налоговых поступлений. Когда люди со средними доходами начинают ощущать, что государственная система, финансируемая из налоговых по-

ступлений, больше не обеспечивает им доступа к высококачественной медицинской помощи, они начинают действовать в обход этой системы. В двухзвенных системах, финансируемых из налоговых поступлений (Австралия, Великобритания), государственная система охватывает все население, однако больные со средствами могут частным образом оплачивать лечение, которое является для них более своевременным или подходящим или воспринимается ими как более высококачественное.

Врачи, практикующие в государственном и частном секторе, могут манипулировать сроками ожидания и представлениями больных о качестве лечения, дабы поощрить больных к частным платежам. Рост возможностей для повышения доходов путем частных платежей чреват подрывом доступа к государственной системе; именно это произошло в Великобритании в области офтальмологической и ортопедической хирургии (Robinson and Dixon 1999: 67). Высокие прибыли в частной практике побуждают хирургов ограничить как время, так и объем усилий, которые они посвящают работе в государственном секторе; тем самым на больных оказывается давление, заставляющее их пользоваться услугами на частных основаниях.

Частные платежи в форме сбора с пользователей в системах, финансируемых из налоговых поступлений, могут служить перераспределению доступа к лечению, если предложение является недостаточным (или воспринимается как недостаточное). Поскольку такие сборы отпугивают прежде всего людей с низкими доходами, они повышают степень доступности услуг для тех, кто в состоянии платить (см. главу 7). Если взимание сборов с пользователей сочетается с использованием средств из дополнительных фондов с целью стимулирования предложения, результат получается значительно более регрессивным, чем при повышении финансирования из налоговых поступлений или из фондов социального страхования⁷.

В системе, финансируемой преимущественно из налоговых поступлений, любая форма частичного платежа наличными становится способом приобретения привилегированного доступа к услугам, которые оплачиваются главным образом из чужих налогов. Пока в обществе преобладает ощущение, что адекватный уровень услуг доступен для всех, мало кто обнаруживает желание платить за привилегированный доступ. Но если значительная часть населения приходит к мысли, что медицинская помощь, предоставляемая системой, является неадекватной или недоступной и что здоровье населения находится под угрозой, идея частного финансирования легко может получить серьезную политическую поддержку.

Кому платят и сколько

Как было отмечено выше, общая сумма дохода, заработанного системой здравоохранения, в точности равна общей сумме расходов на здравоохранение. Сокращение затрат на здравоохранение (ЦК) приводит к сокращению доходов системы (ЮЯ). Рабочие места закрываются, зарплаты, прибыли и другие формы доходов падают. Подобное происходит независимо от того, насколько сильно влияет подобное сокращение на интенсивность функционирования медицинских учреждений или на здоровье больных. Следовательно, никто из тех, для кого система здравоохранения служит источником доходов, экономически не заинтересован в том, чтобы делать больше меньшими средствами. Равенство суммы расходов и суммы доходов объясняет, почему заявления о недостаточном финансировании системы (или того или иного из ее отделов) играют столь значительную роль в политических играх вокруг здравоохранения во всем мире. Такие заявления могут быть более настойчивыми (и, несо-

мненно, носят более систематический характер) в системах, финансируемых из налоговых поступлений, поскольку они помогают извлечь больше средств из государственной казны. Средства, полученные таким образом, могут использоваться либо для повышения качества услуг, либо для повышения вознаграждения тех, кто предоставляет услуги — иначе говоря, либо для повышения Ц и К, либо для повышения Ю и Я; при этом общественное внимание будет непременно сосредоточено на элементе К, то есть на проблеме приумножения и улучшения услуг.

Называя заявления о недостаточном финансировании политической игрой, я не хочу сказать, что количество средств, выделяемых системе здравоохранения, не имеет значения. Конечно же, оно имеет существенное значение: ведь медицинские службы вносят весомый вклад в улучшение здоровья населения, и создание услуг (К) требует реального вклада (Я), за который нужно платить. Однако утверждения о недостаточном финансировании, исходящие от тех, кто получает плату за свои услуги (или надеется получить ее), вызваны отнюдь не заботой об адекватности или эффективности системы здравоохранения, а тем более не неудовлетворенностью реальным уровнем ее финансирования. Такие утверждения в Канаде делаются (и всегда делались) столь же энергично, как и в Великобритании, — при том, что затраты на здравоохранение на душу населения в Канаде (2175 долл. США) в полтора раза выше, чем в Великобритании (1391 долл. США) (OECD 1999). При этом мало кто поднимает вопросы эффективности, правомерности или рациональной обоснованности предоставляемой помощи.

Поскольку британская Государственная служба здравоохранения отличается бережливостью, само собой напрашивается предположение, что в ее случае утверждения о недостаточном финансировании могут быть обоснованы. Тем не менее попытки определить, действительно ли Государственная служба здравоохранения финансируется недостаточно, привели к выводу, что удовлетворительного ответа на этот вопрос не существует (Dixon *et al.* 1997). Сама проблема носит чисто политический характер: как Великобритания, так и Канада сходятся во мнении, что здравоохранение не получает достаточного финансирования (хотя масштабы претензий в том и другом случае весьма различны!). Речь должна идти прежде всего о политических играх, с помощью которых удастся успешно манипулировать общественным мнением (Maunard 1996).

В условиях нормального развития экономики, когда собираемость налогов достаточна для финансирования здравоохранения, недовольство уровнем финансирования диктуется стремлением поддержать систему в целом. Но когда финансирование действительно сокращается, люди теряют работу, зарплаты и прибыли падают, тон заявлений о недофинансировании радикально меняется. Оглушающий хор жалоб — по словам бывшего министра здравоохранения Великобритании Э. Пауэлла (Powell 1976), он «день и ночь звучит из всех углов Государственной службы здравоохранения» — непрерывно нарастает; создается впечатление, что вся система, основанная на финансировании из налоговых поступлений, оказалась в смертельной опасности.

Какой бы ни была реальная ситуация, опыт урезания расходов и доходов в таком важном секторе, как больничный, может привести к своего рода врачебному терроризму. К сожалению, между политическими играми вокруг налогового финансирования и играми вокруг частной медицины существует определенная асимметрия. Те люди, чья работа оплачивается из налоговых поступлений, при переговорах об увеличении финансирования должны открыто и гласно подчеркивать недостатки существующего положения дел в здравоохранении — вне зависимости от

того, что они могли бы сказать в частной беседе. С другой стороны, те, кто финансируется путем частных платежей, для привлечения средств должны восхвалять свою работу — то есть, по существу, рекламировать себя. Иначе говоря, частные поставщики услуг должны всячески набивать цену своей работе, тогда как государственные — всячески принижать свою. Пока финансирование остается внутри государственной системы, такая тактика принижения своей работы чаще всего принимает форму рассуждений о том, насколько лучше была бы система, если бы денег было больше. Однако стоит финансированию снизиться, как надежды на действие рыночных законов сменяются страхом перед рынком; этот процесс может подорвать основу системы финансирования из налоговых поступлений.

Реакции поставщиков не ограничиваются простой «антирекламой». Как в системах, финансируемых из налоговых поступлений, так и в системах социального страхования профессиональные союзы и ассоциации используют разнообразные формы искусственного нарушения нормальной работы, вплоть до полноценных забастовок, чтобы причинить больным неудобства, запугать их и тем самым создать давление на правительство с целью принудить его к повышению финансирования. Такие действия могут стимулировать общественную поддержку частного финансирования как альтернативы финансированию из налоговых поступлений. В итоге некоторые поставщики, освободившись от ограничений, налагаемых государственным сектором на размеры сделок, получают возможность установить более высокую плату за свои услуги и включить в сферу своей деятельности также частный сектор; отныне их услуги адресуются тем, кто может платить⁸.

Динамика распределения доходов и доступа к медицинским услугам в периоды финансового кризиса иллюстрируется недавним канадским опытом. Снижение финансирования привело к росту общественного недовольства системой (кто получает?); это недовольство дополнительно подпитывалось критикой со стороны тех, кто потерял работу и доходы (кому платят?). Оживились вечные экономические аргументы против налогового финансирования (кто платит?). Итогом этого процесса стал стремительный рост общественного недовольства системой здравоохранения; ощущение кризиса системы стало почти всеобщим. В то же время те, кто реально пользовался услугами системы, продолжали выражать удовлетворение; объективные данные о работе больниц также не свидетельствовали об ухудшении ситуации (Roos 2000).

Этот процесс — частный случай общей тенденции: во времена финансовых кризисов системы, финансируемые из налоговых поступлений, претерпевают сдвиг в сторону частных платежей. Не совсем ясно, насколько вероятно движение в обратном направлении при улучшении финансовой ситуации.

Сборы с пользователей, введенные в рамках государственной системы здравоохранения, могут быть ликвидированы в случае смены идеологических ориентиров и при условии достаточно благоприятных финансовых обстоятельств. Однако частные рынки медицинских услуг, создаваемые вне системы, финансируемой из налоговых поступлений, могут сыграть роль своего рода улицы с односторонним движением (особенно если эти рынки поддерживаются частным страхованием). Интересами поставщиков на таких рынках намного труднее манипулировать. Агенты таких рынков — те, кто платит, и те, кому платят, — объединяются в хорошо организованные группы, распоряжающиеся большими средствами. Более того, во всех странах частный сектор обслуживает прежде всего политическую и деловую элиту; иначе говоря, значительная часть больных частного сектора имеет как деньги, так и политическое влияние.

Эта политическая реальность напоминает о связи между экономическими интересами здоровых и богатых с одной стороны и группы поставщиков услуг — с другой. Частные рынки не только возлагают более высокую долю финансового бремени на людей с низкими доходами, но и повышают общий объем расходов на здравоохранение и, следовательно, объем доходов, получаемых благодаря поставкам услуг. Системы социального страхования занимают промежуточную позицию: по сравнению с частными рынками они обеспечивают больше возможностей для государственного регулирования, однако не позволяют контролировать расходы так же жестко, как при финансировании из государственного бюджета. В следующем разделе мы рассмотрим роль различных механизмов финансирования в связи с проблемой контроля за расходами.

Механизмы финансирования и контроль за расходами

Среди стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), две — США и Швейцария — характеризуются особенно высоким уровнем частного финансирования здравоохранения. В 1998 г. эти страны занимали соответственно первое и третье места по такому показателю, как доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте (ВВП); в США эта доля составила 14,0%, а в Швейцарии — 10,2% (Anderson *et al.* 2000)⁹. Процент для США относительно стабилен с 1992 г., тогда как в Швейцарии доля расходов на здравоохранение с 1960 г. непрерывно росла. Немецкая и французская системы, основанные на социальном страховании, занимают по тому же показателю второе и четвертое места (10,6 и 9,6%) (Anderson *et al.* 2000). Иногда наблюдается частичное перекрытие показателей; так, Канада (9,3%) опережает группу стран с социальным страхованием и финансированием из налоговых поступлений, где доля расходов на здравоохранение составляет около 8,5% ВВП¹⁰.

Рейтинг стран по уровню расходов на здравоохранение со временем менялся и, несомненно, еще будет меняться. Некоторые системы, финансируемые из налоговых поступлений — особенно британская, — всегда были относительно недорогими, тогда как другие — прежде всего шведская и канадская — длительное время держались на самой вершине пирамиды или в непосредственной близости к ней. Административная структура в каждой стране имеет собственную историю, и формальный статистический анализ может быть столь же полезным, сколь и дезориентирующим. Однако опыт стран ОЭСР показывает, что системы, финансируемые из налоговых поступлений, предоставляют больше возможностей для общественного контроля за расходами на здравоохранение как во время кратковременных кризисов, так и при смене долгосрочных приоритетов. Способ осуществления этого контроля определяется конкретными политическими соображениями.

Финляндия, где расходы были жестко урезаны всего лишь за один год (1992-1993 гг.), может служить особенно выразительным примером реакции на острый экономический и финансовый кризис. В Канаде расходы в секторах, финансируемых из налоговых поступлений, заметно снизились во время экономического кризиса 1992-1997 гг. — при том, что расходы в частном секторе тогда же продолжали расти. В обеих странах урезание финансирования привело к тому, что доля расходов на здравоохранение в ВВП снизилась до предкризисного уровня.

Государственные приоритеты в странах ОЭСР после середины 1970-х годов эволюционировали в сторону усиления контроля за расходами на здравоохранение.

Были введены в действие административные механизмы применения государственных властных полномочий (Abel-Smith 1992; Abel-Smith and Mossialos 1994); эти механизмы в разных странах оказались достаточно схожими, что позволяет рассматривать их совокупность как определенный международный стандарт (White 1995). Благодаря этим механизмам удалось значительно и весьма скоро приостановить рост расходов на здравоохранение в большинстве стран ОЭСР.

Наибольший успех был достигнут в системах, финансируемых из налоговых поступлений, о чем свидетельствует рейтинг стран. Доля расходов на здравоохранение в ВВП с 1990 г. реально снизилась в нескольких странах (Anderson and Poullier 1999), причем только там, где здравоохранение финансируется из налоговых поступлений. Помимо Финляндии и Канады, подобного результата добились Дания, Ирландия, Италия и Норвегия. В Швеции максимальный уровень расходов (9,6%) был достигнут в 1982 г.; четыре года спустя он составил 8,7% и с того времени не менялся. Исторически Германия была первой страной, установившей контроль за расходами в системе, финансируемой из фондов социального страхования. Быстрый рост расходов был взят под строгий контроль благодаря регулирующему законодательству, принятому в середине 1970-х годов. Однако в 1990-х годах ситуация в Германии выглядела иначе.

Вообще говоря, системы, финансируемые из налоговых поступлений, отнюдь не дешевле других; в 1970-х годах некоторые из таких систем относились к числу самых дорогих в ОЭСР. Их особенность заключается в том, что они более гибко реагируют на смену государственных приоритетов, когда дело доходит до усиления контроля за расходами или до снижения расходов (между тем как с повышением притока средств справится любая система здравоохранения!). При финансировании из налоговых поступлений в рамках одной и той же структуры объединены стимулы к сдерживанию расходов и способность сдерживать расходы более эффективно, чем это возможно при любом другом механизме финансирования.

Вместе с тем этот контроль, как указывалось выше, сопряжен с политическими издержками в виде роста общественного недовольства и критики со стороны поставщиков. Те, кому платят, всегда являются сторонниками постоянного роста системных расходов; стоит этой группе агентов рынка завоевать широкую общественную поддержку, как противодействие ей становится затруднительным. Серьезные финансовые кризисы побуждают правительства усилить контроль настолько, насколько позволяет система финансирования из налоговых поступлений, и обеспечивают этим мерам необходимую общественную поддержку. Однако серьезные финансовые ограничения подрывают общественное доверие к налоговому финансированию как таковому; в итоге более регрессивное частное финансирование развивается как внутри системы, финансируемой из налоговых поступлений, так и параллельно ей. Компромиссное перераспределение средств никогда не устанавливается раз и навсегда, а повышение напряженности приводит к нарушению компромисса.

Как показывают сравнительные обзоры по разным странам, степень общественного удовлетворения может быть связана с абсолютным уровнем расходов на здравоохранение, однако существующие данные допускают различную трактовку¹¹. Тем не менее независимо от абсолютного размера расходов любое снижение или просто прекращение роста затрат порождает политические проблемы и приводит к попыткам открыть другие источники финансирования. Представляется, что по меньшей мере для поставщиков услуг адекватное финансирование здравоохра-

нения — это не какой-то конкретный уровень затрат, а определенный темп изменений роста¹².

Таким образом, при финансировании из налоговых поступлений доля национального дохода, идущая в здравоохранение, не только менее высока по сравнению с другими системами, но и более подвержена колебаниям под влиянием смены политических приоритетов. Получатели этих денег не только оказывают постоянное давление на власти с целью сохранить поток налогового финансирования, но и предпринимают усилия по изменению структуры финансирования, чтобы сделать ее менее чувствительной к изменениям приоритетов.

В качестве возможной меры периодически предлагается откладывание сумм, полученных с определенного налога или корзины налогов, специально для финансирования здравоохранения. Смысл подобной меры заключается в обеспечении для системы здравоохранения стабильной и растущей доходной базы, находящейся вне политического контроля. Тем не менее преимущества подобных адресных налогов сомнительны.

«Косметическое» откладывание налогов — то есть придание определенному налогу статуса «налога на здравоохранение» — может принести политическую пользу, снизив противодействие налогоплательщиков. Однако если такой налог идет в общий доход, его наименование превращается в ничего не значащую формальность. Выделение дохода в специальный фонд для оплаты здравоохранения не менее бессмысленно в случае, если дефицит компенсируется из общего дохода (или если излишки поглощаются общим доходом). В случае подлинного адресного налога размер дохода от налоговых поступлений реально определяет размер расходов на здравоохранение (иначе говоря, решения по расходованию средств принимаются таким образом, чтобы сумма расходов равнялась ставке налогообложения).

Таким образом, налоговая база должна быть широкой, устойчивой и растущей вместе с национальным доходом (желательно быстрее последнего). Однако это как раз тот тип источника доходов, от которого не захочет отказаться никакое правительство. Аргументы в пользу откладывания налогов в рамках общей налоговой базы указывают главным образом на финансирование из фондов социального страхования, которое может рассматриваться как вид адресного налога. И действительно, системы, основанные на финансировании из фондов социального страхования, судя по всему, предоставляют поставщикам определенные преимущества (см. главу 3). Социальное страхование предоставляет также шанс существенно повысить степень регрессивности финансирования, что может быть полезно, если политики ставят перед собой подобную цель.

Скрытое налоговое финансирование

Налогово-затратные субсидии

Правительства имеют в своем распоряжении ряд механизмов — как финансовых, так и регулирующих, — с помощью которых они влияют на общую картину экономической деятельности. При финансировании здравоохранения из налоговых поступлений накопление средств происходит благодаря различным обязательным взносам в государственный доход; затем этот доход используется либо для поставки медицинских услуг, либо для их оплаты. Государственные органы власти могут также ис-

пользовать свое право обложения налогом для более опосредованного влияния на здравоохранение, предоставляя налоговые скидки.

Частные расходы на особые услуги могут быть вычтены из облагаемого налогом дохода или полностью или частично кредитованы под другие налоговые обязательства. Исследователи в области государственных финансов именуют подобную практику налогово-затратными субсидиями (англ. tax-expenditure subsidies); тем самым подчеркивается, что налоговые льготы — такой же реальный перевод государственных средств в частный сектор, как и прямые субсидии. Налогово-затратные субсидии сходным образом влияют как на общегосударственный бюджет, так и предположительно на поведение частных агентов. Они часто предоставляются для покрытия различных платежей наличными за медицинские услуги. В некоторых странах они используются также для поощрения и поддержки частного страхования на таком уровне, который недостижим в условиях чисто коммерческого рынка страхования.

Правительства могут также расширить сферу действия систем социального страхования, выплачивая премии с целью привлечения тех, кто не имеет заработков, из которых можно было бы делать вычеты, или покрывая дефицит дохода от суммарных страховых взносов (см. главу 3). Такие платежи представляют собой прямые субсидии из государственного бюджета и могут (или должны) быть включены в ту его часть, которая финансируется из налогов. Что касается налогово-затратных субсидий, то они не включаются в общую структуру государственных расходов или в налоговое финансирование здравоохранения; такие субсидии служат перераспределению налоговых обязательств от людей, потративших средства на особые категории услуг, к тем, кто этого не сделал.

Данная форма налогового финансирования могла бы быть названа косвенной, если бы термины «прямое» и «косвенное» налогообложение не имели давно устоявшихся значений. Характеризуя ее как «скрытую», мы подчеркиваем, что, в отличие от прямых финансовых субсидий, налоговые льготы не фигурируют в государственном бюджете и редко являются предметом общественного изучения и открытых дискуссий. Действительно, точную стоимость льгот, как правило, определить трудно, а любые оценки спорны. Цифры, фигурирующие в отчетах по странам ОЭСР, неполны и ненадежны. Хотя специалисты хорошо понимают суть и механизмы скрытого налогового финансирования, последнее в основном скрыто от глаз общественности, ибо правительства не отчитываются за переведенные таким образом суммы. В итоге можно предположить, что скрытое налоговое финансирование носит регрессивный (иногда даже слишком регрессивный) характер, тогда как открытое налоговое финансирование является скорее пропорциональным или прогрессивным¹³.

Налогово-затратные субсидии на частное медицинское страхование могут представлять собой простую гарантию того, что премиальные выплаты санкционированным страховщикам либо будут полностью или частично вычтены из налогооблагаемого дохода, либо будут считаться кредитом под налоговые обязательства. Еще менее прозрачна практика связывания налогово-затратных субсидий с покупкой нанимателями частного страхования от имени групп наемных работников. Наниматель вычитает эти премии из налогооблагаемого дохода, как часть оплаты труда наемного работника. В отличие от зарплат, премии, выплачиваемые нанимателем, не облагаются налогом как доход в руках нанимателя. Вполне допустимо трактовать эти премии как род налогооблагаемых льгот. Нежелание поступать та-

ким образом — это преднамеренная государственная политика, направленная на поощрение покупки частных страховых услуг.

Хотя чеки страховщику может выписывать наниматель, большинство экономистов считает, что фактически премии — в форме вычетов из зарплат и т. п. — платят наемные работники. Однако они платят эти премии из своего дохода до уплаты налогов. Для наемных работников налогово-затратная субсидия эквивалентна покупке медицинской страховки из дохода после уплаты налогов (чистого дохода) с последующим получением от правительства определенной доли выплаченной суммы в виде частичной компенсации. Однако в отличие от налогово-затратных субсидий цена компенсации и распределение льгот прозрачны.

Скрытое налоговое финансирование частных выплат регрессивно влияет на перераспределение средств. Поощряя сборы с пользователей или частное страхование в качестве замены открытому налоговому финансированию или социальному страхованию, оно увеличивает долю регрессивного элемента в общей структуре финансирования. Субсидия сама по себе также весьма регрессивна, поскольку компенсация, получаемая застрахованным лицом, равна стоимости предоставленной страховки, помноженной на ставку маргинального подоходного налога данного лица. Оба сомножителя растут вместе с доходом¹⁴.

Налогово-затратное субсидирование частного страхования, оплачиваемого нанимателем, играет существенную роль в Северной Америке, особенно в США. Яркие примеры регрессивного налогово-затратного субсидирования известны и в Европе. В Португалии разрешены вычеты расходов на медицинское обслуживание из личного налогооблагаемого дохода, полное покрытие затрат на услуги частных врачей и медицинские страховые премии в сумме до 350 евро. Поскольку в Португалии процент платежей наличными очень велик (около 40% в 1990 г.), налогово-затратные субсидии представляют собой крупные суммы, оцениваемые в 4,8% от общего количества прямых налоговых поступлений или в 0,2-0,3% ВВП (Dixon and Mossialos 2000). Ввиду того, что система прямого налогообложения также вполне прогрессивна, такие вычеты значительно более ценны для лиц с высокими доходами. Согласно данным по Ирландии, учет налогово-затратных субсидий радикально меняет представление о кажущейся прогрессивности расходов на частное страхование (Wagstaff *et al.* 1999). Хотя услуги частного медицинского страхования покупают преимущественно богатые люди, доступность налоговых льгот в относительно прогрессивных системах подоходного налогообложения заметно снижает чистую стоимость таких услуг на верхних ступенях шкалы распределения доходов и, следовательно, делает общее распределение затрат регрессивным.

Налогово-затратное субсидирование частных платежей выгодно как богатым и здоровым, так и тем, кто получает свои доходы от здравоохранения. Такое субсидирование использует финансовую мощь государства, чтобы компенсировать суровые ограничения, налагаемые частными конкурентными рынками на масштабы частного медицинского страхования; в итоге поощряется регрессивность общей системы финансирования и подрываются усилия государства по сдерживанию расходов на здравоохранение (и доходов, получаемых от здравоохранения). Очевидно, налогово-затратные субсидии должны поддерживаться теми, кто предлагает увеличить частное финансирование здравоохранения. Альтернативой частному финансированию является открытое налоговое финансирование; скрытое налоговое финансирование играет роль дополнения, делая высокие сборы с пользователей более приемлемыми с политической точки зрения и защищая частное страхование от процессов конкурентного «снятия сливок» и оценки

опыта, которые в противном случае могли бы существенно ограничить рынок частного страхования¹⁵.

Регулирование и принуждение

Правительства, однако, могут сохранить частное страхование в достаточно крупных масштабах, используя различные формы регулирования, ограничивающего конкурентные стратегии частных страховщиков, — например, требуя от страховщиков прежде всего учета общественных рисков (то есть установления сходных премий для всех претендентов), а не оценки индивидуальных или групповых рисков (то есть установления размера премий в зависимости от прошлого опыта или других факторов, связанных с рисками). Поскольку учет общественных рисков в принципе несовместим с максимизацией прибылей, для его поддержки необходимы дальнейшие регулирующие меры и различные формы субсидий или перевода средств между страховщиками¹⁶.

Правительства могут пойти еще дальше, требуя от всех или от некоторых граждан покупать услуги частного страхования на условиях, диктуемых государством. Принуждение может быть либо непосредственным (на основании закона), либо опосредованным (путем исключения некоторых групп из числа граждан, чьи расходы покрываются из налоговых поступлений или из фондов социального страхования). Обе формы принуждения — разновидности скрытого налогового финансирования; государственная власть используется для поощрения перевода средств от индивидов к страховщикам, минуя государственный бюджет (или для прямого принуждения к такому переводу). В итоге правительства получают основание рапортовать о снижении как открытого налогообложения, так и государственных расходов.

Обязательное частное страхование недавно было введено в Швейцарии (1996) и в канадской провинции Квебек (1997, только для медикаментов)¹⁷. Теперь каждый резидент по закону обязан купить базовый пакет определенных льгот и пособий у частного страховщика. В обеих странах удалось охватить все население, одновременно сохранив (Швейцария) или увеличив (Квебек) как рынок частного медицинского страхования, так и крайнюю регрессивность системы финансирования, наряду с постоянной и поэтому неконтролируемой эскалацией общих расходов (Morgan 1998; Minder *et al.* 2000)¹⁸.

Таким образом, обязательное частное страхование успешно решает проблемы двух групп, о которых говорилось выше: с одной стороны богатых и здоровых, с другой — тех, кто получает свои доходы от здравоохранения. При частном медицинском страховании доходы поставщиков выше, а структура финансирования значительно более регрессивна, чем при финансировании из налоговых поступлений; вместе с тем такая система позволяет обойти политические трудности, связанные с незастрахованными небогатыми людьми. Ахиллесовой пятой системы может быть эскалация расходов. Независимо от способа финансирования опережающий рост расходов на здравоохранение по сравнению с национальным доходом грозит перерасти в серьезную политическую проблему.

Вместе с тем при поощрении частного страхования скрытые формы налогового финансирования отдаляют правительства от поставщиков медицинских услуг. Хотя правительства наделены политической властью и с помощью налогово-затратных субсидий манипулируют государственными средствами, они не несут явной ответственности за расходы и не обладают отчетливыми механизмами контро-

ля или даже ведения переговоров. Любое применение правительственных рычагов по отношению к поставкам медицинских услуг и расходам на них, предполагающее монополию и использование регулирующих полномочий, связанных с открытым налоговым финансированием, не может удержаться в скрытых формах.

Хотя налогово-затратные субсидии и обязательное частное страхование не играют в Европе особенно значительной роли, необходимо осознать возможное влияние этих форм скрытого налогового финансирования на масштабы расходов и распределение средств, идущих на здравоохранение. Скрытое налоговое финансирование может стать более привлекательным для европейских правительств не только по идеологическим причинам или из соображений финансовой политики, но и потому, что международные соглашения (например, соглашения в рамках Европейского союза) могут предусматривать сокращение расходов и правительственного аппарата. Благодаря скрытому налоговому финансированию правительства могут проявлять кажущуюся бережливость по отношению к государственным финансам и вместе с тем субсидировать неконтролируемые траты чужих денег (или заставлять граждан тратить свои деньги). Одновременно правительства могут принимать такие меры по перераспределению средств, которые не были бы приняты широкой общественностью, если бы они носили открытый характер. Имея в виду значимость затронутых интересов, можно ожидать, что подобная политика, поощряющая рост доли частного финансирования в системах, финансируемых как из налоговых поступлений, так и из фондов социального страхования, будет находить все более и более активную поддержку.

Выводы

В настоящей главе были выявлены характерные модели деятельности систем, финансируемых из налоговых поступлений, по сравнению с системами, которые в большей степени основываются на других источниках доходов. Большинство систем здравоохранения в той или иной степени черпают средства из всех четырех источников. Политические дискуссии ведутся главным образом вокруг того, к каким последствиям может привести периферийный сдвиг равновесия — увеличение или уменьшение доли налогового финансирования, или сборов с пользователей, или частного страхования в рамках системы определенного типа. Системы сравниваются друг с другом ради того, чтобы получить информацию о таких внутрисистемных сдвигах; сравнения могут иметь значение и для стран, системы здравоохранения которых существенно меняются.

В идеале следовало бы выявить и классифицировать различия в характеристиках отдельных систем с точки зрения всех важных аспектов. Но ни одна страна, не говоря уже об обширных и репрезентативных группах стран, не предоставляет информации, которая была бы достаточна для столь подробного сравнительного анализа. В настоящей главе сравнение осуществлялось в аспекте финансирования не потому, что этот аспект важнее других, а потому, что относящаяся к нему информация наиболее обширна и подробна.

Конфликты интересов, неизбежно связанные с финансированием, в значительной степени определяют ход дискуссий обо всех других характеристиках всех систем здравоохранения. Финансовые проблемы нередко заслоняют собой все остальные аспекты здравоохранения. Если верить упомянутому выше Э. Пауэллу, министр здравоохранения не говорит с медиками ни о чем, кроме денег (Powell 1976).

Можно предположить, что расширение сферы ответственности правительств приведет к тому, что системы, финансируемые из налоговых поступлений, будут проявлять более активный интерес к немедицинским компонентам охраны здоровья. Действительно, анализ социальных компонентов получил более серьезное развитие в странах с налоговым финансированием, прежде всего в Великобритании — из последних исследований, продолжающих давнюю и влиятельную традицию, стоит упомянуть доклад Блэка (Department of Health and Social Security 1980) и доклад Ачесона (Committee of Inquiry 1988), — а также в Канаде, Финляндии и Швеции. Однако соответствующего влияния на распределение средств, не говоря уже об уровне здоровья населения, не наблюдается. Можно сказать, что хотя в системах, финансируемых из налоговых поступлений, социальным компонентам охраны здоровья уделяется определенное внимание, деньги все равно идут на медицину.

Есть основания надеяться также, что правительства стран, где здравоохранение финансируется преимущественно из налоговых поступлений, будут более активно поощрять анализ соотношения между затратами и эффективностью. И действительно, в Великобритании долгое время проводились рандомизированные клинические испытания и анализы соотношения между затратами и эффективностью в здравоохранении. Тем не менее международные сравнительные данные о результативности деятельности систем здравоохранения весьма скудны. Повышенный интерес к данному соотношению в Великобритании, возможно, мотивируется не столько предрасположенностью к налоговому финансированию как таковому, сколько необходимостью разработать относительно жесткий бюджет.

Любая попытка переориентации финансирования от менее эффективных к более эффективным формам здравоохранения или от здравоохранения как такового к другим (немедицинским) компонентам охраны здоровья представляет угрозу доходам тех или иных поставщиков. То же можно сказать и о попытках повысить эффективность поставок, выполняя больший объем работы меньшими средствами. Соответственно любые масштабные меры в отмеченных направлениях рискуют спровоцировать конфликт между государственными интересами и объединенными интересами поставщиков; такова цена, которую системы, финансируемые из налоговых поступлений, должны платить за подобные попытки. Наделенные государственной мудростью правители-философы редки — очевидно, потому, что век их правления короток. Поставщики в системах, финансируемых из налоговых поступлений, обычно менее отзывчивы на нужды больных и менее подотчетны перед больными, недостаточно внимательны к потребностям больных, а тем более — к их удобствам. Однако сходные жалобы на поведение поставщиков слышны и во всех других системах, где способу субсидирования поставщика придается большее значение, чем способу финансирования системы в целом. В системах, финансируемых из налоговых поступлений или из фондов социального страхования, бюджеты поставщиков и зарплаты персонала не зависят от выбора больного и от его забот; соответственно стимулы к тому, чтобы проявлять отзывчивость, отсутствуют. Здравоохранение всего мира нуждается в таком пересмотре систем финансирования, который создал бы экономические предпосылки к отзывчивости на широкий круг предпочтений больного.

Вместе с тем смешанное финансирование может повлиять на отзывчивость поставщика как на практическом, так и на системном уровне. Смешанное государственно-частное финансирование в системе, финансируемой из налоговых поступлений, позволяет поставщику получать дополнительные платежи непосредственно

от больных либо официально (с выписыванием дополнительного счета), либо, так сказать, «под столом». Вдобавок поставщики могут заниматься побочной частной практикой, обслуживая своих относительно богатых больных. В обоих случаях тем, кто не может или не хочет платить больше, уделяется меньше времени и внимания. На системном уровне степень отзывчивости резко падает, когда неудовлетворенные поставщики применяют различные способы давления, чтобы извлечь как можно больше денег. В этой всеобщей борьбе за свою долю в доходах больные оказываются заложниками обеих сторон.

Итак, мы возвращаемся к таким аспектам деятельности систем здравоохранения, по отношению к которым сравнительные выводы кажутся более или менее обоснованными. Очевидно, что системы, открыто финансируемые из налоговых поступлений, относительно прогрессивны, а системы, финансируемые частным образом, весьма регрессивны. Повышение доли налогового финансирования увеличивает финансовое бремя относительно богатых слоев населения, тогда как повышение доли частных платежей налагает дополнительное бремя на относительно бедных. На практике, однако, эффект подобного перераспределения оказывается довольно умеренным, поскольку страны, где преобладает финансирование из налоговых поступлений, как правило, имеют сравнительно менее прогрессивные системы налогообложения¹⁹. Напротив, страны с самыми прогрессивными налоговыми системами, как правило, не склонны использовать налоги для финансирования здравоохранения.

Говоря обобщенно, в каждой стране структура финансирования отражает компромисс между конфликтующими экономическими интересами. Пути достижения этого компромисса сложны: ведь интересы сторон могут противоречить друг другу с точки зрения одной из описанных выше трех осей конфликта и одновременно совпадать с точки зрения другой оси. Деятельность системы зависит от сдвигов по этим осям.

Условия компромисса по финансированию подвержены сильному влиянию другого компромисса — по проблеме доступа к высококачественному медицинскому обслуживанию. В принципе система, финансируемая из налоговых поступлений, предоставляет всем гражданам одинаковый доступ к равноценному по качеству лечению независимо от того, каков размер взносов отдельных граждан. Эта система может быть приемлема для большинства населения и ее поддерживают до тех пор, пока большинство согласно, что все граждане вовремя получают необходимую и качественную помощь²⁰.

В таких странах, как Германия и Нидерланды, лица с высокими доходами всегда могут получить привилегированное лечение за относительно низкую плату. Финансирование из налоговых поступлений не допускает этого в открытой форме, однако возможна косвенная форма уклонения от господствующей схемы финансирования. Так, в Великобритании относительно спартанская единая система, финансируемая из налоговых поступлений, сочетается с особой схемой для слоя с самыми высокими доходами; представители этого слоя могут обойти свою очередь или получить помощь повышенного качества. Их дополнительные платежи с лихвой возмещаются более низкими налогами (финансовая выгода очевидна при сравнении с той ценой, которую пришлось бы заплатить, если бы столь же качественная медицинская помощь предоставлялась любому гражданину на условиях налогового финансирования²¹). В таких странах, как Канада или Швеция, где общий стандарт лечения достаточно высок (а спрос на частные услуги низок), подобная практика считается слишком дорогостоящей.

Если значительная часть населения приходит к выводу, что уровень медицинского обслуживания недостаточен, общественная поддержка налогового финансирования начинает ослабевать. Внезапный упадок финансовых возможностей государства, ведущий к резкому урезанию средств, выделяемых на здравоохранение, поощряет уверенность в том, что правительство больше не способно платить за качественное лечение (люди с высоким уровнем доходов заинтересованы в поддержании подобной уверенности, о чем свидетельствует опыт Канады). В силу вступает принцип «спасайся, кто может». В условиях, когда не все потребности могут быть удовлетворены, лица со средним уровнем доходов нередко приходят к выводу, что их интересы тождественны интересам более богатых, а не более бедных. Все более и более громко звучат голоса в поддержку частных платежей и снижения налогов.

Компромисс между поставщиками и плательщиками становится важнейшим элементом, формирующим общественное восприятие. Как было указано выше, с точки зрения поставщика здравоохранение всегда финансируется недостаточно; адекватным считается только щедрое и постоянно растущее финансирование. Невозможность наращивать финансирование воспринимается как кризис, а урезание финансирования — как катастрофа (именно такая картина формируется в ходе политических игр вокруг здравоохранения). В системе, финансируемой из налоговых поступлений, недовольство поставщиков непосредственно трансформируется в политическое давление на правительство.

Итак, во многих странах выражаются сомнения в обоснованности налогового финансирования здравоохранения. Общий аргумент, согласно которому финансирование из налоговых поступлений не удовлетворяет возросших потребностей здравоохранения и поэтому средства должны черпаться из других источников, не имеет экономического смысла. Смена источника финансирования не влияет на способность страны поддерживать данный уровень расходов. Данный уровень медицинских услуг обходится не дешевле, а дороже, если он финансируется путем частного страхования, ибо административные расходы в этом случае повышаются. Реальные аргументы носят более глубокий характер.

Из-за решимости поставщиков выторговать себе еще более высокую долю национального дохода системы, финансируемые из налоговых поступлений, оказываются перед дилеммой: допустить рост расходов или противодействовать растущему недовольству поставщиков. Обе возможности угрожают целостности коалиций, поддерживающих относительно прогрессивную модель перераспределения в системах, финансируемых из налоговых поступлений. Повышение общего уровня расходов предполагает повышение размера дохода, взимаемого со здоровых и богатых для покрытия растущих расходов на лечение больных и бедных. Поскольку в странах с налоговым финансированием на здравоохранение идет значительная доля государственного бюджета, рост взимаемых сумм может породить растущее противодействие со стороны налогоплательщиков, особенно со стороны элит, занимающих стратегически важное положение в обществе. Как показывают опросы общественного мнения, рост расходов на здравоохранение в целом встречает общественную поддержку (что затрудняет контроль за расходами), однако эта поддержка не обязательно трансформируется в электоральную поддержку повышения налогов и государственных расходов (Glennester 1997).

Поскольку в системе здравоохранения доходы равны расходам, реальное сдерживание расходов побуждает поставщиков уверять общественность в том, что система здравоохранения рухнет и здоровье населения находится под угрозой. Недовольные поставщики, всячески пропагандируя идею о недофинансировании здра-

воохранения, также имеют множество возможностей помешать доступу людей к услугам, финансируемым из налоговых поступлений. Успех подобной пропаганды приводит не только к усилению политического давления на правительства с целью ослабить контроль за расходами, но и к тому, что люди, в поисках своевременной и качественной медицинской помощи, все чаще и чаще обращаются к услугам частного сектора²². Системы, финансируемые из налоговых поступлений, могут медленно разрушаться даже при наличии общественной поддержки, если среди населения постепенно растет недовольство преобладающим уровнем услуг.

По-видимому, эта дилемма может быть разрешена двумя путями. Если темпы общего экономического роста достаточно высоки, система здравоохранения может продолжать расширяться, не требуя увеличения своей доли в совокупном доходе. Системы, финансируемые из налоговых поступлений, в прошлом весьма успешно функционировали в подобных условиях — при том, что их деятельность всецело определялась успехами экономики в целом и относительной терпеливостью поставщиков. Возможные последствия экономического спада уже известны; в долгосрочном плане растущая роль коммерческих организаций в здравоохранении (особенно в фармацевтической области) может существенно повысить давление со стороны поставщиков.

С другой стороны, внимание общественности может быть переключено с политических игр вокруг финансирования на проблему реальных мер по улучшению функционирования системы. Правительства в системах, финансируемых из налоговых поступлений, играют ограниченную управленческую роль, делегируя значительную часть своих полномочий поставщикам услуг. Правительства предпринимают минимальные усилия по сбору и распространению надежной информации о деятельности системы на уровне таких деталей, которые могли бы подтвердить или опровергнуть утверждения о неудовлетворенных потребностях или системных нарушениях²³ (если такие утверждения обоснованы, от правительств ожидается адекватная реакция). Широкая общественная поддержка в сочетании с наличием средств, достаточных для компромисса с поставщиками, допускает подобный относительно дистанцированный подход. Однако при таком подходе деятельность систем, финансируемых из налоговых поступлений, всецело определяется наличием у поставщиков доброй воли или хотя бы готовности смириться с существующим положением вещей; любые активные действия, направленные на расширение системы и способствующие ползучей приватизации, могут оказаться разрушительными для системы.

Исследователи систем здравоохранения в целом согласны, что все индустриальные государства имеют достаточный простор для повышения эффективности и экономичности здравоохранения без снижения качества услуг. Утверждения, будто внешние факторы — такие, как старение населения, развитие новых технологий, смена общественных вкусов и т. п., — заставят богатые индустриальные общества выбирать между увеличением доли здравоохранения в общей структуре расходов (при этом качество услуг для всего населения будет неизбежно падать) и принятием многозвенной модели здравоохранения (при этом финансирование примет регрессивный характер, а качество услуг для каждого индивида будет определяться его платежеспособностью), просто-напросто лживы²⁴. Вместе с тем следует признать, что штурм укреплений, выстроенных поставщиками, не приводит к успеху. Брешь между данными объективных исследований и общественным восприятием неуклонно расширяется (Roos 2000); экономические мотивации, способствующие ее расширению, выглядят достаточно ясными. Безотносительно

к реальным успехам систем, финансируемых из налоговых поступлений, их устойчивость в долгосрочной перспективе может зависеть от того, удастся ли найти способы заполнить эту брешь.

Сноски

¹ Это вариант более обширной работы того же автора: Evans, R.G. (2000) Financing health care: taxation and the alternatives. HPRU 2000: 15D Working Paper. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Vancouver.

² Системы финансирования приводят к различным последствиям в аспекте перераспределения средств; наиболее серьезное значение имеет перераспределение по вертикали, то есть между различными имущественными классами (van Doorslaer *et al.* 1999). Распределение финансового бремени внутри имущественных классов (по горизонтали) также осуществляется по-разному. При финансировании путем сборов с пользователей бремя распределяется согласно факту болезни или, по меньшей мере, согласно факту использования медицинской помощи. При (конкурентном) частном страховании бремя распределяется согласно вероятности использования медицинской помощи (эта вероятность, как правило, оценивается на основании предыдущих случаев использования помощи). В системах социального медицинского страхования равноправные индивиды трактуются более или менее одинаково.

³ Проект Европейского сообщества классифицирует Италию как страну, где финансирование из налоговых поступлений и финансирование из фондов социального медицинского страхования играют примерно равноценную роль. В других местах настоящего исследования доля социального страхования в Италии классифицируется как финансирование из налоговых поступлений, поскольку она складывается из налогов, удерживаемых с зарплаты (D'Ambrosio and Donatini 2000). Обязательные взносы в бюджет государственных агентств выглядят как налоги независимо от того, сливаются ли они в единый пул с общими доходами государства. Сходная неясность возникает в случае Швейцарии, где преобладающее частное страхование ныне является обязательным; из-за этого Организация экономического сотрудничества и развития относит Швейцарию к странам с преобладанием государственного страхования. Проект Европейского сообщества предшествует этим изменениям, однако последние едва ли окажут на него существенное воздействие.

⁴ Картина выглядит более ясной в работах: Wagstaff *et al.* (1993: 44) и Klavus and Hakkinen (1998, рис. 2). Однако более ранние данные (Wagstaff and van Doorslaer 1992) пересмотрены в работе Wagstaff *et al.* (1999), где Франции отведено место на более «прогрессивном» фланге. Между 1980 и 1990 годом Португалия перевела около 10% своих расходов на здравоохранение из области финансирования из налоговых поступлений в область сборов с пользователей; в итоге Португалия стала той страной-участницей Проекта Европейского сообщества, где доля сборов с пользователей наиболее высока. Хотя португальская система все еще финансируется преимущественно из налоговых поступлений, она уже почти так же регрессивна, как и немецкая.

⁵ Испания, повышая долю, финансируемую из налоговых поступлений, повысила также роль весьма регрессивных косвенных налогов; поэтому степень прогрессивности ее общей налоговой системы снизилась. Напротив, налоговую систему Италии можно оценить как умеренно прогрессивную — при условии, что в налогообложение включается налог на зарплату, классифицируемый как социальное страхование.

⁶ Канада может показаться исключением, поскольку в этой стране финансирование из налоговых поступлений сочетается с относительно прогрессивным общим налогообложением. Однако всеобщее государственное страхование покрывает только услуги больниц и врачей. Другие формы здравоохранения — лекарства, стоматология, значительная часть небольшого долгосрочного ухода — лишь частично покрываются системой провинциальных и частных страховых планов. Доля расходов на здравоохранение, оплачиваемых наличными из кармана больных, в 1997 г. составляла 16%, то есть почти

столько же, сколько в США (17%). Нынешняя доля частного финансирования в Канаде (30%) — одна из самых высоких среди стран Организации экономического сотрудничества и развития до ее расширения в 1990-х годах. Это наблюдение согласуется с логикой политического компромисса: финансирование из налоговых поступлений носит вполне прогрессивный характер, но покрывает меньшую часть общих расходов на здравоохранение.

⁷ В странах, не способных мобилизовать налоговые поступления, неофициальные платежи происходят независимо от политики. Этот факт может служить доводом в пользу легализации открытых частных платежей (см. главы 8 и 9): там, где финансирование из налоговых поступлений невозможно, одни формы сборов с пользователей более предпочтительны, чем другие.

⁸ Частные рынки также воздерживаются от предоставления услуг тем, кто не хочет или не может платить столько, сколько требует поставщик, о чем свидетельствует система здравоохранения США. В предоставлении услуг отказывается небольшой, но растущей части населения, не имеющей страховки или личных средств (или сколько-нибудь существенного влияния на политику). Число незастрахованных лиц в США оценивается примерно в 45 млн. К 2008 году эта цифра может возрасти до 60 млн и составить свыше 20% населения страны (Iglehart 2000). В системах, финансируемых из налоговых поступлений или из фондов социального страхования, забастовки поставщиков влияют на большую часть населения или на все население и, таким образом, оказывают более сильное политическое воздействие.

⁹ Это относится к части стран Организации экономического сотрудничества и развития до ее расширения в 1990-х годах. Некоторые из недавно вступивших стран характеризуются более низкими расходами и более высокой долей частных платежей.

¹⁰ Рейтинг Канады, все еще относительно высокий, обусловлен тем, что в этой стране высок процент частных затрат — при том, что государственное покрытие расходов на лечение острых случаев и на услуги врачей составляет почти 100%. Если бы расходы частного сектора в Канаде между 1992 и 1999 г. возросли на тот же процент, что и расходы государственного сектора (15,1%), а не на 44,8, как это произошло в действительности (Canadian Institute for Health Information 1999), Канада ныне также тратила бы на здравоохранение около 8,6% своего валового внутреннего продукта.

¹¹ Обзор по десяти странам (Blendon *et al.* 1990) показал почти линейную пропорцию между степенью удовлетворенности населения в целом и уровнем расходов на душу населения. Исключение составили только США, где расходы наиболее высоки, а уровень удовлетворенности низок. Однако более поздние результаты по пяти странам (Donelan *et al.* 1999) показали весьма ясную связь между резким падением удовлетворенности и урезанием финансирования; в Великобритании степень удовлетворенности оказалась относительно высокой, а финансирование было значительно ниже, чем в других странах, однако намечался его скорый рост.

¹² Даже в США, где расходы на здравоохранение в 1992 г. достигли 14% национального дохода, последующая стабилизация на этом уровне оказалась связана с неудовлетворенностью значительной части населения. Поскольку доступ к услугам был ограничен только для относительно небольшой части населения, политическое влияние этой неудовлетворенности оказалось незначительным. Частные системы дробят и рассеивают общественную неудовлетворенность, лишая ее точек опоры.

¹³ Весьма регрессивные, но невидимые субсидии частным страховщикам могут быть весьма устойчивы к изменениям. Тридцатилетняя критика налогово-затратных субсидий со стороны американских экономистов всех политических направлений не оказала никакого влияния. Предложенный в конце 1970-х годов канадский законопроект о ликвидации налогово-затратных субсидий для частного страхования был отклонен ввиду давления со стороны частных страховщиков и поставщиков (особенно стоматологов). С другой стороны, в Финляндии налогово-затратные субсидии для частных платежей были ликвидированы в 1992 г.; в Великобритании ограниченные налогово-затратные субсидии для частного страхования были ликвидированы в 1997 г. Ключевым фактором в этих случаях мог служить масштаб и степень концентрации затронутых частных интересов.

¹⁴ В США, где система подоходного налогообложения и система частного страхования относительно прогрессивны (Kronick and Gilmer 1999), общий размер сумм, возвращенных благодаря налогово-затратным субсидиям, очень велик: в 1998 г. он оценивался в 124,8 млрд долл., что составляет 10% общих расходов на здравоохранение и почти треть издержек частных страховщиков. Налогово-затратные субсидии весьма регрессивны: для семей с доходом свыше 100000 долларов они равны 2357 долл. в год, а для семей с доходом ниже 15000 долл. — только 71 долл. в год (Sheils and Hogan 1999). Ясно, что открытая программа налогового финансирования, предусматривающая такой разброс, не была бы принята общественностью.

¹⁵ Даже с учетом налогово-затратных субсидий доля частного страхования в США снижается: постоянный рост расходов может снизить привлекательность этого рынка для многих людей (Kronick and Gilmer 1999). Для укрепления системы частного страхования предлагается ввести государственное субсидирование — иначе говоря, открытое налоговое финансирование — покупки частных страховых услуг; вместе с тем указывается, что такое субсидирование может оказаться слишком дорогостоящим и потому неэффективным (Gruber and Levitt 2000). Сходным образом оценивается возможная польза от налогово-затратных субсидий для поддержки частного страхования в Великобритании (Emmerson *et al.* 2000).

¹⁶ Например, правительство Австралии, руководствуясь идеологическими и бюджетными соображениями, хочет сохранить добровольное частное страхование наряду с государственной системой. Вместе с тем оно хочет поощрять конкурентные рынки, которые заставляют страховщиков рассчитывать структуру своих премий с учетом отбора рисков. В качестве ответной меры на снижение страхового покрытия правительство предложило частным страховщикам взять за основу расчета рисков общественные риски и тем самым создало классический порочный круг. Затем правительство ввело государственные субсидии для частного страхового покрытия — и это ради сохранения частного рынка! Единственная возможная альтернатива — сделать частное страхование фактически обязательным для части населения или для всего населения.

¹⁷ В Канаде внебольничные расходы на медикаменты не покрываются федерально-провинциальными программами здравоохранения; частичное или полное покрытие могут обеспечить провинции.

¹⁸ Конечно, определенное значение имеют детали. Швейцария требует от всех резидентов покупать базовый пакет больничных и медицинских пособий у частных страховщиков; последние должны устанавливать размеры премий исходя из оценки общественных рисков, на уровне, не предусматривающем доходов от данной части бизнеса страховщиков. Лица с невысокими доходами получают субсидию для приобретения этих частных страховых услуг. Провинция Квебек требует обеспечить частное покрытие только для групп наемных работников. Государственный план, охватывавший прежде лиц в возрасте свыше 65 лет и лиц, на которых распространялась программа социальной помощи, ныне охватывает все население. Однако существует и заметное различие. Государственный план, который прежде финансировался только из налоговых поступлений, ныне включает структуру разделения затрат, дифференцированную согласно имущественным классам. В финансировании фармацевтической области значительно возросла доля сборов с пользователей; не так сильно, но заметно возросли также издержки частных страховщиков; финансирование из налоговых поступлений сократилось. Общие расходы возросли.

¹⁹ Сказанное не относится к Великобритании и Финляндии; вместе с тем степень прогрессивности налоговой системы в обеих странах заметно снизилась.

²⁰ Ни одна система в мире не может обеспечить равного доступа к услугам или равного качества услуг для всех; ни одна система в мире не может также удовлетворить все потребности. Общественная поддержка зависит скорее от восприятия и от масштабов.

²¹ Тем самым предполагается, что частные услуги в принципе дороже. Самый простой способ убедить больных обращаться к частникам и платить больше состоит в манипулировании доступом к услугам государственного сектора. Однозвенная система может предоставить услуги примерно того же уровня и за более низкую цену, однако доходы некоторых врачей будут ниже.

62 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

²² Дело заключается не в том, что требования и заявления поставщиков необоснованны, а в том, что, поскольку доходы равны расходам, суть этих требований и заявлений следует отделять от желания во что бы то ни стало выбить дополнительное финансирование.

²³ В условиях информационного вакуума процветают практика маскировки фактов (Великобритания) и медицинский терроризм (Канада).

²⁴ В менее богатых обществах с широким разбросом уровня доходов экономические ограничения могут оказывать весьма сильное сдерживающее воздействие. Если тот уровень расходов на охрану здоровья всего населения, который могут себе позволить индустриальные страны, недоступен для страны в целом, однако доступен для самой состоятельной части граждан, речь должна идти скорее всего не о политически обоснованном выборе, а о многозвенной системе медицинских услуг. Самый высокий стандарт, который может предоставить система, основанная на финансировании из налоговых поступлений, неприемлем для богатых. Возникает вопрос: может ли страна, богатая, постепенно двигаться в сторону финансирования из налоговых поступлений (или из фондов социального страхования), или частное финансирование укоренено настолько глубоко, что какие-либо изменения крайне затруднены (как в США). Ответ на этот вопрос может зависеть от динамики изменения разброса доходов по мере экономического роста.

Литература

Abel-Smith, B. (1992) Cost containment and new priorities in the European Community, *Milbank Quarterly*, 70: 393-416.

Abel-Smith, B. and Mossialos, E. (1994) Cost containment and health care reform: a study of the European Union, *Health Policy*, 28: 89-132.

Anderson, G.F. and Poullier, J-P. (1999) Health spending, access, and outcomes: trends in industrialized countries, *Health Affairs*, 18(3): 178-92.

Anderson, G.F., Hurst, J., Sotir Hussey, P. and Jee-Hughes, M. (2000) Health spending and outcomes: trends in OECD countries, 1960-98, *Health Affairs*, 19(3): 150-7.

Blendon, R.J., Leitman, R., Morrison, I. and Donelan, K. (1990) Satisfaction with health systems in ten nations, *Health Affairs*, 9(2): 185-92.

Canadian Institute for Health Information (1999) *National Health Expenditure Trends, 1975-1999*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Committee of Inquiry (1988) *Public Health in England*. The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function (Acheson Report). London: HMSO.

D'Ambrosio, M.G. and Donatini, A. (2000) *Health Care Systems in Transition: Italy*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Department of Health and Social Security (1980) *Inequalities in Health: Report of a Working Group* (the Black Report). London: Department of Health and Social Security.

Dixon, A. and Mossialos, E. (2000) Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency?, *International Social Security Review*, 53(4): 49-78.

Dixon, J., Harrison, A. and New, B. (1997) Is the NHS underfunded?, *British Medical Journal*, 314: 58-61.

Donelan, K., Blendon, R., Schoen, C., Davis, K. and Binns, K. (1999) The cost of health system change: public discontent in five nations, *Health Affairs*, 18(1): 206-16.

Emmerson, C., Frayne, C. and Goodman, A. (2000) Pressures in UK Healthcare: *Challenges for the NHS*. London: Institute for Fiscal Studies.

Glennester, H. (1997) *Paying for Welfare: Toward 2000*, 3rd edn. London: Prentice-Hall.

Gruber, J. and Levitt, L. (2000) Tax subsidies for health insurance: costs and benefits, *Health Affairs*, 19(1): 72-85.

Iglehart, J.K. (2000) The painful pursuit of a competitive marketplace, *Health Affairs (Millwood)*, 19(5): 6-7.

- Kakwani, N.C. (1977) Measurement of tax progressivity: an international comparison, *Economic Journal*, 87(March): 71-80.
- Klavus, J. and Hakkinen, U. (1998) Micro-level analysis of distributional changes in health care and financing in Finland, in M.L. Barer, T.E. Getzen and G.L. Stoddart (eds) *Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*. Chichester: John Wiley.
- Kronick, R. and Gilmer, T. (1999) Explaining the decline in health insurance coverage, 1979-1995, *Health Affairs*, 18(2): 30-47.
- Maynard, A. (1996) *Table Manners at the Health Care Feast: The Case for Spending Less and Getting More from the NHS*, LSE Health Discussion Paper No. 4. London: London School of Economics and Political Science.
- Minder, A., Schoenholzer, H. and Amiet, M. (2000) *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Morgan, S. (1998) *Quebec's Drug Insurance Plan: A Model for Canada?*, Discussion Paper HPRU 98:2D (February). Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.
- Mustard, C.A., Shanahan, M., Derksen, S. et al. (1998a) Use of insured health care services in relation to income in a Canadian province, in M.L. Barer, T.E. Getzen and G.L. Stoddart (eds) *Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*. Chichester: John Wiley.
- Mustard, C.A., Barer, M., Evans, R.G. et al. (1998b) Paying taxes and using health care services: the distributional consequences of tax financed universal health insurance in a Canadian province. Paper presented to the Centre for the Study of Living Standards conference on the State of Living Standards and the Quality of Life in Canada, 30-31 October, Ottawa. <http://www.csls.ca/oct/must1.pdf> (accessed 25 February 2001).
- OECD (1999) *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Powell, J.E. (1976) *Medicine and Politics: 1975 and After*, revised edn. Tunbridge Wells: Pitman Medical.
- Rasell, E., Bernstein, J. and Tang, K. (1993) *The Impact of Health Care Financing on Family Budgets*. Washington, DC: Economic Policy Institute.
- Rasell, E., Bernstein, J. and Tang, K. (1994) The impact of health care financing on family budgets, *International Journal of Health Services*, 24(4): 691-714.
- Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Roos, N.P. (2000) The disconnect between the data and the headlines, *Canadian Medical Association Journal*, 163(4): 411-12.
- Sheils, J. and Hogan, P. (1999) Cost of tax-exempt health benefits in 1998, *Health Affairs*, 18(2): 176-81.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. et al. (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-313.
- Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (1992) Equity in the finance of health care: some international comparisons, *Journal of Health Economics*, 11(4): 361-87.
- Wagstaff, A., Rutten, F. and van Doorslaer, E.K.A. (eds) (1993) *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. et al. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18(3): 263-90.
- White, J. (1995) *Competing Solutions: American Health Care Proposals and International Experience*. Washington, DC: Brookings Institution.

глава ТРЕТЬЯ

Финансирование путем социального медицинского страхования

Чарлз Норманд и Райнхард Буссе¹

Модель социального медицинского страхования

Практика финансирования доступа к здравоохранению путем социального медицинского страхования возникла в Германии в XIX в. Самый ранний вариант страхования здоровья сложился без сколько-нибудь заметного вмешательства государства. На волне индустриализации возникли большие фирмы, работники которых начали самоорганизовываться в профсоюзы. Медицинские фонды, организованные работниками фирм с целью взаимопомощи, часто пользовались поддержкой нанимателей, которые находили для себя выгоду в том, чтобы их работники имели доступ к качественной медицинской помощи. Таким образом сложилась модель, предусматривающая страхование здоровья для некоторых или всех работников фирмы; при этом контроль в значительной степени сохраняется за работниками, однако наниматели оказывают определенную финансовую и управленческую поддержку.

Хотя ранние медицинские фонды различались по структуре и по формам управления, они основывались по большей части на принципе взаимной поддержки (размер взносов определялся размером доходов) и обеспечивали доступ к услугам согласно потребностям. В Германии в правление канцлера Бисмарка медицинские фонды были преобразованы в обширную и устойчивую систему медицинского страхования. Со временем были созданы территориальные фонды, обеспечивавшие медицинское страхование для тех, кто не имел возможности получить пособия через посредничество крупных официальных нанимателей (Altenstetter 1999; Busse 2000). Организационные структуры, функционирующие ныне в Германии, развивались медленно и менялись в соответствии с возникающими проблемами. В немецкой системе большую роль играет традиция, а неписанные правила так же важны, как и официально зафиксированные. Немецкая система продолжает ориентироваться на стиль традиционного страхования — при том, что с формальной точки зрения она напоминает системы правительственного финансирования медицинских услуг. В немецкой системе также первоочередное право выбора предоставляется поставщику.

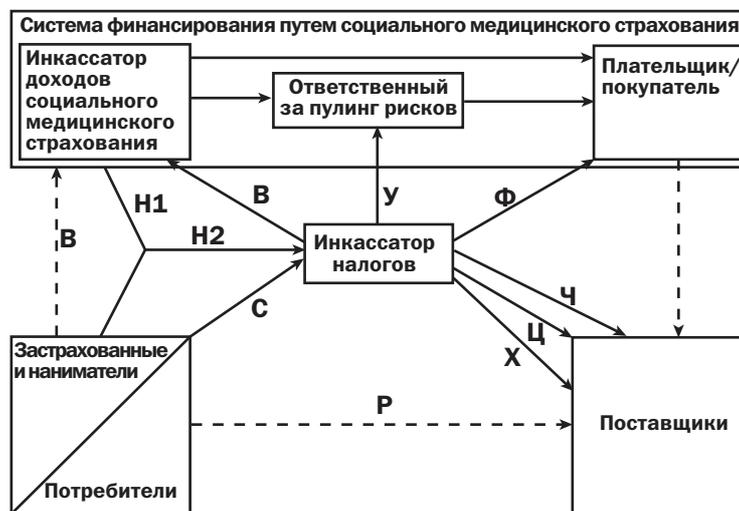


Рисунок 3.1. Упрощенная модель функций финансирования и денежных потоков в странах с социальным медицинским страхованием. В — взносы (связанные или не связанные с доходами); Н — целевые налоги; Р — частные расходы (доплата населения за услуги социального медицинского страхования, добровольное медицинское страхование, платежи наличными за услуги несоциального медицинского страхования); С — налоги (общие); Т — взносы, финансируемые из налоговых поступлений (преимущественно за неработающих); У — общие субсидии для объединенного финансирования через социальное медицинское страхование; Ф — субсидии для отдельных медицинских фондов; Х — компенсация услуг для лиц, не охваченных социальным медицинским страхованием; Ц — компенсация за услуги несоциального медицинского страхования; Ч — не связанные с услугами платежи (за инвестиции и др.) и субсидии. Примечание: пунктирные линии — за пределами задач настоящей главы.

Настоящая глава делится на пять разделов. В первом разделе описываются ключевые особенности и механизмы социального медицинского страхования. Второй раздел посвящен характеристике различий между системами социального медицинского страхования в разных странах Западной Европы, главным образом во Франции, Германии и Нидерландах. В третьем разделе анализируются недавние реформы в странах Западной Европы и дается оценка их результатов. В четвертом разделе оценивается социальное медицинское страхование как таковое, показаны его сильные и слабые стороны. Наконец, в последнем разделе обобщаются уроки западноевропейского опыта для развития социального медицинского страхования в других странах. Структуре, функционированию и различным формально-юридическим аспектам социального медицинского страхования посвящена обширная литература (Roemer 1969; Ron *et al.* 1990; Normand and Weber 1994).

Настоящий раздел посвящен описанию ключевых особенностей и механизмов социального медицинского страхования. Единого общепринятого определения социального медицинского страхования не существует. Само понятие базируется на двух основных признаках. Во-первых, застрахованные лица платят регулярные взносы, размер которых обычно определяется размером зарплаты. Во-вторых, функции основных управленческих органов системы и плательщиков за медицинское обслуживание выполняют квазигосударственные учреждения (обычно они именуется медицинскими фондами). Помимо этих двух основных признаков, сле-

дует оговорить и некоторые дополнительные особенности. Во французских ассоциациях взаимопомощи взносы определяются доходами и обычно распределяются между нанимателями и наемными работниками; вместе с тем страхование носит всецело добровольный характер (оно именуется также частным социальным медицинским страхованием). Часть обязательного медицинского страхования в Швейцарии осуществляется не фондами социального медицинского страхования, а частными страховыми компаниями. Поэтому мы используем прагматическое определение, оставляющее определенное пространство для новаторских подходов: финансирование посредством социального медицинского страхования — это такое финансирование, которое, согласно законодательству, обязательно покрывает расходы на медицинскую помощь при посредничестве официально учрежденного стороннего плательщика; источником средств служат взносы или премии, размер которых не связан с уровнем рисков, и которые отделены от других обязательных (законодательно утвержденных) налогов или сборов. На рисунке 3.1 к этим двум признакам имеют отношение стрелка В и клетка «плательщик/покупатель»².

Системы социального медицинского страхования иногда характеризуются и другими особенностями, имеющими не столь принципиальное значение.

1. *Социальное медицинское страхование обязательно для большинства или для всего населения.* Ранние формы социального медицинского страхования охватывали прежде всего наемных работников больших фирм в городах. Со временем в сферу социального медицинского страхования вошли и малые фирмы, позднее также лица, работающие не по найму, и фермеры. В настоящее время социальное медицинское страхование, как правило, обязательно для всего населения. Иногда лица с высокими доходами исключаются из системы социального медицинского страхования (как в Нидерландах); иногда им разрешено выбирать вместо социального медицинского страхования частное медицинское страхование (как в Германии).

2. *Существует несколько фондов с возможностью или без возможности выбирать между ними и с пулингом (объединением) или без пулинга рисков.* В некоторых странах существует несколько медицинских фондов, однако возможности выбора между ними невелики, поскольку люди приписаны к определенным фондам по месту жительства и/или по месту работы. В других странах возможности выбирать между различными фондами выше, что стимулирует конкуренцию, но в то же время может стать источником трудностей, связанных с обеспечением равного доступа к услугам для всего населения. Различаются четыре типа организации медицинских фондов: единый фонд для всего населения страны; ряд единых фондов, каждый из которых обслуживает все население определенной части страны; ряд фондов, обслуживающих население одной и той же части страны, но не конкурирующих между собой; ряд конкурирующих фондов. При наличии нескольких фондов (независимо от того, конкурируют ли они между собой или нет) пулинг рисков должен гарантировать, чтобы фонды, объединяющие людей с низкими затратами на лечение и/или высокими доходами, субсидировали фонды, объединяющие людей с высокими затратами на лечение и/или низкими доходами. Однако это затруднительно с политической и формально-юридической точек зрения.

3. *Взносы, которые правительство (или какой-либо специальный фонд) делает в интересах неработающих, обычно проводятся через медицинский фонд (или медицинские фонды).* В любой системе социального медицинского страхования часть населения не имеет возможности делать прямые взносы, а некоторые люди нуждаются в правительственной поддержке. Если финансирование для таких людей проводится через фонд социального медицинского страхования, это может повысить

размер пула рисков. Это может также гарантировать, что услуги для всех будут на одном и том же качественном уровне (при наличии одного медицинского фонда или нескольких фондов с одним и тем же пакетом льгот и пособий); опасность того, что бедные получают услуги более низкого качества, снижается.

4. *Как наниматели, так и наемные работники платят взносы и делят ответственность за управление фондом (или фондами).* Поскольку наниматели делают значительные финансовые взносы в социальное медицинское страхование, важно внушить им ощущение непосредственной причастности к функционированию системы.

Итак, ключевые особенности финансирования здравоохранения из фондов социального медицинского страхования заключаются в следующем: размер взносов определяется платежеспособностью, а система обеспечивает прозрачность при движении финансов от тех, кто делает взносы, к медицинскому фонду (и далее к поставщикам услуг).

Различия в системах финансирования социального медицинского страхования в Западной Европе

В этом разделе опыт западноевропейских стран с системами социального медицинского страхования (Австрии, Бельгии, Германии, Люксембурга, Нидерландов, Франции и Швейцарии) используется для демонстрации того, насколько различаются элементы и структуры, обрисованные в первом разделе. Различия касаются определения понятия «застрахованное лицо», организации медицинских фондов, установления размера взносов, сбора средств, создания финансовых пулов и перераспределения взносов. Основные данные обобщены в таблице 3.1.

Кто охватывается страхованием (и насколько равны условия страхования)

Поскольку социальное медицинское страхование укоренено в страховании наемных работников, оно изначально не предполагало покрытия расходов всего населения. Хотя страхование постепенно охватывало и неработающую часть населения во всех странах, охват населения в целом был лишь совсем недавно достигнут в Швейцарии (1996), Бельгии (1998) и Франции (2000). Исключением является система всеобщего страхования (AWBZ), введенная в Нидерландах Актом об исключительных медицинских расходах 1968 г. Этот акт охватывает долгосрочный уход и программы профилактики болезней.

В Австрии и Люксембурге социальным медицинским страхованием охвачено фактически все население, хотя 1-3% населения остаются незастрахованными; в основном это богатые жители Люксембурга (Кегг 1999). В Германии большинство населения (74%) охвачено обязательным страхованием, а небольшая часть в законодательном порядке исключена из системы социального медицинского страхования³; есть еще третья группа (преимущественно наемные работники с доходом, превышающим некоторый предел), представители которой могут выбирать между государственным и частным медицинским страхованием (Busse 2000). В Нидерландах для острых случаев предусмотрено строгое разделение на основании размера доходов: лица с низкими и средними доходами охватываются обязательной схемой, обуслов-

ленной Актом о медицинских фондах (ZFW), тогда как лица с самыми высокими доходами — частным медицинским страхованием; выбор между двумя системами невозможен. Акт о медицинских фондах устанавливает предельный уровень дохода в 29 300 евро для лиц моложе 65 лет и 18 700 евро для лиц старше 65 лет.

Страхование всех людей не обязательно осуществляется по одной и той же схеме. Так, в Бельгии для 88% населения действует двухзвенная система «общего режима» (с полным пакетом пособий), а для 12% — система «режима для работающих не по найму» (с пакетом, покрывающим только «самые крупные» риски) (Nonneman and van Doorslaer 1994).

Как организованы медицинские фонды (и существует ли возможность выбирать между ними)

Число фондов, их размеры и структура варьируют в широких пределах; варьирует и степень конкуренции между ними за привлечение клиентов. В Австрии, Люксембурге и Франции число неконкурирующих фондов относительно невелико и устойчиво; в Люксембурге и Франции фонды основаны на профессиональном, а в Австрии — на географическом принципе. Так, в Люксембурге имеется девять медицинских фондов: для работников физического труда, для «белых воротничков» частного сектора, для лиц, обслуживающих собственные предприятия (работающих не по найму), для работников сельскохозяйственного сектора, для сотрудников государственного аппарата, для сотрудников местных органов власти, для работников физического труда частной компании ARBED, для «белых воротничков» компании ARBED и для сотрудников Люксембургских железных дорог.

В западноевропейских странах с конкурирующими фондами число фондов выше, однако оно постепенно падает. В 1993 г. в Германии функционировал 1221 фонд, но в 2000 г., в результате слияний, число фондов уменьшилось до 420. В это число входят 17 общих региональных фондов, 12 замещающих фондов, 337 фондов, базирующихся в тех или иных компаниях, 32 цеховых фонда, 20 фермерских фондов, 1 шахтерский фонд и 1 фонд для моряков. В Бельгии имеется около 100 фондов, организованных по религиозному и политическому принципу. Все фонды, за исключением двух, входят в пять ассоциаций: Христианскую, Свободную и профессиональную, Либеральную, Нейтральную и Социалистическую; два оставшихся фонда — это Вспомогательный фонд и Бельгийский железнодорожный фонд. В Нидерландах слияния, происшедшие между 1985 и 1993 гг., снизили число медицинских фондов от 53 до 26. С тех пор число фондов выросло до 30, поскольку в 1995 г. была введена конкуренция между фондами. В Швейцарии медицинские фонды и частные страховые компании предоставляют обязательное медицинское страхование (компании могут получать прибыль только от дополняющего добровольного страхования); число страховщиков снизилось с 207 в 1993 г. до 109 в 1999 г. (Minder *et al.* 2000).

Наличие большого количества фондов отнюдь не означает обилия возможностей выбора, о чем свидетельствует опыт Германии, где членство в большинстве фондов до 1995 г. устанавливалось в законодательном порядке. С 1996 г. большинство застрахованных в Германии могут выбирать свой фонд; лишь фермеры, шахтеры и моряки приписаны к соответствующим фондам в обязательном порядке. В Бельгии застрахованные лица (за исключением работников железных дорог) традиционно могут выбирать между различными фондами, однако в Австрии, Люк-

Таблица 3.1. Важнейшие характеристики систем социального медицинского страхования в Западной Европе в связи с финансированием, 1999 или 2000 гг. (если не указано иное)

	Австрия	Бельгия	Франция	Германия	Люксембург	Нидерланды	Швейцария
Охват социальным медицинским страхованием (% от всего населения)	99%	99–100%	100%	88%	97–99%	100% по схеме AWBZ, 64% по схеме ZFW	100%
Число медицинских фондов	24	около 100 (все, кроме двух, объединены в 5 организаций взаимопомощи)	19	420 (в 7 ассоциациях)	9	30	109
Процент застрахованных с выбором фонда	0%	около 99%	0%	96%	0%	100%	100%
Ставка взноса: единая или варьирующая, процент от зарплат (разделение платежей между нанимателем и наемным работником)	Варирует в зависимости от профессии: 6,4–9,4% ^a	Единая: 7,4% (52:48)	Единая: 13,6% (94:6)	Варирует в зависимости от фонда: среднее значение 13,6% (50:50)	Единая: 5,1% (50%:50%)+0,3–0,5% пособие по болезни (50:50)	Единая: AWBZ 10,3% (0%:100%), ZFW 8,1% (78:22)	Нет
Потолок на доход, подвергающийся взиманию	Есть (44 000 евро)	Нет	Нет	Есть (на западе 40 000 евро, на востоке 32 000 евро)	Есть (70 000 евро)	Есть (AWBZ 22 000 евро, ZFW 29 000 евро, для пенсионеров 19 000 евро)	Не может быть применен

Таблица 3.1. Важнейшие характеристики систем социального медицинского страхования в Западной Европе в связи с финансированием, 1999 или 2000 гг. (если не указано иное) (продолжение)

	Австрия	Бельгия	Франция	Германия	Люксембург	Нидерланды	Швейцария
Другие личные взносы в фонды (кроме доли в совместных платежах поставщикам)	Нет	Плюс номинальная подушная премия (варьирует в зависимости от фонда)	Общий социальный взнос 7,5%+взнос по погашению социального долга 0,5%	Нет	Нет	Плюс подушная премия (варьирует в зависимости от фонда), средний размер — €1,80 в год	Только подушная премия
Кто устанавливает взносы	Правительство	Правительство ^б	Правительство	Отдельные фонды	Объединение медицинских фондов	Правительство ^в	Отдельные фонды или страховщики
Кто инкассирует взносы	Отдельные фонды	Национальное управление социального страхования ^б	Местные правительственные агентства переводят Центральному агентству по учреждениям социального страхования	Отдельные фонды	Объединение медицинских фондов	Фонд AMWZ/ZFW, управляемый Советом по медицинскому страхованию ^б	Отдельные фонды или страховщики
Механизм создания финансовых пулов или разделения финансовых рисков между фондами	Отсутствует, но в случае дефицита фонды	В основном совместное участие в расходах;	Субсидии из крупных фондов (до 42%) с учетом структуры	Механизм компенсации с учетом структуры	Совместное участие в расходах	В основном совместное участие в расходах;	Компенсация с учетом структуры рисков на

Таблица 3.1. Важнейшие характеристики систем социального медицинского страхования в Западной Европе в связи с финансированием, 1999 или 2000 гг. (если не указано иное) (продолжение)

	Австрия	Бельгия	Франция	Германия	Люксембург	Нидерланды	Швейцария
	могут подать заявления о переводе средств из других фондов	ограниченное перспективное распределение по фондам (4% в 1999 г., 7,5% в 2000 г.)	и правительственные субсидии малым фондам	рисков на федеральном уровне (более чем для 90% доходов)		ограниченное перспективное распределение по фондам (ZFW 35% в 1999 г.)	кантональном уровне
Финансирование социального медицинского страхования из налоговых поступлений (при наличии такового — процент доходов фондов)	Практически отсутствует, за исключением 23% для фермерских фондов: 0,5% от всех доходов	35–40%	До 8% плюс специальные налоги (до 34% в	Практически отсутствует, за исключением 52% для фермерских фондов: менее 1% от всех доходов	До 40%	Менее 1% для AMBZ, 25% для ZFW	Только косвенные субсидии (не столько фондам, сколько застрахованным)
Затраты социального медицинского страхования в процентах от всех расходов на здравоохранение	48% (1996)	62% (1994)	74% (1996)	61% (1994)	75% (1997)	73% (1999); AMBZ 37%, ZFW 36%	28% (1997)

а Работники физического труда 7,9% (50%;50%)+2,1 пособия по болезни (100%;0%); «белые воротнички» 6,9% (51%;49%), государственные служащие 7,1% (44%;56%), лица, работающие не по найму 9,1%, фермеры 6,4%.

б Отдельные фонды для подушных премий.

в На автомобильную страховку, алкогольные напитки и продажу медикаментов.

г 250% дополнения к взносам пенсионеров, 10% — к другим взносам.

д Плюс медицинские расходы из других схем социального страхования (4% и 7% соответственно для Германии и Швейцарии).

сембурге и Франции застрахованные не имеют этой возможности. Если застрахованным предоставляется возможность выбирать между фондами и переходить из одного фонда в другой, власти должны установить минимальный интервал между переходами. Когда в Нидерландах в 1995 г. была разрешена конкуренция между фондами, поначалу был установлен двухгодичный интервал, однако с 1997 г. он был снижен до одного года. В Бельгии менять фонды можно каждые 3 месяца, в Швейцарии — каждые 6 месяцев, а в Германии — каждые 12 месяцев. Вместе с тем в Германии добровольные члены фондов, зарабатывающие свыше определенного порога, всегда могли — и ныне могут — переходить из одного фонда в другой в любое время, уведомив о переходе не позднее чем за 2 месяца. При этом решение уйти из системы социального медицинского страхования ради получения частного страхования не может быть отозвано.

Выплата взносов: ставки, потолки и дополнительные взносы

Размер взносов обычно определяется размером зарплат; во всех странах (за исключением Швейцарии) часть взноса делается нанимателем, другая — наемным работником⁴. Вместе с тем существуют важные различия, касающиеся следующих моментов:

- единообразии ставок;
- доли нанимателя и доля наемного работника;
- наличие потолка взноса;
- наличие дополнительных взносов, не связанных с зарплатой.

Ставки взносов для всех застрахованных лиц (независимо от фонда и статуса членства в фонде) одинаковы в Бельгии, Люксембурге, Нидерландах и Франции. В Австрии ставки варьируют между 6,4 и 9,1%, в зависимости от статуса занятости; при этом ставки для лиц с одним и тем же статусом занятости в разных фондах одинаковы. В Германии ставки различаются в зависимости от фонда, но не от статуса занятости⁵.

В Австрии, Бельгии, Германии и Люксембурге наниматель и наемный работник платят примерно по половине взноса. Во Франции наниматели долгое время платили 70%; доля наемных работников снизилась до 6% в пользу налога на здравоохранение. В Нидерландах наниматели покрывают основную долю взносов по схеме ZFW, но ничего не платят по схеме AWBZ; в целом доля нанимателей по обеим схемам составляет 35%.

Потолки, ограничивающие размер взносов, существуют в Австрии, Германии⁶, Люксембурге и Нидерландах, но не в Бельгии и Франции.

В Бельгии, Нидерландах и Франции, помимо взносов, размер которых обусловлен размером зарплат, существуют дополнительные взносы. В Бельгии и Нидерландах каждый застрахованный платит определенную, не обусловленную размером дохода премию сверх обязательного взноса. В Бельгии такие премии в настоящее время невелики, однако в Нидерландах их размер составляет примерно 180 евро в год (около 10% дохода медицинских фондов); в Нидерландах они взимаются не только с членов медицинских фондов, но и с тех, кто от них материально зависит.

Во Франции доля наемного работника в страховом взносе заменена общим социальным взносом, размер которого также не зависит от размера зарплаты; вдобавок на наемного работника налагается оплата социального долга. Установление таких дополнительных премий мотивируется по-разному: во Франции в качестве главного мотива выдвигается необходимость сдерживать расходы и увеличить фи-

нансовую базу фондов, а в Нидерландах — необходимость ввести элемент ценовой конкуренции между фондами.

Теоретически возможны и негативные дополнительные взносы. Так, в Германии начиная с 1989 г. проводились опыты с возвратом взносов при отсутствии требований медицинской помощи; в 1997 г. эта альтернатива была введена в качестве рыночного инструмента для всех фондов, хотя по данным исследований от нее выигрывали только те, кто не пользовался или почти не пользовался медицинскими услугами (Malin and Schmidt 1996). Как типичный инструмент, используемый в схемах частного медицинского страхования, возврат взносов больше не считается совместимым с основополагающими принципами социального медицинского страхования; поэтому данная практика была в 1998 г. отменена новым парламентским большинством.

Поскольку взнос зависит от зарплаты, следует установить размер взносов для лиц, не получающих зарплату. Взносы самой обширной группы — пенсионеров — весьма различны в разных странах. В большинстве случаев пенсионеры платят ту же долю от своей пенсии, что и наемные работники от своей зарплаты (в Швейцарии — ту же премию). В Германии и Люксембурге эта сумма делится между пенсионером и государственным пенсионным фондом (который замещает нанимателя), тогда как в Нидерландах пенсионер вносит всю сумму. В Бельгии пенсионеры платят только долю наемного работника (3,55%); в Австрии ставка взносов для пенсионеров — свыше 11%. Поскольку пенсионеры в Австрии платят столько же, сколько в среднем работающие члены фондов (3,75%), пенсионные фонды доплачивают две трети взноса (European Commission 2000).

Полномочия для принятия решений

Хотя медицинские фонды в большинстве стран самоуправляемы, решающее влияние на установление ставки взносов оказывает правительство или парламент. Например, во Франции о ставках взносов договариваются правительство, представители наемных работников и нанимателей и организации социального обеспечения, однако последнее слово принадлежит правительству. В Нидерландах Коллегия по медицинскому страхованию (College voor zorgverzekeringen, CvZ), управляющая центральными фондами ZFW и AWBZ, рекомендует принять ставки взносов на следующий год Министерству здравоохранения, социального обеспечения и спорта, которое затем само устанавливает окончательные размеры ставок. Только в Германии и Люксембурге полномочия по определению ставок взносов делегируются самоуправляемым органам, решения которых подлежат одобрению со стороны правительства; в Германии это отдельные фонды, а в Люксембурге — Объединение медицинских фондов. В Швейцарии страховщики устанавливают собственные премии (рассчитанные на основе общественных рисков, по территориальному принципу) под надзором Федеральной службы социального страхования. Во всех странах правительства ежегодно устанавливают новые потолки взносов, принимая во внимание изменение размера зарплат. В Бельгии и Нидерландах медицинские фонды устанавливают собственные премии из расчета на душу населения. В Нидерландах размеры премий, вследствие конкуренции (ср. выше), различаются, тогда как в Бельгии они в основном одинаковы: в 1998 г. лишь один из фондов снизил ставку с обычных 2,20 евро до 1,20 евро, однако в 1999 г. прежняя ставка была восстановлена (Schut and van Doorslaer 1999).

Сбор взносов и других доходов социального медицинского страхования

Медицинские фонды инкассируют взносы в Австрии, Германии и Швейцарии. Инкассировать взносы могут также ассоциации фондов (Люксембург) или правительственные агентства. В Бельгии средства вносятся непосредственно на счет Национальной службы социального страхования (RSZ/ONSS), которая, в свою очередь, перераспределяет деньги правительственным агентствам, ответственным за управление различными секторами социального обеспечения (безработные, пенсионеры и др.). Органом, ответственным за пособия по медицинской помощи, является Национальный институт медицинского страхования и страхования по инвалидности (RIZIV/INAMI). Аналогично, во Франции доход — взносы социального страхования и пособия многодетным семьям — инкассируется местными правительственными агентствами. Деньги поступают Центральному агентству по учреждениям социального страхования, которое распределяет их различным организациям социального страхования и их филиалам.

Пулинг (объединение) и распределение рисков между фондами

Следующая проблема финансирования социального медицинского страхования — пулинг (объединение) рисков и (пере)распределение финансовых средств по отдельным фондам. В Бельгии и Нидерландах до середины 1990-х годов пулинг взносов в общенациональном масштабе шел рука об руку с фактически объединенным расходом средств (ретроспективное распределение взносов по фондам согласно реальному объему расходов). Реформы привели к постепенному внедрению проспективного метода распределения средств по фондам, при котором объем средств на душу населения рассчитывается согласно степени риска. В Бельгии проспективное распределение составило 10% общего бюджета здравоохранения за 1995-1996 и 1996-1997 гг., поднялось до 20% в 1998-1999 гг. и до 30% в 2000-2001 гг. Поскольку фонды несли ответственность только за 15, 20 и 25% размещенных таким образом средств (по годам), реальная доля «за риск» составила только 1,5%, 4% и 7,5%. В Нидерландах эволюция шла быстрее — от 3% в 1993-1995 гг. к 15% в 1996 г., 27% в 1997 г., 29% в 1998 г. и 35% в 2000 г.; специально оговоренное условие, согласно которому затраты на чрезмерно дорогих больных должны делиться, гарантирует фондам определенную «сетку безопасности» (Schut and van Doorslaer 1999). Поскольку люксембургское Объединение медицинских фондов прямо покрывает расходы на услуги, предоставляемые на контрактной основе (больничное лечение и др.), ретроспективный подход используется только в применении к услугам, которые оплачиваются больным (таковы, в частности, услуги врачей). Во Франции действуют как компенсационная схема (среди местных фондов медицинского страхования), так и схема поддержки некоторых менее крупных фондов (фондов, объединяющих лиц с низкими доходами) со стороны Национального медицинского фонда, а также путем финансирования из налоговых поступлений.

Обеспечение справедливой финансовой базы в странах, где взносы инкассируются отдельными фондами, представляет значительно большую трудность. Это может быть объяснено двумя причинами. Во-первых, деньги не только должны

распределяться согласно определенным критериям, но и нуждаются в перераспределении; деньги, необходимые для компенсации одного медицинского фонда, должны быть взяты из другого фонда. Однако относительно богатые фонды обнаруживают тенденцию трактовать инкассируемые взносы как свою «собственность», что приводит к определенной политической напряженности. Вторая причина носит более технический характер: перераспределение не только должно учитывать факторы «потребности» (или другие факторы, определяющие использование и расходование средств), но и различия в финансовых базах фондов. Таким образом, хотя сбор доходов и объединение рисков представляют собой две различные функции, используемые для их осуществления организационные формы обнаруживают сходство.

Неудивительно, что механизмы компенсации согласно структуре рисков активно дискутируются в Германии и Швейцарии. В обеих странах все расходы, требуемые для покрытия единообразной корзины льгот и пособий, — они составляют свыше 90% всех доходов, — подлежат пулингу и перераспределению. Федеральная служба страхования осуществляет компенсацию согласно структуре рисков в Германии⁷, а объединенная организация страховщиков предоставляет обязательное медицинское страхование в Швейцарии. В Австрии нет официального механизма распределения финансов, однако отдельные фонды, оказавшись в затруднительном положении, могут обращаться к ассоциации фондов социального страхования за финансовой помощью из других фондов.

Роль налогов в финансировании социального медицинского страхования

Допущение, согласно которому страны с системами социального медицинского страхования при финансировании здравоохранения опираются главным образом на страховые взносы, должно быть поставлено под вопрос. Международная статистика по источникам финансирования здравоохранения часто не уточняет, включаются ли финансируемые из налогов платежи в социальное медицинское страхование (А+Б+В на рис. 3.1) в структуру расходов через налогообложение, или эти платежи трактуются как расходы социального медицинского страхования. Так, в Австрии и Швейцарии значительная часть больничного лечения финансируется непосредственно через налоги; соответственно социальное медицинское страхование покрывает относительно небольшую долю расходов. В других странах — например в Нидерландах — медицинские фонды финансируют исключительно больничное лечение и, в свою очередь, получают крупные субсидии из общего налогообложения. Субсидии из налогов (Б на рис. 3.1) весьма значительны также в Бельгии и Люксембурге. С другой стороны, в Австрии и Германии фонды не получают налоговых субсидий (если не считать фермерских фондов — В на рис. 3.1). Во Франции принят смешанный подход: прямые налоговые субсидии сравнительно невелики и поступают только тем фондам, члены которых имеют низкие доходы или высокие потребности (например, фермерским фондам); вместе с тем фондам разрешено существенно увеличивать дефицит, который покрывался государством, а ныне оплачивается в виде специального взноса за возврат социального долга (Ц2 на рис. 3.1). Благодаря этому механизму финансирование социального медицинского страхования ретроспективно превращается в налоговое финансирование.

Чтобы оценить, насколько та или иная страна опирается на взносы социально-медицинского страхования, основанные на зарплате, следует сопоставить две величины: процент доходов социального медицинского страхования, получаемых благодаря взносам $(V/(V+Ц1+A+B+V))$ на рис. 3.1), и процент общих расходов на здравоохранение, покрываемых социальным медицинским страхованием $((V+Ц1+A+B+V)/(V+Ц+Ч+Н))$ на рис. 3.1). Исходя из такой калькуляции, можно сказать, что Германия и Нидерланды — единственные западноевропейские страны, где свыше 60% всех расходов на здравоохранение покрывается из взносов, размер которых определяется размером зарплаты. До 1997 г. Франция была страной, в наибольшей степени опиравшейся на такие взносы, однако после перехода к более широкой базе финансирования их доля упала и в настоящее время составляет меньше 60%. В Австрии и Люксембурге доля таких взносов в финансировании здравоохранения составляет чуть меньше 50%, а в Бельгии — меньше 40% (см. табл. 3.1). С точки зрения источников финансирования бельгийскую систему было бы вернее определить как смешанную: в 1994 г. из налоговых поступлений финансировалось 38% расходов на здравоохранение, тогда как из взносов социального обеспечения — 36% (Crainich and Closon 1999).

Реформирование систем социального медицинского страхования в Западной Европе

С 1980-х годов реформы в области социального медицинского страхования решали несколько отчасти противоречащих друг другу задач: повысить справедливость, эффективность или возможности выбора для страхуемых и стабилизировать взносы, не оказывая неблагоприятного влияния на рынок труда. В настоящем разделе рассматриваются задачи и результаты реформ в Нидерландах, Германии и Франции.

Реформы по обеспечению справедливого финансирования в Нидерландах

В 1980-х годах система добровольного страхования для пожилых и работающих не по найму граждан потерпела крах, так как частные страховщики предоставляли низкие премии молодым и здоровым. Группам повышенного риска пришлось выбирать между полисом с высокими франшизами (вычетами) и отказом от схемы добровольного страхования. Правительство приняло меры, выпустив в 1986 г. два закона: Акт о доступе к медицинскому страхованию (WTZ) и Акт о совместном финансировании избытка пожилых людей в схеме медицинского фонда (MOOZ).

Акт WTZ гарантирует доступ к страхованию, обязуя частных страховщиков принимать претендентов из определенных групп населения, и разрешает министру здравоохранения, социального обеспечения и спорта определять пакет гарантированных льгот и пособий и размер связанных с ним премий для этих групп. Однако премии, начисляемые по данной схеме, оказались недостаточными для покрытия расходов. В соответствии с законодательством был учрежден уравнивающий фонд, управляемый представителями частных страховщиков; задача этого фонда — перераспределять финансы таким образом, чтобы компенсировать расходы застрахованных представителей этих категорий населения (такие компенсации составляют около 40% общих расходов по схемам частного страхования). Закон также устанавливает обязательную солидарность по доходам среди лиц, застрахован-

ных у частных страховщиков: эти лица должны каждый месяц платить фиксированную сумму в уравнительный фонд для компенсации расходов, покрываемых полисом по стандартному пакету. Акт MOOZ обязывает лиц, застрахованных частным образом, платить взносы солидарности в центральный фонд схемы ZFW (см. выше). Тем самым компенсируются расходы пожилых людей, представительство которых в государственной схеме является весьма высоким.

Нидерландский Совет по здоровью населения и здравоохранению (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000) полагает, что стандартный пакет WTZ и правила MOOZ могут нарушить закон Европейского союза о честной конкуренции и рекомендует пересмотреть роль Европейского союза в целом и отдельных стран Европейского союза в здравоохранении (Sheldon 2000).

Установление возможности выбирать между медицинскими фондами и пулинг рисков в Германии

Большинство застрахованных лиц в Германии традиционно приписаны к тому или иному медицинскому фонду в зависимости от местожительства и/или рода занятий. Это приводит к большому разбросу ставок взносов, поскольку размеры доходов и структура рисков у различных профессиональных групп варьируют в весьма широких пределах. «Белые воротнички» могли выбирать фонд при поступлении на работу или при перемене места работы. Только добровольные члены — те, чей доход превышал некоторый предел, — имели право выбирать между несколькими фондами и менять фонды.

Акт о структуре здравоохранения (1993) расширил право свободного выбора медицинского фонда и разрешил менять фонды ежегодно (с 1996 г.). Все общие региональные фонды и все замещающие фонды обязываются принимать всех претендентов на членство. Фонды, базирующиеся в компаниях, и цеховые фонды могут ограничивать членство, однако могут выбрать и схему неограниченного приема претендентов, которая лишает их права отказывать. Система членства по роду занятий сохраняется только в фондах для фермеров, шахтеров и моряков.

С введением конкуренции, дабы обеспечить равенство стартовых позиций для всех медицинских фондов, была установлена схема компенсации согласно структуре рисков. Схема вводилась в два этапа (1994 и 1995 г.). На втором этапе в схему были включены те из застрахованных, которые вышли на пенсию. Прежде фонды брали на себя часть реальных расходов лиц, вышедших на пенсию. Цель схемы компенсации согласно структуре рисков — уменьшить разницу в ставках взносов, возникающую из-за различий в уровнях доходов и в расходах (различия обуславливаются возрастным и половым составом членов отдельных фондов). Компенсаторный механизм требует, чтобы все медицинские фонды предоставляли или получали компенсацию за различия как в размере доходов от взносов, так и в среднем (стандартизованном) размере расходов (Busse 2001).

Влияние свободы выбора и схемы компенсации на систему социального медицинского страхования проявилось в следующем:

- Движение между фондами активизировалось. Изменения членства коррелируют со ставками взносов: фонды, где ставки выше среднего, теряют своих членов, тогда как фонды со ставками ниже среднего приобретают новых членов (Muller and Schneider 1999).

- Среди тех, кто перешел из одного фонда в другой, 58% называют в качестве основного мотива более низкие взносы, тогда как для тех, кто думает о переходе, одинаково важны размер взносов и качество льгот и пособий. Люди, не думающие о переходе, придают больше значения «лучшим льготам и пособиям» — даже несмотря на почти одинаковый состав пакетов (Andersen and Schwarze 1998).
- Схема компенсации с учетом рисков уменьшила различия между фондами в том, что касается ставок взносов. Эта тенденция особенно ярко выражена в западных землях Германии (в последнее время также на востоке страны). В 1994 г. лишь у 27% всех членов ставка взносов отличалась от средней величины больше чем на одну процентную точку; в 1999 г. это число снизилось до 7%.
- Движение членов от одного фонда к другому привело не столько к уравниванию различных структур рисков, сколько к дальнейшей сегрегации членства: более здоровые, молодые, больше зарабатывающие люди совершают переходы чаще и движутся в направлении более дешевых фондов.

Замена взносов с заработанных денег целевым налогом на здравоохранение во Франции

В 1990-х годах система социального обеспечения во Франции переживала эпоху постоянного дефицита, основной причиной которого была ситуация в здравоохранении. Система социальных взносов критиковалась за то, что она приводит к повышению затрат на оплату труда и негативно влияет на занятость. Кроме того, социальные взносы были признаны ненадежным источником доходов, поскольку они сильно зависят от уровня занятости и экономической активности. С целью решения структурных и финансовых проблем премьер-министр Ален Жюппе в декабре 1995 г. представил план реформирования системы социального обеспечения. План преследовал три основные цели: избежать отрицательного воздействия на рынок труда, сократить государственный дефицит и привести во взаимное соответствие основополагающие принципы социального обеспечения и механизмы финансирования (Bouget 1998).

Одним из основных предложений было расширение базы общего социального налога. Этот налог, установленный на все типы доходов, включая сбережения, субсидии, пенсии и доход от капитала, был установлен в 1991 г. в размере 1,1% и первоначально выделялся на семейные пособия. В 1996 г. он был направлен на нужды здравоохранения. Начиная с 1998 г. взносы с заработков наемных работников были в значительной степени вытеснены растущими поступлениями с этого целевого налога на здравоохранение. Если доля взносов с заработков снизилась с 5,5 до 0,75%, то доля целевого налога возросла с 3,4 до 7,5%; в итоге суммарный процент снизился, но финансовая база расширилась. Доля взносов работодателей осталась без изменений. Другая мера заключалась в создании нового налога — налога в уплату социального долга, — с целью покрыть долги системы социального обеспечения (Lancry and Sandier 1999). Введенный в 1996 г. и рассчитанный на 13 лет, этот налог составляет 0,5% общего дохода и взимается со всех граждан, за исключением тех, кто получает государственные пособия и пенсии по инвалидности. Во Франции финансирование системы социального обеспечения основывается на трех доходных базах: для социальных взносов, для адресных налогов на здравоохранение (Ц1 на рис. 3.1) и для налога по выплате социального долга (Ц2 на

рис. 3.1). Дальнейшие дискуссии будут вестись вокруг вопроса о коллективном выборе между пропорциональными налогами, прежде всего целевым налогом, и прогрессивными налогами — такими, как подоходный налог (Bouget 1998).

Заключение

Реформы в этих странах предпринимались ради достижения сразу нескольких целей. В Нидерландах введение денежных переводов (трансфертов) от частных страховщиков к государственным не только повысило степень справедливости системы, но и способствовало преодолению кризиса доходов внутри схемы, утвержденной государственными актами. В Германии основной целью было расширение возможностей выбора, однако важную роль играло также желание повысить эффективность (главным образом путем совершенствования контрактации с поставщиками, что не является предметом настоящей книги). Третьей задачей была ликвидация неравенства между «белыми воротничками» и «синими воротничками»; эта задача была поддержана Социал-демократической партией Германии, которая в тот период находилась в оппозиции. Во Франции также решались сразу две задачи: расширение базы взносов и повышение справедливости.

Вместе с тем в разных странах реформы, преследующие одни и те же цели, могут привести к разным результатам. Показательны направленные на поощрение конкуренции реформы в Германии и модифицированный план Деккера в Нидерландах. В Германии компенсация, рассчитанная исходя из структуры рисков, привела к снижению традиционно весьма значительного разброса в размерах взносов (что способствовало повышению степени справедливости системы). С другой стороны, в Нидерландах внедрение системы премий, размер которых рассчитывается на душу населения без учета размера доходов, привело к увеличению разброса в размерах взносов, то есть к снижению степени справедливости системы.

Противоречить друг другу могут также цели и/или результаты реформ в одной и той же стране. Так, в Нидерландах акты WTZ и MOOZ повысили степень справедливости финансирования, тогда как последующая реформа Деккера-Симониса, внедрив систему премий, размер которых рассчитывается на душу населения без учета размера доходов, снизила степень справедливости финансирования.

Сильные и слабые стороны социального медицинского страхования в Западной Европе

Обсуждение сильных и слабых сторон социального медицинского страхования предполагает полную ясность представлений о целях политики в области здравоохранения. Политические задачи, о которых речь пойдет в этом разделе, следующие: обоснованность финансирования, справедливость, эффективность, отзывчивость на нужды населения и удовлетворение потребностей населения.

Хотя модели социального медицинского страхования и общего налогообложения сходны, на практике между ними наблюдаются систематические различия. Во-первых, отдельные структуры сбора доходов и управления фондами обнаруживают тенденцию к большей прозрачности. Вместе с тем организационная самостоятельность фондов социального медицинского страхования предполагает также наличие адекватных систем подотчетности. Во-вторых, факт зависимости доступа к ле-

чению от взносов сообщает больному статус покупателя. Поэтому связь между страховщиком и застрахованным приобретает в большей степени договорный характер; соответственно обнаруживается тенденция к более точному определению льгот и пособий, на которые плательщики получают право. В-третьих, доход фонда определяется взносами, а не политическими предпочтениями; соответственно социальное медицинское страхование менее политизировано.

Поскольку простого ответа на вопрос о том, сколько нужно тратить на здравоохранение, не существует, адекватность размера затрат лучше всего оценивается в контексте общих ресурсов страны и других приоритетных направлений развития (Cichon *et al.* 1999). Существует несколько аргументов и ряд фактических данных, позволяющих предположить, что отделение расходов на здравоохранение от других утверждаемых правительством расходов может повысить финансирование медицинских услуг. Еще важнее иметь в виду, что степень общественной готовности платить за здравоохранение, судя по всему, связана с созданием целевых фондов, без чего прозрачное финансирование социального медицинского страхования невозможно. Целевое откладывание средств, по-видимому, способствует тому, что население больше довольно социальным медицинским страхованием, чем системами, финансируемыми из общих доходов, или добровольным страхованием (Ferrera 1993; Mossialos 1998). Отделение финансирования здравоохранения от правительственного финансирования внушает людям уверенность в том, что дополнительные средства не будут переведены на финансирование других — возможно, менее важных — правительственных программ, и позволяет точнее оценить степень желательности более высоких взносов за лучшие услуги.

Большинство систем социального медицинского страхования в качестве базы взносов использует текущий доход от использования наемного труда — отчасти потому, что системы социального медицинского страхования изначально поддерживались нанимателями. Поскольку доход от использования наемного труда исторически являлся хорошей гарантией платежеспособности, такая база, как правило, удовлетворяла все необходимые потребности. Однако ныне подобная узкая база по ряду причин становится менее удовлетворительной. Во-первых, тенденция к работе не по найму (самостоятельно) усиливается за счет наемного труда. Во-вторых, чем дальше, тем больше людей занято более чем на одной работе. В-третьих, хотя богатство влияет на платежеспособность, оно не принимается во внимание. В-четвертых, в общей структуре доходов растет доля дохода с капитала. Внедрение социального медицинского страхования в странах Центральной и Восточной Европы показало, что узость базы взносов создает серьезные проблемы. Возможно, задача повышения уровня доходов и степени справедливости потребует, чтобы при установлении размера взносов учитывалось богатство плательщика и наличие у него доходов, не связанных с использованием наемного труда.

Вопрос о том, кто в действительности платит за системы социального медицинского страхования, не решается однозначно — несмотря на наличие отчетливой разделительной черты между застрахованными и нанимателями. Многое зависит от интенсивности конкуренции на рынках товаров и труда. Если степень конкурентности рынков высока, фирмы способны выжить только при условии сдерживания расходов на использование наемного труда; соответственно велика вероятность того, что общая сумма, затрачиваемая на зарплаты и страховые взносы, останется неизменной. Если размер страховых взносов растет, велика вероятность того, что зарплаты со временем снизятся. Рассуждая экономически, наниматели могут компенсировать свою долю во взносах, снижая рост зарплат. Важно также

иметь в виду отношение страховых взносов к налогам. Если взносы освобождают от налогов, разделение доли нанимателя и доли наемного работника утрачивает смысл (доля нанимателя выглядит как надбавка к зарплате наемного работника).

Налог считается прогрессивным в том случае, если процент от дохода, выплачиваемый в виде налога, растет по мере роста дохода. В регрессивной системе процент от дохода падает по мере роста дохода. Сходным образом может анализироваться финансирование здравоохранения: финансирование прогрессивно, если процент дохода, выплачиваемый за здравоохранение, возрастает по мере роста дохода. Данные Проекта Европейского сообщества (ECuity Project) (van Doorslaer *et al.* 1993; Wagstaff *et al.* 1999) указывают, что социальное медицинское страхование в среднем слегка менее прогрессивно, чем налоговое финансирование, но значительно более прогрессивно, чем любые формы частного финансирования. Хотя доклад о положении здравоохранения в мире The World Health Report 2000 (WHO 2000) подтверждает результаты относительно частного финансирования, социальное медицинское страхование и налоговое финансирование согласно этой калькуляции не обнаруживают систематических различий с точки зрения социальной справедливости⁸.

Если различия внутри систем, финансируемых из налоговых поступлений, зависят от сочетания подоходных налогов (прогрессивных) и косвенных налогов (регрессивных), а также от степени собираемости этих налогов, то различия между системами социального медицинского страхования в разных странах с точки зрения обеспечения социальной справедливости зависят от следующих факторов:

- до какой степени взносы базируются на доходах (в противовес премиям, рассчитываемым на душу населения);
- платят ли относительно богатые и/или здоровые сравнительно меньше (благодаря установленным потолкам или компенсациям за отсутствие обращений за медицинской помощью) или им разрешено вообще держаться вне системы;
- насколько взносы в различные фонды подвергаются пулингу, то есть подгоняются к различным степеням риска;
- покрываются ли расходы полностью или необходима доплата пользователей за медицинскую помощь.

Анализируя все эти пункты, следует обращать внимание на включение или исключение иждивенцев: мера социальной справедливости падает, если премии на душу населения начисляются не только на членов фондов, но и на их иждивенцев. Включение иждивенцев, при наличии установленного потолка, может привести к большому неравенству: богатая семейная пара с одним неработающим супругом платит однажды, тогда как работающие супруги со средним достатком — дважды.

Традиционно во многих странах — прежде всего в Германии — функционировало множество фондов, но эти фонды не конкурировали между собой. Ситуация стала меняться после введения права выбора между страховщиками. Справедливость связана не столько с существованием или отсутствием конкуренции, сколько с существованием или отсутствием функционирующих механизмов пулинга (объединения средств). Иными словами, региональные монопольные фонды, где нет пулинга, могут быть несправедливыми, а конкурирующие медицинские фонды, в которых осуществляется эффективный пулинг, могут быть справедливыми.

При наличии совершенной системы корректировки рисков и при условии выплаты пособий, полностью компенсирующих разницу в доходах, теоретически возможно совместить полноценный выбор и конкуренцию между фондами с пол-

ной социальной сплоченностью. Однако такие механизмы сложны и дорогостоящи, а повышение разнообразия и расширение возможностей выбора могут также повысить неравенство в аспекте доступа к услугам. Механизмы корректировки рисков между конкурирующими страховыми фондами более подробно рассматриваются в главе 11, а также в следующих работах: Busse 2001 (Германия), Chinitz and Shmueli 2001 (Израиль) и Okma and Poelert 2001 (Нидерланды).

Сопоставление данных по разным странам показывает, что в системах социального медицинского страхования расходы выше, чем в системах, финансируемых из налоговых поступлений. Однако не совсем ясно, чем обусловлены эти повышенные расходы — большим объемом услуг или просто более высокой стоимостью медицинской помощи ввиду высоких операционных издержек и/или более высокого дохода поставщиков. Доступные данные ограничены и не позволяют делать точных выводов. В данном случае также анализ конкретных фактов полезно сочетать с априорными рассуждениями.

Чтобы система оказания медицинской помощи была эффективной, нужны соответствующие структуры, умения, мотивации и стимулы. Структуры влияют на эффективность как через рыночную силу покупателей и продавцов, так и путем воздействия на операционные издержки. В связи со сравнительной оценкой эффективности различных финансовых систем возникает серьезный вопрос о минимизации управленческих и операционных издержек. Данные о связи между управленческими расходами и деятельностью системы все еще недостаточны (Street *et al.* 1999). Хотя значительная часть операционных издержек в системах социального медицинского страхования связана с услугами по контрактации и по покупке, в данном случае имеются в виду только издержки по сбору, пулингу и распределению взносов. К сожалению, управленческие расходы медицинских фондов не группируются по категориям (сбор и пулинг с одной стороны, контрактация и покупка — с другой); соответственно анализ систем, основанных на налоговом финансировании, не дает нам сравнительных данных относительно операционных издержек по сбору налогов и по их распределению (например, среди органов здравоохранения). Наличие нескольких медицинских фондов с разными ставками взносов и разными способами инкассации (сбора) взносов повышает риск неэффективной работы; тем не менее само по себе это вовсе не значит, что в условиях социального медицинского страхования операционные издержки должны быть непременно выше, чем в условиях налогового финансирования.

Вместе с тем стремление к разнообразию и к расширению выбора повышает риск чрезмерных расходов (Normand and Weber 1994). В Германии выбор простых форм контрактации был отчасти обусловлен потребностью сдерживать расходы; в связи с этим было бы интересно оценить воздействие нынешней тенденции к повышению конкуренции среди фондов. Между 1995 и 1999 гг. (с момента введения конкуренции) доля видимых административных расходов фондов по отношению ко всей совокупности расходов выросла с 5,24 до 5,76% (Bundesministerium für Gesundheit 2000). До известной степени это обусловлено тем, что наниматели перекладывают относительно высокую долю расходов на фонды, базирующиеся в компаниях.

Поскольку средств на удовлетворение всех потребностей не хватает, приходится в той или иной форме вводить нормирование или устанавливать приоритеты. Сдвиг от налогового финансирования к социальному медицинскому страхованию в этом смысле ничего не меняет. Однако такой сдвиг может привести к переклады-

ванию ответственности за отбор услуг и к отводу от правительства части упреков за существующие трудности.

Системы социального медицинского страхования обычно ассоциируются с высоким уровнем удовлетворенности населения. Источник этой удовлетворенности — в сочетании солидарности (хотя в данном случае уровень последней ниже, чем при финансировании из общих доходов) и прозрачности (каковая является очевидным преимуществом систем социального медицинского страхования). Социальное медицинское страхование может, до известной степени, превратить любого больного в частного больного. Системы социального медицинского страхования явно ассоциируются с отношением к больному как к ценному покупателю, а не как к чему-то такому, что только осложняет жизнь; об этом ярко свидетельствуют показатели высокой отзывчивости на нужды больного, опубликованные в докладе о положении здравоохранения в мире The World Health Report 2000 (WHO 2000)⁹.

Выводы

Учиться на опыте других полезно; однако не следует копировать системы, складывавшиеся в иных условиях. Западноевропейское социальное медицинское страхование добилось больших успехов в решении определенных задач, особенно в обеспечении практически всеобщего доступа населения к медицинским услугам. Оно приемлемо для общества, в том числе с точки зрения социальной сплоченности. Проблемы, связанные с организацией фондов и оказанием услуг, часто возникают в результате недостаточно активной эволюции системы и ее адаптации к меняющимся условиям. Система имеет ряд очевидных преимуществ. Основными проблемами являются опасность быстрого роста расходов, опора на слишком узкую базу вкладов, потенциально высокие управленческие и операционные издержки при контрактации и покупке.

Политики, обдумывающие возможность перехода к социальному медицинскому страхованию, должны точно рассчитать соотношение между расходами и спектром доступных услуг, между расходами и разнообразием и широтой выбора, между конкуренцией и реальной возможностью обеспечить социальную справедливость и сдержать рост управленческих расходов. Характер деятельности социального медицинского страхования в значительной степени определяется историей и традициями. Немецкая система представляется весьма дифференцированной и плюралистической; вместе с тем она единообразна, так как контракты между всеми фондами и всеми поставщиками заключаются на коллективной основе. Немецкая система — это кооперация с ярко выраженными элементами плюрализма. Поскольку реформы способствуют усилению конкуренции, было бы интересно проверить, насколько традиции и неписанные правила устойчивы к происходящим изменениям. Недавние реформы во Франции и Нидерландах предпринимались ради достижения всеобщего доступа к услугам, сдерживания расходов на услуги и административных расходов (и повышения дохода фондов); особое внимание обращалось на то, чтобы сохранить ценные особенности систем.

Существует множество вариантов социального медицинского страхования; деятельность систем социального медицинского страхования может существенно зависеть от того, каким образом взносы инкассируются, объединяются в пулы и распределяются по медицинским фондам как покупателям услуг. Тем не менее в пользу систем социального медицинского страхования свидетельствует прежде всего то

обстоятельство, что они основаны на принципе пропорциональности и, следовательно, представляют собой относительно справедливый (по сравнению с частным медицинским страхованием) способ сбора доходов. Потолки доходов ограничивают степень прогрессивности, особенно по сравнению с общим налогообложением. Финансовые потоки более прозрачны, что повышает степень приемлемости взносов (больших) с точки зрения общественности. Сочетание взносов нанимателей со взносами наемных работников мобилизует дополнительные доходы, однако может отрицательно повлиять на мобильность рабочей силы и экономическую конкуренцию. Создание финансового пула под контролем независимых органов делает процесс принятия решений более независимым от политических факторов. Системам социального медицинского страхования присущи такие особенности, как прозрачность при назначении льгот и пособий и отношение к больному как к потребителю.

С другой стороны, по мере снижения доли людей, имеющих постоянную работу в крупных организациях, база взносов в социальное медицинское страхование рискует стать чрезмерно узкой. Социальное медицинское страхование особенно успешно развивается в обществе, где модель трудовых отношений в качестве нормы включает официальную занятость и крупные фирмы. Социальное медицинское страхование может быть охарактеризовано как организационная форма объединения финансовых средств (создания финансового пула) и покупки услуг; при этом основным источником средств может служить общее налогообложение (или сочетание общего налогообложения и налогов на зарплату).

Жизнеспособность систем социального медицинского страхования свидетельствует об устойчивости этой модели квазинезависимых фондов и о ее способности приспосабливаться к меняющимся условиям. Большинство систем в весьма значительной степени регулируется государством; одни из систем закрыты для целевых доходов, тогда как в других государство более или менее свободно контролирует деятельность независимых фондов. Многие системы включают компоненты, финансируемые из налоговых поступлений (не всегда такие компоненты являются видимыми, иногда их наличие частично скрывается), тогда как по отношению к иным системам существуют правительственные гарантии покрытия долгов. Страны с системами социального медицинского страхования, как правило, тратят на здравоохранение больше, чем страны, в которых используется финансирование из налоговых поступлений. Одной из причин служит большая прозрачность финансовых потоков и, следовательно, большая приемлемость подобной системы финансирования здравоохранения для широкой общественности. С недавнего времени серьезное значение придается развитию конкуренции при сборе средств и управлении фондами. Будущее покажет, смогут ли рыночные факторы сыграть полезную роль в деле сдерживания расходов и вместе с тем не привести к нарушениям социальной справедливости и повышению операционных издержек.

Сноски

¹ Мы благодарим Я. Бултмана (Jan Bultman) и Ф. Бертена (Fons Berten) за предоставление основного материала по социальному медицинскому страхованию в Нидерландах и А.-П. Пикера (Anne-Pierre Pickaert) за информацию по Франции.

² Другие особенности систем социального медицинского страхования — такие, как контракты между фондами и поставщиками или относительно неограниченный доступ больных к поставщикам, — выходят за рамки настоящей главы. Поэтому на рис. 3.1 эти отношения и финансовые потоки показаны пунктирными линиями.

³ Лица, работающие не по найму (кроме тех, кто подпадает под обязательное социальное медицинское страхование, в том числе фермеров), исключены из системы социального медицинского страхования, если они не были ее членами раньше; работающие и ушедшие на пенсию постоянные сотрудники государственных учреждений — учителя, университетские преподаватели, министерские чиновники и т. п. — исключены из системы de facto, поскольку правительство оплачивает им большинство счетов за частное медицинское обслуживание (большинство таких сотрудников покрывают остаток благодаря частному страхованию).

⁴ С момента введения обязательного медицинского страхования (1996) в Швейцарии действует система страховых премий, зависящих от общественных рисков. Размер премий в каждом регионе (обычно кантоне) определяется страховщиками с учетом присущих данному региону общественных рисков.

⁵ Это правило имеет исключения. До 30 июня 1997 г. самой большой группой населения, не подпадавшей под общий принцип, были пенсионеры: размер их взносов единообразно определялся средней ставкой взноса для всех фондов. Первого января каждого года средняя ставка применялась на полгода назад и полгода вперед (с 1 июля предыдущего года до 30 июня следующего года). С 1999 г. работники, зарабатывающие меньше 322 евро в месяц, должны были в обязательном порядке платить единообразную ставку в 10% (прежде данная группа не подпадала под обязательное страхование). Единообразную премию платят и студенты.

⁶ Единственная льгота — потолок для шахтеров (которые в обязательном порядке страхуются в шахтерских фондах); он на треть выше, чем для остальных категорий населения.

⁷ Федеральная служба страхования обязана контролировать медицинские фонды, действующие по всей стране, и приводить в действие механизмы компенсации структуры рисков среди всех медицинских фондов. До 1994–95 гг. в Германии действовала смешанная система: расходы для пенсионеров покрывались совместно всеми фондами (как в Люксембурге), тогда как взносы и расходы для всех остальных застрахованных граждан вообще не перераспределялись (как в Австрии).

⁸ К числу двенадцати стран, занимающих самые высокие места в мире по степени справедливости финансирования, относятся Австрия, Бельгия, Германия и Люксембург, а также Великобритания, Дания, Ирландия, Норвегия и Финляндия (между тем как рейтинг Нидерландов, Франции и особенно Швейцарии по данному показателю ниже).

⁹ Швейцария, Люксембург, Германия и Нидерланды по степени отзывчивости занимают второе, третье, пятое и девятое места в мире; что касается западноевропейских систем, основанных на налоговом финансировании, то среди них сопоставимый рейтинг имеет только Дания (четвертое место).

Литература

Altenstetter, C. (1999) From solidarity to market competition? Values, structure and strategy in German health policy 1883-1997, in F.D. Powell and A.F. Wessem (eds) *Health Care Systems in Transition*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Andersen, H.A. and Schwarze, J. (1998) GKV '97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen [Statutory health insurance 1997: is there movement in the landscape? An empirical analysis of decisions to change sickness funds], *Arbeit und Sozialpolitik*, 52(9/10): 11-23.

Bouget, D. (1998) The Juppe plan and the future of the French social welfare system, *Journal of European Social Policy*, 8(2): 155-72.

Bundesministerium für Gesundheit (Federal Ministry of Health) (2000) *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000 [Statistical Report Health 2000]*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Busse, R. (2001) Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance, *European Journal of Public Health*, 11(2): 174-7.

Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H. et al. (1999) *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. Geneva: International Labour Organization.

Crainich, D. and Closon, M-C. (1999) Cost containment and health care reform in Belgium, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

European Commission (2000) *MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union): Comparative Tables*. Brussels: Directorate-General for Employment and Social Affairs, European Commission. http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/missoc99/english/f_tab.htm (accessed 25 February 2001).

Ferrera, M. (1993) *EC Citizens and Social Protection: Main Results of a Collaborative Survey*. Brussels: European Commission.

Kerr, E. (1999) *Health Care Systems in Transition: Luxembourg*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Lancry, P-J. and Sandier, S. (1999) Twenty years of cures for the French health care system, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Malin, E-M. and Schmidt, E.M. (1996) Beitragsrückzahlung: keine Auswirkungen auf die Leistungsinanspruchnahme [Contribution repayment: no effect on service demand], *Die Betriebskrankenkasse*, 84(8): 379-83.

Minder, A., Schoenholzer, H. and Amiet, M. (2000) *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Mossialos, E. (1998) *Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey*. Brussels: Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, European Commission.

Muller, J. and Schneider, W. (1999) Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in Zeiten des Kassenwettbewerbs — empirische Befunde im dritten Jahr der Kassenwahlrechte [Trends in membership levels, contribution rates, types of insureds and risk adjustment transfers during the period of insurer competition — empirical findings in the third year of fund choice], *Arbeit und Sozialpolitik*, 53(3/4): 20-39.

Nonneman, W. and van Doorslaer, E. (1994) The role of the sickness funds in the Belgian health care market, *Social Science and Medicine*, 39(19): 1483-95.

Normand, C. and Weber, A. (1994) *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning*, Document WHO/SHS/NHP/94.3. Geneva: World Health Organization.

Okma, K. and Poelert, J. (2001) Implementing prospective budgeting for Dutch sickness funds, *European Journal of Public Health*, 11(2): 178-81.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Council for Public Health and Healthcare) (2000) *Europe and Healthcare*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. <http://www.rvz.net/Samenvat/Werk99/europe.htm> (accessed 25 February 2001).

Roemer, M. (1969) *The Organization of Medical Care under Social Security*. Geneva: International Labour Office.

Ron, A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G. (1990) *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Geneva: International Labour Organization.

Schut, F.T. and van Doorslaer, E.K.A. (1999) Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands, *Health Policy*, 48(1): 47-67.

Sheldon, T. (2000) EU law makes Netherlands reconsider its health system, *British Medical Journal*, 320(7229): 206.

Shiveli, A. and Chinitz, D. (2001) Risk-adjusted capitation: the Israeli experience, *European Journal of Public Health*, 11(2): 182-4.

Street, A., Carr-Hill, R. and Posnett, J. (1999) Is hospital performance related to expenditure on management?, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(1): 16-23.

van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutten F. (1993) *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. et al. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18(3): 263-90.

WHO (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

глава ЧЕТВЕРТАЯ

Реформы финансирования здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

*Александр С. Прекер,
Мелитта Якаб и Маркус Шнайдер¹*

Введение

Переходные экономические системы стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР сталкиваются с теми же проблемами, что и системы с устоявшейся рыночной экономикой: как мобилизовать и распределить средства достаточно справедливо и эффективно, чтобы удовлетворить растущую потребность и спрос в медицинских услугах. В переходных экономических системах решения принимаются на фоне глубоких социальных, политических и экономических преобразований. Реформа здравоохранения — неотъемлемая часть процесса перехода от централизованного планирования к рынку. Особенности этого перехода — снижение прямого участия государства в деятельности экономики (децентрализация, приватизация, организационная реформа), усиление рыночных факторов и конкуренции, опора на рыночные сигналы при принятии решений по распределению средств.

В настоящей главе рассматривается опыт реформирования здравоохранения в переходных экономических системах с начала 1990-х годов. Исследования проводились в 16 странах: Азербайджане, Албании, Венгрии, Грузии, Казахстане, Киргизии, Латвии, Молдавии, Польше, России, Румынии, Словакии, Словении, Хорватии, Чехии и Эстонии. Большинство этих стран вступило в переходную стадию, имея сходное наследие; финансирование здравоохранения в них характеризовалось высоким уровнем защиты от рисков и высоким уровнем социальной справедливости. В течение десятилетия системы здравоохранения в названных странах развивались в разных направлениях. Различаются три модели.

1. Первая группа включает страны, где, несмотря на упадок экономики, удалось сохранить высокий уровень финансирования. Это главным образом Венгрия, Хорватия и Чехия. Во всех трех странах доход на душу населения был относитель-

но высоким, спад экономических показателей — менее резким, а реформы здравоохранения начались сравнительно рано и проводились весьма последовательно.

2. Вторая группа включает страны, где ситуация с финансированием и справедливостью ухудшилась. В странах этой группы (наиболее типичными представителями которой являются Албания и Россия) доход на душу населения ниже, экономический спад более серьезен, экономические и политические преобразования затянулись и проводятся непоследовательно, реформы здравоохранения начались позднее и, как правило, носят фрагментарный характер.

3. Наконец, третья группа включает страны, где функционирование систем здравоохранения серьезно ухудшилось из-за резкого упадка всех экономических показателей вдобавок к изначально низкому доходу на душу населения. В странах этой группы (ее типичные представители — Азербайджан, Грузия и Молдавия) государственное финансирование потерпело крах; средств на социальные нужды, в том числе на здравоохранение, почти не осталось.

Страны первой группы избрали бисмарковскую модель реформ, основанную главным образом на финансировании из налогов на зарплату. Переход к этой модели потребовал преодоления ряда трудностей. В частности, институциональные сложности возникли при внедрении модели социального страхования, предполагающей создание полунезависимых квазигосударственных организаций. Приходилось выбирать между социальным страхованием на конкурентной основе и социальным страхованием на основе единого плательщика, между национальной и децентрализованной системами сбора доходов и создания пула и/или закупок; следовало придать управленческие возможности квазигосударственным структурам и прояснить роль и ответственность этих новых организаций по отношению к министерству здравоохранения, министерству финансов и локальным правительствам.

В странах второй группы реформы носили менее всеобъемлющий и менее масштабный характер. В качестве дополнительного механизма мобилизации средств были введены налоги на зарплату; вместе с тем доходы от общего налогообложения преобладают донныне. Ключевой проблемой стало преодоление фрагментарности государственного механизма создания пулов и распределения средств. Одновременно платежи наличными — как официальные, так и неофициальные — стали более значительным источником прибылей, чем в странах первой группы; параллельно, несмотря на законодательные гарантии всеобщего покрытия медицинских расходов, происходила эрозия государственного финансирования и социальной справедливости.

Наконец, в странах третьей группы платежи наличными из кармана больного стали основным способом финансирования здравоохранения (50-80% всех доходов системы здравоохранения). Тем самым степень финансового покрытия расходов на лечение резко снизилась. Ключевым приоритетом реформ для этих стран служит перестройка системы мобилизации предварительно выплаченных средств.

В настоящей главе анализируются факторы, приведшие к возникновению этих трех групп, и описываются принятые стратегии реформ. Вначале определяются принципы анализа и ключевые понятия. Затем характеризуется макроэкономический контекст и подробно разбираются реформы финансирования здравоохранения. Далее обсуждаются важнейшие институциональные проблемы, связанные с внедрением новых финансовых механизмов. Наконец, демонстрируются тенденции, характеризующие функционирование систем здравоохранения, и излагаются наши выводы.

Принципы анализа

В этой главе анализируется финансирование здравоохранения в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР с начала 1990-х годов. Данные почерпнуты из исследований, опубликованных Всемирной организацией здравоохранения и Всемирным банком, и из академической литературы; использованы также структурные данные по расходам на здравоохранение.

«Финансирование здравоохранения» — неточный термин, охватывающий несколько различных функций, связанных с движением средств через систему здравоохранения. Мы подробно обсудим два аспекта финансирования здравоохранения: механизмы мобилизации средств и создание пулов. Третий элемент финансирования здравоохранения — распределение средств поставщикам услуг — упоминается в настоящем разделе, но не является предметом нашего специального внимания (данная тема будет подробно рассмотрена в готовящейся публикации Всемирного банка о размещении средств в развивающихся странах: Langenbrunner *et al.*, 2001).

Таблица 4.1. Аналитическая схема для улучшения функционирования систем здравоохранения

	Мобилизация средств	Создание пулов и распределение средств	Закупки
Ключевые характеристики	• Обязательная против добровольной	Раздробленные пулы против интегрированных	Что покупать Сколько покупать
	Предварительная оплата против оплаты на месте оказания услуги	Размер пула	Для кого У кого Как платить
Организационные и институциональные переменные	Организационные формы.		
	Организационные стимулы.		
	Вертикальные и горизонтальные связи		
Влияние на результативность	Здоровье, социальная справедливость и финансовая защита и эффективность		

Источник: WHO (2000).

Макроэкономический контекст

Все страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР в переходный период пережили более или менее серьезные экономические потрясения. Такие факторы, как закрытие нерентабельных производств и целых секторов промышленности и распад устоявшихся коммерческих отношений, привели в большинстве стран к значительному упадку экономики. В 14 из 16 исследованных стран валовой внутренний продукт между 1990 и 1997 годом в реальном исчислении снизился (см. табл. 4.2). Самый серьезный спад (50-70%) произошел в странах бывшего СССР. Экономический кризис, охвативший страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, проявился в снижении реальных зарплат и росте неравенства доходов; значительно возросло число бедных.

В большинстве исследованных стран налоговая база резко сократилась из-за упадка официального сектора экономики, расширения неофициальной экономики и неспособности властей наладить собираемость налогов в новых рыночных условиях. В итоге возможности правительств инкассировать прибыли и налоговые поступления, необходимые для финансирования социального сектора, заметно снизились. Одновременно усиливалось давление таких факторов, как рост цен (особенно на импортные лекарства и медицинское оборудование), требования повысить зарплату, технический прогресс и завышенные ожидания людей, впервые познакомившихся с западноевропейскими стандартами.

Имея в виду подобный контекст, нетрудно понять, почему политики стремились изыскать внебюджетные источники финансирования здравоохранения, одновременно стараясь сохранить финансовое покрытие расходов на лечение и повысить эффективность распределения скудных средств, предназначенных для нужд здравоохранения.

Ключевые характеристики финансирования здравоохранения

В эпоху социализма система здравоохранения получала средства главным образом из доходов государственных предприятий; роль частных источников была незначительной (неофициальные платежи поставщикам в данном случае не принимаются в расчет). Размер расходов на здравоохранение определялся в процессе политического торга, когда здравоохранение конкурировало с другими претендентами на долю в государственном бюджете. В 1970-1980-х годах здравоохранение, будучи одним из «непроизводительных» секторов экономики, не входило в число приоритетных сфер при распределении государственных бюджетных средств. Однако несмотря на относительно невысокий уровень финансирования, население большинства перечисленных стран получало полный спектр услуг, от профилактики и амбулаторного лечения до стационарного больничного лечения. Низкий уровень финансирования соответствовал искаженной картине цен, характерной для социалистической экономики.

В настоящем разделе мы рассматриваем ключевые аспекты финансирования здравоохранения в этих странах: источники доходов, создание пулов и распределение средств среди поставщиков.

Таблица 4.2. Изменения валового внутреннего продукта и расходов на здравоохранение в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

	ВВП на душу населения (паритет покупательной силы, \$) 1997	Изменение реального ВВП, % ^а 1990-1997	Расходы на здравоохранение на душу населения ^б (паритет покупательной силы, \$)				Общие расходы на здравоохранение в процентах к ВВП ^б		Реальные расходы на здравоохранение в процентах к расходам 1990 г. ^б
			1997 в целом	1997 государственные	1997 частные	1997 % частных	1990	1997	
Группа А									
Хорватия	6 735	-18	481,1	402,2	78,9	16,4	10,5	8,4	68,5
Чехия	12 930	-9	758,3	695,3	62,9	8,3	5,4	7,2	115,8
Эстония	7 504	-21	241,2	209,1	32,1	13,3	1,9	5,7	186,8
Венгрия	9 914	-6	510,9	417,4	93,5	18,3	5,7	7,1	95,7
Словакия	9 526	-2	617,6	498,4	119,2	19,3	5,4	7,8	113,3
Словения	14 032	4	897,0	802,8	94,2	10,5	5,6	7,6	149,2
Среднее значение по группе А	10 107	-9	584,3	504,2	80,1	14,4	5,7	7,3	121,6
Группа Б									
Албания	2 683	-11	58,0	44,5	13,5	23,3	4,4	3,3	46,5
Казахстан	4 513	-40	123,7	83,5	40,2	32,5	3,3	4,1	57,9
Латвия	5 609	-45	195,4	151,2	44,2	22,6	2,5	4,5	77,8
Польша	7 438	27	413,9	315,4	98,5	23,8	4,6	6,5	132,1
Румыния	6 209	-13	78,5	54,9	23,5	30,0	2,7	4,2	93,5
Россия	7 031	-40	228,2	175,5	52,7	23,1	2,3	5,2	121,9
Среднее значение по группе Б	5 581	-20	182,9	137,5	45,4	25,9	3,3	4,6	88,3

Таблица 4.2. Изменения валового внутреннего продукта и расходов на здравоохранение в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

	ВВП на душу населения (паритет покупательной силы, \$) 1997	Изменение реального ВВП, % ^а 1990-1997	Расходы на здравоохранение на душу населения ^б (паритет покупательной силы, \$)		Общие расходы на здравоохранение в процентах к ВВП ^б		Реальные расходы на здравоохранение в процентах к расходам 1990 г. ^б
			1997 в целом	1997 государственные	1990	1997	
			1997	1997	%	%	1997
Группа В							
Азербайджан	2 039	-57	64,5	11,9	81,5	2,6	21,8
Грузия	4 992	-68	34,6	4,3	87,5	3,2	28,9
Киргизия	2 310	-43	168,9	67,1	101,9	4,2	39,7
Молдавия	2 175	-63	174,5	94,6	79,9	4,0	93,5
Среднее значение по группе В	2 879	-58	110,6	63,1	62,0	3,5	46,0

Примечание: для каждой группы приводятся невзвешенные средние.

^а World Bank (2000), World Development Indicators Central Database CD-ROM.

^б Расчеты авторов на основе опубликованных официальных цифр и оценок Всемирного банка, а также доступных семейных обзоров. Авторы готовы предоставить подробные ссылки по требованию читателей.

Источники доходов

Один из важнейших политических аспектов сбора средств для здравоохранения заключается в том, чтобы обеспечить справедливую мобилизацию средств посредством предварительной оплаты. Чем прогрессивнее система взносов (повышение ставки взносов по мере роста доходов), тем справедливее система финансирования в целом. Платежи наличными существенно снижают как степень финансирования покрытия затрат на лечение, так и степень справедливости финансирования в целом, поскольку увеличивают бремя расходов, которое приходится нести бедным и больным.

За переходное десятилетие появился такой новый источник финансирования, как социальное медицинское страхование; более значительную роль стали играть как неофициальные платежи наличными, так и официальное разделение затрат. Большинство стран пришло к большей дифференциации источников финансирования здравоохранения, сочетая социальное медицинское страхование, общее налогообложение и частные платежи наличными. Частное медицинское страхование не получило значительного развития ни в одной из исследуемых стран.

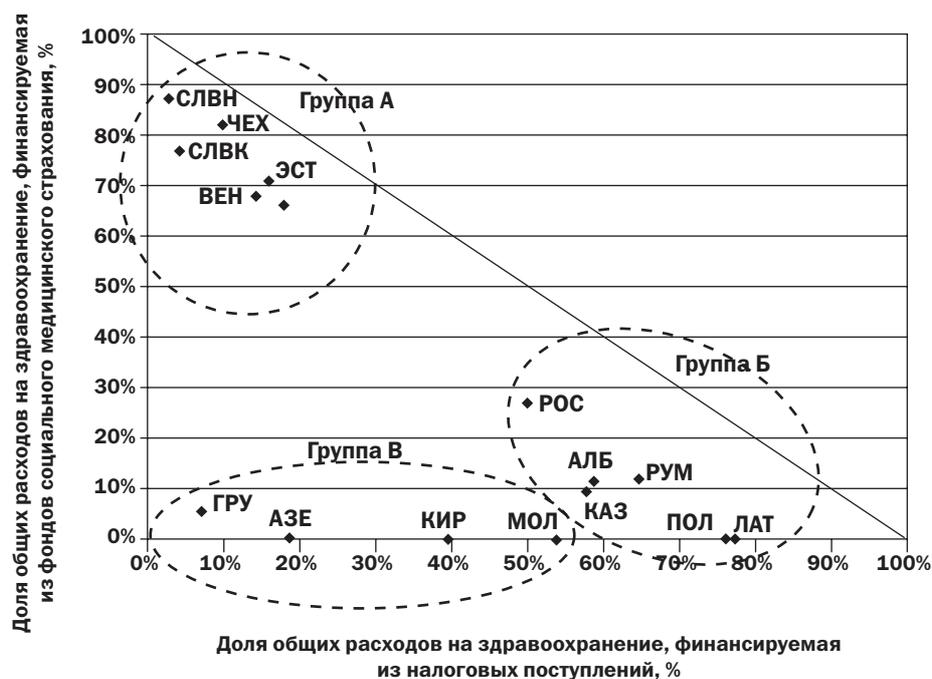


Рисунок 4.1. Доля общих расходов на здравоохранение, финансируемая из налоговых поступлений и из фондов социального медицинского страхования, в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, по данным начиная с 1997 г. АЗЕ — Азербайджан; АЛБ — Албания; ВЕН — Венгрия; ГРУ — Грузия; КАЗ — Казахстан; КИР — Киргизия; ЛАТ — Латвия; МОЛ — Молдавия; ПОЛ — Польша; РОС — Россия; РУМ — Румыния; СЛВК — Словакия; СЛВН — Словения; ХОР — Хорватия; ЧЕХ — Чехия; ЭСТ — Эстония. Расчеты авторов на основе данных Всемирного банка. Авторы могут предоставить подробности по требованию читателей.

Как показано на рисунке 4.1, страны с переходной экономикой делятся на три группы согласно тому, какова доля каждого из этих источников финансирования в общей структуре расходов на здравоохранение. В группе А первоочередную роль продолжает играть предварительная оплата. В группе Б основным источником служит общее налогообложение. Группа В объединяет страны, где предварительная оплата потерпела крах, и системы здравоохранения ныне финансируются в значительной степени из прямых платежей наличными².

Новый источник финансирования: социальное медицинское страхование, основанное на налоге на зарплату

Социальное медицинское страхование, основанное на налоге на зарплату, сложилось как стандартная часть дифференцированного финансирования здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР; эта часть служит дополнением к общему доходу от налогов, который часто сокращается. Налог на зарплату был введен в 14 из 27 стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР; в девяти странах этот налог служит основным механизмом финансирования, а в пяти — дополнительным по отношению к общему налогообложению и платежам наличными. Из 16 стран, составляющих нашу выборку, 14 ввели налог на зарплату, в том числе 7 — в качестве основного источника финансирования. Это означает, что страны, где основным источником доходов служит общее налогообложение, представлены в нашей выборке недостаточно, и в общую оценку должна быть внесена поправка.

Взносы

Ставки взносов для наемных работников составляют около 13% в странах, где социальное медицинское страхование служит основным механизмом финансирования, и 2-4% в странах, где оно является дополнительным источником доходов (см. табл. 4.3). В большинстве стран ставки взносов делятся пополам между нанимателями и наемными работниками. Ставка взносов зависит от таких факторов, как стоимость пакета льгот и пособий, численность охваченного населения, желательный уровень перераспределения средств безработным и наличие других источников финансирования.

В большинстве стран ставка взносов калькулировалась не на основе актуарного анализа ожидаемых расходов и доходов для застрахованного населения (Ensof 1999). Вместо этого процесс калькуляции ставок строился на произвольном (продиктованном оптимистическими ожиданиями) установлении желаемого дохода и на догадках относительно политической приемлемости дополнительных налогов для нанимателей и наемных работников (чье налоговое бремя было и так достаточно тяжелым). В середине 1990-х годов все налоги на социальное страхование по выборке 13 стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР составляли 30% всех расходов на оплату труда, а в некоторых случаях достигали 40% (Palacios and Palleres-Miralles 2000). Достаточно сравнить эти цифры с 26% в богатых странах Организации экономического сотрудничества и развития и менее чем с 20% в остальном мире (см. табл. 4.3). На фоне общего упадка экономики снижение высоких налогов на зарплату и затрат на оплату труда превратилось в приоритетную за-

Таблица 4.3. Характеристики доходов от взносов медицинского страхования в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

	Год введения	Ставка налога на зарплату за здравоохранение (1999)			Общие налоги на социальное страхование (середина 1990-х гг.)	
		Лица, получающие зарплату (наиматель: наемный работник)	Лица, работающие не по найму	Не работающие	В % к зарплате до удержания налогов	В % ко всем расходам на зарплату
Группа А						
Хорватия	1993	18% (18%:0%)	18% задекларированного дохода	18% пенсии (до вычета налогов) и других пособий плюс центральный бюджет	43	36
Чехия	1993	13,5% (9%:4,5%)	13,5% от 35% чистого дохода до вычета налогов	Центральный бюджетный трансферт 13,5% от 80% официального минимального размера оплаты труда	48,5	35,9
Эстония	1992	13% (13%:0%)	13% задекларированного дохода	Центральный бюджетный трансферт	33	24,8
Венгрия	1990	14% (11%:3%) плюс целевой налог \$170 с работающего	14% задекларированного дохода, но с предусмотренным минимумом плюс целевой налог \$170 с человека	Центральный бюджет, размер трансферта на одного человека не оговорен	46	34,1
Словакия	1994	13,7% (10,0%:3,7%)	13,7% задекларированного дохода	Центральный бюджет, размер трансферта на одного человека определяется как ставка взноса с 73% официального минимального	46	34,1

Таблица 4.3. Характеристики доходов от взносов медицинского страхования в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

	Год введения	Ставка налога на зарплату за здравоохранение (1999)		Лица, получающие зарплату (наниматель: наемный работник)	Лица, работающие не по найму	Не работающие	Общие налоги на социальное страхование (середина 1990-х гг.)	
		Лица, получающие зарплату (наниматель: наемный работник)	Лица, работающие не по найму				В % к зарплате до удержания налогов	В % ко всем расходам на зарплату
Словения	1993	13,25%	13,25%	Лица, работающие не по найму	Лица, работающие не по найму	Не работающие	45,8	37,2
Группа Б Албания	1995	Государственный сектор — 3,4% (1,7%;1,7%). Частный сектор — 3–5%	7% официального минимального размера оплаты труда	Лица, работающие не по найму	Лица, работающие не по найму	Не работающие	42,5	32,1
Казахстан	1996	3% (3%;0%)	3% задекларированного дохода	Лица, работающие не по найму	Лица, работающие не по найму	Не работающие	32	нет данных
Латвия	1998	28,4% личного подоходного налога	28,4% личного подоходного налога	Лица, работающие не по найму	Лица, работающие не по найму	Не работающие	38	27,7
Польша	1999	7,50%	7,5% задекларированного дохода	Лица, работающие не по найму	Лица, работающие не по найму	Не работающие	48	32,4

Таблица 4.3. Характеристики доходов от взносов медицинского страхования в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

	Год введения	Ставка налога на зарплату за здравоохранение (1999)			Общие налоги на социальное страхование (середина 1990-х гг.)		
		Лица, получающие зарплату (наиматель: наемный работник)	Лица, работающие не по найму	Не работающие	В % к зарплате до удержания налогов	В % ко всем расходам на зарплату	
Румыния	1999	1,4% (7%;7%)	7% задекларированного дохода	7% подоходного налога на основе пособий до вычета налогов	33,5		нет данных
Россия	1993	3,6% (3,6%;0%)	3,6% задекларированного дохода	Центральный бюджет; размер трансферта на душу неработающего населения не оговаривается	40		28,8
Группа В							
Азербайджан	Налог с зарплат на здравоохранение отсутствует				нет данных		нет данных
Грузия	1995	4% (3%;1%)	4% подоходный налог	Центральный бюджет; размер не оговаривается	41		29,3
Киргизия	1997	2% (2%;0%)	2% задекларированного дохода	Взносы области или района; размер не определен	43,5		31
Молдавия	Налог с зарплат на здравоохранение отсутствует				39		28,3

Источник: Palacios and Pallares-Miralles (2000).

дачу. Под давлением двух противоположно направленных факторов — стремления инкассировать как можно больше средств для здравоохранения и снизить затраты на оплату труда — ставки взносов в большинстве стран неоднократно корректировались. Так, в Хорватии ставка взносов возросла с 14% в 1993 г. до 18% в 1999-м. В Венгрии, напротив, ставка налога на зарплату снижалась четыре раза: от максимума в 23,5% в 1993 г. до 14% (плюс твердый комиссионный взнос) в 1997 г. (см. табл. 4.3).

В большинстве стран ставка взносов для лиц, работающих не по найму (индивидуальных предпринимателей и работников сельского хозяйства), та же, что и для наемных работников. Однако определение базы взносов для лиц, работающих не по найму, представляет собой сложную задачу, поскольку их доходы нерегулярны и трудно поддаются проверке. В некоторых странах база взносов определяется как чистый доход от продажи личных услуг и товаров; в других странах принято более широкое определение, учитывающее такие доходы, как гонорары, доходы с патентов и капитальные прибыли. Большинство стран ввело обязательный минимум взносов и потолок взносов, способствуя повышению степени регрессивности данной формы финансирования. Так, в Венгрии лица, работающие не по найму, должны платить 14% своего декларированного дохода или 14% официальной минимальной зарплаты (если размер последней выше). Правительство также требует твердый комиссионный взнос, сумма которого не зависит от дохода.

Третья группа населения, охваченная медицинским страхованием, — это пенсионеры, дети и другие иждивенцы, официально зарегистрированные безработные и бедные. Для покрытия их расходов используются разнообразные механизмы. Расходы могут покрываться косвенно путем взносов, которые делаются активными группами населения, чьи ожидаемые расходы ниже, чем взносы. Расходы могут покрываться также путем открытого перевода средств из других источников государственных доходов — например, из правительственного бюджета. Наконец, застрахованные лица могут делать прямые взносы, выплачивая премии со своих денежных пособий (например, пенсий или пособий по безработице).

Когда источником финансирования для неработающей части населения служит бюджет центрального или местного правительства, субсидии обычно не покрывают стоимости услуг, предусмотренной для той или иной целевой группы населения. Это относится прежде всего к пенсионерам, которые пользуются медицинскими услугами больше, чем другие группы населения; к тому же их лечение часто обходится дорого ввиду серьезности их болезней. Таким образом, размер переводимых средств часто не соотносится с реальными затратами. В других случаях перевод средств вообще не связан с льготной группой. Например, в России закон о медицинском страховании требует, чтобы местное правительство, в интересах неработающей части населения, переводило средства из своего бюджета в фонд обязательного страхования; в то же время в законе не оговорены ни уровни таких взносов, ни механизмы, обеспечивающие выполнение данного требования. Неудивительно, что взносы от местных правительств часто поступают с перебоями; возникает явная брешь между местными бюджетными возможностями и потребностями страховых фондов. Вдобавок разные субъекты Федерации по-разному выполняют эти свои финансовые обязательства (World Bank 1997; Sheiman 1999).

Налоги на зарплату приносят здравоохранению меньше доходов, чем ожидалось. Во-первых, база взносов во многих странах с переходной экономикой продолжает уменьшаться по ряду причин, среди которых — рост числа стариков и безработных, снижение реальных доходов, задолженность бывших государственных

предприятий-банкротов и новых частных предприятий, уклонение от налогов как в сужающемся официальном, так и в расширяющемся теневом секторах экономики. Среди различных форм уклонения от налогов — занижение сведений о доходах в частном секторе, использование не облагаемых налогом видов оплаты наемного труда (оплата продуктами питания, одеждой, топливом и т. п.), занижение сведений о доходах, практикуемое официальными нанимателями, и др. (Ellena *et al.* 1998). Высокие ставки взносов во многих странах с переходной экономикой создали стимулы к переводу экономической активности в неофициальный (теневой) сектор; эти стимулы были особенно действенны в первые переходные годы, когда налоговые ведомства функционировали слабо.

Во-вторых, большинство стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР находится под давлением сил, заинтересованных в снижении налогового бремени ради поощрения частного сектора, международной конкуренции и экономического роста. В итоге многие политики снизили ставку взносов с налогов на зарплату невзирая на риск дефицитного финансирования. Ожидалось, что такое давление будет способствовать лучшему контролю за расходами, однако это ожидание не оправдалось. В-третьих, когда доходы системы здравоохранения инкассируются центральным агентством, инкассирующим также другие доходы, связанные с использованием наемного труда, деньги, предназначенные для здравоохранения, могут использоваться для неофициального перекрестного субсидирования других расходов.

Охват населения

Большинство стран сохранило унаследованные законодательные гарантии свободного доступа к медицинским услугам. Однако на практике страны с системами социального страхования (группа А и некоторые страны группы Б) ввели в действие такие законы, которые связывают активный статус плательщика с правом стать членом фонда социального страхования. Вместе с тем данная законодательная попытка не имела особого практического значения, поскольку статус большинства индивидов в момент их контакта с поставщиками услуг неизвестен. Отсутствие эффективной информационной технологии мешает правительствам взяться за недостающее звено между взносами и пособиями. Более совершенная информационная технология позволит точно определить статус тех, чьи взносы документированы недостаточно. Тогда же можно будет говорить о новом статусе для миллионов работников сельскохозяйственного сектора и для тех наемных работников, которые работают по контракту (а не на постоянную зарплату). Политики этих стран должны будут вплотную заняться проблемой исключения определенных групп населения из системы социального страхования.

В странах, сохранивших верность общему налогообложению, также формально соблюдается принцип охвата всего населения. Более резкий, чем в странах группы А, упадок государственного финансирования привел к ослаблению социальной защиты для всего населения. Хотя в некоторых странах (например, в Армении) обсуждался вопрос о переориентации государственных средств только на покрытие расходов бедных и других уязвимых групп населения, эффективных политических мер принято не было.

Экономический эффект социального страхования

С точки зрения суммарной выгоды программ социального страхования разница между странами с преобладанием социального страхования (группа А) и остальными странами представляется очевидной. Страны группы А предоставляют полный пакет льгот и пособий, и лишь в Чехии в явной форме определяется состав пакета и список услуг, подлежащих покрытию из государственных источников финансирования (World Bank 1999b). В других странах предусмотрено минимальное покрытие в таких областях, как стоматология, косметическая хирургия и нелечебные услуги, в том числе пребывание в санаториях и домах отдыха и различные формы домашнего ухода. Например, в Венгрии, Польше, Хорватии и Чехии из пакета исключены дорогостоящие услуги частого пользования — стоматология, лекарства, очки, слуховые аппараты и смежные медицинские услуги (Goldstein et al. 1996; Gaal et al. 1999; Karski et al. 1999; Vulic and Healy 1999). Поскольку итоговое снижение уровня финансовой защиты незначительно, общественность воспринимает эти меры как необходимую плату за переход к рыночной экономике. Напротив, такие меры, как исключение дорогостоящих лечебных услуг редкого пользования и установление системы приоритетов, основанной на соотношении стоимости и эффективности, вызвали сильное противодействие со стороны общественности и врачей и почти не применялись.

В странах групп Б и В социальным медицинским страхованием покрывается ограниченный круг услуг. В этих странах налоги на зарплату служат дополнительным источником дохода по отношению к общим налогам и платежам наличными. В Албании из пакета социального страхования финансируются первичная помощь и медикаменты, тогда как оплата специализированного амбулаторного лечения и лечения в стационаре идет из центрального бюджета (Nuri and Healy 1999). В Киргизии социальное страхование покрывает только расходы на медикаменты в больницах, а в последнее время также расходы на некоторые медикаменты вне больниц (Kutzin 2000). В Грузии социальным страхованием первоначально покрывались только девять программ, выбранных центральным правительством; выбор именно этих программ был обусловлен их экономичностью и эпидемиологической значимостью. К 1998 г. список программ включал уже 28 позиций, причем расширение списка было обусловлено не столько фактическими данными о потребностях, сколько политическими соображениями (World Bank 1998a). В России фонды социального медицинского страхования платят, как правило, зарплаты и оплачивают питание и услуги служб по лечению острых случаев.

Большинство стран приняло принцип нормирования услуг без четкого определения их номенклатуры и дифференцированного контроля за расходами. В этих странах полномочия принимать решения по нормированию фактически отданы поставщикам. Перед лицом огромных ожиданий и высокого спроса со стороны населения поставщик, к сожалению, слишком часто предпочитает снизить уровень услуг (допустив дефицит лекарств, износ оборудования, обесценивание основного капитала, снижение гигиенических стандартов), чем принять политически и этически обоснованное решение по нормированию (Staines 1999; Alizade and Ho 2000). Неудивительно, что в подобных условиях нормирование услуг происходит чаще всего на основе способности и готовности больных платить за эти услуги, в том числе неофициально (см. главу 8).

Растущая роль платежей наличными из кармана потребителя

Второе крупное новшество заключается в повышении роли платежей наличными. До начала переходного периода большинство стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР гарантировало своим гражданам бесплатную медицинскую помощь. В эпоху социализма официальные гонорары за лечение были большой редкостью, а доля больных в расходах на медикаменты была низкой; вместе с тем к концу 1980-х годов неофициальные платежи уже получили широкое распространение в некоторых из бывших социалистических стран.

Ситуация резко изменилась вследствие экономического спада и финансовых и политических реформ переходного периода. Основной парадокс переходного периода заключался в следующем: как добиться экономической и политической либерализации, не жертвуя социальной защитой населения, которое за несколько десятилетий успело привыкнуть к системе пожизненного социального обеспечения. Подчеркивая фактор индивидуальной ответственности, власти способствовали ослаблению государственного патернализма; важнейшей частью финансовой и социальной политики во всем регионе стало снижение налогового бремени. Тем не менее население большинства стран отрицательно отреагировало на попытки свернуть социальные льготы и ввести плату за услуги, которые прежде были бесплатными, в том числе за лечение. Демократизация предоставила людям возможность проявить свое отношение к непопулярным реформам; итогом этого процесса стали частые смены правительств и политического курса.

Лишь в немногих странах удалось достичь прочного и устойчивого баланса между этими противоположно направленными силами. Среди стран группы А медицинские услуги остаются официально бесплатными в Венгрии, Польше, Словакии и Чехии. В этих странах официальная доля больных в совместных платежах низка или равна нулю, а снижение числа и размера льгот и пособий, даже минимальное, политически затруднительно — так же, как снижение избытка пропускной способности больниц путем сокращения числа коек и увольнения части работников. Такие факторы, как внедрение западноевропейских форм здравоохранения и стимулирование потребительского интереса в других областях экономики, повышают ожидания более высокого потребительского качества услуг и расширения их номенклатуры. Отсюда — готовность людей неофициально платить за высококачественное лечение. Неофициальные платежи создают для поставщиков, работающих в государственном секторе, сильнейший стимул к поставкам таких услуг, которые не являются частью государственной программы льгот и пособий; тем самым часто подрывается официальная политика, поскольку готовность неофициально «купить» более качественное лечение преследует другие цели (см. главу 8). И все же, хотя неофициальные платежи получили широкое распространение, их рост сдерживается глубоко укоренившейся привычкой к всеобщей бесплатной медицинской помощи, а также возможностями правительств финансировать здравоохранение.

Напротив, в странах группы Б и В, переживших особенно тяжелый экономический спад, значительное сокращение государственных доходов и официального рынка труда привело к краху финансирования предварительно оплачиваемых медицинских услуг. Доля платежей наличными — как официальных, так и неофициальных — в общей структуре расходов на здравоохранение составляет 87% в Грузии, 82% в Азербайджане, 60% в Киргизии и 46% в Молдавии (см. рис. 4.2, табл. 4.2). Чтобы компенсировать падение государственных расходов, большинст-

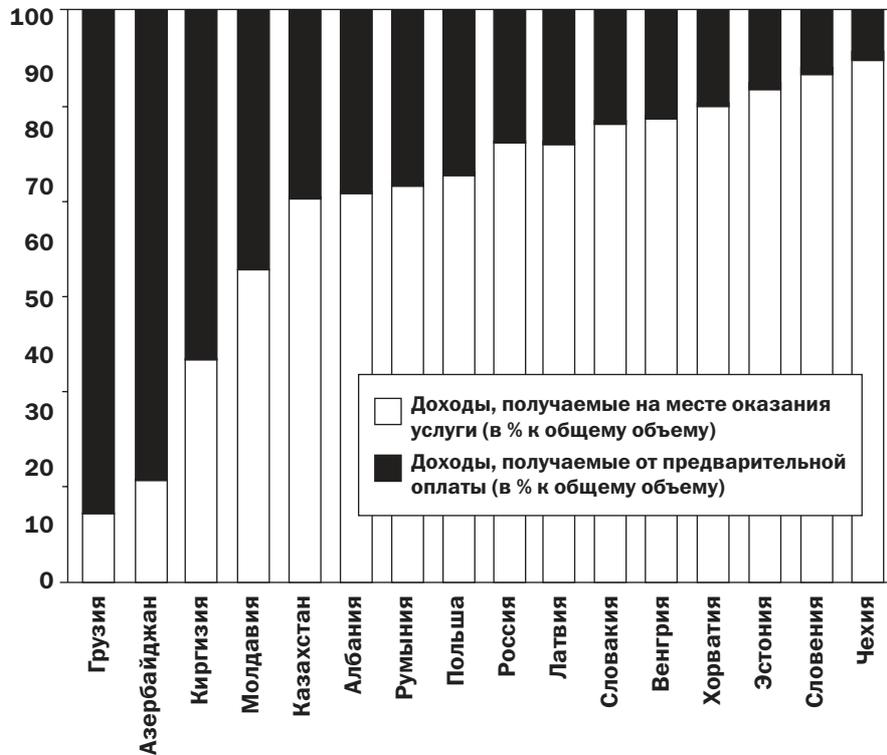


Рисунок 4.2. Доля предварительно оплачиваемых общих расходов на здравоохранение по сравнению с долей, оплачиваемой на месте оказания услуги, в 16 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, по данным начиная с 1997 г.

во правительств ввело сборы с пользователей, основанные на официальном преискуранте. Однако официальные преискуранты часто относятся только к небольшой группе услуг, включенных в пакет финансируемых государством льгот и пособий. Плату за все остальные услуги могут брать сами врачи. Более того, врачи часто не берут официальную плату (и тем самым отнимают средства у больниц и государственных служб), чтобы не пострадали их неофициальные доходы. В некоторых странах введены субсидии, избавляющие бедную часть населения от официальных расходов, однако подобные меры в целом неэффективны, поскольку никак не влияют на неофициальные платежи.

В Грузии Министерство здравоохранения регулирует официальные сборы, которые могут взиматься больницами за услуги, включенные в финансируемый государством пакет. Больницы обязаны помещать преискуранты на видные места. Тем не менее доля официально регулируемых сборов составляет лишь 3% всех платежей наличными. 24% платежей наличными — нелегальные «часовые» за услуги, покрываемые правительственными программами. Остальные платежи наличными (73%) идут на покрытие товаров и услуг, не предусмотренных правительственными программами. Сюда входят, в частности, продаваемые без рецепта медикаменты — статья расходов, особенно болезненная для самой бедной части населения (World Bank 1998c).

Сходная ситуация сложилась и в Азербайджане. Между 1992 и 1997 гг. доходы из предварительно оплаченных источников в реальном исчислении снизились на 79%; ныне они составляют менее 20% всех доходов системы здравоохранения. Министерство здравоохранения перевело большинство больниц и научно-исследовательских институтов на самофинансирование. Правительство ввело официальный прейскуртант на услуги, оплачиваемые на месте, но освободило от обязанности платить беднейшую половину населения (MacFarquhar 1998). Многие больницы тем не менее взимают плату с представителей этой половины, а правительство не субсидирует их расходы. В отличие от Азербайджана и Грузии, Молдавия не ввела официальных платежей наличными; тем не менее частные платежи составляют почти половину всех доходов здравоохранения (UNICEF 1997).

Сохраняющаяся роль общего налогообложения

Несмотря на введение социального медицинского страхования и повышение доли сборов наличными, общее налогообложение остается важным, хотя и не преобладающим, источником финансирования в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. В странах групп Б и В общее налогообложение служит основным (обязательным) механизмом сбора государственных доходов. В этих странах (преимущественно республиках бывшего СССР) налоговые поступления складываются из национальных и местных правительственных налогов. В странах бывшего СССР средства для здравоохранения собираются на национальном (федеральном или республиканском), региональном (областном) и районном уровнях. Размер средств, выделяемых для нужд здравоохранения на каждом уровне, зависит от местных приоритетов. В большинстве случаев доля общего налогообложения, выделяемая на здравоохранение, определяется уровнем соответствующего правительственного органа. Только в двух странах — Грузии и Румынии — табак и алкоголь облагаются целевыми налогами, идущими на финансирование здравоохранения.

Лишь в немногих странах действуют уравнивающие механизмы, компенсирующие разницу в возможностях местных правительств собирать доходы. В итоге финансирование в этих странах, с географической точки зрения, распределено крайне неравномерно и несправедливо.

В России, несмотря на наличие налога с зарплаты, общее налогообложение остается главным источником доходов здравоохранения. Размер доступных средств все еще зависит от преобладающего процесса размещения бюджета, при котором здравоохранение часто оказывается за пределами приоритетной сферы (Sheiman 1999). Более того, местные власти резко сократили свое участие в финансировании здравоохранения. Доля местных бюджетов, выделенная на здравоохранение, снизилась с 18% в 1993 г. до 12% в 1998-м; в итоге значимость центрального бюджета, как крупнейшего источника финансирования здравоохранения, дополнительно возросла.

В Казахстане из государственного бюджета финансируются главным образом важнейшие вертикальные программы: профилактика и сдерживание ВИЧ-инфекции и туберкулеза, вакцинация, меры по улучшению здоровья населения. В 1998 г. республиканское правительство финансировало менее 10% всех расходов на здравоохранение. Местные бюджеты финансировали 314 программ, среди которых — специализированные больницы, центры по лечению туберкулеза и СПИДа, вакцинация, банки крови. В данном случае также отсутствие межрегиональных уравни-

нительных механизмов делает финансирование здравоохранения крайне несправедливым.

Среди исследованных стран Молдавия остается одной из немногих, где общее налогообложение служит единственным механизмом накопления предварительно оплаченных доходов. Местные правительства покрывают свыше 2/3 государственных расходов на здравоохранение, а центральное правительство — только 1/3. Местные правительства отвечают практически за все амбулаторное лечение, местные (районные и сельские) больницы и службы скорой помощи. Центральное правительство покрывает расходы на специализированное лечение, предоставляемое группой 17 больших национальных больниц и в рамках специализированных национальных программ (в том числе по сдерживанию туберкулеза и предотвращению ВИЧ-инфекции и СПИДа), а также часть расходов на санитарно-эпидемиологическое обслуживание и медицинское образование. Расходы местных правительственных органов также варьируют в широких пределах, что создает значительное неравенство по стране (хотя средний расход на душу населения в 1997 г. составлял 87 лей, затраты на душу населения варьировали в диапазоне 9–153 лей). Общие государственные расходы на здравоохранение между 1997 и 1998 гг. также варьировали; в некоторых регионах особых изменений не наблюдалось, в других же государственное финансирование сократилось более чем наполовину (World Bank 1999a).

Создание финансовых пулов и распределение средств среди покупателей

Вторая важная функция финансирования здравоохранения — создание пулов средств, инкассированных из различных источников, и распределение этих средств среди организаций, которые непосредственно платят поставщикам услуг. Два важнейших политических аспекта создания пулов и распределения средств — движение средств от богатых к бедным (перераспределение доходов) и от здоровых к больным (разделение рисков). Создание пулов и распределение средств — важные инструменты социальной справедливости, экономичности и защиты от рисков.

Наличие того или иного преобладающего источника средств — например, общего налогообложения — само по себе не гарантирует решения перечисленных задач, если средства собираются регрессивно на разных административных уровнях или распределяются среди относительно здоровой и богатой части населения (см. главу 2). Два важнейших аспекта создания пулов — степень интегрированности (или раздробленности) множества каналов, по которым поступают доходы, и численность населения, по отношению к которому принимаются решения по закупке.

Раздробленность каналов, по которым поступают доходы

В ряде стран Центральной и Восточной Европы и особенно бывшего СССР множество каналов, по которым поступают доходы, не составляют единого пула. Дополнительная раздробленность возникает в процессе распределения бюджетных средств среди множества покупателей и поставщиков. Отдельный покупатель может получать доход от одного или нескольких страховщиков, национальный бюджет — через министерство здравоохранения, местные бюджеты — через местные правительства разных уровней и непосредственно из карманов больных. Каждый из этих покупате-

лей, теоретически находясь в монопсонной ситуации, тем не менее не может в полной мере реализовать свою покупательную способность из-за частичного совпадения в покрытии, неясностей в спецификации пакета, дробления пула доходов в процессе распределения бюджетных средств среди поставщиков, связанных с правительственными органами разных уровней, а также из-за жестких правил и устоявшихся методов распределения.

В России медицинские учреждения получают финансирование из нескольких источников, в том числе из регионального фонда медицинского страхования, регионального бюджета, местных бюджетов, бюджета Министерства здравоохранения, а также непосредственно из карманов больных (World Bank 1997). Распределение бюджетных доходов все еще основывается на размерах затрат, что обусловлено отсутствием практики предварительных закупок. Такие бюджетные переводы на основе нормативных стандартов, связанных с пропускной способностью медицинских учреждений (то есть с численностью персонала и коек), создают для поставщиков стимулы к сохранению максимально широкой инфраструктуры ради всемерного приумножения доходов — даже ценой роста себестоимости лечения.

В Киргизии, так же, как и в России, пулинг государственных бюджетных средств организуется на уровне правительства или департамента, владеющего медицинскими учреждениями, для которых предназначено финансирование. Так, национальное Министерство здравоохранения создает пул для национальных медицинских учреждений, областные управления здравоохранения — для областных учреждений, районные и городские управления — для районных и городских учреждений. Поскольку районы и города находятся в областях, а большинство учреждений национального значения находится в Бишкеке, пулы и охватываемые ими сегменты населения нередко частично перекрываются (Kutzin 2000).

В Венгрии, Словении, Хорватии и других небольших странах, где основным источником финансирования служит социальное страхование, каналы поступления средств не столь раздроблены. В этих странах налоги на зарплату для социального медицинского страхования идут главным образом на текущие расходы, однако даже в этом случае создание пулов представляет определенные трудности, что связано с двумя обстоятельствами. Во-первых, текущие расходы не составляют единого пула с капиталовложениями. Текущие расходы, как правило, финансируются из фондов социального страхования, тогда как капиталовложения — из бюджетных источников (центральных и местных). Это создает ситуацию морального риска для тех, кто принимает решения по капиталовложениям (например, для местных правительств), поскольку они не должны нести текущих расходов по выполнению своих решений. Данная проблема особенно остро стоит в связи с распределением иностранной помощи. Во-вторых, текущие расходы учреждений третьей ступени — например, университетских клиник и национальных институтов — оплачиваются через социальное страхование, тогда как расходы на преподавание и исследования оплачиваются из центрального бюджета. Следовательно, эти «флагманские» учреждения лучше защищены от снижения доходов здравоохранения, чем другие поставщики, и могут отсрочивать принятие болезненных финансово-организационных решений. Показательно, что в Венгрии университетские больницы возглавили список учреждений-должников.

Децентрализация

Создание финансовых пулов еще больше осложняется децентрализацией, то есть передачей государственных функций политическим и административным органам местного уровня. Процесс децентрализации, вызванный к жизни логикой политического развития, оказал влияние на сектор здравоохранения, поскольку привел, в частности, к передаче прав на мобилизацию средств органам местного уровня. Однако образовавшаяся в итоге институциональная структура часто не столько решала назревшие проблемы, сколько создавала новые. В принципе децентрализация предоставляет шанс приблизить здравоохранение к местным потребностям и повысить степень его подотчетности. Однако на практике децентрализация часто приводит к дополнительному дроблению пула доходов и обостряет географическую неравномерность финансирования. Отрицательные последствия децентрализации привели к тому, что маятник двинулся в обратном направлении: в некоторых странах начинается процесс рецентрализации. Так, в Эстонии 17 закупочных пулов слились в 8, а в Венгрии 19 окружных филиалов слились в единый фонд социального медицинского страхования, причем административные функции этого фонда по большей части централизованы.

Институциональные проблемы финансирования здравоохранения

В эпоху социализма организационные формы финансирования здравоохранения в большинстве стран составляли неотъемлемую часть государственной бюрократической машины (исключение составляла Югославия, где даже до начала переходного периода использовались налоги на зарплату). В большинстве случаев фонды переводились непосредственно от министерства финансов министерству здравоохранения, которое отвечало за финансирование здравоохранения, распределение средств, руководство поставщиками и общий надзор за функционированием сектора. В странах, где существовали региональные механизмы распределения средств (в том числе в таком федеративном государстве, как СССР), организационные структуры были несколько сложнее. В переходный период в странах, перешедших на финансирование преимущественно из налогов на зарплату, выполнение этой функции было поручено новым полунезависимым квазигосударственным агентствам. Эти новые органы социального медицинского страхования часто занимаются сбором доходов и распределением средств, руководят поставщиками, иногда даже осуществляют общий надзор. В настоящем разделе мы рассмотрим преобладающие организационные формы, сложившиеся в финансировании здравоохранения, связанные с ними организационные стимулы и проблемы горизонтальных и вертикальных связей.

Организационные формы

Согласно классификации, предложенной Уильямсоном с соавторами (Williamson *et al.* 1991), существуют три организационные формы связи между сторонами, вступившими в сделку: иерархии, долгосрочные контракты и рынки личного товара (см. рис. 4.3). Эта классификация относится и к сектору здравоохранения; она позволяет лучше оценить некоторые особенности реформ, имевших место в переходный период.



Рисунок 4.3. Организационные формы взаимосвязей между сторонами, заключающими сделки в здравоохранении.

В странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР три организационные формы, как правило, совпадают с тремя источниками финансирования, о которых речь шла выше. Финансирование из общего налогообложения, осуществляемое министерством финансов, является частью государственной бюрократической иерархии. Налогами на зарплату распоряжаются организации социального медицинского страхования — квазигосударственные органы, работающие фактически на основе долгосрочных контрактов и выполняющие функцию финансирования в интересах государственного сектора. Непосредственные платежи наличными позволяют заключать прямые сделки между больными и поставщиками на рынке наличного товара. Три организационные формы сосуществуют внутри любой страны, однако их удельный вес соответствует описанному выше распределению по категориям: в странах группы А преобладающей организационной формой служат долгосрочные контракты, страны группы Б опираются главным образом на иерархии, а страны группы В — преимущественно на рынки наличного товара.

Вообще говоря, связь между источниками финансирования и организационными формами финансирования не является однозначной. Иными словами, финансирование из общего налогообложения может быть организовано на основе долгосрочной контрактации. Однако подобное встречается редко, так как государственное финансовое законодательство ограничивает использование бюджетных средств. Поскольку налогами на зарплату можно распоряжаться как внебюджетными фондами, они допускают более свободное использование.

Иерархии

В переходный период некоторые страны сохранили иерархическую организацию финансирования здравоохранения. Эта организационная форма особенно типична

для стран, где основным источником финансирования служит общий налог, в том числе для Албании и России. Государственный сектор инкассирует доходы, распределяет средства и предоставляет услуги через посредничество иерархически организованной бюрократии. Хотя такие командно-административные организационные формы должны усилить правительственный стратегический контроль за системой здравоохранения, на практике они препятствуют нововведениям, нечувствительны к меняющимся потребностям людей и слишком часто ставятся на службу интересам политиков. В странах, сохранивших эту систему финансирования здравоохранения, министерства здравоохранения все еще управляют с помощью указов и постановлений, а не с помощью стимулов или рациональных критериев, основанных на понятиях справедливости, эффективности, экономичности и качества.

Долгосрочные контракты

Сдвиг от общего налогообложения к налогам на зарплату был связан с созданием новой организационной формы — социального медицинского страхования. Органы социального медицинского страхования — это квазигосударственные агентства, выполняющие функцию финансирования от имени государства на основе подразумеваемого долгосрочного контракта (в некоторых случаях такой контракт заключается прямо). При создании органов социального медицинского страхования часто выражалась уверенность, что они позволят повысить прозрачность и подотчетность, дать людям понятие о реальной стоимости медицинских услуг и деполитизировать процесс принятия решений в здравоохранении. Эти цели были достигнуты лишь частично. Налоги на зарплату со всей очевидностью продемонстрировали как нанимателям, так и наемным работникам, что здравоохранение не бесплатно. Вместе с тем из-за неясности структуры управления и отсутствия прямых контрактов между правительством и организациями медицинского страхования ситуация с прозрачностью и подотчетностью не улучшилась; процесс принятия решений остался в высокой степени политизированным.

Рынки наличного товара

Прямые сделки на рынках наличного товара между больными и поставщиками ныне весьма обычны в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Такова реакция на либерализацию поставщиков и неспособность обедневшего государственного сектора удовлетворить ожидания населения. Прямые сделки часто заключаются в рамках растущего неофициального сектора здравоохранения и не санкционированы правительством. Хотя данная организационная форма получила очень широкое распространение, она подрывает финансовую защиту больных и создает для поставщиков стимулы, которые часто несовместимы с задачами государственной политики. В итоге предпочтительными организационными формами остаются иерархии и долгосрочные контракты; в большинстве исследованных стран политики пытаются контролировать такие сделки и по возможности уменьшить их число. Однако прямой контроль за ними крайне затруднен; чтобы изменить ситуацию, нужно время (наиболее быстрый возможный путь — создание частных схем предвартельной оплаты).

Организационные стимулы

Опыт реформ организации поставок в других секторах свидетельствует о том, что сдвиг от иерархий к долгосрочным контрактам должен сопровождаться параллельными сдвигами в режиме стимулирования — иначе возникает опасность организационной дисфункции (Jakab et al. 2001). Здесь вкратце рассматриваются следующие пять стимулов: право принятия решений, подотчетность, статус претендента на остаток (финансовая ответственность), открытость для рынка и открытое осуществление социальных функций (см. табл. 4.4). Как и в больничном секторе, ключевым недостатком новых полунезависимых органов социального медицинского страхования является частая несогласованность в разработке и применении стимулирующих мер по этим пяти направлениям.

Право принятия решений

В странах, где созданы фонды социального медицинского страхования, новым агентствам часто предоставляются обширные, но недостаточно четко очерченные права по принятию решений относительно кадрового обеспечения, управления финансами, сбора доходов и даже размера взносов и состава корзины, покрываемой по страховому полису. В итоге новые агентства часто вступают в конфликт с министерствами финансов, которые озабочены проблемой контроля за взносами и расходами во времена финансовых затруднений. Напряженность возникает и в отношениях с министерствами здравоохранения, которые заинтересованы в сохранении общего контроля за политикой в области здравоохранения. Лишь в немногих странах удалось найти необходимый баланс между задачами страховых агентств, осуществляющих свои права по принятию решений, и ключевых министерств, стремящихся сохранить контроль за сферами деятельности, которые были открыто переданы этим агентствам.

Подотчетность

До начала переходного периода подотчетность обеспечивалась прямым иерархическим административным контролем, который осуществлялся министерствами здравоохранения и финансов. Этот контроль заключался в санитарных и финансовых инспекциях. С созданием полунезависимых фондов медицинского страхования появились новые инструменты обеспечения подотчетности. В большинстве стран парламент является последней инстанцией, перед которой должны отчитываться организации медицинского страхования. Бюджет организаций медицинского страхования обсуждается в парламенте наряду с официальным конечным документом по итогам проверки исполнения бюджета за прошедший год.

Вместе с тем дополнительные инструменты обеспечения подотчетности — такие, как мониторинг результатов деятельности, вовлечение общественности, прямая долгосрочная контрактация и рыночная дисциплина, — часто отсутствовали, вследствие чего министерства финансов и здравоохранения часто теряли контроль над процессом принятия ключевых решений. Это способствовало распространению подозрений в мошенничестве и коррупции. В Венгрии это привело к рецентризации некоторых ключевых функций, среди которых — сбор доходов, опреде-

Таблица 4.4. Организационные стимулы для систем здравоохранения в зависимости от формы организации

	Иерархия		Долгосрочный контракт		Рынок наличного товара
	Министерства здравоохранения или финансов	Местные правительства	Организации социального страхования	Общественные схемы финансирования	
Степень самостоятельности (право принятия решений)	Ограниченная		Умеренная	Высокая	Высокая
Подверженность действию законов рынка	Отсутствует (в зависимости от структуры рынка)		Варьирует	Высокая	Высокая
Финансовая ответственность	Ограниченная		Ограниченная	Высокая	Высокая
Подотчетность	Перед правительствами и избирателями	Перед правительством	Перед правительством и правлением	Перед общественностью	Перед собственниками
Социальные функции	Подразумеваемые полномочия		Изменчивы	Отсутствуют	Отсутствуют или четко сформулированы

Источник: WHO (2000).

ление ставок, установление пакета льгот и пособий; в конечном счете Национальный фонд медицинского страхования был возвращен под прямой контроль Министерства финансов.

Статус претендента на остаток

Статус претендента на остаток — это право организации сохранить за собой сбереженные средства и принять на себя ответственность за финансовые потери. В эпоху социализма министерства здравоохранения не являлись настоящими претендентами на остаток, поскольку были обязаны возвращать непотраченные средства министерствам финансов; дефициты обычно списывались в начале следующего финансового года. Теоретически новые агентства социального медицинского страхования должны быть настоящими претендентами на остаток. На практике дефициты в ожидаемом доходе от взносов компенсируются субсидиями из государственного бюджета. В ряде стран определенные надежды связывались возможностью покрыть расходы не платящей части населения с помощью перекрестных субсидий, источником которых служат взносы остального населения (при условии, что субсидирование остается скрытым, а агентства не имеют возможностей для повышения доходов или для контроля за политикой расходования средств). Министерство финансов обычно сохраняло за собой общий контроль за базой и ставками взносов, а министерство здравоохранения контролировало политику расходования средств.

Например, в России на основании закона о медицинском страховании, принятого в 1993 г., были созданы федеральный и 88 региональных внебюджетных страховых фондов. В марте 1999 г. министр здравоохранения заявил, что задолженность сотрудникам медицинских учреждений составила 3,5 трлн рублей (615 млн долл. США). Общие долги системы обязательного медицинского страхования в 1997 г. составили около 17 трлн рублей (3 млрд долл. США); в эту цифру входят невыплаченные государственные взносы за неработающих (Alizade and Ho 2000). Россия — крайний случай (ввиду огромного дефицита), однако далеко не единственный. В Венгрии и Хорватии система медицинского страхования на протяжении ряда лет имела хронический структурный дефицит, хотя его размеры были меньше, чем в России.

Открытость для рынка

В других секторах экономики создание агентств обычно связывается с той или иной формой открытости для рынка; рыночная дисциплина становится одним из механизмов, замещающих иерархический контроль. Что касается здравоохранения, то потребность в финансовой защите от расходов на лечение и от негативного отбора, обычного для конкурентных рынков страхования, привела многие страны к отказу от открытости для рынка в области социального медицинского страхования. Среди стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР только две — Словакия и Чехия — сделали выбор в пользу конкурирующих страховщиков как основного механизма накопления и размещения средств для нужд здравоохранения. В обеих странах размер взносов основан на размере доходов, а разделение затрат на медицинские услуги (то есть покрытие части расходов из кармана больного) официально не допускается. Как преискуртант услуг, так и состав пакета льгот и пособий ус-

танавливаются в законодательном порядке. Соответственно конкуренция между страховщиками строго ограничена, а цена такой конкуренции — высокие административные расходы — может превысить выгоду от нее (Massaro et al. 1994; World Bank 1999b).

Открытое осуществление социальных функций

Когда государственные поставщики социальных услуг получают статус самоуправляемых организаций или приватизируются, политики обязаны гарантировать, что забота о практических результатах и открытость для рынка не перекроют доступ к услугам для бедных и других уязвимых групп. В переходный период одним из самых обычных путей решения этой задачи, помимо бюджетных вливаний, было перекрестное субсидирование расходов неработающей части населения путем повышения размера взносов, взимаемых с активного населения. Как уже отмечалось, в большинстве стран реальная стоимость лечения неработающей части населения (особенно стариков) была выше, чем оба эти источника доходов. Во всех странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР это привело к структурному дефициту, который загнал в тупик как государство, так и агентства социального медицинского страхования. Ситуация выглядит безнадежно: большинство агентств должно сохранить сбалансированный бюджет, но их доходы почти всегда ниже, чем требуемые расходы. В итоге государство субсидирует дефицит вместо того, чтобы покрывать расходы неработающей части населения. Тем самым подрывается основа для решения двух основных задач, ради которых создавались эти новые агентства, — повышение финансовой дисциплины и совершенствования отчетности.

Горизонтальные и вертикальные связи

Преобразования, затронувшие институциональную среду, привели к увеличению числа агентов и к перераспределению функций и обязанностей. Связи между старыми и новыми агентами могут как способствовать политическому прогрессу, так и сдерживать его. На уровне горизонтальных связей некоторые страны полностью отделяют функцию сбора доходов от закупочной функции. Налоговые органы инкассируют весь доход, включая налоги на зарплату. Инкассированный налог на зарплату, отложенный на нужды здравоохранения, полностью переводится покупателю. Этот подход был недавно принят в Венгрии, Грузии, Латвии и России. В других странах с социальным страхованием покупатель отвечает также за сбор налогов на зарплату, а налоговые органы переводят средства в пользу той части населения, которая освобождена от уплаты взносов. Среди стран, где действует данная модель, — Хорватия, Чехия и Эстония. В других странах с социальным страхованием страховой орган, инкассирующий все налоги на зарплату для социальных пособий (пенсий и др.), инкассирует все налоги, предназначенные для здравоохранения, но функционирует отдельно от правительственного органа, ответственного за сбор поступлений от общего налогообложения. Орган социального страхования отвечает за распределение дохода по различным социальным программам, одной из которых является здравоохранение. Такая модель действует в Киргизии и, возможно, в некоторых других странах.

В странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, как и в ряде других стран, ведутся дискуссии о том, стоит ли создавать отдельные органы специ-

ально для сбора взносов социального медицинского страхования. Поборники административной интеграции органов, ответственных за сбор общих налогов и за сбор взносов в социальное медицинское страхование, полагают, что такая интеграция повысит собираемость взносов, поскольку каждый, кто платит налоги, должен будет заплатить и свой взнос; далее, интеграция снизит административные расходы и обеспечит лучший финансовый контроль за государственными доходами. Сторонники разделения систем сбора считают, что движение от универсального охвата к членству, обусловленному уплатой взносов, скорее улучшит собираемость взносов, так как мотивация плательщиков выше, если за свои деньги они получают осязаемую выгоду. Современные технические средства позволяют без труда сопоставить собираемость средств в системе общего налогообложения и в системе социального медицинского страхования. Сторонники разделения систем полагают также, что наличие различных систем позволит органам социального медицинского страхования отслеживать информацию значительно более тщательно, чем это возможно в случае, если функция сбора премий выполняется органами, ответственными за сбор общих налогов (большинство налоговых органов отслеживают и собирают такие данные только раз в году). Наконец, указывается, что контроль за расходами имеет мало общего со сбором доходов; теоретически органы социального страхования должны осуществлять такой контроль эффективнее, нежели слабо управляемые экономические подразделения министерства здравоохранения. К сожалению, надежных свидетельств в пользу той или иной из этих позиций не существует.

Отдельная, но родственная проблема связана с вертикальной интеграцией функций сбора средств, создания пулов, закупки и поставок. Многие страны в последнее время экспериментировали с моделью разделения поставщика и покупателя. Ни одна из стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР не пыталась повторить опыт США (где функция сбора доходов была отделена от закупочной функции); соответственно в нашем распоряжении почти нет данных о достоинствах и недостатках этого подхода.

Влияние на функционирование здравоохранения

В большинстве стран с переходной экономикой сдвиги, затронувшие систему финансирования здравоохранения, произошли либо благодаря целенаправленным реформаторским усилиям, либо под косвенным влиянием макроэкономических потрясений. Среди ключевых преобразований — диверсификация доходной базы (достигнутая преимущественно благодаря введению социального медицинского страхования и росту удельного веса платежей наличными), увеличение числа каналов, по которым происходит движение средств, и появление многочисленных новых организационных и институциональных форм. В настоящем разделе мы рассмотрим, каким образом эти преобразования повлияли на деятельность системы здравоохранения. Главными показателями функционирования системы служат расходы, мера социальной справедливости и финансовой защиты и эффективность. Здесь мы не рассматриваем влияние на здоровье населения в целом. Хотя ситуация со здоровьем населения в исследуемых странах существенно изменилась, причины этого могут крыться в различных экономических и социальных факторах и, вероятно, имеют в лучшем случае опосредованное отношение к новым формам финансирования здравоохранения. Изменения, скорее всего, обусловлены не столько внедрением но-

вых форм финансирования здравоохранения, сколько изменением уровня финансирования.

Тенденции расходования средств на здравоохранение

Таблица 4.2 иллюстрирует различия между тремя группами стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, касающиеся тенденций и уровня расходования средств на здравоохранение с начала 1990-х годов. Поскольку различия между тремя группами касаются не только природы реформ финансирования, но и макроэкономических тенденций, мы не можем судить о том, какие из альтернативных форм финансирования привели к лучшим результатам. Напомним, что страны, избравшие социальное страхование (группа А), характеризуются более высоким исходным уровнем доходов и менее серьезным макроэкономическим спадом, тогда как страны группы В к началу переходного периода имели самый низкий доход на душу населения и пережили наиболее серьезный и длительный экономический спад. В отсутствие эталонов для сравнения мы можем лишь спекулировать относительно того, что могло бы произойти, если бы страны с относительно высокими доходами продолжали финансировать здравоохранение преимущественно из общих налогов.

С одной стороны, благодаря налогам на зарплату у здравоохранения появился такой источник доходов, который не подвержен влиянию политических торгов в процессе составления годового правительственного бюджета. С другой стороны, доходы от налогов на зарплату подвержены влиянию социально-экономических факторов, находящихся вне сферы контроля политиков, ответственных за здравоохранение. Введение социального страхования на основе налогов на зарплату породило больше трудностей, чем можно было ожидать. Безработица, старение населения, рост теневого сектора экономики и растущая либерализация трудовых отношений в официальном секторе — все это способствовало сужению доходной базы и уменьшению размера получаемых доходов. Политики в странах с высокой долей неработающего населения, обширной теневой экономикой в городах и большим процентом сельского населения должны были осознать, что переход от общего налогообложения к налогам на зарплату может не привести к значительному росту доходов здравоохранения в условиях растущих затрат на оплату труда.

В четырех из шести стран группы А между 1990 и 1997 гг. отмечался заметный рост государственного финансирования здравоохранения в реальном исчислении. В оставшихся двух странах произошел спад финансирования. В 1997 г. уровень государственных затрат в реальном исчислении для группы в целом был на 22% выше, чем в 1990 г. Это значит, что, несмотря на характерный для переходного периода общий экономический спад (уровень валового внутреннего продукта за 1990 г. удалось превзойти только в Словении), здравоохранение оказалось отчасти защищено от финансовых потерь. Общий уровень ставок налога на зарплату в группе А ныне близок к принятому во многих странах Западной Европы, что чревато неоднозначными последствиями для уровня затрат на оплату труда, развития теневого рынка и международной конкурентоспособности.

В большинстве стран групп Б и В предварительно оплаченные и общие доходы в реальном исчислении, напротив, снизились. К 1997 г. государственные расходы в странах группы Б снизились в среднем на 18%, а в странах группы В — на 54%. Особую заботу вызывает резкий реальный спад государственных расходов в странах с самыми низкими доходами — Азербайджане (78%), Грузии (71%) и Киргизии (60%).

Частные платежи наличными обнаруживают обратную тенденцию. Там, где спад государственных расходов наиболее значителен, частные платежи наличными стали более важным источником финансирования здравоохранения. Доля платежей наличными в странах группы В выше, чем в странах группы Б, что свидетельствует о недостаточном государственном финансировании и о недостаточной способности властей контролировать прямые платежи наличными даже несмотря на наличие конституционных норм, согласно которым плата за медицинские услуги на месте их оказания не взимается.

Страны групп А и В тратят на здравоохранение соответственно около 7% и около 8% валового внутреннего продукта (ВВП), приближаясь к западноевропейской норме. По сравнению с уровнем 1990 г., когда на здравоохранение тратилось соответственно 6% и 4% ВВП, произошел заметный рост. В странах группы А мобилизация средств произошла главным образом благодаря социальному страхованию, а в странах группы В — росту платежей наличными. В странах группы Б доля расходов на здравоохранение в ВВП увеличилась не столь значительно.

Тенденции в области финансовой защиты и социальной справедливости

В большинстве стран с переходной экономикой финансирование здравоохранения с начала 1990-х стало менее справедливым по двум причинам. Во-первых, существенно возросла доля платежей наличными, что ударило в первую очередь по группам населения с низкими доходами (даже при наличии программ субсидирования). Налоги на зарплату, как правило пропорциональные и имеющие потолок, обычно менее прогрессивны, чем общее налогообложение (Wagstaff et al. 1999). В странах с очень низкими доходами, где роль главного источника государственных доходов играют прямые потребительские налоги, а теневая (не платящая налогов) экономика особенно велика, данное обобщение не срабатывает, и система пропорциональных взносов может быть прогрессивнее, чем финансирование из общего налогообложения.

Во-вторых, в странах группы В платежи наличными стали основным источником финансирования здравоохранения, а в странах группы Б такие прямые платежи заметно возросли. В обоих случаях это привело к подрыву финансовой защиты от расходов на лечение. Согласно проведенным обзорам, рост платежей наличными ударил по бедным сильнее, чем по другим слоям населения, став серьезным фактором риска для бедных людей в странах с низким уровнем доходов (UNICEF 1997; World Bank 1999a,b,c). Сказанное может быть проиллюстрировано на двух примерах.

Во-первых, доступ к услугам для бедных сократился. Обзоры по Азербайджану и Грузии свидетельствуют о том, что около 50% респондентов, заболев, не обращаются за медицинской помощью из-за недостатка средств (World Bank 1998b,c). В Молдавии по тем же соображениям отказываются от лечения 30% респондентов. Население этих стран делится на пять групп согласно уровню доходов; недостаток средств — основная причина отказа от обращения за медицинской помощью в трех группах с самыми низкими доходами (соответственно, 33%, 56% и 36%) против 14% во второй группе, считая сверху, и 0% — в самой «богатой» группе (UNICEF 1997). Сходные ситуации наблюдаются и в странах группы Б. Так, в России в 1997 г., среди семей, зарабатывающих ниже 400 000 рублей (около 70 долларов),

18% в случае болезни не обращались за стационарной помощью, а 36 — за амбулаторной помощью (Feeley *et al.* 1998).

Во-вторых, для бедных расходы на лечение являются серьезным фактором риска. Стоимость однократной госпитализации часто в несколько раз выше среднего месячного дохода семьи. В некоторых беднейших странах, где платежи наличными играют особенно значительную роль, многие люди отдают последние сбережения, продают имущество (в том числе орудия производства, скот и землю) и влезают в долги, чтобы заплатить за лечение. В Грузии беднейшие из госпитализированных больных платят за лечение в среднем 70% своего месячного семейного заработка. Около 40% беднейших семей сообщили, что для оплаты лечения им пришлось влезть в долги или продать свою собственность (World Bank 1998a). В Молдавии свыше 30% респондентов, представляющих две низшие (из пяти) группы населения по уровню доходов, сообщили, что им пришлось взять деньги в долг, чтобы покрыть неожиданно высокие медицинские расходы. В группах с относительно высокими доходами респонденты выходили из положения благодаря семейным доходам и сбережениям (UNICEF 1997).

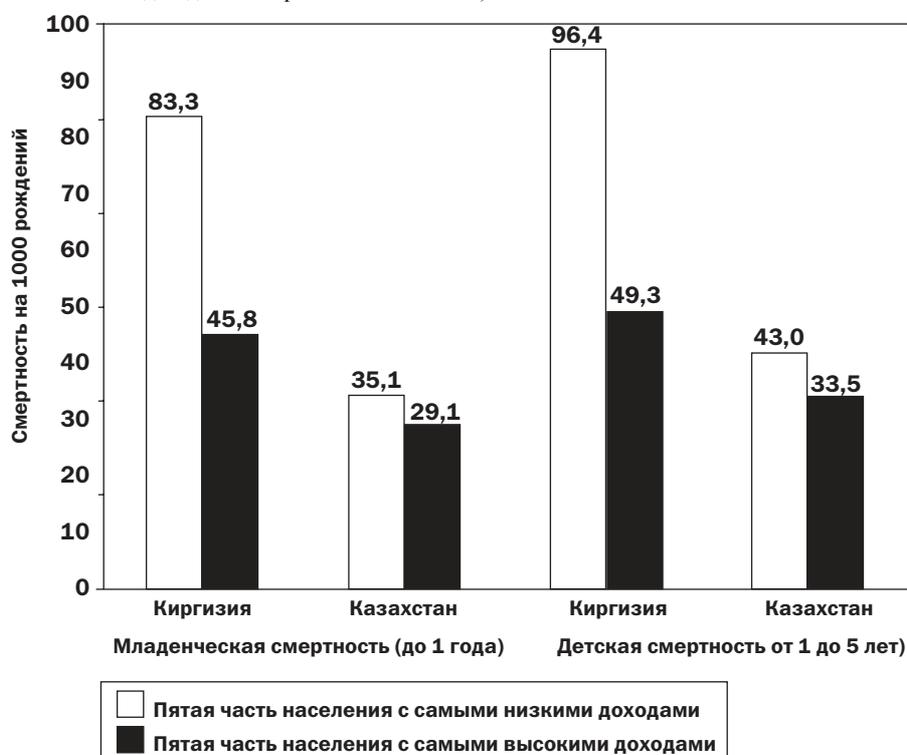
Данные о влиянии этих тенденций на здоровье бедных слоев населения и на соблюдение равенства при доступе к услугам носят ограниченный характер и должны трактоваться с осторожностью. Так, в Киргизии младенческая смертность и смертность детей до 5 лет в группе с самыми низкими доходами почти в два раза выше, чем в самой «богатой» группе (см. рис. 4.4). В Казахстане, где доход на душу населения выше, чем в Киргизии, разрыв не так велик.

Вместе с тем доступные данные по использованию некоторых медицинских услуг выстраиваются в иную картину. Например, использование таких услуг, как вакцинация и квалифицированное принятие родов, не зависит от уровня доходов (Gwatkin *et al.* 2000a,b). Если эти два вида услуг показательны для тенденций здравоохранения в целом, то наблюдаемая тенденция нарушения социальной справедливости должна быть приписана либо влиянию тенденций, внешних по отношению к здравоохранению, либо систематическим различиям в качестве услуг для богатых и бедных. Однако поскольку данные по другим странам (см. выше) свидетельствуют о том, что равенство доступа к услугам становится заметно более проблематичным, можно предполагать, что тенденции по этим двум видам услуг не отражают тенденций развития здравоохранения в целом. Иными словами, роды и вакцинация — это приоритетные услуги, на которых экономический спад должен, по-видимому, отразиться в последнюю очередь; соответственно доступ к ним лучше защищен от социальной несправедливости.

Эффективность

Повышение эффективности — открыто выраженная цель большинства реформ финансирования здравоохранения в исследованных странах. Повышению технической эффективности должны способствовать улучшение стимулирования и совершенствование управленческой практики, а также более эффективное распределение средств путем переориентации от стационарного лечения к амбулаторной, первичной и социальной помощи. Однако все эти соображения не имеют особого отношения к источникам финансирования (впрочем, сборы с пользователей могут повлиять на поведение некоторых поставщиков). При сопоставлении механизмов финансирования здравоохранения полезно сравнить между собой их эффективность с точ-

Рисунок 4.4. Младенческая и детская смертность среди групп населения с самыми низкими и самыми высокими доходами в Киргизии и Казахстане, 1997 г.



Источник: Gwatkin et al. (2000a, b)

ки зрения административных расходов, однако последние с трудом поддаются систематическому обособлению. Даже для случаев с несколькими системами сбора средств и соответственно с относительно высоким уровнем административных расходов трудно определить, насколько связанное с наличием нескольких систем облегчение доступа к информации способствует повышению общей эффективности. Многие страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР отказываются от прежней политики создания нескольких инкассирующих агентств и оставляют за фондами социального страхования только закупочные функции. Необходимы новые исследования, чтобы определить, насколько подобные меры способны улучшить общую эффективность сбора доходов для оплаты лечения.

Выводы

С начала 1990-х годов страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР стали интереснейшей лабораторией реформ финансирования здравоохранения.

- В странах с относительно высоким уровнем доходов социальное страхование, судя по всему, служит эффективным инструментом мобилизации средств для здравоохранения. Что касается стран с более низкими доходами, меньшими институциональными возможностями и невысоким официальным уровнем

занятости, то в них налоги на зарплату вовсе не обязательно являются жизнеспособной альтернативой общему налогообложению.

- Без сильного стратегического обеспечения социальное страхование не может автоматически ассоциироваться с улучшением контроля за расходами и повышением административной эффективности; не существует данных и в пользу того, что введение социального страхования прямо влияет на результативность лечения или качество услуг.
- Смена источника финансирования здравоохранения существенно влияет на справедливость: финансовая защита подрывается, если политики допускают неконтролируемый рост платежей наличными в качестве основного источника доходов для здравоохранения; кроме того, социальное страхование часто регрессивнее общего налогообложения.
- Наконец, передача функции сбора доходов от центральной бюрократической иерархии к квазигосударственным агентствам породила заметную напряженность между различными инстанциями, надзирающими за деятельностью системы здравоохранения. В большинстве стран эта проблема все еще далека от разрешения.

В настоящем исследовании было указано на ряд неразрешенных проблем, которые нуждаются в дальнейшем анализе. Одна из ключевых проблем касается административной эффективности разделения (или слияния) сбора взносов социального страхования и сбора общих налогов или широкого спектра налогов на зарплату. Нужно приложить много усилий, чтобы гарантировать, что операционные издержки преобразований не перевесят возможных выгод.

Наконец, опыт стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР показал, что новые полунезависимые агентства, выполняющие функцию сбора доходов и создания пулов для здравоохранения, легко могут перейти под контроль облеченных полномочиями заинтересованных лиц, чьи мотивы могут быть весьма далеки от задач общества в целом. Страны, избравшие этот путь, должны найти правильное соответствие между расширением прав по принятию решений и большей открытостью для рынка с одной стороны и более эффективными механизмами обеспечения подотчетности, финансовой ответственности и социальной справедливости — с другой.

Ссылки

¹ Многое в настоящей главе основано на исследованиях Игоря Шеймана по России (Sheiman 1999) и Мартина Длоухы по Чехии (Dlouhy 1999).

² Эти группы разнородны. Так, в некоторых странах группы В (например, в Азербайджане) переход носил более «экстремальный» характер, чем в других (например, в Киргизии).

Литература

Alizade, N. and Ho, T. (2000) *Hospital Restructuring*. Washington, DC: Human Development Unit, Europe and Central Asia, World Bank.

Dlouhy, M. (1999) *Czech Republic — Case Study*, unpublished manuscript. Prague: VSE.

Ellena, G., Orosz, E. and Jakab, M. (1998) Reforming the health care system: the unfinished agenda, in L. Bokros and J.-J. Dethier (eds) *Public Finance Reform During the Transition*. Washington, DC: World Bank.

- Ensor, T. (1999) Developing health insurance in transitional Asia, *Social Science and Medicine*, 48: 871-9.
- Feeley, F.G., Boikov, V.E. and Sheiman, I.M. (1998) *Russian Household Expenditures on Drugs and Medical Care*, unpublished manuscript. Boston, MA: Boston University.
- Gaal, P., Rekassy, B. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Hungary*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Goldstein, E., Preker, A., Adeyi, O. and Chellaraj, G. (1996) *Trends in Health Status, Services, and Finance*, World Bank Technical Paper No. 341. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, D.R., Rutstein, S., Johnson, K., Pande, R. and Wagstaff, A. (2000a) *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition and Population in Kazakhstan*. Washington, DC: HNP/Poverty Thematic Group, World Bank.
- Gwatkin, D.R., Rutstein, S., Johnson, K., Pande, R. and Wagstaff, A. (2000b) *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition and Population in Kyrgyzstan*. Washington, DC: HNP/Poverty Thematic Group, World Bank.
- Jakab, M., Preker, A. and Harding, A. (2001) Hospital reform in transition economies, in A. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Services. Vol. 1: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Karski, J.B., Koronkiewicz, A. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Poland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Kutzin, J. (2000) *Review of Kyrgyz Social Expenditures*. London: Institute for Health Sector Development.
- Langenbrunner, J., Preker, A. and Jakab, M. (2001) *Resource Allocation and Purchasing of Health Services in Developing Countries*. Washington, DC: World Bank.
- MacFarquhar, R. (1998) *Health and Education Financing in the Republic of Azerbaijan*. Washington, DC: Human Development Unit, Europe and Central Asia, World Bank.
- Massaro, T.A., Nemeč, J. and Kalman, I. (1994) Health system reform in the Czech Republic: policy lessons from the initial experience of the general health insurance company, *Journal of the American Medical Association*, 271(23): 1870-4.
- Nuri, B. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Albania*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Palacios, R. and Pallares-Miralles, M. (2000) *International Patterns of Pension Provision*, Social Protection Discussion Paper No. 0009. Washington, DC: World Bank.
- Sheiman, I. (1997) From Beverige to Bismarck: health finance in the Russian Federation, in G. Sheiber (ed.) *Innovations in Health Care Financing*, World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC: World Bank.
- Sheiman, I. (1999) Health care funding in Russia: transition to health insurance model, unpublished manuscript. Moscow: Boston University.
- Staines, V. (1999) *A Health Sector Strategy for the Europe and Central Asia Region*, Health Nutrition Population Series. Washington, DC: World Bank.
- UNICEF (1997) Accessibility of health services and evaluation of expenditures on health in the Republic of Moldova, unpublished manuscript. New York, UNICEF.
- Vulic, S. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Croatia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. et al. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18(3): 263-90.
- WHO (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- Williamson, O.E., Winter, S.G. and Coase, R.H. (1991) *The Nature of the Firm: Origins, Evolution, and Development*. Oxford: Oxford University Press.
- World Bank (1997) *Health Sector Support Strategy: Russia*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (1998a) *Georgia Project Concept Document: Health II*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (1998b) *Azerbaijan Poverty Assessment*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (1998c) *Georgia Poverty Assessment*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1999a) *Health Expenditure Review: Republic of Moldova*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1999b) *Social Sector Development in Transition in Czech Republic — Toward EU Accession*, World Bank Country Report Series. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1999c) *Azerbaijan Poverty Assessment Report*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (2000) *World Development Indicators Central Database CD-ROM*. Washington, DC: World Bank.

глава ПЯТАЯ

Частное медицинское страхование и медицинские депозитные счета: теория и опыт

Алан Майнард и Анна Диксон

Введение

В настоящей главе мы рассмотрим два механизма частного финансирования здравоохранения — частное медицинское страхование и медицинские депозитные счета. Основное внимание будет уделено странам, не входящим в Европейский союз. В главе 6 будет проанализирована роль добровольного страхования здоровья в странах Европейского союза.

Первый раздел посвящен описанию потенциальных преимуществ частного медицинского страхования и его традиционных недостатков. Затем мы рассматриваем деятельность частных систем страхования с точки зрения политических задач по обеспечению социальной справедливости и макроэкономической, технической и административной эффективности. Далее мы представляем и анализируем данные конкретных социологических исследований по частному медицинскому страхованию в США, Швейцарии, Австралии и Чили. Эти примеры показывают, что проблемы частного медицинского страхования во всех странах по существу одинаковы и решаются сходным образом. Наконец, мы останавливаемся на медицинских депозитных счетах; прежде всего мы рассматриваем опыт их внедрения в Сингапуре и коротко останавливаемся также на опыте США. Мы пытаемся обосновать свою убежденность в том, что частное медицинское страхование без должного регулирования со стороны государства не способно служить решению задач, стоящих перед обществом. Даже в условиях жесткого регулирования частное медицинское страхование не является эффективным и справедливым способом финансирования здравоохранения.

Рынок для частного медицинского страхования

Экономисты нелиберального направления считают, что оптимальный способ распределения средств — это рынок. Такая убежденность основана на допущении сво-

бодной конкуренции. В здравоохранении действие рыночных механизмов ограничено; для преодоления присущих этому сектору рыночных трудностей целесообразно государственное регулирование (см. табл. 5.1) (Hsiao 1995a). Нерегулируемый рынок медицинского страхования неэффективен по следующим причинам:

- Отдельные люди могут знать о своем состоянии здоровья нечто такое, что целесообразно скрыть от страховщика (негативный отбор).
- Вероятность ухудшения здоровья велика для лиц с отягощенной наследственностью или хроническими заболеваниями и для пожилых людей, что делает эти категории людей «нестраховемыми».
- Страховщик не владеет информацией о текущем и будущем состоянии здоровья индивида, что затрудняет оценку ожидаемых требований и калькуляцию премии исходя из степени риска¹.
- Будучи застрахованы, индивиды могут искусственно провоцировать необходимость медицинской помощи (моральный риск). Этот вид «риска» часто исключается из частного медицинского страхования при заключении договора.
- Вероятность заболеть часто зависит от болезней других людей, ибо некоторые болезни заразны.

Возможные преимущества и недостатки частного медицинского страхования

Возможные практические преимущества частного медицинского страхования как средства финансирования здравоохранения заключаются в следующем:

- оно удовлетворяет потребность относительно состоятельных людей в самофинансировании и тем самым позволяет государству направить свои (ограниченные) средства на предоставление медицинской помощи бедным и «нестраховемым» с точки зрения частного медицинского страхования;
- оно мобилизует дополнительные средства для инфраструктуры, которая может принести пользу как бедным, так и богатым;
- оно способствует новациям и повышению эффективности и может «катализировать» реформы в государственном секторе ввиду своей гибкости и нацеленности на получение прибыли (Chollet and Lewis, 1997);
- оно расширяет потребительский выбор.

Такие потенциальные преимущества реализуются не всегда. Функционирование частного медицинского страхования зависит от его организационной структуры и от регулирования, а также от того, как оно взаимодействует с государственным сектором. Для частного медицинского страхования характерны и некоторые практические трудности. Здесь мы анализируем только информационные проблемы, связанные с установлением пакета льгот и пособий и назначением премий.

Установление пакета льгот и пособий

С точки зрения конкуренции на рынке частного медицинского страхования важно, чтобы люди могли сравнивать различные пакеты льгот и пособий. При отсутствии регулирования стандартного минимального пакета возможный положительный эффект конкуренции, основанной на потребительском выборе, существенно снижается.

Таблица 5.1. Рыночные трудности в финансировании здравоохранения

Тип рыночных трудностей	Следствия	Меры по исправлению трудностей	Эмпирические результаты
Негативный отбор	Недостаточный пулинг рисков, отсутствие страхового рынка, незначительный охват населения страхованием	Пропаганда страхования среди населения	Неэффективная мера
		Субсидии в форме налоговых льгот	Неэффективная мера
Отбор рисков	Отсутствие страхования для нетрудоспособных, больных, бедных и пожилых	Обязательное всеобщее страхование	Эффективная мера
		Пожизненное страхование	Эффективная мера
		Открытый прием претендентов	Умеренно эффективная мера
Монополия или страховой картель	Чрезмерная прибыль, низкое качество страховых продуктов, недопроизводство	Расчет общественных рисков	Умеренно эффективная мера
		Премии, скорректированные с учетом рисков для отдельных индивидов	Технически неосуществимая мера
Моральный риск	Чрезмерное использование услуг больными	Антитрестовые законы	Эффективная мера
		Франшизы или совместное страхование	Умеренно эффективная мера
		Наличие «привратников» на пути к врачам-специалистам	Недовольство больных
		Запись в очередь	Недовольство больных

Источник: Hsiao (1995a).

При покупке частных страховых услуг потребители в большинстве стран часто не знают в точности, какие льготы и пособия им будут предоставлены. Регулирующие инстанции оказывают давление на страховщиков, побуждая их точно указывать размер и содержимое того, что предлагается потребителям (Ellwood *et al.* 1992). Например, британская Служба свободной конкуренции (Office of Fair Trading 1998) рекомендует, чтобы страховщики разработали тестовый или базовый продукт. Та-

кой базовый пакет должен облегчить потребителю сравнение между различными продуктами. Однако страховщики, как правило, не хотят подчиняться. До установления базового пакета потребители не будут владеть полной информацией относительно того, чем предложение данного страховщика отличается от того, что предлагают его конкуренты.

Установление премий

Премии устанавливаются исходя из индивидуального риска (то есть на основе индивидуальной оценки опасности заболеть), общественного риска (на основе оценки усредненного риска для определенной группы населения) или группового риска (на основе оценки усредненного риска для работников фирмы). Поскольку за страховкой обращаются скорее всего лица, знающие, что им, вероятно, понадобится медицинская помощь (негативный отбор), конкурирующие страховщики обычно требуют более высоких премий от тех, чей индивидуальный риск выше. В итоге частное медицинское страхование обнаруживает тенденцию к дискриминации в пользу здоровых нестарых взрослых людей, которые редко пользуются услугами медицины. Поскольку существует возможность разделить финансовые риски между множеством людей, многие частные страховщики рассчитывают в основном на группы (обычно наемных работников). Поэтому стоимость индивидуальной страховки резко возрастает, что делает ее малодоступной для небогатых людей, чей риск заболеть выше среднего (Chollet and Lewis 1997). Широко обсуждалась возможность правительственных субсидий, предназначенных для покупки страховки людьми с низкими доходами (Ellwood *et al.* 1992), однако внедрение таких схем затруднительно.

Ввиду того что пожилые люди больше нуждаются в лечении, частное страхование после ухода на пенсию постепенно становится доступным только за очень высокую премию. Так, в Южной Африке и в Чили пенсионеры «выпадают» из частного сектора в государственный (van den Heever 1998). Далее, частные страховщики могут исключать определенные условия из общей суммы рисков, тем самым перекладывая часть возможных расходов на государственную систему. Стоит правительству заставить страховщиков обслуживать людей со слабым здоровьем, как те могут покинуть рынок.

Рейтинг общественных рисков часто основывается на заботе о социальной справедливости и сплоченности. Однако в контексте добровольного страхования носители «хороших рисков» (то есть относительно здоровые люди) могут посчитать премии, рассчитанные на основе общественных рисков, слишком высокими, и уйти из пула, застраховавшись в индивидуальном порядке; в итоге из-за концентрации менее хороших рисков премии, рассчитанные на основе общественных рисков, рискуют стать чрезмерно высокими, а само страхование — менее доступным.

При отсутствии единого пула, состоящего из всего населения страны (наподобие государственной службы здравоохранения), регулирующие инстанции должны установить правила пулинга. Без соответствующего регулирования наступит дробление рынка, начнется «снятие сливок» и процесс отсева уязвимых групп населения, что может быть несовместимо с решением социальных задач. В частности, может произойти размывание принципов социальной сплоченности, о чем свидетельствует экспорт частного медицинского страхования в Латинскую Америку (Perez-Stable 1999; Stocker *et al.* 1999). Так, в Мексике ради повышения эффективности государственного сектора было предложено, чтобы относительно богатые

люди могли выходить из системы социального обеспечения и переводить свои взносы частным страховщикам (по аналогии с системой, созданной режимом Пиночета в Чили). Это предложение в конечном счете не было принято, поскольку стало ясно, что миграция «хороших рисков» в частный сектор оставит государство наедине с «плохими рисками» и стоимость медицинской помощи возрастет.

В США страхование обычно основывается на расчете групповых рисков; страховые планы нанимателей охватывают 90% людей, застрахованных частным образом (Gruber 1998). Высокая покупательная способность крупных нанимателей и щедрые налоговые стимулы означают, что страхование на основе оценки групповых рисков у крупных нанимателей выгоднее, чем индивидуальное страхование или страхование на основе оценки групповых рисков для мелких нанимателей. Многие из тех, у кого нет никакой страховки, являются низкооплачиваемыми работниками небольших фирм. В 1998 г. планы нанимателей охватывали 47% наемных работников фирм с персоналом менее 200 человек. Средний размер премий в небольших фирмах был примерно на 10% выше, чем в крупных фирмах; круг льгот и пособий в небольших фирмах также часто ниже, а франшизы — выше (Gabel *et al.* 1999). Групповая оценка премий выгодна тем наемным работникам, которые входят в крупные пулы, но ставят работников небольших фирм и лиц, работающих не по найму, перед необходимостью платить высокие премии.

Сложности регулирования рынка

Регулирование рынка — важный элемент, обеспечивающий нормальную конкуренцию путем эффективного использования средств и контроля за расходами. Однако рынки частного медицинского страхования часто регулируются недостаточно.

Стремясь разработать подходящую схему регулирования для США, группа ученых, страховщиков и поставщиков организовала конференцию в Джексонхоле, штат Вайоминг (Ellwood *et al.* 1992). Усилия этой группы выявили ряд сложностей, которые необходимо преодолеть, чтобы создать и поддерживать конкурентный рынок здравоохранения где бы то ни было в мире. Были выявлены шесть причин рыночных трудностей на рынке медицинского страхования в США:

- *Спрос, не учитывающий расходов*: при наличии третьего участника (страховщика), пассивно оплачивающего льготы и пособия, ни поставщики, ни потребители не имеют стимулов к экономии средств.
- *Предвзятый отбор рисков как источник прибыли*: страховщики могут накапливать прибыли благодаря увеличению числа модификаций своего продукта и «снятию сливок».
- *Дробление рынка, минимизирующее ценовую конкуренцию*: большое число сложных разнородных пакетов льгот и пособий дробит рынок, затрудняя сопоставление и делая выбор на основе цены практически невозможным.
- *Отсутствие информации о соотношении результативности и стоимости*: недостаточное внимание к оценке результативности и нежелание инвестировать комплексные («пакетные») сделки (а не отдельные случаи лечения).
- *Недостаточно широкий выбор для членов небольших групп*: половина работающего населения США входит в группы, численность которых меньше 100 человек, и может выбирать среди очень немногих планов страхования.
- *Аномальные государственные субсидии²*: налоговые «дыры» выгодны богатым наемным работникам — чем богаче застрахованный, тем больше субсидия.

Субсидии лучше специально направлять бедным, чтобы сделать возможным их постоянное членство в планах страхования.

Перечисленные особенности рынка универсальны и предполагают тщательное регулирование. Чтобы облегчить эти рыночные трудности в США, «джексонхолская группа» предложила сложную схему регулирования, важнейшими элементами которой являются:

- *Всеобщий доступ*: федеральное законодательство гарантирует любому гражданину доступ к минимальному пакету, финансируемому из обязательных взносов нанимателя, правительственных субсидий и личных средств.
- *Выбор пакетов*: в каждом штате учреждается по меньшей мере один коллективный покупатель (кооператив по закупке услуг по медицинскому страхованию), действующий в интересах небольших нанимателей; такой кооператив может осуществлять пулинг рисков по группам нанимателей и использовать положительный эффект масштаба при финансировании и закупках.
- *Национальное регулирование*: создаются три комиссии по установлению стандартов; эти комиссии должны обеспечить единый набор определений и норм, доступность информации по клинической эффективности и эффективную деятельность рынка.

Этот план был назван теоретически верным, но нереалистичным (Reinhardt 1993). Предложения «джексонхолской группы» были масштабными, сложными и требовали крупных вложений. Они не оставляют сомнений в том, что без сложной и согласованной системы правил и стимулов частные страховые рынки в здравоохранении не будут функционировать в соответствии с интересами государственной политики.

Функционирование частного медицинского страхования

В настоящем разделе мы рассмотрим задачи политики в области здравоохранения, широко обсуждаемые в связи с различными реформами (Hsiao 1995b; Maunard and Bloog 1995). К анализу частного медицинского страхования имеют отношение прежде всего задачи справедливого финансирования, справедливого обеспечения доступа к услугам, макроэкономической эффективности, технической и административной эффективности, а также эффективности в распределении средств.

Справедливое финансирование и обеспечение доступа к услугам

В США и Швейцарии частное медицинское страхование способствует большей регрессивности финансирования здравоохранения (Wagstaff *et al.* 1999; van Doorslaer *et al.* 1999). С другой стороны, в Германии и Нидерландах клиентами частного медицинского страхования являются преимущественно богатые люди; соответственно оно способствует большей прогрессивности системы финансирования. Сходный результат (в меньшем масштабе) достигнут в Великобритании и Португалии, где среди покупателей услуг частного медицинского страхования также преобладают богатые люди (Wagstaff *et al.* 1999). Чтобы сделать вывод о влиянии частного медицинского страхования на справедливость в различных аспектах, нужно вначале оценить его влияние на справедливость в целом, для этого необходимо комплексно проанализировать распределение расходов и благ. Что касается справедливости со стороны по-

ставки услуг, то частное медицинское страхование создает такую систему доступа, которая основана на готовности и способности платить и, как правило, носит дискриминационный характер по отношению к бедным, больным и пожилым. Такая дискриминация создает неравенство с точки зрения доступа к услугам и в конечном счете может углубить брешь, разделяющую качественно различные уровни лечения для богатых и бедных.

Принцип справедливого доступа к медицинским услугам может нарушаться также в результате чрезмерно изощренной калькуляции рисков, допускающей отбор предпочтительных рисков со стороны страховщиков. В итоге в США неуклонно растет число людей, не охваченных частным медицинским страхованием. Экспорт частного медицинского страхования во многие страны Латинской Америки представлял реальную угрозу для социальной сплоченности в этих странах, поскольку создавал стимулы к «снятию сливок» с рынка, оставляя «плохие риски» и старых людей в сфере государственного страхования. Этот эффект проявился в Чили и некоторых других странах, однако в Мексике подобному развитию пока удается противостоять (Perez-Stable 1999; Stocker *et al.* 1999).

Макроэкономическая эффективность

Политические дискуссии о макроэкономической эффективности ведутся либо вокруг вопроса о том, как расходы на здравоохранение «вытесняют» другие формы государственных и частных расходов, либо вокруг влияния расходов на здравоохранение на стоимость труда и на международную конкурентоспособность.

Утверждение, будто в здравоохранении частные расходы вытесняются государственными, не подтверждается эмпирическими данными — в частности, результатами проверки того, «вытесняется» ли частное медицинское страхование в США по мере расширения программы страхования здоровья престарелых Medicare (Shore Sheppard *et al.* 2000).

Экономисты в США утверждают, что в условиях действующей системы здравоохранения расходы на частное медицинское страхование не влияют на конкурентоспособность. Утверждается также, что расходы на частное медицинское страхование не столько приводят к повышению общего уровня расходов на оплату труда, сколько меняют состав этих расходов (от зарплат к льготам и пособиям). Резкого подъема цен не происходит; соответственно способность продавать продукты за рубежом сохраняется. Согласно другим исследованиям, даже если расходы на оплату труда растут, это может изменить курс доллара, но не приводит к снижению международной конкурентоспособности (Glied 1997). Вместе с тем поскольку страхование часто обеспечивается нанимателями, оно уменьшает гибкость рынка труда (Gruber 1998).

Министерства финансов по всему миру стремятся контролировать расходы здравоохранения на макроэкономическом уровне. Решения о том, как лучше обеспечить контроль за расходами, принимаются исходя из двух основных теоретических установок: установки на рыночную конкуренцию и установки на бюджет, определяющий предельную сумму расходов.

Некоторые из поборников рыночной конкуренции как средства контроля за расходами признают, что для этой цели необходимо всестороннее регулирование (Ellwood *et al.* 1992), тогда как другие поддерживают рынок без всякого правительственного вмешательства, включая субсидии в форме налоговых льгот (Friedman

1962)³. Данные в пользу подобной позиции недостаточны: в здравоохранении происходит непрерывный процесс реформирования (социального экспериментирования), однако результативность этого процесса оценивается мало.

Частное медицинское страхование обычно выступает в качестве одного из источников доходов. Даже в США, где каждый может добровольно воспользоваться услугами частного страховщика, правительственное финансирование медицинских услуг составляет заметную долю общих расходов на здравоохранение. Множество источников финансирования контролировать труднее, чем один источник. Далее, там, где существует множество источников, попытка уменьшить поток финансов приводит к тому, что падение уровня в одном из «русел» (например, в средствах из налоговых поступлений) приводит к компенсаторному повышению финансирования по другим руслам (например, по линии частного страхования). Несмотря на недостаток фактических данных исследователи согласны в том, что с точки зрения макроэкономического контроля за расходами системы, финансируемые из налоговых поступлений (с одним «руском»), предпочтительнее систем, финансируемых из страховых фондов (с несколькими «руслами»).

Эффективность распределения средств

Предполагается, что в идеальном мире рынок распределяет средства оптимальным образом. На практике, однако, процесс распределения средств в частном страховом секторе (как в государственном секторе) изобилует неясностями. Ни государственный, ни частный сектор не в состоянии финансировать все здравоохранение⁴. Поэтому ключевой политической проблемой становится нормирование доступа к медицинским услугам или установление приоритетов⁵ для эффективного распределения имеющихся средств. Государственный и частный секторы должны решить вопрос о том, какими критериями следует руководствоваться при установлении доступа к лечению. Что касается частного сектора, то единственным очевидным критерием служит готовность и способность платить. Однако вопрос о том, за что платить, остается открытым.

Если бы выбор частного сектора диктовался только клинической эффективностью, многие застрахованные получали бы экономически невыгодные, но клинически эффективные услуги. Если потребительские предпочтения (в условиях индуцируемого спроса зависящие от предпочтений поставщика) определяют содержание пакета льгот и пособий, система вновь может быть клинически эффективной, но невыгодной (Maunard 1997a).

В большинстве стран частные страховщики конкурируют с государственной системой или дополняют ее. Если государство при распределении средств стремится к получению прибыли (руководствуется соображениями экономической выгоды), то на долю частного сектора остается то, что экономически невыгодно и дорого. Частное медицинское страхование может также покрывать экономически выгодные услуги, если они не входят в государственную схему ввиду нерешенных управленческих проблем (таковы удаление катаракты и протезирование коленного и бедренного суставов в системе британской Государственной службы здравоохранения). Частное медицинское страхование может покрывать расходы на ускоренный доступ к услугам или расходы на дополнительные удобства (например, на частные больничные палаты), не предусмотренные в государственном пакете льгот и пособий.

Техническая эффективность

Техническая эффективность зависит от нескольких факторов, не все из которых прямо связаны с источником финансирования. Однако способ организации закупок может оказать заметное влияние на техническую эффективность функционирования системы. Система, финансируемая преимущественно добровольными взносами в частное страхование, характеризуется раздробленностью финансового пула и закупочной функции. Монопсонная система закупок, свойственная большинству систем, финансируемых государством⁶, перестает существовать при наличии множества частных страховщиков⁷; страховщики не столько устанавливают свою цену, сколько соглашаются с уже установленной ценой. Лишь в начале 1990-х годов (с введением вертикальной интеграции между страховщиком и поставщиком или контрактов между страховщиком и избранными поставщиками) частные страховщики усилили свое давление на поставщиков и стали более активно участвовать в процессе контрактации. Однако даже в тех случаях, когда частные страховщики действуют как активные покупатели, природа частного страхового рынка дробит и обескровливает их покупательную способность на уровне системы здравоохранения.

Антитрестовое законодательство — препятствие на пути к развитию покупательной способности страховщиков. В принципе страховщики, используя свою способность по отдельности или совместно ради влияния на цены, количество и качество услуг, могут квалифицироваться как агенты, использующие монополистическую рыночную силу⁸.

Административная эффективность

В системах здравоохранения с конкурирующими страховщиками операционные издержки, как правило, выше, чем в монопсонных системах, из-за расходов, связанных с маркетингом, продвижением на рынке и андеррайтингом. Вдобавок если частные страховщики действуют на коммерческой основе, им необходимо генерировать дополнительные доходы, чтобы оплачивать дивиденды пайщиков (см. главу 6).

Частное медицинское страхование на практике

В настоящем разделе рассматривается опыт частного медицинского страхования в четырех странах, не входящих в Европейский союз. Данные именно по этим странам были выбраны потому, что в них частное медицинское страхование поощрялось как основной источник доходов и страхового покрытия для населения (или для существенной части населения). Первое исследование посвящено рынку частного медицинского страхования в США; особое внимание уделено изменениям, которые были вызваны переходом к регулируемой медицине. Хотя многие покупатели контролируют поставщиков более жестко, частное медицинское страхование не сумело решить задачи сдерживания расходов и повышения эффективности на системном уровне. В Австралии и Швейцарии частное медицинское страхование в прошлом поощрялось как основная форма страхового покрытия. Позднее, в интересах социальной сплоченности и сдерживания расходов, эта политическая установка была пересмотрена; в Австралии в 1984 г. было введено всеобщее страхование, финансируемое из налоговых поступлений (система Medicare), а Швейцарии в 1996 г. — обязатель-

ная покупка медицинской страховки. Наконец, последнее исследование, посвященное ситуации в Чили, показывает, каким образом частное медицинское страхование было внедрено в отдельно взятой стране со средним уровнем доходов на душу населения и какие последствия это имело для государственного сектора.

США

В США частное медицинское страхование служит единственной формой страхового покрытия для лиц, не подпадающих под такие государственные программы, как Medicare (для пожилых людей), Medicaid (для некоторых лиц, входящих и не входящих в работающий контингент) и Veterans Administration (для отставных и действующих представителей вооруженных сил). Страхование организовано преимущественно по группам работающих (групповая оценка рисков); прерогатива выбора страховщиков принадлежит нанимателю. На практике это означает, что наемные работники имеют в лучшем случае очень ограниченные возможности выбора страховой компании.

В середине 1980-х годов на рынке частного медицинского страхования США господствовала система страховых гарантий: страховщики платили поставщикам непосредственно за услуги, практически изначально соглашаясь с назначенной ценой, количеством и качеством. Расходы на больницы и врачей покрывались из расчета, что цены являются «обычными и разумными». В таблице 5.2 показаны некоторые особенности перехода от системы страховых гарантий к регулируемой медицине. Специфические организационные формы регулируемой медицины описаны в работах Iglehart 1995 и Rivo *et al.* 1996.

До введения регулируемой медицины система непосредственной платы за услуги, в сочетании с федеральными субсидиями, привела к «избыточному» страхованию и к росту расходов, который в 2-3 раза превысил рост индекса потребительских цен. Система регулируемой медицины сдержала рост расходов; доля валового внутреннего продукта, затрачиваемая на здравоохранение, между 1992 и 1996 гг. стабилизировалась на уровне около 13,6%. Тем не менее, поскольку знаменатель продолжал расти, общий объем расходов увеличивался даже в эти годы (Levit *et al.* 1998). Однако с 1997 г. рост расходов усилился; премии растут вдвое быстрее, чем индекс потребительских цен. Система регулируемой медицины, охватывающая ныне свыше 80% работающего населения, принесла временное облегчение, но не смогла обеспечить устойчивый контроль за ростом расходов (Maynard and Bloor 1998). Хотя на уровне отдельных страховщиков эффективность, по-видимому, несколько возросла (по меньшей мере техническая эффективность — при том, что для многих потребителей она не приоритетна!), регулируемая медицина не смогла сдержать расходы на системном уровне в среднесрочной перспективе. Причина может заключаться в том, что медицина регулируется на уровне отдельных страховщиков; системные меры, предложенные «джексонхолской группой», не применяются. Таким образом, несмотря на новые методы регулируемой медицины, система здравоохранения остается раздробленной и действия отдельных страховщиков лишь в очень незначительной степени влияют на ее совокупную эффективность.

Существуют данные, свидетельствующие о росте неравенства. Так, в год от страхования из-за дороговизны отказывается около 250 000 человек — даже несмотря на то, что экономика процветает, а занятость растет.

Многие поборники регулируемой медицины считают, что ее неудачи проистекают от недостаточно продуманной схемы регулирования. Однако практическое воплощение законодательных усилий, необходимых для исправления недостатков (например, с применением предложений «джексонхолской группы»), не менее затруднительно, чем внедрение схемы государственного медицинского страхования. Выход из тупиковой ситуации будет найден только в том случае, если экономический спад каким-либо образом сыграет роль катализатора реформ.

Швейцария

До 1996 г. медицинское страхование в Швейцарии было добровольным и индивидуальным. Премии калькулировались с учетом индивидуального риска. Поскольку уровень жизни в Швейцарии относительно высок, а размеры премий, благодаря субсидиям из общих налогов, относительно невелики, страхованием было охвачено 98% населения (Minder *et al.* 2000). С середины 1970-х годов доля субсидий по отношению к расходам снижалась, что подрывало социальную сплоченность; повышая премии, страховщики оказывали давление не столько на поставщиков, сколько на застрахованных (Theurl 1999). В 1980-х годах дальнейшая эскалация расходов на здравоохранение привела к новому росту премий и сделала страхование менее доступным. Приобретение страховки стало проблематичным для довольно большого числа людей, особенно для пожилых и для лиц с относительно высокими индивидуальными рисками. Стремление сдержать расходы и повысить степень социальной сплоченности привело к изменению политического курса в 1996 г.

Актом о медицинском страховании 1996 г. была учреждена система обязательного медицинского страхования для всех резидентов. Страхование предоставляется компаниями и фондами, которым не разрешено извлекать прибыль из деятельности по обязательному страхованию. Размеры премий калькулируются исходя из общественных рисков (для всех абонентов компании в рамках кантона или округа); отдельным индивидам, по результатам проверки на нуждаемость, предоставляются субсидии, финансируемые из налоговых поступлений (Minder *et al.* 2000). Переход от нерегулируемого рынка добровольного медицинского страхования к жестко регулируемой системе обязательного медицинского страхования способствовал всеобщему охвату населения, но не смог сдержать рост расходов: в Швейцарии процент валового внутреннего продукта, идущий на нужды здравоохранения, все еще один из самых высоких в мире (10%) (OECD 1999).

Сложившаяся ситуация может иметь несколько объяснений: давление со стороны поставщиков (в том числе с целью добиться санкционирования непроверенных высокотехнологичных методов); расширение пакета льгот и пособий; дробление закупочной функции, приводящее к ослаблению рычагов воздействия на поставщиков; сохранение принципа платы за услуги при расчетах с поставщиками. В итоге система здравоохранения все еще характеризуется неспособностью сдержать расходы и недостаточной микроэкономической эффективностью. Судя по всему, достижение этих целей мало зависит от источника финансирования. Тем не менее резиденты ныне имеют гарантированное страховое покрытие за обширную номенклатуру услуг.

Таблица 5.2. Компоненты частного сектора в 1980-х и 1990-х годах в США (утверждающиеся и в других странах)

1980-е	1990-е
Плата за услугу поставщикам («обычные, общепринятые и разумные сборы»)	Подушные платежи поставщикам
Пассивные покупатели (страховщики соглашаются с ценой)	Агрессивные, организованные покупатели (страховщики устанавливают цену)
Открытый выбор между множеством планов	Ограниченный выбор планов
«Управляемая медицина» (организации поддержания здоровья) играет маргинальную роль	«Управляемая медицина» (организации поддержания здоровья) играет доминирующую роль
Свободный (открытый) выбор поставщиков	Ограниченный выбор: закрытые списки и врачи общей практики («привратники»), преграждающие допуск к врачам-специалистам
Независимые врачи (работающие в одиночку или малыми группами)	Регулируемые врачи в групповых практиках
Независимые больницы и другие учреждения	Крупные интегрированные системы больниц и других учреждений
Незначительные попытки контролировать использование услуг	Более жесткий контроль за использованием услуг

Австралия

В течение четырех десятилетий политические дискуссии в Австралии велись вокруг сочетания государственного и частного элементов в здравоохранении. С 1953 г. премии рассчитывались исходя из общественных рисков (по территориальному принципу), дабы гарантировать справедливый доступ к медицинскому страхованию независимо от уровня индивидуальных рисков. Однако несмотря на такую систему расчета рисков услугами частного медицинского страхования пользовались по большей части богатые люди (Schofield 1997; Hall *et al.* 1999). Самый высокий показатель был достигнут в 1970 г., за несколько лет до введения всеобщего государственного медицинского страхования; тогда частным медицинским страхованием было охвачено 80% населения (Australian Institute of Health and Welfare 1999). Всеобщее медицинское страхование, финансируемое из налоговых поступлений, было впервые введено в 1975 г. С тех пор его роль изменилась. С момента учреждения программы медицинского страхования престарелых Medicare (1984) доля населения, пользующегося услугами частного страхования, снизилась примерно с 50 до 30%. Программа Medicare предусматривает бесплатный доступ к медицинской помощи в государственных

больницах; в результате спрос на частное медицинское страхование снижается. Отказу от услуг частного медицинского страхования способствуют также эскалация размера премий и необходимость платить наличными, во многих случаях неожиданная для пользователей частных страховых услуг.

Действующее консервативное правительство Австралии, выполняя предвыборные обещания, учредило весьма значительные новые субсидии. С июля 1997 г. несемейные люди, зарабатывающие менее 35 000 австралийских долларов, и семейные пары, зарабатывающие менее 70 000 австралийских долларов в год, получают скидку на премии по частному медицинскому страхованию (в то время среднегодовой доход составлял 32 700 австралийских долларов). В январе 1999 г. была введена 30%-я налоговая скидка на медицинские страховые премии. В июле 2000 г. была введена программа пожизненного страхования здоровья. Ее задача заключается в том, чтобы поощрить молодых к приобретению страховки: предусматривается, что премии будут расти до конца жизни, причем рост будет тем более значительным, чем в более раннем возрасте была впервые приобретена страховка. Обусловленные этими субсидиями скрытые издержки весьма значительны и составляют около 2,19 млрд австралийских долларов (Duckett and Jackson 2000).

Переменчивая история частного медицинского страхования в Австралии отражает не только успехи и неудачи этой формы страхования, но и политическую идеологию партий, сменяющих друг друга у власти. В 1996 г. установился политический консенсус относительно необходимости сохранить программу Medicare (Harris and Harris 1998), однако дискуссии о роли частного финансирования продолжают. После внедрения программы Medicare роль частного медицинского страхования стала восприниматься менее однозначно (Hall *et al.* 1999). Крупные государственные субсидии, ныне выгодные только для богатых, оправдываются (риторически) тем, что без частного финансирования невозможно обеспечить длительное функционирование государственного сектора (Duckett and Jackson 2000).

Подобные случаи политического вмешательства обычны для всех стран. Однако в Австралии действия политиков носят весьма радикальный характер и поэтому подрывают принцип социальной справедливости и обеспечивают щедрое субсидирование богатых людей.

Чили⁹

Экономическая реструктуризация, осуществленная режимом Пиночета, привела к разделению государственного и частного секторов. Все работающие платят обязательные медицинские страховые взносы в размере 7% от заработка. Плательщик имеет право выбора: либо направить взнос частному страховщику (ISAPRE), либо воспользоваться государственной схемой страхования (FONASA). На принятие решения влияют стоимость взноса и стоимость доступных пакетов льгот и пособий. Как правило, молодые, богатые и здоровые люди предпочитают пользоваться услугами частного медицинского страхования, тогда как пожилые, небогатые и нездоровые люди — услугами государственного сектора. В 1998 г. программа FONASA обслуживала 2/3 населения страны; ее затраты составляли около 200 долл. США на душу населения (4% этой суммы шло на административные расходы). Тогда же частный сектор обслуживал 1/3 населения, его затраты составляли 300 долл. США на душу населения, из которых на административные расходы шло около 20%. В частном секторе действуют 15 страховщиков. Метод общественной оценки рисков не приме-

няется; число доступных пакетов льгот и пособий — свыше 3000. Рынок частного страхования регулируется специальным ведомством по надзору (данную модель переняли Аргентина и Перу). Регулирующие возможности этого ведомства ограничены в законодательном порядке; в центре внимания ведомства — финансовая честность. Ведомство по надзору не имеет полномочий отслеживать и оценивать возможности частных страховщиков (ISAPRE) функционировать в качестве экономически выгодных покупателей медицинской помощи для своих абонентов. Далее, движение за права потребителей в Чили только зарождается и поэтому защита потребителей от недостаточно эффективной работы страховщиков практически отсутствует.

Недостаточно отслеживается и деятельность государственного сектора (Kifmann 1998). В начале и середине 1990-х годов частным страхованием было охвачено около трети населения. Из-за инфляции размер премий резко вырос. Недавний экономический спад привел к снижению числа абонентов частного страхования; платежеспособность населения упала из-за безработицы.

Резюме

Итак, частное медицинское страхование не обеспечивает сдерживания расходов, испытывает в основном те же проблемы с эффективностью, что и государственный сектор, и создает неравенство при доступе к услугам, чреватое опасностями для здоровья уязвимых групп населения. Следовательно, рынок частного медицинского страхования нуждается в регулировании. В Сингапуре и США была предложена и испытана иная, более радикальная альтернатива добровольному медицинскому страхованию.

Радикальная альтернатива: медицинские депозитные счета

Медицинские депозитные счета были введены в качестве альтернативной формы предварительной оплаты, предназначенной для сдерживания эскалации расходов ввиду повышающегося спроса. Впервые медицинские депозитные счета появились в Сингапуре. Они основаны на принципе уверенности в своих силах и индивидуальной ответственности. От граждан требуется, чтобы они ежемесячно откладывали долю своего дохода на целевой счет, предназначенный для покрытия расходов на здравоохранение. По идее медицинские депозитные счета должны помочь преодолению ряда проблем, присущих рынку медицинского страхования; среди таких проблем — негативный отбор, моральный риск, трудности со сторонними плательщиками, рост административных расходов (Нам 1996). В отличие от большинства форм частного медицинского страхования (за исключением швейцарской модели), сингапурская система медицинских депозитных счетов — это форма обязательных взносов на нужды здравоохранения.

Со времени своего внедрения в 1984 г. медицинские депозитные счета (в Сингапуре они именуются Medisave) дополняются элементами страхования и мерами по защите лиц с низкими доходами. Система здравоохранения в Сингапуре состоит из трех частей — Medisave, Medishield и Medifund.

- Система Medisave требует, чтобы каждый работающий гражданин депонировал 6-8% своего дохода после налоговых вычетов на счет Medisave для оплаты

больничных услуг и дорогостоящих амбулаторных процедур. После смерти плательщика остаток на счете может по завещанию перейти его родственникам. Владельцы счетов могут свободно выбирать поставщиков.

- Medishield — система страхования от катастрофических болезней, созданная в 1990 г. Премии вычитаются из медицинских депозитных счетов; предусматриваются высокие франшизы, сострахование и пожизненные предельные ставки, снижающие степень морального риска.
- Medifund — фонд для пожертвований, созданный в 1993 г. Средства этого фонда могут быть использованы для финансирования лечения бедных (после проверки на нуждаемость). Лечение доступно только в открытых палатах. В 1993 г. услугами фонда воспользовались только 3% больных. Правительственное субсидирование государственных больниц и амбулаторных служб снижается по сравнению с удобствами класса «люкс».

Очевидный успех медицинских депозитных счетов в Сингапуре, где этой системой в 1992 г. было охвачено 95% работающих, а сумма, накопленная на счетах, составила 9 млрд долл. США, должен рассматриваться в специфическом контексте этой небольшой страны. Сингапур, где проживают 3 млн этнических китайцев, в последние десятилетия пережил быстрый экономический рост, связанный отчасти с использованием высокотехнологичной медицины и с необычайно высокими нормами сбережения (адресные суммы составляют свыше 40% доходов населения).

Оценивая медицинские депозитные счета, Сяо (Hsiao 1995b) приходит к выводу, что этот «оригинальный механизм финансирования, в сочетании с высокоразвитой государственной системой первичной помощи и стационарного лечения, гарантирует каждому гражданину доступ к недорогим базовым медицинским услугам». Таким образом, система обеспечивает социальную справедливость. Приведенные тем же исследователем данные о производительности (из расчета на одного члена персонала) и результаты опросов потребителей свидетельствуют о том, что система вдобавок характеризуется эффективностью.

Однако необходимо отметить, что ценовая конкуренция в сингапурской системе здравоохранения отсутствует. Лечение весьма высокотехнологично, и эта конкуренция по «качеству» активизирует рост расходов. Медицинские депозитные счета и связанные с ними методы финансирования со стороны спроса не приводят к ограничению спроса, индуцированного поставщиком. По существу, эти методы подпитывают рост цен. Проблеме роста цен посвящена правительственная «белая книга», вывод которой гласит: «Рыночные факторы сами по себе недостаточны, чтобы сдерживать рост медицинских расходов. Система здравоохранения — образец рыночных трудностей. Необходимо прямое вмешательство правительства для структурирования и регулирования системы здравоохранения» (цитируется по Hsiao 1995a: 265).

Более либеральные экономисты, в том числе Массаро и Вонг (Massaro and Wong 1995), а также политические аналитики, невзирая на сингапурскую специфику, поддерживают медицинские депозитные счета как средство против роста расходов и экономической неэффективности в США. Вдобавок, поскольку страхование от катастроф обходится дешевле, чем традиционные альтернативы, медицинские депозитные счета рассматриваются как способ снижения страховых издержек (Eichner *et al.* 1997) и поощрения к покупке страховки.

В США медицинские депозитные счета были введены в 1996 г. Актом о доступности медицинского страхования, известным также как закон Кеннеди-Кассенба-

ума. Дабы стимулировать граждан к депонированию средств, счета освобождены от налогов. Это значит, что медицинские депозитные счета выгодны для относительно богатых (то есть для тех, чья ставка налога выше, и для лиц, имеющих излишки) и для относительно здоровых. Таким образом, в США, где медицинские депозитные счета существуют наряду с традиционным частным медицинским страхованием, они могут способствовать объединению рисков на рынке медицинского страхования, росту размеров премий и увеличению числа незастрахованных граждан (Jefferson 1999). Различные эксперименты по моделированию экономики здравоохранения в США показали, что социальная справедливость может быть подорвана в еще большей степени и что влияние медицинских депозитных счетов на уровень расходов может быть незначительным (Chollet 1995; Keeler *et al.* 1996; Zabinski *et al.* 1999).

Другие исследования показали, что привлекательность страховых планов с высокими франшизами для относительно молодых и здоровых работающих людей чревата дроблением рынка страхования. Премии для традиционных планов могут вырасти, что приведет к росту числа незастрахованных (Moon *et al.* 1996). Медицинские депозитные счета лишь в очень незначительной степени стимулируют работодателей, которые до сих пор не предоставляют страховки для своих работников (Goldman *et al.* 2000).

Данные о влиянии медицинских депозитных счетов на расходы системы здравоохранения в США недостаточны, ибо такие счета были введены только в 1997 г. Тем не менее опыты по моделированию, осуществленные перед внедрением счетов, показывают, что переход нестарых взрослых людей от традиционных форм страхования к медицинским депозитным счетам (плюс страхование от катастроф) снизит расходы на здравоохранение на 0-15% (Nichols *et al.* 1996; Ozanne 1996; Eichner *et al.* 1997; Kendix and Lubitz 1999). Несмотря на субсидии в форме налоговых льгот, медицинские депозитные счета не могут решить проблему избыточного страхования, вызванного неограниченными субсидиями в форме налоговых льгот на рынке группового страхования (Keeler *et al.* 1996).

Несмотря на явный провал сингапурского опыта с медицинскими депозитными счетами, они все еще имеют своих сторонников. Даже политические аналитики в США обсуждают вопрос об их полезности (Нам 1996). Выступления в защиту медицинских депозитных счетов — результат увлечения либеральных теоретиков идеей уверенности в своих силах, на которой зиждется система медицинских депозитных счетов. Идеи и ценности подобного рода должны приниматься во внимание в демократических обществах, однако не следует упускать из виду и их возможное влияние на рост расходов, снижение эффективности и подрыв социальной справедливости.

Выводы

Политический процесс предполагает определение задач, установление приоритетов и признание того, что в процессе комплексного решения задач приходится заключать компромиссы и нести скрытые издержки. Однако у лиц, принимающих решения, часто отсутствует четкое представление о собственных задачах.

Во всех странах с частным медицинским страхованием потребители и группы, поддерживающие конкуренцию, выступают за четкое определение пакета льгот и пособий (особенно за определение того, что исключается из этого пакета), за ак-

кредитацию поставщиков и за их более жесткое регулирование в интересах безопасности больных. Частные медицинские страховщики частично регулировались главным образом на предмет финансовой честности. Лишь недавно регулирующие инстанции начали обращать внимание на состав пакета льгот и пособий, правила создания пулов и реализацию покупательной способности. Эти аспекты принципиально важны, если частное медицинское страхование ставит своей задачей облегчение контроля за расходами и поощрение эффективности и справедливости. Однако независимо от наличия или отсутствия регулирования частный сектор почти во всех странах добился лишь ограниченных успехов в аспекте контроля за расходами и повышения эффективности.

Частное страхование может подорвать социальную справедливость в том, что касается финансирования и доступа к услугам, поскольку премии для «плохих рисков» (стариков, лиц с хроническими болезнями) — причем рассчитанные исходя не только из индивидуальных, но и из групповых рисков, — очень высоки. Расчет на основе общественных рисков (по территориальному принципу), как в Швейцарии, может улучшить положение, но не снимает проблему корректировки рисков как таковую.

Забота о людях, не имеющих страховки, и неудовлетворенность уровнем социальной сплоченности побудили власти Австралии и Швейцарии внедрить системы всеобщего страхования. В Австралии частное медицинское страхование продолжает получать крупные государственные субсидии (последние не могут быть оправданы, если частное страхование — лишь дополнение к государственному).

Медицинские депозитные счета, несомненно, привлекательны для политиков, поощряющих личную ответственность и свободный рынок. Однако система медицинских депозитных счетов не предполагает пулинга рисков и не создает рычагов покупательского давления на поставщиков, что порождает недостаточный контроль за расходами, недостаточно эффективное распределение средств и недостаточную техническую эффективность.

Конкуренция зиждется не столько на клиническом качестве или цене, сколько на высокотехнологичном оборудовании и «гостиничных» удобствах; причина заключается в том, что больные (покупатели) не владеют достаточной информацией для квалифицированного принятия решений. Когда медицинские депозитные счета дополняют частное медицинское страхование, это приводит к дроблению рынка и привлекает молодых и здоровых людей, покидающих систему традиционного страхования.

Выбор механизма финансирования определяется социальными ценностями и политическими целями. Выбор со временем меняется, поскольку политикам, ответственным за здравоохранение, приходится бороться с явными дефектами государственного и частного секторов. Политика слишком часто основывается на убежденности, не подкрепленной объективными данными. «Волшебных пуль» не существует (Hsiao 1994); тот, кто стремится усовершенствовать организацию здравоохранения для богатых и бедных, может сделать многое, основываясь на логике и фактах. К сожалению, логика и факты часто подавляются идеологией и политическим интересом.

Сноски

¹ Генетическое тестирование изменит соотношение в пользу страховщика и приведет к дальнейшему «вымыванию» из страховой системы тех, кто генетически предрасположен к тем или иным болезням.

² Извращенные финансовые стимулы, порожденные налогово-затратными субсидиями, должны быть квалифицированы не как рыночные трудности, а как результат неверной налоговой политики правительства.

³ В США и других странах медицинское страхование субсидируется путем налоговых вычетов из подоходного налога. Результатами такого субсидирования являются чрезмерное страхование, сверхпотребление и рост затрат (см. главу 2).

⁴ Ограничения на поставки услуг могут мотивироваться различными причинами — такими, как рост глобальных бюджетов и нежелание платить взносы в государственном секторе или ограничения на годовые расходы и высокие размеры премий в частном секторе.

⁵ О нормировании говорят в случае, если «люди получают отказ в помощи (или просто не получают помощи), которая, по всеобщему мнению, принесет им пользу и которую они желают получить» (Maynard and Bloor 1999).

⁶ Даже в конкурентных системах социального страхования коллективные переговоры ведутся между ассоциациями или группами медицинских фондов и ассоциациями или группами поставщиков, которые по этой причине являются монополистами. Если полномочия по закупкам переданы региональным или местным властям, эти агенты, как правило, действуют внутри определенной географической зоны и, таким образом, являются монополистными покупателями по отношению к местным поставщикам услуг; для последних могут возникнуть затруднения при контрактации с покупателями из других географических зон.

⁷ Законодательство, запрещающее монополию и картели на страховом рынке, ограничивает также возможности страховщиков стать монополистами.

⁸ Такое антитрестовое законодательство не применяется к фондам социального медицинского страхования, если ассоциации медицинских фондов и ассоциации поставщиков заключают коллективные контракты.

⁹ Значительная часть материала для данного раздела взята из годовых отчетов о частном медицинском страховании в Чили (Maynard 1997b, 1998, 1999).

Литература

Australian Institute of Health and Welfare (1999) *Health Expenditure Bulletin*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Chollet, D. (1995) Why the Pauly/Goodman proposal won't work, *Health Affairs*, 7(4): 273-7.

Chollet, D.J. and Lewis, M. (1997) Private insurance: principles and practice, in G. J. Schieber (ed.) *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, 10-11 March 1997. Washington, DC: World Bank.

Duckett, S.J. and Jackson, T.J. (2000) The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals, *Medical Journal of Australia*, 172: 439-42.

Eichner, M.J., McClellan, M.B. and Wise, D.A. (1997) Health expenditure persistence and the feasibility of medical savings accounts, in J.M. Poterba (ed.) *Tax Policy and the Economy*, Vol. 11. Cambridge, MA: MIT Press.

Ellwood, P.M., Enthoven, A.C. and Etheridge, L. (1992) The Jackson Hole initiatives for the twenty-first century American health care system, *Health Economics*, 1(3): 149-68.

Friedman, M. (1962) *Capitalism and Freedom*. Chicago, IL: Chicago University Press.

140 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

- Gabel, J., Hurst, K., Whitmore, H. *et al.* (1999) *Health Benefits of Small Employers in 1998*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Glied, S. (1997) *Chronic Condition: Why Health Reform Fails*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldman, D.P., Buchanan, J.L. and Keeler, E.B. (2000) Simulating the impact of medical savings accounts on small business, *Health Services Research*, 35(1(Part 1)): 53-75.
- Gruber, J. (1998) *Health Insurance and the Labor Market*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Ham, C. (1996) Learning from the tigers: stakeholder health care, *Lancet*, 347: 951-3.
- Hall, J., De Abreu Lourenco, R. and Viney, R. (1999) Carrots and sticks: the fall and fall of private insurance in Australia, *Health Economics*, 8(8): 653-60.
- Harris, M.G. and Harris, R.D. (1998) The Australian health system: continuity and change, *Journal of Health and Human Services Administration*, 20(4): 442-67.
- Hsiao, W. (1994) Marketisation: the illusory magic pill, *Health Economics*, 3(6): 351-8.
- Hsiao, W.C. (1995a) Abnormal economics in the health sector, in P.A. Berman (ed.) *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Hsiao, W. (1995b) Medical savings accounts: lessons from Singapore, *Health Affairs*, 7(4): 260-6.
- Iglehart, J. (1995) Physicians and the growth of managed care, *New England Journal of Medicine*, 331: 1167-71.
- Jefferson, R.T. (1999) Medical savings accounts: windfalls for the healthy, wealthy and wise, *Catholic University Law Review*, 48(3): 685-723.
- Keeler, E.B., Malkin, J.D., Goldman, D.P. *et al.* (1996) Can medical savings accounts for the nonelderly reduce health care costs?, *Journal of the American Medical Association*, 275(21): 1666-71.
- Kendix, M. and Lubitz, J.D. (1999) The impact of medical savings accounts on Medicare program costs, *Inquiry — the Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 36(3): 280-90.
- Kifmann, M. (1998) Private health insurance in Chile: basic or complementary insurance for outpatient services?, *International Social Security Review*, 51(1): 137-52.
- Levit, K.R., Lazenby, J.C., Braden, B.R. and the National Accounts Team (1998) National health spending trends in 1996, *Health Affairs*, 17(1): 35-51.
- Massaro, T.A. and Wong, Y-N. (1995) Positive experience with medical savings accounts in Singapore, *Health Affairs (Millwood)*, 14(2): 267-72, 277-9.
- Maynard, A. (1997a) Evidence based medicine: an incomplete method for informing treatment choices, *Lancet*, 349: 126-8.
- Maynard, A. (1997b) *The Chilean Health Care System, the Reform of Private Sector Regulation*. London: Institute of Health Sector Development.
- Maynard, A. (1998) *The Chilean Health Care System, the Reform of Private Sector Regulation*. London: Institute of Health Sector Development.
- Maynard, A. (1999) *The Chilean Health Care System, the Reform of Private Sector Regulation*. London: Institute of Health Sector Development.
- Maynard, A. and Bloor, K. (1995) Health care reform: informing difficult choices, *International Journal of Health Planning and Management*, 10(4): 247-64.
- Maynard, A. and Bloor, K. (1998) *Managed Care: Palliative or Panacea*, Occasional Papers in Health Economics No. 8. London: Nuffield Trust.
- Maynard, A. and Bloor, K. (1999) *Our Certain Fate: Rationing in Health Care*. London: Office of Health Economics.
- Minder, A., Schoenholzer, H. and Amiet, M. (2000) *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Moon, M., Nichols, L.M. and Wall, S. (1996) *Medical Savings Accounts: A Policy Analysis*. Washington, DC: Urban Institute. <http://www.urban.org/pubs/HINSURE/MSA.htm> (accessed 25 February 2001).

Nichols, L.M., Moon, M. and Wall, S. (1996) *Tax-preferred Medical Savings Accounts and Catastrophic Health Insurance Plans: A Numerical Analysis of Winners and Losers*. Washington, DC: Urban Institute. <http://www.urban.org/pubs/hinsure/winlose.htm> (accessed 25 February 2001).

OECD (1999) *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Office of Fair Trading (1998) *Health Insurance*, OFT Report No. 230. London: Office of Fair Trading.

Ozanne, L. (1996) How will medical savings accounts affect medical spending?, *Inquiry*, 33(3): 225-36.

Perez-Stable, E.J. (1999) Managed care arrives in Latin America, *New England Journal of Medicine*, 340(14): 1110-12.

Reinhardt, U.E. (1993) Comments on the Jackson Hole initiatives, *Health Economics*, 2(1): 7-14.

Rivo, M.L., Mayns, H.I., Katzoff, J. and Kindig, D.A. (1996) Managed care: implications for physician workforce and education, *Journal of the American Medical Association*, 274: 712-15.

Schofield, D. (1997) *The Distribution and Determinants of Private Health Insurance in Australia, 1990*. Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling, University of Canberra. <http://www.natsem.canberra.edu.au/pubs/dps/dp17/dp17.html> (accessed 25 February 2001).

Shore Sheppard, L., Buchmueller, T.C. and Jensen, G.A. (2000) Medicaid and crowding out of private insurance: a re-examination using firm level data, *Journal of Health Economics*, 19(1): 61-91.

Stocker, K., Waitzkin, H. and Iriart, C. (1999) The exportation of managed care to Latin America, *New England Journal of Medicine*, 340(14): 1131-5.

Theurl, E. (1999) Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany and Switzerland, *Health Care Analysis*, 7(4): 331-54.

van den Heever, A.M. (1998) Private sector health reform in South Africa, *Health Economics*, 7(4): 281-9.

van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. *et al.* (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-314.

Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. *et al.* (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18(3): 263-90.

Zabinski, D., Seldon, T.M., Moeller, J.F. and Banthin, J.S. (1999) Medical savings accounts: microsimulation results from a model with adverse selection, *Journal of Health Economics*, 18(2): 195-218.

глава ШЕСТАЯ

Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза

Элайас Моссиалос и Сара М. С. Томсон

Введение

В странах Европейского союза (ЕС), в отличие от США, Австралии и Швейцарии, частное медицинское страхование¹ не играет ведущей роли в финансировании здравоохранения. Следуя преимущественно сложившейся традиции, правительства стран ЕС стремились сохранить принципы здравоохранения, финансируемого государством или социальным страхованием и доступного для любого гражданина независимо от его платежеспособности. Системы здравоохранения этих стран характеризуются высоким уровнем государственных расходов, почти всеобщим охватом населения, обязательным страхованием и всеобъемлющими льготами и пособиями. Добровольное медицинское страхование в этих странах играет лишь маргинальную роль в финансировании здравоохранения².

В настоящей главе мы не намереваемся обсуждать преимущества и недостатки добровольного медицинского страхования как способа финансирования здравоохранения, поскольку данный круг вопросов всесторонне освещен в других источниках (глава 5; Вагг 1998). Вместе с тем существует очень немного исследований, посвященных рынкам добровольного медицинского страхования в ЕС. Наша задача — проанализировать особенности добровольного медицинского страхования³ и природу рынка добровольного медицинского страхования в ЕС. Мы основываемся на упрощенной версии аналитической модели «структура-функционирование-результативность», причем наше использование модели не обязательно предполагает причинную связь между этими тремя элементами; мы используем модель скорее как аналитический инструмент для анализа возможного взаимодействия между структурой, функционированием и результативностью рынка добровольного медицинского страхования (Mason 1939; Vain 1956). После описания особенностей добровольного медицинского страхования в ЕС мы обсуждаем возможные следствия государственной политики в виде национальных налоговых стимулов и регулирования со стороны ЕС. Затем мы оцениваем спрос на добровольное ме-

дицинское страхование в ЕС, основываясь на информации о характерных признаках абонентов. В трех последующих разделах описывается структура рынка (тип предлагаемого продукта, число и типология страховщиков, барьеры, препятствующие выходу на рынок, характеристики абонентов и информационная асимметрия), анализируется функционирование рынка (определение льгот и пособий, установление премий, размеры «снятия сливок», финансовое уравнивание страховщиков и меры, принимаемые страховщиками против так называемых моральных рисков) и оценивается результативность рынка (уровни покрытия, цена премий, стоимость лечения, административные расходы, нормы прибыли страховщиков, влияние на систему здравоохранения в целом, влияние на социальную справедливость). В последнем разделе представлены наши выводы.

Особенности добровольного медицинского страхования в ЕС

Классификация типов добровольного медицинского страхования

В литературе о добровольном медицинском страховании проводится грань между страхованием, дублирующим предписанную форму страхования, и страхованием, которое представляет собой основной способ защиты целых групп населения (Couffinal 1999). В контексте ЕС более уместной кажется разделение на три типа: страхование, служащее заменой узаконенной системе (замещающее страхование); страхование, предоставляющее добавочное покрытие для услуг, полностью или частично исключенных из государственной схемы (добавочное страхование); страхование, дополнительно покрывающее ускоренный доступ или расширенный потребительский выбор (дополняющее страхование). Следует отметить, что грань между дополняющим и добавочным добровольным медицинским страхованием не всегда отчетлива; эти две формы могут частично перекрываться. Благодаря недавно принятым новым законам о рынке добровольного медицинского страхования (см. ниже) некоторые проблемы, связанные со структурой, функционированием и результативностью могут относиться главным образом к рынку дополняющего и добавочного страхования (который регулируется относительно слабо), но не к рынку замещающего страхования (который допускает более активное государственное вмешательство).

Замещающее добровольное медицинское страхование

Системы здравоохранения в странах ЕС финансируются главным образом из налоговых поступлений или путем взносов с нанимателей и наемных работников. Это значит, что участие в государственной системе здравоохранения носит, как правило, обязательный характер. Однако в Германии, Нидерландах и Испании некоторые группы населения либо не охватываются государственной системой, либо имеют право выйти из нее и прибегнуть к услугам добровольного медицинского страхования.

В Германии замещающее добровольное страхование охватывает только наемных работников с высокими доходами и чиновников, причем всем им запрещен возврат в государственную систему после того как они ее покинули. Чиновники и лица, работающие не по найму, могут оставаться под защитой государственной системы, если они входили в государственную схему медицинского страхования в течение определенного времени. Лица, чьи заработки превышают определенный

порог, могут добровольно выйти из государственной схемы и воспользоваться услугами замещающего страхования. Поскольку немецкий рынок добровольного страхования непосредственно конкурирует с государственным сектором, полисы замещающего добровольного страхования покрывают больше одного типа страхования и могут обеспечить дополнительные удобства, ускоренный доступ и расширенный выбор поставщиков.

Система здравоохранения в Нидерландах действует на трех уровнях. Первый — универсальная схема для чрезвычайных медицинских расходов (AWBZ), предусмотренная для всех резидентов на случай дорогого нестрахуемого долгосрочного ухода в больницах (после первых 365 дней), домах престарелых, психиатрических клиниках (Ministry of Health, Welfare and Sport 2000). Эта схема приводится в действие фондами государственного медицинского страхования и добровольными страховщиками. Второй уровень системы здравоохранения (известный под аббревиатурой ZFW) обеспечивает автоматическое страховое покрытие для наемных работников до 65-летнего возраста, зарабатывающих менее 29 300 евро, резидентов, живущих на государственное пособие, и некоторых категорий лиц, работающих не по найму. Лица, входящие в эту схему, по достижении 65 лет могут сохранить за собой достигнутый уровень страхования; остальные могут добровольно войти в нее, если их годовой доход ниже установленной планки. Лица, имеющие крупные заработки, не охватываются государственной схемой медицинского страхования и могут прибегнуть к услугам замещающего добровольного медицинского страхования (большинство так и поступает⁴). Схема ZFW покрывает первый год лечения в больнице, услуги врачей, расходы на рецептурные лекарства, некоторые виды физиотерапии и стоматологии. Третий уровень системы здравоохранения состоит из добавочного и дополняющего добровольного медицинского страхования.

В Испании работники государственного сектора могут выйти из государственной системы медицинского страхования (управляемой национальным агентством социального обеспечения INSALUD) и вступить в субсидируемую государством схему медицинского страхования (MUFACE), которая покрывает также материально зависимых членов их семей. Так поступает примерно 85% (в Министерстве здравоохранения — 95%). Согласно законодательству, принятому в Португалии в 1990 г., граждане имеют право выхода из государственной системы, однако данный аспект закона еще не применялся (Dixon and Mossialos 2000). В 1990-е годы возможность выхода из государственной системы стояла также на повестке дня итальянского правительства.

Дополняющее добровольное медицинское страхование

В отличие от замещающего добровольного медицинского страхования, дополняющее страхование полностью или частично покрывает услуги, исключенные из государственной схемы или лишь частично покрываемые ею. Оно доступно для всех граждан всех стран ЕС, хотя и в различных формах. Услуги некоторых страховщиков ограничиваются больничным лечением; если покрытие доступно и для внебольничного лечения, оно может охватывать значительную часть расходов на услуги врачей первичной помощи, врачей-специалистов и вспомогательного медицинского персонала, а также на лекарства, анализы, транспорт, очки, стоматологические услуги, акушерские услуги и альтернативное лечение. Уровни компенсации могут быть раз-

ными как в зависимости от страны, так и в зависимости от избранного страхового пакета.

Дополняющее добровольное медицинское страхование покрывает также совместные платежи в Бельгии, Дании (только на медикаменты), Франции (на амбулаторное лечение), Ирландии (то же) и Люксембурге (стационарное лечение). В результате проведенной реформы итальянские ассоциации взаимопомощи вскоре смогут покрывать совместные платежи, а также расходы на услуги, исключенные из пакета льгот и пособий, который финансируется государственной службой здравоохранения SSN (Tagoni 2000). Во всех странах ЕС за исключением Франции рынок добровольного медицинского страхования по покрытию совместных платежей не играет особой роли (вероятно, ввиду его относительной низкой рентабельности).

Больные могут пользоваться услугами дополняющего добровольного медицинского страхования для покрытия расходов на амбулаторное лечение в Австрии (в связи с более объемным пакетом страховых услуг), Бельгии, Ирландии, Испании, Италии, Португалии и Франции. Хотя стоматология постепенно исключается из государственных систем медицинского страхования, рынок добровольного медицинского страхования для стоматологии в ЕС почему-то меньше, чем этого можно было бы ожидать. Некоторое покрытие расходов на стоматологические услуги доступно в Бельгии (для лиц, работающих не по найму), Великобритании, Германии, Дании, Люксембурге, Нидерландах и Франции.

Добавочное (или расширяющее выбор) добровольное медицинское страхование

Добавочное добровольное медицинское страхование расширяет потребительский выбор и традиционно гарантирует более высокий уровень удобств и, что особенно важно, ускоренный доступ к лечению, особенно в тех отраслях, где приходится подолгу ждать своей очереди (например, в хирургии). В некоторых случаях добавочное добровольное медицинское страхование повышает возможности выбора между поставщиками. Добавочное добровольное медицинское страхование иногда именуется «двойным покрытием»; оно особенно распространено в тех странах ЕС, где функционируют государственные системы здравоохранения (таковы Великобритания, Греция, Испания, Италия и Португалия).

Уровни расходов и компенсаций

Хотя за последние 20 лет государственные расходы на здравоохранение в странах ЕС снизились, это не привело к устойчивому росту спроса на добровольное медицинское страхование (см. табл. 6.1) — отчасти потому, что государства продолжают обеспечивать всеобъемлющие страховые льготы (напомним, что участие в государственной схеме страхования обязательно для граждан большинства стран ЕС), отчасти же благодаря усилиям государств по внедрению иных, помимо добровольного медицинского страхования, методов перекладывания расходов на плечи потребителей (среди таких методов — сборы с пользователей). Во всех странах ЕС, за исключением Нидерландов и Франции, платежи наличными составляют основную долю частных расходов на здравоохранение (OECD 2000). В 1998 г. добровольное медицинское страхование занимало очень незначительное место в структуре частных расходов на

здравоохранение в Греции, Италии и Португалии; в Австрии, Бельгии, Великобритании, Дании, Испании, Люксембурге и Финляндии его доля также была ниже 25% (OECD 2000). Доля добровольного медицинского страхования в частных расходах на здравоохранение заметно выше в странах, предоставляющих замещающее добровольное медицинское страхование, (29,9% в Германии и 70% в Нидерландах), а также во Франции (51,7%), где предусматривается значительное покрытие совместных платежей (OECD 2000).

Данные по ЕС показывают, что даже там, где правительства специально поощряют людей обращаться к услугам частного страхования, результаты по добровольному медицинскому страхованию не поддаются однозначной интерпретации (см. табл. 6.2)⁵. Так, относительно скромный характер рынков добровольного медицинского страхования в Дании, Финляндии и Швеции традиционно приписывается щедрости государственных пособий; вместе с тем недавнее повышение доли клиентов в совместных платежах почти не повлияло на популярность добровольного медицинского страхования. Напротив, рост доли пользователей в совместных платежах стимулировал добровольное медицинское страхование во Франции; в итоге уровень покрытия по компенсациям за совместные платежи вырос с 69% населения в 1980 г. до 85% в 1999 г. (INSEE 2000). Однако Франция в этом смысле составляет скорее исключение. Покрытие по добровольному медицинскому страхованию остается низким в южных странах ЕС, в том числе в Греции, несмотря на то, что индивидуальные платежи поставщикам в этих странах часто весьма высоки (Mossialos and Le Grand 1999). Одна из причин может заключаться в нежелании платить третьей стороне. Если люди привыкли платить своему врачу или больнице непосредственно, перевод денег третьей стороне может показаться ненужной эрозией отношения «больной-врач». Этот элемент культурной традиции, несомненно, влияет на распространение добровольного медицинского страхования в других странах с высоким уровнем прямых или неофициальных платежей (таковы некоторые страны Центральной и Восточной Европы). В Германии доля добровольного медицинского страхования не так высока, как можно было бы ожидать; это может быть объяснено как высоким уровнем государственных расходов (и всеобъемлющим характером государственных льгот и пособий), так и дороговизной добровольного медицинского страхования. Более подробно об уровнях покрытия и стоимости премий см. ниже.

Налоговые стимулы и регулирование рынка

Налоговые стимулы к покупке услуг добровольного медицинского страхования в странах ЕС

Национальные налоговые законы — форма государственной политики, способная создать для потребителей действенные стимулы к приобретению услуг добровольного медицинского страхования, обычно в форме скидок с налога на премии. Налоговые законы могут также повлиять на поведение страховщиков — либо делая премии подлежащими вычету из налога на корпорации (стимулирование), либо облагая налогом доход от премий (сдерживание).

Во многих странах ЕС практикуется скидка с налога на премии добровольного медицинского страхования, хотя за последние 10 лет предпринимались усилия по сокращению этой разновидности стимулирования. Налоговые законы в разных

Таблица 6.1. Процент расходов на добровольное медицинское страхование по отношению к общим расходам на здравоохранение в странах Европейского союза, 1980-1998 гг.

Страна	1980	1985	1990	1995	1998
Австрия	7,6	9,8	9,0	7,8	7,1
Бельгия	0,8	1,2	1,6	1,9	2,0 ^а
Дания					
(некоммерческое)	0,8	0,8	1,3	1,2	1,5
Финляндия (в целом)	1,4	1,8	2,2	2,4	2,7
(коммерческое)	0,8	1,2	1,7	2,0	2,2
(некоммерческое)	0,6	0,6	0,5	0,4	0,5
Франция (в целом)	нет данных	5,8	11,2	11,7	12,2
(коммерческое)	нет данных	нет данных	4,4	4,2	4,4
(некоммерческое)	нет данных	5,8	6,8	7,5	7,8
Германия	5,9	6,5	7,2	6,7	6,9 ^б
Греция	нет данных	нет данных	0,9	нет данных	нет данных
Ирландия					
(некоммерческое)	нет данных	нет данных	нет данных	нет данных	9,4
Италия	0,2	0,5	0,9	1,3	1,3 ^б
Люксембург					
(некоммерческое)	нет данных	1,6	1,4	1,4	1,6 ^б
Нидерланды (в целом)	нет данных	11,2	12,1	нет данных	17,7
(коммерческое)	нет данных	11,2	12,1	нет данных	11,7
(некоммерческое)	нет данных	нет данных	нет данных	нет данных	6,0
Португалия	нет данных	0,2	0,8	1,4	1,7 ^б
Испания	3,2	3,7	3,7	5,2	1,5 ^б
Швеция	нет данных				
Великобритания	1,3	2,5	3,3	3,2	3,5

^а 1996.

^б 1997.

Источник: OECD (2000).

странах также заметно различаются. Так, в настоящее время скидка с налога для добровольного медицинского страхования отсутствует в Бельгии, Великобритании, Дании, Испании Финляндии, Франции и Швеции и носит очень ограниченный характер в Германии и Нидерландах; шаги по ликвидации скидки с налога за последние годы предприняли правительства Австрии и Испании (Bennett *et al.* 1993; Freire 1999). В Ирландии и Португалии данная тенденция не наблюдается.

Ирландия все еще субсидирует добровольное медицинское страхование путем щедрых налоговых скидок; при стандартной ставке подоходного налога, равной 27%, это обходится правительству в 79 млн евро в год (что составляет 2,5% государственных расходов на здравоохранение за 1997 г.). Ликвидация этой субсидии повысила бы себестоимость премий на 32% (Department of Health and Children 1999). До 1999 г. максимальная скидка с налога в Португалии составляла около 329 долл. США для всех типов страховых премий, однако позднее правительство

Таблица 6.2. Охват добровольным медицинским страхованием в странах Европейского союза в 1998 г.

Страна	Доля охваченного населения, %
Австрия	13 (больничные расходы). 21 (платежи наличными в больницах)
Бельгия	30
Дания	28
Финляндия	33 (дети) 10 (взрослые)
Франция	85 (совместные платежи) 20 (другие типы добровольного медицинского страхования)
Германия	8,9 ^a
Греция	10
Ирландия	42
Италия	5
Люксембург	75 (активная часть населения)
Нидерланды	28,9 ^a
Португалия	10
Испания	17,6 (включая 6,8 с замещающим добровольным медицинским страхованием)
Швеция	0,5
Великобритания	11,5

^a Цифры для Германии и Нидерландов относятся к замещающему добровольному медицинскому страхованию.

Источник: Mossialos and Le Grand (1999), с учетом новых данных, опубликованных в Health Care Systems in Transition.

установило сумму, исключаемую из обложения подоходным налогом, только для премий добровольного медицинского страхования (Dixon and Mossialos 2000).

Представители страховой отрасли утверждают, что повышенный спрос на добровольное медицинское страхование снизит спрос на государственные услуги и, таким образом, налоговые стимулы служат интересам общественности, однако этот аргумент по ряду причин представляется небесспорным (Davies 1999). Налоговая скидка для добровольного медицинского страхования — это по существу государственная субсидия абонентам добровольного медицинского страхования, которые, как правило, зарабатывают относительно много; в финансовом смысле она носит регрессивный характер, ибо стоимость скидки выше для тех, кто имеет более высокую предельную ставку налога. Она также сопряжена с административными трудностями, тем самым порождая дополнительные операционные издержки. Более того, она может исказить ценовые сигналы и создать возможности для мошенничества и уклонения от налогов.

Пожалуй, самый действенный аргумент против налоговой скидки заключается в том, что она не слишком поощряет людей подписываться на добровольное медицинское страхование. Так, в 1997 г. новое лейбористское правительство Великобритании ликвидировало скидку с налога на премии добровольного медицинского страхования для лиц старше 60 лет (эта скидка была введена консерва-

тивным правительством в 1990 г.), ибо несмотря на ежегодные затраты в размере 140 млн фунтов число абонентов добровольного медицинского страхования за 7 лет выросло только на 50 000 человек, то есть на 1,6% (Department of Health 2000). Маловероятно, чтобы стоимость этой субсидии добровольному медицинскому страхованию была ниже, чем экономия на расходах, достигнутая Государственной службой здравоохранения (впрочем, представители страховой отрасли считают, что дело обстоит как раз наоборот). Согласно недавним оценкам, еще по меньшей мере 1,8 млн человек воспользовались бы услугами добровольного медицинского страхования (что составило бы 28% от общего числа лиц, охваченных страхованием), если бы всем взрослым гражданам предоставлялась субсидия, равная базовой ставке подоходного налога, то есть обеспечивающая самокупаемость (Emmerson *et al.* 2000). Однако поскольку услуги, предоставляемые Государственной службой здравоохранения, ныне стоят дешевле, чем услуги, предоставляемые добровольным медицинским страхованием (а данные Министерства здравоохранения свидетельствуют о том, что расценки Государственной службы здравоохранения за такие услуги, как удаление катаракты и протезирование бедренного сустава, примерно на треть ниже расценок частного сектора), для достижения самокупаемости налоговых субсидий необходимо, чтобы число абонентов добровольного медицинского страхования увеличилось на 3,1 млн человек (Emmerson *et al.* 2000).

В некоторых странах ЕС налоговые законы используются для того, чтобы оказать влияние на структуру рынка, поощряя некоторые формы страхования или некоторые типы контрактов. Налоговое законодательство Франции, Бельгии и Италии поощряет ассоциации взаимопомощи как альтернативу страховщикам, работающим на коммерческой основе; впрочем, в случае Франции это, возможно, противоречит правилам ЕС (European Commission 2000). Налоговые законы могут также влиять на структуру рынка, поощряя покупку групповых контрактов (как альтернативы индивидуальным) или наоборот (Freire 1999; Datamonitor 2000).

Тенденция ликвидировать или уменьшить скидку с налога на премии добровольного медицинского страхования в странах ЕС свидетельствует о том, что правительства считают налоговые стимулы для потребителей слишком дорогими, регрессивными и в значительной степени неэффективными с точки зрения поощрения спроса.

Регулирование в странах ЕС

В последние годы регулирование становится важнейшим аспектом политики государств ЕС по отношению к добровольному медицинскому страхованию. Это в значительной степени обусловлено директивами Европейской комиссии, направленными на создание единого страхового рынка ЕС.

Согласно положениям Европейской комиссии, конечные цели единого рынка — расширение выбора между страховыми продуктами и повышение конкуренции между страховыми компаниями (European Commission 1997). Директива о страховании (European Commission 1992), принятая национальным законодательством 1 июля 1994 г. (European Commission 1997), предоставляет страховым компаниям право свободно учреждать филиалы или агентства в любой из стран ЕС для продажи своих продуктов и для участия в конкуренции по ценам, продуктам и услугам. Важно, что эта директива отменила национальный контроль за ценой премий и предвари-

тельное уведомление об условиях полиса. При некоторых условиях необходимость в национальном регулировании может обосновываться принципом «общего блага», однако на практике это относится только к замещающему добровольному медицинскому страхованию; дополняющее и добавочное добровольное медицинское страхование больше не подлежат национальному регулированию. Соответственно некоторые из проблем, обсуждаемых в настоящей главе, относятся скорее к рынку дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования (который с 1994 г. регулируется мало), нежели к рынку замещающего страхования, на котором допускается более жесткое государственное регулирование.

Нынешний подход ЕС к созданию единого рынка, основанный на либерализации и ослаблении регулирования, демонстрирует заинтересованность не столько в защите потребителя, сколько в финансовой жизнеспособности страховщиков. Имея в виду рыночные трудности, присущие добровольному медицинскому страхованию (см. Ваг 1998), можно сказать, что опора на рыночные механизмы может быть не лучшим способом предоставления экономичных и имеющих конкурентоспособную цену продуктов добровольного медицинского страхования. Наш анализ показывает, что для обеспечения эффективной работы рынка добровольного медицинского страхования и для более справедливого распределения средств необходимо дальнейшее совершенствование регулирующих мер.

Спрос на добровольное медицинское страхование в странах ЕС

Существование рынка добровольного медицинского страхования зависит от трех условий: позитивного спроса (некоторые люди должны быть не расположены к риску), предложения услуг, за которые люди готовы платить (неприятие риска должно быть достаточным для покрытия административных расходов страховщика и для получения им нормальной прибыли), и технической возможности предоставления страховых услуг (Ваг 1998). Помимо неприятия риска, спрос на добровольное медицинское страхование, по-видимому, подвержен влиянию таких факторов, как вероятность заболеть, размер убытков, к которым может привести болезнь, цена страховки, уровень налогов и субсидий, размер дохода и образовательный ценз. Однако влияние каждого из перечисленных факторов в разных странах неодинаково и в ряде случаев с трудом поддается оценке. Уровень государственных расходов на здравоохранение, законодательная основа государственной системы здравоохранения, степень удовлетворенности разных слоев населения существующей системой, — все это также может определять спрос на добровольное медицинское страхование и влиять на его масштабы.

Данные по США свидетельствуют о том, что спрос на добровольное медицинское страхование характеризуется низким уровнем ценовой эластичности⁶. Согласно эмпирическим исследованиям, показатели ценовой эластичности варьируют от 0,03 (Marquis and Long 1995) до 0,54 (Manning and Marquis 1989), а эффект дохода относительно низок (соответственно 0,15 и 0,07). Возможно, это отчасти связано с низкими налоговыми субсидиями на добровольное медицинское страхование в США, а также с тем, что услуги добровольного медицинского страхования покупаются по большей части группами работников, а не отдельными индивидами⁷. В одном из недавних исследований ценовая эластичность добровольного медицинского страхования в Великобритании оценивается еще ниже — между 0,003 и 0,004 (Emmerson 2001). Значительно меньший эффект цены в последнем случае

может быть обусловлен тем, что в Великобритании услуги добровольного медицинского страхования покупают преимущественно лица с высокими доходами. К сожалению, аналогичные исследования по ЕС проводились недостаточно активно; существует мало прямых свидетельств о ценовой эластичности или эффекте дохода в связи с добровольным медицинским страхованием в странах ЕС. Большинство доступной информации относится к характеристикам абонентов добровольного медицинского страхования.

Во многих странах ЕС распределение добровольного медицинского страхования обнаруживает явный крен в сторону людей с высокими доходами. В Великобритании абонентами являются, как правило, лица интеллектуального труда, нанятые и управленцы среднего возраста, живущие в Лондоне и на юге страны (ABI 2000; Laing and Buisson 2000). В Германии среди абонентов преобладают мужчины относительно молодого возраста, занимающиеся интеллектуальным трудом и живущие на западе страны (PKV 1994). Французская система также склонна отсеивать лиц с низкими доходами, иммигрантов, лиц в возрасте от 20 до 24 и свыше 70 лет; более того, качество страхового покрытия для бедных обычно ниже, чем для богатых (Blanpain and Pan Ke Shon 1997). Аналогичная картина складывается в Ирландии, Испании и Италии (Mossialos and Thomson 2001).

В качестве основного фактора, определяющего спрос на добровольное медицинское страхование в Великобритании, часто называют необходимость подолгу дожидаться своей очереди на лечение в рамках Государственной службы здравоохранения (Besley *et al.* 1998, 1999). Однако данные о связи между размером очередей и добровольным медицинским страхованием не вполне убедительны: очереди становятся все длиннее, тогда как степень охвата населения добровольным медицинским страхованием снизилась (King and Mossialos 2001). Одна из возможных причин этого снижения — чрезвычайная дороговизна премий, рост которых постоянно опережает темпы инфляции (см. ниже).

В Германии 16% абонентов государственной системы медицинского страхования — добровольные члены, имеющие право покинуть государственную систему (поскольку их заработки выше установленного порога), но не воспользовавшиеся этим правом (Busse 2000). Менее четверти лиц с заработками, превышающими установленный порог, выбрали замещающее добровольное медицинское страхование — в значительной степени потому, что государственная система страхования продолжает обеспечивать своих абонентов всеобъемлющими льготами, а также потому, что лица старше 55 лет, выбравшие добровольное медицинское страхование, больше не могут вернуться в государственную систему даже в случае падения их доходов ниже установленного потолка (CEA 2000); кроме того, добровольное медицинское страхование не распространяется автоматически на членов семей абонентов и не предполагает семейных полисов (в отличие от государственной системы). Абоненты замещающего добровольного медицинского страхования должны платить отдельные премии за супругов и детей, что делает добровольное медицинское страхование более привлекательным для одиноких людей и для семейных пар, в которых каждый супруг зарабатывает самостоятельно (Busse 2000). В итоге государственная схема охватывает более значительную долю пожилых людей, больших семей и лиц со слабым здоровьем (Rupperecht *et al.* 2000). Основная маркетинговая стратегия агентов добровольного медицинского страхования заключается в подчеркивании более высокого уровня предоставляемых ими удобств, однако многие люди считают замещающее добровольное медицинское страхование слишком дорогим по сравнению с государственной системой (Natarajan 1996).

Структура рынка добровольного медицинского страхования

В настоящем разделе мы опишем некоторые особенности рынка, включая численность и типологию агентов добровольного медицинского страхования в ЕС, барьеры, препятствующие выходу на рынок, характеристики абонентов (покупаются ли контракты отдельными индивидами или группами) и информационную асимметрию.

Типология страховщиков

Добровольное медицинское страхование в ЕС весьма разнородно в том, что касается типологии страховых организаций, уровня конкуренции между ними, степени проникновения на рынок, номенклатуры льгот и пособий, цены премий, наличия стимулов к покупке страховых услуг, особенностей национальных схем регулирования. Некоторые компании предоставляют страхование жизни наряду со страхованием здоровья или комбинированное страхование от несчастных случаев и болезней. Отдельные страховые продукты могут относиться сразу к нескольким категориям (медицинские расходы, потеря заработка, денежные пособия, долгосрочный уход), что существенно затрудняет разделение данных по функциям или даже делает его невозможным. Среди стран ЕС самый обширный рынок добровольного медицинского страхования имеет Германия; в 1998 г. оборот этого рынка составлял 19,5 млрд евро (СЕА 1999). Второе место по размеру рынка занимает Франция, за ней следуют Нидерланды и Великобритания.

Коммерческие страховщики есть в большинстве стран ЕС, хотя на рынке многих стран традиционно доминируют ассоциации взаимопомощи (то есть некоммерческие организации). Среди таких стран — Бельгия, Великобритания, Германия, Дания, Люксембург, Нидерланды, Франция. Впрочем, доля коммерческих страховщиков на рынках растет.

Число компаний, действующих на рынке добровольного медицинского страхования стран ЕС, относительно невелико. В 1998 г. 54,9% всех премий добровольного медицинского страхования в Европе было выписано или получено 25 компаниями, 17 из которых — немецкие (в том числе четыре из пяти самых крупных) (Datamonitor 2000). Британская компания BUPA — четвертая в списке крупнейших страховщиков ЕС (Datamonitor 2000). Число компаний в разных странах варьирует в широких пределах (от 9 в Австрии до 142 во Франции); в ряде стран произошли слияния, приведшие к снижению общего числа страховщиков (ОЕСД 1998). Соотношение между специализированными и неспециализированными компаниями также варьирует. Так, в Австрии специализированных страховщиков нет, тогда как в Великобритании они составляют одну треть, а в Нидерландах — почти половину от общего числа компаний; в Германии специализированными являются все страховщики (Natarajan 1996; СЕА 2000). Вероятно, в будущем наступит дальнейшая консолидация рынка и доля коммерческих и неспециализированных страховщиков на рынке возрастет.

Степень риска страховщиков в различных странах также варьирует. Так, в Нидерландах страховщики рискуют сравнительно немногим, так как существует универсальная официальная схема для чрезвычайных медицинских расходов (AWBZ), покрывающая больничный уход после первых 365 дней, пребывание в психиатрических клиниках и уход за инвалидами; иначе говоря, этой схемой покрывается значительная часть расходов лиц, обратившихся к услугам добровольного медицинско-

го страхования. Схема AWBZ покрывает также расходы на пребывание в домах престарелых, создавая стимул к тому, чтобы отправлять дорогостоящих больных именно в такие дома, а не в больницы. В Испании 85% схемы страхования для государственных служащих (MUFACE) осуществляется учреждениями добровольного медицинского страхования, а оставшаяся часть — национальным агентством социального обеспечения (INSALUD), причем оба типа страховщиков финансируются государством (в размере затрат, производимых агентством INSALUD в расчете на душу населения); MUFACE не несет крупных финансовых рисков (Pellise 1994).

Барьеры, препятствующие выходу на рынок

Со времени создания единого страхового рынка ЕС препятствий для выхода на рынок новых агентов добровольного медицинского страхования теоретически не существует. Ключевая цель упомянутой выше Директивы о страховании 1992 г. заключалась в том, чтобы не позволить национальным регулирующим инстанциям воздвигнуть барьеры для выхода на рынок страховщиков из других стран ЕС (Rees *et al.* 1999). Однако на практике созданию единого рынка препятствуют определенные барьеры; среди них — отсутствие у стран-участниц ЕС готовности полностью подчиниться директивам, высокая стоимость технических инвестиций, различный налоговый режим для национальных и иностранных страховщиков. Так, во Франции общества взаимопомощи пользуются льготным налоговым режимом, что создает неблагоприятные условия для выхода иностранных страховщиков на французский рынок (Datamonitor 2000). До сих пор единому рынку не удалось поощрить потребителей к покупке страховых продуктов в других странах ЕС. Рост страхования через Интернет в будущем может стимулировать международные сделки, однако несогласованность налоговых режимов все равно будет оставаться мешающим фактором. До настоящего времени экспансия рынка происходила главным образом путем приобретения иностранных страховых компаний, а не путем количественного роста международных сделок или открытия филиалов в других странах ЕС.

Индивидуальные и групповые контракты

Характер распределения и уровень развития добровольного медицинского страхования в значительной степени обуславливаются соотношением индивидуальных и групповых закупок страховых услуг. Групповые схемы (при которых закупки осуществляются от имени наемных работников одной и той же фирмы) популярны постольку, поскольку они характеризуются относительно низкой себестоимостью и обеспечивают высокий объем деловых операций без особых рыночных издержек (ВМІ 2000). Различие между индивидуальными и групповыми закупками важно также с точки зрения абонента: размер групповых премий часто рассчитывается на основе групповых рисков, тогда как индивидуальные премии чаще устанавливаются на основе индивидуальных рисков, и к тому же групповые премии заметно дешевле. Предоставление сниженных премий и благоприятных условий группам означает, что страховщики автоматически покрывают относительно молодую, здоровую и гомогенную часть населения.

Групповые контракты, предоставляющие различные виды добровольного медицинского страхования, получили широкое распространение в 1980-х годах; ныне

на основе таких контрактов выдаются почти все полисы добровольного медицинского страхования Португалии (Dixon 1999), значительная часть в Греции (Sissouras *et al.* 1999), свыше двух третей в Бельгии, Ирландии и Италии и свыше половины в Нидерландах и Франции (CEA 2000). Страховщики в Ирландии и Нидерландах привлекают нанимателей, предоставляя им дисконтированные премии (Hermesse and Lewalle 1995; CEA 2000). Подъем добровольного медицинского страхования в Великобритании произошел в значительной степени благодаря распространению схем, предоставляющих добровольное медицинское страхование в качестве пособия работающим по найму (ABI 2000). В 1998 г. компании приобрели около 59% абонементов добровольного медицинского страхования против 48% в 1993 г. (Youngman 1994; Robinson and Dixon 1999). В 1999 г. число лиц, пользующихся услугами добровольного медицинского страхования, снизилось на 4,5%, причем падение спроса коснулось только полисов, закупаемых в индивидуальном порядке (Laing and Buisson 2000). Это почти наверняка связано с ценовой стратегией британских страховщиков: групповые премии в Великобритании значительно дешевле индивидуальных, а годовая надбавка на них значительно ниже (Papworth 2000).

Информационная асимметрия

Как покупатели, так и продавцы на конкурентном рынке страхования живо заинтересованы в получении информации. Отсутствие четкой информации о цене, качестве и условиях получения полисов добровольного медицинского страхования — тип рыночных трудностей, мешающий абонентам со знанием дела сравнивать между собой различные продукты и создающий для них неблагоприятные условия. Информационная асимметрия в ЕС, по-видимому, создает больше проблем на рынке дополняющего и добавочного, чем замещающего добровольного медицинского страхования, поскольку упомянутая директива упразднила национальный контроль за продуктами дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования начиная с июля 1994 г. Тем самым были открыты возможности для жесткой конкуренции между различными продуктами медицинского страхования; однако на практике абоненты не имеют адекватного доступа к информации. Согласно недавнему докладу Европейского парламентского комитета по занятости и социальным вопросам, абоненты не только испытывают трудности с пониманием полисов, но и практически не могут сравнивать полисы с точки зрения их выгоды (Rocard 2000). Хотя Европейская комиссия ожидала создания единого рынка для поощрения конкуренции, не было предпринято особых усилий для решения информационной проблемы на уровне ЕС, а в результате ослабления регулирующих мер страховщики уже не имеют стимулов к снятию неясностей для абонентов и к повышению прозрачности путем введения стандартизованных условий или «основных» пакетов льгот и пособий.

Случаи непринятия полисов добровольного медицинского страхования в Великобритании многочисленны и часто с трудом поддаются оценке. Обилие разнообразных продуктов добровольного медицинского страхования означает, что абоненты и страховые агенты легко могут запутаться (Calnan *et al.* 1993; Youngman 1994). В 1996 и 1997 гг. британская Служба свободной конкуренции (Office of Fair Trading) провела ряд исследований с целью выявить случаи нанесенного потребителям ущерба и информационные пробелы в добровольном медицинском страховании (Davey 1998). Хотя Служба свободной конкуренции (Office of Fair Trading 1999)

в конечном счете сумела снять основные проблемы, связанные с конкуренцией в данной отрасли, в ее заявлении подчеркнута необходимость более внятно и систематически информировать владельцев полисов; информация, предоставляемая агентствами BUPA и PPP Healthcare, охарактеризована как неудовлетворительная. С тех пор путаница в отрасли не уменьшилась; так, 50-летний мужчина, намеревающийся купить полис у PPP Healthcare, все еще вынужден выбирать среди 90 различных ежемесячных вариантов премий, размер которых колеблется от 28,67 фунта в месяц (344,04 фунта в год) до 363,82 фунта в месяц (4365,84 фунта в год) (CareHealth 2000).

Когда страховщики владеют большей информацией, чем абоненты, они имеют возможность «снимать сливки», отбирая лиц с относительно низким уровнем рисков и отказывая в страховом покрытии лицам с высоким уровнем рисков (о последствиях «снятия сливок» см. несколько ниже). Однако если абоненты знают о собственном уровне рисков больше, чем страховщики, у последних могут возникнуть трудности с различением лиц с высоким уровнем рисков и тех, кто просто стремится уйти от риска. Этот тип недостатка информации может привести к негативному отбору. Избежать негативного отбора можно путем установления премий согласно индивидуальному уровню риска, что, впрочем, не всегда просто и иногда дорого (см. ниже). Хотя специальная литература придает большое значение негативному отбору, он, судя по всему, не представляет особо серьезной проблемы для рынка добровольного медицинского страхования в странах ЕС. В Нидерландах и Германии — единственных странах ЕС, где реально возможен тест на негативный отбор (поскольку индивидуальное страхование не является обязательным), — незастрахованными остаются очень немногие. По данным службы общественной информации нидерландского Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта, в 1999 г. незастрахованные лица составляли лишь 1,25% от всего населения страны; среди этих лиц преобладали бездомные, а немногие отказались от страхования по принципиальным соображениям (Ministry of Health, Welfare and Sport 2000).

Функционирование добровольного медицинского страхования

В настоящем разделе мы рассматриваем поведение агентов добровольного медицинского страхования в странах ЕС с точки зрения ценовой стратегии (установления премий), стратегии предложения продуктов (установления льгот и пособий и «снятия сливок»), финансового уравнивания страховщиков и подверженности страховщиков так называемым моральным рискам со стороны предложения и со стороны спроса.

Установление премий

Размеры страховых премий могут устанавливаться исходя из оценки общественных (или групповых) рисков или индивидуальных рисков. Премии, установленные на основе оценки общественных (или групповых) рисков, одинаковы для всех абонентов (или для группы абонентов) в данном сообществе людей или в данной фирме, тогда как премии, установленные на основе оценки индивидуальных рисков, различаются в зависимости от ряда факторов, среди которых — возраст, пол, род занятий,

семейная история болезни, предыдущие обращения за медицинской помощью и предыдущие выплаты страховых компенсаций (изначально известные условия); тем не менее при установлении премий страховщики, как правило, учитывают только возраст и предыдущие обращения за медицинской помощью.

Благодаря упразднению национального контроля за ценами и страховыми продуктами, страховщики, предоставляющие дополняющее и добавочное добровольное медицинское страхование, могут свободно устанавливать размеры премий на любой основе по собственному выбору; что касается тех страховщиков, которые предоставляют замещающее добровольное медицинское страхование, то устанавливаемые ими премии и условия полисов подлежат определенному регулированию со стороны государства. Поэтому индивидуальные премии дополняющего или добавочного добровольного медицинского страхования устанавливаются по большей части исходя из уровня индивидуальных рисков, хотя с точки зрения групповых контрактов часто более выгодны премии, установленные на основе групповых рисков. Исключение составляет Ирландия, где страховщики все еще обязаны предоставлять премии, рассчитанные по территориальному принципу (то есть исходя из уровня общественных рисков), принимать всех претендентов и обеспечивать пожизненное страховое покрытие. Однако сохранение принципа учета общественных рисков в условиях конкуренции становится проблематичным, о чем свидетельствует опыт Ирландии с агентством BUPA⁸. Хотя правительство Ирландии в ноябре 1996 г. успешно противодействовало планам BUPA выпустить на рынок полис, основанный на расчете индивидуального риска (Mossialos and Le Grand 1999), Европейский суд может счесть неприемлемой его установку на одностороннюю поддержку учета общественных рисков.

Установление льгот и пособий

Добровольное медицинское страхование в ЕС охватывает широкий круг медицинских услуг и предоставляет множество льгот и пособий — от полной компенсации расходов на стационарное лечение до платежей за косметическую хирургию или альтернативное лечение. Схемы замещающего добровольного медицинского страхования — во многом благодаря строгому государственному регулированию — предлагают наиболее обширные пакеты, сходные с теми, которые предусмотрены государственной схемой. Что касается льгот и пособий, входящих в пакеты дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования, то они не регулируются, то есть страховщики могут свободно определять размеры и содержимое пакетов. В итоге разнообразие продуктов дополняющего и добавочного страхования растет; отдельные индивиды могут выбирать среди множества пакетов, различающихся по таким показателям, как уровень покрытия, механизмы оплаты, тип компенсации, степень разделения затрат путем совместных платежей, франшиз и установления потолка расходов.

Многие льготы и пособия могут быть исключены из дополняющего медицинского страхования. Так, в Великобритании услуги добровольного медицинского страхования обычно не распространяются на хронические болезни (такие, как диабет, рассеянный склероз, астма), несчастные случаи, нормальную беременность и роды, почечный диализ, трансплантацию органов, ВИЧ/СПИД, лекарства и перевязочные материалы при амбулаторном лечении, бесплодие, профилактическое лечение, токсикоманию, причиненные самому себе травмы, косметическую хи-

ругию, операции по перемене пола, вспомогательные средства движения, экспериментальное лечение и лекарства, военные риски и профессиональные травмы (ABI 2000).

За последние несколько лет страховщики в некоторых странах ЕС, вдобавок к дополнительным удобствам, предоставляют бюджетные планы с фиксированными платежами наличными. В Великобритании в конце 1999 г. такими планами было охвачено около 7,4 миллиона человек (на 2,5% больше, чем в предшествующем году) (Papworth 2000).

Существуют ли данные, свидетельствующие о «снятии сливок»?

«Снятие сливок» (отбор рисков) — это процесс, при котором страховщики стремятся привлечь лиц с относительно низким уровнем рисков и внушить недоверие к своим услугам (или найти повод для отказа в услугах) лицам с относительно высоким уровнем рисков. Считается, что «снятие сливок» более вероятно при таких режимах регулирования, которые ограничивают свободу страховщиков по установлению премий исходя из уровня индивидуальных рисков; единственным способом предотвратить практику «снятия сливок» может быть сложная система корректировки рисков (van de Ven *et al.* 2000). Однако корректировка рисков требует больших затрат и связана с большими практическими трудностями. Острота проблем частично снимается, если работу по корректировке рисков в интересах всех страховщиков осуществляет центральное агентство (как это происходит в Нидерландах). Однако в большинстве других стран ЕС механизмы корректировки рисков имеют ограниченный масштаб; многие страховщики учитывают только самые очевидные показатели — такие как возраст, пол, род занятий, семейная история болезни, предыдущие случаи обращения за медицинской помощью и предыдущие выплаты страховых компенсаций (изначально известные условия). Корректировка рисков на основе таких грубых показателей может стимулировать страховщиков к «снятию сливок» в ущерб как социальной справедливости, так и эффективности (Puig-Junoy 1999).

Первичное следствие «снятия сливок» заключается в том, что для отдельных лиц адекватное страховое покрытие становится недоступным. «Снятие сливок» порождает не только серьезные проблемы, связанные с обеспечением социальной справедливости; оно может привести также к снижению эффективности, особенно в тех случаях, когда финансовые выгоды, обусловленные отбором рисков, перевешивают возможный выигрыш от повышения эффективности (Gauthier *et al.* 1995). Так, на конкурентном рынке страховщики могут пытаться снизить премии, не столько повышая эффективность, сколько привлекая лиц с низким уровнем рисков; таким образом оптимальный уровень конкуренции на страховом рынке падает (Puig-Junoy 1999). Ценовая тактика агентства BUPA в Ирландии (премии на 10% ниже для лиц моложе 19 лет и на 20% выше для лиц старше 54 лет) показывает, что конкурентная политика в данном случае основывается не столько на качестве услуг, сколько на «снятии сливок» (Light 1998). Низкие размеры премий и выгодные условия для схем группового страхования приводят к сходному эффекту: поскольку слишком большие и слишком старые люди исключаются из числа наемных работников, страховщики автоматически обслуживают более молодую, здоровую и однородную часть населения⁹. Некоторые агенты добровольного медицинского страхования используют менее явные средства для того, чтобы уклониться от обслуживания лиц с потенциально высоким уровнем рисков. Врачи в Ирландии оза-

бочены возможностью пониженного страхового покрытия для больных с психическими расстройствами в условиях конкурентного рынка; согласно недавним сообщениям, политика агентства BUPA, принимающего психических больных только при условии предоставления подробной диагностической информации (включая диагноз, прогноз и ожидаемый срок выписки — подобные требования не предъявляются ни к каким другим больным), приводит к серьезным задержкам с началом лечения и накладывает клеймо на больных с психическими нарушениями (Payne 2000). Доклад о системе здравоохранения в Австрии содержит данные о том, что руководство частных больниц нередко информирует врачей об отсутствии коек для стариков и для больных, пребывание которых может быть связано со значительным расходом средств и материалов (Bennett *et al.* 1993).

«Снятие сливок» весьма вероятно, если страховщики имеют возможность отклонять заявки, не принимать изначально известные условия и аннулировать контракты, а также если стандартного или основного пакета льгот и пособий не существует. Следовательно, стимулы к «снятию сливок» могут быть отчасти нейтрализованы гарантией доступа к страховым услугам и автоматическим возобновлением контрактов, ограничением на непринятие изначально известных условий и требованием к страховщикам предоставлять стандартный пакет льгот и пособий. Однако поскольку упомянутая выше директива с 1994 г. упразднила контроль за страховыми продуктами, тем самым в значительной степени ослабив регулирование страховщиков, правительства стран ЕС могут принимать только такие превентивные меры, которые относятся к замещающему добровольному медицинскому страхованию. Так, в 1970-х годах в Нидерландах, а в начале 1990-х годов в Германии «снятие сливок» в замещающем добровольном медицинском страховании привело к резкому подъему премий для лиц с высоким уровнем рисков, особенно для пожилых, что потребовало правительственного вмешательства в обеих странах (Wasem 1995). С другой стороны, покрытие по дополняющему или добавочному добровольному медицинскому страхованию может быть предоставлено на основе краткосрочного (не пожизненного) контракта или на долгосрочной (пожизненной) основе. Премии используются как для финансирования текущих годовых расходов, так и для накопления резервов на старость; впрочем, наиболее обычны краткосрочные (преимущественно годовичные) контракты. Исключения составляют Ирландия (где страховщики обязаны предоставлять пожизненное страхование) и Греция (где контракты индивидуального добровольного медицинского страхования могут продлеваться пожизненно) (CEA 1999). В Великобритании покрытие предоставляется на ежегодной основе. Утверждается, что контракты могут автоматически возобновляться на постоянной основе (ABI 2000), однако не существует данных в пользу того, что так происходит в действительности.

Финансовое уравнивание страховщиков

Один из способов избежать «снятия сливок» — разработка системы перераспределения средств между страховщиками на рынке добровольного медицинского страхования (системы финансового уравнивания страховщиков); в результате стимулы к «снятию сливок» в долгосрочной перспективе снижаются. По мнению швейцарских аналитиков, финансовое уравнивание страховщиков должно быть постоянным атрибутом нерегулируемого рынка добровольного медицинского страхования (Beck and Zweifel 1998). Однако в настоящее время требование финансового уравнивания

страховщиков действует только в двух странах ЕС — Ирландии и Нидерландах; выражаются опасения, что этот тип правительственного вмешательства может вступить в противоречие с законами ЕС.

Правительство Ирландии осуществляет политику перераспределения, чтобы поддержать принцип оценки общественных рисков, принцип открытого доступа к страховым услугам и принцип пожизненного страхового покрытия на конкурентном рынке добровольного медицинского страхования. Согласно законопроекту о медицинском страховании от 2000 г., новые страховщики могут отказаться от участия в уравнивании рисков на 3 года с момента начала своей деятельности в Ирландии («белая книга» 1999 г. о добровольном медицинском страховании предусматривала срок в 18 месяцев). Неудивительно, что в ирландском агентстве BUPA уравнивание рисков не приживается (BUPA Ireland 2000).

В Нидерландах страховщики подлежат финансовому уравниванию по схеме MOOZ: риски, связанные с предоставлением страховки (согласно государственной системе ZFW) непропорционально большому числу пожилых людей, перераспределяются благодаря тому, что каждый индивид, застрахованный в частном порядке, делает ежегодный взнос в размере 50 евро (до 19 лет), 101 евро (от 20 до 64 лет) или 81 евро (от 65 лет и выше) (Ministry of Health, Welfare and Sport 2000). Страховщики подлежат также финансовому уравниванию по схеме WTZ, которая гарантирует доступ к добровольному медицинскому страхованию пожилым людям и лицам с высоким уровнем рисков. Поскольку премии WTZ покрывают только половину стоимости стандартного покрытия для пожилых людей и лиц с высоким уровнем рисков, страховщики, участвующие в данной схеме, получают полную компенсацию из центрального уравнивательного фонда, финансируемого путем обязательных сборов со всех остальных премий добровольного медицинского страхования; в настоящее время эти сборы составляют 90 евро (до 19 лет) или 180 евро (от 20 до 64 лет) (Ministry of Health, Welfare and Sport 2000).

С созданием единого рынка правительствам стало труднее обосновывать этот тип прямого вмешательства — даже если оно осуществляется ради соблюдения принципов доступности и социальной сплоченности. В докладе независимого консультативного органа при правительстве Нидерландов утверждается, что правительственные уравнивающие схемы противоречат законам ЕС; авторы доклада опасаются, что признание этого факта Европейским судом приведет к подрыву одного из важнейших элементов политики правительства Нидерландов в области здравоохранения (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2000). Правительство Нидерландов изучает проблему соответствия своей системы здравоохранения с законодательством ЕС (van de Ven 2000). Обязательное перераспределение в Ирландии также может противоречить законам ЕС.

Противодействие моральным рискам на рынках добровольного медицинского страхования

Так называемые моральные риски присущи любому рынку страхования и могут привести к назначению чрезмерной медицинской помощи (моральный риск для поставщика) и к чрезмерному потреблению медицинской помощи (моральный риск для абонента). Страховщики могут принять различные меры для снижения степени морального риска как со стороны предложения (поставщики), так и со стороны спроса (абоненты).

Способы снижения морального риска для поставщиков медицинских услуг

Моральные риски для поставщиков медицинских услуг возникают в случаях, когда поставщики стремятся получить финансовую выгоду, используя относительную нечувствительность абонента к цене и назначая чрезмерную медицинскую помощь; в результате происходит перерасход средств, а абонент может подвергнуться излишнему клиническому риску. Страховщики могут противодействовать этой проблеме путем избирательной контрактации, создания сети предпочтительных поставщиков или интеграции с поставщиками. Однако по сравнению со своими коллегами в США европейские страховщики мало делают для противодействия моральным рискам данного рода, считая это сферой преимущественной ответственности государства. Интегрированное лечение все еще играет в ЕС незначительную роль — при том, что в некоторых странах наблюдается тенденция к вертикальной интеграции крупнейших страховщиков (наиболее яркие примеры — агентства BUPA и PPP Healthcare в Великобритании и испанское агентство SANITAS, купленное BUPA в начале 1990-х годов), где страховщики традиционно являются также поставщиками. Вертикальная интеграция существует также в Бельгии и Франции, но пока не разрешена в Нидерландах (Ministry of Health, Welfare and Sport 2000).

Переход от страховых гарантий к интегрированному лечению возможен в странах с большими рынками добровольного медицинского страхования (в главе 5 это показано на примере США), но значительно труднее достижим в условиях ограниченных рынков стран ЕС, где существует двойное покрытие и абоненты могут возражать против любых ограничений выбора. Страховщики должны соблюдать хрупкое равновесие между ограничениями на деятельность предпочтительных поставщиков и сохранением возможностей выбора для абонентов, однако недавние опыты с системами интегрированной медицинской помощи в Бельгии, Испании и Франции имели лишь ограниченный успех (Mossialos and Thomson 2001).

Для абонентов в Великобритании использование услуг вне сети предпочтительных поставщиков BUPA наказывается необходимостью оплачивать часть услуг (для легких операций абонентская доля платежа составляет 65 фунтов, для более серьезных — до 575 фунтов). Жалобы на антиконкурентный характер подобной практики побудили Службу свободной конкуренции осуществить проверку сети предпочтительных поставщиков для агентств BUPA и PPP Healthcare, расследовать практику вертикальной интеграции и ведения переговоров о больничных сборах. Проверка не подтвердила обоснованность жалоб, однако позволила заключить, что дальнейшие шаги по вертикальной интеграции должны тщательно отслеживаться. Было выдвинуто также требование большей прозрачности и более подробного информирования абонентов (Office of Fair Trading 1999).

Способы снижения морального риска для застрахованных лиц

Моральному риску можно противодействовать, ограничивая доступ абонентов к медицинским услугам. Среди возможных методов — внедрение системы направлений, требование предварительного разрешения на лечение, требование участвовать в расходах, предоставление абонентам денежных компенсаций вместо натуральных пособий. Любая из этих мер может приниматься не только в рамках добровольного медицинского страхования, но и в рамках социального медицинского страхования или национальной службы здравоохранения¹⁰.

В Великобритании и Нидерландах держатели полисов добровольного медицинского страхования, желающие получить консультацию у врача-специалиста или лечь в стационар, все еще должны иметь направление от врача общей практики; правда, в Нидерландах лишь немногие страховщики производят проверку перед тем как возместить расходы абонентов (Kulu-Glasgow *et al.* 1998). Некоторые страховщики в Великобритании поощряют абонентов к тому, чтобы получить предварительное разрешение на лечение; другие страховщики настаивают, чтобы абоненты прежде всего обратились к ним, дабы удостовериться в наличии страхового покрытия на случай предусмотренного лечения (ABI 2000).

Разделение затрат (потолки расходов, франшизы, совместные платежи) вводится с целью повысить чувствительность абонентов к цене на медицинские услуги. В разных странах ЕС разделение затрат распространено в неодинаковой степени, однако общая тенденция заключается в повышении значимости разделения затрат как средства обеспечения прибылей для агентов добровольного медицинского страхования (PPP Healthcare 2000). Сходная форма стимулирования — пособия тем, кто не обращается или мало обращается за медицинской помощью. Некоторые аналитики полагают, что такие пособия могут стать эффективным средством сдерживания расходов; согласно другим специалистам, пособия могут стимулировать отсрочку лечения и тем самым отрицательно повлиять на здоровье (Zweifel 1987).

В случае денежных компенсаций абоненты должны вначале платить за услуги из своего кармана, а затем требовать возмещения расходов. Такой платежный механизм неявным образом «расхолаживает» абонента и даже может побудить его к отказу от медицинской помощи. Этот механизм преобладает на рынке добровольного медицинского страхования в Бельгии, Германии, Дании и Нидерландах (где, впрочем, в последнее время получают распространение прямые платежи страховщиков поставщикам); он несколько менее популярен в Австрии, Испании и Франции.

Результативность добровольного медицинского страхования

В настоящем разделе мы попытаемся оценить результативность добровольного медицинского страхования в странах ЕС с точки зрения степени охвата населения, стоимости премий, ставки прибыли, влияния на систему здравоохранения в целом и влияния на социальную справедливость.

Степень охвата населения

Масштабы добровольного медицинского страхования в разных странах ЕС варьируют в широких пределах; цифры (см. табл. 6.2) на первый взгляд могут дезориентировать. Так, во Франции степень охвата населения весьма высока (85%), однако это касается компенсации совместных платежей, обязательных по условиям государственной схемы страхования (см. выше). Дополняющим добровольным медицинским страхованием охвачено всего 20% населения (CEA 1999).

Недостаточно надежны и данные о тенденциях развития добровольного медицинского страхования в странах ЕС. Хотя цифры, характеризующие динамику расходов на добровольное медицинское страхование в сравнении с общим объемом расходов на здравоохранение, могут быть использованы как косвенный показатель

Таблица 6.3. Ежегодный рост средней цены премий добровольного медицинского страхования в избранных странах Европейского союза

Страна	Ежегодный процент роста	Среднегодовые темпы роста общих расходов на здравоохранение на душу населения, измеренные в национальных валютных единицах в текущих ценах (в %)
Германия	7,6 (1994-1998)	4,5
Италия	6,5 (1994-1998)	5,4
Испания	10,5 (1993-1997)	5,5
Великобритания		
индивидуальные контракты	12,0 (1994-1999)	
групповые контракты	менее 3,0 (1994-1999)	

Источники: Datamonitor (2000) и OECD (2000).

степени охвата (см. табл. 6.1), их следует трактовать с осторожностью. В недавнем докладе о европейских системах медицинского страхования отмечается, что хотя ежегодный рост рынка добровольного медицинского страхования в странах ЕС с 1994 по 1999 г. в реальном исчислении составил 5,4% (от 32,569 млн евро в 1994 г. до 42,423 млн евро в 1999 г.), значительная доля этого роста была обусловлена не столько расширением охвата, сколько подорожанием добровольного медицинского страхования (увеличением размера премий; см. табл. 6.3) (Datamonitor 2000).

Охват остается низким во многих странах ЕС — даже там, где распространены непосредственные платежи поставщикам наличными. Данные, опубликованные Европейским комитетом по страхованию (CEA 2000), показывают, что между 1992 и 1998 гг. доля застрахованных лиц в Австрии снизилась на 3,8%, а в Нидерландах — на 1,5%; в Великобритании она практически не изменилась, а в Дании, Франции, Португалии и Германии слегка возросла (на 1,0-3,4%). В 1999 г. число абонентов в Великобритании снизилось на 4,5% (Laing and Buisson 2000). В Германии менее четверти лиц, имеющих право выбора между государственной схемой страхования и замещающим добровольным медицинским страхованием, выбрали последнее, тогда как около 77% предпочли остаться в рамках государственной системы (Busse 2000). Эти данные могут показаться удивительными, имея в виду происходивший во многих странах ЕС экономический рост; вместе с тем они объяснимы исходя из высокого размера премий (см. следующий раздел).

Затраты

Премии

Незначительный рост рынков добровольного медицинского страхования во многих странах ЕС может быть связан с дороговизной премий, ежегодный рост которых опережает темпы инфляции. Согласно опросу, проведенному группой потребительского анализа, 58% абонентов в Великобритании считают добровольное медицинское страхование слишком дорогим (BBC 2000). Между 1991 и 1996 г. ежегодный реальный рост премий составлял около 5% с учетом инфляции (Couchman 1999); средний размер премии на одного абонента вырос с 323 фунтов (373 фунтов для индивидуальных абонентов) в 1989 г. до 582 фунтов (746 фунтов) в 1998 г. (Laing and Buisson 2000). В 1988 г. средняя индивидуальная премия была на 15,5% выше групповой премии, а в 1998 г. она уже была дороже на 28,2% (Laing and Buisson 2000). Индивидуальные премии не просто значительно дороже групповых; темпы их годового роста также заметно (как правило, более чем на 10%) превышают темпы роста последних (Papworth 2000).

Сравнивая суммы, выплачиваемые в Великобритании за услуги добровольного медицинского страхования в среднем на человека, с суммами, расходуемыми в рамках системы Государственной службы здравоохранения на душу населения в возрасте от 16 до 64 лет, мы приходим к выводу, что цена добровольного медицинского страхования весьма высока, а его экономичность незначительна. В 1998-1999 гг. английская Государственная служба здравоохранения затратила около 365,54 фунта на душу населения, дабы обеспечить полный набор больничных услуг и услуг по социальному уходу каждому жителю в возрасте от 16 до 64 лет (Department of Health 2000). За тот же период плата за добровольное медицинское страхование в Великобритании составляла в среднем 442,44 фунта на человека (Laing and Buisson 2000). Приведенная цифра 365,54 фунта отражает не только расходы на лечение случаев, обычно исключаемых из схемы добровольного медицинского страхования и нередко весьма дорогостоящих; в нее входят также психиатрическая помощь и другие услуги по социальному уходу. В 1995 г. расходы на эти услуги, а также на охрану материнства, составили около 25% всей суммы расходов на больничные услуги и услуги по социальному уходу в Англии, тогда как на лечение острых случаев ушло около половины средств (Department of Health 2000b, неопубликованные данные). Для 50-летнего мужчины, покупающего в Великобритании полис агентства PPP Healthcare, только две самые низкие премии, предоставляющие минимальный уровень покрытия и предполагающие выплату первых 500 или 200 фунтов за любое требование, сопоставимы по размеру с цифрами для Государственной службы здравоохранения. Остальные 88 альтернатив значительно превышают их, причем самая высокая составляет 4365 фунтов в год (CareHealth 2000). Некоторые абоненты добровольного медицинского страхования будут продолжать пользоваться услугами Государственной службы здравоохранения.

В Испании доля расходов на добровольное медицинское страхование выросла с 24% от всех частных расходов в 1986 г. до 30% в 1995 г. — в значительной степени благодаря росту стоимости премий (Lopez i Casasnovas 1999). Средний размер премий за то же время вырос более чем вдвое (с 23 670 песет в 1990 г. до 48 691 песеты в 1997 г. в текущих ценах) (Lopez i Casasnovas 1999). В Великобритании Служба свободной конкуренции (Office of Fair Trading 1996) рекомендовала предупреждать абонентов о возможном росте премий добровольного медицинского страхования.

Таблица 6.4. Нормы прибыли (доходы от премий, поделенные на выплаченные пособия) добровольного медицинского страхования в 11 странах Европейского союза в 1995 и 1998 гг.

Страна	1995	1998
Австрия	1,35	1,32
Бельгия	1,33	1,35
Дания	1,10	1,09
Финляндия	нет данных	1,44
Франция	1,29	1,27
Германия	1,25	1,42
Италия	1,35	1,28
Нидерланды	1,14	1,12
Португалия	1,31	1,28
Испания	1,22	1,19
Великобритания	1,22	1,20

Источник: СЕА (1997, 2000)

Аналогичный пункт есть в законе о реформе социального медицинского страхования, принятом в Германии в 2000 г. (СЕА 2000). Как показано в таблице 6.3, средняя стоимость премий (для индивидуальных абонентов) в Великобритании, Германии, Испании и Италии в течение второй половины 1990-х годов выростала ежегодно на 6,5-12,0%, тогда как рост медицинских расходов на душу населения за тот же период был заметно ниже (4,5-5,5% в год).

Нормы прибыли

В 1995-1998 гг. доходы добровольного медицинского страхования от сбора премий, с учетом инфляции, больше всего выросли в Бельгии (на 14,8%), Португалии (14,4%), Испании (5,8%) и Нидерландах (5,6%). Рост доходов в большинстве других стран ЕС составил 3-4%; в Австрии доходы снизились на 2,6%, а во Франции — на 1,8% (СЕА 2000). За тот же период в некоторых странах ЕС выплаченные пособия выросли больше, чем доходы от сбора премий. Тем не менее норма прибыли¹¹ (результат деления суммы дохода от сбора премий на сумму выплаченных пособий) в 1995-1998 годах практически не снизилась, а в Германии заметно выросла — от 1,25 в 1995 г. до 1,42 в 1998 г. (см. табл. 6.4)¹².

Стоимость медицинских услуг

Считается, что значительный рост премий вызван подорожанием медицинских услуг, однако степень безусловности этой причинной связи неясна. Считается также, что рост конкуренции на рынке добровольного медицинского страхования повысит эффективность, предоставив абонентам больше возможностей для выбора между альтернативами, обеспечив более четкий контроль за медицинскими расходами и стимулируя изменения в структуре поставок медицинских услуг. Однако представляется более вероятным, что в долгосрочной перспективе стоимость страховых тре-

бований возрастет, так как поставщики медицинских услуг, скорее всего, не пойдут на снижение своих цен. Так, в Ирландии поставщики медицинских услуг постоянно повышают цены, не предоставляя подробного обоснования своих требований (Вугне 1997). Более того, считается, что цены для частных больных в университетских клиниках Дублина лишь вдвое ниже средней стоимости койки в частной больнице; соответствующая государственная субсидия обходится правительству в 44 миллиона евро (O'Shea 2000). В Германии врачи могут назначать более высокую цену для больных, застрахованных частным образом; соответственно рост цен в частном секторе почти на 2/3 выше, чем в государственной системе (для амбулаторного лечения и медикаментов — вдвое выше) (Busse 2000).

Административные и маркетинговые расходы

В системе добровольного медицинского страхования управление обходится дороже, так как для оценки рисков, установления премий, разработки сложных пакетов льгот и пособий, рассмотрения и оплаты страховых требований (или обоснования отказа в их оплате) требуется развитая бюрократическая структура. Учреждения добровольного медицинского страхования должны также тратить деньги на рекламу, маркетинг и вторичное страхование. Примерно 14% прибылей добровольного медицинского страхования в США уходит на оплату административных издержек и маркетинговых расходов; в системе государственного медицинского страхования США на те же цели идет 3% прибылей, а в системе канадских провинциальных планов здравоохранения — 1% (Woolhandler and Himmelstein 1991).

Данные об административных расходах добровольного медицинского страхования в Великобритании ограничены; судя по доступным сведениям, эти расходы высоки. В Ирландии агентство BUPA пыталось конкурировать с низкими административными расходами Совета по добровольному медицинскому страхованию (в 1996 г. они составляли только 2% доходов от премий по сравнению с 12% у BUPA) (Light 1998). В 1999 г. административные расходы для обоих страховых учреждений выросли, однако расходы Совета по добровольному медицинскому страхованию (4,7% доходов от премий) все равно оставались заметно ниже, чем расходы BUPA (14,2%) (BUPA 2000; Voluntary Health Insurance Board 2000). В 1998 г. административные расходы агентства PPP Healthcare в Великобритании были еще выше — 16,9% доходов от премий (AXA Sun Life 1999).

Согласно экономической теории, высокие операционные издержки неэффективны, если их можно избежать в условиях альтернативной системы финансирования и поставки услуг (Вагг 1998). Тем не менее некоторые специалисты в США полагают, что высокие операционные издержки могут быть оправданы, если они служат нововведениям (Danzon 1992); другие исследователи опровергают это мнение (Bager and Evans 1992). Данзон утверждает, что агенты добровольного медицинского страхования конкурируют между собой, «изобретая способы более эффективного противодействия моральным рискам, в том числе путем структурирования совместных платежей, анализа использования услуг, избирательной контрактации с предпочтительными поставщиками и внедрения финансовых стимулов для поставщиков» (Danzon 1992: 26). Однако эти аргументы явно неприменимы к ситуации в Великобритании, где большинство страховщиков не пользуется новаторскими методами привлечения абонентов и не принимает упомянутых выше мер по сдерживанию расходов. Страховщики в странах ЕС стремятся конкурировать меж-

ду собой главным образом на основе отбора рисков; их попытки сдержать расходы влияют не столько на предложение, сколько на спрос.

Влияние на систему здравоохранения

Рынок добровольного медицинского страхования может оказывать двоякое влияние на государственную систему здравоохранения. Во-первых, существование добровольного медицинского страхования чревато осложнениями там, где границы между государственными и частными медицинскими службами не вполне отчетливы. Во-вторых, добровольное медицинское страхование может подорвать усилия по повышению эффективности в государственной системе здравоохранения.

Границы между государственными и частными службами

Существует мало данных о влиянии двойного страхового покрытия на эффективность систем здравоохранения в странах ЕС и на соблюдение этими системами принципов социальной справедливости. Тем не менее было бы разумно предположить, что влияние может быть отрицательным — особенно там, где добровольное медицинское страхование ускоряет доступ к услугам. Более скорый доступ к частному лечению в некоторых странах ЕС может означать, что индивиды, получившие консультации или рецепты в частном секторе, дают им ход в государственном секторе, тем самым дополнительно отягощая последний. Если эти индивиды лечились в государственном секторе, государственный объем работы мог быть тем же самым, но расходы на лечение должны были существенно отличаться; если же врачи заняты как в частной, так и в государственной практике, они могут проводить больше времени с частными больными, тем самым сокращая или откладывая лечение государственных больных. В Великобритании некоторые страховщики платят наличными больным, выбравшим лечение в государственной больнице (за которое платит Государственная служба здравоохранения) вместо лечения в частной больнице (оплачиваемого страховщиком).

Двойная занятость врачей в государственном и частном секторах может оказывать отрицательное влияние на качество лечения в государственном секторе. В Великобритании 25% специалистов, выполнявших основную долю частной работы, финансируемой преимущественно путем добровольного медицинского страхования и прямыми платежами, тратили на работу в системе Государственной службы здравоохранения меньше времени, чем их коллеги (Audit Commission 1995).

Добровольное медицинское страхование может подорвать попытки повысить эффективность в системе здравоохранения

Выделяются три области, где добровольное медицинское страхование может отрицательно влиять на попытки правительства повысить эффективность в системе здравоохранения: доказательная медицина, функция врача общей практики как «пরি-вратника» и совместные платежи для снижения спроса. Агенты добровольного медицинского страхования в странах ЕС, как правило, не имеют стимулов к поощрению доказательной медицины; впрочем, британские специалисты утверждают, что

страховщики все больше и больше принимают во внимание принципы доказательной медицины и исключают из сферы своей деятельности те виды лечения, доказательная база которых недостаточна (Doyle and Bull 2000). Некоторые крупные британские страховщики действительно следуют принципам доказательной медицины в отношении таких случаев, как удаление зубов мудрости, миндалин и матки. В то же время, однако, страховщики находятся под влиянием растущего спроса на альтернативные виды лечения — такие, как иглоукалывание, гомеопатия, остеопатия и хиропрактика (расходы британских страховщиков в этих областях растут особенно быстро), — и поэтому расширяют покрытие для лечебных практик, доказательная база которых недостаточна или отсутствует. Сомнительно, чтобы предоставление неэффективного лечения тем, кто готов за него заплатить, было политически целесообразно. Возможно, такое лечение приемлемо в той мере, в какой оно безвредно; вместе с тем существует опасность, что недостаточно информированным больным будет назначена завышенная цена.

В Нидерландах недостаточно развитая функция «привратника» в частном секторе (иначе говоря, недостаточный контакт между лицами, застрахованными частным образом, и врачами общей практики) отрицательно влияет на аналогичную функцию в государственном секторе. До недавнего времени лица, застрахованные по государственной схеме, могли встретиться со специалистом или лечь в больницу только после получения направления от врача общей практики. Однако в результате конкуренции со стороны агентов добровольного медицинского страхования, настаивающих на направлении, некоторые государственные медицинские фонды решились ослабить свои требования к функции «привратника» (Kulu-Glasgow *et al.* 1998).

Исследования по Франции (где страховщики дополнительно покрывают совместные платежи, обязательные по государственной схеме) показали, что лица, купившие услуги дополняющего добровольного медицинского страхования, пользуются медицинской помощью больше других: они посещают врача в среднем по полтора раза каждые три месяца (остальные — 1,1 раза) и обращаются за медицинской помощью каждые 73 дня (остальные — не менее 100 дней) (Vreuil-Genier 2000). Замечено, что в Германии представители относительно обеспеченной социальной прослойки обращаются к врачам-специалистам чаще, чем остальные жители; считается, что этот факт отражает приверженность богатых людей к добровольному медицинскому страхованию (Wysong and Abel 1990), однако причина может заключаться и в более высокой степени их информированности и образованности.

Социальная справедливость

В нашем распоряжении мало точных данных о том, как рост добровольного медицинского страхования в странах ЕС влияет на социальную справедливость. Так или иначе, среди абонентов добровольного медицинского страхования преобладают люди с высокими заработками; любая форма налоговых стимулов к использованию услуг добровольного медицинского страхования в странах ЕС будет субсидировать богатых и, следовательно, будет регрессивной с точки зрения финансирования здравоохранения. Добровольное медицинское страхование, скорее всего, повышает степень неравенства при поставках услуг там, где оно ускоряет доступ к услугам.

Анализ финансирования здравоохранения в 12 странах Организации экономического сотрудничества и развития с точки зрения «вертикальной» справедливос-

ти (то есть степени неравенства по отношению к лицам с неравными доходами)¹³ показал, что в начале 1990-х годов добровольное медицинское страхование в Ирландии, Испании и Франции носило регрессивный, тогда как в Великобритании, Германии, Дании, Италии, Нидерландах и Португалии — прогрессивный характер, а в Финляндии оно было пропорционально доходам (Wagstaff *et al.* 1999). Анализ показал также, что со временем добровольное медицинское страхование становилось менее прогрессивным во всех странах за исключением Испании. Прогрессивный характер добровольного медицинского страхования в некоторых странах может быть приписан тому обстоятельству, что, например, в Германии и Нидерландах абонентами могут стать только лица с высокими заработками, а в ряде других стран большинство абонентов представляет относительно богатую прослойку населения¹⁴. Финансирование здравоохранения в тех же странах было исследовано также с точки зрения «горизонтальной» справедливости (то есть степени равенства по отношению к лицам с одинаковыми доходами). Анализ последствий перераспределения средств среди лиц с одинаковыми доходами показал, что добровольное медицинское страхование привело к росту неравенства в Ирландии и во Франции, не повлияло на степень равенства в Дании и привело лишь к очень незначительному уравнивающему эффекту в Германии и Нидерландах (van Doorslaer *et al.* 1999).

Добровольное медицинское страхование может усилить неравенство в системе здравоохранения Испании, что чревато ухудшением здоровья бедных (Vogtas *et al.* 1999). Исследование социального неравенства при доступе и использовании медицинских услуг в Каталонии показало, что двойное страховое покрытие не влияет на картину распределения обращений за государственной медицинской помощью по социальным слоям, однако социальное неравенство обнаруживается при использовании услуг, которые лишь частично предоставляются государством (преимущественно стоматологических услуг); к зубным врачам чаще обращаются абоненты дополняющего добровольного страхования (Rajmil *et al.* 2000).

Считается, что экспансия дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования не приведет к росту регрессивности финансирования здравоохранения, поскольку лица, обращающиеся к услугам этих типов добровольного медицинского страхования, будут платить за свое лечение вдвое больше (Propper and Green 1999). По этой логике двойная оплата может быть даже полезной, ибо она снижает спрос в государственной системе здравоохранения, позволяя тратить больше средств на тех, кто не охвачен добровольным медицинским страхованием (Propper and Green 1999). Хотя эта логика поначалу кажется правдоподобной, она вовсе не обязательно воплощается на практике. Так, спрос на медицинские услуги в государственном и частном секторах Великобритании удовлетворяется одними и теми же врачами; соответственно активизация частного сектора сама по себе может не привести к ускорению обслуживания в государственном секторе. Двойная оплата или двойное покрытие может отрицательно повлиять на медицинское обслуживание там, где не существует отчетливой границы между государственными и частными поставками (как в Великобритании), а также там, где некоторые поставщики оплачиваются из обоих секторов (что чревато перемещением расходов из частного сектора в государственный). При таких обстоятельствах влияние дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования на социальную справедливость (с учетом как справедливости при финансировании, так и справедливости при получении услуг) будет отрицательным. Трудно представить себе также, каким образом экспансия дополняющего и добавочного добровольно-

го медицинского страхования может повысить эффект перераспределения средств при финансировании здравоохранения.

Выводы

В настоящей главе мы выделили три типа добровольного медицинского страхования в странах ЕС: замещающее страхование (служит заменой государственной системе), дополняющее страхование (предоставляет покрытие для услуг, не компенсируемых или лишь частично компенсируемых государством) и добавочное страхование (служит ускорению доступа и расширению потребительского выбора), причем граница между двумя последними типами не всегда достаточно ясна.

Имеющиеся данные не свидетельствуют о том, что страны ЕС поощряют экспансию добровольного медицинского страхования. Государственные системы здравоохранения продолжают предоставлять всеобъемлющие льготы и пособия; правительства стремятся сократить или упразднить налоговые стимулы к покупке услуг добровольного медицинского страхования, считая их дорогими, регрессивными и в значительной степени неэффективными с точки зрения стимулирования спроса; рост расходов частного сектора в последнее время был вызван преимущественно расширением сборов с пользователей.

Несмотря на устойчивый экономический подъем в ряде странах ЕС, в течение 1990-х годов уровень добровольного медицинского страхования вырос очень незначительно или остановился на достигнутом уровне. Во многих странах ЕС — даже там, где непосредственные платежи поставщикам наличными распространены относительно широко, — добровольное медицинское страхование охватывает незначительную часть населения. Наш анализ показывает, что это связано с дороговизной добровольного медицинского страхования по сравнению с государственной системой. Рост премий во многих странах ЕС постоянно опережает темпы инфляции. Растущий спрос на услуги добровольного медицинского страхования в 1980-х и в начале 1990-х годов мог быть связан с заметным ростом групповых закупок услуг добровольного медицинского страхования; групповые закупки получили широкое распространение в 1980-х, а групповые полисы преобладают в ряде стран ЕС донныне. Страхование путем групповых контрактов продолжает развиваться быстрее, чем индивидуальное добровольное медицинское страхование — вероятно потому, что групповые премии заметно ниже индивидуальных и их ежегодный рост также менее значителен.

Данные о распространении добровольного медицинского страхования в странах ЕС свидетельствуют о том, что большинство абонентов — лица с высокими доходами. Это вполне естественно, если речь идет о замещающем добровольном медицинском страховании: ведь право на покупку такого страхования определяется размером доходов или родом занятий. Вместе с тем дополняющее и добавочное добровольное медицинское страхование также распространено преимущественно среди богатых людей.

Рынок добровольного медицинского страхования в странах ЕС весьма разнообразен в том, что касается типологии страховщиков. Впрочем, число действующих на этом рынке страховых компаний падает; дальнейшая консолидация рынка кажется вполне вероятной. По традиции на рынке добровольного медицинского страхования многих стран ЕС преобладают некоммерческие ассоциации взаимопомощи, часто пользующиеся налоговыми льготами. Однако такое положение ед-

ва ли будет сохраняться неопределенно долго: так, льготы, предоставляемые ассоциациям взаимопомощи во Франции, могут стать предметом разбирательства в Европейском суде. Вероятно, со временем доля коммерческих страховщиков на рынке будет расти.

В 1994 г. рынок дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования в ЕС подвергся либерализации и дерегулированию, однако позитивные ожидания, связанные со снятием регулирующих мер (активизация конкуренции с последующим ростом эффективности и расширением потребительского выбора), не оправдались. При внимательном взгляде на рынок ЕС становится ясно, что дерегулирование привело к серьезному обострению информационных трудностей, ограничивающих возможности для конкуренции и повышения эффективности и снижающих уровень социальной справедливости. Дергулирование привело также к ослаблению полномочий регулирующих органов по защите потребителей.

Учитывая информационные трудности, присущие любому страховому рынку, приватизацию следует сопровождать жестким государственным контролем за информационными потоками. Со времени отмены контроля за ценами и продуктами дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования (1994 г.) рынки наводнены разнообразными страховыми продуктами, однако в отсутствие четкой информации о ценах, качестве и условиях абоненты добровольного медицинского страхования испытывают трудности со сравнением этих продуктов, что ставит их в невыгодное положение на конкурентном рынке. По существу неясно, возможна ли конкуренция по ценам и продуктам на таком рынке в принципе.

Вертикальная интеграция страховщиков и поставщиков медицинских услуг не пользуется в ЕС большим успехом — отчасти из-за ограниченных масштабов рынка, отчасти же потому, что рынок существует ради расширения потребительского спроса. Судя по немногочисленным доступным данным, рынку добровольного медицинского страхования ряда стран ЕС присуща практика «снятия сливок», чреватая пробелами в страховом покрытии уязвимых слоев населения, прежде всего пожилых людей. Уравнивающие финансовые механизмы, способные ослабить стимулы страховщиков к «снятию сливок» в долгосрочной перспективе, применяются только в Ирландии и Нидерландах; высказываются опасения, что такие механизмы могут быть отменены как противоречащие действующему законодательству ЕС.

Там, где границы между государственными и частными медицинскими услугами недостаточно отчетливы, добровольное медицинское страхование может отрицательно влиять на систему здравоохранения в целом; в частности, оно заметно подрывает усилия по повышению эффективности. Добровольное медицинское страхование может способствовать обострению неравенства при доступе к медицинским услугам, о чем свидетельствуют данные по ряду стран ЕС.

Сноски

¹ В применении к ЕС мы используем термин «добровольное медицинское страхование». Добровольным мы называем такое медицинское страхование, которое приобретается и оплачивается по свободному выбору индивидов или нанимателей в интересах индивидов. Добровольное медицинское страхование может предоставляться государственными или квазигосударственными органами и коммерческими и некоммерческими частными организациями.

² За исключением Нидерландов и, в меньшей степени, Германии.

³ Мы обсуждаем добровольное медицинское страхование от расходов на медицинские услуги. В ЕС добровольное медицинское страхование охватывает также потерю заработка, денежные пособия и долгосрочный уход; впрочем, на практике лишь немногие рынки поддаются подобной детализации.

⁴ Государственные служащие в Нидерландах также обязаны выйти из государственной системы; они обслуживаются специальной государственной схемой медицинского страхования, очень похожей на общую государственную схему.

⁵ Приведенные цифры, характеризующие уровень страхового покрытия, должны интерпретироваться с известной осторожностью. Так, во Франции степень охвата населения весьма высока (85%), однако это касается компенсации совместных платежей, обязательных по условиям государственной схемы страхования. Дополняющим добровольным медицинским страхованием охвачено всего 20% населения (CEA 1999).

⁶ Под ценовой эластичностью понимается изменение спроса на товар или услугу, вызванное изменением цены на этот товар или эту услугу. Эластичность, обусловленная доходом, — это такое изменение спроса на товар или услугу, которое вызвано изменением размера доходов лица, приобретающего данный товар или данную услугу.

⁷ В 1998 г. расходы на добровольное медицинское страхование обошлись правительству США в 111,2 млрд долл. От этого выиграли в основном богатые: семьи с доходом 100000 долл. и выше (10% населения) получили 23,6% всех налоговых субсидий на добровольное медицинское страхование (Sheils and Hogan 1999).

⁸ Агентство BUPA Ireland — единственный крупный страховщик, появившийся и оставшийся на ирландском рынке после открытия последнего для ограниченной конкуренции в 1994 г. На ирландском рынке доминирует Совет по добровольному медицинскому страхованию (Voluntary Health Insurance Board), основанный в 1957 г. как некоммерческий квазигосударственный независимый орган. Вскоре он будет преобразован в государственную компанию с ограниченной ответственностью с полной свободой коммерческой деятельности (Department of Health and Children 1999).

⁹ Групповые схемы страхования также ограничивают негативный отбор, налагая обязательное страховое покрытие и тем самым осуществляя широкий пулинг рисков (Gauthier *et al.* 1995; Deber *et al.* 1999).

¹⁰ Если же предварительное разрешение предусмотрено государственной системой, оно обычно применяется только к такому лечению, которое должно проводиться за границей ввиду отсутствия соответствующих возможностей на родине.

¹¹ В наших оценках норм прибыли не учитываются вложения доходов или прибылей.

¹² Хотя многие страховщики в ЕС имеют статус некоммерческих организаций или ассоциаций взаимопомощи, их доходы все еще могут превышать (и, как правило, превышают) расходы. То же относится к некоммерческим страховщикам в США.

¹³ В регрессивной системе финансирования бедные тратят на здравоохранение большую долю своего дохода, нежели богатые. В пропорциональной системе доля всех одинакова. В прогрессивной системе богатый тратит большую долю своего дохода, чем бедный.

¹⁴ Поскольку доступ к замещающему добровольному медицинскому страхованию определяется преимущественно размером дохода, ожидается, что среди абонентов этого вида страхования будут преобладать люди с высокими заработками. Состав абонентов дополняющего и добавочного добровольного медицинского страхования, по идее, должен варьировать в более широких пределах, однако и здесь преобладают относительно богатые люди.

Литература

- ABI (2000) *The Private Medical Insurance Market*. London: Association of British Insurers.
- Audit Commission (1995) *National Report. The Doctor's Tale: The Work of Hospital Doctors in England and Wales*. London: HMSO.
- AXA Sun Life (1999) *Sun Life and Provincial Holdings Annual Report and Accounts for 1999*. Bristol: AXA Sun Life.
- Bain, J. (1956) *Barriers to New Competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Barer, M. and Evans, R. (1992) Interpreting Canada: models, mind-sets and myths, *Health Affairs*, 11(1): 44-61.
- Barr, N. (1998) *The Economics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- 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 25 February 2001).
- Beck, K. and Zweifel, P. (1998) Cream-skimming in deregulated social health insurance: evidence from Switzerland, *Developments in Health Economics and Public Policy*, 6: 211-27.
- Bennett, C.L., Schwarz, B. and Marberger, M. (1993) Health care in Austria: universal access, national health insurance and private health care, *Journal of the American Medical Association*, 269(21): 2789-94.
- Besley, T., Hall, J. and Preston, I. (1998) Private and public health insurance in the UK, *European Economic Review*, 42(3-5): 491-7.
- Besley, T., Hall, J. and Preston, I. (1999) The demand for private health insurance: do waiting lists matter?, *Journal of Public Economics*, 72: 155-81.
- Blanpain, N. and Pan Ke Shon, J-L. (1997) L'assurance complementaire maladie: une diffusion encore inegale [Complementary health insurance: an unequal distribution], *INSEE Premiere*, 523, June.
- BMI (2000) *Medical Insurance*, London: BMI Europe Ltd. <http://www.bmieurope.com/cover/medical.html> (accessed 25 February 2001).
- Borras, J., Guillen, M., Sanchez, V., Junca, S. and Vicente, R. (1999) Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain), *European Journal of Cancer Prevention*, 8: 427-34.
- Breuil-Genier, P. (2000) Generaliste puis specialiste: un parcours peu frequent, *INSEE Premiere*, 709, April.
- BUPA (2000) *Report and Accounts 1999*. London: BUPA.
- BUPA Ireland (2000) *BUPA Ireland Chief Calls for Healthy Competition: Risk Equalisation 'Rigs the Market'*, Dublin: BUPA Ireland. <http://www.bupaireland.ie/whatsnew/rigsthemarket.htm> (accessed 25 February 2001).
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Byrne, A. (1997) The Voluntary Health Insurance Board: prospects for survival in a competitive environment, *Administration*, 45(2): 59-79.
- Calnan, M., Cant, S. and Gabe, J. (1993) *Going Private: Why People Pay for their Health Care*. Buckingham: Open University Press.
- CareHealth (2000) *Criticisms of Private Medical Insurance by the Office of Fair Trading*, London: CareHealth. <http://www.carehealth.co.uk/pmicrit.htm> (accessed 25 February 2001).
- CEA (1997) *Health Insurance in Europe 1997*. Paris: Comite Europeen des Assurances.
- CEA (1999) *Annual Report 1999*. Paris: Comite Europeen des Assurances.
- CEA (2000) *Health Insurance in Europe: 1998 Data*, CEA ECO 12, July. Paris: Comite Europeen des Assurances.
- Couchman, A. (1999) *UK Health and Welfare Insurance, Management Reports 1999*. London: Financial Times Finance.
- Couffinal, A. (1999) *Concurrence en assurance sante: entre efficacite et selection [Competition in health insurance: between efficiency and selection]*. PhD thesis, Universite Paris IX-Dauphine.

- Danzon, P.M. (1992) Hidden overhead costs: is Canada's system really less expensive?, *Health Affairs*, 11: 21-43.
- Datamonitor (2000) *European Health Insurance 2000: What's the Prognosis, Doctor?* London: Datamonitor.
- Davey, B. (1998) *The OFT's continuing work on health insurance, a Speech to the Money Marketing Conference on Health Insurance*, 22 April, London: Office of Fair Trading. <http://www.offt.gov.uk/html/rsearch/sp-arch/speech10.htm> (accessed 25 February 2001).
- Davies, P. (1999) The role of health insurance in New Zealand: health insurance in New Zealand, *Healthcare Review — Online*, 3(4 April 1999). http://www.enigma.co.nz/hcro_articles/9904/vol3no4_002.htm (accessed 25 February 2001).
- Deber, R., Gildiner, A. and Baranek, P. (1999) Why not private health insurance? 1. Insurance made easy, *Canadian Medical Association Journal*, 161(5): 539-42.
- Department of Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. London: The Stationery Office.
- Department of Health and Children (1999) *Private Health Insurance, White Paper*. Dublin: Government of Ireland.
- Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: Portugal*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Dixon, A. and Mossialos, E. (2000) Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency?, *International Social Security Review*, 53(5): 49-78.
- Doyle, Y. and Bull, A. (2000) Role of private sector in United Kingdom health care system, *British Medical Journal*, 321: 563-5.
- Emmerson, C., Frayne, C. and Goodman, A. (2000) *Pressures in UK Healthcare: Challenges for the NHS*, Commentary 81. London: The Institute for Fiscal Studies.
- Emmerson, C., Frayne, C. and Goodman, A. (2001) Should private medical insurance be subsidised?, *Health Care UK*, 51(4): 49-65.
- 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*, L228(11/08): 1-23.
- European Commission (1997) *Liberalisation of Insurance in the Single Market — an Update, 15 October 1997*. Brussels: European Commission. http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/finances/insur/87.htm (accessed 25 February 2001).
- European Commission (2000) *Insurance: Infringement Proceedings against France Concerning Mutual Societies and the Requirement of a Marketing Information Sheet*, 28 July. Brussels: The European Commission.
- Freire, J. (1999) The new tax status of private health insurance, *Gaceta Sanitaria*, 13(3): 233-6.
- Gauthier, A., Lamphere, J.A. and Barrand, N.L. (1995) Risk selection in the health care market: a workshop overview, *Inquiry*, 32: 14-22.
- Hermesse, J. and Lewalle, H. (1995) Regulation of prices and services covered by complementary health schemes: status quo and future needs, in M. Schneider (ed.) *Complementary Health Schemes in the European Union*, European Commission Seminar, Prien am Chiemsee, Bavaria, 14-16 October 1992. Augsburg: BASYS.
- INSEE (2000) *Tableaux de l'Economie Francaise 1999/2000* [Overview of the French Economy 1999/2000]. Paris: National Institute for Statistics and Economic Studies.
- King, D. and Mossialos, E. (2001) *Determinants of the Demand for Private Medical Insurance in Britain*, LSE Health and Social Care Working Paper. London: LSE Health and Social Care.
- Kulu-Glasgow, I., Delnoij, D. and de Bakker, D. (1998) Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general practitioner, *Health Policy*, 45: 221-38.
- Laing and Buisson (2000) *Private Medical Insurance: UK Market Sector Report 2000*. London: Laing and Buisson.

174 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Light, D. (1998) Keeping competition fair for health insurance: how the Irish beat back risk-rated policies, *American Journal of Public Health*, 88(5): 745-8.

Lopez i Casanovas, G. (1999) Health care and cost containment in Spain, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Manning, W.G. and Marquis, M.S. (1989) *Health Insurance: The Trade-off between Risk Pooling and Moral Hazard* (R-3729-NCHSR). Santa Monica, CA: RAND.

Marquis, M.S. and Long, S.H. (1995) Worker demand for health insurance in the nongroup market, *Journal of Health Economics*, 14: 47-63.

Mason, E.S. (1939) Price and production policies of large-scale enterprise, *American Economic Review*, 29(suppl.): 61-74.

Ministry of Health, Welfare and Sport (2000) *Health Insurance in the Netherlands*, 5th edn. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport.

Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) Cost containment in the EU: an overview, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Mossialos, E. and Thomson, S.M.S. (2001) *Voluntary Health Insurance in the European Union*, LSE Health and Social Care Discussion Paper No. 19. London: LSE Health and Social Care.

Natarajan, K. (1996) *European Health Insurance Markets: Opportunity or False Dawn?* London: FT Financial Publishing/Pearson Professional Ltd.

OECD (1998) *Competition and Related Regulation Issues in the Insurance Industry*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2000) *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Office of Fair Trading (1996) *Health Insurance: A Report by the Office of Fair Trading*. London: Office of Fair Trading.

Office of Fair Trading (1999) *VHI and PMS Markets are Competitive Says OFT but Better Information for Policy Holders is Needed*, 5 November. London: Office of Fair Trading.

O'Shea, D. (2000) Private bed charges to increase by .35 million, *Irish Medical Times*, 34: 24.

Papworth, J. (2000) Take more care of yourself, *The Guardian*, 5 August.

Payne, D. (2000) Health insurer delays psychiatric admissions, *British Medical Journal*, 320: 1162.

Pellise, L. (1994) Reimbursing insurance carriers: the case of 'MUFACE' in the Spanish health care system, *Health Economics*, 3: 243-53.

PKV (1994) *Private Health Insurance: Facts and Figures 1992/93*. Cologne: Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

PPP Healthcare (2000) *PPP Healthcare Update — 09/11/1999*, Kent: PPP Healthcare. <http://www.ppphealthcare.co.uk/html/siteplan/siteplan.htm> (accessed 25 February 2001).

Propper, C. and Green, K. (1999) *A Larger Role for the Private Sector in Health Care? A Review of the Arguments*, CMPO Working Paper No. 99/009. Bristol: Centre for Market and Public Organization.

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 Healthcare) (2000) *Europe and Healthcare*, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. <http://www.rvz.net/Samenvat/Werk99/europe.htm> (accessed 25 February 2001).

Rajmil, L., Borrell, C., Starfield, B. *et al.* (2000) The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain), *Archives of Diseases in Childhood*, 83(3): 211-14.

Rees, R., Gravelle, H. and Wörnbach, A. (1999) Regulation of insurance markets, *Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 24: 55-68.

Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

- Rocard, M. (2000) *Report on Supplementary Health Insurance (A5-0266/2000)*. Brussels: Committee on Employment and Social Affairs.
- Rupprecht, F., Tissot, B. and Chatel, F. (2000) German health care system: promoting greater responsibility among all system players, *INSEE Studies*, 42(January): 1-23.
- Santerre, R. and Neun, S. (2000) *Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies*. Orlando, FL: The Dryden Press.
- Schneider, M. (ed.) (1995) *Complementary Health Schemes in the European Union*, European Commission seminar, Prien am Chiemsee, Bavaria, 14-16 October 1992. Augsburg: BASYS.
- Sheils, J. and Hogan, P. (1999) Cost of tax-exempt health benefits in 1998, *Health Affairs (Millwood)*, 18(2): 176-81.
- Sissouras, A., Karokis, A. and Mossialos, E. (1999) Health care and cost containment in Greece, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Taroni, F. (2000) Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy, *Euro Observer*, 2(1): 1-2.
- van de Ven, W.P.M.M. (2000) The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands, presented at the First Meeting of the European Health Care Systems Discussion Group (EHCSDG), London School of Economics and Political Science, 14-15 September.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. *et al.* (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-313.
- van de Ven, W.P.M.M., van Vliet R.C.J.A., Schut, F.T., van Barneveld, E.M. (2000) Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies?, *Journal of Health Economics*, 19: 311-39.
- Voluntary Health Insurance Board (2000) *Annual Report 2000*. Dublin: Voluntary Health Insurance Board.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. *et al.* (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18(3): 263-90.
- Wasem, J. (1995) Regulating private health insurance markets, in K. Okma (ed.) *Four Country Conference on Health Care Reforms and Health Care Policies in the United States, Canada, Germany and the Netherlands*, Amsterdam, 23-25 February. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Woolhandler, S. and Himmelstein, D.U. (1991) The deteriorating administrative efficiency of the US health care system, *New England Journal of Medicine*, 324: 1253-8.
- Wysong, J.A. and Abel, T. (1990) Universal health insurance and high-risk groups in West Germany: implications for US health policy, *The Milbank Quarterly*, 68(4): 527— 60.
- Youngman, I. (1994) *The Health Insurance Opportunity: A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets*. Dublin: Lafferty Publications.
- Zweifel, P. (1987) Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis, *Health Policy*, 7(2): 273-88.

глава СЕДЬМАЯ

Сборы с пользователей

Рэй Робинсон¹

Введение

Из-за больших расходов на лечение и недостаточной определенности в том, что касается спроса на медицинские услуги, прямые сборы с пользователей в большинстве европейских стран составляют лишь небольшую долю общих расходов на здравоохранение. Преобладают различные типы пулинга рисков, призванного защитить людей от финансовых последствий болезни. Например, в США действует обширный рынок частного страхования, тогда как в большинстве европейских странах большее внимание уделяется схемам, которые финансируются государством из взносов социального страхования или из общих налогов. В схемах, финансируемых государством, размер взносов каждого индивида обусловлен не столько уровнем риска, сколько платежеспособностью. Однако любые схемы страхования — как государственные, так и частные, — защищают индивида от всех финансовых затрат на медицинскую помощь в течение того времени, когда он ее получает. Что касается стороннего плательщика — как государственного, так и частного, — то он полностью или частично оплачивает предъявленный счет.

Хотя система сторонних плательщиков хорошо согласуется с природой рынка здравоохранения, отсутствие сборов с пользователей периодически подвергается критике за то, что оно способствует чрезмерному спросу на медицинские услуги и, следовательно, росту расходов на здравоохранение, то есть создает проблему морального риска. Утверждается, что введение или повышение сборов с пользователей заставит людей более осознанно относиться к стоимости медицинской помощи и удержит их от таких обращений за помощью, которые не продиктованы реальной необходимостью: ведь ожидаемая предельная частная выгода не должна быть ниже предельной частной себестоимости (или, на уровне общества в целом, предельная социальная выгода не должна быть ниже предельной социальной себестоимости).

Вдобавок к этому аргументу выдвигается еще один довод в пользу сборов с пользователей: они обеспечивают дополнительный доход, если правительства испытывают трудности с финансированием здравоохранения из налоговых поступлений или из взносов социального страхования. Сказанное относится к ряду стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, где незначительный эконо-

мический рост, падение уровня занятости и недоверие к правительственному финансированию серьезно затрудняют опору на общее налогообложение и взносы социального страхования. В подобных обстоятельствах разделение затрат (доплата пользователей за медицинскую помощь) не имеет целью снизить спрос; напротив, если спрос характеризуется отсутствием ценовой эластичности, дополнительные доходы всемерно повышаются.

Настоящая глава посвящена анализу этих аргументов в поддержку сборов с пользователей. Предлагается аналитическая методология, позволяющая оценить международные данные о практике сборов с пользователей и о ее влиянии. Приводится также обзор данных о масштабах сборов с пользователей в странах Западной, Центральной и Восточной Европы; выявляются некоторые важные тенденции. Затем оценивается влияние сборов с пользователей с точки зрения таких критериев, как эффективность, социальная справедливость и общественная приемлемость. Наконец, обсуждается проблема разделения затрат и приводятся предварительные аргументы относительно привлекательности сборов с пользователей для политиков и чиновников.

Аналитическая основа исследования

Сборы с пользователей могут принимать различные формы, которые можно представить как различные участки континуума, на одном конце которого находится нулевое разделение затрат (все платежи осуществляются сторонним плательщиком), тогда как на другом конце — стопроцентные сборы с пользователей (все платежи осуществляются из кармана пользователя). В этом континууме выделяются две области: прямое разделение затрат и косвенное разделение затрат (Rubin and Mendelson 1995).

Прямое разделение затрат включает совместные платежи (в виде твердого гонорара или отдельной платы за каждую услугу), сострахование (определенный процент расходов), франшизы (вычет определенной суммы из любых страховых выплат) и балансовое выписывание счетов (дополнительный сбор, взимаемый поставщиком вдобавок к тому, что он получает от стороннего плательщика). Косвенное разделение затрат имеет отношение к тем полисам, которые предполагают возможность платежей наличными даже в отсутствие сборов, прямо взимаемых с больных. Речь может идти о страховых договорах, не предусматривающих компенсации за некоторые услуги (например, за оплодотворение *in vitro*), и о различных формах фармацевтических регулирующих механизмов, в том числе по замене патентованного средства непатентованным (Rubin and Mendelson 1995).

Здесь речь пойдет главным образом о системах прямого разделения затрат (то есть о прямой доплате пользователей за медицинскую помощь), однако нам нужно иметь в виду некоторые осложняющие факторы. Например, эмпирические сведения о платежах наличными из кармана пользователя по каждой отдельно взятой стране обычно охватывают всю совокупность сборов с пользователей; разграничение между прямым и косвенным разделением затрат не проводится. Более того, в некоторых странах (например, во Франции) люди обращаются к услугам страхования, чтобы оплатить расходы, проистекающие из разделения затрат; в подобных случаях сторонний плательщик покрывает даже прямые расходы. Наконец, в большинстве стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР неофициальные платежи представляют собой важный источник прямого разделения затрат, од-

нако не соответствуют нормам прозрачности, обязательным для официальных систем и, следовательно, в основном остаются неучтенными (см. главу 8).

Анализируя влияние схем прямого разделения затрат Чокли и Робинсон (Chalkley and Robinson 1997) отмечают важность структуры платежей, которые приходится делать пользователям системы здравоохранения. Они, в частности, указывают на значение предельных цен и на их ожидаемое влияние. Схемы взимания сборов с пользователей разнообразны; среди них — линейное установление цены (сострахование), двойные тарифы, нелинейная полная фиксация предельной себестоимости (франшизы), нелинейная частичная фиксация предельной себестоимости (балансовое выписывание счетов или референтное установление цены). Каждая из этих схем предусматривает особые финансовые стимулы к получению прибыли.

Внимательное отношение к предельным ценам особенно важно в таких областях, где спрос определяется пользователем и основное внимание сосредоточено на объеме или качестве услуг, предоставляемых конкретному больному. Сказанное относится, в частности, к консультациям врачей общей практики, а в некоторых случаях и к фармацевтическим рецептам. В обеих названных областях предельные цены могут быть важным фактором, детерминирующим выбор.

Помимо классификации типов разделения затрат важно установить критерии оценки эффективности отдельных схем. Кутцин (Kutzin 1998) указывает на два главных экономических критерия — эффективность и справедливость. В данном случае понятие «эффективность» может пониматься в различных смыслах. Если цель разделения затрат заключается в предотвращении «излишнего» спроса, ключевой мерой служит воздействие разделения затрат на использование услуг. Однако важно исследовать также влияние разукрупняющих изменений (редукций) в использовании услуг, что непосредственно связано с влиянием разделения затрат на общую ситуацию со здоровьем населения. Оценка воздействия разделения затрат на уровень и общую картину спроса позволяет оценить эффективность системы с точки зрения распределения финансирования.

Однако в некоторых странах цель разделения затрат заключается не столько в сокращении спроса, сколько в создании прибылей для финансирования здравоохранения, когда альтернативное финансирование (например, финансирование из налоговых поступлений) недоступно. Эта стратегия, предусматривающая снижение государственных расходов на здравоохранение, иногда обсуждается с точки зрения макроэкономической эффективности, однако по существу она имеет мало общего с представлениями экономистов об эффективности. Скорее ее следовало бы назвать политикой сдерживания расходов в государственном секторе. Такое разделение затрат может оцениваться с точки зрения успеха или неуспеха в достижении указанной цели; вместе с тем нельзя не отметить, что желательность самой цели не вполне очевидна.

Критерий справедливости в здравоохранении трудно поддается определению. В связи с проблемой разделения затрат, по-видимому, достаточно изучить вопрос о том, приводит ли обязательное разделение затрат к такому нарушению равновесия в использовании услуг, которое не идет на пользу относительно бедным слоям населения. При несколько более широком взгляде на проблему целесообразно выяснить воздействие разделения затрат на уязвимые группы населения, прежде всего на стариков и лиц с хроническими болезнями, независимо от их доходов. Следует учитывать как справедливость в аспекте финансирования, так и справедли-

вость в аспекте использования услуг (долю сборов с пользователей в структуре доходов различных социоэкономических групп).

Для оценки функционирования большинства политических инструментов в области здравоохранения экономисты используют критерии эффективности и справедливости. Однако по отношению к политике в области здравоохранения применимы и другие соображения. Одно из важнейших — цена и осуществимость мер по разделению затрат. Наконец, существует вопрос о приемлемости разделения затрат с точки зрения общественности. Во многих странах доплата населения за медицинскую помощь — горячо дебатированный политический вопрос. Общественное мнение может реально помешать мерам по разделению затрат.

Итак, любая схема разделения затрат должна оцениваться с точки зрения ее воздействия на эффективность и справедливость (в том числе на ситуацию со здоровьем населения в целом) и с точки зрения ее приемлемости для общественности.

Обзор практики разделения затрат (доплаты населения за медицинские услуги) в разных странах Европы

Проблеме доплаты населения за медицинскую помощь посвящены труды: Mossialos and Le Grand 1999 (на материале стран Западной Европы) и Kutzin 1998 (на материале стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР). Результаты этих исследований обобщены в таблицах 7.1 и 7.2. Хотя получение данных, единообразно стандартизированных по всем странам, сопряжено с трудностями, таблицы предоставляют обширную информацию о практике разделения затрат в каждой из исследованных стран по следующим основным видам услуг: консультации врачей первичной помощи и амбулаторное лечение, консультации врачей-специалистов, стационарное лечение, медикаменты и стоматология. В таблице 7.1 показана также относительная значимость разделения затрат (как прямого, так и косвенного) для отдельных стран.

Сравнительный анализ по различным странам приводит к следующим результатам. Основная область разделения затрат — медикаменты. Разделение затрат в фармацевтическом секторе практикуется во всех 15 странах ЕС. В большинстве случаев оно принимает форму сострахования; доля пользователя варьирует в зависимости от типа продукта. В случае медикаментов, предназначенных для лечения опасных для жизни болезней или оказывающих особенно сильное терапевтическое воздействие, доля пользователя обычно менее высока, чем в случае лекарств, влияние которых на качество жизни больного носит менее серьезный характер. Однако сострахование практикуется не во всех странах. В Великобритании, а для некоторых лекарств и в Бельгии и Италии, разделение затрат принимает форму совместных платежей по фиксированной ставке. Такие платежи были введены и в Германии, однако здесь они варьируют в зависимости от размера приобретаемого пакета. В Германии, Нидерландах и Швеции используется практика установления референтной цены; потребители оплачивают ту часть расходов, которая превышает референтную цену.

Практика разделения затрат по отношению к консультациям врачей общей практики и амбулаторному лечению в разных странах варьирует. Системы разделения затрат в данном секторе действуют в девяти странах. Используются совместные платежи (в Ирландии и Швеции), сострахование (в Австрии, Бельгии и Франции), балансовое выписывание счетов (в Греции и Дании²). В Великобритании,

Германии, Испании, Италии и Нидерландах консультации врачей общей практики не предполагают сборов с пользователей.

В большинстве стран (11 из 15) практика разделения затрат применяется к консультациям врачей-специалистов. Часто используются те же формы разделения затрат, что и по отношению к услугам врачей общей практики. Так, во Франции и в Люксембурге доля пользователя в состраховании одна и та же — соответственно 30 и 35% — как при консультировании у врача общей практики, так и при консультировании у врача-специалиста. В большинстве стран балансовое выписывание счетов не предусмотрено. Впрочем, в Бельгии, Дании и Франции эта практика применяется по отношению к консультациям врачей-специалистов.

В девяти странах приняты сборы за стационарное лечение. Обычно это совместные платежи по твердой ставке за день лечения, с оговоренным максимумом оплачиваемых таким образом дней (такая практика применяется в Австрии, Германии, Нидерландах). Иногда доля пользователя в совместных платежах снижается в случае продления срока пребывания в стационаре (как в Бельгии и Ирландии). Во Франции с больного взимается небольшая дополнительная плата за «гостиничные» услуги. В Люксембурге дифференциальные совместные платежи взимаются за больничные койки «первого» и «второго» классов.

Во всех странах ЕС приняты сборы за стоматологические услуги. В нескольких странах (в том числе в Бельгии, Италии и Португалии) преобладает частная стоматология и больные оплачивают полную стоимость лечения. В других странах (в том числе в Великобритании, Германии, Ирландии и Испании) основные профилактические услуги предоставляются бесплатно, однако по отношению к другим видам стоматологических услуг применяются различные формы совместных платежей и сострахования. В большинстве стран стоматологические услуги рассматриваются как второстепенная часть государственной системы здравоохранения; соответственно доля пользователей в разделении затрат на стоматологию относительно высока.

В большинстве стран от участия в разделении затрат освобождаются такие категории населения, как лица моложе 18 лет, лица с низкими доходами, пожилые люди, хронические больные и инвалиды.

В таблице 7.1 показано, какое место занимают сборы с пользователей в покрытии всех расходов на здравоохранение в разных странах. Приведенные данные должны трактоваться с осторожностью хотя бы потому, что в разных странах бухгалтерия ведется по-разному. Кроме того цифры, приведенные в таблице 7.1, отражают, как правило, всю совокупность платежей наличными из кармана пользователя, то есть как прямое разделение затрат (совместные платежи, сострахование, франшизы), так и косвенное разделение затрат (например, полную оплату позиций, исключенных из государственной схемы страховых компенсаций). Тем не менее приведенные данные дают достаточно полное представление о том, в какой степени граждане разных стран защищены от расходов на медицинские услуги на месте их оказания, равно как и о том, насколько граждане должны быть готовы платить за лечение из собственного кармана. Во всех странах, за исключением Греции, Италии и Португалии, доля сборов с пользователей в финансировании здравоохранения составляет не более 20%. В Великобритании, Германии и Нидерландах доплата населения за медицинскую помощь играет крайне незначительную, а в Дании и Швеции — умеренную роль.

Данные о разделении затрат по странам Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР значительно менее доступны. Более того, как показано в главе 8,

практически во всех этих странах широко распространены неофициальные платежи. Во многих случаях основной формой сборов с пользователей являются именно неофициальные платежи, которые, будучи незаконными, не регистрируются. Имея в виду трудности, связанные с подсчетами, мы не можем построить таблицу 7.2 на основе тех же принципов, что и таблицу 7.1. Вместо этого таблица 7.2 показывает, насколько недавние политические изменения коснулись официального разделения затрат и к каким областям применяется эта практика.

В 1990-х годах несколько стран приняли меры по разделению затрат в рамках только что учрежденных схем медицинского страхования. Среди этих стран — Албания, Болгария, Словакия и Хорватия (см. табл. 7.2). Как и в Западной Европе, практически во всех этих странах применяется разделение затрат при оплате фармацевтических рецептов. Доля пользователей часто составляет достаточно весомый процент расходов на медикаменты (в 1997 г. она была равна 25%, а в Венгрии — 35%). Столкнувшись с финансовым кризисом в фармацевтическом секторе, Словакия недавно ввела систему референтных цен, что привело к заметному росту доли пользователей в совместных расходах. Обычны также небольшие сборы за первичную медицинскую помощь или амбулаторное лечение и за домашние визиты. Что касается сборов за специализированные медицинские услуги и за стационарное лечение, то они менее распространены; в Хорватии взимаются сборы за «гостиничные» услуги, в Эстонии — сборы за помещение в отдельную палату, а в Венгрии — сборы за специализированные услуги, оказываемые без направления. В большинстве стран от сборов освобождаются представители уязвимых групп — хронические больные, старики, молодые люди и лица с низкими доходами.

Данные о возможном вытеснении неофициальных, подпольных платежей официальным разделением затрат не сводятся к общему знаменателю. Утверждается, что в Хорватии подпольные платежи стали реже после введения социального страхования в 1993 г. В России замена неофициальных платежей официальными сборами — особая политическая задача. Неофициальные платежи в Литве имеют долгую историю, однако согласно обзору, подготовленному в 1998 г. Государственным фондом помощи больным, число таких платежей уменьшилось благодаря конкуренции и более жесткому контролю за поставщиками. Что касается Албании, то там подпольные платежи все еще распространены весьма широко, несмотря на рост официальных прямых платежей, которые в 1996 г. покрывали около 16% всех расходов на здравоохранение. Аналогичная картина наблюдается в Польше, где между 1992 и 1995 гг. доля лиц, заявивших о том, что им приходилось неофициально оплачивать медицинские услуги, выросла с 16 до 29%.

Влияние сборов с пользователей

Основываясь на предложенной выше методологии, мы оцениваем политику разделения затрат с точки зрения трех основных критериев: эффективности, социальной справедливости и приемлемости для общества. В настоящем разделе собраны данные, позволяющие оценить различные способы разделения затрат по этим трем показателям. Данные почерпнуты из специальной литературы, из информационных изданий, выпускаемых в серии «Наблюдения за европейскими системами здравоохранения» (European Observatory on Health Care Systems), и из результатов социологических исследований, осуществленных для настоящего проекта в Германии, Швеции и Великобритании.

Разделение затрат и эффективность

По мнению теоретиков, отсутствие сборов с пользователей может привести к возникновению моральных рисков и к чрезмерному спросу на медицинские услуги; поэтому большинство эмпирических исследований посвящено выяснению того, как разделение затрат влияет на использование услуг. В 1970-х годах самое обстоятельное исследование в этой области было проведено корпорацией RAND на материале США. Эксперимент RAND представлял собой зондаж 7708 случайно подобранных лиц, предназначенный для того, чтобы выяснить, как влияет разделение затрат на спрос на медицинские услуги и на общую ситуацию со здоровьем населения. Эксперимент был долгосрочным; участники набирались с 1974 по 1977 г. и оставались под наблюдением в течение 3-5 лет. Каждому участнику предоставлялся тот или иной из 15 различных планов медицинского страхования. Планы различались по условиям и характеру разделения затрат.

Результаты эксперимента RAND показали, что интенсивность использования медицинских услуг (измеренная по таким параметрам, как вероятность обращения за медицинской помощью, стационарное лечение, прием пациентов, амбулаторные визиты) падает по мере роста доплаты населения. Вместе с тем картина сниженного использования услуг по ряду показателей (таких, как прием в больницы, назначение антибиотиков, первичная помощь) свидетельствует о том, что разделение затрат сокращает интенсивность использования как эффективных, так и неэффективных — или неподходящих — процедур. Более того, разделение затрат связано также с худшими результатами с точки зрения общей ситуации со здоровьем населения по ряду показателей. Итоги эксперимента порождают серьезные сомнения относительно влияния разделения затрат на микроэффективность (в противоположность микроэкономическому сдерживанию расходов).

Исследование RAND имеет ряд ограничений, которые не позволяют обобщить его результаты и применить их к европейскому опыту. Оно критикуется, в частности, за неспособность измерить воздействие разделения затрат на общий уровень расходов на здравоохранение (Evans *et al.* 1995). Иначе говоря, хотя полученные результаты свидетельствуют о том, что разделение затрат снижает стоимость услуг для стороннего плательщика, поставщики могут со временем распространить свою деятельность на альтернативные услуги (не подлежащие доплате) и тем самым повысить общий уровень расходов. Эксперимент RAND критиковался также за неучет того обстоятельства, что многие решения по использованию услуг принимают не больные, а врачи. Было показано, что на снижение спроса, вызванное введением доплаты для членов одной из профсоюзных страховых программ, врачи в США реагировали мерами по стимулированию спроса среди больных, на которых данный принцип не распространялся (Fahs 1992). Наконец, в эксперименте RAND участвовали только относительно здоровые лица моложе 62 лет.

Так или иначе, исследования, проведенные с применением менее строгой методологии, подтвердили основную суть результатов RAND: разделение затрат приводит к снижению интенсивности использования медицинских услуг. Рубин и Менделсон (Rubin and Mendelson 1995) осуществили обзор 19 исследований, посвященных анализу влияния различных типов разделения затрат на интенсивность использования медицинских услуг. В этих исследованиях учитывались такие параметры, как визиты врачей, прием в больницы и продолжительность пребывания в них, назначение лекарств. Все исследования, за исключением трех, были осуществлены на материале США. Общий результат сводился к тому, что разделение за-

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
Австрия	Никаких платежей для 80% населения; остальные оплачивают около 20% затрат	То же, что и для врач-общей практики	3,6–4,4 евро в день вплоть до 28 дней	3,1 евро за каждый рецепт	Совместное страхование примерно за 20% расходов для большинства населения; платежи до 50% за специальные услуги (например, за подгонку коронок)	18,3% (1998)
Бельгия ^a	От 8% (для лиц с низкими доходами, инвалидов, пенсионеров, вдов и сирот) до 30% гонорара	Сборы от 8% (для групп с низкими доходами) до 40%	Сборы от 33,9 евро в день (за первые 8 дней) до 12,1 евро в день за срок свыше 90 дней. Более низкие сборы для групп с низкими доходами	Доля в совместном страховании 0%, 25%, 50% и 60% от цены в зависимости от категории лекарства. Применяются ценовые потолки. Низкие ставки для групп с низкими доходами	Значительные совместные платежи или полная оплата для большинства групп. Ограниченные бесплатные услуги для детей (до 18 лет)	17% (1994)
Дания	Никаких платежей для большинства населения, хотя практика балансовых счетов применяется примерно к 2% населения, выбравшим прямой	То же, что и для врач-общей практики	Никаких платежей	Доля в совместном страховании варьируется от индивидуальной ежегодных расходов на личные расходы	Доля в совместном страховании варьируется от 35% до 100%. На доплату населения за медицинские услуги пришлось около 75% общих расходов	16,5% (1999)

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза (продолжение)

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
	доступ к врачам общей практики и специалистам			ми: 100% (до 500 крон в год), 50% (501–1200 крон), 25% (1201–2800 крон), 15% (свыше 2800 крон). Для хронических больных, траящихся на лекарства свыше 3600 крон в год, доля в местном страховании равна 0%	дов в 1994	
Финляндия	Городские власти устанавливают платежи за предоставляемые ими услуги — либо ежегодные платежи в сумме 16,8 евро, либо сборы за консультации. Для услуг, покрываемых национальной страховой схемой, предусматривается совместное страхование до 40% плюс балансовый счет	То же, что и для врачской общей практики	Совместные платежи в размере 21,0 евро за короткое пребывание; сборы, связанные с доходом больного, за более длительное пребывание	Единообразная ставка совместных платежей 8,4 евро за рецепт плюс совместное страхование 50% оставшейся цены	10% за обследование состояния зубов и профилактическое лечение; 40% за другие виды лечения. Никаких платежей за детей (до 18 лет)	19,8% (1998)

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза (продолжение)

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
Франция	Доля в совместном страховании 30% плюс некторый балансовый расход. Прямые платежи составляют около 23% всех расходов на амбулаторное лечение	Доля в совместном страховании 30% (25% в государственных больницах)	Доля в совместном страховании 20% (до 31 дня при лечении острых случаев) плюс небольшие совместные платежи за «гостиничные» услуги	Доля в совместном страховании 0%, 35% и 65% в зависимости от категории лекарства. Никакой компенсации за медикаменты, не включенные в национальный список. Прямые платежи составляют около 20% всех расходов на медикаменты	Доля в совместном страховании 30% за профилактическое лечение и лечебные процедуры. Доля в совместном страховании до 80% за протезы и исправление и протезирование зубов	10% (1999)
Германия	Никаких платежей	Никаких платежей	8,7 евро в день до максимума в 14 дней в год. Дополнительная плата за отдельную палату. Полное или частичное освобождение от оплаты	Сборы в размере 4,1 евро, 4,6 евро и 5,1 евро в зависимости от размера пакета плюс 100% расходов, превышающих установленный потолок.	Важнейшие лечебные и профилактические услуги бесплатны. Доля в совместном страховании от 35% до 50% за оперативное вмешательство (подгонка коронок, протезирование и др.). Освобождение от плате-	11,9% (1997)

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза (продолжение)

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
Греция	Никаких платежей за услуги государственной службы здравоохранения; балансовые счета за услуги частных врачей	Никаких платежей за услуги врачей, работающих в кабинетах. Совместные платежи в размере 2,9 евро за амбулаторные визиты к врачам, работающим в государственных больницах	Никаких платежей для детей (до 18 лет), безработных и студентов, получающих гранты	На доплату населения за медицинские услуги приходилось 12% всех расходов в 1996 г.	Никаких платежей для детей (до 18 лет)	40,4% (1992)
Ирландия ^б	Никаких платежей для относительно небогатых людей (около трети населения); совместные пла-	Никаких сборов за услуги специалистов, независимо от категории. Совместные пла-	Совместные платежи для больных категории 2 в государственных	Никаких платежей для больных категории 1. Для больных кате-	Никаких сборов с больных категории 1 и школьников. Остальные лица, охваченные	12,3% (1995)

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза (продолжение)

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
	тежи в размере 19,0 – 25,4 евро для лиц, чей доход превышает определенный потолок (больные категории 2)	тежи в размере 15,2 евро для амбулаторных консультаций в больницах	больницах или палатах в размере 25,4 евро в день до максимума в 254 евро за любой 12-месячный период	горизонтальная франшиза до 11,4 евро в квартал. Освобождение от платежей предусмотрено для некоторых длительных болезней и форм инвалидности	социальным страхованием, не платят за обследование и диагноз и покрывают ряд субсидированных услуг. Лица, не входящие в схему социального страхования, оплачивают полную стоимость услуг. Частные расходы составляют около 2/3 всех затрат на стоматологические услуги	
Италия	Никаких платежей	Франшиза 36,2 евро за амбулаторные консультации	Никаких платежей	Три категории лекарств. Совместные платежи в размере 1,5 евро за продукты класса А. Совместные платежи в размере 1,5 евро плюс 50% совместного страхования за продукты класса	Стоматология преимущественно частная, оплачивается полностью. Группы с низкими доходами могут получить бесплатное лечение в медицинских центрах Государственной службы здравоохранения	23,5% (1999)

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза (продолжение)

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
Люксембург	Доля в совместном страховании 35%	Доля в совместном страховании 35%	Совместные платежи в размере 5,3 евро в день для коек «второго класса». Дополнительные сборы за койки «первого класса» и дополнительные гонорары врачам при обслуживании «по первому классу»	Три категории лекарств; доля в совместном страховании составляет, соответственно, 0%, 20% и 60%	Стоматологические услуги, покрываемые медицинским страхованием, подлежат франшизе 29,7 евро плюс 20% совместного страхования. Для других стоматологических услуг существуют различные формы местных платежей	7,4% (1997)
Нидерланды	Никаких платежей для лиц, охваченных официальной схемой медицинского страхования, поскольку их доходы ниже определенного потолка	Никаких платежей для лиц, охваченных официальной схемой медицинского страхования, поскольку их доходы ниже определенного потолка	Совместные платежи в размере 3,6 евро в день	Установление ориентировочной цены и совместные платежи для некоторых лекарств	Никаких сборов с детей до 17 лет или за профилактические и специализированные услуги. Все остальные стоматологические услуги подлежат полной оплате	5,9% (1998)

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза (продолжение)

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
Португалия	Совместные платежи в размере 1,5 евро. Дополнительная плата за визиты на дом	Совместные платежи в размере 2,0 евро за услуги специалистов в окружных больницах и 3,0 евро в больницах третьей ступени	Никаких платежей	Три категории лекарств согласно терапевтической ценности: 0% для категории А, 30% для категории Б, 60% для категории В. В 1995 г. путем совместных платежей было покрыто 33% счетов на лекарства	Преимущественно частная с полной оплатой	44,6% (1995)
Испания	Никаких платежей	Никаких платежей	Никаких платежей	Доля в совместном страховании 40% для хронических больных — 10%	Бесплатное обследование для детей (до 18 лет). Бесплатное удаление зубов в государственном секторе. Полная оплата других услуг	16,9% (1998)
Швеция	Совместные платежи в размере 60–140 крон. Ставки платежей определяются городскими властями	Совместные платежи в размере 120–260 крон за амбулаторные визиты к специалистам, работающим в больницах	Совместные платежи в размере 80 крон в день	Франшиза 900 крон, затем снижающиеся ставки совместного страхования 50% (900–1700 крон),	Профилактика бесплатна для всех до 20-летнего возраста. Для остальной части населения предусмотрено совместное страхование. Сборы	16,9% (1993)

Таблица 7.1. Доплата населения за медицинскую помощь в 15 странах Европейского союза (продолжение)

Страна	Врач общей практики	Врач-специалист	Стационар	Лекарства	Стоматология	Платежи наличными в процентах ко всем расходам на здравоохранение
Великобритания	Никаких платежей	Никаких платежей	Никаких платежей, не считая совместной оплаты за койки «Высшего класса» в системе Государственной службы здравоохранения	25% (1700–3300 крон) и 10% 3300–4300 крон). Максимальное обязательство — 1800 крон за любой 12-месячный период	с пользователей составили около половины всех затрат в 1995 г.	10,8% (1998)

^a Данные о платежах наличными включают расходы на частное медицинское страхование.

^b Больные категории 1 — те, кто имеет право на медицинскую карту и чьи доходы ниже определенного уровня. Права больных категории 2 ограничены ввиду их высоких доходов.

Источник: Mossialos and Le Grand (1999) с учетом новых данных, опубликованных в Health Care Systems in Transition и OECD (2000)

Таблица 7.2. Доплата населения за медицинскую помощь в избранных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

Страна	Медицинское страхование и сборы с пользователей	Услуги, предполагающие сборы с пользователей
Албания	Институт медицинского страхования создан в 1995 г.; он покрывает первичную медицинскую помощь и основные лекарства. До 1995 г. сборы с пользователей упали до очень низкого уровня	Небольшие совместные платежи на некоторые услуги, покрываемые страхованием, в том числе на амбулаторные услуги и лекарства
Белоруссия	Официально доплата отсутствует; сборы с пользователей незначительны	Сборы за лекарства для амбулаторного лечения, за небольшую группу услуг и др. Больницы могут взимать деньги за несущественные услуги наподобие косметической хирургии. От оплаты лекарств освобождены уязвимые группы, хронически больные и большие «социально важными» инфекционными болезнями
Болгария	Доплата легализована в 1997 г. Закон о медицинском страховании 1998 г. разрешает совместные платежи за некоторые услуги, покрываемые страхованием	Визиты к врачам и стоматологам и другие обращения за медицинской помощью мичной семейного врача. Больные платят за лекарства, приобретаемые для амбулаторного лечения
Хорватия	Отдельные совместные платежи внутри системы медицинского страхования, введенной законом о медицинском страховании от 1993 г. Совместные платежи составили 10% прямых затрат на услуги в 1999 г.	Все консультации врачей первичной помощи, визиты на дом, транспорт «скорой помощи», некоторые виды специализированного лечения, «гостиничные» сборы в стационаре, некоторые рецептурные лекарства. От платежей освобождены лица с низкими доходами, безработные, ветераны войны, дети до 15 лет и лица, страдающие некоторыми болезнями
Чехия	Незначительная доплата; в 1995 г. платежи наличными из кармана пользователя составили 5% всех расходов на здравоохранение	Некоторые лекарства, стоматологические и некоторые другие врачебные услуги; незначительные совместные платежи за амбулаторное лечение
Эстония	Доплата за некоторые услуги и продукты введена в апреле 1995 г.; несколько месяцев спустя введе-	Незначительные сборы с пользователей взимаются за государственное амбулаторное лечение. В больничном секторе совместные платежи применяются только по от-

Таблица 7.2. Доплата населения за медицинскую помощь в избранных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

Страна	Медицинское страхование и сборы с пользователей	Услуги, предполагающие сборы с пользователей
Венгрия	Дено освобождение от оплаты для некоторых категорий населения	ношению к дополнительным услугам (наподобие отдельных палат). Для большинства рецептурных лекарств предусмотрена совместная оплата около 25%. Пенсионеры, инвалиды и дети освобождены от сборов
	Законом от 1975 г. введено медицинское страхование, покрывающее значительный спектр услуг. Первоначально совместные платежи относились только к рецептурным лекарствам, некоторым формам медицинской помощи и курортному лечению	С 1975 г. введены совместные платежи за транспорт «скорой помощи», стоматологию, санаторное лечение и долгосрочный уход, «гостиничные» аспекты стационарного лечения и услуги специалистов, получаемые без направления. «Социально нуждающиеся» освобождаются от совместных платежей по результатам проверки на нуждаемость
Казахстан	Сборы с пользователей официально разрешены в 1995 г.	В большинстве областей страны взимается полная стоимость несущественных услуг (таких, как косметическая хирургия и некоторые стоматологические услуги). Предусмотрены значительные совместные платежи за лекарства, приобретаемые для амбулаторного лечения, некоторые виды медицинской помощи и др., а иногда и за лекарства и питание в больницах. Социально уязвимые группы и некоторые диагностические группы (например, больные с онкологическими заболеваниями) освобождены от сборов за лекарства для амбулаторного лечения. Теоретически все больные освобождены от сборов за лекарства в больницах, однако на практике это правило часто не соблюдается
Киргизия	Сборы с пользователей официально разрешены в 1991 г. Политика относительно сборов с пользователей, пакетов основной медицинской помощи и освобождения от платежей находится в стадии разработки	Сборы с пользователей взимаются за 17 типов медицинских услуг, лекарств, лабораторные анализы, «гостиничные» услуги в больницах и др. Больницы в полуофициальном порядке взимают сборы за лекарства, питание и др. Для детей, студентов и инвалидов медицинская помощь бесплатна, однако эти категории населения вскоре будут включены в систему медицинского страхования и, возможно, будут обязаны платить определенные сборы

Таблица 7.2. Доплата населения за медицинскую помощь в избранных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

Страна	Медицинское страхование и сборы с пользователей	Услуги, предполагающие сборы с пользователей
Россия	Схема медицинского страхования не предусматривает разделения затрат. Сборы с пользователей за некоторые типы услуг взимаются еще с советских времен	Официальные сборы за стоматологию, оптические услуги, большинство услуг по протезированию, большинство лекарств для амбулаторного лечения и за другие услуги, не охваченные системой страхования. От сборов за основные лекарства освобождены ветераны, больные туберкулезом и диабетом и еще 28 категорий больных. Безработные освобождены от уплаты страховых взносов
Словакия	Больные участвуют в совместных платежах за некоторые продукты согласно закону о финансировании здравоохранения (1993) и поправкам к этому закону (1995 и 1997 гг.)	Возрастающее количество совместных платежей за лекарства (за исключением «основных», покрываемых страхованием), некоторые протезы, стоматологические протекторы, оправы для очков и др. Освобождение (для безработных и для тех, кто имеет инвалидов) относится не столько к совместным платежам, сколько к страховым взносам
Словения	Услуги, покрываемые системой обязательного страхования, определены законом от 1992 г. и позднейшими актами; многие из них подлежат совместным платежам	Некоторые услуги из числа покрываемых обязательным страхованием частично оплачиваются пользователем. Услуги, не входящие в базовый пакет, оплачиваются полностью или могут быть покрыты частным страхованием. Социально уязвимые группы (например, безработные) полностью охвачены обязательным медицинским страхованием (взносы выплачиваются государством) и не платят сборов
Таджикистан	Сборы с пользователей официально составляют около 1% расходов на здравоохранение (вероятно, их доля выше)	Медицинским учреждениям разрешено взимать утвержденную плату за некоторые услуги, в том числе за стоматологию, некоторые диагностические процедуры, аборт и др. Ввиду дефицита лекарств в больницах люди часто покупают их сами. Больные должны платить за оптические услуги, ортопедию, курортное лечение, косметическое лечение. Ветераны, дети до 3 лет, инвалиды, больные туберкулезом и некоторые другие категории освобождены от сборов

Таблица 7.2. Доплата населения за медицинскую помощь в избранных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

Страна	Медицинское страхование и сборы с пользователей	Услуги, предполагающие сборы с пользователей
Македония	Совместные платежи (обычно 10% или 20%) за многие услуги согласно закону о здравоохранении (1991) и последующим поправкам	Медицинские услуги и лекарства для амбулаторного лечения (20%) и стационарного лечения (10%); лечение за границей (20%); слуховые аппараты и зубные протезы (20%); ортопедические пластины и т. п. (50%). Доля лиц старше 65 лет в совместных платежах за лекарства снижена. Платежи наличными предусмотрены за услуги, не входящие в основной пакет, покрываемый страхованием, и за услуги, оказываемые незастрахованным больным
Туркмения	Плата за услуги введена параллельно системе добровольного медицинского страхования в 1996 г.	Лекарства для амбулаторного лечения, услуги для больных, обратившихся за помощью без направления, некоторые диагностические процедуры, косметическая хирургия, стоматология и физиотерапия. От сборов освобождены ветераны, некоторые инвалиды, жертвы Чернобыля, беременные женщины, дети до 1 года, лица с пересаженной почкой и больные диабетом, астмой, раком, психическими болезнями, туберкулезом, сифилисом, СПИДом, проказой
Узбекистан		Стационарные больные сами оплачивают свое питание; совместные платежи предусматриваются за лекарства и некоторые услуги. Официальные платежи наличными или совместные платежи за продукты и услуги составили в 1995 г. 5.8% общих расходов на здравоохранение

Источник: Kutzin (1998) с учетом новых данных, опубликованных в Health Care Systems in Transition

трат связано со снижением интенсивности использования услуг по всем изученным параметрам.

Так, в ответ на введение совместных платежей число визитов врачей часто снижалось на 20-30%. Аналогичные данные приводятся для визитов врачей общей практики к больным, участвующим и не участвующим в разделении затрат (Nolan 1993). В ответ на франшизы и сострахование прием в больницы также сократился более чем на 30%. Девять исследований было посвящено тому, как разделение затрат влияет на назначение лекарств. Выяснилось, что в США спрос снизился более чем на 30%; заметное (но не столь серьезное) снижение спроса произошло также в Великобритании.

Рубин и Менделсон (Rubin and Mendelson 1995) проанализировали также воздействие разделения затрат на общую картину спроса. Они выявили 8 исследований, относящихся к услугам врачей и фармацевтов США. Их данные подтверждают вывод RAND о том, что разделение затрат способствует снижению спроса как на нужные, так и на неуместные услуги. Что касается медикаментов, то совместные платежи и сострахование снижают спрос как на важнейшие лекарства (существенно влияющие на заболеваемость и смертность), так и на симптоматические лекарства и лекарства ограниченной эффективности (впрочем, снижение спроса на важнейшие лекарства выражено слабее).

Если большинство исследований по Северной Америке и Западной Европе посвящено анализу воздействия разделения затрат на использование услуг, то в ряде стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР — так же, как и во многих развивающихся странах, — основной интерес сосредоточен на использовании разделения затрат для повышения доходов системы здравоохранения. Данные о разделении затрат по развивающимся странам достаточно многочисленны (Scheiber and Maeda 1997). Некоторые из них актуальны и для стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

- Хотя сборы с пользователей могут пополнить государственные доходы, количество доходов, получаемых благодаря официальным сборам с пользователей, не оправдывает ожиданий. Оно редко превышает 5% общей суммы доходов. Вместе с тем уровень частных затрат и неофициальных платежей остается высоким.
- Существуют данные о негативном влиянии на общее состояние здоровья населения.
- Сборы с пользователей заметно снижают интенсивность использования услуг, что непропорционально сказывается на бедных (см. ниже, раздел о социальной справедливости); влияние сборов с пользователей на использование услуг может быть как прямым, так и косвенным (поскольку сборы за государственные услуги приводят к росту цен за частные услуги).
- Сборы с пользователей должны рассматриваться в контексте управленческих и административных возможностей, необходимых для их внедрения, а также в контексте затрачиваемого на них времени.

Последний пункт относится к административным расходам и к возможностям реализации метода. Данные о схемах разделения затрат в странах ЕС показывают, что такие схемы могут быть сложными и дорогими в управлении (Mossialos and Le Grand 1999). Возможно, это связано прежде всего с теми усилиями, которые приходится предпринимать, чтобы соблюсти социальную справедливость и сплоченность, избавляя уязвимые группы от платежей. Все сказанное свидетельствует о том, что разделение затрат, как средство снижения спроса или повышения дохо-

дов, может быть менее выгодным, нежели альтернативные политические инструменты. Тем не менее в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР отсутствие подходящих альтернативных методов повышения доходов может привести к тому, что единственно реальным окажется этот метод прямого воздействия.

Разделение затрат и социальная справедливость

Эксперимент RAND показал, что разделение затрат (необходимость доплачивать за медицинские услуги) ассоциируется с заметным снижением вероятности обращений за медицинской помощью и амбулаторных визитов среди групп населения с низкими доходами. Сказанное относится прежде всего к услугам по лечению детей из бедных семей. Более того, хотя вероятность обращения за медицинской помощью снижается, средняя цена за услугу обнаруживает тенденцию к росту.

Рубин и Менделсон (Rubin and Mendelson 1995) подняли также вопрос о воздействии разделения затрат на справедливость. Они проанализировали связь между разделением затрат и ситуацией со здоровьем населения и обнаружили, что разделение затрат отрицательно влияет на здоровье безработных и бездомных. Как уже отмечалось, данные по развивающимся странам также свидетельствуют о том, что на долю бедных приходится непропорционально большая доля снижения интенсивности использования услуг.

Исследования, осуществленные по настоящему проекту, подтверждают эту картину. Так, исследования, проведенные в Стокгольмском округе в 1993, 1995 и 1996 гг., показывают, что 20-25% населения по меньшей мере однажды за 12 месяцев по финансовым соображениям отказались от медицинской помощи (Anders Anell, неопубликованные данные). Исследования убеждают в том, что положение лиц с низкими доходами (безработных, студентов, иммигрантов) особенно затруднительно. Полученные данные согласуются с представлением, согласно которому разделение затрат необходимо для снижения ненужного спроса; вместе с тем они свидетельствуют о несоблюдении принципа социальной справедливости.

Чтобы противостоять отрицательному воздействию разделения затрат на уязвимые группы населения, большинство стран полностью или частично освобождает от расходов молодых и стариков, лиц с некоторыми хроническими болезнями и семьи с низкими доходами. Подобная политика может защитить уязвимые группы от расходов, связанных с заболеванием и потерей трудоспособности (например, в середине 1990-х годов в Великобритании 84% фармацевтических рецептов были выписаны лицам, имеющим право на освобождение от расходов (Eversley 1997)), однако она неизбежно осложняет управление схемой разделения затрат и повышает административные расходы.

Приемлемость с точки зрения общественности

Практика разделения затрат часто оказывалась в центре бурных дискуссий. О ее приемлемости для общества высказывались прямо противоположные суждения. Недавние меры по внедрению этого политического инструмента в Великобритании, Германии, Швеции и Болгарии вызвали самые различные реакции.

В Великобритании сборы с пользователей играют весьма скромную роль. Со времени учреждения Государственной службы здравоохранения в 1948 г. важ-

нейшим принципом ее деятельности является бесплатное предоставление услуг. Принятое в 1950-х годах решение ввести сборы за очки привело к политическим неурядицам и отставке министров. Однако с тех пор политики и общественность в целом согласились с необходимостью ограниченного взимания сборов за фармацевтические, стоматологические и офтальмологические услуги. Поскольку освобождение от сборов за фармацевтические рецепты практиковалось весьма широко, противодействие взиманию сборов оказалось слабым. Время от времени предлагалось ввести сборы с пользователей за первичную и вторичную медицинскую помощь — ради снижения числа ненужных обращений за консультациями к врачам общей практики, а также ради получения дополнительных доходов для системы здравоохранения. Однако такие предложения, как правило, сталкивались с сильным и достаточно единодушным противодействием. Расширение сборов с пользователей не было поддержано ни одной из крупных политических партий; маловероятно, чтобы сборы с пользователей стали частью политики Государственной службы здравоохранения в обозримом будущем.

В Германии политика в отношении сборов с пользователей менялась в зависимости от общеполитической обстановки. Первый закон о сдерживании расходов, предусматривавший введение сборов с пользователей, был принят в 1977 г. коалиционным правительством социал-демократов и либералов. Однако этому правительству оказалось трудно сочетать практику сборов с пользователей с собственной идеологической установкой по отношению к социальной справедливости и равенству. Более того, подобная политика не пользовалась популярностью среди традиционно поддерживающих левоцентристскую коалицию «синих воротничков». Начиная с 1982 г. сборы с пользователей заняли значительно более устойчивое место в программах правоцентристских правительств, стремившихся исправить допущенное их предшественниками нарушение равновесия между личной ответственностью и социальной сплоченностью. С точки зрения консерваторов, государство должно подстраховывать людей только в том случае, если они не способны позаботиться о себе и если члены их семей и другие сообщества не могут им помочь.

Вместе с тем даже правоцентристские правительства отдавали себе отчет в непрочности общественной поддержки сборов с пользователей; поэтому в течение 1980-х годов сборы почти не росли. Однако ситуация резко изменилась в 1990-х годах, после объединения Германии, когда началась беспрецедентная дискуссия о пересмотре системы социального медицинского страхования и о приватизации расходов на здравоохранение (Matthias Wismar, неопубликованные данные). Тогда же на здравоохранение стали смотреть как на развивающуюся отрасль производства и потенциальный источник рабочих мест; возникло опасение, что чрезмерное сдерживание расходов затормозит развитие этой перспективной отрасли. В итоге сборы с пользователей резко выросли (Busse and Wismar 1997).

Во время федеральной избирательной кампании 1998 г. тема сборов с пользователей — особенно в связи со стоматологией — была предметом серьезных дискуссий. Поддержка этой практики, возможно, сыграла свою роль в поражении правоцентристской коалиции. Новоизбранная коалиция социал-демократов и «зеленых» немедленно сократила сборы с пользователей и снизила порог, дающий право на освобождение от сборов; расширение сборов с пользователей было снято с политической повестки дня.

Швеция в политическом смысле занимает место слева от центра, однако сборы с пользователей в этой стране весьма велики. Вообще говоря, принцип бесплатного (ради соблюдения социальной справедливости) предоставления государствен-

ных медицинских услуг не находит широкой поддержки среди шведских функционеров сферы здравоохранения. Некоторые политики и руководители медицинских ассоциаций полагают, что недавнее введение бесплатных медицинских услуг для детей и подростков моложе 18 лет чревато таким перераспределением средств, которое может принести вред больным с большими потребностями. После выборов 1998 г., приведших к возникновению нового большинства, некоторые окружные советы восстановили сборы за амбулаторные услуги для детей и подростков.

В Швеции общий подход к сборам с пользователей заключается в следующем: установить единую ставку сборов независимо от доходов и защитить людей от неприемлемо высоких затрат с помощью специальной защитной схемы. Для многих пожилых и хронически больных людей это означает, что многие услуги бесплатны, поскольку эти люди заплатили максимальную сумму (то есть маргинальная цена равна нулю). Многие высокопоставленные функционеры сферы здравоохранения считают, что отсутствие стимулов к экономному использованию услуг сверх оплаченных по максимальной цене создает дополнительные проблемы. В 1999 г. обсуждалась возможность введения административного сбора за рецептурные лекарства для больных, превысивших определенный платежный потолок, однако эта мера не была принята.

В Швеции продолжается дискуссия о поддержании баланса между возможностью выбора для больных и принятием решений, имеющих отношение к обществу в целом. Указывается, что для медицинских новшеств — например, для новых медикаментов, недостаточно экономичных с точки зрения государственного финансирования, — должны быть введены более низкие субсидии и менее полные страховые покрытия.

Судя по всему, общественная установка по отношению к сборам с пользователей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР варьирует в широких пределах. Имея в виду широкую распространенность неофициальных платежей, можно утверждать, что перспектива их замены прозрачным, справедливым с социальной точки зрения механизмом сборов представляется весьма привлекательной. Об этом ярко свидетельствует недавний опыт Болгарии.

В 1980–1990-х годах неофициальные платежи за медицинские услуги были в Болгарии весьма обычны. По данным опроса, проведенного в 1994 г., в течение двух предшествующих лет 43% из 1000 респондентов хотя бы раз платили наличными за услуги, официально предоставляемые государственными учреждениями бесплатно. По данным опроса, проведенного в Софии в 1999 г., за государственные услуги неофициально платили 54% респондентов. Подпольные платежи обычны при получении лекарств, при амбулаторном лечении, при плановых операциях. Столкнувшись с этой ситуацией, около 2/3 респондентов высказались за введение официальных сборов с пользователей.

Признавая наличие проблемы неофициальных платежей и склонность общественного мнения поддержать более открытую и справедливую систему официальных платежей, правительство в 1997 г. легализовало разделение затрат. В 1999 г. Министерство здравоохранения подготовило унифицированный тариф совместных платежей, охватывающий широкий спектр услуг, включая услуги по стационарному и амбулаторному лечению (Hinkov *et al.* 1999).

Приведенные данные свидетельствуют о том, насколько по-разному складываются отношения между общественным мнением и государственной политикой по отношению к разделению затрат. В Великобритании практика доплаты в ключевых областях здравоохранения издавна отвергается обеими ведущими партиями; поли-

тические изменения касаются преимущественно фармацевтической отрасли и стоматологических услуг. Пока сборы ограничиваются этими двумя сферами здравоохранения, они не привлекают к себе особого внимания; с другой стороны, растущие сборы за долгосрочный уход вызывают острую критику. Что касается Германии, то различия между политическими силами в том, что касается практики разделения затрат, способствовали смене правительства. В Швеции высокий уровень сборов с пользователей вызвал серьезную дискуссию об их возможных последствиях; эта дискуссия может привести к изменениям в политике. В Болгарии переходная фаза развития, начавшаяся после падения коммунистического режима, привела к изменению принципов финансирования здравоохранения; позитивная общественная установка по отношению к практике официального разделения затрат нашла свое отражение в официально принятом политическом курсе.

Обсуждение

Большинство специалистов, анализирующих политику в области здравоохранения, полагают, что разделение затрат — слабый инструмент для решения задач эффективности и справедливости в распределении средств. Это представление основывается на данных, происходящих из различных источников.

Самое детальное исследование практики разделения затрат было проведено корпорацией RAND. Оно показало, что разделение затрат может снизить интенсивность использования услуг, воспрепятствовать ненужным обращениям за медицинской помощью и, следовательно, способствовать более эффективному функционированию системы. Вместе с тем разделение затрат снижает спрос как на эффективные, так и на неэффективные услуги и, следовательно, не способствует повышению эффективности в аспекте распределения средств. Эта картина подтверждается другими исследованиями. Согласно большинству анализов, разделение затрат ассоциируется с пониженной интенсивностью использования услуг, причем как необходимых, так и чрезмерных. Высказываются также сомнения относительно того, способно ли разделение затрат контролировать совокупные расходы сектора здравоохранения; при этом имеется в виду реакция поставщиков, которые в ответ на подобные меры разворачивают повышенную активность в тех областях, где разделение затрат не применяется.

Неоднозначно воспринимаются и выводы относительно того как влияет практика разделения затрат на социальную справедливость. Эксперимент RAND и другие исследования показывают, что разделение затрат создает непропорциональные трудности для групп с низкими доходами и уязвимых групп. Полное или частичное освобождение от сборов нейтрализует некоторые отрицательные последствия, однако часто связано с управленческими сложностями и большими административными расходами.

Признавая эти ограничения, Доусон (Dawson 1999) утверждает, что если цель разделения затрат заключается в ограничении ненужного использования услуг, обусловленного так называемым моральным риском, то она может быть более эффективно достигнута путем противодействия моральному соблазну врачей, которые рекомендуют чрезмерное лечение застрахованным больным. Чрезмерное использование услуг, таким образом, рассматривается не столько как проблема, связанная со спросом, сколько как проблема, имеющая отношение к предложению. Если это действительно так, чрезмерному использованию услуг следует противо-

действовать прежде всего путем более широкого применения финансовых стимулов со стороны предложения, а также мер по управлению клинической активностью (среди возможных мер — внедрение клинических руководств и протоколов).

Несмотря на все эти недостатки, разделение затрат весьма широко используется как особого рода политический инструмент. Почему политики так привержены этому инструменту, несмотря на обилие хорошо документированных данных о его отрицательных сторонах? Одна из возможных причин — привлекательность принципа разделения затрат для правых партий. С точки зрения идеологии правых сборы с пользователей — это составная часть рыночного подхода (экономический аспект) и проявление индивидуальной ответственности (политический аспект). Недавний немецкий опыт демонстрирует с полной очевидностью, что поддержка практики сборов с пользователей может усиливаться и ослабевать «в такт» процессам, происходящим в большой политике. На этом уровне теоретические (или идеологические) аргументы могут значить больше, чем эмпирические — особенно если абсолютно убедительные эмпирические данные отсутствуют.

Роберт Ивенс (Robert Evans, личное сообщение) имеет иное «политическое» объяснение того, почему практика сборов с пользователей оказалась настолько устойчивой. По его мнению, для уяснения причин этой устойчивости следует проанализировать воздействие разделения затрат на распределение доходов. В частности, следует выяснить, какие группы выигрывают от такой политики, а какие проигрывают. Вполне возможно, что сборы с пользователей популярнее среди элитарных групп поставщиков, поскольку благодаря им удастся поддерживать достигнутый уровень расходов на здравоохранение (и получать дополнительные доходы) во времена, когда государство сдерживает свои расходы. Скорее всего сборы с пользователей менее популярны среди самих пользователей, однако последние обычно обладают более слабым политическим влиянием.

Другая причина обращения политиков к практике разделения затрат связана с проблемой осуществимости различных политических мер. Можно согласиться с тем, что полное социальное страхование или финансирование на основе налогов предпочтительнее с точки зрения эффективности и социальной справедливости; вместе с тем повышение взносов или налогов может быть нежелательным с политической точки зрения. Подобные аргументы приводились в ходе предвыборных кампаний в некоторых западноевропейских странах. Что касается стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, то в них снижение налогового бремени пропагандируется с особой настойчивостью. Трудности с обеспечением налоговых платежей во времена слабого роста экономики (или даже экономического спада) и присущее посткоммунистическому миру недоверие к государственным схемам — вот факторы, повышающие привлекательность разделения затрат в качестве средства приумножения доходов, столь необходимых для здравоохранения. Более того, широкое распространение неофициальных платежей означает, что меры по их замене официальными сборами с пользователей будут восприниматься как средство повышения прозрачности и соответственно обеспечения большей социальной справедливости и снижения коррупции.

Сказанное означает, что разделение затрат, скорее всего, будет играть определенную роль как в Западной Европе, так и в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. По-видимому, в большинстве случаев оно будет использоваться всего лишь в качестве дополнения к более важным политическим мерам со стороны спроса и предложения. Оно может использоваться для производства дополнительного дохода или для предотвращения ненужного использования второ-

степенных услуг, однако маловероятно, чтобы оно стало важным самостоятельным политическим инструментом.

Тем не менее даже этот ограниченный опыт разделения затрат имеет ряд немаловажных аспектов; лицам, ответственным за политику в области здравоохранения (и, следовательно, за обеспечение эффективности и социальной справедливости), стоит учесть их при разработке схем разделения затрат. Так, есть основания считать, что реакция на разделение затрат может быть различной в зависимости от того, по чьей инициативе — больного или врача — предоставляется та или иная услуга. По-видимому, реакции на сборы за профилактические и лечебные услуги также будут различными. Следует внимательно относиться к разработке критериев освобождения от сборов, дабы избежать отрицательного воздействия на справедливость. В свете политических инициатив по предотвращению неэффективного вмешательства определенное внимание заслуживает такая практика, при которой ставки сборов с пользователей калькулируются на основе относительной эффективности методов лечения. Во всех случаях тщательный анализ схем разделения затрат будет способствовать разработке более эффективной политики.

Сноски

¹ Я благодарен Андерсу Анеллу (Anders Anell) и Матиасу Висмару (Matthias Wismar) за предоставление основного материала о практике разделения затрат в Швеции и Германии. Я благодарен также Роберту Ивенсу (Robert Evans) и Джо Кутцину (Joe Kutzin) за замечания по поводу предварительного варианта этой главы.

² В Дании практика дополнительного выписывания счета затрагивает только 2% населения — тех, кто предпочитает свободно выбирать себе врачей общей практики и иметь прямой доступ к любым врачам-специалистам (группа 2). Большинство населения выбирает врача общей практики, который затем действует в качестве «привратника», санкционирующего (или не санкционирующего) доступ к врачу-специалисту (группа 1).

Литература

- Busse, R. and Wismar, M. (1997) Health care reform in Germany: the end of cost containment?, *Eurohealth*, 3(2): 32-3.
- Chalkley, M. and Robinson, R. (1997) *Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: An Economic Perspective*. London: Office of Health Economics.
- Dawson, D. (1999) Why charge patients if there are better ways to contain costs, encourage efficiency and reach for equity?, *Eurohealth*, 5(3): 29-31.
- Evans, R., Barer, M. and Stoddart, G. (1995) User fees for health care: why bad ideas keep coming back (or what's health got to do with it?), *Canadian Journal of Aging*, 14(2): 360-90.
- Eversley, J. and Webster, C. (1997) Light on the charge brigade, *The Health Service Journal*, 107(5562): 26-8.
- Fahs, M. (1992) Physician response to the United Mine Workers' cost sharing program: the other side of the coin, *Health Services Research*, 27(1): 25-45.
- Hinkov, H., Koulaksuzov, S., Semerdjiev, I. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Bulgaria*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Kutzin, J. (1998) The appropriate role for patient cost sharing, in R. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

202 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds) (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Nolan, B. (1993) Economic incentives, health status and health services utilisation, *Journal of Health Economics*, 12(2): 151-69.

OECD (2000) *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Rubin, R. and Mendelson, D. (1995) A framework for cost sharing policy analysis, in N. Mattison (ed.) *Sharing the Costs of Health: A Multi-country Perspective*. Basle: Pharmaceutical Partners for Better Health.

Schieber, G. and Maeda, A. (1997) A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries, in G. Schieber (ed.) *Innovations in Health Care Financing*. Washington, DC: World Bank.

глава ВОСЬМАЯ

Неофициальные платежи за медицинские услуги в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР: проблемы, тенденции и политические следствия

Морин Льюис¹

Введение

В странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР неофициальные платежи растут; они уже стали важным источником финансирования здравоохранения. Они могут самым серьезным образом помешать реформе здравоохранения. Говоря о неофициальных платежах, мы имеем в виду натуральные платежи или платежи наличными, идущие индивидуальным и институционализированным поставщикам в обход официальных каналов или за покупки, которые должны оплачиваться из средств государственной системы здравоохранения. Речь идет о деньгах, вручаемых врачам, о «взносах» государственным больницам, об оплате услуг и лекарств, стоимость которых в принципе должна покрываться по каналам государственного финансирования. Добровольные покупки у частных поставщиков сюда не относятся; они считаются скорее рыночными сделками на усмотрение потребителя.

Прямые частные платежи врачам, медсестрам и другому персоналу — это неофициальный и не контролируемый государством рынок здравоохранения, функционирующий внутри государственной системы медицинских служб. Неофициальные платежи отмечались и даже документировались практически во всех странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, за возможным исключением Чехии (World Bank 1999a, 2000a). Проблема неофициальных платежей давно вызывает беспокойство в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (Gaal 1998, 1999), однако ее реальная значимость только начинает осознаваться. Нелегко измерить масштабы этой проблемы и то, насколько тяжелым бременем ложатся неофициальные платежи на семьи и хозяйства. Неопределенный статус таких платежей — в одних странах они абсолютно незаконны, тогда как

в других вопрос об их законности решается не столь однозначно, — дополнительно затрудняет решение проблемы.

В настоящей главе я формулирую ключевые политические проблемы, обобщаю доступные данные о масштабах и природе неофициальных платежей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, обрисовываю политические следствия неофициальных платежей и возможные стратегии противодействия этому явлению.

Исторический контекст

Система здравоохранения стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР перенасыщена как зданиями и помещениями, так и человеческими ресурсами, в том числе врачами и медсестрами. Число больничных коек, число врачей и показатели длительности пребывания в больницах в 2-3 раза превышают аналогичные показатели для стран Организации экономического сотрудничества и развития (World Bank 1998, 2000b). Экономический спад, наступивший во многих странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР в начале 1990-х годов, привел к снижению расходов на здравоохранение, однако численность персонала и коек не претерпела особых изменений. Результатом этого процесса стала обширная система здравоохранения, обслуживаемая низкооплачиваемым, а иногда и вовсе не оплачиваемым персоналом. Некоторые страны (особенно бывшего СССР) страдали от нехватки медицинского оборудования, лекарств и материалов. Были предприняты попытки заставить больных официально оплачивать расходы, особенно на медикаменты, однако этого оказалось недостаточно для противодействия дефициту. Согласно оценкам Всемирного банка, в начале 1990-х годов 25% расходов на медицинские услуги в Румынии и 20% аналогичных расходов в Венгрии представляли собой платежи наличными и чаевые (World Bank 1993). Таким образом, частные платежи за получение доступа к медицинским услугам были документированы в самом начале переходного периода.

В Центральной Азии традиция вознаграждать врачей за услуги имеет долгую историю. Что касается стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, то в них практика подпольных платежей теснейшим образом связана с полностью государственными системами здравоохранения, существовавшими в коммунистическую эпоху, о чем свидетельствуют документированные данные по Венгрии (Gaal 1998). Определенную роль играют также недостаточное развитие подотчетности и повальная коррупция среди чиновников. Государственные системы без адекватной подотчетности — подходящая среда для неофициальных платежей за ускоренное предоставление услуг (иначе говоря, за возможность «перепрыгнуть» очередь) или за услуги, которые воспринимаются как более качественные. Проблема обостряется недофинансированием. Поскольку правительственные бюджеты отклоняются, а пропускная способность медицинских учреждений чрезмерно высока, правительства вынуждены снижать зарплаты медицинскому персоналу. Подобные меры, в сочетании с недостаточной подотчетностью, создают стимулы к тому, чтобы требовать платы от больных (World Bank 2000b).

Почему неофициальные платежи?

Одной из причин роста неофициальных платежей в течение переходного периода было желание государственных служащих гарантировать или всемерно увеличить свой доход, уйти от налогов и обмануть систему. Многие страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, прежде всего страны Центральной Азии, невзирая на падение доходов, ввели официальные сборы с опозданием. Конституционное положение о «бесплатных» медицинских услугах сохраняло свою силу несмотря на долги по зарплате и ограниченность средств, которыми можно было бы распорядиться по собственному усмотрению (World Bank 2000b). В итоге произошел скачок неофициальных платежей. В отличие от официальных сборов, такие платежи идут непосредственно индивидуальным поставщикам, то есть не служат возмещению расходов системы. Такие платежи усиливают коррупцию в государственном секторе, тем самым подрывая доверие к правительству. Наконец, система финансовых скидок для бедных слоев населения функционирует беспорядочно или не функционирует вообще. В условиях официально учрежденной системы оплаты критерии отбора ясны и применение системы скидок возможно. В условиях же неофициальных сделок движение финансов происходит вне сферы государственного контроля и поэтому о применении системы скидок говорить не приходится.

Неотзывчивое правительство

Когда после 1990 г. доходы здравоохранения упали, правительства большинства стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР не приняли мер по соизмеримому сокращению объема медицинских услуг (см. главу 4) (World Bank 2000b). В итоге число больниц, коек и врачей превысило возможности государства, что побудило поставщиков ввести сборы, дабы сохранить свои доходы.

Прекер с соавторами (Preker *et al.* 1999) проанализировал ограничения, характеризующие функционирование государственных систем здравоохранения в рамках системы экономических институтов, а эмпирические исследования Ла Форджи с соавторами (La Forgia *et al.* 1999) и Льюиса с соавторами (Lewis *et al.* 1999) содержат документированные свидетельства о вопиющих дефектах функционирования государственных систем в развивающихся странах. В большинстве стран проблемы государственных систем выражаются в неуккомплектованности больниц основным персоналом, прежде всего врачами, а также в том, что больные вынуждены сами заботиться о своих предметах потребления, лекарствах, а иногда и диагностических тестах (Lewis *et al.* 1992, 1996; Chawla 1995). Подобная ситуация свидетельствует о неспособности правительства разработать и ввести в жизнь систему регулирующих мер и чревата коррупцией.

В отличие от стран с переходной экономикой, большинство развивающихся стран, особенно со средним уровнем жизни, имеет параллельный частный рынок, обслуживающий частных больных; государственные врачи обычно переправляют государственных больных в свою частную практику. Факты неофициальных платежей внутри государственной системы документированы в Индии и нескольких африканских странах. Неадекватное финансирование и недостаточная подотчетность государства также способствуют росту неофициальных платежей. В большинстве стран Организации экономического сотрудничества и развития неофициальных платежей не бывает. Отсутствие развитой инфраструктуры частного пред-

принимательства препятствует развитию аналогичного частного рынка в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР; это касается прежде всего стационарного лечения и диагностических услуг². Посему врачи, медсестры и другие работники системы здравоохранения, а также управленцы, используют государственные мощности для пополнения собственных доходов³.

Неофициальные гонорары делают поставщиков отзывчивыми на нужды больных. На фоне общей ситуации, когда поставщики не отвечают ни за что, подобное воспринимается как положительный фактор. Однако услуги поставщиков расширяются только в личных целях, что противоречит намерениям государства. В итоге преимущественное внимание оказывается тем, кто способен и хочет платить за услуги⁴.

В большинстве развивающихся стран зарплаты, как правило, выплачиваются. В странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, напротив, не хватает средств для того, чтобы поддерживать функционирование чрезмерно разросшихся систем здравоохранения; в результате принимаются меры, подрывающие работу системы. В некоторых странах (среди них — Грузия, Россия и Украина) зарплаты врачей резко снизились как в абсолютном, так и в относительном выражении; обычны задолженности по зарплате. Маловероятно, чтобы ситуацию удалось улучшить без серьезной реструктуризации здравоохранения и без сокращения штатов.

В Чехии и Словении, где перебоев с зарплатами врачей не было, уровень дохода врачей не ниже среднего по стране, а неофициальные платежи встречаются редко (World Bank 1999b, 2000a). Вместе с тем во многих странах бывшего СССР зарплаты низки и часто не выплачиваются, что неизбежно ведет либо к отсутствию услуг, либо к скрытой, нелегальной системе платы за услуги. Вдобавок высокие налоги делают неофициальные платежи особенно привлекательными для поставщиков.

Недостаточный контроль со стороны правительства

Недостаток правительственного контроля за системой, в сочетании с отсутствием эталонов и альтернатив частному сектору, делает рост неофициальных платежей практически неизбежным. В отсутствие альтернатив или эффективных государственных мер по внедрению стандартов и обеспечению производительности единственным выходом для потребителя становится прямая оплата, гарантирующая большую отзывчивость со стороны медицинского персонала и, возможно, более высокое качество лечения. Больные не могут «голосовать ногами», переходя в альтернативную систему, однако они имеют возможность обойти олигопольную государственную систему. Даже там, где существует выбор между врачами, неофициальные платежи сохраняются. Более того, поскольку частный сектор находится в зачаточном состоянии, правительства сохраняют монополию на инфраструктуру, оборудование и на поставку услуг, особенно в больничной отрасли.

Одно из самых серьезных следствий неофициальных платежей заключается в том, что они способствуют росту теневой экономики, подрывая усилия правительств по улучшению подотчетности и совершенствованию управления государственным сектором. Более того, рост неофициальных платежей — составная часть той волны коррупции, которая захлестнула значительную часть стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Согласно опросу, проведенному среди потребителей на Украине, здравоохранение воспринимается как самая коррупци-

рованная государственная служба после дорожной полиции (Ukraine Legal Foundation 1998). По данным аналогичного опроса, проведенного в Словакии, здравоохранение является самой коррумпированной из государственных служб (Anderson 2000).

Отсутствие подотчетности дополняется низкой вероятностью разоблачения и незначительностью возможного наказания. Судя по всему, правительства стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР не хотят или не могут осуществлять надзор за системой в целом; тем более они не хотят и не могут противодействовать неофициальным платежам. Управленческие информационные системы, службы поддержки качества и другие инструменты надзора и контроля либо отсутствуют, либо применяются бессистемно.

Поставщики — особенно врачи — имеют огромную свободу действий и принимают решения в условиях практически полной бесконтрольности. Контроль за руководством больниц сводится к проверке расходования государственных средств, тогда как качественные показатели работы никак не оцениваются. Между тем подотчетность невозможно обеспечить в отсутствие информации по этим показателям. Ответственность перед более высокой инстанцией — министерством здравоохранения, дирекцией больницы, общественностью или больными — носит ограниченный характер, поскольку качественные показатели работы почти никогда не становятся основой для поощрения или санкций. Отсутствие государственного и общественного контроля позволяет безнаказанно осуществлять неофициальные платежи внутри государственной системы.

Несмотря на благоприятную среду для неофициальных платежей, их природа и структура остаются в значительной степени неопределенными. Исследователи только сейчас начинают понимать, кому идут платежи, каковы суммы платежей и кто платит; только уразумев все это, можно противодействовать практике неофициальных платежей и бороться со злоупотреблениями. Источник практики неофициальных платежей уже обозначен; в следующем разделе мы попытаемся оценить значимость проблемы.

Почему неофициальные платежи имеют значение

Неофициальные платежи, по определению, не регистрируются и не поддаются проверке. Этим определяется их влияние на управление системой, структуру государственных приоритетов, стимулы для поставщиков и управленцев, доступность услуг и социальную справедливость.

Управление системой и структура государственных приоритетов

Неофициальная природа платежей уменьшает значимость государственной политики и решений по распределению средств в интересах общества. Поскольку платежи назначаются без участия спонсора системы — а именно правительства, — размер средств, попадающих в систему, определяется случайными ценами и готовностью больных платить. В итоге приоритетные расходы (такие, как расходы на материнство) не могут быть осуществлены, поскольку все решения принимает рынок под влиянием поставщиков, которые решают, кто может пользоваться их услугами. Все это может быть охарактеризовано как маргинализация государственной политики.

В большинстве стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР системы здравоохранения останутся неэффективными и некачественными до тех пор, пока будет существовать нынешняя структура управления, финансирования и контроля, допускающая, чтобы значительная часть денег поступала отдельным людям, а не учреждениям и не системе в целом. Модернизация медицинского оборудования и отопительных систем, разработка экономичных медицинских протоколов, повышение стандартов ухода за больными — эти и другие элементы нормального функционирования системы здравоохранения не финансируются должным образом, что подрывает качество, эффективность и экономичность системы. Противодействовать этому можно, сокращая штаты и оборудование и в то же время направляя официально получаемые доходы на развитие инфраструктуры, совершенствование оборудования и субсидирование бедных. Вдобавок такие меры приведут к повышению прозрачности и будут способствовать финансовому контролю.

В интересах реформы руководители системы здравоохранения — как врачи, так и администраторы, — должны осознать важность стимулирования новых форм профессионального поведения, без которых реформа невозможна. Если индивид теряет слишком много, его противодействие может помешать реформаторским усилиям. Теория управления возлагает функцию реструктуризации на так называемых агентов преобразований (англ. agents of change), которые убеждают других ключевых агентов системы перейти к новым, лучшим формам работы. Руководители здравоохранения — как в министерствах, так и в ведущих медицинских учреждениях — выступают «агентами преобразований» для данного сектора. При наличии систематического противодействия со стороны других агентов реформы будут неустойчивыми и непрочными. Действительно, если существующая система выгодна ведущим агентам, а будущее неопределенно, реформы неизбежно натолкнутся на сопротивление с их стороны. Имея в виду, что с начала 1990-х годов в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР происходили серьезные потрясения, можно предполагать, что реформы едва ли будут приняты с готовностью.

Итак, чем лучше практика неофициальных платежей защищена от постороннего вмешательства, тем более затруднительным будет реформирование системы. Любая реформа означает выигрыш для одних и проигрыш для других. Если перед сильными агентами, которые ныне извлекают выгоду из неофициальных платежей, возникнет угроза проигрыша, реформы будут затруднены: во-первых, сильные агенты не станут вкладывать в них средства и, во-вторых, будет сделано все, чтобы преградить реформаторам доступ к рычагам системы.

Доступ к услугам и социальная справедливость

Требование от больных платы за услуги неизбежно предполагает закрытие доступа к услугам для неплатежеспособных и произвольное назначение уровня и условий платежей; хуже того, оно может сделать важнейшие и самые необходимые услуги недоступными для большинства населения. Один из важнейших мотивов участия государства в финансировании здравоохранения — обеспечение социальной справедливости, особенно для тех, кто не может платить за лечение. В условиях действующей системы выполнение этой задачи часто становится невозможным. Частная система, действующая в рамках государственных структур, практически не регулируется. Правительственное регулирование частных систем нужно для того, чтобы эти системы функционировали на основе законности и финансовой ответственности. Между

тем при наличии неофициальных платежей ни о законности, ни о финансовой ответственности не может быть речи. Как количественные, так и качественные исследования свидетельствуют о том, что люди, не способные платить, сплошь и рядом вынуждены воздерживаться от обращений за медицинской помощью; впрочем, как будет показано ниже, цель неофициальных платежей часто заключается в обеспечении дополнительных удобств или ускоренного лечения (Feeley *et al.* 1999; Gaal 1999; GUS 1999; Lewis 2000; Narayan 2000). Судя по рассказам, в некоторых странах бедные семьи, особенно деревенские, освобождаются от платежей, однако такие «льготы» носят бессистемный характер и отнюдь не означают гарантии доступа к услугам для бедных. Качественные данные по Армении указывают скорее на противоположную ситуацию: лицам, не имеющим возможности вносить неофициальные платежи, отказывается в лечении (Kurkchiyan 1999).

Размеры неофициальных платежей

Размеры неофициальных платежей за медицинские услуги определить так же трудно, как и размеры любых сделок в теневой экономике: платежи и цены не регистрируются, большинство действий осуществляется втайне и не обсуждается. Движение средств от плательщика к получателю происходит неофициальным образом и не регистрируется; незаконный характер платежей чрезвычайно затрудняет их отслеживание и оценку. По тем же причинам затруднен сбор любой информации о неофициальных платежах.

Любые обобщения касательно неофициальных платежей неуместны. Поскольку неофициальные платежи во многих странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР незаконны, поставщики не соглашаются признать факт таких платежей и обсуждать их. Впрочем, в странах бывшего СССР такие платежи не всегда незаконны — отчасти потому, что традиция стирает грань между подношениями в знак благодарности и платежами по требованию. Картина выдвигания требований, назначения цен, взимания и распределения платежей в разных странах выглядит по-разному. Так, в Польше врачи будто бы делятся своей выручкой с руководством больниц, тогда как в других странах этого не происходит. В одних странах от больных требуется платить по отдельности каждому поставщику, тогда как в других — нет. Невозможность получить исчерпывающие данные, в сочетании с пестрой картиной, делает любые обобщения ненадежными.

Отсутствие четких определений и различия в интерпретациях осложняют процесс сбора и анализа данных. Например, следует ли считать подарок, сделанный после оказания услуги, неофициальным платежом? Может ли подарок «натурой» считаться взяткой? Является ли покупка лекарств официальным или неофициальным расходом? Различия в восприятии подобных вещей могут привести к неопределенным ответам и неоднозначным результатам.

Вместе с тем, несмотря на трудности, корпус данных о практике и значении неофициальных платежей постоянно растет. В таблице 8.1 обобщены существующие обзоры неофициальных платежей. Среди таких обзоров — скромные попытки качественного анализа, серии подробных бесед с пользователями и поставщиками, масштабные групповые опросы и специальные опросы отдельных семей, посвященные исключительно неофициальным платежам. Отмеченные исследования проводятся с начала 1990-х годов.

Общие семейные обзоры — самый обычный источник, позволяющий оценить размеры неофициальных платежей. Наилучший источник для сравнений — обзоры уровня жизни, осуществляемые Всемирным банком и основанные на стандартной анкете и представительных выборках. К настоящему времени данные о неофициальных платежах доступны по Азербайджану, Албании, Армении, Болгарии, Грузии, Казахстану, Киргизии, России, Румынии и Таджикистану.

Другим источником данных о неофициальных платежах служат опросы семей, осуществляемые государственными органами. Центральные статистические управления Польши и Венгрии накапливают данные о неофициальных платежах в ходе подготовки общих обзоров; ожидается, что в будущем эти обзоры станут главным источником подобных данных. Однако качество данных по этим двум странам неодинаково. Данные по Польше хорошо согласуются с другими обзорами (Chawla *et al.* 1999; GUS 1999); что касается данных по Венгрии, то они, по сравнению с другими обзорами, занижают долю неофициальных платежей в 3-10 раз (различные источники обобщены в Gaal 1999; Hungarian Central Statistical Office 1993, 1994, 1995, 1996, 1998). Важно выявить причину столь резких расхождений, подрывающих доверие к существующим данным и к методологии их сбора.

Специальные опросы семей (Feeley *et al.* 1999 для России; Abel-Smith and Falkingham 1996 для Киргизии; GUS 1999 для Польши; World Bank 2000c для Армении) позволяют лучше понять масштабы и природу практики неофициальных платежей (анкеты составлены так, чтобы выявить детали процесса); вместе с тем такие опросы часто уникальны в своем роде, поскольку анкеты разработаны с учетом специфики данной страны. Недостатком общих семейных опросов является чрезмерная широта охвата и соответственно незначительное внимание к сектору здравоохранения; относительно неофициальных платежей часто просто спрашивается, предъявлялись ли требования об их уплате. В странах, где существует традиция платежей в благодарность за услугу или где подарки «натурой» не воспринимаются как платежи, значимость неофициального рынка здравоохранения может недооцениваться; при проведении специальных опросов подобные ограничения избегаются. Однако, как уже было отмечено, уникальность специальных семейных опросов (невозможность сравнивать данные по различным странам между собой) не позволяет делать обобщения на их основе. Опросы обоих типов сфокусированы исключительно на пользователях и игнорируют поставщиков.

Другой многообещающий и, возможно, менее дорогостоящий подход — статистические исследования среди больных. Обзоры такого рода имеют смысл в тех случаях, когда собранные данные систематизируются органами медицинского страхования. Возможны опросы при выходе, как это было сделано во Вьетнаме (World Bank 1993), а в более ограниченном масштабе — на Украине (Kiev International Institute of Sociology 1999), либо опросы по телефону (Chawla *et al.* 1999). Однако недавний польский опыт свидетельствует о том, что такие подходы в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР могут быть неосуществимы. В последнем случае выборка стационарных и амбулаторных больных исследовалась после выписки или по окончании курса лечения на предмет выяснения того, приходилось ли больным делать неофициальные или официальные платежи, насколько больные довольны лечением и т. п. Предложения ответить на вопросы при выходе, как правило, отвергались. Нежелание больных участвовать в опросах, а тем более обсуждать практику неофициальных платежей, представляется вполне естественным, поскольку эта практика в большинстве стран незакон-

на. Подходящей альтернативой методу опросов может стать мониторинг страховых ведомостей.

Качественные методы, применявшиеся, в частности, в Армении (Kurkchiyan 1999), Болгарии (Delcheva *et al.* 1997; Balabanova 1999), Грузии (Georgian Opinion Research Business International 1999), Молдавии (Ruzica *et al.* 1999) и на Украине (Kiev International Institute of Sociology 1999; Way 1999), проливают свет на мотивацию и практику неофициальных платежей с точки зрения как поставщиков, так и больных. Качественные показатели могут служить объяснению количественных данных. Опросы часто оказываются грубым инструментом, не позволяющим в должной мере уразуметь, на чем держится практика неофициальных платежей; между тем предпосылки этой практики многообразны. Будучи чувствительны к данной проблеме, поставщики обычно отказываются принимать участие в исследованиях, но могут согласиться анонимно войти в фокусные группы. То же можно сказать о больных, которые часто предпочитают делиться информацией и выражать свои взгляды в анонимных беседах. Качественные результаты, вообще говоря, не могут считаться репрезентативными; сделанные на их основе обобщения должны оцениваться с осторожностью.

Приведенный ниже сравнительный анализ осуществлен на основе данных из всех этих источников; разрозненные сведения используются для воссоздания целостной картины практики неофициальных платежей с комплексом сопутствующих проблем.

Масштабы неофициальных платежей за медицинские услуги

В настоящем разделе приводятся данные о платежах за стационарное лечение, амбулаторные услуги и медикаменты. Грань между официальными и неофициальными платежами неотчетлива, что отражается на постановке вопросов и на их понимании респондентами. Более того, статус платежей наличными за лекарства характеризуется неопределенностью. Если государственная политика не предполагает покрытия расходов на лекарства, плата за них является вполне официальной. Соответственно, если предполагается, что медицинские услуги бесплатны, любые платежи наличными являются неофициальными. Различия между неофициальными и официальными платежами проводятся везде, где это возможно.

Практика официальных платежей в исследованных странах варьирует. В период проведения обзоров бесплатные услуги гарантировались в Азербайджане, Албании, Казахстане, Киргизии, Молдавии и Таджикистане. В Польше стационарное лечение было бесплатным, тогда как амбулаторное лечение и стоматологические услуги оплачивались самими больными. В Румынии совместные платежи предусматривались только за рецептурные лекарства. Эти различия по возможности принимаются во внимание; как уже отмечалось, в некоторых обзорах специально проводится грань между официальными и неофициальными платежами.

Что касается таких стран, как Армения, Болгария, Грузия и Россия, то в них предусмотрены официальные платежи за некоторые услуги; в итоге больные вынуждены платить дважды. Вообще говоря, размер неофициальных вознаграждений выше, чем размер официальных сборов (Lewis 2000). В Армении — одной из немногих стран, по которым подобные данные доступны, — введение официальных сборов привело к снижению неофициальных доходов и общего количества больных (Kurkchiyan 1999).

Таблица 8.1. Обобщение исследований и обзоров неофициальных платежей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

Страна (год обзора)	Источники (год)	Тип обзора	Численность выборки (число опрошенных)	Типы исследованных неофициальных платежей
Албания (1996)	World Bank (1997a)	Обзор уровня жизни семей	523	Обзор охватывает 3 города и не является полностью репрезентативным
Армения (1999)	World Bank (2000a)	Национальный обзор по семьям	100 семей	Подробный опрос об официальных и неофициальных платежах
Армения (1999)	Kirkshian (1999)	Интервью с управляющими, медицинским персоналом и др.	99 интервью, 17 фокусных групп	Калькуляция неофициальных платежей для различных диагнозов. Интервью проводились в 10 больницах и 4 поликлиниках
Азербайджан (1995)	World Bank (1997b)	Азербайджанский обзор условий жизни	2000	
Болгария (1994)	Delcheva et al. (1997)	Обзор государственных медицинских служб	700	Средняя стоимость лечения и доходы на душу населения
Болгария (1997)	Balabanova (1999)	Обзор и фокусные группы	1547	Неофициальные платежи у мужчин и женщин, платежи натурой и деньгами, распределение платежей по квартирам, распределение платежей во времени
Болгария (1997)	Gallup Organization (1997)	Интегрированный обзор семей	9750	Данные о медицинских расходах малочисленны

Таблица 8.1. Обобщение исследований и обзоров неофициальных платежей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

Страна (год обзора)	Источники (год)	Тип обзора	Численность выборки (число опрощенных)	Типы исследованных неофициальных платежей
Грузия (1997)	World Bank (1999b)	Обзор уровня жизни семей	14 486	
Грузия (1999)	Georgian Opinion Research Business International (1999)	Фокусные группы	50 фокусных групп	Учитывает только поставщиков; 6 разных фокусных групп
Грузия (1997)	Mays and Schaefer (1998)	Правительственные отчеты	нет данных	Расходы на здравоохранение (правительственные отчеты)
Венгрия	Hungarian Central Statistical Office (1993–1998) (reported in Gaal, 1999a,b)	Обзор семейных бюджетов	нет данных	Обзор семейных расходов
Казахстан (1996)	Sari <i>et al.</i> (2000)	Обзор уровня жизни семей	7223	Доходы на душу населения в зависимости от места жительства, бедные/небедные, национальные расходы
Киргизия (1994)	Abel-Smith and Falkingham (1996)	Обзор финансирования здравоохранения в Киргизии, обзор неофициальных платежей по семьям	8509	Подробная информация об официальных и неофициальных расходах семей, о том, как семьи покрывают свои расходы, и о факторах, поддерживающих потребление

Таблица 8.1. Обобщение исследований и обзоров неофициальных платежей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

Страна (год обзора)	Источники (год)	Тип обзора	Численность выборки (число опрошенных)	Типы исследованных неофициальных платежей
Польша (1994)	Chawla <i>et al.</i> (1998)	Обзор по семьям	12 359	Первый обзор использования медицинских услуг и расходов на лечение по семьям, с подробностями относительно неофициальных платежей
Польша (1997)	Chawla <i>et al.</i> (1999)	Обзор использования амбулаторных услуг в Кракове (по семьям)	12 359	Расходы на лечение. Подробности о платежах различным поставщикам. Проводится грань между официальными и неофициальными платежами
Польша (1998)	GUS (Central Statistics Office Warsaw) (1999)	Обзор по семьям	11 983	Платежи в виде «благодарности» врачам и медицинскому персоналу; платежи за лекарства и другие медицинские материалы; другие бытовые услуги
Молдавия (1999)	Ruzica <i>et al.</i> (1999)	Опрос врачей, медсестер и больных	390	Интервью у 130 врачей, 130 медсестер и 130 больных в Кишиневе (75%) и двух административных районах. Проводились также групповые интервью
Румыния (1997)	World Bank (1997c)	Интегрированный обзор семей (обзор уровня жизни семей)	76 852	
Россия (1997 – 1998)	Feeley <i>et al.</i> (1999), Boikov and Feeley (1999)	Обзор неофициальных платежей по семьям	3000	Подробный обзор официальных и неофициальных платежей, использования услуг частного сектора и влияния платежей на социальную справедливость

Таблица 8.1. Обобщение исследований и обзоров неофициальных платежей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (продолжение)

Страна (год обзора)	Источники (год)	Тип обзора	Численность выборки (число опрошенных)	Типы исследованных неофициальных платежей
Россия (1997)	World Bank (1997d)	Продольный мониторинг	8701	Модуль здоровья
Таджикистан (1999)	World Bank (2000e)	Обзор уровня жизни семей	14 142	Первый национальный обзор по семьям
Украина (1998)	Kiev International Institute of Sociology (1999)	Количественный обзор по семьям и по выписанным больным и обзор с использованием качественных методов: интервью, фокусных групп, дневников больных	100/200	Подробное обсуждение с поставщиками и больными. Особое внимание обращалось на восприятие
Украина (1999)	Way (1999)	Количественный обзор по трем городам	200	Интервью с больными и поставщиками

На рисунке 8.1 обобщены данные о неофициальных платежах на душу населения в разных странах. Берутся итоговые суммы, а если они неизвестны, то суммируются известные данные по стационарному и амбулаторному лечению, лекарствам и другим категориям неофициальных платежей⁵. Среди других категорий — плата за диагностические тесты, консультации специалистов, различные материалы. Таким образом, средний уровень неофициальных платежей на душу населения представляет собой своего рода моментальный снимок всей совокупности расходов без детализированного распределения по различным категориям.

Рисунок 8.2 отражает распределение платежей наличными по трем категориям: амбулаторное лечение, стационарное лечение, медикаменты⁶. В некоторых случаях сопоставление данных по различным странам представляло трудности, что потребовало дополнительного упорядочения данных. Неудивительно, что стационарное лечение оказалось существенно более дорогим, чем амбулаторные услуги. Средние расходы на лекарства часто превышают стоимость амбулаторного лечения, что также неудивительно, так как лекарства могут приобретаться и для других членов семьи. Цены на лекарства в разных странах варьируют в зависимости от структуры фармацевтических расходов, которая в данном случае не принимается во внимание.

В таблице 8.2 отражена картина обстоятельств, при которых делались платежи по шести категориям в нескольких странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Результаты свидетельствуют об отсутствии сколько-нибудь отчетливой закономерности распределения неофициальных платежей по этим категориям. Так, доля платежей за лекарства варьирует от 6% (Казахстан) до 49% (Молдавия). Расхождение в уровне платежей за услуги врачей не столь значительны, однако и здесь какую-либо закономерность усмотреть трудно. Приведенные цифры

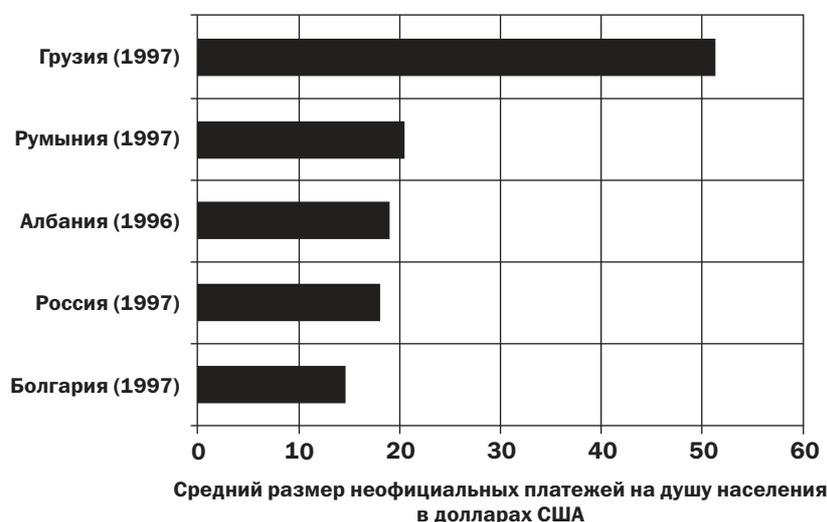
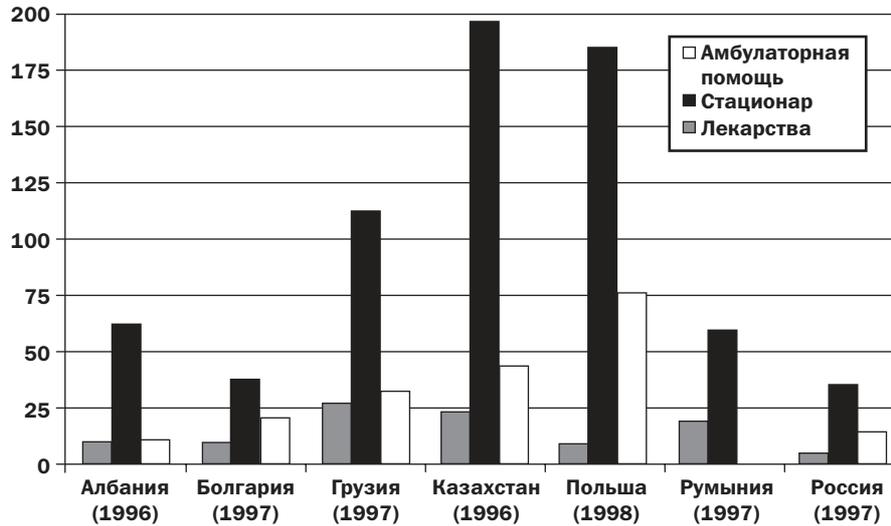


Рисунок 8.1. Средний размер неофициальных платежей (в долларах США по курсу 1995 г. с учетом относительной покупательной силы) на душу населения для лиц, обратившихся за медицинской помощью в пяти странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 1996 или 1997 гг. Источники: World Bank (2000d) (данные о доходах на душу населения); World Bank (1996, 1997с, 1999b), Balabanova (1999), Boikov and Feeley (1999), Feeley *et al.* (1999) (данные о неофициальных платежах).

Рисунок 8.2. Средний размер неофициальных платежей (в долларах США по курсу 1995 г. с учетом относительной покупательной силы) за одно обращение по поводу амбулаторной помощи, стационарного лечения и назначения лекарств в семи странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 1996, 1997 или 1998.



Источники: World Bank (1996, 1997с, 1999b), Balabanova (1999), Boikov and Feeley (1999), Feeley *et al.* (1999), GUS (1999), Sari *et al.* (2000).

свидетельствуют о том, что в разных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР неофициальные платежи практикуются в разной степени; более того, судя по польским данным, размер неофициальных платежей за стационарные и амбулаторные услуги может существенно варьировать внутри одной страны.

О значимости неофициальных платежей для семей свидетельствуют данные о частоте платежей и о том, какую долю среднего дохода на душу населения составляет средний размер отдельно взятого платежа. Эти данные могут дать представление о том, насколько тяжелым бременем ложатся платежи на среднестатистическую семью.

Частота неофициальных платежей в разных странах различна — от 78% за стационарное лечение в Польше до 21% в Болгарии (по данным 1997 г.). Цифры по Болгарии выше, чем в 1994 г. (43%), когда преимущественное внимание уделялось ситуации в городах, где неофициальные платежи, судя по всему, более обычны (Balabanova 1999).

Цифра 74% по России относится только к неофициальным платежам за больничные услуги. Неофициальные платежи врачам делали лишь 16% больных. В этом исследовании проводится различие между официальными и неофициальными платежами. Весьма существенны официальные платежи; на покупку фармацевтических препаратов идет 55% всех семейных медицинских расходов — как официальных, так и неофициальных. Если все эти расходы должны покрываться государственной системой, доля неофициальных платежей оказывается значительно большей (Feeley *et al.* 1999).

В странах, данные по которым доступны, платежи за лекарства превышают расходы на медицинские услуги. Так, в Болгарии лекарства за свои деньги покупает 90% населения, а в Польше — 98%, что в обоих случаях значительно выше уровня

Таблица 8.2. Процент людей, заявивших о требовании неофициальных платежей, среди лиц, обратившихся за медицинской помощью (согласно типам помощи) в избранных странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

Страна	Год опроса	Больницы общего профиля	Врачи	Медсестры или другой средний персонал	Лекарства или материалы	Анализы	Другие	Всего
Болгария	1997	6	66	12	16	нет данных	нет данных	100
Казахстан	1996	28	32	нет данных	6	34 ^а	нет данных	100
Киргизия	1994	0	18	0	61	14	7	100
Молдавия	1999	10	7	0,5	49	16	18 ^б	100
Польша ^в	1998	6	42	9	16	3	25 ^г	100
Польша: Краков ^д	1997	8	нет данных	92	нет данных	нет данных	нет данных	100
Россия	1997-1998	31	21	7	18	нет данных	23 ^е	100

^а По терминологии авторов — «процедуры».

^б Преимущественно дополнительная плата за питание и плата за другие терапевтические услуги.

^в Это исследование относится только к стационарному больным.

^г Включая платежи за внешнюю помощь, частные больничные платежи и неопределенные расходы.

^д Только амбулаторные больные.

^е В основном частная стоматология.

Источники: Balabanova (1999), Chawla *et al.* (1999), Abel-Smith and Falkingham (1996), Feeley *et al.* (1999), GUS (1999), Ruzica *et al.* (1999), Sari *et al.* (2000)

Таблица 8.3. Среднемесячный доход на душу населения и средний процент месячного дохода, затрачиваемый на лечение и лекарства лицами, обратившимися за медицинской помощью, в семи странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

Страна	Год опроса	Среднемесячный доход на душу населения в год опроса (в долларах США)	Средние расходы на лечение в процентах к доходу	Расходы на лекарства в процентах к доходу
Албания	1996	193	9,1	4,8
Болгария	1997	334	4,4	5,8
Грузия	1997	164	20,6	12,4
Казахстан	1996	290	нет данных	11,2
Польша	1994	432	нет данных	10,3
Румыния	1997	359	4,1	нет данных
Россия	1997	355	3,9	2,6

Источники: см. таблицу 8.1

оплат за услуги (Balabanova 1999; GUS 1999). Данные по амбулаторному лечению в Кракове (Польша) показывают, что расходы на лекарства составляют 68% всех неформальных затрат (Chawla *et al.* 1999); в Киргизии у 3/4 больных, принятых в стационары, потребовали плату за лекарства, которые должны быть бесплатны (Abel-Smith and Falkingham 1996). В России частная покупка лекарств стала нормой. В результате за лекарства неофициально платит лишь небольшая часть населения; 16% уже покупает лекарства официально (Feeley *et al.* 1999).

В таблице 8.3 размер дохода на душу населения сопоставляется с процентом от всего дохода, затрачиваемым на медицину в целом, и с процентом, идущим на оплату лекарств (в том числе, возможно, приобретаемых по усмотрению больного; иначе говоря, сюда входят также расходы на «самолечение»).

Неофициальные платежи вызваны к жизни довольно сложным комплексом причин. На Украине представители фокусных групп в качестве важной причины отмечали низкие и нерегулярно выплачиваемые зарплаты врачей; по их мнению, в этих условиях платежи больных за услуги становятся необходимым условием функционирования системы. Один из больных сформулировал ситуацию иначе: «не подмажешь — не поедешь» (Kiev International Institute of Sociology 1999). Сходным образом высказывались больные в Болгарии; они также отмечали, что больные часто платят за то, чтобы лечение было более качественным и чтобы персонал относился к ним и к их проблемам с большим вниманием. Данные указывают также на то, что лица с относительно высокими доходами, живущие в городах, проявляют большую готовность платить за услуги, что неудивительно, так как относительно богатые семьи имеют возможность доплачивать за качество услуг (Balabanova 1999). Согласно данным по Венгрии, подпольные платежи часто мотивируются чувством благодарности, хотя иногда не менее важное значение имеют соображения удобства и установка поставщика (Gaal 1999).

Согласно результатам опроса общественного мнения, проведенного в 1997 г. в России, 25% респондентов не доверяли профессиональной квалификации врачей государственного сектора и предпочитали лечиться у частных специалистов, тогда как 20% отметили «неотзывчивость» медицинского персонала в государственных

клиниках; эти результаты согласуются с тем, что наблюдалось в Болгарии (Feeley *et al.* 1999). Судя по всему, готовность платить подпитывается потребностью ускорить лечение, гарантировать отзывчивость персонала и качество услуг, поощрить систему к дальнейшей работе и вознаградить низкооплачиваемых работников системы. Коренной вопрос заключается в том, все ли больные имеют возможность платить.

Услуги, финансируемые и гарантируемые правительством, по идее должны быть доступны всем гражданам независимо от их доходов. Необходимость покупать услуги «из-под полы» может ограничить доступ к ним для неплатежеспособных граждан. Здесь я обобщу доступную информацию о факторах, мешающих доступу к услугам (включая лекарства) и, следовательно, соблюдению принципа социальной справедливости.

Доходы семьи — важный фактор, определяющий использование медицинских услуг в случае болезни кого-либо из членов семьи. В 1998 г. в России официальные платежи за медицинские услуги составляли 27% месячного дохода относительно бедных семей (входящих в низшую из пяти групп, выделенных согласно уровню доходов), между тем как для относительно богатых семей (входящих в высшую группу) этот показатель равнялся 9% (Feeley *et al.* 1999); при этом неофициальные платежи на всех уровнях составляли очень незначительную долю расходов. В 1997 г. результаты были совершенно иными: 41% респондентов отметили, что они не могут позволить себе покупку лекарств, а 13% не могут платить за лечение. Расхождения в данных отчасти обусловлены тем, что в более поздней работе дифференциация неофициальных и официальных платежей осуществлена с большей тщательностью.

Анализ структуры платежей по группам населения согласно размерам дохода позволяет оценить, сколько тратят на лечение группы с относительно высокими и с относительно низкими доходами. Относительно богатые семьи тратят больше в абсолютных цифрах, однако их затраты составляют менее значительную долю их доходов. На Украине средние затраты на семью варьируют в пределах от 50 гривен для бедных семей до примерно 200 гривен для богатых семей. В Казахстане бедные семьи вынуждены платить 252% месячного дохода за госпитализацию одного из своих членов, тогда как более состоятельные люди платят за то же самое 54% дохода (Sari *et al.* 2000).

Эти данные дополняются сообщениями о невозможности позволить себе лечение при тех или иных обстоятельствах. В Польше 11% населения не могли позволить себе покупку рецептурных лекарств; еще 26% иногда считали цену таких лекарств слишком высокой. Доля чрезмерно дорогих рецептурных лекарств для пенсионеров составила 14%. Следовательно, даже в относительно благополучной Польше суммы, которые приходится платить наличными, настолько высоки, что делают часть медицинских услуг недоступной для некоторых слоев населения (GUS 1999). Результаты обзора, проведенного в России в 1997 г., указывают на то, что медицинские услуги и рецептурные лекарства недоступны для значительной части населения.

Полезным индикатором, позволяющим определить доступность медицинских услуг с точки зрения материальных возможностей, служит необходимость брать деньги взаймы, распродавать вещи или каким-нибудь иным образом мобилизовать средства на лечение. На Украине около 15% пользователей черпали средства из своих сбережений или брали в долг у родственников (Kiev International Institute of Sociology 1999). Таким образом, расходы на здравоохранение могут лечь тяжелым бременем на благосостояние многих семей. Более того, бедные получают меньше

помощи, чем богатые, поскольку у бедных семей меньше товаров длительного пользования и прочего имущества, а также меньше шансов получить деньги взаймы; следовательно, бедные лишаются резерва, благодаря которому они в крайнем случае могли бы покрыть расходы на лечение. В Киргизии каждый третий стационарный больной брал деньги взаймы, а в сельской местности 45% больных продавали продукты или крупный рогатый скот, чтобы покрыть расходы на лечение в больнице. Таким образом, попадание в больницу кого-либо из членов небогатой семьи может привести к разрушительным экономическим последствиям для всей семьи.

Выводы и политические следствия

Скрытое или открытое признание неофициальных платежей представляет собой серьезнейшую проблему, поскольку заставляет правительство либо игнорировать, либо поощрять незаконные действия. Судя по имеющимся неофициальным сведениям, правительства некоторых стран назначают зарплаты врачам исходя из размера таких платежей. Поставщики открыто признаются в том, что им приходится требовать деньги в конвертах или «чаевые», так как их зарплаты низки и к тому же подолгу не выплачиваются. Допуская неофициальные платежи, правительство расписывается в своей неспособности возмещать издержки в условиях действующей системы.

Терпимое отношение к неофициальным платежам не приносит выгоды и не может быть мотивировано разумными соображениями. Правительство, допускающее неофициальные платежи, создает дополнительные сложности для своих граждан, нуждающихся в медицинской помощи. Неофициальные платежи противоречат принципам открытой публичной политики, подрывают доверие к правительству и основы демократии. Иначе говоря, неофициальные платежи приносят вред здравоохранению, правительству и обществу в целом.

Хотя проблема неофициальных платежей не имеет простого и безболезненного решения, необходимы активные действия, чтобы сделать услуги реально доступными для всех слоев населения и не допустить неизбежного снижения стандартов медицинской помощи. Проблема дополнительно осложняется тем, что такие платежи во многих странах не противоречат культурной традиции. Как будет показано ниже, многие инициативы, направленные против практики неофициальных платежей, предполагают серьезную реструктуризацию сектора, без которой перемены в поведении поставщиков невозможны. Любое вмешательство должно быть комплексным, иначе оно не будет эффективным.

Во-первых, должны быть установлены параметры допустимого поведения; для этого правительству необходимо четко определить свою позицию по отношению к неофициальным платежам и любым другим внебюджетным финансовым сделкам между государственными служащими и остальными гражданами. Во-вторых, действующие государственные системы здравоохранения слишком велики и часто функционируют не столько как коммунальные службы, сколько как службы найма. Чтобы реформа могла иметь место, желательно сократить эти системы — иначе ими невозможно будет эффективно управлять. Бюджеты многих стран не в состоянии покрыть расходы на разросшуюся рабочую силу, дорогостоящие службы стационарного лечения и многочисленные больницы. Чрезмерные затраты и недостаточное финансирование заставляют тех поставщиков, которые непосред-

ственно обслуживают потребителей, требовать себе вознаграждения из альтернативных источников.

Хороший пример — число врачей и их зарплаты. Размеры зарплат в реальном исчислении снизились — при том, что активы уменьшились незначительно, а издержки если и увеличились, то весьма незначительно. Снижение числа врачей предоставило бы возможность уменьшить пропускную способность больниц, сократить расходы и поднять зарплаты оставшимся врачам. Пояснить сказанное можно на двух примерах. После того как число врачей в Чехии несколько (впрочем, пока еще недостаточно) сократилось, зарплаты врачей стали расти с той же скоростью, что и доходы населения в целом. В Чехии, в отличие от других стран Центральной Европы, неофициальные платежи врачам не распространены (World Bank 1999a, 2000a). В Польше дела обстоят сложнее. В 1998 г. размеры неофициальных платежей различным государственным поставщикам варьировали от 26 млн злотых за амбулаторное лечение до всего лишь 164 000 злотых за скорую медицинскую помощь. Дополнительные сборы не взымали только врачи первичной помощи, чьи зарплаты были самыми высокими (Chawla *et al.* 1999). Следовательно, высокие зарплаты отчасти решают проблему. Вместе с тем маловероятно, чтобы повышение зарплат само по себе могло служить радикальным средством. Так, в Греции зарплаты врачей повысились, после чего неофициальные платежи постепенно снизились только для того, чтобы потом вырасти вновь (Elias Mossialos, личное сообщение): отрезвляющий пример провала усилий по пресечению неофициальных платежей и по обеспечению подотчетности поставщиков в долгосрочной перспективе.

В-третьих, в условиях бюджетных ограничений всеобъемлющие бесплатные услуги оказываются не по средствам. Правительства многих стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР испытывают трудности с предоставлением того, что уже имеется в наличии. Круг финансируемых услуг, возможно, должен быть сужен, или пользователи должны официально покрывать расходы на некоторые аспекты лечения. Имея в виду национальные уровни дохода, следует отнестись к этим альтернативам с большой осторожностью.

Число коек в больницах и клиниках может быть сокращено. Можно ввести в действие стимулы к снижению пропускной способности. Во многих странах бюджеты рассчитываются исходя из размера поступлений, что создает ложные стимулы к сохранению повышенной пропускной способности. При составлении бюджета следует отказаться от чрезмерной зависимости от поступлений; только при этом условии удастся получить свободные средства для обеспечения эффективности и повышения качества.

Официальные сборы с пользователей, которые, как можно надеяться, заменят существующую практику, возможны в следующих формах:

- незначительные сборы за многие услуги — вариант бытующей ныне практики;
- предоставление улучшенных «гостиничных» услуг и повышенного внимания за особое вознаграждение; эта практика уже применяется в ряде систем;
- ежедневные платежи за стационарное лечение — даже если вносимые суммы номинальны;
- оплата услуг частных врачей в государственных больницах;
- покупка дополнительного медицинского страхования для покрытия расходов на медикаменты, материалы и др.; этот тип официальных сборов с пользователей в последнее время не без успеха используется в Киргизии;

- всеобщие непропорционально взимаемые платежи, идущие на субсидирование стационарного лечения, медикаментов или других дорогостоящих услуг;
- полное субсидирование медицинских услуг для бедных и взимание сборов с более состоятельных больных по скользящей шкале.

Все эти формы могут использоваться как совместно, так и по отдельности. Больные уже платят и, более того, готовы платить; теперь следует точно установить размеры сборов и определить, кто будет плательщиком. Эти меры каждая страна должна принимать сама, предпочтительно в контексте всеобъемлющей реформы здравоохранения.

Существует и обсуждается множество альтернатив; эксперименты могут помочь при выработке политической линии. Фундаментальный принцип разделения затрат неизбежен как при финансировании всего круга желаемых услуг (главным образом в странах Центральной и Восточной Европы), так и при обеспечении только самых необходимых услуг (главным образом в странах бывшего СССР). Исходя из наличных финансовых возможностей, правительства должны сделать выбор, кого и как они будут лечить в первую очередь.

В-четвертых, необходимо обеспечить контроль за всеми поставщиками и их отчетность. Результативность работы поставщиков трудно поддается измерению; вообще говоря, результативность — это новое понятие для здравоохранения. Тем не менее для построения более доступной и справедливой системы здравоохранения нужно разработать методологию оценки результативности и сделать так, чтобы поставщики несли ответственность за результаты своей работы. Важно использовать приемлемые стандарты ведения отчетов, ревизовать больничные отчеты и проверять, чтобы поведение руководства больниц соответствовало принятой политической установке по отношению к неофициальным платежам.

Наконец, для тех, кто предпочитает частное лечение, можно создать и развивать частные альтернативы. Отсутствие частных альтернатив как для поставщиков, так и для больных способствует развитию рынка внутри государственной системы. Как рынок, так и государственная система будут действовать эффективнее, если их разделить, и правительство имеет возможность осуществить раздел. Между тем в настоящее время правительство фактически прямо финансирует значительную долю «частного лечения», либо врачи используют государственную инфраструктуру для лечения своих частных больных.

Политико-экономические аспекты ликвидации неофициальных платежей весьма серьезны. Вытеснение неофициальных платежей должно осуществляться согласно хорошо разработанному комплексному плану — ведь слишком многие агенты системы заинтересованы в том, чтобы последняя не менялась. С политической и социальной точек зрения важно правильно установить приоритеты; правительства стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР должны открыто признать, что реальный уровень доходов не позволяет им принять все необходимые меры сразу и в полном объеме. Если этого не произойдет, неофициальные платежи, скорее всего, будут продолжать определять функционирование систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

Сноски

¹ Я благодарю участников семинара по финансированию здравоохранения (Венеция, декабрь 1999 г.), особенно Петера Гааля (Gaal) и Александра Прекера (Preker), за замечания по поводу предварительного варианта этой главы. Петер Гааль и Дина Балабанова (Balabanova) являются авторами основополагающих исследований о практике неофициальных платежей соответственно в Венгрии и Болгарии. Неоценимую помощь в исследовании оказал Джон Восс (Voss), а Иэн Конейки (Conachy) подготовил рукопись к печати. Мои выводы и рекомендации не обязательно отражают политику или взгляды Всемирного банка.

² Впрочем, стоматология в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР уже является в основном частной и оплачивается непосредственно из кармана потребителя.

³ В отдельных странах — таких, как Грузия и Украина, — невыплаты зарплат привели к тому, что неофициальные платежи стали для врачей единственным источником средств к существованию. В Венгрии, Польше и некоторых других странах неофициальные платежи служат дополнением к относительно низким зарплатам.

⁴ Маловероятно, чтобы официальные платежи могли вызвать аналогичную отзывчивость к нуждам больных, ибо сам поставщик не извлекает от таких платежей непосредственной выгоды. Если же учреждения-поставщики (больницы или клиники) удерживают доходы от таких официальных платежей, у них появляется стимул к тому, чтобы удовлетворить своих больных.

⁵ Данные для таблиц взяты главным образом из статистически репрезентативных выборок для каждой отдельной страны. Данные из качественных источников не являются статистически репрезентативными. Источники данных охарактеризованы в таблице 8.1.

⁶ Валютные курсы приведены согласно таблицам Международного валютного фонда, выпущенным в год обзора, и упорядочены так, чтобы можно было проводить сравнения между странами по покупательной способности населения. Переводной коэффициент покупательной способности — это число единиц национальной валюты, необходимое для покупки того же количества товаров и услуг на внутреннем рынке, которое можно приобрести за доллар США на рынке США (World Bank 2000d).

Литература

Abel-Smith, B. and Falkingham, J. (1996) *Financing Health Services in Kyrgyzstan: The Extent of Private Payments*. London: London School of Economics and Political Science, LSE Health and Department of Social Policy.

Anderson, J. (2000) Corruption in Slovakia: results of diagnostic surveys, unpublished. Prepared at the request of the Government of the Slovak Republic by the World Bank and the United States Agency for International Development.

Balabanova, D. (1999) Informal payments for health care in Bulgaria, unpublished. London: Health Services Research Unit, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Boikov, V.E. and Feeley, F.G. (1999) *Russian Household Expenditures on Drugs and Medical Care, unpublished*. Boston, MA: Boston University.

Chawla, M. (1995) Factors Determining Dual Job-Holdings in the Health Sector: Some Evidence from Egypt, PhD dissertation. Boston, MA: Boston University.

Chawla, M., Berman, P. and Kawiorska, D. (1998) Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures, *Health Economics*, 7: 337-46.

Chawla, M., Berman, P., Windak, A. and Kulis, M. (1999) *Provision of Ambulatory Health Services in Poland: A Case Study from Krakow*, Boston: International Health Systems Group, Harvard School of Public Health. <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-73.PDF> (accessed 25 February 2001).

- Delcheva, E., Balabanova, D. and McKee, M. (1997) Under-the-counter payments for health care, *Health Policy*, 42(2): 89-100.
- Feeley, F.G., Sheiman, I.M. and Shiskin, S.V. (1999) *Health Sector Informal Payments in Russia*, unpublished. Boston, MA: Boston University.
- Gaal, P. (1998) Under-the-table payment and health care reforms in Hungary, unpublished. Bucharest: Health Service Management Training Centre, Semmelweis University of Medicine.
- Gaal, P. (1999) Informal payment in the Hungarian health services, unpublished. Bucharest: Health Service Management Training Centre, Semmelweis University of Medicine.
- Gallup Organization (1997) Background paper for the Bulgaria Poverty Assessment Study, unpublished. Washington, DC: World Bank.
- Georgian Opinion Research Business International (1999) *Health Care Reform in Georgia: A Focus Group Study*. Tbilisi: Georgian Opinion Research Business International.
- GUS (Central Statistics Office Warsaw) (1999) *Health Care in Households in 1998*. Warsaw: GUS.
- Hungarian Central Statistical Office (1993) *Household Budget Survey 1992*. Budapest: Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1994) *Household Budget Survey 1993*. Budapest: Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1995) *Household Budget Survey 1994*. Budapest: Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1996) *Household Budget Survey 1995*. Budapest: Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1998) *Household Budget Survey 1996*. Budapest: Hungarian Central Statistical Office.
- Kiev International Institute of Sociology (1999) Level of availability and quality of medical care in Ukraine, unpublished. Kiev: Kiev International Institute of Sociology.
- Kurkchyan, M. (1999) The change in health care in post-Soviet countries: a case study of Armenia, unpublished. World Bank Report on Health Care in Armenia. Washington, DC: World Bank.
- La Forgia, G., Levine, R., Diaz, A. and Rathe, M. (1999) Fend for yourself: systemic failure in the Dominican health market and prospects for change, paper presented at the IHEA Conference, Rotterdam, the Netherlands, 5-8 June.
- Lewis, M. (2000) *Who is Paying for Health Care in Europe and Central Asia?* Washington, DC: World Bank.
- Lewis, M.A., La Forgia, G.M. and Sulvetta, M.B. (1992) Productivity and quality of public hospital staff: a Dominican case study, *International Journal of Health Planning and Management*, 6: 287-308.
- Lewis, M.A., La Forgia, G.M. and Sulvetta, M.B. (1996) Measuring public hospital costs: empirical evidence from the Dominican Republic, *Social Science and Medicine*, 43(2): 221-34.
- Lewis, M., Eskeland, G.S. and Traa-Valerezo, X. (1999) *Challenging El Salvador's Rural Health Care Strategy*, Policy Research Working Paper No. 2164. Washington, DC: World Bank.
- Mays, J. and Schaefer, M. (1998) Preliminary analysis of risk pooling potential in the health care financing system of Georgia, unpublished. Annandale, VA: Actuarial Research Corporation.
- Narayan, D. (2000) *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?* New York: Oxford University Press.
- Preker, A., Harding, A. and Girishankar, N. (1999) The economics of public and private participation in health care: new insights from institutional economics, paper presented at the Economist Forum, Alexandria, VA, 4, May.
- Ruzica, M., Lisnic, V., Orlova, N. and Nedera, S. (1999) Moldova health reform: social and institutional assessment (SIA), unpublished. Washington, DC: World Bank.
- Sari, A., Langenbrunner, J. and Lewis, M. (2000) Out-of-pocket payments in health care: evidence from Kazakhstan, *EuroHealth*, 6(special issue 2): 37-9.
- Ukraine Legal Foundation (1998) *Questions on National Integrity: Analytical Report*. Kiev: Ukraine Legal Foundation.

226 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Way, L. (1999) Decentralization of social services in Ukraine, unpublished. San Francisco: University of California.

World Bank (1993) *World Development Report*. Oxford: Oxford University Press.

World Bank (1996) Data set, Albania, unpublished. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1997a) *Albania: Growing Out of Poverty*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1997b) *Azerbaijan: Poverty Assessment*, Vol. I. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1997c) World Bank LSMS Household Survey 1997 for Romania, unpublished. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1997d) Russian Longitudinal Monitoring Survey (RLMS), unpublished. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1998) *Health Strategy Paper for Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1999a) *Czech Republic Country Economic Memorandum*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1999b) *Georgia: Poverty and Income Distribution*, Vols I and II. Washington, DC: World Bank.

World Bank (2000a) Health, in Czech Republic: public expenditure review, unpublished. Washington, DC: World Bank.

World Bank (2000b) *Making Transition Work for Everyone: Poverty and Inequity in Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (2000c) Armenia institutional and governance review, unpublished. Washington, DC: World Bank.

World Bank (2000d) *World Development Indicators Central Database CD-ROM*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (2000e) LSMS Household Survey, Tajikistan, unpublished. Washington, DC, World Bank.

глава ДЕВЯТАЯ

Опыт обоснованного финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни

Энн Миллз и Сара Беннетт¹

Введение

Опыт финансирования здравоохранения, накопленный в странах со средним и низким уровнем жизни, складывается из усилий правительств и результатов деятельности граждан и частных агентств в условиях бездействия правительственных органов. Небогатые неевропейские страны используют разнообразные методы финансирования, включая социальное медицинское страхование, территориальное медицинское страхование (то есть страхование, основанное на пулинге общественных рисков), сборы с пользователей, финансирование из налоговых поступлений; используются также разнообразные сочетания перечисленных методов. Некоторые подходы — например, социальное медицинское страхование — в отдельных случаях доказывают свою эффективность, однако нередко приводят к неоднозначным результатам. Успехи и неудачи всех этих многообразных попыток и усилий не могут оцениваться вне соответствующего социально-политического контекста.

Ключевой пункт дискуссий о финансировании здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни — проблема зависимости реформ от политических тенденций в более благополучных странах. Многосторонние и двусторонние системы помощи развитию, влияние образовательных и учебных программ в индустриальных странах и проницаемость современного мира для самых различных идей и идеологий — все это повышает уязвимость относительно бедных стран к воздействию неподходящих идей. Следовательно, любое обсуждение реформ финансирования должно основываться на определенном понимании того, насколько эти реформы соответствуют реальным условиям стран с низким и средним уровнем жизни.

В настоящей главе сделана попытка уяснить некоторые успехи и неудачи реформы финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни. Успехи и неудачи определяются согласно критериям эффективности и социальной справедливости, а также согласно тому, насколько эффективно удалось

внедрить преобразования в той или иной стране. В основе наших рассуждений — убежденность в том, что система финансирования должна соответствовать возможностям правительства; последние трактуются широко, с учетом не только внутрисполитических аспектов, но и общего социально-экономического контекста (Batley 1997). При характеристике успехов и недостатков мы опираемся на эту обобщенную трактовку. Мы сосредоточиваем свое внимание на трех альтернативах финансированию из налоговых поступлений, наиболее распространенных в странах с низким и средним уровнем жизни, а именно — на социальном медицинском страховании, территориальном медицинском страховании и сборах с пользователей. В связи с каждой из этих трех альтернатив мы последовательно анализируем возможности правительств по разработке новых механизмов финансирования, обеспечению общественной поддержки предпринимаемым мерам и внедрению этих механизмов. В заключительном разделе обобщен опыт европейских стран с низким и средним уровнем жизни. Однако вначале мы займемся теми особенностями здравоохранения, которые имеют отношение к выбору способов финансирования в странах с низким и средним уровнем жизни, и представим методологию анализа возможностей правительства по разработке и внедрению реформ.

Особенности здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни

Ключевые характеристики здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни сводятся к следующему:

- расходы на здравоохранение в абсолютном исчислении незначительны;
- значительная часть финансирования поступает из частных источников и перетекает частным поставщикам — как официальным, так и неофициальным;
- значительную часть расходов на здравоохранение составляют платежи наличными.

Общие расходы на здравоохранение на душу населения в странах с низким уровнем жизни составляли около 22 долл. США (по ценам 1994 г.), причем только 37% расходов шло через государственный сектор (Bos et al. 1998). В странах со средним уровнем жизни эти показатели составили 209 долл. США и 52%. Все три перечисленные выше ключевые характеристики обусловлены тем обстоятельством, что во многих странах с низким и средним уровнем жизни официальный рынок труда играет ограниченную роль, что прямо влияет на финансирование здравоохранения.

Налоговые поступления (особенно поступления из прямых налогов) очень ограничены. Правительства, как правило, не считают возможным повышать долю налоговых поступлений, идущую на нужды здравоохранения. Поэтому многие страны с низким и средним уровнем жизни стремятся дополнить налоговые поступления средствами из альтернативных источников финансирования. Опора на косвенные налоги может означать, что финансирование из налоговых поступлений относительно несправедливо. Так, на Филиппинах косвенные налоги составляют 60% государственных средств, идущих на нужды здравоохранения, тогда как реальные ставки налогов (прямых и косвенных) для слоев населения с низкими, средними и высокими доходами составляет 27, 32 и 18% (World Bank 1993).

Достижение всеобщего покрытия расходов на здравоохранение с помощью социального медицинского страхования затруднительно: многие долгосрочные схе-

мы, особенно в Латинской Америке, смогли охватить в лучшем случае небольшую часть граждан и привели к обострению социального неравенства. С аналогичными проблемами столкнулись и некоторые страны Юго-Восточной Азии, где недавно было введено социальное медицинское страхование; дополнительные сложности для таких стран создает то обстоятельство, что лишь незначительная часть их работающего населения занята официально.

Поскольку внедрение обязательного страхования для людей, не имеющих официального статуса занятости, почти невозможно, а также поскольку общие налоговые сборы за здравоохранение ограничены, одним из основных источников доходов — особенно в странах с низким уровнем жизни — служат сборы с пользователей. Соответственно в этих странах много экспериментируют с такими схемами медицинского страхования, которые основаны на пулинге общественных рисков и поэтому сравнительно перспективны с точки зрения защиты от отрицательных социальных последствий платежей наличными. Есть надежда, что в долгосрочной перспективе эти схемы будут объединены в систему всеобщей страховой защиты.

Итак, системы финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни основываются на сочетании различных источников доходов. Подобная ситуация сложилась из-за того, что возможности взимания налогов в странах с низким и средним уровнем жизни низки, а средства, необходимые для покрытия медицинских услуг для всего населения, невозможно обеспечить, пользуясь каким-либо одним, изолированным источником.

Понятие ресурсного потенциала

Понятие ресурсного потенциала традиционно ассоциируется с образовательными и воспитательными заведениями (Brinkerhoff 1994), однако в некоторых недавних работах это понятие трактуется в существенно более широком смысле. Внутренний ресурсный потенциал организации отличается от внешнего (Batley 1997). Аспекты внутреннего потенциала — человеческие ресурсы, управленческие и информационные системы, финансирование. На ресурсный потенциал каждой отдельно взятой организации влияет и более широкий институциональный контекст государственного сектора — прежде всего параллельное существование нескольких политических установок, управленческих методик и правил, типов официальных и неофициальных властных отношений (Hildebrand and Grindle 1994). На ресурсный потенциал может влиять и еще более широкий контекст, включающий экономические факторы (в том числе такие, как развитие частного сектора и структура рынка труда), политические факторы (в том числе такие, как политическая стабильность и поддержка со стороны руководства) и социальные факторы (в том числе такие, как развитие гражданского общества и наличие человеческих ресурсов). Важное значение может играть и институциональный контекст, включающий законы и правила.

В специальной литературе подчеркивается также значение способности меняться, которая может трактоваться в двух аспектах. Во-первых, способность правительства изменить *status quo* — политический вопрос, решение которого зависит от наличия сильного руководства и политически выгодных обстоятельств. Во-вторых, существует понятие способности приспосабливаться или учиться на опыте; это понятие важно постольку, поскольку реформа представляет собой динамический процесс, а не одноразовое событие.

Расширение сферы охвата социальным медицинским страхованием

Схемы обязательного социального медицинского страхования, действующие в относительно небогатых странах, предоставляют, как правило, широкий ассортимент качественных услуг, контрастирующий с той довольно убогой номенклатурой услуг, которая доступна лицам, не имеющим постоянного статуса занятости и поэтому вынужденным рассчитывать на помощь (обычно незначительную и нерегулярную) министерства здравоохранения. За последние годы заметной особенностью международной политики финансирования здравоохранения стал интерес ряда государств к проблеме универсального страхового охвата (Nitayarumphong and Mills 2000). В Юго-Восточной Азии этот интерес подпитывается экономическим подъемом и четким осознанием того обстоятельства, что совершенствование доступа к здравоохранению и защита от финансовых потерь, обусловленных болезнью, являются плодами экономического подъема и одновременно служат важным средством, способствующим дальнейшему расцвету экономики. В некоторых странах Латинской Америки, вставших на путь экономической и политической либерализации, были наконец предприняты первые попытки преодолеть институционализированное неравенство при доступе к медицинским услугам. Вместе с тем способы достижения всеобщего охвата весьма ненадежны. Ключевые проблемы, проиллюстрированные в конце настоящего раздела на примере Таиланда, заключаются в следующем: (1) как объединить различные схемы финансирования, предназначенные для различных слоев населения; (2) насколько ограничения внешнего и внутреннего ресурсного потенциала благоприятны для расширения сферы охвата социальным медицинским страхованием.

Судя по всему, в качестве центрального источника финансирования обязательные взносы с зарплат политически привлекательнее повышения общих налогов; они более приемлемы также с точки зрения наемных работников. Имея в виду это доверие обязательному социальному страхованию, следует признать особую значимость следующей проблемы: как добиться включения в расширяющуюся сферу страхового охвата лиц, работающих не по найму, и наемных работников с низкими доходами? Опыт ряда стран свидетельствует о существовании разнообразных возможностей (Mills 2000).

- Стоимость страховых премий удерживается на низком уровне благодаря тому, что щедро субсидируемые услуги государственных больниц предоставляются бедным слоям населения (как в Таиланде), добровольным покупателям медицинских карточек, а также (в Сингапуре) тем, кто выбирает для себя пребывание в больничных палатах с относительно невысоким уровнем удобств.
- Фонды социального страхования используются для перекрестного субсидирования услуг, предназначенных для бедных слоев населения; подобные меры пригодны прежде всего для таких стран, как Коста-Рика, где большинство граждан имеет официальный статус занятости и охвачено социальным медицинским страхованием.
- Государственными фондами субсидируются все премии обязательного медицинского страхования (в Таиланде наниматели, наемные работники и правительство платят поровну) или только премии проверенных на нуждаемость наемных работников и лиц, работающих не по найму (как в Республике Корея и Турции).

- Некоторые новаторские подходы предполагают также охват фермеров (которые обычно являются лицами, работающими не по найму), включая платежи во время сбора урожая или платежи, связанные с размером имущества (как в Республике Корея).
- Правительство может поощрять схемы обязательного страхования, которые со временем становятся обязательными (как на Филиппинах и в Таиланде).

Иногда для лиц, работающих не по найму, разрабатываются отдельные, автономные схемы; в иных случаях правительственное субсидирование используется для включения таких лиц в сферу обязательного страхования. Азиатский опыт показывает, что первый вариант наиболее удобен в качестве первого шага; так, Япония, Республика Корея и Тайвань имеют опыт раздельного использования автономных схем для различных групп населения. Со временем различные схемы стандартизируются и приводятся к единству; правительство по возможности повышает субсидии бедным слоям населения, чтобы в конечном счете их льготы сравнялись со льготами лиц, имеющих официальный статус занятости.

Существует и родственная проблема: как финансировать включение в сферу страхового охвата тех, кто не имеет устойчивых доходов, то есть многих пожилых, безработных и инвалидов. Многие пожилые люди, равно как и дети, могут быть застрахованы в качестве иждивенцев лиц, имеющих официальный статус занятости. Такая мера рекомендована как следующий этап расширения схемы социального медицинского страхования в Таиланде (Donaldson et al. 1998).

Многие схемы социального медицинского страхования предусматривают высокие совместные платежи, позволяющие установить размеры взносов на доступном и приемлемом уровне (Республика Корея, Филиппины) и, возможно, помогающие сдерживать спрос. Совместные платежи могут рассматриваться также как символ ответственности семьи за свое здоровье (Республика Корея, Сингапур). Основные недостатки совместных платежей заключаются в их регрессивности и в том, что они препятствуют достижению основной цели социального страхования, ибо снижают общий уровень защиты от рисков.

Схемы социального медицинского страхования побуждают задаться вопросами, связанными с эффективностью. Как осуществляется оплата медицинских услуг? Не поощряют ли такие схемы дробление системы здравоохранения? В странах, стремящихся к реформированию системы страхования, выбор подходящего метода оплаты стал одним из ключевых политических вопросов. Некоторые схемы социального медицинского страхования в странах со средним уровнем доходов — таких, как Республика Корея и Тайвань, — предполагают покупку медицинских услуг у государственных и частных поставщиков по принципу непосредственной оплаты. В 1980-1994 гг. непосредственные платежи за услуги были на Тайване главным фактором, благодаря которому удалось добиться, чтобы ежегодный рост расходов на здравоохранение из расчета на душу населения составил 15,7% — при ежегодном росте валового внутреннего продукта из расчета на душу населения всего на 12,1% (Chiang 1997). В Республике Корея доля расходов на здравоохранение в структуре валового внутреннего продукта возросла с 2,8% в 1975 г. до 4,3% в 1986-м и 7,1% в 1991 г. (Peabody et al. 1995). Министерство здравоохранения и социального обеспечения пыталось сдерживать расходы, снизив расценки за услуги, однако эта мера была компенсирована ростом объема услуг.

Внедрение социального медицинского страхования в контексте относительно неразвитого сектора официальной занятости делает дробление системы почти неизбежным, о чем свидетельствует опыт многих стран, прежде всего Латинской

Америки. Дробление отрицательно влияет на эффективность системы, поскольку приводит к дублированию некоторых функций (таких, как оплата поставщиков) для населения и поставщиков одной и той же географической области. Дробление представляет собой сложную проблему и с точки зрения логичности политики в области здравоохранения. Ответственность министерства здравоохранения за национальную политику и осуществление регулирующих функций часто почти или совсем не распространяется на сферу социального обеспечения.

Анализ конкретной ситуации 1: социальное медицинское страхование в Таиланде

Случай Таиланда показателен с точки зрения проблем, которые возникают при попытке объединить различные схемы финансирования, предназначенные для различных слоев населения, в целостную систему. В Таиланде существуют следующие ключевые схемы защиты от рисков:

- схема социального обеспечения, учрежденная в 1990 г. и обязательная для всех наемных работников в заведениях, насчитывающих не менее 10 человек персонала;
- схема медицинских льгот, охватывающая всех государственных служащих;
- схема для людей с низкими доходами и пожилых, охватывающая тех, чьи доходы находятся ниже уровня бедности, и лиц старше 65 лет; претенденты могут получить карточку, удостоверяющую статус малоимущей семьи, или освобождение от оплаты медицинских услуг;
- программа медицинских карточек (схема добровольного страхования).

Не охваченная этими схемами часть населения должна платить достаточно заметные суммы государственным учреждениям или пользоваться услугами частных поставщиков. Частным страхованием охвачены очень немногие. Основные различия между перечисленными схемами обобщены в таблице 9.1. Каждой из схем соответствует особый слой населения, особый механизм оплаты и особый способ сбора доходов. Объединение схем могло бы сделать управление системой более эффективным и повысить уровень соответствия системы нормам социальной справедливости.

Таблица 9.1 демонстрирует, насколько неравномерно распределяются правительственные субсидии; это влияет на уровень использования услуг и на пакеты льгот и пособий, предоставляемые различными схемами. Были приняты определенные меры по уменьшению неравенства; так, схема для лиц с низкими доходами стала получать повышенные государственные субсидии. Вдобавок очень быстрый рост расходов, затронувший схему медицинских льгот для государственных служащих, в сочетании с общим финансовым кризисом, вынудил принять определенные меры по ограничению доступа к частным поставщикам (Tangcharoensathien et al. 1999). Однако фундаментальные различия между схемами все еще сохраняются по причинам, которые можно объяснить с точки зрения понятия ресурсного потенциала (Bennett et al. 1998a).

Из трех основных аспектов внутренней емкости — человеческих ресурсов, управления и информации и финансирования — только последний представляет реальные трудности для правительства Таиланда. Обязательным социальным страхованием и добровольным страхованием охвачена относительно небольшая часть населения; в итоге государственному финансированию достается заметная доля в об-

Таблица 9.1. Способы защиты от рисков для социального медицинского страхования в Таиланде

Характеристики схемы	Схема социального обеспечения	Схема медицинских льгот и пособий для государст- венных служащих	Схема для групп с низкими доходами и пожилых	Программа медицинских карточек
Процент ко всему населению Таиланда (1997)	7	11	41	9
Определение лиц, имеющих право на льготы и пособия	Только работающие	Работающие и их иждивенцы (дети и родители)	Семьи (для карточки, удостоверяющей статус малоимущей семьи) или индивиды (для документа, освобождающего от оплаты медицинских услуг)	Выбор семьи или индивида
Пакет льгот и пособий	Всеобъемлющий, привязанный к выбранной государственной или частной больнице-подрядчику	Всеобъемлющий, с определенными ограничениями на доступ к частным поставщикам	Только государственный; с учетом того, откуда поступило направление	Только государственный; с учетом того, откуда поступило направление
Механизм оплаты	Подушевое финансирование больницы-подрядчика	Гонорар за услугу Доходы от общего налогообложения	Специальный бюджет для каждого учреждения на обслуживание семей с низкими доходами	Частичное возмещение расходов учреждений
Источники финансирования	Наниматель, наемный работник, доходы от общего налогообложения	916 916	Доходы от общего налогообложения для малоимущих семей; обладатели документа, освобождающего от оплаты медицинских услуг, обычно участвуют в совместных платежах	Семья; доходы от общего налогообложения
Расходы на душу населения в 1993 г. (в батах)	805		317	141
Субсидии в форме налоговых льгот на душу населения в 1992 г. (в батах)	270		164	68

Источник: Tangcharoensathien et al. (1999).

шей структуре. Однако Министерство финансов не идет на сколько-нибудь заметное повышение налогового финансирования здравоохранения.

До начала финансового кризиса финансовые и экономические условия выглядели благоприятными для расширения защиты от рисков; была начата разработка законопроектов о всеобщем страховом покрытии, однако из-за кризиса продвижение вперед резко замедлилось. С другой стороны, кризис предоставил удобный повод для нейтрализации сложившегося неравенства; были приняты меры по снижению стоимости схемы медицинских льгот для государственных служащих, однако различные схемы пока не подверглись более радикальной реструктуризации. Основные трудности, судя по всему, носят преимущественно политический характер.

Во-первых, самая спорная (с точки зрения социальной справедливости) часть финансирования здравоохранения — схема медицинских льгот для государственных служащих — поддерживается государственным аппаратом. Были предприняты усилия по реформированию схем платежей с целью приблизить их к схеме социального обеспечения. Однако свойственный последней «подушный» метод оплаты остро критиковался в связи с резким сокращением приема в частные больницы; в итоге шаги в направлении отказа от практики платы за услуги не снискали общественной поддержки. Во-вторых, политики противодействуют чрезмерной ориентации на социальное обеспечение, распространяя идеологию свободного рынка даже на социальный сектор (Mills et al. 2001). В-третьих, в бангкокских политических кругах не принято выслушивать мнение необеспеченных слоев; хотя в Министерстве здравоохранения есть несколько высокопоставленных чиновников, активно защищающих интересы бедных, борьба за перевод части государственных средств в помощь бедным обещает быть долгой.

Территориальное медицинское страхование: дополнительный путь к всеобщему страхованию?

Многие правительства и другие организации в странах с низким и средним уровнем жизни пытаются разработать ограниченные некоммерческие схемы страхования для людей, не имеющих официального статуса занятости. Они могут охватывать определенные географические зоны или группы людей одного и того же рода занятий (например, фермеров или рыночных торговцев). Такие схемы действуют в странах с низким и средним уровнем жизни; их общее число несколько лет назад было равно 82 (Bennett et al. 1998b). Территориальное медицинское страхование, основанное на пулинге (объединении) общественных рисков, пользуется популярностью по нескольким причинам. Во-первых, ввиду ограниченности налоговых поступлений, а также ввиду сложностей, которые испытывает социальное медицинское страхование в отсутствие развитого официального рынка труда, приходится искать альтернативные формы пулинга рисков. Во-вторых, такие схемы могут быть особенно необходимы во многих странах с низким и средним уровнем жизни, где платежи наличными за лечение достаточно высоки. В-третьих, во многих странах традиционно действуют механизмы пулинга рисков (связанных преимущественно с утратой трудоспособности) на уровне сообществ; территориальное медицинское страхование может рассматриваться как продукт расширения этих традиционных схем.

Схемы, способные обеспечить обоснованное финансирование здравоохранения и вместе с тем поощряющие эффективность и социальную справедливость,

немногочисленны. Широко распространены следующие проблемы (Bennett et al. 1998b):

- Пакеты льгот и пособий часто не оговорены во всех деталях, что позволяет поставщикам расширять круг услуг, включая в него экономически невыгодные услуги, и получать за них компенсацию.
- Недостаточно внимательное отслеживание поставок услуг означает, что качественные стандарты могут часто нарушаться.
- Поскольку основной формой оплаты остается гонорар за услугу, неизбежно возникает проблема сдерживания расходов.
- Основные аспекты управления схемой — такие, как инвестирование доходов, — налажены плохо; соответственно, страховые фонды теряют свои капиталы, и схемы приходят в упадок.
- Ощущается недостаток эффективных механизмов противодействия негативному отбору: премии для лиц с высоким уровнем рисков растут, что приводит к сужению сферы охвата.

Схемы территориального медицинского страхования часто провозглашаются подходящим средством обеспечения социальной справедливости при финансировании здравоохранения и использовании медицинских услуг; пока неясно, насколько это соответствует действительности. Что касается финансирования, то лишь очень немногие схемы предоставляют скользящие премии; поэтому бедные часто не могут позволить себе страховку. Эта ситуация может быть обострена внешними субсидиями (от правительства или неправительственных финансирующих организаций). Схемы, основанные на пулинге общественных рисков, могут оказать негативное влияние на социальную справедливость при использовании медицинских услуг: среди участников таких схем преобладают семьи, проживающие вблизи медицинских учреждений, и интенсивность использования услуг среди таких семей растет значительно быстрее, чем среди групп, живущих в отдалении. Наконец, как было отмечено в предыдущем разделе, вопрос об относительной справедливости различных схем страхования дебатировался достаточно активно. В условиях кооперативной медицинской системы, действующей в Китае, размер общинных средств заметно влияет на качество лечения: бедные общины часто могут покрыть только расходы на первичную помощь, но не на стационарное лечение (World Bank 1997).

Несмотря на этот отрицательный опыт — или, возможно, благодаря ему, — из схем можно извлечь полезные уроки. Для успешной разработки схемы необходимо иметь в виду контекст ее возможного применения. В некоторых странах (например, в бывшем Заире) правительства крайне слабы или полностью дезорганизованы; в таких случаях принципиально важную роль могут сыграть отдельные простые схемы, открывающие населению доступ к медицинским услугам. В условиях более или менее четко функционирующих систем здравоохранения схемы должны играть иную роль (например, облегчать финансовое бремя доступа к частным услугам) и, следовательно, могут быть более сложными; серьезное значение может иметь вопрос о координации схемы с остальной частью системы здравоохранения.

Правительства могут играть принципиально важную роль в разработке и внедрении схем территориального медицинского страхования. В странах, где удалось расширить сферу страхового охвата (например, в Китае, Республике Корея, Таиланде), были установлены четко определенные политические ориентиры и разработаны рабочие руководства, а правительственные субсидии целенаправленно использовались для того, чтобы поощрить людей к пользованию страховыми услуга-

ми. Важность технической поддержки и рабочих руководств будет продемонстрирована ниже: слишком многие схемы территориального медицинского страхования пренебрегали такими фундаментальными принципами, как предотвращение негативного отбора и гарантии того, что механизмы оплаты будут способствовать развитию соответствующих стимулов. Хотя возможности схем мобилизовать дополнительные фонды ограничены, схемы тем не менее могут улучшить эффективность расходования имеющихся средств.

Схемы территориального медицинского страхования влияют также на правительственную тактику субсидирования здравоохранения. Правительственное финансирование должно служить дополнением к территориальному медицинскому страхованию. Так, если территориальное страхование покрывает только ограниченные риски, государственные субсидии могут направляться на покрытие услуг, ведущих к катастрофическим расходам.

Анализ конкретной ситуации 2: территориальное медицинское страхование в Замбии

С момента объявления независимости до начала 1990-х годов правительство Замбии предоставляло бесплатную медицинскую помощь всем гражданам. В 1993 г. эта политика была официально отменена; между 1992 и 1994 гг. в большинстве медицинских учреждений страны была введена плата за услуги, что привело к уменьшению числа обращений за медицинской помощью. В этих условиях в 1993-1994 гг. наметился интерес к схемам территориального медицинского страхования. Считалось, что территориальное страхование может способствовать сохранению или даже приумножению доходов, не препятствуя людям, в случае необходимости, обращаться за медицинской помощью.

Схемы страхования начали внедряться с 1994 г. в трех больницах третьей ступени. С тех пор сходные схемы были разработаны руководством некоторых провинций. Как при разработке этих схем, так и при управлении ими пришлось столкнуться с рядом трудностей. Благодаря схемам удалось повысить доходы, однако с точки зрения пулинга рисков схемы оказались неэффективными. Многие из возникших трудностей связаны с ограниченностью ресурсного потенциала. Успех схем территориального медицинского страхования зависит от подготовки достаточного числа работников местного уровня, которые должны управлять этими схемами и, возможно, даже нести ответственность за их разработку. В Замбии ограниченность потенциала — как внутреннего, так и внешнего — создает особенно большие трудности. Из проблем, связанных с ограниченностью внутренних ресурсов, следует упомянуть следующие:

- Хотя чиновники центрального уровня осознали суть медицинского страхования, они переадресовали ответственность за разработку и внедрение схем работникам отдельных учреждений и чиновникам провинциального уровня, чьи знания о сути медицинского страхования оставляют желать лучшего.
- До недавнего времени не существовало руководств по внедрению схем медицинского страхования.
- Программа реформ была нацелена на совершенствование финансовых систем, тогда как преобразования на уровне отдельных учреждений только начинаются.

- Территориальное медицинское страхование внедрялось в период радикальных преобразований системы здравоохранения. Медицинский персонал стремился понять и внедрить не только новые методы финансирования лечения, но и новые системы планирования, новые организационные структуры и новые лечебные процедуры.

Из проблем, связанных с ограниченностью внешних ресурсов, следует упомянуть следующие:

- После десятилетий бесплатного лечения население не готово согласиться с тем, что за медицинские услуги нужно платить.
- Из-за политического вмешательства новые методы были внедрены поспешно; необходимое планирование не было осуществлено.
- Перемены руководства в Министерстве здравоохранения привели к сменам политического курса и, соответственно, к снижению темпа преобразований.
- Из-за продолжающегося макроэкономического кризиса бюджет системы здравоохранения в реальном исчислении сократился, что вынудило медицинские учреждения к дополнительному накоплению фондов в период, когда население в целом испытывало острейшую нехватку денег.

Сборы с пользователей как источник доходов

Различаются два типа систем сборов с пользователей: национальные системы, действующие в учреждениях третьей, второй и первой ступени по всей стране, и общественные инициативы по финансированию, действующие на периферии системы здравоохранения и часто поддерживаемые и координируемые на национальном уровне (Jarrett and Ofosu-Amaah 1992; Bennett and Ngalande-Banda 1994; Nolan and Turbat 1995; Gilson 1997). Системы обоих типов решают задачу обоснованного финансирования здравоохранения путем накопления доходов, идущих затем на совершенствование медицинских служб (Gilson 1997). Здесь мы рассмотрим национальные системы.

Аналитики и финансирующие организации поддерживают национальные системы сборов с пользователей как средство преодоления неэффективности и несправедливости в деятельности здравоохранения (World Bank 1987, 1993; Griffin 1992; Shaw and Griffin 1995). Теоретически эффективность может быть повышена путем «каскадированной» системы сборов, способствующей лучшему использованию системы врачебных направлений и использующей доходы ради заделывания «дыр» в бюджете и совершенствования работы учреждений первичной помощи. Для соблюдения социальной справедливости нужно, чтобы доходы перераспределялись в пользу бедных и чтобы для защиты бедных и уязвимых слоев населения была введена эффективная система освобождения от расходов.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что совершенствование качества, повышение эффективности и соблюдение социальной справедливости зависят прежде всего от благоприятного политического контекста и эффективной работы правительства (Gilson et al. 1995; Kutzin 1995; Nolan and Turbat 1995; Bennett et al. 1996; Gilson 1997). Особенно важны следующие моменты (Mills et al. 2001):

- Децентрализованное удержание доходов ради создания стимулов к инкассации сборов и ради повышения качества на местном уровне.
- Бухгалтерские, аудиторские и финансовые информационные системы, поддерживающие управление на всех уровнях.

- Способности к управлению финансами, особенно на субнациональных уровнях.
- Наличие у персонала необходимых мотиваций (стремление к использованию новых методов не должно перерождаться в стремление взять как можно больше денег).
- Хорошо разработанная система льгот и освобождения от расходов.
- Центральное руководство процессами подготовки персонала, внедрения системы льгот и использования доходов.
- Сохранение уровня правительственного финансирования (доходы от сборов должны дополнять государственное финансирование и по возможности использоваться главным образом для улучшения качества и поощрения персонала).
- Готовность и способность населения платить.

Как показывает опыт Ганы, эти условия часто отсутствуют. Опыт Ганы особенно поучителен в связи с тем, что его часто считают успешным.

Анализ конкретной ситуации 3: опыт применения сборов с пользователей в Гане²

В 1980-х годах на фоне экономического кризиса в Гане были резко повышены давно существовавшие, но до этого времени низкие сборы с пользователей; была введена также полная оплата лекарств. Основная задача этой политики заключалась в том, чтобы повысить доходы здравоохранения, тогда как второстепенная задача — в сокращении ненужного использования услуг.

С середины 1980-х до середины 1990-х годов законодательные условия позволяли постоянно пересматривать цены на лекарства, чтобы они не отставали от инфляции. Вместе с тем другие цены оставались на уровне, который определялся законом, и могли пересматриваться только после введения нового законодательного инструмента. Позднее страх политических неурядиц и забота о сельском населении (основном электорате правящей партии) побудили власти заблокировать усилия Министерства здравоохранения по пересмотру цен. В итоге из-за инфляции реальная цена услуг снизилась; данное обстоятельство, наряду с продолжающимся бюджетным давлением, привело к распространению практики сборов на местном уровне (часто при молчаливом одобрении Министерства здравоохранения). Это было проявлением начавшегося еще на заре 1980-х годов общего кризиса государственного сектора, когда погоня за рентой стала обычным явлением. Однако введение значительно более высоких сборов с пользователей за медицинские услуги придало законность практике, которая ранее формально была нелегальной.

Доходы

Политика взимания сборов с пользователей привела к заметному росту доходов. Между 1985 и 1993 гг. общий доход, полученный благодаря сборам с пользователей, составил в среднем 8,5% от финансируемых государством расходов Министерства здравоохранения; в 1987 и 1988 гг. доля сборов с пользователей превысила 10%. В реальном исчислении доходы, полученные благодаря сборам с пользователей, за это время выросли весьма существенно — прежде всего благодаря сборам за лекарства.

Поскольку значительная часть правительственных финансовых ресурсов контролировалась и управлялась учреждениями местного уровня, доходы, получаемые благодаря сборам с пользователей, имели особое значение для относительно низких уровней системы здравоохранения.

Эффективность

Покрытие расходов на лекарства заметно повысило доступность лекарств, привело к росту поступлений и, следовательно, улучшило техническую эффективность. Контроль за состоянием товарных запасов и снабжение товарами также улучшились. Однако сборы с пользователей оказали и отрицательное влияние на техническую эффективность.

- Себестоимость единицы продукции резко возросла, а производительность труда снизилась из-за падения интенсивности использования услуг, наступившего вслед за повышением сборов (Waddington and Enyimayew 1989, 1990).
- Недостаточно четкое руководство из центра по использованию той части доходов, которые были получены не благодаря медикаментам, побудило не расположенных к риску управленцев удерживать их на банковских счетах, где их ценность по мере инфляции снижалась. В иных случаях руководство медицинских центров, дабы воспользоваться средствами фондов, должно было получить разрешение регионального органа здравоохранения — с тем же результатом.
- Стоимость инкассации сборов составляла до 35% общего дохода, полученного небольшими учреждениями с невысокой интенсивностью использования мощностей, и до 10% общего дохода более крупных и интенсивно эксплуатируемых заведений. Практика взимать сборы по отдельности за каждую услугу привела к тому, что число пунктов получения денег возросло, цена инкассации также выросла, сроки ожидания удлинились, то есть для больных были созданы дополнительные неудобства.
- Для медицинских учреждений основным источником дополнительных доходов стали медикаменты, что создало стимулы к назначению чрезмерного количества лекарств и неоправданному завышению цен на лекарства.

Социальная справедливость

Повышение сборов с пользователей привело к 50-процентному спаду использования амбулаторных услуг в регионе Вольта. Со временем в городах эта тенденция сменилась на противоположную; вместе с тем в сельской местности она сохранилась (Waddington and Enyimayew 1990). Есть все основания полагать, что бедным слоям населения (и особенно деревенским беднякам) был нанесен заметный ущерб; судя по имеющимся данным, семьи с низкими доходами из-за недостатка средств стали намного реже обращаться за медицинской помощью (Norton et al. 1995). Положение, вероятно, дополнительно осложнялось нестабильностью уровня сборов, связанной с широким распространением неофициальных платежей.

Попытки связать размеры сборов с платежеспособностью были слабыми и непоследовательными. «Неимущие» формально освобождались от сборов, однако случаи освобождения от сборов на основании неплатежеспособности были очень

редки (Waddington and Enyimaew 1989, 1990) — главным образом потому, что любое освобождение от сборов означало отказ от дохода и угрожало жизнеспособности возобновляемого фонда.

Проблемы, связанные с ограниченностью ресурсов

Насколько эти проблемы могут быть связаны с ограниченностью внутреннего и внешнего ресурсного потенциала и, в частности, с ограниченной способностью правительства управлять ситуацией? Основная задача заключалась в получении дополнительных доходов, когда государство переживало финансовый кризис, а государственная администрация находилась в упадке. Вредоносное воздействие на эффективность и социальную справедливость можно было приписать недостаткам исходного политического проекта и несовершенному законодательству, а также тому обстоятельству, что эффективность распределения средств и социальная справедливость не были основными целями политики. Министерство здравоохранения воспользовалось политически удобным случаем, чтобы ввести сборы с пользователей, но оставило вопросы ресурсного потенциала без должного внимания. Успешному внедрению сборов с пользователей препятствовали многочисленные проблемы, связанные с ограниченностью внутренних и внешних ресурсов. Среди проблем, связанных с ограниченностью внутренних ресурсов, наиболее важны следующие:

- отсутствие бухгалтерии на уровне отдельных учреждений и центральных медицинских хранилищ;
- отсутствие оперативного руководства; при наличии такового — отсутствие ясности, особенно в том, что касается расходования средств, полученных благодаря сборам;
- дефекты систем учета, введенных в 1994 г.;
- дефекты системы поставки лекарств, приводящие к дефициту, просрочиванию и т. п.;
- нехватка работников социального обеспечения, которые могли бы решать вопросы освобождения от сборов.

К числу проблем, связанных с ограниченностью внутренних ресурсов, относятся:

- низкие и нерегулярные денежные доходы (что мешает разработать систему освобождения от сборов);
- закрытость политической системы, лишаящая пользователей возможности открыто выразить свое мнение.

Наконец, введение сборов с пользователей создает новых участников совместного дела. Политика, предоставившая управленцам возможность накапливать весьма значительные суммы доходов (в противоположность скудному финансированию из государственного бюджета), снискала множество приверженцев. Управленцы учрежденческого уровня были основными сторонниками взимания сборов и всемерного возмещения издержек производства. Все это, вкупе с многочисленными сообщениями о неофициальных поборах, свидетельствует о рискованном характере практики сборов с пользователей.

Ограниченность ресурсного потенциала и подходы, основанные на его наращивании

Внедрение реформ

Успешное внедрение реформ предполагает осуществление таких предварительных мер, как создание четкой политической концепции, обеспечение поддержки как со стороны персонала медицинских служб, так и со стороны политиков, разработка стратегии внедрения (Mills et al. 2001). Недостаточно умелые действия на любом из этих этапов неоднократно мешали успеху реформ здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни.

Министерства здравоохранения сплошь и рядом не умеют разрабатывать политические концепции. Когда помощь при воплощении политических идей в оперативные планы оказывают внешние консультанты, это чревато нарушением местных традиций и трудностями с сохранением прав собственности. После того как концепция создана, нужно разработать стратегию ее применения, однако этим этапом часто пренебрегают или уделяют ему слишком мало внимания.

Во многих странах принципиально важные решения о масштабах и направленности реформы финансирования здравоохранения принимает крайне малочисленная политическая элита: высшие национальные технократы и иностранные политические советники. Это приводит к ряду негативных последствий. Во-первых, внедрение реформ может пострадать из-за того, что ключевые участники общего дела — политики, работники здравоохранения и пользователи медицинских услуг — не располагают программами реформ. Во-вторых, реформаторские предложения могут быть технически разумными, но политически неосуществимыми. Эта проблема, возможно, обостряется под влиянием односторонне технократической установки многих финансирующих организаций и иностранных консультантов. В-третьих, те, кто осуществляет внедрение реформ, практически исключены из политических кругов; это влияет как на право собственности на реформы, так и на процесс разработки реформ. Сказанное особенно очевидно на примере некоторых стран Африки к югу от Сахары, где политическая элита может прийти к полному согласию относительно направленности реформ и единогласно одобрить сколь угодно изошренные программы и планы, внедрение которых на практике связано с непреодолимыми трудностями (Russell et al. 1999).

Принципиально важное значение для внедрения реформ могут иметь меры по обеспечению поддержки. Правильно проведенные кампании по информированию общественности о природе реформ — большая редкость. Желательно усилить информационные, образовательные и коммуникационные возможности министерств здравоохранения; во всяком случае, министерства должны признать важность информации, образования и коммуникации и вступить в деловые отношения с соответствующими службами.

В странах с низкими доходами финансовая политика часто делается в периоды финансовых кризисов. Это часто означает, что для принятия политических мер предписываются нереальные сроки, что мешает разработке реалистических стратегий внедрения реформ. Именно таковы случаи внедрения сборов с пользователей в Гане и территориального медицинского страхования в Замбии (см. выше). Вдобавок экономический кризис препятствует адекватным финансовым вливаниям в реформирование и развитие систем. Экономический кризис может, с одной стороны, создать удобную возможность для реформы, а с другой — ослабить спо-

способности правительства по планированию и внедрению преобразований. Ученые, исследовавшие реформу финансирования здравоохранения после первых демократических выборов в Южной Африке, пришли к следующему выводу: «На волне радикальных политических преобразований стала возможна реформа политики в области здравоохранения; вместе с тем сопровождающие изменения в структуре персонала, управления и администрирования, а также в макроэкономике, чрезвычайно осложнили разработку и внедрение необходимых политических мер» (Centre for Health Policy, University of Witwatersrand and Health Economics Unit, University of Cape Town 1999).

Наконец, опыт реформ в странах с низким и средним уровнем жизни свидетельствует о важности тщательного планирования процессов по фазам; без такого планирования невозможно обеспечить поддержку реформ, увеличить ресурсный потенциал системы, внушить доверие к правительству и приучить население к новым ролям и ожиданиям.

- *Обеспечение поддержки реформ.* При осторожном планировании реформы предполагается, что поначалу будут внедрены наиболее популярные элементы реформы или, во всяком случае, такие элементы, которые могут привести к быстрому и очевидному успеху. Нередко самые спорные аспекты реформы оказываются принципиально важными с точки зрения успеха. Так, подпольные платежи, преобладающие во многих странах с низким и средним уровнем жизни, могут стать серьезным препятствием для реформы финансирования здравоохранения, однако чтобы ликвидировать такие платежи, нужно вначале улучшить кадровое обеспечение.
- *Увеличение ресурсного потенциала системы.* Хорошо распланированная программа реформы финансирования учитывает существующие мощности и предполагает постепенное увеличение общего ресурсного потенциала системы путем строительства новых мощностей.
- *Содействие росту доверия к правительству.* В некоторых странах с низким и средним уровнем жизни большинство людей не доверяет правительству, полагая, что последнее существует только для обслуживания отдельных классов или групп (например, бюрократов). Это может повредить ходу реформ, в том числе предпринимаемых с благими намерениями; большинство населения может проявить нежелание считаться с новыми законами и правилами.
- *Принятие новых ролей и ожиданий.* В замысел реформ часто входит смена ролевых функций: от пассивной роли больного — к более активной роли потребителя. Информирование потребителя о ключевых элементах программы реформ может способствовать развитию новых ожиданий, благоприятно влияющих на ход реформ. Например, те пользователи программ социального медицинского страхования, которые знают свои права, могут более активно отслеживать деятельность поставщиков и более ответственно относиться к вопросам качества услуг.

Наращивание внутреннего ресурсного потенциала как один из способов реформирования системы финансирования здравоохранения

Некоторые типы реформ предполагают создание абсолютно новых функций внутри министерств здравоохранения или даже создание новых организаций — таких, как ведомства социального медицинского страхования. Среди функций, почти или сов-

сем не представленных в традиционных министерствах здравоохранения, — регулирование и отслеживание, информирование, сбор доходов, покупка услуг и оплата поставщиков.

- *Регулирование и отслеживание.* Деятельность как поставщиков медицинских услуг, так и организаций медицинского страхования должна регулироваться и отслеживаться.
- *Информирование.* Население необходимо постоянно информировать как о политике реформ, так и о других аспектах, в том числе о правах граждан в условиях нового страхового законодательства, о результатах отслеживания деятельности поставщиков и страховщиков, о ценах на услуги и качестве услуг.
- *Сбор доходов.* Эту функцию традиционно выполняли министерства финансов, однако все три обсуждаемые здесь формы финансирования могут предполагать повышенную степень участия министерств здравоохранения в сборе доходов.
- *Покупка услуг и оплата поставщиков.* Традиционные формы государственного финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни обычно предусматривают распределение фондов в соответствии с бюджетами учреждений. По мере развития медицинского страхования осваиваются все новые и новые формы покупки и оплаты, часто предполагающие наличие более сложных и разветвленных систем информационного обеспечения.

На министерства здравоохранения, как правило, ложится ответственность по планированию и внедрению программы наращивания общего ресурсного потенциала системы — программы, предусматривающей обучение новых кадров и, возможно, преобразование имеющихся в наличии организационных структур. Кадры обучаются либо на официальных курсах за границей, либо в менее официальных «мастерских» (Paul 1995). Среди других неформальных способов повышения квалификации — поездки по обмену (местные кадры могут отправляться за границу в обмен на иностранных консультантов). Знания, необходимые для успешного внедрения новых финансовых механизмов, часто не могут быть приобретены только путем обучения; они требуют также практических навыков. Программы реформ должны строиться таким образом, чтобы сотрудники могли оценивать свой и чужой опыт и учиться на своих и чужих ошибках.

Внешняя среда

Ограничения ресурсного потенциала, обусловленные такими факторами, как организационная культура или бюрократические ограничения вне министерства здравоохранения, часто остаются вне поля внимания. Перечислим основные типы трудностей, связанных с ограниченными внешними ресурсами:

- трудности на уровне бюрократической среды в целом;
- политическое вмешательство или недостаточная приверженность политиков реформам;
- макроэкономический кризис;
- широкое распространение коррупции.

Размах реформы финансирования здравоохранения может ограничиваться действиями министерства финансов или других государственных ведомств. Так,

в Зимбабве заметный рост сборов с пользователей, взимаемых государственными заведениями, поначалу почти не повлиял на размеры инкассируемых доходов, поскольку все доходы должны были передаваться Министерству финансов, и у медицинского персонала практически не оставалось стимулов к инкассации сборов (Mills et al. 2001).

Меры по финансированию здравоохранения могут быть подвержены влиянию политических процессов; соответственно политики могут стремиться к сохранению контроля за ключевыми аспектами реформы здравоохранения. Именно таков случай Ганы, где для повышения сборов требовалось одобрение со стороны парламента. Далее, чтобы реформа финансирования была эффективной и внушала доверие, правительство должно открыто проявить свою приверженность преобразованиям. Однако политическая концепция реформ часто формулируется во время экономического кризиса, расшатывающего основы государства. Неудивительно, что правительства далеко не всегда обнаруживают приверженность реформам. Вдобавок накопление дополнительных доходов — как от пользователей медицинских служб, так и от нанимателей, — обычно затруднено в периоды экономического спада.

Наконец, эффективному внедрению новых форм финансирования серьезно препятствует коррупция, способная серьезно подорвать доверие к любым реформаторским усилиям. Хотя коррупция, как правило, процветает до начала преобразований, реформы, направленные на децентрализацию финансового контроля и возможностей накапливать доходы, могут усугубить ее.

Противодействовать всем этим внешним ограничениям трудно — особенно для министерств здравоохранения, действующих на свой страх и риск. С одной стороны, ограничения можно трактовать как неизбежную данность и стремиться к минимизации их воздействия; с другой стороны, ограничения можно противодействовать, меняя правила (в том числе правила удержания доходов) и включая реформу финансирования здравоохранения в контекст более широких преобразований.

Уроки для стран с низким и средним уровнем жизни в Европе

Европейские страны с низким и средним уровнем жизни по ряду признаков похожи на аналогичные страны Азии, Африки и Латинской Америки, однако в некоторых отношениях существенно отличаются от них. Страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР в коммунистическую эпоху имели развитые системы здравоохранения, обеспечивавшие полное покрытие расходов на медицинские услуги. Демонтаж коммунистической системы, сопровождавшийся приватизацией и серьезным экономическим спадом, подчеркнул черты сходства между странами Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР и неевропейскими странами с низким и средним уровнем жизни. В большинстве стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР налоговые поступления резко снизились, официальный статус занятости имеет лишь относительно небольшая часть населения, управленческие мощности ограничены, правительства слабы и не пользуются доверием, уровень коррупции и неофициальных платежей высок. Вместе с тем от прежней эпохи эти страны унаследовали обширную сеть медицинских учреждений и избыток квалифицированного персонала, особенно врачей. Таким образом, вопросы ресурсного потенциала и пропускной способности во многих европейских странах с низким и средним уровнем жизни представляют особую сложность: в некоторых аспектах ресурсный потенциал оказывается недостаточным, тогда как в других — чрезмер-

ным. Реформа финансирования здравоохранения в европейских странах с низким и средним уровнем жизни должна быть направлена на демонтаж существующих институтов и на создание новых.

В условиях общего экономического кризиса опора на несколько механизмов финансирования (включая медицинское страхование, сборы с пользователей и налоговые поступления) практически не имеет альтернативы. Раздробленное финансирование здравоохранения может отрицательно повлиять как на эффективность, так и на социальную справедливость — прежде всего потому, что оно чревато возникновением многочисленных промежуточных звеньев и ростом неравенства по географическому признаку. Разрабатывая политическую концепцию финансирования здравоохранения, правительства должны иметь в виду необходимость бороться с этими отрицательными последствиями путем прямого или косвенного субсидирования беднейших слоев населения. Если правительство играет активную организующую роль, множественность источников финансирования может оказаться возможной без дробления системы здравоохранения.

Социальное медицинское страхование, несомненно, обладает большой привлекательностью для стран с низким и средним уровнем жизни как в Европе, так и за ее пределами. Однако в таких странах этот механизм охватывает лишь ограниченную долю населения; как показывает опыт, экономический рост — единственное средство, с помощью которого можно добиться всеобщего охвата, используя механизм социального медицинского страхования. Схемы территориального медицинского страхования не без успеха внедрялись в некоторых странах Юго-Восточной Азии в рамках комплекса стратегических мер, направленных на достижение всеобщего охвата. Европейские страны, скорее всего, будут испытывать те же трудности с внедрением, что и страны других континентов; они столкнутся с тем, что общество недостаточно хорошо понимает концепцию страхования, а чиновники не улавливают важнейших элементов схемы добровольного страхования. И вновь государство, играя активную организующую роль, может преодолеть эти проблемы и предотвратить дробление сектора.

Во многих европейских странах уже официально практикуются сборы с пользователей, причем эти сборы часто менее значительны, чем параллельные неофициальные сборы; таким образом подтверждается рискованный характер практики сборов с пользователей, о чем уже говорилось в связи с опытом Ганы. К сожалению, хотя о неофициальных сборах в неевропейских странах с низким и средним уровнем жизни пишут и говорят много, согласованные усилия по приданию неофициальным сборам официального статуса не предпринимались, поэтому о сколь-нибудь значимых уроках говорить не приходится.

Вероятно, самые серьезные уроки, которые могут быть извлечены из опыта неевропейских стран с низким и средним уровнем жизни, касаются процесса реформирования системы здравоохранения. Страны с низким и средним уровнем жизни повсюду, в том числе в Европе, особенно восприимчивы к «импортированным» идеям. Не только проекты реформ должны технически согласовываться с существующими в стране системами, но и ресурсный потенциал систем должна быть достаточным, чтобы проекты могли быть успешно внедрены. Уроки неевропейского опыта в некоторых отношениях вполне очевидны:

- обеспечить достаточно длительные временные рамки для внедрения;
- сосредоточить преимущественное внимание на тех моментах реформы, которые особенно важны для ее общего успеха;

- тщательно распланировать по фазам процессы создания новых мощностей, обеспечения политической поддержки, осуществления технических преобразований;
- уделить необходимое внимание повышению квалификации персонала и созданию финансовых и информационных систем, без которых новые финансовые механизмы не будут функционировать в соответствии с задуманной программой.

Слишком часто, однако, эти уроки не учитываются из-за того, что правительства спешат внедрить реформы, пользуясь удобным случаем или стремясь удовлетворить своих доноров.

Сноски

¹ Энн Миллз и Сара Беннетт — сотрудницы Программы по экономике и финансированию здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины. Программа субсидируется Департаментом по международному развитию Великобритании.

² Материал данного исследования в значительной степени почерпнут из работы: Smithson et al. 1997.

Литература

Batley, R. (1997) *A Research Framework for Analyzing Capacity to Undertake the 'New Roles' of Government*, Role of Government in Adjusting Economies Publication No. 23.

Birmingham: Development Administration Group, University of Birmingham.

Bennett, S. and Ngalande-Banda, E. (1994) *Public and Private Roles in Health: A Review and Analysis of Experience in Sub-Saharan Africa*, Current Concerns Series, SHS Paper No. 6. Geneva: World Health Organization.

Bennett, S., Russell, S. and Mills, A. (1996) *Institutional and Economic Perspectives on Government Capacity to Assume New Roles in the Health Sector: A Review of Experience*, Department of Public Health and Policy Publication No. 22. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Bennett, S., Mills, A., Russell, S., Supachutikul, A. and Tangcharoensathien, V. (1998a) *The Health Sector in Thailand*, Role of Government in Adjusting Economies Publication No. 31. Birmingham: Development Administration Group, University of Birmingham.

Bennett, S., Creese, A. and Monasch, R. (1998b) *Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment*, Current Concerns Series, ARA Paper No. 16. Geneva: World Health Organization.

Bos, E., Hon, V., Maeda, A., Chelleraj, G. and Preker, A. (1998) *Health, Nutrition, and Population Indicators: A Statistical Handbook*. Washington, DC: World Bank.

Brinkerhoff, D.W. (1994) Institutional development in World Bank projects: analytical approaches and intervention designs, *Public Administration and Development*, 14: 135-51.

Centre for Health Policy, University of Witwatersrand and Health Economics Unit, University of Cape Town (1999) *Analysing the Process of Health Financing Reform: South Africa Country Report*. Johannesburg and Cape Town: Centre for Health Policy, University of Witwatersrand and Health Economics Unit, University of Cape Town.

Chiang, T.L. (1997) Taiwan's 1995 health care reform, *Health Policy*, 39(3): 225-39.

Donaldson, D.S., Pannarunothai, S. and Tangcharoensathien, V. (1998) *Health Financing in Thailand. Technical Report*, ADB # 2997-THA. Boston, MA: Management Sciences for Health.

Gilson, L. (1997) The lessons of user fee experience in Africa, *Health Policy and Planning*, 12(4): 273-85.

Gilson, L., Russell, S. and Buse, K. (1995) The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy, *Journal of International Development*, 7(3): 369-401.

Griffin, C. (1992) Welfare gains from user charges for government health services, *Health Policy and Planning*, 7(2): 177-80.

Hildebrand, M.E. and Grindle, M.S. (1994) *Building Sustainable Capacity: Challenges for the Public Sector*. Cambridge, MA: Harvard Institute for International Development.

Jarrett, S. and Ofosu-Amaah, S. (1992) Strengthening health services for MCH in Africa: the first four years of the Bamako Initiative, *Health Policy and Planning*, 7(2): 164-76.

Kutzin, J. (1995) *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector*, Current Concerns Series, SHS Paper No. 8. Geneva: World Health Organization.

Mills, A. (2000) The route to universal coverage, in S. Nitayarumphong and A. Mills (eds) *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries*. Nontaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand.

Mills, A., Bennett, S. and Russell, S. (2001) *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Hampshire: Palgrave.

Nitayarumphong, S. and Mills, A. (eds) (2000) *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries*. Nontaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand.

Nolan, B. and Turbat, V. (1995) *Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: World Bank.

Norton, A., Arytee, E.B-D., Korboe, D. and Dogbe, D.K.T. (1995) *Poverty Assessment in Ghana Using Qualitative and Participatory Research Methods*, Poverty and Social Policy Department Discussion Paper No. 83. Washington, DC: World Bank.

Paul, S. (1995) *Capacity Building for Health Sector Reform*, Forum on Health Sector Reform Discussion Paper No. 5. Geneva: World Health Organization.

Peabody, J.W., Lee, S.W. and Bickel, S.R. (1995) Health for All in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care, *Health Policy*, 31(1): 29-42.

Russell, S., Bennett, S. and Mills, A. (1999) Reforming the health sector: towards a healthy new public management, *Journal of International Development*, 11: 767-75.

Shaw, P. and Griffin, C. (1995) *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance*. Washington, DC: World Bank.

Smithson, P., Aamoah-Baah, A. and Mills, A. (1997) *The Case of the Health Sector in Ghana, Role of Government in Adjusting Economies* Publication No. 26. Birmingham: Development Administration Group, University of Birmingham.

Tangcharoensathien, V., Supachutikul, A. and Lertendurong, J. (1999) The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn?, *Social Science and Medicine*, 48(7): 913-24.

Waddington, C.J. and Enyimayew, K.A. (1989) A price to pay: the impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana, *International Journal of Health Planning and Management*, 4: 17-47.

Waddington, C.J. and Enyimayew, K.A. (1990) A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta Region of Ghana, *International Journal of Health Planning and Management*, 5: 287-312.

World Bank (1987) *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington, DC: World Bank.

World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

World Bank (1997) *Financing Health Care: Issues and Options for China*. Washington, DC: World Bank.

глава ДЕСЯТАЯ

Финансирование долгосрочного ухода: государственные и частные альтернативы

*Рафаэль Виттенберг, Бекки Сэндху
и Мартин Кнапп¹*

Введение

Конец XX века принес многим людям величайший подарок: роскошь старения. Как и всякая роскошь, старение обходится дорого. Правительства уже сейчас недовольны растущими расходами, однако хорошо известно, что худшее — впереди. В течение ближайших 30 или 40 лет увеличение продолжительности жизни и снижение рождаемости заставят большинство стран радикально пересмотреть принятые методы содержания стариков и ухода за ними (Beck 1996: 3).

Необходимость в долгосрочном уходе обуславливается сочетанием ряда факторов, среди которых обычно доминирует возрастное ухудшение здоровья и утрата возможности обслуживать себя. Благодаря огромным достижениям прошедших десятилетий по снижению заболеваемости и смертности во всем мире резко возрос спрос на долгосрочный уход, что создало крупные проблемы для экономических систем, обществ и правительств. В ближайшие десятилетия проблемы, порожденные ростом спроса на долгосрочный уход, неизбежно будут обостряться.

В настоящей главе описываются модели финансирования долгосрочного ухода в Европе и анализируются их следствия. Вначале рассматриваются общая «архитектура» долгосрочного ухода и модели обеспечения долгосрочного ухода в рамках комплексных систем ухода и лечения. В ходе дискуссий о том, как нужно финансировать долгосрочный уход, неоднократно выражалась озабоченность проблемой прогнозирования спроса; поэтому мы пытаемся предугадать динамику спроса на ближайшие 20-30 лет. Затем мы обрисовываем некоторые возможные системы финансирования долгосрочного ухода, обсуждая подходы в частном и государственном секторах (по отдельности и совместно) и анализируя соответствие этих подходов критериям эффективности и социальной справедливости. Под конец мы описываем различные установки по отношению к финансированию долгосрочного ухода и связанные с этим основные политические проблемы.

Предоставление долгосрочного ухода

Услуги по долгосрочному уходу предоставляются старым людям либо на дому, либо в специальных заведениях — интернатах, домах для престарелых, больницах. В комплексе услуг входят помощь по осуществлению повседневных действий (таких, как одевание, купание, покупки, приготовление еды, уборка), квалифицированная терапия и целенаправленные действия по компенсации или смягчению последствий инвалидности, одиночества, ухудшения памяти и психического состояния. Старение часто сопровождается снижением качества жизни, причиной которого может быть плохое здоровье, но в большей степени — общие демографические, экономические и социальные тенденции, влияющие как на отдельные личности, так и на общество в целом.

В странах Европы функционируют разнообразные службы долгосрочного ухода, финансируемые из различных источников. Любое описание долгосрочного ухода должно начинаться с характеристики соотношения между службами государственного (правительственного) и частного (неправительственного) секторов и между официальной (институционализированной) и неофициальной (семейной) моделями ухода. Перечислим важнейшие моменты организации долгосрочного ухода в странах Европы:

- наличие границы между здравоохранением и социальной опекой, что может оказать влияние как на природу обоих типов услуг, так и на их финансирование;
- роль семьи и вопрос о том, как и когда ответственность за долгосрочный уход переходит от семьи к государству или другой официальной организации;
- соотношение между пребыванием в интернате или доме для престарелых и уходом на дому;
- соотношение между государственными и негосударственными поставщиками;
- формы, принимаемые государственными субсидиями, прежде всего соотношение между поддержкой натурой и поддержкой деньгами.

Каждый из этих моментов имеет прямое отношение к финансированию долгосрочного ухода, поскольку влияет либо на расходы или экономичность, либо на распределение финансов между заинтересованными сторонами.

Здравоохранение и социальная опека

Многие из потребностей пожилых людей, несомненно, обусловлены ухудшением их здоровья и могут удовлетворяться с помощью медицинских служб. Социальные потребности удовлетворяются с помощью поставщиков социальных услуг. Существуют также потребности, которые могут удовлетворяться как медицинскими службами, так и службами социальной опеки в зависимости от национальных традиций, структуры здравоохранения, наличия квалифицированных кадров, а нередко и от случайных факторов. Конкретный поставщик услуг может определяться также местной системой финансирования — ведь спрос на платные услуги социальной опеки наверняка будет меньше там, где параллельно существуют бесплатные услуги, предоставляемые системой здравоохранения.

В Нидерландах и во Франции институционализированный долгосрочный уход как часть системы медицинского страхования обеспечивается в больницах и домах

престарелых. В 1980 г. в Нидерландах к системе медицинского страхования была добавлена статья «исключительные расходы», охватывающая дома престарелых и другие услуги. Во Франции система медицинского страхования частично охватывает долгосрочный уход в некоторых коммунальных учреждениях. В Германии долгосрочный уход не покрывается системой страхования здоровья пожилых людей; ответственность за финансирование услуг по долгосрочному уходу ложится на индивидов (за исключением случаев, предусматривающих освобождение по результатам проверки на нуждаемость). Недавние реформы привели к определенным изменениям. Так, в Финляндии и Швеции границы ответственности между секторами здравоохранения и социальной опеки сместились; в Великобритании давно назревшие перемены были внедрены Актом государственной службы здравоохранения и социальной опеки от 1990 г. В Швеции ответственность за долгосрочный уход за пожилыми людьми и инвалидами в 1992 г. была возложена на муниципальные власти. В настоящее время последние ответственны за финансирование пребывания в стационаре, продлеваемого не по медицинским показаниям, а ввиду отсутствия подходящих коммунальных служб, где можно было бы обеспечить долгосрочный уход. В том же 1992 г. сходные преобразования произошли в Дании.

То, где проходит граница между лечением и социальной опекой (долгосрочным уходом), может иметь существенное значение как с точки зрения уровня затрат (с одной стороны, потребностям может быть придан чрезмерный медицинский акцент, с другой — специализированное лечение может не предоставляться в должном объеме), так и с точки зрения баланса финансирования (в зависимости от того, каковы критерии классификации отдельных случаев по тому или иному ведомству). Отсюда — возможность появления стимулов (ложных) к выбору того или иного типа услуг. Разграничение между этими двумя типами услуг влияет также на интерпретацию сравнений между системами финансирования «здравоохранения» в разных странах.

Официальная и неофициальная модели ухода

Крупнейшим поставщиком услуг по уходу за пожилыми людьми является неофициальный сектор — семьи, соседи, общественные группы, которые оказывают поддержку, не рассчитывая на финансирование, вознаграждение, а иногда и на благодарность. Доступность неофициального ухода существенно влияет на уровень и тип потребностей в официальном (институционализированном) уходе, для которого, по определению, должны быть изысканы средства. Здесь возникают серьезные проблемы. «Если одни демографические изменения увеличивают число очень пожилых людей, нуждающихся в уходе, то другие демографические и социальные изменения могут привести к снижению возможностей относительно молодой (женской) части населения по уходу за своими пожилыми родственниками» (Royal Commission on Long-term Care 1999b: 159). Это явление носит международный характер. Среди тех, кто осуществляет неофициальную опеку за пожилыми людьми, преобладают их родственницы среднего возраста (Kendig *et al.* 1992). Изменения, затрагивающие демографическую картину, состав семьи, распределение трудовых ресурсов и географическую мобильность, чреватые сокращением пула семейных опекунов. Прогнозы относительно будущих затрат на долгосрочный уход в значительной степени определяются ожиданиями, связанными с объемом неофициальных услуг по долгосрочному

уходу (см. ниже), что побуждает правительства принимать меры по поддержке неофициальных опекунов.

Пребывание в домах престарелых и уход на дому

Вопрос о соотношении между институционализированным уходом и уходом на дому издавна служил предметом дискуссий. Согласно исследованию, проведенному Организацией экономического сотрудничества и развития (OECD 1996), произошла определенная конвергенция на уровне около 5% пожилых людей, уход за которыми осуществляется в домах престарелых; в Греции и Турции доля таких людей составляет менее 1%, тогда как в Канаде, Люксембурге, Нидерландах, Новой Зеландии, Норвегии и Финляндии — свыше 6,5%. Страны, где число коек на душу населения превышает среднюю величину, стремятся уменьшить его, тогда как страны, где это число ниже среднего, стремятся увеличить его. Хотя ни тот, ни другой уровень нельзя считать «правильным», в странах Организации экономического сотрудничества и развития степень обеспеченности институционализированным уходом в значительной степени определяется демографической картиной и общей ситуацией со здоровьем населения (Royal Commission on Long-term Care 1999b: 160).

Дискуссии о соотношении между институционализированным уходом и уходом на дому ведутся вокруг проблем, связанных с относительной эффективностью (для кого и когда пребывание в доме престарелых более эффективно?), относительной дороговизной и с тем, какой вид ухода предпочитают сами пользователи и их семьи (предпочтения подвержены влиянию ряда факторов, в том числе таких, как восприятие качества, доступность неофициальной опеки, традиции, сложившиеся в данном обществе). Структура предпочтений часто играет ключевую роль, поскольку многие системы способствуют возникновению ложных стимулов.

Страны особенно сильно различаются согласно тому, насколько широко распространена в них практика ухода на дому. Так, в Австрии, Германии, Ирландии, Испании, Италии и Португалии уход на дому получают не более 5% пожилых людей, тогда как в Великобритании, Дании, Норвегии и Швеции доля пожилых людей, за которыми ухаживают на дому, составляет свыше 10% (OECD 1996). Различия между странами касаются также распространенности «промежуточных» форм (с частично институционализированными услугами).

Что касается больничных услуг по долгосрочному уходу, то они почти повсеместно сокращены; ныне долгосрочный уход является главным образом прерогативой домов престарелых. Такие дома могут финансироваться из бюджета здравоохранения, из бюджета социального обеспечения или из кармана пользователей. Во многих странах одни службы финансируются государством достаточно щедро, тогда как другие почти или совсем не финансируются. Так, в Великобритании Государственная служба здравоохранения финансирует больничные услуги и услуги местной сети здравоохранения, но не пребывание в доме престарелых и не социальную опеку по месту жительства. Во Франции система медицинского страхования покрывает расходы на длительное пребывание в больнице, на пребывание в доме престарелых, на квалифицированный медицинский уход по месту жительства, но не на домашний уход, не обусловленный прямыми медицинскими показаниями. Специальный национальный фонд долгосрочного ухода в Нидерландах покрывает услуги местной сети здравоохранения, но не пребывание в доме престарелых и уход на дому. С другой стороны, схема социального страхования для долго-

срочного ухода, принятая в Германии, покрывает как пребывание в доме престарелых, так и уход на дому.

Государственные и частные поставки услуг

Для систем долгосрочного ухода, функционирующих в большинстве европейских стран, издавна характерен плюрализм поставщиков. Государственный сектор часто служит самым крупным поставщиком официальных услуг; значительная доля поставок осуществляется также некоммерческими (добровольными) и коммерческими (частными) организациями (Kramer 1981; Evers and Svetlik 1994; Knapp *et al.* 2000). В ходе политических дискуссий о будущем долгосрочного ухода услуги и финансирование часто рассматриваются по отдельности (на британском материале см. Knapp and Wistow 1996), хотя на практике оба аспекта обычно тесно взаимосвязаны. Так, в 1993 г. значительная часть государственного финансирования домов престарелых и интернатов в Великобритании была переведена от Департамента социального обеспечения местным властям (и от платежей, контролируемых пользователем, к таким платежам, которые контролируются государственным поставщиком) с условием, что 85% переведенных денег будут потрачены на независимые услуги. Соотношение поставок влияет на структуру финансирования и на меру ответственности различных агентов рынка; так, пожертвования на благотворительные цели могут использоваться (и часто используются) для субсидирования государственного или индивидуального финансирования некоторых услуг по долгосрочному уходу. Соотношение поставок может повлиять и на общую стоимость услуг по долгосрочному уходу, если один из секторов явно дешевле и экономичнее другого.

Поддержка деньгами и натурой

Экономическая теория свидетельствует, что при разных условиях денежная помощь эффективнее, чем услуги по уходу и лечению (Culyer 1980). Денежные выплаты позволяют получателям выбрать из различных пакетов услуг самый подходящий и выгодный, тогда как услуги по уходу и лечению могут не вполне соответствовать предполагаемым потребностям старого человека. Тем не менее для некоторых стариков (особенно с психическими нарушениями) квалифицированный выбор невозможен без поддержки со стороны других членов семьи, медиков-профессионалов или независимых адвокатов.

Выбор между деньгами и услугами зависит также от того, проявляют ли налогоплательщики или вкладчики страховых фондов какой-либо специфический интерес к тому, на что тратятся средства. Так, налогоплательщики могут предпочесть, чтобы их деньги шли на финансирование услуг по лечению и долгосрочному уходу, а не на какие-либо иные услуги или товары. Эта проблема может быть отчасти решена путем целевого направления части денег на покупку услуг по долгосрочному уходу (ваучерные схемы). Подобная практика во многих случаях почти не отличается от системы, когда представители служб социального обеспечения организуют долгосрочный уход, консультируясь с самим клиентом и с его семьей. В Нидерландах были введены «бюджеты персонального ухода»: денежные пособия отдельным пользователям услуг по долгосрочному уходу, предназначенные для покупки услуг.

Проблема выбора между деньгами и услугами может по-разному влиять на общий объем затрат. Ограничение денежной помощи может стать простейшим решением. Например, правительство Великобритании устанавливает предельные размеры для пособий по лечебным и социальным услугам, но не по инвалидности или другим социальным выплатам. Реформы 1990 г. предусматривают передачу ваучерной схемы, управляемой Министерством социального обеспечения, местным властям — отчасти для того, чтобы контролировать рост затрат. В Германии расходы в значительной степени зависят от выбора между деньгами и услугами, так как денежные выплаты обходятся дешевле (см. ниже).

Прогнозы относительно будущего финансирования

Основные факторы будущих расходов

В некоторых странах уже прогнозируется будущее долгосрочного ухода. На расходы по долгосрочному уходу влияют следующие факторы:

- число старых и, особенно, очень старых людей — основных пользователей долгосрочного ухода;
- доля иждивенцев по возрасту;
- доступность неофициального ухода, осуществляемого прежде всего супругами, детьми и другими родственниками;
- реальная себестоимость долгосрочного ухода, которая наверняка будет расти, поскольку долгосрочный уход трудоемок, а рост средних зарплат неизбежен.

Все эти факторы носят в значительной степени внешний характер по отношению к практике долгосрочного ухода. Не менее важны два других фактора, по-видимому, более эндогенной природы:

- повышенные ожидания завтрашних стариков относительно качества ухода;
- будущие модели ухода, отличия которых от нынешних моделей могут определяться новыми предпочтениями стариков и их опекунов.

Прогнозы для США: брукингсовская модель

Брукингсовский институт (Brookings Institution) и корпорация Lewin-VHI, США, разработали первый прогноз по финансированию долгосрочного ухода, основанный на методе микромоделирования (1986-1987, обновленная версия — 1988-1989). Прогнозировались число старых людей, их финансовое положение и статус инвалидности, интенсивность использования услуг в домах престарелых и по месту жительства до 2020 г. и (на более общей основе) до 2050 г. Была разработана модель возможных изменений в системе финансирования долгосрочного ухода в США (Wiener *et al.* 1994). Она начиналась репрезентативной выборкой из 28 000 взрослых людей. Приводилась информация о возрасте, поле, размере доходов, имуществе и других характеристиках каждого члена выборки; моделировались процессы старения (и связанного с ним использования услуг по долгосрочному уходу) членов выборки с 1986 по 2020 год. Исходя из полученных данных Брукингсовский институт сделал вывод, что между 1993 и 2028 годом общее число старых людей, пользующихся услугами домов престарелых и интернатов, возрастет с 2,2 до 3,6 млн, а число пользователей услуг по месту житель-

ства — с 5,2 до 7,4 млн. Предполагается, что за эти же 25 лет общая сумма расходов на долгосрочный уход, без учета инфляции, вырастет с 75 млрд долл. (1,21% валового внутреннего продукта (ВВП)) до 166,2 млрд долл. США (2,14% ВВП — при условии, что реальный ВВП будет расти на 2,5% в год). Доля государственной программы бесплатной или льготной медицинской помощи Medicaid в общих расходах, ныне составляющая 1/3, снизится очень ненамного.

Прогнозы для Великобритании

Три работы 1990-х годов посвящены прогнозированию спроса на долгосрочный уход в Великобритании. В одной из них (Nuttall *et al.* 1994) прогнозируются численность инвалидов (ожидается, что между 1991 и 2031 г. она вырастет с 6,4 до 8,5 млн) и издержки по уходу за ними (ожидаемый рост расходов за то же время — от 42 млрд фунтов, что составляет 7,3% ВВП, до 62 млрд фунтов — 10,8% ВВП). При этом учитываются возможные изменения в показателях заболеваемости, а также рост себестоимости услуг, пропорциональный росту ВВП; цифры включают предполагаемую стоимость неофициального ухода. В другой работе (Richards *et al.* 1996) приводятся обновленные данные о числе инвалидов, по-новому анализируется предложение неофициальных услуг, проводится четкая грань между неофициальным и официальным уходом и между государственным и частным финансированием расходов. Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения прогнозирует государственные расходы на услуги по долгосрочному уходу, основываясь на целом ряде допущений, главным образом относительно ожидаемой доли иждивенцев и ожидаемой себестоимости услуг (House of Commons Health Committee 1996). Министерство предполагает, что доля ВВП, предназначенная для долгосрочного ухода, останется более или менее неизменной.

Позднее Лаборатория по исследованию персональных социальных услуг при Лондонской школе экономики и политических наук осуществила аналогичных прогноз для Англии до 2030 г. согласно различным сценариям (Wittenberg *et al.* 1998). Королевская комиссия по долгосрочному уходу (Royal Commission on Long-term Care 1999b) распространила эту модель на всю Великобританию. Департамент по страховой статистике прогнозирует, что между 1995 и 2031 годом число пожилых людей (от 65 лет) в Англии вырастет на 57%, а число очень пожилых людей (от 85 лет) — на 79%. Объем услуг по долгосрочному уходу за тот же период должен будет вырасти примерно на 61%. Эти оценки будут нуждаться в серьезной корректировке, если число очень пожилых людей будет расти быстрее, чем предполагается; так, если рост числа очень пожилых людей будет опережать ожидаемый показатель всего на 1%, объем услуг по долгосрочному уходу должен будет вырасти не на 61, а на 92%.

Прогнозируемые расходы зависят также от предполагаемой доли иждивенцев. Если, согласно пессимистическому сценарию, доля стариков-иждивенцев будет расти на 1% в год, объем услуг по долгосрочному уходу должен будет возрасти не на 61, а на 121%; если же эта доля будет ежегодно падать на 1%, объем услуг по долгосрочному уходу между 1995 и 2031 г. должен будет возрасти всего на 18%. Важно учитывать также предполагаемую динамику изменения реальной себестоимости услуг под влиянием таких факторов, как реальные зарплаты в секторе здравоохранения, рост технической эффективности поставок услуг, рост качества и ожиданий. Предполагается, что реальная себестоимость социальной опеки будет расти на 1%,

а себестоимость медицинских услуг — на 1,5% в год. Далее, считается, что общие расходы в реальном исчислении вырастут между 1995 и 2031 гг. на 153% (с 1,6 до 1,8% ВВП, если ежегодный рост ВВП в реальном исчислении составит 2,25%).

В исследовании Лаборатории анализируется также баланс финансирования. При сохранении нынешней системы финансирования расходы на долгосрочный уход между 1995 и 2031 гг. вырастут на 174%, расходы на социальные услуги (сборы с пользователей) — на 123%, а частные расходы — на 173%. Эти прогнозы зависят от многочисленных допущений, прежде всего относительно роста доли очень пожилых людей, роста или снижения доли стариков-иждивенцев, роста себестоимости услуг и возможного роста доли тех, кто предпочитает уход на дому и не нуждается в государственном финансировании. Например, если себестоимость будет расти на 1% больше, чем предполагается, общая сумма расходов возрастет на 260%; если доля стариков-иждивенцев будет ежегодно снижаться на 1%, общая сумма расходов возрастет только на 85%.

Прогнозы для Германии

Шмаль и Ротганг (Schmahl and Rothgang 1996) прогнозируют долгосрочные расходы в условиях новой государственной схемы страхования долгосрочного ухода. Предполагая, что доля стариков-инвалидов и интенсивность использования услуг не претерпят изменений, они считают, что число больных пожилых людей, охваченных государственной схемой страхования долгосрочного ухода, между 1995 и 2030 гг. вырастет на 31%. Расходы на долгосрочный уход на дому за то же время вырастут почти на 25% (с 12 до 15 млрд марок), а расходы на долгосрочный уход в домах престарелых — на 44% (с 12,8 до 18,4 млрд марок) при условии, что 80% пользователей выберут деньги, а 20% — услуги, и среднемесячная оплата за пребывание в доме престарелых будет составлять 2500 марок. Таким образом предполагается, что под влиянием демографических факторов расходы, охватываемые схемой страхования, между 1995 и 2030 гг. вырастут на 1/3. Реализация этих прогнозов, так же как и любых других моделей, в значительной степени определяется верностью базовых допущений.

В рамках описываемой модели объединяются ставки взносов, число вкладчиков, ставки льгот и пособий и число получателей льгот и пособий; предполагается, что общая сумма взносов и общая сумма выплат по льготам и пособиям будут уравновешивать друг друга. Разработаны четыре сценария: неизменная ставка взносов; ставка взносов, растущая пропорционально давлению демографических факторов; неизменная ставка льгот и пособий с точки зрения общего объема (инфляция расходов на лечение); неизменная ставка льгот и пособий в реальном исчислении (общая инфляция). Предполагается, что стоимость лечения будет расти пропорционально зарплатам. Согласно прогнозу, средний доход в 1992-2000 гг. должен ежегодно возрастать на 1,61%, в 2000-2010 гг. — на 2,25%, в 2010-2020 гг. — на 1,67%, а в 2020-2030 гг. — на 1,15%. При первом сценарии ставки взносов должны оставаться неизменными на уровне 1,7%, а реальные расходы должны расти на 77% между 1995 и 2030 годом. При втором сценарии ставки взносов растут пропорционально давлению демографических факторов до 2,27%, а расходы — на 136,7% и достигают суммы в 69,1 млрд марок. При третьем сценарии ставки взносов также растут, на этот раз до 2,56%, а расходы растут на 166% до суммы в 89 млрд марок; это позволяет сохранять постоянный уровень услуг по долгосрочному уходу на душу населения. При четвертом сценарии ставки взносов падают до 1,28%, а рас-

ходы растут на 34% до суммы в 39 млрд марок; это позволяет сохранять постоянный уровень расходов на душу населения.

Выводы из прогнозов

Общая структура расходов на услуги зависит от множества факторов. Со временем государственная доля расходов будет определяться общественными ожиданиями, политикой финансирования долгосрочного ухода, ростом благосостояния и реальных доходов пожилых людей. Разделение расходов между государством и индивидом — основная тема политических дискуссий о финансировании долгосрочного ухода. При анализе доступности долгосрочного ухода нужно учитывать не только давление будущего спроса, но и будущий экономический рост. Так, если в Великобритании темпы экономического роста будут сохраняться на уровне 2,0–2,5% в год, мощное давление спроса, прогнозируемое некоторыми из упомянутых выше исследований, не сделает существующую систему неприемлемой. Основываясь на правдоподобных допущениях, Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения, Комитет по здравоохранению Палаты общин (House of Commons Health Committee 1996) и Королевская комиссия по долгосрочному уходу (Commission on Long-term Care 1999a) полагают, что кризис доступности маловероятен. Исследование, проведенное фондом Дж. Раунтри, привело к более скептическим выводам (Joseph Rowntree Foundation 1996).

Как бы то ни было, будущее спроса на долгосрочный уход остается не вполне определенным — так же, как и возможные последствия роста расходов. Хотя о демографической «бомбе замедленного действия» говорить не приходится, процесс расходования средств может оказаться под серьезным давлением таких факторов, как рост числа пожилых людей, рост реальной стоимости долгосрочного ухода, а также, возможно, рост ожиданий. Не вполне ясно также, действительно ли «неофициальный» сектор долгосрочного ухода будет расширяться пропорционально росту спроса. Следовательно, любая система финансирования долгосрочного ухода должна быть достаточно гибкой, чтобы устоять под давлением этих и других неясностей.

Модели финансирования долгосрочного ухода

Существуют по меньшей мере пять основных подходов к финансированию долгосрочного ухода, различающихся как в аспекте соотношения между частным и государственным финансированием, так и в аспекте природы и масштаба пулинга рисков:

- финансирование из личных сбережений;
- частное страхование — или, точнее, добровольная покупка частного страхования;
- частное страхование при поддержке государственного сектора;
- общие налоговые поступления в государственный сектор (услуги или денежные пособия предоставляются согласно потребностям и, возможно, также согласно доходам и активам);

- социальное страхование, финансируемое с помощью целевых взносов (услуги или денежные пособия предоставляются согласно потребностям и взносам).

Ключевой вопрос заключается в следующем: кто берет на себя риск? Подходы перечислены в порядке увеличения степени риска для государственного сектора. При первом подходе — финансировании из личных сбережений — рискуют только сам индивид и его семья (степень риска для семьи определяется значимостью неофициального семейного ухода, а также влиянием расходов по долгосрочному уходу на наследство). При втором подходе (частное страхование) рискуют группы индивидов — участники схемы страхования. То же относится и к третьему подходу (частное страхование при поддержке государственного сектора); правда, в этом случае часть риска может быть переложена на государственный сектор. При четвертом подходе рискуют налогоплательщики, тогда как при пятом подходе — плательщики взносов (например, все работники, если взносы основаны на налоге на зарплату). Некоторые расходы могут перекладываться на других (например, расходы на налог на зарплату могут частично перекладываться на потребителей).

В связи с перечисленными пятью способами финансирования государственный сектор может пользоваться политическими инструментами пяти типов. Это предоставление информации и советов, регулирование, субсидирование или обложение налогом, осуществление трансфертных платежей и прямые поставки услуг. Перечисленные инструменты могут быть применены непосредственно к различным подходам из числа отмеченных выше. Например, при первых двух подходах роль государственного сектора ограничивается регулированием финансовых продуктов частного сектора и, возможно, предоставлением информации. При третьем подходе роль государственного сектора заключается в субсидировании (вдобавок к регулированию и предоставлению информации). При последних двух подходах роль государственного сектора сводится к прямой поставке страхования.

На практике многие страны используют сочетания подходов (см. табл. 10.1). Государственный сектор обычно предоставляет по меньшей мере гарантии защиты беднейшей группы стариков, нуждающихся в долгосрочном уходе. Что касается относительно богатых людей, то обычно ожидается, что они будут рассчитывать на собственные сбережения или купят частную страховку; впрочем, степень прогрессивности в разных странах заметно варьирует.

Прежде чем перейти к анализу этих пяти подходов к финансированию (или их сочетаний), проясним общие задачи «государства всеобщего благосостояния» и общепринятые критерии для сравнения методов финансирования и предоставления услуг в различных «государствах всеобщего благосостояния».

Задачи «государства всеобщего благосостояния»

«Государства всеобщего благосостояния», помогая людям услугами и денежными льготами, стремятся к достижению множества целей, среди которых наиболее важны следующие (Hills *et al.* 1997):

- страхование всех граждан от рисков, связанных с болезнью и отсутствием работы;
- перераспределение средств к выгоде тех, кто больше нуждается;
- выравнивание уровня дохода по всей продолжительности жизненного цикла;
- вмешательство там, где возможности семьи недостаточны.

Все они имеют отношение к долгосрочному уходу. Понятие страхования от рисков, несомненно, очень важно: ведь многие люди нуждаются не столько в долгосрочном уходе, сколько в более или менее долгосрочной реальной поддержке. Так, в современной Великобритании риск провести остаток жизни в доме престарелых оценивается примерно в 1/6 для мужчины и 1/3 для женщины (Bebbington *et al.* 1997). Примерно половина женщин и треть мужчин после 65 лет нуждаются в интенсивном долгосрочном уходе в течение двух или более лет (Glennerster 1996).

Нужда в услугах по долгосрочному уходу часто обнаруживается в тех случаях, когда семейный уход недоступен. В Великобритании лица, состоящие в браке или живущие с другими взрослыми членами семьи, реже пользуются услугами по долгосрочному уходу на дому или попадают в дома престарелых, чем одинокие старики (Wittenberg *et al.* 1998). Таким образом, государственное финансирование имеет отношение главным образом к тем, кто не может воспользоваться семейным уходом. Риск, связанный с долгосрочным уходом, может трактоваться как риск потребности в такой помощи, которую члены семьи предоставить не способны.

Системы финансирования долгосрочного ухода устроены так, чтобы средства могли перераспределяться с пользой для лиц, особенно нуждающихся в помощи и имеющих относительно низкие доходы. Перераспределение средств с пользой для тех, кто больше нуждается в помощи, свойственно любому страхованию — как частному, так и государственному; что касается перераспределения средств от групп с высокими к группам с низкими доходами, то оно возникает тогда, когда потребности и льготы находятся в обратной корреляции с доходами, а также тогда, когда средства для финансирования схемы накапливаются прогрессивно по отношению к доходам.

Финансирование долгосрочного ухода неизбежно связано с перераспределением средств на протяжении индивидуального жизненного цикла. Суммы, отложенные в трудоспособный период — личные сбережения, премии за частное страхование или взносы в государственную схему, — обычно используются для покрытия расходов на уход и лечение в пожилом возрасте. Поэтому долгосрочный уход за пожилыми людьми иногда сопоставляется с пенсиями. Хотя пенсии включают элемент страхования, они связаны главным образом со сбережениями, накопленными в трудоспособный период ради того, чтобы обеспечить себе безбедную старость (Dilnot *et al.* 1994). Что касается финансирования долгосрочного ухода, то оно предполагает перераспределение средств на протяжении индивидуального жизненного цикла и вместе с тем порождает серьезную проблему пулинга рисков. Проблема соотношения между страхованием и выравниванием доходов на протяжении жизненного цикла выглядит по-разному с точки зрения пенсий и с точки зрения долгосрочного ухода; фактически речь должна идти о двух разных проблемах, которые, скорее всего, следует рассматривать по отдельности (House of Commons Health Committee 1996). Финансирование долгосрочного ухода уместнее сравнивать не столько с пенсиями, сколько с финансированием медицинской помощи при острых случаях. В обоих случаях государство всеобщего благоденствия сочетает страхование с перераспределением средств в пользу более нуждающейся и относительно бедной части населения. Следовательно, некоторые из проблем, обсуждающихся на других страницах этой книги, имеют отношение к финансированию долгосрочного ухода.

Таблица 10.1. Подходы пяти западноевропейских стран к финансированию долгосрочного ухода**Дания**

Медицинские и социальные услуги финансируются из средств общего налогообложения. Долгосрочный уход финансируется преимущественно из местных налогов. Все услуги по домашнему уходу бесплатны. Институционализированный уход (в домах престарелых) предусматривает сборы за аренду и за основные услуги. Размер сборов связан с размером пенсий. В 1970-х годах система была реформирована; в итоге ответственность за больничный уход была возложена на регионы, а ответственность за местную сеть здравоохранения и за социальную опеку — на муниципальные власти (то есть на самый локальный из всех уровней власти). Около 6% пожилых людей получают институционализированный уход, свыше 20% — уход на дому. Большинство услуг предоставляется государственным сектором.

Франция

Система медицинского страхования покрывает уход в долгосрочных отделениях больниц и в тех домах престарелых, где есть медицинские отделы. Схема финансируется из взносов социального страхования. Гостиничные услуги в больницах и домах престарелых оплачиваются путем сборов с пользователей. Прописанные врачом медицинские услуги по месту жительства не подлежат оплате. Услуги по домашнему уходу оплачиваются путем сборов с пользователей, размер которых определяется размером доходов. Около 5% пожилых людей получают институционализированный уход, 10% — уход на дому.

Германия

В Германии действует новая государственная схема для долгосрочного ухода. В апреле 1995 г. были введены пособия по домашнему уходу, в июле 1996 г. — пособия по институционализированному уходу. Схема финансируется из взносов социального обеспечения. До введения новой схемы долгосрочный уход не покрывался системой социального обеспечения. Каждый платил сам за себя; освобождение от оплаты обуславливалось результатами проверки на нуждаемость. Новая схема предусматривает три уровня льгот в зависимости от результатов оценки потребности в уходе. Лица, получившие право на льготы, могут выбирать между услугами и денежным пособием. Около 5% пожилых людей получают институционализированный уход, менее 5% — уход на дому. Большая часть услуг предоставляется благотворительным сектором.

Нидерланды

Медицинские услуги для большинства населения финансируются социальным медицинским страхованием, а медицинские услуги для богатой части населения — частным медицинским страхованием. Социальное страхование финансируется из взносов нанимателей и наемных работников; дефицит финансирования покрывается из центрального правительственного фонда. Долгосрочный уход финансируется из специального национального фонда, созданного в 1968 г. Последний основывается на взносах, связанных с налогами, и подпитывается центральным правительственным финансированием. Специальный фонд финансирует уход в домах престарелых и услуги местной сети здравоохранения; при этом часть затрат делится между фондом и пользователем. Местные власти финансируют уход по месту жительства и осуществляют проверку на нуждаемость. Относительно немногим пожилым получателям долгосрочного ухода предоставляются денежные пособия в виде «персонального бюджета» на приобретение услуг. Из персональных бюджетов покрывается менее 5% всех расходов по долгосрочному уходу за пожилыми людьми. Около 6,5% пожилых людей получают институционализированный уход, 5-10% — уход на дому. Многие услуги предоставляются частным сектором.

Таблица 10.1. Подходы пяти западноевропейских стран к финансированию долгосрочного ухода (продолжение)

Великобритания

Медицинские услуги по большей части финансируются из общего налогообложения и бесплатны для пользователей. Социальные услуги финансируются из центральных и местных налогов и по большей части не бесплатны для пользователей. Национальный тест на нуждаемость для претендентов на долгосрочный уход по месту жительства учитывает наличие доходов и активов свыше предписанного минимума. Местные власти устанавливают сборы за уход на дому. В 1993 г. система финансирования долгосрочного ухода была реформирована ради того, чтобы предоставить местным властям полномочия по оценке потребностей в уходе и по организации ухода. Поставщиками услуг являются государственные, благотворительные и частные организации. Около 5% пожилых людей получают институционализированный уход, свыше 10% — уход на дому.

Критерии оценки этих подходов

Пути и механизмы финансирования долгосрочного ухода могут оцениваться на основе различных критериев. Один из самых очевидных критериев — эффективность: всемерное увеличение объема и улучшение качества услуг при данном уровне расходов или минимизация расходов на достижение заданных результатов. При предоставлении и финансировании долгосрочного ухода оценивается не столько объем и качество услуг, сколько результативность услуг с точки зрения пользователей и поставщиков.

Препятствием для эффективности могут стать неудовлетворительные (неясные, противоречивые или ложные) стимулы. Финансирование долгосрочного ухода, по-видимому, долгое время осложнялось этой проблемой: ведь дробление бюджетов (и, шире, административных структур) порождает возможность того, что одни агентства будут перекладывать расходы на другие. Более того, если расходы по уходу несут несколько агентств, то из них, которое ответственно за оценку потребностей в уходе, может неверно оценить подлинную стоимость различных альтернатив. Например, если пользователи больше платят за уход в домах престарелых, чем за уход на дому, государственные агентства могут оказать предпочтение или поощрить опору на дома престарелых даже в том случае, если домашний уход более экономичен и более приемлем с точки зрения пользователя. Проблема неадекватных стимулов должна находиться в центре внимания политиков.

Критерий социальной справедливости также весьма важен, причем не столько с точки зрения услуг или пособий, сколько с точки зрения структуры взносов. Вопрос о справедливом распределении взносов, подобно любым мерам по обеспечению социальной справедливости, может оказать существенное влияние на ход дискуссий о различных методах финансирования (см. ниже).

Другой важнейшей задачей политики социальной опеки считается обеспечение личной независимости, личного достоинства и возможности выбора. Так, английская «белая книга» «Забота о людях» (*Caring for People*) подчеркивает особую значимость факторов независимости и выбора (Department of Health and Department of Social Security 1989). Выпущенная лейбористским правительством «зеленая книга» «Новые цели для нашей страны» (*New Ambitions for Our Country*) содержит положение о том, что нетрудоспособные граждане должны получить всю необходимую поддержку, чтобы их жизнь могла протекать достойно (Department of Social Security

1998). В сферу компетенции Королевской комиссии входят независимость, достоинство и выбор, а «белая книга» «Модернизация социальных служб» (*Modernising Social Services*) подчеркивает, насколько важно создавать благоприятные условия для развития чувства личной независимости (Department of Health 1998). Итак, при оценке подходов к финансированию следует иметь в виду, чтобы предпринимаемые меры не ограничивали сверх меры выбор типа ухода, не нарушали сложившихся предпочтений пожилых людей и не унижали их достоинства.

Еще один часто упоминаемый критерий — поощрение социальной сплоченности (Le Grand *et al.* 1992). Одна из возможных интерпретаций этого критерия — избегание препятствий к тому, чтобы обязанности по долгосрочному уходу взяли на себя члены семьи и друзья. Другая интерпретация — поощрение чувства солидарности у молодых поколений. Иначе говоря, важно развивать солидарность не столько между возрастными группами, сколько между следующими друг за другом поколениями. Наконец, важное значение имеют критерии доступности и обоснованности: ведь средства в любом случае ограничены. Неясные перспективы спроса на долгосрочный уход и неопределенные прогнозы относительно общих расходов порождают многочисленные проблемы, связанные с гибкостью систем финансирования и с их способностью сдерживать расходы.

Личные сбережения

Люди могут копить средства на старость (и на будущий долгосрочный уход за собой) различными способами, среди которых — акции, депозитные счета, вложения в недвижимость. С точки зрения политики ни один из этих способов нельзя считать в полной мере эффективным. Не все нуждаются в долгосрочном уходе; соответственно не для всякого существует необходимость накопить такое количество денег, которое нужно для покрытия расходов на пожизненный уход в случае потери трудоспособности. Лица, владеющие достаточным капиталом и не особенно заинтересованные в том, чтобы оставить после себя как можно более крупное наследство, безболезненно берут на себя весь риск, не прибегая к страхованию. Иной сценарий действует в случаях, когда человек специально копит средства на старость. На практике люди обычно не накапливают столько средств, чтобы их хватило на полное покрытие всех вероятных расходов по пожизненному уходу; поэтому уровень жизни тех, кто нуждается в таком уходе, обычно неуклонно снижается. Люди, не нуждающиеся в серьезном долгосрочном уходе, могут тем не менее иметь достаточно большие накопления на старость и воздерживаться от использования этих накоплений для других целей. Многих стариков беспокоит перспектива собственной беспомощности со всеми вытекающими отсюда финансовыми последствиями для них и для их родственников. Поэтому политика пулинга рисков путем страхования представляется более эффективной, чем политика использования личных сбережений для финансирования долгосрочного ухода.

Подход, основанный на использовании личных сбережений, не создает условий для перераспределения средств с пользой для тех, кто особенно нуждается в долгосрочном уходе. Такой подход относительно неблагоприятен для женщин, ибо женщины нуждаются в уходе чаще, чем мужчины, и, следовательно, их сбережения должны быть в целом выше. Наконец, такой подход недоступен для значительной части населения и, значит, не способствует социальной сплоченности.

В странах, где людям приходится самим выпутываться из трудных положений, не особенно рассчитывая на государственную пенсию и на ограниченную систему государственного медицинского страхования, личные сбережения и покупка частного страхования остаются единственными способами обеспечить себе приемлемый уровень жизни в старости. Считается, что там, где пенсии высоки, люди могут покрывать затраты на долгосрочный уход из собственных доходов (как это было в Германии до введения системы социального страхования). В иных странах, где государственные пенсии ограничены, а система здравоохранения охватывает всех граждан (как, например, в Великобритании), может традиционно сохраняться система гарантий на случай долгосрочного ухода по старости.

Частное страхование

Страхование может быть добровольным или обязательным. Чтобы добровольно приобретаемое частное страхование было эффективным, необходимо соблюдение следующих пяти условий (Вагг 1998):

- вероятность того, что с неким лицом случится нечто неблагоприятное, должна быть независима от вероятности, что нечто аналогичное случится с каким-либо другим лицом;
- вероятность должна быть ниже единицы (то есть не стопроцентной);
- вероятность должна быть известна или поддаваться оценке — в противном случае частные страховщики не смогут рассчитать размер актуарной премии;
- возможный пользователь страховых услуг не должен владеть большей информацией об уровне своих рисков, чем страховщик (проблема негативного отбора);
- пользователь страховых услуг не должен иметь возможностей для того, чтобы повысить уровень своих рисков или уровень своих потерь (проблема морального риска).

Добровольная покупка частного страхования на случай долгосрочного ухода в общем более эффективна, чем использование личных сбережений (см. выше). Она способствует перераспределению средств с пользой для тех, кто больше нуждается в уходе. Кроме того, она имеет преимущество с точки зрения обеспечения возможности выбора, личной независимости и личного достоинства. Тем не менее частное страхование на случай долгосрочного ухода весьма часто не удовлетворяет ни одному из перечисленных выше условий, за исключением второго. Так, долгосрочное снижение заболеваемости среди определенных групп населения означает определенную взаимозависимость рисков и, таким образом, потенциально нарушает первое условие. Если страхование покупается в предпенсионном возрасте (как это обычно для частного страхования), до первого страхового требования проходит обычно 15–20 лет. Отсутствие определенности относительно будущего уровня заболеваемости, а также относительно инфляции, означает, что страховщики столкнутся с трудностями при оценке будущих рисков и расходов на их покрытие, что усложнит проблему калькуляции премий (потенциальное нарушение третьего условия). Трудности возникают и в связи с четвертым и пятым условиями (иначе говоря, в связи с проблемами негативного отбора и морального риска), что обусловлено долгосрочной природой данного вида страхования (Wiener *et al.* 1994; Glennerster 1997).

Таким образом, при назначении цены возникают проблемы — отчасти потому, что у многих стран нет ни достаточного опыта по удовлетворению страховых требований, ни качественных данных для оценки возможных пожизненных рисков, отчасти же потому, что страховщики должны учитывать возможность повышенного уровня рисков; кроме того, отдельные требования могут быть индуцированы самим фактом страхования (моральный риск). Хотя страховщики предпринимают шаги для преодоления этих трудностей — например, путем введения ограничений и совместных платежей, а также путем повышения премий, — их меры снижают степень доступности и привлекательности полисов частного страхования. В итоге страхование на случай долгосрочного ухода может позволить себе лишь меньшая часть населения (если только это страхование не покупается в относительно молодом возрасте). В большинстве стран страхование на случай долгосрочного ухода может рассчитывать на широкое распространение только при условии, что оно будет обязательным.

Поскольку женщины чаще мужчин нуждаются в долгосрочном уходе, премии за частное страхование для женщин обычно выше, чем для мужчин — даже несмотря на то, что средний доход женщин, как правило, ниже. Вообще говоря, премии составляют более высокую долю доходов относительно бедных людей, так как они (премии) больше связаны с актуарным риском, чем с платежеспособностью. Хотя люди, не нуждающиеся в уходе, не получают прямых льгот и пособий за свою страховку, они могут быть уверены, что их расходы на потенциально катастрофический долгосрочный уход будут покрыты. Благодаря страхованию на случай долгосрочного ухода часть сбережений высвобождается для использования в других целях.

Брукингсовский институт осуществил фундаментальное исследование методов финансирования долгосрочного ухода в США. Хотя около 5% пожилых людей в США уже охвачено частным страхованием на случай долгосрочного ухода, институт прогнозирует, что за период до 2020 г. страховыми льготами и пособиями будет покрыта лишь очень незначительная часть расходов. Авторы не считают, что частное страхование заменит сколько-нибудь заметную долю государственных затрат на долгосрочный уход за пожилыми людьми (Wiener *et al.* 1994). Этот вывод почти наверняка применим и к европейским странам (Royal Commission on Long-term Care 1999b).

Государственная поддержка частного страхования

Государственная поддержка частного страхования мотивируется необходимостью преодолеть некоторые из только что отмеченных трудностей. Субсидирование страховых премий и партнерских договоренностей снизит расходы пользователей. Требование покупать страховку в относительно молодом возрасте может сократить негативный отбор и снизить остроту других информационных проблем, а также повысить степень доступности этого вида страхования. Воздействие на распределение средств будет иным, чем в случае социального страхования (Burchardt 1997). Частное страхование выгоднее для относительно богатых людей и для мужчин (социальное страхование оказывается более выгодным для относительно бедных слоев населения и для женщин).

Государство может принять ряд мер для поощрения спроса на этот вид страхования. Один из путей — введение скидки с налога на премии — по аналогии со взносами на профессиональные и персональные пенсии. Однако недавний бри-

танский опыт с частным медицинским страхованием пожилых людей показывает, что данный путь не слишком эффективен. Другой путь — введение субсидий для пользователей, не присоединившихся к той схеме страхования на случай долгосрочного ухода, которая предлагается «государством всеобщего благоденствия». Однако поскольку социальная опека во многих странах ныне определяется проверкой на нуждаемость, экономический эффект от повышения спроса на данный вид страхования может оказаться весьма скромным.

Государственный сектор может сократить стоимость частного страхования на случай долгосрочного ухода, принимая на себя часть рисков. Схемы партнерства, принятые в некоторых штатах США и предложенные предыдущим (консервативным) правительством Великобритании, приводят именно к такому эффекту. Те, кто покупает частную страховку, предоставляющую определенный минимум льгот, удостоиваются более благосклонного отношения к себе в том случае, если их активы и льготы со временем исчерпываются, вынуждая их прибегнуть к помощи государства. Партнерские полисы могут предусматривать более низкие премии, чем полисы с неограниченным покрытием, поскольку государственный сектор берет на себя часть рисков. Тем не менее реального повышения спроса на партнерские полисы не произошло. В США это связано с традицией прибегать к помощи государственной программы бесплатной или льготной медицинской помощи Medicaid даже в самых крайних случаях.

Государство может сделать страхование на случай долгосрочного ухода обязательным. Обязательный характер страхования вполне совместим с высокой значимостью частных поставок страховых услуг. Так, в Великобритании наемные работники (чьи заработки превысили некоторый предел) получают пенсию через третье звено, в том числе благодаря посредничеству государственных схем. Сделав частное страхование на случай долгосрочного ухода обязательным и заставив частных страховщиков принимать всех претендентов на стандартных условиях, можно ликвидировать проблему негативного отбора. Перед страховщиками может открыться возможность уравнивать премии для мужчин и женщин (в настоящее время премии для женщин в Великобритании заметно выше, чем для мужчин).

В связи с обязательной системой возникает проблема выплаты премий за людей, которые не могут себе этого позволить. В таких случаях премии могут выплачиваться государственным сектором — или, скорее, государственный сектор может выплачивать пособия тем, чьи возможности приобрести страховку ограничены. Возникает вопрос: действительно ли субсидируемая частная система страхования с устойчивой ролью государственного сектора предпочтительнее, чем потенциально несубсидируемая государственная система социального страхования?

Схемы государственного финансирования

Схема для государственного сектора должна обеспечить как страхование (соответствующее принципу социальной справедливости и защищенное от влияния рыночных трудностей, мешающих функционированию частного страхования), так и перераспределение средств. Полярные разновидности такой схемы — система гарантий для бедных, предусматривающая строгую проверку на нуждаемость, и система, охватывающая все население и не предусматривающая никакой проверки на нуждаемость. Схема может финансироваться как из общего налогообложения (без специально обусловленных взносов или целевого выделения средств), так и методом социально-

го страхования (с целевым выделением средств и, возможно, со специально обусловленными взносами).

Схема государственных гарантий для бедных предусматривает целевое выделение государственных средств людям с низкими доходами, нуждающимся в долгосрочном уходе, или людям с более высокими доходами, нуждающимся в услугах настолько дорогих, что издержки на них могли бы сделать этих людей бедными. Схема предусматривает оценку нуждаемости в уходе и оценку финансовых возможностей. Последняя осуществляется с учетом большинства или всех источников дохода и активов. Недвижимое имущество может учитываться (как в случае большинства одиноких людей в Великобритании) или не учитываться (как в США и многих европейских странах).

Такая схема может рассматриваться как сочетание государственной (финансируемой из налоговых поступлений) схемы для бедных и подхода, основанного на использовании личных сбережений или на страховании, — для богатых. Большинство стран предоставляет систему гарантий по услугам, которые не охватываются всеобщей системой страхования. При наличии всеобщего охвата по некоторым взаимосвязанным услугам и системы гарантий по остальным услугам возникает опасность ложных стимулов; возникает также возможность того, что агентства, финансирующие разные услуги, а также государственные агентства и отдельные индивиды, начнут перекладывать расходы друг на друга. Существует также опасность того, что схемы для относительно бедных людей сами будут «бедными» ввиду слишком слабого политического влияния их сторонников.

Система, предусматривающая проверку на нуждаемость, работает более эффективно в случаях, когда распределение доходов носит сравнительно неравномерный характер — иначе говоря, в тех случаях, когда услуги могут целевым образом предоставляться небольшому числу бедных людей. Каждый вносит свой вклад, но выгадывают от этого только бедные — те, чьи взносы меньше ввиду незначительного размера их доходов. Налогоплательщики, чьи доходы выше минимума, установленного тестом на нуждаемость, в случае необходимости должны платить за себя сами. Факт существования проверки на нуждаемость чреват стимулами как к тому, чтобы копить средства, так и к тому, чтобы дарить свои активы. Стимулы к накоплению средств выше предела, установленного тестом на нуждаемость, отсутствуют, зато появляются стимулы к передаче активов детям или другим родственникам (что позволяет «успешно» пройти проверку на нуждаемость). Проверка на нуждаемость может быть крайне невыгодна тем, кто ухаживает за пожилыми людьми, которые не выдерживают этой проверки, но требуют дорогостоящего ухода на официальной основе.

Всеобщая система, основанная на налоговых поступлениях, объединяет риски населения в целом. Некоторые страны предусматривают всеобщее покрытие, но только для отдельных типов ухода (например, во Франции — для пребывания в долгосрочных отделениях больниц и в тех домах престарелых, где есть медицинские отделы), что также чревато ложными стимулами. Лишь немногие страны покрывают все услуги по долгосрочному уходу.

Всеобщая система наиболее эффективна при условии, что доходы распределяются относительно равномерно. При такой системе средства в большей мере перераспределяются от мужчин к женщинам; впрочем, этот аспект может быть сравнительно незаметен, так как налоги в значительной степени связаны с доходами. Система обнаруживает тенденцию к прогрессивности: относительно бедные слои населения платят меньше, ибо их доходы ниже. Лица, нуждающиеся в уходе, могут

быть уверены в том, что в случае необходимости их расходы по долгосрочному уходу будут покрыты. Всеобщая система выгодна для тех, кто ухаживает, — особенно если они наследуют имущество тех, за кем ухаживают.

Важный аспект любого финансирования — гарантии того, что выбор типа ухода обуславливается его эффективностью и экономичностью и предпочтениями клиента, а не желанием переложить расходы на чужие плечи, пользуясь возможностями, предоставляемыми действующей схемой. Чем более интегрированный характер носят бюджеты и чем больше типов ухода охвачено этими бюджетами, тем менее вероятны ложные стимулы к перекладыванию расходов. Это означает, что эффективная всеобщая схема непременно охватывает широкий круг услуг и льгот по долгосрочному уходу. Сказанное относится к схемам социального страхования, но имеет и более широкое значение: возможности для перекладывания расходов должны быть сокращены.

Социальное страхование — иной путь к обеспечению всеобщей государственной схемы. Разница между схемой, финансируемой из налоговых поступлений (наподобие нынешней британской системы), и схемой социального страхования (действующей в Германии) заключается не в страховании: ведь схема, финансируемая из налоговых поступлений, также предусматривает пулинг рисков населения в целом. В действительности разница сводится к следующим пунктам:

- важнейшая особенность социального страхования — целевое откладывание взносов;
- страхование предполагает наличие связи между взносами и пособиями, однако такая связь может быть слабой там, где существуют кредиты на случай вспышки безработицы и т. п.;
- предполагается также наличие национальных и законодательно обеспеченных критериев, дающих право на пользование услугами страхования;
- два последних пункта предполагают отсутствие проверки на нуждаемость (хотя социальное страхование, подобно схеме, финансируемой из налоговых поступлений, может включать совместные платежи и франшизы; в Израиле схема страхования на случай долгосрочного ухода предусматривает проверку на достаток).

Целевое откладывание взносов имеет смысл как способ поддержания определенного уровня средств для определенных целей. Наличие адресных фондов для долгосрочного ухода означает, что финансирование социальной опеки больше не вступает в прямую конкуренцию с финансированием других услуг. Однако средства в конечном счете ограничены и от выбора уклониться невозможно. Считается, что целевое откладывание взносов более приемлемо для общественности, чем рост общего налогообложения, однако мнения по данному вопросу расходятся. Иногда утверждается, что взимаемые средства не должны рассматриваться как налогообложение. Как бы то ни было, эти средства взимаются согласно государственной схеме; очевидно, задолженности по этой схеме всецело относятся к государственному сектору.

Целевое откладывание взносов не свободно от недостатков. Одна из проблем заключается в том, что доходы, получаемые благодаря взносам, размер которых определяется размером зарплат, непременно зависят от экономических циклов. Не исключено, что в отдельные годы эти доходы понадобятся дополнить средствами из общих налоговых поступлений или из других источников. Кроме того, откладывание средств для какой-либо одной цели часто порождает вопросы о причинах, по которым предпочтение оказывается именно данной услуге; поддержка об-

шественности может быть оказана специальным программам социального страхования здоровья, образовательным программам, социальным услугам для детей и молодежи и т. п.

В Великобритании национальные критерии, дающие право на пользование услугами социального страхования, разрабатывались с целью обеспечить социальную справедливость (Laing 1993; Joseph Rowntree Foundation 1996). Критерии должны быть достаточно гибкими, чтобы услуги могли легко согласовываться с потребностями и чтобы соблюдался принцип экономической выгоды.

Существует по меньшей мере одна причина, позволяющая предпочесть схему социального страхования схеме, финансируемой из общих налоговых поступлений. Согласно схеме социального страхования взносы инвестируются таким образом, что расходы на долгосрочный уход для каждого поколения могут быть покрыты из прошлых взносов этого же поколения, а не из текущих взносов более молодого поколения. Экономические проблемы, связанные с финансированием социального страхования, обсуждаются в работе: Barr 1998.

Исследование фонда Дж. Раунтри (Joseph Rowntree Foundation 1996) рекомендует для Великобритании схему социального страхования, поскольку такая схема позволяет откладывать средства для будущих расходов по долгосрочному уходу. Подобную субсидируемую схему легче оправдать, чем несубсидируемую, если общественность больше доверяет системе, при которой взносы отдельных лиц являются потенциально опознаваемыми. Однако нельзя сказать, чтобы такая схема гарантировала более высокий уровень финансирования для долгосрочного ухода. Более того, она, по-видимому, требует от работающего поколения фактически двойного вклада. Этого можно избежать при условии снижения уровня наследства (меры со стороны граждан) или при условии увеличения заимствований из государственного сектора (меры со стороны правительства).

Схема субсидируемого социального страхования на случай долгосрочного ухода не обязательно имеет преимущества перед несубсидируемой схемой (то есть схемой, финансируемой по мере поступления доходов). Вопрос о том, приведет ли внедрение такой схемы к более скорому экономическому росту, не имеет однозначного ответа. В Великобритании накопленный фонд в любом случае будет мал по сравнению с субсидируемыми пенсиями (сказанное может не относиться к тем европейским странам, где пенсии субсидируются в меньшей степени). Маловероятно, чтобы внедрение субсидируемой схемы серьезно повлияло на экономику.

Смешанные государственно-частные подходы

Некоторые подходы основаны на сочетании социального страхования с частным финансированием (Wiener *et al.* 1994). Одна из возможностей заключается в том, что государственное финансирование для домашнего ухода не предусматривает проверки на нуждаемость, а для институционализированного ухода в интернате или доме престарелых предусматривает такую проверку: ведь большинство пожилых людей, живущих в своем доме, имеют мало свободных доходов или сбережений, между тем как часть активов высвобождается, когда эти люди переходят жить в интернаты или дома престарелых. Следует помнить, что необходимость в длительном институционализированном уходе — самый большой риск для любого индивида; соответственно дискуссии по поводу проверки на нуждаемость ведутся главным образом вокруг вопроса

о том, следует ли учитывать недвижимое имущество, если такая проверка осуществляется в связи с необходимостью помещения в интернат или дом престарелых.

Другой подход — государственное финансирование домашнего ухода и первых нескольких месяцев пребывания в интернате или доме престарелых без проверки на нуждаемость и проведение проверки на нуждаемость, если возникнет необходимость в более длительном институционализированном уходе. Этот подход облегчает возвращение домой после относительно недолгой реабилитации; в случае же постоянного пребывания в интернате или доме престарелых могут высвободиться средства для оплаты ухода (правда, такая установка может трактоваться как противоречащая целям страхования и задаче облегчения положения бедных). С другой стороны, государственное финансирование без проверки на нуждаемость может предоставляться за домашний уход и за длительное пребывание в интернате или доме престарелых, тогда как проверка на нуждаемость может осуществляться только за первые несколько лет институционализированного ухода. Это ограничит риск для индивида или для схемы частного страхования. Долгое пребывание в интернате или доме престарелых финансируется государством, а частное страхование или личные сбережения покрывают услуги по институционализированному уходу только за ограниченное время. Поскольку из интернатов к себе домой возвращаются преимущественно те, кто провел там относительно немного времени, подобный подход выгоден наследникам лиц, нуждающихся в долгосрочном институционализированном уходе.

Вообще говоря, каждая страна выбирает для себя тот вариант, который соответствует принятому в ней методу финансирования здравоохранения и социальной сферы. Ни одна из стран, где действуют системы, аналогичные британской Государственной службе здравоохранения, не пошла по пути социального страхования при финансировании долгосрочного ухода; за услуги — прежде всего за услуги по социальной опеке — в этих странах взимаются сборы с пользователей (Royal Commission on Long-term Care 1999b: 171).

Австрия и Германия — страны, где здравоохранение основано на системе социального страхования, — недавно ввели новый порядок финансирования долгосрочного ухода; во Франции и Нидерландах этот порядок действует уже достаточно давно. В Великобритании, где действует Государственная служба здравоохранения, была разработана система проверок на нуждаемость для домов престарелых; эта система призвана заменить систему долгосрочного ухода, исключенную из здравоохранения. Разделение систем здравоохранения и долгосрочного ухода чревато как общественным недовольством, так и трудностями при распределении услуг: исключение той или иной услуги из универсальной системы здравоохранения едва ли может стать популярной мерой.

Отношение общественности к различным альтернативам и связанные с этим политические проблемы

Исследование, проведенное Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР 1996), посвящено анализу того, как старение населения может повлиять на ряд аспектов экономической и политической жизни индустриальных стран, включая долгосрочный уход. По данным этого исследования, затраты на долгосрочный уход в большинстве стран довольно скромны и составляют менее 2% ВВП. Хотя потребность в долгосрочном уходе или спрос на него могут из-за демографичес-

Таблица 10.2. Процент респондентов в 12 странах Европейского союза, согласных с утверждением: «Долг работающей части населения — обеспечить старикам достойный уровень жизни, выплачивая взносы и налоги» (опрос проводился в 1992 г.)

Страна	Полностью согласны	Частично согласны	Не согласны	Не знают
Бельгия	32,5	42,7	17,9	6,9
Дания	60,1	29,8	8,3	1,8
Франция	25,9	51,2	17,6	5,3
Германия	30,4	48,4	15,0	6,2
Греция	39,4	35,0	12,5	13,1
Ирландия	40,7	40,9	7,5	10,9
Италия	38,4	40,1	9,6	11,1
Люксембург	34,2	44,8	14,0	7,0
Нидерланды	42,4	38,2	13,8	5,6
Португалия	41,2	32,3	17,8	8,7
Испания	45,7	38,1	7,2	9,1
Великобритания	45,9	37,2	9,3	7,5

Источник: Walker (1996).

ких изменений возрасти на 50% или даже больше, это поднимет уровень затрат всего лишь на 1% ВВП. Вывод исследования гласит: «Большинство систем здравоохранения сумеет справиться с этим ростом при условии тщательного и умелого планирования, а также при условии, что бремя затрат будет распределено между работающей частью населения и пожилыми людьми». Этот вывод согласуется с выводом британской Королевской комиссии по долгосрочному уходу (Royal Commission on Long-term Care 1999a) о том, что кризис доступности маловероятен. Однако возникает вопрос о политической осуществимости подобного распределения затрат. Какие из критериев, обрисованных в настоящей главе, больше подходят для практической реализации данного принципа?

«Евробарометр» (Eurobarometer) анализирует отношение европейской общественности к пожилым людям и старикам, чтобы на основе полученных результатов можно было разрабатывать адекватные политические меры, в том числе по поддержанию достойного уровня жизни и финансированию долгосрочного ухода (Walker 1993). В 1992 г. представительной выборке людей из всех стран Европейского союза был задан вопрос о том, насколько они согласны с тем, что долг работающей части населения — обеспечить старикам достойный уровень жизни, выплачивая взносы и налоги. Результаты опроса, приведенные в таблице 10.2, свидетельствуют о высоком уровне солидарности среди граждан Европейского союза и указывают на то, что «общественный договор находится в хорошем состоянии» (Walker 1993: 3).

Общественный договор — это социально-политический контракт, основанный на переводе средств от одного поколения к другому путем налогообложения и затрат на общественные нужды. «В связи со старением населения в конце XX века возникли вопросы об основных элементах этого контракта — государственных пенсиях и, в меньшей степени, о предоставлении медицинских услуг и социальной опеки» (Walker 1993: 10). Высказывались аргументы в пользу соблюдения «межпоколенческой» справедливости, то есть выравнивания взносов и льгот для разных

Таблица 10.3. Взгляды респондентов из 12 стран Европейского союза на оптимальный способ организации долгосрочного ухода (в процентах к общему числу опрошенных; опрос проводился в 1992 г.)

Страна	Обязательное государственное страхование	Обязательное частное страхование	Добровольное государственное страхование	Добровольное частное страхование	Государственное предоставление услуг, финансируемых из налоговых поступлений	Не знают
Бельгия	45,7	10,4	8,2	8,2	17,7	9,9
Дания	17,9	6,0	4,9	5,1	60,3	5,2
Франция	41,3	7,9	7,1	2,6	32,1	9,0
Германия	48,3	6,6	10,4	5,4	20,6	8,7
Греция	32,2	4,0	8,4	3,6	31,1	20,6
Ирландия	19,3	5,7	4,9	4,0	44,0	22,0
Италия	34,9	7,2	5,1	3,0	34,7	15,2
Люксембург	50,1	7,3	8,4	3,0	18,1	13,2
Нидерланды	40,1	9,9	7,9	5,2	27,2	9,7
Португалия	31,3	6,4	7,1	5,0	48,0	2,0
Испания	38,2	2,6	5,7	2,2	29,6	21,7
Великобритания	17,7	3,8	8,0	5,0	56,7	9,0

Источник: Walker (1993).

поколений. Согласно одному из высказанных суждений, если политика стран Организации экономического сотрудничества и развития не изменится, «дети нынешних стариков будут вынуждены платить заоблачно высокие налоги» (Kotlikoff and Leibfritz 1999); социальное обеспечение для нынешних и будущих пенсионеров должно быть урезано, а права доступа к здравоохранению и социальной опеке — ограничены.

Вторая проблема, затрагиваемая в обзоре «Евробарометра», — поиск оптимальных форм долгосрочного ухода (табл. 10.3). Людей просили выбрать из нескольких возможных вариантов тот, который они считают самым подходящим для финансирования долгосрочного ухода. В итоге выяснилось, что «противодействие использованию частного сектора в данной области является неожиданно сильным. Выше семи из каждых десяти опрошенных предпочли обязательное государственное страхование или государственные услуги, финансируемые из налоговых поступлений. Если исключить тех, кто затруднился с ответом, доля сторонников этих методов составила почти 80%. Граждане Европы высказываются отчетливо: государственный сектор должен либо организовать финансирование долгосрочного ухода, либо не только финансировать, но и предоставлять услуги по долгосрочному уходу» (Walker 1993: 31).

Эти показатели согласуются с приведенными выше аналитическими данными. Пулинг рисков путем страхования — более эффективный способ финансирования долгосрочного ухода, чем опора на личные сбережения. Это также эффективный способ перераспределения средств с пользой для тех, кто больше нуждается в уходе. Однако ввиду вероятных трудностей, связанных с добровольной покупкой частного страхования (имеются в виду прежде всего рыночные трудности, а также проблемы с доступностью и, возможно, социальной справедливостью), значимость государственного сектора неизбежно останется весьма высокой. Роль государства может ограничиваться поддержкой распространения частного страхования или обеспечением гарантий для тех, кто не может позволить себе покупку услуг частных страховщиков; с другой стороны, государство может полностью взять на себя предоставление услуг, финансируя их из общего налогообложения или путем целевых взносов в схему социального страхования.

Сноски

¹ Взгляды авторов этой главы могут не отражать мнения британского Министерства здравоохранения, просвещения и социального обеспечения.

Литература

- Barr, N. (1998) *Economics of the Welfare State*, 3rd edn. Oxford and Palo Alto, CA: Oxford University Press and Stanford University Press.
- Bebbington, A., Brown, P., Darton, R. and Netten, A. (1997) *The Lifetime Risk of Entering Residential or Nursing Home Care for Elderly People*, Discussion Paper 1230/2. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent.
- Beck, B. (1996) The economics of ageing, *The Economist*, 27 January, pp. 3-16.

272 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Burchardt, T. (1997) *What Price Security? Assessing Private Insurance for Long-term Care, Income Replacement during Incapacity, and Unemployment for Mortgagees*, Welfare State Discussion Paper WSP/129. London: London School of Economics and Political Science.

Culyer, A.J. (1980) *The Political Economy of Social Policy*. Oxford: Martin Robertson.

Department of Health (1998) *Modernising Social Services*, Cm 4169. London: The Stationery Office.

Department of Health and Department of Social Security (1989) *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, Cm 849. London: HMSO.

Department of Social Security (1998) *New Ambitions for Our Country: A New Contract for Welfare*, Cm 3805. London: The Stationery Office.

Dilnot, A., Disney, R., Johnson, P. and Whitehouse, E. (1994) *Pensions Policy in the UK: An Economic Analysis*. London: Institute for Fiscal Studies.

Evers, A. and Svetlik, I. (eds) (1994) *Balancing Pluralism: New Welfare Mixes in Care for the Elderly*. Aldershot: Avebury.

Glennister, H. (1996) *Caring for the Very Old: Public and Private Solutions*, Welfare State Discussion Paper WSP/126. London: London School of Economics and Political Science.

Glennister, H. (1997) *Paying for Welfare: Toward 2000*. Hemel Hempstead: Prentice-Hall.

Hills, J., Gardiner, K. and the LSE Welfare State Programme (1997) *The Future of Welfare: A Guide to the Debate*, revised edn. York: Joseph Rowntree Foundation.

House of Commons Health Committee (1996) *Long-Term Care: Future Provision and Funding*, session 1995-96, third report. London: House of Commons.

Joseph Rowntree Foundation (1996) *Meeting the Costs of Continuing Care: Report and Recommendations*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Kendig, H., Hashimoto, A. and Coppard, L. (1992) *Family Support for the Elderly: The International Experience*. Oxford: Oxford University Press.

Knapp, M.R.J. and Wistow, G. (1996) Social care markets in England: early post-reform experiences, *Social Service Review*, 70: 355-77.

Knapp, M.R.J., Forder, J.E. and Kendall, J. (2000) The growth of independent sector provision in the UK, in S. Harper (ed.) *The Family in an Ageing Society*. Oxford: Oxford University Press.

Kotlikoff, L.J. and Leibfritz, W. (1999) An international comparison of generational accounts, in A.J. Auerbach, L.J. Kotlikoff and W. Leibfritz (eds) *Generational Accounting around the World*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Kramer, R. (1981) *Voluntary Agencies in the Welfare State*. Berkeley, CA: University of California Press.

Laing, W. (1993) *Financing Long-Term Care: The Crucial Debate*. London: Age Concern England.

Le Grand, J., Propper, C. and Robinson, R. (1992) *The Economics of Social Problems*. Basingstoke: Macmillan.

Nuttall, S.R., Blackwood, R.J.L., Bussell, B.M.H. et al. (1994) Financing long-term care in Great Britain, *Journal of the Institute of Actuaries*, 121(part 1): 1-68.

OECD (1996) *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Richards, E., Wilsdon, T. and Lyons, S. (1996) *Paying for Long Term Care*. London: Institute for Public Policy Research.

Royal Commission on Long-term Care (1999a) *With Respect to Old Age*, Cm 4192. London: The Stationery Office.

Royal Commission on Long-term Care (1999b) Lessons from international experience, *The Context of Long-term Care Policy*, Research Vol. 1, Cm 4192-II/1. London: The Stationery Office.

Schmahl, W. and Rothgang, H. (1996) The long-term costs of public long-term care insurance in Germany: some guesstimates, in R. Eisen and F.A. Sloan (eds) *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*. Dordrecht: Kluwer Academic.

Walker, A. (1993) *Age and Attitudes: The Main Results from a Eurobarometer Survey*, Eurobarometer Surveys on Opinions and Attitudes of Europeans No. 69. Brussels: European Commission.

Walker, A. (1996) *The New Generational Contract — Intergenerational Relations, Old Age and Welfare*. London: University College London Press.

Wiener, J.M., Illston, L.H. and Hanley, R.J. (1994) *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*. Washington, DC: Brookings Institution.

Wittenberg, R., Pickard, L., Comas-Herrera, A., Davies, B. and Darton, R. (1998) *Demand for Long-term Care: Projections of Long-term Care Finance for Elderly People*. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent.

глава ОДИНАДЦАТАЯ

Стратегическое распределение средств и решения по финансированию

Найджел Райс и Питер К. Смит¹

Введение

В настоящей главе рассматриваются методы распределения национальных фондов здравоохранения среди страховщиков, ответственных за организацию здравоохранения в интересах своих абонентов. Этот процесс мы именуем стратегическим распределением средств. Вначале мы определяем понятие и описываем различные контексты, в которых может иметь место распределение средств. Затем обсуждаются подушевое финансирование (капитация) и корректировка рисков — «привилегированные» инструменты распределения средств во многих индустриальных государствах. Далее обсуждаются явные и неявные цели, связанные со схемами стратегического распределения средств, после чего обобщаются существующие методы установления бюджетов для здравоохранения. Наконец, анализируются факторы потребностей, используемые при подушевом финансировании, и вариации существующих методов. Наше обсуждение основывается главным образом на данных по относительно зрелым системам распределения средств, функционирующим в странах Западной Европы. Вместе с тем мы считаем, что приведенные здесь результаты имеют важное значение и для других стран, стремящихся реформировать свое здравоохранение.

Что такое стратегическое распределение средств при финансировании здравоохранения

Несмотря на огромное разнообразие существующих в Европе методов финансирования здравоохранения, основная проблема касается почти всех систем (Hoffmeyer and McCarthy 1994). Общество, часто в форме национального правительства, стремится передать ответственность за организацию здравоохранения некоему «плану», в функции которого может выступить местное правительство (как в странах Скандинавии), местный административный орган (как в Великобритании) или медицинский фонд (как в Бельгии, Германии, Нидерландах и Швейцарии). Как бы то ни было, эти «планы» — их часто именуют «покупателями» — занимаются организацией здравоохранения для определенной части населения (отбор может происходить по

географическому принципу или по роду занятий либо по добровольной записи) в течение определенного периода времени.

Хотя существуют самофинансируемые «планы» социального страхования (например, в Австрии), интегрированная (самодостаточная) модель финансирования и поставок действует в системах здравоохранения лишь очень немногих европейских стран. Вместо этого многие функции финансирования эффективно осуществляются на национальном уровне. Даже когда местные «планы» (в виде местных правительств или медицинских фондов) сохраняют за собой функцию инкассации премий, они обычно не имеют прямого доступа к фондам. Вместо этого создание пулов осуществляется на национальном (общегосударственном) уровне. Следовательно, возникает сложнейшая задача распределения национальных фондов здравоохранения по различным «планам» согласно принципам социальной справедливости и экономичности. Эту форму размещения бюджетных средств мы именуем «стратегическим распределением средств».

Различаются три метода финансирования «планов»:

- полная ретроспективная компенсация всех понесенных расходов;
- компенсация за любую деятельность, основанную на заданной модели использования сборов — например, на модели групп, объединенных согласно диагнозу;
- проспективное финансирование ожидаемых будущих расходов с использованием фиксированных бюджетов.

Эти три формы распределения средств предполагают постепенный перевод рисков от национального финансирующего органа к «плану» здравоохранения. При первом методе «план» не предусматривает финансового риска; при втором методе предусмотренный риск связан со стоимостью лечения, но не с числом больных; при третьем методе национальный финансирующий орган возлагает все финансовые риски на «план». Эти методы — лишь отдельные пункты в спектре финансирующих механизмов; помимо них возможны и многочисленные промежуточные решения. Первый и второй методы влекут за собой неясные обязательства по общему финансированию, тогда как третий метод предполагает наличие обязательного фиксированного общего бюджета.

Европейские системы здравоохранения стремятся отойти от первого метода и постепенно, через промежуточные формы распределения средств, приблизиться к третьему. В частности, «планы» местного административного уровня представляют собой важное звено по обеспечению контроля за расходами (Mossialos and Le Grand 1999). Для этой цели в большинстве западноевропейских систем здравоохранения необходимо проспективное установление глобальных бюджетов для каждого «плана». Намерение заключается в том, что «план» затем должен предоставить населению (или купить) требуемые медицинские услуги, рискуя только установленным бюджетом и тем самым обеспечивая контроль за расходами.

Если выбран механизм распределения средств, основанный на фиксированных бюджетах, проспективное распределение средств между «планами» может осуществляться четырьмя различными методами:

- согласно размеру предложений, поступающих от «планов»;
- по результатам политических переговоров;
- согласно историческому прецеденту;
- по результатам независимой оценки потребностей в медицинских услугах.

В большинстве систем здравоохранения первые три альтернативы подвергаются все более и более острой критике. Первый метод стимулирует переоценку по-

требностей и при отсутствии противоположно направленных стимулов к соблюдению умеренности чреват инфляцией предложений. Второй метод может предоставить удобные краткосрочные решения проблем распределения средств, однако он потенциально уязвим перед упреками в политическом протекционизме и неоднократно доказывал свою непригодность в долгосрочном плане. Третий метод был широко распространен (в частности, в виде статистической экстраполяции предыдущих издержек). Вместе с тем этот метод произволен и не способствует экономичности. Все три метода чреваты серьезными нарушениями принципов социальной справедливости, который имеет принципиально важное значение для большинства европейских систем здравоохранения.

Постепенно распространяются более научные подходы к установлению бюджетов, основанные на оценке потребностей в медицинских услугах. Прежде всего имеется в виду метод расчета на душу населения: на каждого абонента «плана» приходится вполне определенный вклад в бюджет (Newhouse 1998). Большинство рассмотренных здесь систем здравоохранения при распределении средств в большей или меньшей степени использует метод подушевого финансирования; относительно подробное описание этого инструмента будет дано в следующем разделе. Вместе с тем системы установления бюджетов на основе подушевого финансирования обычно действуют с оглядкой на исторические прецеденты и политические соглашения. Так, в Португалии введенная недавно схема подушевого финансирования существенно сдерживается опорой на исторические данные по расходованию средств (Ministerio da Saude 1998).

Четкие (эксплицитные) механизмы распределения средств (размещения бюджетов) могут быть заменены такими скрытыми (имплицитными) системами распределения средств, как обеспечение капитальной инфраструктуры или других скрытых субсидий; эти системы могут поощрять одни «планы» за счет других. Подобного рода имплицитные инструменты по определению трудно поддаются систематизации и к тому же существенно варьируют в различных системах. Тем не менее в некоторых контекстах они могут играть важную роль.

Перспективное размещение бюджетов — лишь первая стадия распределения средств. За ней почти непременно следует заключительная стадия — ретроспективная корректировка перспективного размещения на основе реального опыта расходования средств. Существует несколько способов справиться с этой проблемой:

- повторные переговоры о бюджете с центральным плательщиком (как произошло в Италии и Испании);
- сокращение или пополнение резервов «плана» (как во многих системах конкурентных страховых фондов);
- варьирование премий или местных налогов, выплачиваемых абонентами «плана» (как в Скандинавии и в некоторых конкурентных страховых системах);
- варьирование сборов с пользователей или доли больных в совместных платежах (как в Финляндии);
- варьирование пакетов льгот и пособий;
- отсрочивание или рacionamento медицинских услуг для населения (на подобный риск в той или иной степени идут в Норвегии, Швеции и Великобритании).

Все эти способы могут практиковаться в любой бюджетной системе; они особенно важны в тех случаях, когда «планы» невелики и, следовательно, подвержены воздействию случайных колебаний спроса. Они указывают на существование серъ-

езных различий между системами в аспекте бюджетных ограничений, а также на то, что вполне научные методы, используемые в проспективных схемах размещения бюджетных средств (в том числе метод подушевого финансирования), могут в той или иной мере «корректироваться» под влиянием многих других методов размещения средств — как проспективных, так и ретроспективных. В итоге степень реального влияния объективной научной оценки потребностей на размер средств, поступающих в распоряжение «планов», оказывается неодинаковой в разных системах.

Что такое подушевое финансирование

Подушевое финансирование (капитация) — это такой метод распределения средств, когда фонды, предназначенные для покрытия расходов на определенные услуги в течение определенного периода времени, «привязываются» к каждому отдельно взятому абоненту «плана». Иначе говоря, при подушевом финансировании на каждого абонента назначается определенная «цена». Потребности людей в медицинской помощи весьма существенно различаются в зависимости от возраста, заболеваемости и социальных обстоятельств. Поэтому значительные усилия тратятся на так называемую корректировку рисков: непредвзятую оценку ожидаемых расходов на каждого абонента «плана» с учетом его персональных характеристик. Если общий бюджет устанавливается на чрезмерно низком уровне, сумма, приходящаяся на каждого абонента, меньше суммы ожидаемых расходов. Тем не менее и в этом случае подушевое финансирование, скорректированное с учетом рисков, должно отражать относительную потребность людей в медицинской помощи и связанную с этим структуру общих расходов.

В настоящей главе мы рассмотрим метод подушевого финансирования в применении к стратегическому распределению средств. Мы полагаем, что такой метод расчета необходим для компенсации «планов» по ожидаемым расходам их абонентов. Подушевое финансирование может быть использовано и для других целей — например для начисления компенсаций за услуги врачей первичной помощи. Здесь подобные моменты не учитываются.

Хотя сумма может быть формально ассигнована отдельно взятому индивиду, по плану не предполагается, что на каждого индивида будет истрачено именно данное количество денег. Например, в Англии ежегодная сумма, ассигнованная лицу в возрасте от 45 до 64 лет, составляет 550 фунтов; вместе с тем было бы нелепо предполагать, что на медицинские нужды каждого такого лица в течение года будет истрачена именно эта сумма. Сумма, начисленная методом подушевого финансирования, отражает ожидаемый уровень расходов, который сам по себе может варьировать в широких пределах. В этих условиях «план», как ожидается, должен справиться по меньшей мере с частью рисков, связанных со спросом на услуги, за которые этот «план» несет ответственность. «План» не обязан истратить все предусмотренные для него финансы. Так, местные правительства, непосредственно ответственные за предоставление медицинских услуг, могут менять установленные центральным правительством уровни финансирования, варьируя размер местных налогов (Ratto 1998), а конкурентные медицинские фонды могут финансировать различия в расходах, варьируя размер назначаемых ими страховых премий по сравнению с предполагаемым уровнем (McCarthy *et al.* 1995).

Подушевое финансирование может быть элементарным — как, например, в Испании, где каждому гражданину, независимо от обстоятельств, причитается одна и та же сумма (Consejo de Política Fiscal y Financiera 1998). Эта элементарная форма может совершенствоваться с использованием более или менее утонченных механизмов корректировки рисков. Так, во многих схемах корректировки рисков, используемых в системах социального страхования (как в Германии и Швейцарии), подушевое финансирование основывается на простых демографических данных: различаются несколько категорий людей в зависимости от пола и возраста. Возраст и пол могут быть важными определяющими факторами варьирования расходов, однако существуют и многочисленные другие показатели, влияющие на корректировку рисков. Учет слишком многих факторов чреват ограничениями, связанными с недостатком данных (см. ниже).

Подушевое финансирование должно охватывать только те услуги, которые включены в план оказания медицинской помощи. В большинстве западноевропейских стран спектр таких услуг очень широк. Вместе с тем при некоторых обстоятельствах подушевое финансирование может быть ограничено (или «реструктурировано») для некоторых секторов — таких, как психиатрия (Ettner *et al.* 2000). В Великобритании, где функционирует крупный частный сектор здравоохранения, подушевое финансирование для Государственной службы здравоохранения должно отражать ожидаемый уровень использования услуг данной службы, без учета услуг частного сектора. В подобных обстоятельствах полезным индикатором для корректировки рисков может быть наличие или отсутствие у гражданина частной страховки.

Было опубликовано несколько обзоров международной практики подушевого финансирования (McCarthy *et al.* 1995; Hutchison *et al.* 1999; Oliver 1999; van de Ven and Ellis 2000). Настоящая глава основана на обзоре документальных данных и на личных контактах. Пока она писалась, в нескольких странах были предложены или внедрены политические преобразования; по мере возможности мы их учитывали. Подробные данные по некоторым странам фигурируют в других работах (см., например, Rice and Smith 1999). Недавний международный опыт отражен в специальных выпусках журналов *Inquiry* (Swartz 1998) и *Health Care Management Science* (Rice and Smith 2000).

Какую цель преследуют методы распределения средств

Здесь мы рассмотрим методы распределения средств, используемые в Западной Европе. В таблице 11.1 обобщены данные по 20 странам и указаны 4 типа систем финансирования здравоохранения, включающих схему распределения средств: конкурентные рынки страхования, страхование под контролем нанимателей, децентрализованный государственный сектор и централизованный государственный сектор. Схемы государственного сектора предполагают, что «планы» здравоохранения строятся на географической основе. Категории носят достаточно гибкий характер. Так, бельгийская система во многих отношениях далеко не конкурентна, современная немецкая система сохраняет черты прежней системы, основанной на контроле со стороны нанимателя, а в испанской системе присутствуют как элементы децентрализации, так и элементы централизации. Так или иначе, категории указывают на разнообразие контекстов, внутри которых принята практика подушевого финансирования. Подробности об институциональных финансовых мерах можно найти в ра-

Таблица 11.1. Двадцать схем распределения средств, функционирующих в Западной Европе (по категориям)

Конкурентные «планы» страхования	«Планы» страхования, находящиеся под контролем нанимателей	Государственный сектор: децентрализованный	Государственный сектор: централизованный
Бельгия	Австрия	Дания	Ирландия
Германия	Франция	Финляндия	Португалия
Нидерланды	Греция	Италия	Испания
Швейцария	Люксембург	Норвегия	Великобритания
		Швеция	(Англия, Северная Ирландия, Шотландия и Уэльс)

боте: Hoffmeyer and McCarthy 1994. Четыре страны, входящие в состав Великобритании, используют несколько различные системы и поэтому рассматриваются по отдельности.

Смысл существования большинства систем распределения средств заключается в сдерживании расходов. Если бы уровень расходов на здравоохранение не представлял особой проблемы, интерес к установлению проспективных бюджетов, по всей вероятности, сошел бы на нет ввиду отсутствия серьезных стимулов к отказу от сравнительно элементарного (и весьма неэффективного) подхода к финансированию по принципу гонорара за услуги. Однако поскольку контроль за расходами является всеобщей проблемой (и, следовательно, установление проспективных бюджетов является необходимостью), возникает следующий вопрос: почему метод подушевого финансирования становится все более и более популярным, вытесняя другие описанные выше методы установления бюджетов? Одно из двух объяснений имеет отношение к социальной справедливости, другое — к эффективности.

Методы подушевого финансирования и корректировки рисков имеют отношение к социальной справедливости, поскольку отражают необходимость обеспечить гражданам равный доступ к услугам здравоохранения (при наличии одинаковых потребностей в помощи) за одинаковую плату в форме премий или налогов (при наличии соизмеримых доходов или состояний). Стремление к социальной справедливости играет центральную роль в обеспечении широкой общественной поддержки таким системам здравоохранения, которые финансируются из налоговых поступлений; поэтому методы распределения средств, обосновываемые соображениями социальной справедливости, особенно распространены в системах здравоохранения, управляемых государством в централизованном порядке. Так, цель действующего в Италии механизма распределения средств по регионам формулируется как «преодоление территориального неравенства в том, что касается социальных условий и здоровья населения» (Mapelli 1998), а формула распределения средств, используемая в Англии, предназначена для «обеспечения равных возможностей доступа к услугам для лиц с одинаковым уровнем рисков» (NHS Executive 1997).

Таким образом, речь идет об обеспечении социальной справедливости как в аспекте здоровья населения, так и в аспекте доступа к услугам. Первая из этих задач

носит отчасти «риторический» характер; практические попытки по ее решению (то есть по соответствующей корректировке расчетов) предпринимались редко. Тем не менее в Англии обдумывался радикально новый критерий «содействия снижению неравенства в здравоохранении». Пока неясно, насколько этот критерий может быть реализован на практике. Задача обеспечения равного доступа к услугам здравоохранения всем, кто в равной степени в них нуждается — иначе говоря, задача обеспечения социальной справедливости, — явно или неявно предполагается почти всеми схемами.

Несколько иной подход к социальной справедливости характерен для децентрализованных государственных систем стран Скандинавии, где за организацию большей части здравоохранения отвечают местные правительства. Здесь центральное правительство поддерживает здравоохранение с помощью дотаций, основная цель которых — сделать так, чтобы местные власти могли обеспечить некоторый «стандартный» уровень медицинской помощи, взимая местный налог по «стандартной» ставке (Rattso 1998). В данном случае задача обеспечения социальной справедливости при доступе к услугам выглядит так же, как и в случае схем, централизованно контролируемых государством. Так, система государственных субсидий Финляндии ставит своей целью «обеспечение равных возможностей доступа при равных потребностях» (Ministry of Social Affairs and Health 1996). Однако местные власти могут пользоваться определенной свободой при определении уровня предоставляемой ими медицинской помощи, размеров взимаемых ими местных доходов и размеров доли пользователей во взимаемых ими совместных платежах. Такие схемы рассчитаны на то, чтобы обеспечить социальную справедливость на основе равенства возможностей как с точки зрения доступа к здравоохранению, так и с точки зрения уровня платежей (в виде местных налогов и сборов). Задача обеспечения социальной справедливости с точки зрения уровня платежей предусмотрена также некоторыми схемами социального страхования в Северной Европе. Например, основная цель схемы корректировки рисков, используемой в Германии, заключается в сокращении различий между страховыми премиями различных «планов» (Files and Murray 1995). Судя по всему, к сходной цели стремится не столь четко сформулированная схема корректировки рисков, действующая во Франции, где гражданин имеет ограниченные возможности выбора между различными «планами» (Hoffmeyer and McCarthy 1994).

Задача эффективности предусмотрена большинством перспективных бюджетных схем: все такие схемы «вписаны» в систему распределения бюджетных средств, которая стремится сделать покупателей и поставщиков более чувствительными к вопросам стоимости и экономичности. Вместе с тем следует заметить, что соображения эффективности более отчетливо дают о себе знать при распределении средств в условиях систем здравоохранения с конкурирующими страховщиками, характерных для Бельгии, Германии, Нидерландов, Швейцарии (van de Ven and Ellis 2000). Такие системы, как правило, предъявляют «планам» законодательно оформленное требование устанавливать премии независимо от состояния здоровья абонента или от числа лиц, находящихся у него на иждивении. Если размер премий связан с размером доходов (как в Германии и Нидерландах), «планы» могут — при условии отсутствия ограничивающих правил — оказывать предпочтение абонентам с высокими доходами и абонентам с небольшим числом иждивенцев.

Если не ввести соответствующих корректив, подобная ситуация будет стимулировать конкурентные «планы» к «снятию сливок», то есть к отбору здоровых, молодых, богатых граждан с небольшим числом иждивенцев. «Планы» будут тща-

тельно проверять потенциальных абонентов на предмет соотношения между их ежегодными затратами и доходом схемы из расчета на одного среднестатистического абонента; заявки будут отклоняться, если затраты окажутся выше доходов. Даже при условии обязательного «открытого приема» (то есть обязательного приема всех претендентов) возможна такая ситуация, когда «план» препятствует доступу претендентов с высоким уровнем рисков или побуждает абонентов с высоким уровнем рисков выйти из «плана» (Newhouse 1994). Подобное «снятие сливок» чревато ростом неравенства в размерах премий и уровнях доходов между «планами», практикующими и не практикующими «снятие сливок». В крайних случаях некоторые люди оказываются не в состоянии найти себе страховщика.

Многие системы «управляемой конкуренции» между «планами» здравоохранения жестко регулируются и на практике предоставляют «планам» очень незначительные возможности для повышения эффективности поставщиков, чье вознаграждение продолжает зависеть от интенсивности их деятельности (Brown and Amelung 1999; Schokkaert and van de Voorde 2000). Отсутствие рычагов, воздействующих на эффективность работы поставщиков, еще сильнее стимулирует «планы» либо к социально нецелесообразному «снятию сливок», либо к неэффективной экономии на качестве; в итоге предоставляемая больным медицинская помощь оказывается на уровне более низком, чем тот, который является социально желательным. В подобных обстоятельствах цель подушевого финансирования и корректировки рисков заключается в уменьшении степени неэффективности. Однако здесь мы не сосредоточиваемся непосредственно на стимулах, которые возникают в условиях конкурентного рынка медицинского страхования; тем самым мы пренебрегаем многими интересными вопросами, связанными с потенциальной эффективностью такого рынка (Giacomini *et al.* 1995; McCarthy *et al.* 1995; Newhouse 1996; van Barneveld *et al.* 1996; Emery *et al.* 1997; Hutchison *et al.* 1999; Oliver 1999; van de Ven and Ellis 2000).

Приведенные выше аргументы, относящиеся к социальной справедливости и к эффективности, побуждают политиков выбрать такой метод распределения средств, при котором во главу угла ставится подушевое финансирование, скорректированное с учетом рисков. В принципе подушевое финансирование нужно для того, чтобы обеспечить справедливое и эффективное (с точки зрения общественных интересов) распределение ресурсов, количество которых всегда ограничено. Цель подушевого финансирования, скорректированного с учетом рисков, — сделать так, чтобы все «планы» получили одинаковый уровень финансирования для людей с одинаковым уровнем потребностей в медицинских услугах, независимо от таких внешних обстоятельств, как место жительства и уровень доходов.

Как средства могут быть распределены проспективно

Утвердив принцип распределения финансирования на основе проспективных бюджетов, политики должны найти ответ на вопрос о том, каким образом можно получить эти бюджеты. Прежде всего надо решить, сколько государственных денег должно быть вложено в услуги. Политические решения такого рода не относятся к предметам, обсуждаемым в настоящей главе. Подушевое финансирование стало господствующим методом установления бюджетов для отдельных «планов». Исторические прецеденты и, в меньшей степени, политические соглашения влияют на установление бюджетов во многих системах, однако их роль, как правило, заключается лишь

в ограничении диапазона колебаний, без которых подушевое финансирование в чистом виде невозможно. Здесь мы сосредоточимся только на использовании методов, основанных на подушевом финансировании.

При определении суммы, приходящейся на отдельно взятого индивида, следует иметь в виду так называемые факторы потребностей — иначе говоря, факторы, явным образом влияющие на предрасположенность индивида к использованию медицинских услуг того или иного вида. Возникает важный вопрос: кто должен решать, что есть «потребность» в применении к той или иной медицинской услуге. Решения такого рода могут основываться главным образом на здравом смысле. Однако основным критерием для определения того, может ли предполагаемый «фактор потребностей» использоваться в качестве основы для корректировки рисков, служит наличие статистически убедительных данных о влиянии данного фактора на картину распределения средств между «планами». Иначе говоря, для выведения факторов потребностей используется реальная картина траты денег в секторе здравоохранения.

При моделировании существующих детерминантов (определяющих факторов) использования медицинских услуг нетрудно упустить из виду некоторые аспекты неудовлетворенных потребностей. Имеются в виду случаи, когда отдельные группы населения — этнические меньшинства, сельские жители или больные в особых обстоятельствах — не получают услуг, на которые имеют право, или получают их несоразмерно мало по сравнению с остальным населением. В подобных случаях использование эмпирической картины затрат для выведения факторов потребностей оказывается проблематичным: ведь неравенство непременно будет запечатлено в полученных моделях. На противоположном конце спектра неудовлетворенных потребностей находится возможность «спроса, индуцированного предложением»: речь идет о повышенной интенсивности использования услуг теми группами, которые имеют особенно легкий доступ к здравоохранению. Неудовлетворенные потребности и спрос, индуцированный предложением, являются предметом постоянной заботы, особенно в Англии, где самые популярные эконометрические методы были разработаны специально для минимизации влияния факторов предложения на подушевое финансирование (Carr-Hill *et al.* 1994). Недавние предложения для Шотландии (Scottish Executive Health Department 1999) — альтернатива, основанная на сходной методологии.

Вопрос о включении фактора потребностей в схему подушевого финансирования решается исходя из политического контекста. Это соображение особенно важно в применении к расходам поставщиков. В Англии традиционно предполагается, что «планы» здравоохранения не способны контролировать общий исходный уровень цен, который определяется местными экономическими факторами; соответственно нужна корректировка с учетом местных условий, в том числе данных о зарплатах и ценах на землю. Вместе с тем цены сектора здравоохранения, как правило, не используются в качестве основы для корректировки подушевого финансирования, поскольку эти цены подвержены политическому влиянию местных «планов» здравоохранения. В схеме корректировки рисков, принятой в Нидерландах, используются пять категорий «урбанизации»; в соответствии с этой системой сумма подушевого финансирования за специализированные медицинские услуги может варьировать в пределах, скажем, от -11% (для сельской местности) до +18% (для высшей городской категории) (Ziekenfondsraad 1999). Никто не пытался определить, не вызваны ли некоторые из отмеченных колебаний в расходах колебаниями в размере поставок. Судя по всему, «планы» здравоохранения не способны

контролировать такие колебания в расходах и поэтому должны соответствующим образом компенсироваться. Проблемы подобного рода дискутируются на конкурентных рынках здравоохранения (в том числе в Бельгии, Германии и Нидерландах), где предметом особого внимания является контроль «планов» за предложением местных врачей и ценами поставщиков (van de Ven *et al.* 1994; DULBEA/KUL 1997).

Желательно также избегать использования таких факторов потребностей, которыми могут манипулировать агентства-получатели или которые могут создавать ложные стимулы. Так, согласно ряду исследований, история использования больничных услуг позволяет довольно точно предугадать нынешний уровень использования услуг (van Vliet and van de Ven 1993; Andersson *et al.* 2000). Вместе с тем исторически сложившийся уровень использования услуг часто является ненадежным фактором подушевого финансирования, поскольку им легко могут манипулировать поставщики; этот фактор может стимулировать поставщиков к предоставлению большего количества услуг, чем это необходимо, к искажению данных о диагнозах или к другим действиям, направленным на всемерное повышение сумм, исчисляемых методом подушевого финансирования. В крайнем случае, когда прошлый уровень расходов используется как основа для расчета будущих расходов, система финансирования может вернуться к устарелому и неэффективному принципу полной ретроспективной компенсации.

Отбор факторов, которые должны учитываться при подушечном финансировании, затруднителен в силу по меньшей мере шести причин.

- Необходимые данные часто отсутствуют или недостаточны.
- Научные исследования о факторах потребностей малочисленны, устарели или допускают различные толкования.
- Установление взаимной независимости различных факторов потребностей связано с очень большими трудностями.
- Отделение законной потребности в медицинских услугах от политических влияний или влияний со стороны предложения связано с очень большими трудностями.
- Эмпирическое отождествление расходов на здравоохранение, связанных с тем или иным проверенным фактором потребностей, часто связано с трудностями.
- Местные власти, которым направляется децентрализованное бюджетное финансирование, часто полагают, что им точно известно, какие именно факторы потребностей будут способствовать успеху их «плана», и поэтому стремятся оказать политическое влияние на отбор факторов.

После того как факторы потребностей установлены — не важно каким образом, — им должны быть приданы «весовые категории», отражающие их относительное влияние на потребность в расходовании средств. При корректировке рисков используются два основных подхода к подушечному финансированию: матричный подход, основанный на индивидуальных данных, и индексный подход, основанный на агрегированных (совокупных) данных. При матричном подходе одно или несколько измерений (возраст, пол, этническое происхождение или статус нетрудоспособности) применяются для создания решетки распределяемых сумм, в которой каждая ячейка отражает ожидаемые годовые медицинские расходы лица с соответствующими характеристиками. Матрица может включать, к примеру, восемь категорий возраста, две категории пола, три категории статуса занятости и две ка-

тегории статуса нетрудоспособности; число ячеек в такой матрице равно $8 \times 2 \times 3 \times 2 = 96$, и для каждой ячейки должна быть рассчитана своя сумма.

Некоторые схемы используют матричный подход, основанный только на возрасте (Франция) или на возрасте и поле (Германия и Швейцария) (Files and Murray 1995; Beck 1998; Haut Comite de la Sante Publique 1999). На другом полюсе — высоко развитый матричный подход, принятый в Стокгольмском округе и предложенный для применения в общегосударственном масштабе (Diderichsen *et al.* 1997; Andersson *et al.* 2000). Помимо обычных возраста и пола, в эту матрицу включены такие переменные, как семейное положение, владение недвижимостью и статус занятости, а также предыдущие случаи обращения за медицинской помощью. Подобное стало возможно благодаря планомерному и всестороннему учету социальных условий жизни всех резидентов Швеции и случаев использования медицинской помощи резидентами Швеции. Матричный подход обычно предполагает наличие обширной базы данных об отдельных индивидах; такая база данных должна отражать характеристики этих индивидов с точки зрения всех существенных факторов потребностей. Обычный метод — оценка с использованием регрессивных техник, при которой каждая ячейка в действительности представлена некоей фиктивной переменной. В связи с задачей распределения средств матричный метод предполагает всеобщий и надежный учет индивидуальных данных различными «планами» здравоохранения.

Установление точной цифры для каждой ячейки матрицы не всегда необходимо; пользуясь статистическими методами или основываясь на здравом смысле, можно сократить число используемых в матрице ячеек. Так, в Нидерландах в качестве основы для подушевого финансирования используются данные о возрасте (19 категорий), поле (2), урбанизации (5) и статусе занятости и нетрудоспособности (5); итоговая матрица должна состоять из $19 \times 2 \times 5 \times 5 = 950$ ячеек. Однако на практике проблема сводится к установлению рудиментарной матрицы с учетом возраста и пола ($19 \times 2 = 38$ ячеек). Предполагается, что урбанизация и статус занятости и нетрудоспособности оказывают свое влияние независимо от возраста и пола. Для упрощения проблемы предполагается, что один и тот же фактор «урбанизации» относится ко всем жителям сельской местности независимо от их возраста и пола. Это значит, что вдобавок к 38 ячейкам, соответствующим полу и возрасту, нужно определить только 5 факторов урбанизации и 5 факторов занятости и нетрудоспособности (Ziekenfondsraad 1999). Иначе говоря, проблема регрессии сводится к проблеме оценки $38 + 5 + 5 = 48$ параметров (а не 950). Альтернативный способ упрощения матрицы заключается в объединении смежных ячеек, которые либо разрежены, либо мало отличаются друг от друга. В Стокгольмском округе используется именно этот способ (Diderichsen *et al.* 1997; Andersson *et al.* 2000).

Ввиду неизбежной ограниченности индивидуальных данных многие схемы корректировки рисков используют преимущественно агрегированные (совокупные) данные, относящиеся к «плану» в целом. При индексном подходе агрегированные оценки характеристик той части населения, которая охвачена «планом», объединяются, чтобы образовать индекс, указывающий на совокупный объем потребностей. Примером может служить принятая в Бельгии схема корректировки рисков, использующая серию индексов, основанных на таких факторах, как демография, смертность, плотность населения, доля безработных, доля нетрудоспособных и качество жилья (DULBEA/KUL 1997; Schokkaert and van de Voorde 2000). Использование индексного подхода делает возможным значительное увеличение количества данных, которые можно использовать в качестве основы для подушевого

финансирования. В частности, там, где «планы» строятся по географическому принципу, расходы рассчитываются на основе агрегированных данных переписи населения.

Когда суммы подушевого финансирования рассчитываются на основе подобных агрегированных данных, возникает новая проблема, принимающая форму «экологического обмана» (англ. ecological fallacy, см. Selvin 1958). Речь идет об установлении связи между предполагаемым фактором потребностей и размерами затрат на агрегированном уровне, который не соответствует индивидуальному уровню (важнейшему для любого подушевого финансирования). Агрегированные (совокупные) данные о затратах могут отражать как индивидуальные потребности (приемлемые факторы), так и влияние со стороны предложения (неприемлемые факторы); разделение факторов первого и второго рода на основании одних только агрегированных данных методологически крайне затруднительно. Большинство аналитиков, судя по всему, отдает себе отчет в существовании этой проблемы, однако их часто сдерживает недостаток данных. Подход к определению факторов потребностей, принятый в Англии (расчеты ведутся по небольшим территориальным участкам с населением около 10 000 человек), представляется технически самым продвинутым в данном отношении; он испытывался (хотя и не обязательно был внедрен) в Финляндии, Северной Ирландии, Шотландии и Испании (Carr-Hill *et al.* 1994; Hakkinen *et al.* 1996; Department of Health and Social Services 1997; Rico 1997; Scottish Executive Health Department 1999).

В некоторых схемах использован смешанный подход. Предварительный расчет основан на рудиментарной матрице (например, основанной на возрасте и поле). Затем матрица регулируется с помощью индекса, специфичного для каждого «плана». Этот метод используется в Англии, Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсе, где рудиментарное подушевое финансирование осуществляется на основе возраста (и иногда пола); дополнительная корректировка производится с применением индекса совокупных характеристик местного населения (Department of Health and Social Services 1997; NHS Executive 1997; Welsh Office 1998; Scottish Executive Health Department 1999). Данный метод используется также в Финляндии (Ministry of Social Affairs and Health 1996) и Италии (Mapelli 1998).

Имея в виду присущую большинству систем ограниченность данных, персональные (или имеющие отношение к «плану» в целом) факторы, на которых следует основывать любую корректировку рисков, должны в принципе включать только такие характеристики, которые повсеместно фиксируются и являются непротиворечивыми, поддающимися проверке, свободными от влияния ложных стимулов, не поддающимися манипулированию и отвечающими требованиям конфиденциальности. На практике это серьезно ограничивает возможности отбора переменных. Кроме того, суммы, распределяемые методом подушевого финансирования, должны регулярно корректироваться, отражая прогресс технологии здравоохранения и динамику общественных предпочтений. Однако во многих системах это условие считается необязательным (или технически недостижимым).

Итак, подушевое финансирование, будучи основано на эмпирических данных, может сопровождаться сложными статистическими и эконометрическими выкладками. Используемые методы должны быть настолько гибкими, чтобы с их помощью можно было преодолеть ограниченность данных, провести грань между приемлемыми и неприемлемыми факторами, влияющими на интенсивность использования услуг, и получить статистически надежные результаты, легко преобразуемые в практическую и действенную формулу подушевого финансирования. Исполь-

зование индексного подхода может создать дополнительную проблему «экологического обмана». Хотя значимость этих методологических проблем очевидна, серьезных попыток решить их почти не было; большинство методов, используемых в настоящее время, основано на вполне рудиментарном статистическом подходе.

Полученные данные

В настоящем разделе мы обобщаем данные, полученные при анализе 20 схем распределения средств. В таблице 11.2 приведены сведения о схемах, «планах», факторах потребностей, используемых на индивидуальном уровне и устанавливаемых для агрегированного уровня, и обо всех остальных существенных особенностях схем.

Элемент подушевого финансирования отсутствует только в схемах, действующих в Австрии, Греции, Ирландии и Люксембурге. В Австрии каждый гражданин приписан к «плану», созданному для того или иного сектора занятости. Каждый «план» должен быть самофинансируемым; поэтому уровни премий варьируют в зависимости от структуры рисков застрахованных. В Греции страхование также основано на занятости и частично субсидируется национальным правительством, что, очевидно, обусловлено национальной традицией и политической установкой (Mossialos 1999). Ирландия необычна в том смысле, что ее базовая система здравоохранения финансируется из налоговых поступлений, которые дополняются весьма развитым сектором частного страхования (Kennedy 1996). Это осложняет использование подушевого финансирования в государственном секторе, поскольку почти не дает возможности определить уровень частного покрытия в каждом из восьми подразделений системы здравоохранения. Поэтому компенсация расходов отдельных регионов государственного сектора основывается на активности (в том числе на методе групп, объединенных согласно диагнозу). Хотя в Люксембурге номинально действует система социального страхования с девятью медицинскими фондами, на практике государство осуществляет пулинг объединенного финансирования и поэтому не сталкивается с теми же проблемами распределения, что и другие страны (Kerr 1999).

Системы подушевого финансирования в значительной степени основаны на эмпирических данных и опираются на результаты анализа реальной картины использования медицинской помощи. Среди исключений — Испания, где корректировка рисков отсутствует (Consejo de Política Fiscal y Financiera 1998), Норвегия, где эмпирические результаты корректируются политической установкой (van den Noord *et al.* 1998), и Италия (Mapelli 1998), Португалия (Ministerio da Saude 1998) и Шотландия (Scottish Executive Health Department 1999), где данные корректируются с помощью индексов заболеваемости и смертности, безотносительно к интенсивности использования услуг.

Немногие системы предусматривают корректировку за «неудовлетворенные» услуги — при том что проблема «спроса, индуцированного предложением», была предметом определенной озабоченности и имела центральное значение для методов, принятых в Англии (Carr-Hill *et al.* 1994). Хотя проблема вызвала обеспокоенность и в других странах, практические шаги к ее решению предпринимались редко. Исключение составляет Бельгия, где велись активные дискуссии по вопросу о том, следует ли учитывать предложение врачебных услуг в регрессивных уравнениях, используемых для распределения финансов по «планам» здравоохранения (Schokkaert *et al.* 1998). В итоге этот показатель был исключен, и ныне «планы»

здравоохранения не получают компенсации за неравенство в предложении врачебных услуг даже несмотря на то, что вытекающее отсюда неравенство в интенсивности использования услуг может оказаться вне контролируемых возможностей «планов».

В таблице 11.2 приводятся факторы потребностей, используемые при подушевом финансировании на индивидуальном уровне (в соответствии с матричным подходом) и на уровне «плана» в целом (в соответствии с индексным подходом); подтверждается широкое использование смешанных методов. Вообще говоря, схемы, используемые в условиях конкурентного рынка, основаны на более простых методах и носят менее рискованный характер, чем схемы для больших групп населения, часто предусматривающие корректировку рисков только исходя из возраста и пола. Подобная ситуация может отражать недостаток данных для обоснования подушевого финансирования или может обуславливаться объективными трудностями политического или правового характера. Многие из схем, основанных на географическом принципе, значительно менее «осторожны». Пользуясь разнообразными методами, они стремятся связать потребности в средствах с более широким спектром социальных и демографических переменных. Отбор факторов потребностей в значительной степени обусловлен доступностью данных (а не наличием очевидных признаков связи с реальной потребностью в средствах для нужд здравоохранения). Хотя фактор может быть включен в формулу подушевого финансирования, он не обязательно оказывает сколько-нибудь существенное влияние на распределение финансирования. Среди типов факторов — демография, статус занятости и нетрудоспособности, географическое положение, заболеваемость и смертность, социальные факторы.

Демография. Только одна схема — принятая в Испании — не учитывает демографических факторов в виде возрастных и (обычно) половых групп. Простейшая форма подушного распределения, принятая в Испании, своим возникновением обязана, по-видимому, политической невозможности добиться консенсуса по более широкому кругу факторов (Consejo de Política Fiscal y Financiera 1998).

Статус занятости и нетрудоспособности. Некоторые механизмы корректировки рисков (например, в Нидерландах и Северной Ирландии) предусматривают учет статуса занятости и/или нетрудоспособности. Эти показатели привлекательны постольку, поскольку они повсеместно регистрируются и регулярно обновляются. Их основные недостатки заключаются в том, что они, во-первых, не предназначены специально для фиксации меняющихся потребностей в медицинских услугах и, во-вторых, подвержены систематической фальсификации. Кроме того, они в наименьшей степени затрагивают ту часть населения, которая особенно нуждается в корректировке рисков, а именно пенсионеров.

Географическое положение. Факторы, так или иначе связанные с географией, могут заметно влиять на объем потребностей, степень выраженности потребностей (которая находит свое выражение в интенсивности использования услуг), предложение медицинских услуг. Дифференциация этих источников вариаций в расходовании средств на медицинские нужды — важная проблема, которая редко обращала на себя внимание. Типичный подход (принятый в Нидерландах) заключается в том, чтобы включать все наблюдаемые колебания местных расходов в формулы подушевого финансирования; при этом не учитывается, что некоторые колебания могут быть обусловлены предложением. Некоторые государственные схемы — в том числе принятые в Великобритании и Финляндии — предусматривают корректировку предполагаемых более высоких затрат на предоставление некоторых

Таблица 11.2. Описание схем распределения средств в 20 странах Западной Европы

Страна	Схема	«Планы»	Подошвое финансирование: уровень индивида	Подошвое финансирование: уровень «плана»	Другие факторы
Австрия	Национальная схема страхования	Около 20 медицинских фондов (на основе занятости)	Не применяется	Не применяется	Межфондовый пулинг рисков отсутствует
Бельгия	Схема корректировки рисков Национального института по страхованию от болезней и инвалидности	100 медицинских фондов (конкурирующих)		Возраст, пол, безработица, смертность, урбанизация	
Дания	Система финансирования местными властями	16 региональных советов (географический принцип)	Возраст	Возраст, дети одиноких родителей	Местная налоговая база
Финляндия	Система государственных субсидий	452 муниципалитета (географический принцип)	Возраст, инвалидность	Жительство на островах, удаленность	Местная налоговая база
Англия	Формулы распределения средств	100 органов здравоохранения (географический принцип)	Возраст	Смертность, заболеваемость, безработица, одинокая старость, этническое происхождение, социально-экономический статус	Вариации затрат
Франция	Распределение средств по регионам	25 регионов (географический принцип)	Возраст		Позатпное внедрение

Таблица 11.2. Описание схем распределения средств в 20 странах Западной Европы (продолжение)

Страна	Схема	«Планы»	Подошвое финансирование: уровень индивида	Подошвое финансирование: уровень «плана»	Другие факторы
Германия	Схема корректировки рисков Федерального страхового управления	Медицинские фонды (сформированные на основе занятости, конкурирующие)	Возраст, пол		Доходная база фонда
Греция	Национальная схема страхования	Около 40 медицинских фондов	Не применяется	Не применяется	Учет исторических прецедентов и политического выбора
Ирландия	Распределение средств по регионам	8 советов по здравоохранению	Не применяется	Не применяется	Финансирование услуг по принципу разделения на группы согласно диагнозу
Италия	Система распределения средств по регионам	21 региональное правительство (географический принцип)	Возраст, пол	Смертность	Треть рассчитывается исходя из прежнего уровня расходов
Люксембург	Объединение медицинских фондов	9 медицинских фондов, сформированных на основе занятости	Не применяется	Не применяется	Полный пулинг рисков

Таблица 11.2. Описание схем распределения средств в 20 странах Западной Европы (продолжение)

Страна	Схема	«Планы»	Подошвое финансирование: уровень индивида	Подошвое финансирование: уровень «плана»	Другие факторы
Нидерланды	Схема корректировки рисков Центрального совета медицинских фондов	26 медицинских фондов (конкурирующих)	Возраст, пол, имущественный статус или статус инва-лидности	Урбанизация	Доходная база фонда
Северная Ирландия	Формула распределения средств, разработанная советом по здравоохранению	4 совета по здравоохранению (географический принцип)	Возраст, пол	Смертность, одинокая ста-рость, имущественный статус, низкий вес при рождении	Корректировка за-трат для сельской местности
Норвегия	Система финансирова-ния местными правитель-ствами	19 окружных прави-тельств (географический принцип)	Возраст, пол	Смертность, одинокая ста-рость, семейное положение	Местная налоговая база; 50% — на ос-нове распределе-ния по группам со-гласно диагнозу
Португалия	Система финансирова-ния региональными орга-нами здравоохранения	5 региональных органов здравоохранения	Возраст	Относительное «бремя болез-ни»: диабет, гипертония, ту-беркулез, СПИД	84,5% рассчитыва-ются исходя из прежнего уровня расходов
Шотландия	Схема распределения до-ходов органами здравоо-хранения	15 советов по здравоо-хранению (географичес-кий принцип)	Возраст, пол	Смертность	Корректировка рас-ходов для сельской местности
Испания	Региональная система распределения средств	7 автономных коммун (географический принцип)			Потоки средств че-рез границы

Таблица 11.2. Описание схем распределения средств в 20 странах Западной Европы (продолжение)

Страна	Схема	«Планы»	Подошнее финансирование: уровень индивида	Подошнее финансирование: уровень «плана»	Другие факторы
Швеция	Формула распределения средств, принятая для больниц Стокгольмского округа	9 органов здравоохранения (географический принцип)	Возраст, одиночество, статус занятости, владение недвижимостью, предыдущий больничный диагноз		Позапальное внедрение
Швейцария	Схема корректировки рисков Федеральной ассоциации медицинских фондов	Медицинские фонды (конкурирующие)	Возраст, пол, регион		Доходная база фонда
Уэльс	Формула распределения органами здравоохранения	5 органов здравоохранения (географический принцип)	Возраст, пол	Смертность	Корректировка затрат для областей с низкой плотностью населения

услуг в сельской местности. Английская система предусматривает корректировку различий в отпускных ценах между Лондоном и его окрестностями и остальными регионами страны (NHS Executive 1997).

Заболеваемость и смертность. Коэффициенты смертности используются в схемах, действующих в Бельгии, Италии, Северной Ирландии, Норвегии, Шотландии, Уэльсе. Болезненность в явном виде включена в схему, действующую в Португалии; в некоторых других странах (Бельгии, Финляндии, Нидерландах) она учитывается в комплексе с перманентной нетрудоспособностью. Принятая в Северной Ирландии формула для лечения острых случаев включает пониженный вес новорожденных. Такие показатели, как предыдущие случаи обращения за медицинской помощью или тип диагноза, широко используемые в США, для европейских стран не характерны (Ash *et al.* 1989; Clark *et al.* 1995; Ellis *et al.* 1996; Fowles *et al.* 1996; Weiner 1996). Для этого есть две основные причины: недостаток подходящих связанных данных и опасение, что при использовании таких данных возникнут ложные стимулы (и возможности для разного рода манипуляций). Власти Швеции рассматривают возможность выделить специальные суммы лицам, которые уже лечились в больницах, не будучи при этом членами «особо дорогостоящих диагностических групп» (Andersson *et al.* 2000).

Социальные факторы. Схемами корректировки рисков предусматриваются многочисленные социальные факторы. Использование таких факторов носит преимущественно оппортунистический характер — иначе говоря, оно обуславливается не столько наличием прямой связи с потребностями здравоохранения, сколько доступностью данных. К числу учитываемых факторов относятся:

- безработица (Бельгия, Нидерланды, Стокгольмский округ);
- уровень благосостояния (Нидерланды, Северная Ирландия);
- семейное положение (Норвегия, Стокгольмский округ);
- структура семьи (Франция, Норвегия);
- качество жилья (Бельгия);
- владение недвижимостью (Стокгольмский округ);
- социальный класс (Стокгольмский округ);
- сожительство (Северная Ирландия, Стокгольмский округ);
- доход (Финляндия).

Хотя в большинстве схем используется элемент подушевого финансирования, степень его влияния на бюджеты в разных странах существенно варьирует. В Норвегии ограниченное влияние схемы подушевого финансирования носит явный характер: 50% бюджета распределяется исходя из предшествующей активности, измеренной методом групп, распределенных согласно диагнозу. Цель этой схемы — активизация деятельности путем сокращения очереди. Многие страны перспективно снижают бюджетные расходы, допуская, чтобы бюджеты отчасти обуславливались предшествующими уровнями затрат. В Англии сложное правило, регулирующее «темпы изменений», ограничивает скорость, с которой «планы» здравоохранения движутся к достижению целевых ставок подушевого финансирования. В Италии и Португалии региональные бюджеты представляют собой средневзвешенную величину от предыдущих расходов и целевых ставок подушевого финансирования.

Бюджеты, рассчитанные согласно схеме подушевого финансирования, могут быть только ориентировочными. Например, в скандинавских системах местные правительства наделены определенными полномочиями по варьированию расходов исходя из бюджета, рассчитанного по методу подушевого финансирования; при этом разница финансируется из местных источников (местных расходов или

совместных платежей). В конкурентных системах страхования страховщики обычно имеют возможность варьировать премии исходя из предполагаемого национального уровня, дабы финансировать разницу в расходах из бюджета, рассчитанного по методу подушевого финансирования.

Выводы

В системах здравоохранения всех типов фундаментальная задача сдерживания расходов и политика децентрализации полномочий заметно повышают значимость стратегических методов распределения средств. Почти во всех схемах подушевое финансирование выступает в качестве «привилегированного» политического инструмента. Самые значительные исключения — Ирландия (где сильный частный сектор делает государственное подушевое финансирование проблематичным) и Греция (где преобладающую роль играют политические соображения). Так или иначе, потребность в установлении перспективных бюджетов на основе критериев равенства и справедливости почти наверняка ведет к принятию подушевого финансирования в качестве основного метода распределения средств.

Вместе с тем значимость схемы подушевого финансирования подвержена влиянию той системы здравоохранения, в рамках которой функционирует данная схема. Так, системы конкурентных рынков страхования должны фокусироваться на отдельных индивидах. Основная цель таких систем — минимизировать возможности «снятия сливок» и связанных с этим рыночных трудностей. В рамках подобных схем управление масштабными влияниями на подушевое финансирование (такими, как колебания отпускных цен) в высшей степени затруднительно: неадекватные меры могут побудить страховщиков к отказу от покрытия целых областей, то есть к «снятию сливок» в самой грубой форме. Методы противодействия подобным эффектам не разработаны. Озабоченность проблемой «снятия сливок» и отсутствие альтернативных данных могут повысить привлекательность сведений о предшествующем использовании услуг в качестве основы для корректировки рисков. Такие сведения служат весьма важным индикатором будущих издержек; они используются в американской схеме страхования здоровья престарелых Medicare (Health Care Financing Administration 1999). Потенциально негативные последствия использования таких данных нейтрализуются снижением возможностей для «снятия сливок».

В системах с неконкурентными рынками страхования более заметна забота о социальной справедливости и избегании ложных стимулов на уровне населения в целом. Данные о предшествующем использовании услуг теряют свое значение, поскольку их применение может отрицательно повлиять на поведение поставщиков. Вместе с тем ограничения на использование данных, относящихся к отдельным индивидам, не столь существенны. Использование агрегированных данных открывает доступ к богатой информации, но предполагает весьма сложную статистическую методологию, которая должна подробно и тщательно проверяться.

Используемые системы распределения средств были выбраны в основном по соображениям целесообразности; особое значение имел такой фактор, как природа данных, поступающих в распоряжение деятелей, ответственных за политику в области здравоохранения. В итоге многие схемы ограничились использованием самой элементарной корректировки подушевого финансирования по таким показателям, как возраст и пол. Все прекрасно сознают, что подобное ограничение аб-

солютно не соответствует реальным потребностям системы; вместе с тем в отсутствие других доступных объективных показателей наличие данных по полу и возрасту — лучше, чем ничего (Beck 2000). Зная, что стратегические схемы предусматривают переориентацию очень больших сумм денег на распределение средств, мы были удивлены незначительным объемом вложений в новые источники информации; мы полагаем, что такие вложения необходимы для обеспечения подлинной справедливости и эффективности, без которых подушевое финансирование теряет смысл.

При наличии необходимых данных матричный подход к установлению подушевого финансирования на основе данных индивидуального уровня — иначе говоря, подход, применяемый ныне в Стокгольмском округе, — является методологически наиболее удовлетворительным: он снижает остроту экологической проблемы, связанной с использованием более агрегированных данных, хотя все равно предполагает осторожное и внимательное отношение к возможным воздействиям со стороны предложения (Carr-Hill *et al.* 2000). Грядущий прогресс информационной технологии может привести к быстрому росту доступности данных индивидуального уровня; лица, ответственные за разработку политики в области здравоохранения, должны быть готовы к тому, чтобы воспользоваться открывающимися возможностями. Основная задача разработчиков информационных систем заключается в установлении объективных показателей состояния здоровья, которые могли бы быть использованы в качестве чувствительных индикаторов потребности в расходах. К настоящему времени большинство систем постановки хронического диагноза все еще основаны на данных по предшествующему использованию услуг и, следовательно, несут в себе опасность ложных стимулов.

Колебания расходов на предоставление стандартного уровня услуг — предмет специального внимания в некоторых из рассмотренных здесь схем. Принятые методы в целом носят скорее грубоватый, приблизительный характер и предусматривают только самые очевидные источники колебаний — такие, как крайняя удаленность от медицинских центров. Было предпринято очень немного попыток провести грань между приемлемыми и неприемлемыми источниками колебаний расходов. Данная область все еще нуждается в фундаментальных концептуальных исследованиях.

Чтобы оценить пригодность той или иной схемы, нужно прежде всего определить, кто несет ответственность и кто берет на себя риск, связанный с колебаниями расходов по сравнению с предполагаемой структурой размещения средств. Хотя многие из рассмотренных схем кажутся довольно рудиментарными, они обслуживают такие системы финансирования, в которых держатель бюджета далеко не всегда берет на себя значительный объем рисков. Подобное нередко происходит потому, что центральная власть берет на себя значительную часть финансовых рисков — например, частично компенсируя чрезмерные расходы, пересматривая бюджеты или структурируя расходы, связанные с лечением особо «сложных» больных или с применением особо дорогостоящих процедур (Ettner *et al.* 2000). С другой стороны, «план» здравоохранения может противодействовать чрезмерным расходам, варьируя размеры премий или ставки местных расходов. Система подушевого финансирования не может рассматриваться в изоляции от мер по разделению рисков, однако взаимосвязь между ними все еще недостаточно изучена.

Финансовый риск, с которым сталкивается «план» здравоохранения, подвержен влиянию ряда факторов, к числу которых относятся:

- использование исторических прецедентов в качестве основы для расчета бюджетов (как в Португалии);
- использование, помимо подушевого финансирования, также и других механизмов распределения средств (как в Англии и Швейцарии);
- готовность центральной власти к ретроспективному пересмотру бюджетов (как в Италии и Испании);
- способность «планов» варьировать собственные источники финансирования, включая премии (как в Швейцарии) и местные налоги (как в Скандинавии);
- степень «привязанности» финансирования к определенным услугам;
- способность «планов» накапливать или сокращать резервы;
- способность «планов» варьировать предоставляемые льготы и пособия или структуру совместных платежей (как в Финляндии);
- санкции за перерасход (на одном полюсе — обязательное требование соблюдать бюджетные ограничения в Великобритании, на другом — фактическое отсутствие санкций во Франции).

По всем перечисленным показателям европейские системы здравоохранения весьма различны; соответственно в одних системах предпочтение отдается более точным, а в других — более приблизительным методам подушевого финансирования.

Итак, система финансирования может влиять на природу выбранной схемы распределения средств и на принятые методы подушевого финансирования. Так, масштаб частного сектора явно влияет на метод распределения средств, используемый в Ирландии, и может иметь важное значение для других схем — например, для схем, в которых одним из важных источников дохода служат сборы с пользователей. Впрочем, системы финансирования и методы распределения средств не обязательно взаимосвязаны. Опыт рассмотренных нами стран свидетельствует о том, что такие факторы, как доступность данных, политические предпочтения, меры по управлению рисками и исторические прецеденты, могут оказывать не менее заметное влияние.

Разработка механизмов распределения средств — и, в частности, методов подушевого финансирования — предполагает совместное решение нескольких задач. Перечислим важнейшие из них:

- способствовать удовлетворению общественной потребности в медицинских услугах;
- сделать распределение средств по возможности чутким к любой обоснованной потребности в медицинской помощи;
- сделать распределение средств по возможности независимым от любых необоснованных факторов;
- всемерно повысить доступность данных, на которых можно построить эффективную систему распределения средств;
- минимизировать дисфункциональные (ложные) стимулы, присущие механизму распределения средств;
- привести системы разделения рисков и распределения средств к единству;
- разработать системы здравоохранения, нечувствительные к ограничениям схем распределения средств;
- минимизировать административные расходы по управлению схемой распределения средств.

Системы, в рамках которой вся совокупность перечисленных проблем была бы решена более или менее удовлетворительно, по-видимому, не существует. Рассмо-

тренные здесь схемы весьма разнообразны и во многих отношениях поучительны. Ни одна из них не может считаться образцовой; эффективность подхода, по-видимому, в значительной степени определяется той институциональной структурой, в рамках которой осуществляется распределение средств. Тем не менее мы полагаем, что опыт европейских стран может многому научить деятелей, ответственных за разработку финансовой политики в области здравоохранения.

Сноски

¹ Мы благодарим наших корреспондентов из 24 стран за помощь в подготовке настоящей главы. Важное значение для нас имели замечания участников семинара по финансированию здравоохранения (Венеция, декабрь 1999 г.), прежде всего Рене Кристенсена (Christensen), Унто Хаккинена (Hakkinen), Джулиана Ле Грана (Le Grand). Мы благодарим также участников встречи, организованной Испанской ассоциацией по экономике здравоохранения (1999), и участников семинара в Бергенском университете.

Литература

- Andersson, P.-A., Varde, E. and Diderichsen, F. (2000) Modelling of resource allocation to health care authorities in Stockholm County, *Health Care Management Science*, 3(2): 141-9.
- Ash, A., Porell, F., Gruenberg, L., Sawitz, E. and Beiser, A. (1989) Adjusting Medicare payments using prior utilization data, *Health Care Financing Review*, 10(4): 17-29.
- Beck, K. (1998) Competition under a regime of imperfect risk adjustment: the Swiss experience, *Sozial- und Präventivmedizin*, 43: 7-8.
- Beck, K. (2000) Growing importance of capitation in Switzerland, *Health Care Management Science*, 3(2): 111-19.
- Brown, L.D. and Amelung, V.E. (1999) 'Manacled competition': market reforms in German health care, *Health Affairs*, 18(3): 76-91.
- Carr-Hill, R.A., Sheldon, T.A., Smith, P. et al. (1994) Allocating resources to health authorities: development of methods for small area analysis of use of inpatient services, *British Medical Journal*, 309: 1046-9.
- Carr-Hill, R.A., Rice, N. and Smith, P. (2000) Towards locally based resource allocation in the NHS, in P. Smith (ed.) *Reforming Markets in Health Care: An Economic Perspective*. Buckingham: Open University Press.
- Clark, D.O., von Korff, M., Saunders, K., Baluch, W.M. and Simon, G.E. (1995) A chronic disease score with empirically derived weights, *Medical Care*, 33(8): 783-95.
- Consejo de Política Fiscal y Financiera (Council on Fiscal and Financial Policy) (1998) Financiación de los servicios de sanidad en el periodo 1998-2001 [Financing of health services, 1998-2001], *Revista de Administración Sanitaria*, 11(6): 125-51.
- Department of Health and Social Services (1997) *Allocation of Resources for the Northern Ireland Health and Personal Social Services: A Second Report from the Capitation Formula Review Group*. Belfast: Department of Health and Social Services.
- Diderichsen, F., Varde, E. and Whitehead, M. (1997) Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden, *British Medical Journal*, 315: 875-8.
- DULBEA/KUL (1997) *Depenses normatives des organismes assureurs de soins de sante dans le cadre de l'instauration de la responsabilite financiere* [Expenditure of Health Care Insurers within the Framework of the Introduction of Financial Responsibility]. Brussels: DULBEA, Université Libre de Bruxelles.
- Ellis, R.P., Pope, G.C., Iezzoni, L. et al. (1996) Diagnosis-based risk adjustment for Medicare capitation payments, *Health Care Financing Review*, 17(3): 101-28.

- Emery, D.W., Fawson, C. and Herzberg, R.Q. (1997) The political economy of capitated managed care, *American Journal of Managed Care*, 3(3): 397-416.
- Ettner, S.L., Frank, R.G., Mark, T. and Smith, M.W. (2000) Risk adjustment of capitation payments to behavioural health care carve-outs: how well do existing methodologies account for psychiatric disability?, *Health Care Management Science*, 3(2): 159-69.
- Files, A. and Murray, M. (1995) German risk structure compensation: enhancing equity and effectiveness, *Inquiry*, 32: 300-9.
- Fowles, J.B., Weiner, J.P., Knutson, D. *et al.* (1996) Taking health status into account when setting capitation rates: a comparison of risk-adjustment methods, *Journal of the American Medical Association*, 276(16): 1316-21.
- Giacomini, M., Luft, H.S. and Robinson, J.C. (1995) Risk adjusting community rated health plan premiums: a survey of risk assessment literature and policy applications, *Annual Review of Public Health*, 16: 401-30.
- Hakkinen, U., Mikkola, H., Nordberg, M. and Salonen, M. (1996) *Tutkimus kuntien terveystalveluiden valtionosuksien perusteista [A Study on the Foundations of the State Subsidies for Municipal Health Services]*. Helsinki: Sisaasiainministerio (Ministry of the Interior).
- Haut Comite de la Sante Publique (High Committee on Public Health) (1999) *Allocation regionale des ressources et reduction des inegalites de sante [Regional Allocation of Resources and Reducing Inequality in Health]*. Paris: Haut Comite de la Sante Publique.
- Health Care Financing Administration (1999) *Medicare+Choice Rates 2000*. 45 Day Notice. Washington, DC: Health Care Financing Administration.
- Hoffmeyer, U. and McCarthy, T. (eds) (1994) *Financing Health Care*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Hutchison, B., Hurley, J., Reid, R. *et al.* (1999) *Capitation Formulae for Integrated Health Systems: A Policy Synthesis*. Hamilton: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Kennedy, A. (1996) Private health insurance in Ireland: the advent of a competitive market and a risk equalisation scheme, in Alliance Nationale des Mutualites Chretiennes (ed.) *Risk Structure Compensation*. Brussels: Alliance Nationale des Mutualites Chretiennes.
- Kerr, E. (1999) *Health Care Systems in Transition: Luxembourg*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Mapelli, V. (1998) *L'allocation delle risorse nel Servizio Sanitario Nazionale [Resource Allocation in Italy's National Health Service]*. Rome: Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica (Ministry of Treasury, Budget and Economic Planning).
- McCarthy, T., Davies, K., Gaisford, J. and Hoffmeyer, U. (1995) *Risk-adjustment and its Implications for Efficiency and Equity in Health Care Systems*. Basle: Pharmaceutical Partners for Better Healthcare.
- Ministerio da Saude (Ministry of Health) (1998) *Orcamento do SNS para 1999 (Orcamento Ordinario) — Criterios de Financiamento [Portugal's National Health Service Budget for 1999 — Financing Criteria]*. Lisbon: Ministerio da Saude.
- Ministry of Social Affairs and Health (1996) *The Health Care System in Finland*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Mossialos, E. (1999) Health care and cost containment in Greece, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds) (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Newhouse, J.P. (1994) Patients at risk: health reform and risk adjustment, *Health Affairs (Millwood)*, 13(1): 135-46.
- Newhouse, J.P. (1996) Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature*, 34: 1236-63.
- Newhouse, J.P. (1998) Risk adjustment: where are we now?, *Inquiry*, 35: 122-31.
- NHS Executive (1997) *HCHS Revenue Resource Allocation to Health Authorities: Weighted Capitation Formulas*. Leeds: NHS Executive.

Oliver, A.J. (1999) *Risk Adjusting Health Care Resource Allocations: Theory and Practice in the United Kingdom, the Netherlands and Germany*. London: Office of Health Economics.

Rattso, J. (ed.) (1998) *Fiscal Federalism and State-Local Finance*. Cheltenham: Edward Elgar.

Rice, N. and Smith, P. (1999) *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. York: Centre for Health Economics, University of York.

Rice, N. and Smith, P.C. (2000) Capitation and risk adjustment in health care, *Health Care Management Science*, 3(2): 73-5.

Rico, A. (1997) *Descentralizacion y reforma sanitaria en Espana [Decentralization and Reform of Health Care in Spain]*. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales (Center for Advanced Study in the Social Sciences).

Schokkaert, E. and van de Voorde, C. (2000) Risk adjustment and the fear of markets: the case of Belgium, *Health Care Management Science*, 3(2): 121-30.

Schokkaert, E.G., Dhaene, G. and van de Voorde, C. (1998) Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation, *Health Economics*, 7: 465-80.

Scottish Executive Health Department (1999) *Fair Shares for All*. Edinburgh: Scottish Executive Health Department.

Selvin, H.C. (1958) Durkheim's 'suicide' and problems of empirical research, *American Journal of Sociology*, 63: 607-19.

Swartz, K. (1998) The view from here: risk selection and Medicare+Choice: beware, *Inquiry*, 35: 101-3.

van Barneveld, E.M., van Vliet, R.C.J.A. and van de Ven, W.P.M.M. (1996) Mandatory high-risk pooling: an approach to reducing incentives for cream skimming, *Inquiry*, 33: 133-43.

van de Ven, W.P.M.M. and Ellis, R. (2000) Risk adjustment in competitive health plan markets, in J.P. Newhouse and A.J. Culyer (eds) *Handbook of Health Economics*.

Amsterdam: North-Holland.

van de Ven, W.P.M.M., van Vliet, R.C., van Barneveld, E.M. and Lamers, L.M. (1994) Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands, *Health Affairs*, 13(5): 120-36.

van den Noord, P., Hagen, T. and Iversen, T. (1998) *The Norwegian Health Care System*, Economics Department Working Papers No. 198. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

van Vliet, R.C.J.A. and van de Ven, W.P.M.M. (1993) Capitation payments based on prior hospitalizations, *Health Economics*, 2: 177-88.

Weiner, J.P. (1996) Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses, *Health Care Financing Review*, 17(4): 77-100.

Welsh Office (1998) *Allocation of Health Authority Discretionary Resources in Wales (1998)*. Cardiff: Welsh Office.

Ziekenfondsraad (Dutch Health Insurance Council) (1999) *Budgettering Ziekenfondswet 1999 [Budgeting of Sickness Funds in the Netherlands, 1999]*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

глава ДВЕНАДЦАТАЯ

Финансирование здравоохранения в Европе: сопоставление альтернатив

Элайас Моссиалос и Анна Диксон

Введение

В главах этой книги были проанализированы преимущества и недостатки различных методов финансирования здравоохранения и опыт внедрения этих методов в разных странах. Настоящая глава посвящена синтезу фактических данных и оценке различных систем финансирования с точки зрения их пригодности для достижения ряда политических целей¹. Самыми важным целями являются, по-видимому, социальная справедливость и экономичность. Эти понятия могут интерпретироваться по-разному, о чем свидетельствует обширная литература (см., в частности, Le Grand 1991a; Light 1992; Culyer and Wagstaff 1993). Здесь мы попытаемся оценить различные системы финансирования со следующих точек зрения:

- Является ли система финансирования прогрессивной (справедливой в вертикальной плоскости)?
- Является ли система финансирования справедливой в горизонтальной плоскости?
- Приводит ли финансирование к перераспределению средств?
- Как система финансирования влияет на охват населения и на доступ к услугам?
- Как система финансирования влияет на сдерживание расходов?
- Как система финансирования влияет на экономику в целом?
- Как система финансирования влияет на эффективность распределения средств и на техническую эффективность?

Первые четыре из этих пунктов связаны с социальной справедливостью, а последние три — с экономичностью. Анализируя проблему перераспределения, мы исследуем совместное воздействие прогрессивности и доли затрат на здравоохранение в общей структуре государственных расходов. Мы также пытаемся определить, до какой степени системы финансирования здравоохранения зависят от исторических прецедентов, то есть до какой степени сегодняшний выбор определяется тем, что было вчера (Putnam *et al.* 1993).

Данные о влиянии механизмов сбора доходов на достижение целей государственной политики отнюдь не исчерпывающи. Так, влияние на равенство доступа к услугам нелегко поддается измерению; поэтому соответствующие данные весьма скудны. Существуют данные о том, как различные механизмы финансирования воздействуют на сдерживание расходов. Тем не менее связи между сбором доходов и эффективностью их размещения, а также технической эффективностью функционирования системы здравоохранения, обнаруживаются не столь легко. Вообще говоря, поскольку эффективность в обоих упомянутых аспектах имеет отношение не столько к функции сбора доходов, сколько к закупочной функции, такие связи могут отсутствовать. Тем не менее некоторые методы сбора могут оказывать косвенное воздействие на эффективность распределения доходов и техническую эффективность благодаря своей ассоциированной рыночной структуре пулинга и закупок.

В настоящей главе синтезируется материал предыдущих глав; приводятся также дополнительные данные, почерпнутые из существующей литературы. Поскольку системы здравоохранения по большей части финансируются из различных источников, относительная значимость этих источников также влияет на общий результат.

Является ли система финансирования прогрессивной (справедливой в вертикальной плоскости)

Чтобы ответить на этот вопрос, мы должны выяснить, кто и сколько платит. При определении того, кто платит, нужно делать различие между официальной и фактической долей. Официальная доля относится к законодательно утвержденной ответственности за платежи (ответственность нанимателя и наемного работника за взносы в систему социального медицинского страхования или ответственность потребителей за налог на добавленную стоимость). Чтобы определить фактическую долю, следует измерить, на что именно падает бремя платежей — на цены, зарплаты или прибыль (или на сочетание этих трех факторов). Эмпирические данные о фактической доле дифференциальных платежей не поддаются однозначной трактовке.

Справедливость в вертикальной плоскости имеет прямое отношение к тому, является ли система прогрессивной (чем человек богаче, тем более высокую долю своего дохода он платит), пропорциональной (богатые и бедные платят одну и ту же долю от своих доходов) или регрессивной (чем человек богаче, тем ниже выплачиваемая им доля дохода). Для измерения справедливости в вертикальной плоскости было разработано несколько показателей. Самый распространенный — индекс прогрессивности Какуани (Kakwani 1977), согласно которому пропорциональность принимается за 0; положительные значения индекса соответствуют прогрессивности, отрицательные — регрессивности.

Налогообложение

Налогообложение — это нечто большее, чем способ сбора доходов. Оно включает в себя нормативный и политический компоненты, поскольку отражает сложившееся в обществе понимание обоснованности и справедливости при распределении налогового бремени (Ervik 1998). Если здравоохранение финансируется из общего на-

логообложения, влияние последнего на социальную справедливость должно оцениваться в масштабах всего «государства всеобщего благоденствия».

Анализ прогрессивности финансирования здравоохранения в странах Организации экономического сотрудничества и развития, основанный на данных 1980-х и начала 1990-х годов (Wagstaff *et al.* 1999)², показал, что прямые налоги во всех странах носят прогрессивный характер, тогда как косвенные налоги регрессивны во всех странах, за исключением Испании (в 1980 г.)³. В странах, где здравоохранение финансируется преимущественно из налоговых поступлений, сочетание прямых и косвенных налогов делает налогообложение в целом слегка прогрессивным (от 0,04 до 0,06 согласно индексу прогрессивности Какуани).

Прогрессивность обложения подоходным налогом зависит от двух факторов — числа маргинальных налоговых интервалов и ставки каждого интервала. В Европе реформа налоговых систем, происшедшая в 1980-х годах, была направлена прежде всего на расширение налоговой базы и на уравнивание различных источников доходов. Эти меры должны были ослабить негативные последствия для экономики в целом и снизить налоговое бремя на каждый источник дохода в отдельности. Однако реформы сочетались с сокращением числа маргинальных налоговых интервалов и снижением предельных ставок налога; обе эти меры снижают степень прогрессивности. Работа, осуществленная на основе микроэкономических (семейных) данных, собранных Люксембургским центром по исследованию доходов, посвящена анализу неравенства до и после уплаты подоходного налога семьями в Австралии, Великобритании, Германии, Канаде, Нидерландах, США, Франции, Швейцарии и Швеции. Подоходный налог во всех этих странах прогрессивен; средства 20% населения с самыми высокими доходами перечисляются остальной части населения. В Австралии, Германии, Канаде, Нидерландах и США средства 40% населения с самыми высокими доходами перечисляются остальным 60% (Zandvakili 1994)⁴. Данные по странам Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР менее доступны. Ставка подоходного налога на среднем уровне зарплат в 1997 г. составляла в Чехии 10%, в Польше 18%, а в Эстонии 25%. Государственная социальная помощь играет в этих странах значительную роль в снижении бедности на всех стадиях жизненного цикла. Судя по имеющимся данным, благодаря государственной социальной помощи свыше 80% тех жителей Чехии и Словакии, чьи доходы были ниже уровня бедности, поднялись над этим уровнем; для Венгрии и Польши аналогичный показатель составляет около 50%, тогда как для США — менее 30% (Kangas 2000).

Косвенные налоги на товары и услуги обычно начисляются в виде процента от цены. Соответственно распределение бремени платежей определяется картиной потребления. Данные по Великобритании показывают, что семьи, представляющие беднейшие 10% населения, выплачивают 32% своего дохода в виде косвенных налогов; для семей, представляющих богатейшие 10% населения, аналогичный показатель составляет 11% (Glennister 1997). С точки зрения здравоохранения высокие косвенные налоги на вредные для здоровья товары оправданы постольку, поскольку они способствуют снижению потребления этих товаров. Существует мнение, что дальнейшее повышение налогов на сигареты нецелесообразно, поскольку такие налоги ложатся тяжелым бременем на бедных, тогда как для богатых они не имеют особого значения (Manning *et al.* 1989). Анализ относительной ценовой эластичности спроса на сигареты свидетельствует о том, что потребители с низкими доходами более чувствительны к цене и, следовательно, более склонны бросить курить (Townsend *et al.* 1994). Тем не менее то обстоятельство, что уровень потре-

ния сигарет и алкогольных напитков особенно высок среди групп с низкими доходами, делает косвенные налоги в целом регрессивными.

Местные налоги, как правило, менее прогрессивны, чем национальные. Местные налоги обычно носят пропорциональный характер (впрочем, прогрессивное местное налогообложение также осуществимо). Показано, что подоходные налоги, взимаемые национальными правительствами Дании, Финляндии, Швейцарии и Швеции, являются более прогрессивными, чем налоги, взимаемые правительственными органами более низких уровней (Wagstaff *et al.* 1999). Вслед за крупным экономическим спадом, наступившим в Финляндии в начале 1990-х гг., мера прогрессивности местных подоходных налогов снизилась, поскольку средняя ставка налогообложения возросла, причем рост налоговых ставок был особенно значительным в менее богатых городах (Klavus and Hakkinen 1998). Прогрессивность налогообложения снизилась также вследствие повышения сборов с пользователей.

Социальное медицинское страхование

Истоки социального медицинского страхования — в компенсационных схемах, разработанных для того, чтобы покрыть потерю доходов за время болезни. Взносы в систему социального медицинского страхования были и остаются пропорциональными по отношению к доходам. Задача перераспределения доходов, принципиально важная для любых систем налогообложения, перед социальным медицинским страхованием не ставилась; соответственно данные о прогрессивности схем обязательного социального медицинского страхования носят более ограниченный характер. Социальное медицинское страхование может быть более регрессивным, поскольку оно предполагает сбор взносов только с заработанных доходов — между тем как освобожденные от взносов доходы с инвестиций и сбережений у богатых людей выше, чем у бедных.

Показано, что социальное медицинское страхование в Германии, Нидерландах и Испании носит регрессивный характер (Wagstaff *et al.* 1999; данные относятся к 1980 г.)⁵. В каждой из этих стран часть населения (в Германии и Нидерландах она определяется согласно размеру доходов, в Испании — согласно статусу государственного служащего) устраняется от участия в государственной системе медицинского страхования. Примерно 12% населения Германии предпочли остаться в государственной системе или купить услуги частного медицинского страхования (лица, работающие не по найму, и государственные служащие, работающие на полную ставку, исключены из государственной схемы). Услугами частного медицинского страхования охвачены 9% населения. В Нидерландах из государственной схемы вышла почти треть населения. В итоге преобладающую часть пользователей государственных схем составляют люди с низкими доходами и высоким уровнем рисков⁶. Дабы решить возникающие в связи с этим проблемы, с частных страховщиков в Нидерландах взимаются средства, идущие на субсидирование государственных страховых фондов (Wagstaff and van Doorslaer 1997). Эта мера стала предметом судебного разбирательства; возможно, она будет отменена.

С другой стороны, взносы в нидерландскую государственную схему всеобщего страхования на случай долгосрочного ухода и длительного лечения (AWBZ) носят минимально прогрессивный характер. Была предпринята попытка определить источник прогрессивности в системе AWBZ (Wagstaff and van Doorslaer 1997). При первом моделировании ликвидация потолка доходов (свыше которого взносы

не взимаются) привела к заметному росту прогрессивности системы. Ликвидация освобождения от взносов (для пенсионеров и некоторых других групп) сделала бы распределение более регрессивным (Wagstaff and van Doorslaer 1997). Таким образом, эмпирически подтверждается логическое допущение, согласно которому потолки на высокие доходы делают социальное медицинское страхование более регрессивным, тогда как освобождение от взносов групп с низкими доходами повышает степень его прогрессивности. В Германии пропорциональные взносы с доходов сочетаются с наличием потолка, выше которого доход освобождается от взносов. Введение в Германии в 1999 г. десятипроцентной ставки взносов для лиц с месячным доходом ниже 322 евро, по-видимому, повысило степень регрессивности финансирования (см. главу 3). Там, где нет потолка на доходы и освобождения от взносов или возможности уклониться от участия в схеме социального страхования (например, во Франции), взносы социального медицинского страхования и налогообложение прогрессивны примерно в одинаковой степени.

Введение конкуренции между страховщиками в Нидерландах, судя по всему, почти не повлияло на степень прогрессивности финансирования. Бремя групп со средним уровнем доходов слегка возросло, а бремя групп с высокими доходами слегка снизилось; что касается групп с низкими доходами, то для них ничего не изменилось (Muller *et al.* 2000).

Частное медицинское страхование

В странах Европейского союза услугами частного медицинского страхования пользуются главным образом богатые люди (см. главу 6). В Германии, где лица с высокими доходами имеют право свободного выхода из государственной схемы, участие в схемах частного медицинского страхования все еще существенно варьирует в зависимости от возраста, местожительства⁷, пола и рода занятий. Во Франции добавочное страхование имеют 85% населения, однако добавочным медицинским страхованием в сравнительно меньшей степени охвачены лица с низкими доходами, лица, не являющиеся гражданами Франции, и лица в возрасте от 20 до 24 лет и старше 70 лет.

Обнаружено, что частное медицинское страхование регрессивно там, где оно является основным источником покрытия расходов, а именно в Швейцарии (до 1996 г.) и в США (Wagstaff *et al.* 1999). Частное медицинское страхование регрессивно также в Ирландии, Испании и Франции, пропорционально доходам в Финляндии и прогрессивно в Великобритании, Германии, Дании, Италии, Нидерландах и Португалии (Wagstaff *et al.* 1999). Прогрессивность частного медицинского страхования не обязательно способствовала повышению прогрессивности системы финансирования здравоохранения в целом. Возможно, поощрение лиц с высокими доходами к покупке дополняющего или добавочного медицинского страхования повышает прогрессивность системы финансирования: ведь богатые платят более высокую долю, чем те, чьи доходы ниже (если только при этом не используются субсидии в форме налоговых льгот). Однако в некоторых странах частное медицинское страхование меняет структуру поставок услуг в пользу богатых (см. главу 6).

Медицинские депозитные счета

Медицинские депозитные счета не предусматривают пулинга фондов или рисков и, следовательно, не приводят к перераспределению средств между богатыми и бедными или здоровыми и больными. Медицинские депозитные счета действуют аналогично личным депозитным счетам: они распределяют средства по всему жизненному циклу индивида, от периодов хорошего здоровья — к периодам плохого здоровья. В Сингапуре трудности, возникающие у семей с низкими доходами, решаются благодаря государственному фонду Medifund.

Медицинские депозитные счета были введены в США специальным актом от 1996 г. Чтобы побудить людей откладывать деньги на эти счета, были созданы определенные стимулы, в том числе налоговые скидки и возможность использовать деньги для других целей после ухода на пенсию или в случае смерти или инвалидности пользователя. Это означает, что медицинские депозитные счета выгодны для лиц, платящих высокие налоги, имеющих избыточные доходы и относительно здоровых. Таким образом, в США, где медицинские депозитные счета существуют параллельно с традиционным частным медицинским страхованием, высокие риски концентрируются преимущественно на обычном рынке медицинского страхования; наличие медицинских депозитных счетов приводит к повышению страховых премий и к увеличению числа незастрахованных людей (Jefferson 1999). Другие исследования также показали, что привлекательность «планов» с высокими франшизами для относительно молодых и здоровых работников чревата дроблением рынка страхования: премии для традиционных «планов» растут, побуждая людей отказываться от страхового покрытия (Moon *et al.* 1996). Эмпирическая оценка влияния медицинских депозитных счетов на материале США затруднительна, так как число открытых счетов оказалось меньше ожидаемого: к июню 1998 г. было открыто только 50 172 таких счета — притом что исходный законопроект предусматривал потолок в 600 000 (Jefferson 1999). Тем не менее остается впечатление, что медицинские депозитные счета повышают регрессивность системы финансирования.

Платежи наличными из кармана потребителя

Считается, что сборы с пользователей положительно влияют на эффективность, социальную справедливость и качество услуг. Польза для справедливости возможна только при условии, что доходы направляются на нужды бедных или уязвимых групп и функционирует достаточно эффективная схема освобождения от сборов. Как индустриальные, так и развивающиеся страны столкнулись с большими трудностями при попытке построить справедливую систему официального взимания сборов. Дополнительный доход часто готовит почву для снижения налогов, что выгодно богатым.

Сборы с пользователей ложатся более тяжелым бременем на тех, кто часто пользуется услугами здравоохранения — иначе говоря, на больных людей, — и могут быть весьма регрессивными, поскольку плохое здоровье обычно коррелирует с низкими доходами. Степень регрессивности прямых платежей оценивается числами от -0,4 до 0 по шкале Какуани (Wagstaff *et al.* 1999). Это серьезно повышает регрессивность финансирования, особенно там, где прямые платежи занимают заметное место в общей структуре финансирования (например, в Португалии, США и Швейцарии). Исследование платежей наличными в Хорватии показало, что четверть населения с самыми низкими доходами, участвуя в совместных платежах, от-

дает на медицинские нужды 5% своих доходов, тогда как для четверти населения с самыми высокими доходами аналогичный показатель составляет всего 0,6%. В сочетании с другими прямыми платежами (включая неофициальные платежи) финансирование становится еще более регрессивным: представители группы с самыми низкими доходами платят 17,3% своих доходов, тогда как представители группы с самыми высокими доходами — 2,9% (Mastilica and Bozиков 1999).

Является ли система финансирования справедливой в горизонтальной плоскости?

Под справедливостью в горизонтальной плоскости подразумевается такая ситуация, когда люди с одним и тем же уровнем доходов платят одинаково (Wagstaff *et al.* 1993).

Налогообложение

Сбор и расходование налогов на местном уровне могут привести к неравенству при отсутствии национальной (общегосударственной) системы перераспределения. Так, данные по Швейцарии, где на федеральные и кантональные налоги приходится 25% общих расходов на здравоохранение (в 1997 г.), свидетельствуют о больших различиях в уровне налогового бремени, приходящегося на разные кантоны. Если принять национальный средний показатель за 100, то самое низкое налоговое бремя приходится на кантон Цуг (55,5), а самое высокое — на кантон Юра (135,3) (Swiss Federal Statistical Office 2000). Для выравнивания уровня ресурсов по регионам могут использоваться государственные доходы. Например, в Швеции население, помимо местных налогов, платит общегосударственные налоги и взносы, которые затем используются для субсидирования менее преуспевающих регионов.

Был осуществлен специальный анализ различных источников здравоохранения с точки зрения «горизонтальной» справедливости (van Doorslaer *et al.* 1999). Дифференцированное отношение к налогообложению особенно отчетливо проявляется в Португалии, где к лицам, получающим зарплату, и к лицам, работающим не по найму, применяются различные правила налогообложения. Региональная вариативность ставок налогов заметна в Дании и Швеции.

Социальное медицинское страхование

Социальное медицинское страхование работает с нарушением принципа социальной справедливости в горизонтальной плоскости в тех случаях, когда:

- различные медицинские фонды применяют различные ставки взносов;
- лица с низкими доходами или высоким уровнем рисков концентрируются в отдельных профессиональных группах или регионах;
- членство в фондах обуславливается местом жительства или родом занятий.

В Нидерландах деятельность медицинских фондов ограничивалась региональным (провинциальным) уровнем с 1964 по 1988 гг., когда были приняты предложения Деккерского комитета, позволившие страховщикам работать в масштабах всей страны. В итоге все фонды распространили свою деятельность на всю страну. До 1996 г. система социального медицинского страхования в Германии была час-

точно раздроблена по профессиональному принципу. По этой причине ставки взносов в различных медицинских фондах существенно различались; для профессиональных групп с высоким уровнем рисков ставки были самыми значительными. Одна из причин принятия Акта о структуре здравоохранения от 1993 г. заключалась в том, чтобы сократить различия в ставках взносов, допустив выбор фонда и перераспределяя взносы между фондами (Busse 2000). Если в 1994 г. взносы 27% всех членов фондов отличались от средней величины более чем на 1%, то к 1999 г. доля членов фондов, чьи взносы отличаются от средней величины более чем на 1%, упала до 7% (Busse 2000). Таким образом, конкурентные системы социального медицинского страхования, действующие в Нидерландах и Германии, характеризуются более высоким уровнем «горизонтальной» справедливости, чем системы социального медицинского страхования с фондами, действующими по географическому и/или профессиональному принципу, наподобие австрийской.

Частное медицинское страхование

Премии за индивидуальное частное медицинское страхование обычно рассчитываются с учетом уровня рисков на основе актуарного риска заболеть или испытать нужду в медицинской помощи. Премии, рассчитанные согласно уровню рисков, не связаны с размером доходов; существует высокая вероятность того, что два человека с одним и тем же доходом будут платить различные премии. Так, человек с семейной историей болезни платит высокую премию, тогда как человек, не имеющий семейной истории болезни и ничем не обнаруживший своей предрасположенности к болезням, платит низкую премию. Следовательно, образуемые таким образом пулы нарушают принцип «горизонтальной» справедливости. С другой стороны, данные по Франции свидетельствуют о том, что справедливость в горизонтальной плоскости практически не влияет на доступ к добавочному медицинскому страхованию (Vocognano *et al.* 2000).

Платежи наличными из кармана потребителя

Ради соблюдения справедливости во многих странах применяется освобождение от сборов с пользователей. Если освобождение обусловлено размерами доходов или результатами проверки на нуждаемость, оно может снизить степень регрессивности платежей. Однако если освобождение от платежей обусловлено иными факторами — такими, как возраст или болезнь, — оно может привести к нарушению принципа «горизонтальной» справедливости. Подобное неравенство в горизонтальной плоскости отчасти связано с колебаниями в использовании медицинской помощи на данном уровне доходов; вместе с тем такие колебания очень часто носят абсолютно случайный характер. Неравенство может быть вызвано также различиями в выборе типа платежей (как, например, в случае выбора добавочного страхования для покрытия совместных платежей во Франции). Однако распределение услуг добавочного страхования связано с размерами доходов (см. главу 6); высока вероятность того, что колебания в вертикальной плоскости будут более значительными, чем колебания в горизонтальной плоскости. Структура совместных платежей варьирует также в зависимости от местности или региона (городские хозяйства в Финляндии, местные медицинские фонды в Германии), профессионального статуса (медицинские фонды

в Австрии) и типа занятости (лица, получающие зарплату, и лица, работающие не по найму, в Бельгии, Франции и Нидерландах) (van Doorslaer *et al.* 1999).

Приводит ли финансирование к перераспределению средств?

Эффект перераспределения зависит от прогрессивности инкассирования доходов (см. выше) и от доли государственных затрат в общей структуре расходов. Учитывая оба фактора, мы можем получить иную картину по сравнению с той, которую дает анализ только одного фактора. Речь идет о двух различных проблемах, сочетание которых порождает интересные вопросы политического характера. Так, пропорциональная система должна распределять льготы неравномерно, чтобы эффект перераспределения получился таким же, что и в условиях прогрессивной системы (Ervik 1998). Если при менее прогрессивной системе инкассирования удастся получить больше доходов, но при этом структура государственных затрат непропорционально выгодна для людей с низкими доходами, чистый доход для бедных может оказаться выше, чем в случае, когда инкассирование носит более прогрессивный характер, зато размер инкассированных средств ниже, а государственные затраты не столь выгодны для лиц с низкими доходами. В некоторых странах возникают проблемы с дифференциацией перераспределения, обусловленного структурой затрат на здравоохранение, и перераспределения, обусловленного общей структурой государственных расходов. Действительно, поскольку медицинские услуги обычно предоставляются в натуральной (то есть не в денежной) форме, доля их стоимости в общей структуре затрат с трудом поддается измерению.

Получение полной картины перераспределения предполагает наличие продольной (временной) перспективы. В отсутствие такой перспективы невозможно учесть перераспределение средств на протяжении жизненного цикла — от периодов относительно высоких доходов и/или хорошего здоровья к периодам низких доходов и/или болезни. Между тем большинство исследований перераспределения носит синхронистический характер, то есть сосредоточено только на одном моменте времени. «Продольные» исследования на материале «государств всеобщего благоденствия», как правило, выявляют равномерное перераспределение от «пожизненно богатых» к «пожизненно бедным». В данном случае «государство всеобщего благоденствия» функционирует не столько как Робин Гуд, сколько как сберегательный банк (Hills 1995). Здесь мы ограничиваем анализ налогообложением и социальным медицинским страхованием.

Налогообложение

Исследование перераспределительного эффекта налоговых систем восьми стран показало, что в начале 1990-х годов этот эффект был наиболее отчетливо выражен в Швеции, где неравенство по доходам снизилось примерно на 50%. В США эффект перераспределения был наименьшим; неравенство по доходам снизилось менее чем на 20%. Среди европейских стран перераспределительный эффект оказался наименее заметным в Великобритании (25-процентное снижение неравенства по доходам). В Дании и Германии снижение неравенства по доходам составило свыше 40%. Однако полученные данные свидетельствуют о том, что перераспределительный эффект обусловлен не столько налогообложением, сколько социальными платежами

(Ervik 1998). Иначе говоря, менее прогрессивные налоговые системы сочетаются с целевыми льготами.

Исследование влияния налогов и льгот на семейные доходы в 1998-1999 гг. в Великобритании показало, что конечный доход представителей самых бедных 20% населения составил в среднем 300% исходного дохода (для тех, кто входит в самые богатые 20% населения, аналогичный показатель составил 69%). И в данном случае эффект был обусловлен не столько налогообложением, сколько государственными расходами. Судя по имеющимся данным, налоговая система была слегка регрессивной из-за косвенных налогов; представители самых бедных 20% населения выплачивали в виде налогов 40% своего общего дохода, тогда как представители самых богатых 20% — от 36% общего дохода (Commission on Taxation and Citizenship 2000).

Дабы установить картину распределения пособий, выплачиваемых в натуральной форме, было предпринято несколько попыток измерить интенсивность использования медицинских услуг по группам населения, выделенным согласно размерам дохода. Ле Гран специально исследовал перераспределительный эффект британской Государственной службы здравоохранения, анализируя распределение пособий среди различных имущественных групп населения (Le Grand 1978). В то время как денежные пособия легко поддаются перераспределению и идут преимущественно бедным людям, пособия, выплачиваемые в натуральной форме, перераспределяются в меньшей степени и оказываются выгодны главным образом среднему классу (Le Grand 1982). Тот же исследователь обнаружил, что распределение пособий по медицинской помощи непропорционально выгоднее для групп с относительно высокими доходами, если оно корректируется с учетом потребностей.

Перераспределительный эффект налогообложения для долгосрочного ухода в Великобритании весьма заметен как в аспекте перераспределения средств между мужчинами и женщинами, так и в аспекте перераспределения между группами с низкими и группами с высокими доходами. Сдвиг от долгосрочного ухода, финансируемого налогами или социальным страхованием, к частному страхованию на случай долгосрочного ухода негативно влияет на женщин и бедных. Моделирование показало, что такой сдвиг неизбежно регрессивен: группы с низкими доходами теряют до 16 000 фунтов, зато многие представители групп с высокими доходами извлекают выгоду (Burchardt *et al.* 1996).

Социальное медицинское страхование

Обязательная система медицинского страхования, принятая в Германии, может служить иллюстрацией трех типов межличностного перераспределения средств.

1. Отказ от учета предыдущего опыта обращений за медицинской помощью предполагает значительный объем перераспределения в вертикальной и горизонтальной плоскостях, поскольку индивидуальные риски варьируют в широких пределах.

2. Масштаб межличностного перераспределения возрастает вследствие того, что:

- иждивенцы страхуются без дополнительных затрат: они неявным образом учитываются при калькуляции размера взносов и пособий, что предполагает определенное перераспределение доходов от одиноких людей и семейных пар людям в больших семьях;

- все застрахованные лица имеют равное право на медицинские услуги безотносительно к тому, как долго они платили взносы и каков был размер этих взносов.

3. Перераспределение средств между поколениями, то есть между работающими и ушедшими в отставку или на пенсию, становится интенсивнее по мере увеличения доли пожилых людей и повышения средней продолжительности жизни. Считается, что платежи в социальное медицинское страхование превзойдут нынешнюю стоимость пожизненных пособий для всех поколений, родившихся после 1960-1970-х годов (Hinrichs 1997).

Перераспределительный эффект социального медицинского страхования был проанализирован с использованием данных, относящихся к 1990 г. (Lutz and Schneider 1998). Обнаружилось, что вклады не особенно облегчают уравнивание доходов и что для эффективного перераспределения доходов следует использовать систему перечисления налогов (Lutz and Schneider 1998). Шмаль (Schmahl 1998) приходит к тому же выводу и отмечает, что использование обусловленных доходами страховых взносов для решения задачи межличностного перераспределения экономически нецелесообразно; путь к эффективному перераспределению лежит через общие государственные бюджеты.

В Германии межличностное перераспределение происходит между получателями с разным уровнем доходов: те члены семьи, которые ничего не зарабатывают, получают свою страховку без дополнительных расходов (то же относится к супругам, страхуемым на случай долгосрочного ухода). В продольном (временном) плане это приводит к перераспределению средств по всему жизненному циклу. Когда была учреждена система медицинского страхования, структура семьи и динамика жизненного цикла носили более единообразный характер; отсутствие дополнительных взносов при страховом покрытии иждивенцев не влияло на справедливость системы (Lutz and Schneider 1998). Однако страхование на случай долгосрочного ухода, учрежденное относительно недавно, увековечивает то обстоятельство, что в центре системы социального обеспечения находится супружеская пара (Scheiwe 1997). Один из перераспределительных эффектов социального медицинского страхования — движение средств от одиноких людей к семьям с детьми (Hinrichs 1995). Такое субсидирование семей с детьми означает, что частное медицинское страхование особенно привлекательно для одиноких людей и супружеских пар, где каждый из супругов имеет собственные доходы; становится ясно, почему люди с детьми, имеющие право устроиться от участия в государственной системе, предпочитают остаться в ней (Busse 2000).

Перераспределение происходит также между работающей частью населения и пенсионерами, которые платят лишь половину взносов с пенсий. По мере роста доли иждивенцев растет и перераспределение средств между поколениями. Расчеты показывают, что без субсидий пенсионерам и иждивенцам средний размер взносов в 1988 г. мог бы снизиться наполовину (Hinrichs 1995).

Как система финансирования влияет на доступ к страхованию и медицинским услугам

Система сбора доходов может влиять как на доступ к страховым услугам, так и на доступ к услугам здравоохранения. Страны, в которых частное медицинское страхование является единственной формой страхового покрытия для значительной части

населения, характеризуются особенно широким разбросом возможностей с точки зрения доступа к покрытию. Так, в США 17% нестарых жителей имеют право пользоваться услугами государственной программы бесплатной или льготной медицинской помощи Medicaid, а 71% пользуются услугами частного медицинского страхования; в итоге 12% населения остаются незастрахованными. Свыше половины незастрахованных лиц работают либо не по найму, либо в фирмах, где число наемных работников не превышает 25 (Kaiser Family Foundation 2000). Доступ к страхованию определяется такими факторами, как официальная занятость, масштаб нанимателя и статус нанимателя (государственный или частный сектор), наличие или отсутствие обстоятельств, свидетельствующих о предрасположенности претендента к тем или иным болезням, и платежеспособность претендента. В Ирландии, Германии и Нидерландах право пользоваться услугами частного страхования определяется размером дохода; в Германии и Испании это право предоставлено государственным служащим.

Частное страхование на случай долгосрочного ухода во многих отношениях сходно с частным медицинским страхованием, однако оно дополнительно осложняется тем, что около трети людей в возрасте между 60 и 70 годами (когда особенно принято покупать полисы) заявляют о наличии проблем с подвижностью или со здоровьем. Это значит, что многие люди могут быть исключены из системы частного страхования или столкнутся с необходимостью платить высокие премии (Burchardt *et al.* 1996). Чтобы облегчить свою задачу, можно купить полис в относительно молодом возрасте, однако нестарые люди, как правило, не владеют достаточной информацией, чтобы оценить свои риски и возможную потребность в медицинском страховании.

В системах социального медицинского страхования покрытие отнюдь не обязательно носит всеобщий характер. Право пользоваться услугами социального медицинского страхования может быть предоставлено группам населения, выделенным согласно размерам дохода или согласно профессиональной принадлежности, или может зависеть от размера взносов. Тем не менее в Западной Европе покрытие через финансируемую государством систему медицинского страхования носит всеобщий характер почти во всех странах, кроме Германии и Нидерландов. Введение конкуренции в системах социального медицинского страхования повысило степень риска для страховщиков и тем самым создало возможность «снятия сливок» (в скрытой форме)⁸. Однако анализ текущих данных по медицинским фондам показывает, что формула корректировки рисков, учитывающая возможные издержки в связи с диагнозом, может достаточно эффективно предотвращать отбор рисков (Muller *et al.* 2000).

Страны с низким и средним уровнем жизни пытались достичь всеобщего страхования, распространяя страховое покрытие на лиц, работающих не по найму, и на работников с низкими доходами. Другая сложная задача — распространение страхового покрытия на пожилых, безработных и нетрудоспособных. Всеобщее право на страхование записано в конституциях многих стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. На практике, однако, осуществление всеобщего социального медицинского страхования сталкивается с большими трудностями. В странах, где было введено социальное медицинское страхование, государство покрывает взносы безработной части населения через налогообложение. Безработные имеют право на те же льготы и пособия, что и работающая часть населения; тем самым гарантируется социальная справедливость при доступе к услугам. Что касается стран, где официальный сектор занятости ограничен, то в них нарушения справед-

ливости при доступе к услугам становятся обычным явлением. Система социального медицинского страхования обеспечивает пулинг низких рисков, выгодна для лиц с относительно высокими доходами и предоставляет более высокую оплату поставщикам. Системы, финансируемые из общего налогообложения, часто могут быть охарактеризованы как бедные системы для бедных людей. Поскольку взносы, обусловленные зарплатами, недостаточны, чтобы обеспечить льготы и пособия для всех, фонды вынуждены покрывать дефицит из правительственных субсидий. «Дефицит» на уровне поставщика покрывается благодаря неофициальным платежам.

В некоторых странах социальное медицинское страхование функционирует как параллельная система: благодаря ей люди определенных профессий получают услуги более высокого качества по сравнению с теми, которые доступны для остальной части населения и финансируются из налоговых поступлений. Доступ в страховые фонды может быть ограничен; в одних случаях члены страховых фондов не имеют права пользоваться услугами государственной службы здравоохранения, в других страховое покрытие может дублироваться. Так, в Португалии профессиональные страховые фонды, охватывающие 25% населения, позволяют своим членам пользоваться услугами частных врачей, обеспечивают ускоренный доступ к больничным услугам и возможность пользоваться отдельными услугами, недоступными в системе государственной службы здравоохранения (Dixon and Mossialos 2000).

Даже если доступ к услугам теоретически является всеобщим, на практике могут обнаруживаться иные препятствия. При анализе использования услуг обнаруживается феномен асимметрии: в группах с высокими доходами интенсивность использования услуг выше, чем в группах с низкими доходами, где потребность в услугах ощущается острее (Wagstaff *et al.* 1993). Препятствия к использованию услуг могут иметь как чисто финансовую, так и иную природу; различны и причины того, почему одни группы проявляют особенно высокую активность в своем стремлении воспользоваться медицинской помощью или дополнительными услугами. Получение доступа к услугам может стоить дорого как в аспекте затраченного времени, так и в аспекте упущенных доходов. Многие бедные люди не могут позволить себе тратить время и силы, настаивая на том, чтобы им были предоставлены услуги того же уровня, что и их более богатым согражданам (Le Grand 1982).

Системы всеобщего страхового охвата со сборами с пользователей отрицательно влияют на справедливость при доступе к услугам, удерживая людей — особенно небогатых — от обращения как к необходимой, так и к излишней помощи. Данные по США и Европе явно указывают на то, что сборы отпугивают от обращения за медицинской помощью. Судя по исследованиям, проведенным в США, разделение затрат (необходимость доплачивать за медицинскую помощь) может отпугнуть от использования нужных медицинских услуг и оказать чрезмерное влияние на поведение лиц с низкими доходами. Более того, обнаружена связь между сборами с пользователей и ухудшением результатов деятельности системы здравоохранения по отдельным показателям (Newhouse and the Insurance Experiment Group 1993). Дополнительные исследования в Европе подтвердили наличие подобного сдерживающего эффекта. Во Франции различия между социоэкономическими группами касаются в большей степени обращений за консультациями к врачам и покупки лекарств, чем доступа к стационарному лечению. Это может быть связано с тем, что расходы на консультации и лекарства покрываются не полностью (Jourdain 2000). Шведские данные начала 1990-х годов указывают на новый подъем неравенства в использовании услуг после значительного увеличения сборов с пользователей

(Whitehead *et al.* 1997). Было показано, что сборы с пользователей мешают группам, находящимся в неблагоприятном финансовом и психосоциальном положении, пользоваться медицинской помощью в Стокгольмском округе (Elofsson *et al.* 1998). Для тех, кто оценивает свое финансовое положение как плохое, вероятность воздержаться от использования медицинской помощи в 10 раз выше, чем для тех, кто считает свое финансовое положение хорошим. В Дании, несмотря на общий подъем спроса на стоматологические услуги, размер семейного дохода положительно влияет на вероятность получения регулярной стоматологической помощи: интенсивность использования услуг тем выше, чем выше доход (Schwarz 1996).

Более значительная роль платежей наличными в США отражена в результатах другого международного обзора доступности медицинских услуг. В США 18% опрошенных заявили о том, что им трудно оплачивать медицинские счета; для Великобритании аналогичный показатель составил 3%, а для Канады — 5%. В Австралии 12%, а в Новой Зеландии — 15% опрошенных заявили, что они не воспользовались рецептом, потому что не смогли себе этого позволить. В США финансовые трудности и отсутствие доступа к здравоохранению характерны особенно для незастрахованной части населения (Donelan *et al.* 1999). Мало того, что сборы с пользователей — как в виде высокой доли в совместных платежах, так и вследствие отсутствия страхования, — отрицательно влияют на финансовую доступность медицинских услуг, они к тому же обостряют страхи и тем самым воздействуют на результат лечения.

Сборы с пользователей как способ мобилизации дополнительных средств обладают определенной привлекательностью прежде всего для стран с низким и средним уровнем жизни — во-первых, из-за трудностей с обеспечением предоплаты в тяжелых экономических условиях и, во-вторых, из-за распространенной практики неофициальных платежей. В странах с низким и средним уровнем жизни доходная база в виде обусловленных зарплатами взносов или налоговых поступлений крайне ограничена, ибо безработица высока, значительная часть трудовых ресурсов занята в сельском хозяйстве или в теневой экономике, доля работающих не по найму весьма высока. Взимание сборов остается одной из немногих возможностей мобилизовать хотя бы какие-нибудь средства. Однако все данные указывают на то, что сборы оказывают непропорциональное негативное воздействие на бедных жителей сельской местности.

Значительно меньше известно о том, как влияют на интенсивность использования услуг неофициальные платежи: любая объективная информация о последних труднодоступна. Однако известно, что в ряде стран как Восточной, так и Западной Европы такие платежи обязательно взимаются заранее; больные, не способные заплатить, либо не получают помощи вообще, либо вынуждены пользоваться услугами худшего качества, либо, наконец, вынуждены долго ждать своей очереди. Доступ к услугам ограничивается не только финансовыми барьерами, возникающими вследствие необходимости платить, но и неуверенностью относительно того, сколько нужно заплатить (Mills *et al.* 2001). Не существует надежных данных о том, какие платежи воздействуют на социальную справедливость сильнее — официальные или неофициальные.

Прямое воздействие сборов с пользователей на здравоохранение измерить труднее; работ, посвященных данному вопросу, очень мало. После того как в Великобритании были введены сборы за проверку зрения, число больных, нуждающихся в лечении глаукомы (болезни, которая грозит полной потерей зрения), снизилось на 19% (Laidlaw *et al.* 1994). Следовательно, подобные сборы могут способствовать

распространению предотвратимой слепоты. Если отпугивающий эффект направлен на сокращение более или менее бесполезных услуг, дифференцированный доступ к экономически невыгодным услугам теоретически не должен быть чреват социальным неравенством. Тем не менее существуют данные, свидетельствующие о том, что сборы с пользователей удерживают от использования необходимых и экономически выгодных услуг и тем самым отрицательно влияют на здоровье.

Как система финансирования влияет на сдерживание расходов

Общий объем расходов на здравоохранение в среднем ниже в тех странах Организации экономического сотрудничества и развития, где финансирование происходит преимущественно из общих налогов (OECD 2000). О причинах этого выдвигаются различные гипотезы, однако ни одна из них не может быть однозначно подтверждена существующими объективными данными. Здесь мы сосредоточимся на различиях между системами, финансируемыми преимущественно из налоговых поступлений, и системами социального медицинского страхования. Мы последовательно рассмотрим значение таких факторов, как повышение прозрачности, ослабление политического вмешательства, установление более непосредственной связи между взносами и пособиями и множественность покупателей в системах социального медицинского страхования.

Первая гипотеза заключается в том, что в условиях социального медицинского страхования прозрачность ослабляет противодействие повышению взносов (по сравнению с повышением расходов). В странах Европейского союза с системами социального медицинского страхования большинство опрошенных считает, что правительство должно тратить на здравоохранение столько, сколько оно тратит в настоящий момент (Mossialos 1998). Интересно, что в странах, где здравоохранение финансируется из местных налогов, население также одобряет текущий уровень финансирования. В таких странах, как Великобритания, Греция, Ирландия и Португалия, где здравоохранение финансируется главным образом из общегосударственных налогов, большинство респондентов высказалось за повышение правительственных расходов на здравоохранение (Mossialos 1998). В перечисленных странах государственные затраты на здравоохранение составляют относительно низкую долю валового внутреннего продукта.

Общественность согласится с увеличением размера страховых взносов, если предоставляемая взамен медицинская помощь будет восприниматься как эффективная и экономически выгодная. В Германии повышение взносов воспринимается с большей готовностью, чем сокращение льгот и пособий (в частности, введение совместных платежей) (Hinrichs 1995). С другой стороны, данные о более серьезном общественном и политическом противодействии повышению налогов весьма скудны. Анализ общественного мнения показывает, что люди охотнее поддерживают повышение налогов, если оно связано с повышением расходов (Mossialos and King 1999; Commission on Taxation and Citizenship 2000).

Второй аргумент заключается в том, что доходы социального медицинского страхования направляются для удовлетворения вполне определенных нужд и, следовательно, не подлежат политическому вмешательству. В Бельгии, где здравоохранение финансируется примерно поровну из средств социального медицинского страхования и из налоговых поступлений, отклонение от среднегодовых темпов роста для доходов из правительственных источников оказалось выше, чем для до-

ходов из неправительственных источников (Nonneman and van Doorslaer 1994). Иными словами, ежегодные правительственные расходы на здравоохранение колеблются в более широких пределах, чем доходы, основанные на страховании. Существует мнение, что напряженное финансовое положение в системе здравоохранения складывается благодаря «непредсказуемости» правительств и государственных органов и изменчивой судьбе политических коалиций (Nonneman and van Doorslaer 1994). Следовательно, опора на общее налогообложение (а не на взносы с зарплат) скорее может стать причиной нестабильности доходов.

Третье объяснение заключается в том, что страхуемые повышают свои требования ради всемерного увеличения отдачи от взносов (Hinrichs 1995). В условиях общего налогообложения выплачиваемые деньги и получаемые льготы и пособия не находятся в непосредственной взаимной связи, тогда как в случае социального медицинского страхования связь является вполне определенной⁹.

Наконец, более высокие расходы в условиях социального медицинского страхования могут быть связаны с организацией закупок и оплатой работы поставщиков. Считается, что причиной жесткого сдерживания расходов служит монополия, характерная для многих систем, финансируемых из налоговых поступлений. Монополия может существовать и в некоторых системах социального медицинского страхования, организованных вокруг единого фонда, который аналогично влияет на поставщиков. Вместе с тем данные о реальном воздействии монополии немногочисленны. Закупки в системах социального медицинского страхования традиционно базируются на компенсации, тогда как системы, финансируемые из налоговых поступлений, характеризуются более широким использованием глобальных бюджетов и подушевого финансирования. С недавнего времени в системах социального медицинского страхования наблюдается тенденция к введению глобальных бюджетов для здравоохранения в целом (как во Франции) или для отдельных секторов. Впрочем, эти бюджеты служат только сдерживанию расходов; дефицит покрывается держателем бюджета (см. главу 4).

Как влияет система финансирования на экономику в целом

Мобильность рабочей силы и гибкость рынка труда

В отличие от общего налогообложения страхование, связанное с родом занятий — как социальное, так и частное, — может привести к ситуации, когда человек не имеет возможности покинуть работу («работа-западня»). Подобная ситуация неблагоприятна для экономики. По мнению сторонников свободного рынка труда, снижение мобильности рабочей силы отрицательно влияет на экономику в целом, так как люди не идут на самую подходящую для них работу из страха потерять медицинскую страховку. Другие экономисты полагают, что инвестиции в повышение квалификации заметно увеличивают ценность опытного работника по сравнению с новичком; соответственно снижение мобильности рабочей силы позволяет фирме извлечь выгоду из инвестиций в человеческий капитал (Gruber 1998). Эффект «работы-западни» нелегко измерить ввиду сложностей, связанных с разделением переменных. Так, не совсем понятно, являются ли менее здоровые люди менее мобильными из-за своего слабого здоровья или из-за проблем, связанных с системой финансирования здравоохранения. О проблеме «работы-западни» активно спорят особенно там, где страхование связано с родом занятий. Обширная литература посвящена ситуации

в США, где 90% лиц, застрахованных частным образом, имеют планы, связанные с местом работы. Более ограниченные данные доступны по Германии, где членство в медицинском фонде для некоторых групп населения определяется родом занятий с 1996 г.

В США мелкие наниматели, как правило, не в состоянии предоставить всеобъемлющее и доступное страховое покрытие, что может ограничить их возможности по привлечению наиболее квалифицированного персонала; отдаленным следствием этой слабости мелких нанимателей могут стать негативные макроэкономические тенденции. Такова мотивировка реформы здравоохранения, предложенной президентом Клинтоном: «Мобильность рабочей силы — одна из важнейших ценностей предпринимательского общества, где большинство рабочих мест создано малым бизнесом. Действующая система здравоохранения является в данном отношении серьезным тормозом» (цитируется по: Holtz-Eakin 1994: 157). В США многие работники не хотят менять работу из опасения потерять страховку, понести большие расходы или получить отказ в новой страховке, утратить льготы при совместных платежах или возможность пользоваться услугами своего обычного поставщика и т. п. (Gruber 1998).

В США 11-30% опрошенных заявляют, что они сами или члены их семей некоторое время оставались на прежней работе потому, что им не хотелось терять медицинскую страховку, предоставленную нанимателем (General Accounting Office 1995). Судя по другим данным, мобильность тех жителей США, страхование которых обеспечивает наниматель, на 25-30% ниже средней по стране (Gruber 1998).

В Германии социальное медицинское страхование может переводиться из одного медицинского фонда в другой: льготы и пособия одинаковы во всех фондах, тогда как ставки взносов различны. Соответственно, меняя работу, человек продолжает получать те же льготы и пособия, но за другую цену. До 1996 г., когда выбор страховщиков был расширен, членство в страховом фонде примерно для половины населения определялось родом занятий или местом жительства (Busse 2000). Можно ожидать, что мобильность в этой группе населения относительно невысока: работники могут воздерживаться от смены работы, поскольку это чревато сменой фонда (с возможным повышением ставки взноса). Хотя влияние медицинского страхования нелегко отделить от других переменных, действующих на рынке труда, имеющиеся данные указывают на то, что система медицинского страхования не оказывает особого воздействия на рынок труда. Следовательно, вторичные эффекты — в том числе мобильность рабочей силы — не должны влиять на оценку систем медицинского страхования; последние должны оцениваться прежде всего по таким параметрам, как доступность медицинских услуг и эффективность при предоставлении медицинского страхования (Holtz-Eakin 1994).

Влияние на расходы на зарплату и на международную конкурентоспособность

Широко распространено мнение, что повышение налогов на зарплату или взносов в социальное медицинское страхование связано со снижением уровня занятости (OECD 1994). Считается, что повышение уровня занятости предполагает снижение расходов на оплату труда. Однако исследования по США не свидетельствуют о сколько-нибудь существенном влиянии предоставляемых нанимателем страховых льгот и пособий на уровень занятости (Gruber and Krueger 1991; Gruber 1998). Иссле-

дования, моделирующие влияние различных уровней размера взносов на занятость в Германии, показывают, что уровень занятости не меняется в зависимости от того, какую долю зарплаты составляют взносы в медицинское страхование. Безработица не может быть снижена путем сокращения ставок взносов и соответственно сокращения льгот и пособий социального страхования (Bauer and Riphahn 1998).

Если расширение льгот и пособий повышает расходы на оплату труда (что делает его проблематичным), одна из альтернатив заключается в повышении размера взноса наемного работника, но не нанимателя. В сущности речь идет о снижении зарплаты; приемлемость такой меры будет зависеть от того, сочтут ли работники дополнительные льготы и пособия достаточными, чтобы согласиться с более низкой зарплатой (Summers 1989). Подобная политика в большинстве европейских стран не поддается реалистической оценке, поскольку корпоративные торги препятствуют снижению зарплат. Тем не менее в Германии наниматели выразили опасение, что основанная на страховании модель долгосрочного ухода приведет к повышению расходов на оплату ненаемного труда; поэтому работники, чтобы не допустить снижения зарплаты, согласились работать лишний день в год (Evers 1996). Несмотря на силу профсоюзного движения в Германии, удалось достичь компромисса по вопросу о ликвидации одного оплачиваемого выходного на усмотрение каждой из земель¹⁰ (Schneider 1999).

Промышленники США выступили против введения обязательного страхования, обеспечиваемого нанимателем, поскольку высокие расходы на оплату труда снижают международную конкурентоспособность. С другой стороны, американские экономисты считают, что расходы на частное медицинское страхование в условиях действующей системы здравоохранения не влияют на конкурентоспособность. Они утверждают, что расходы на частное медицинское страхование не приводят к повышению расходов на оплату труда, а всего лишь меняют структуру этих расходов (от зарплат к льготам и пособиям). Скачок цен не наступает, то есть способность продавать товары за границей остается неизменной (Glied 1997).

Тем не менее возможное негативное влияние на промышленность стало одним из мотивов дифференциации источников финансирования (от социального страхования наемного работника к подоходному налогу) по плану Жюппе во Франции. Было сочтено, что взносы социального страхования препятствуют созданию рабочих мест: с точки зрения роста занятости Франция отставала от других стран Организации экономического сотрудничества и развития (OECD 1994). Другие способы снижения расходов на оплату труда — например, снижение минимального размера оплаты труда, — были отклонены ввиду их неприятия общественностью (Clasen 1997). В Германии меры по стимулированию конкуренции страховщиков и снижению размера взносов мотивировались, в частности, необходимостью восстановить конкурентную экономику и облегчить бремя промышленности после воссоединения. Наконец, в Великобритании финансирование из налоговых поступлений оправдывается тем, что оно способствует международной конкурентоспособности национальной экономики (Department of Health 2000).

Как система финансирования влияет на эффективность распределения средств и на техническую эффективность

Функционирование системы здравоохранения в значительной степени зависит от таких факторов, как способ распределения средств, структура средств на входе в си-

стему и результаты, достигаемые на выходе. Однако не существует ясной концептуальной связи между методом финансирования, с одной стороны, и эффективностью распределения средств или технической эффективностью — с другой. Эффективность распределения средств и техническая эффективность — это не столько функции сбора средств, сколько функции закупки. Как уже отмечалось, существование связей между эффективностью и механизмами финансирования не подтверждается теорией и эмпирическими фактами (Jonsson and Musgrove 1997).

Эффективность распределения средств

Эффективность распределения средств может рассматриваться по меньшей мере в трех аспектах. Первый аспект — распределение средств между здравоохранением и другими секторами экономики. Второй аспект — распределение средств между различными секторами системы здравоохранения (например, между лечением острых случаев и профилактикой). Наконец, третий аспект — распределение денег между отдельными клиническими службами (например, какие лекарства подлежат компенсации и в какой степени). Измерить эффективность распределения средств трудно ввиду ограниченного объема данных и нерешенности методологических проблем. Определенное представление об эффективности распределения средств может дать анализ расходов по секторам. Вместе с тем такой анализ в значительной степени зависит от суждений об относительной значимости и эффективности различных секторов; в частности, оценка эффективности распределения средств не предполагает оценки результатов работы, зависящих от количества и происхождения вложенных средств (техническая эффективность) и от границ между секторами, которые часто не вполне ясны. Чтобы определить, насколько распределение средств улучшает здоровье населения, нужно владеть полной информацией о результатах работы системы, однако в настоящее время такая информация отсутствует.

Данные по странам Организации экономического сотрудничества и развития (OECD 2000) и по Канаде (National Forum on Health (Canada) 1998) показывают, что соотношение объемов амбулаторного и острого секторов в разных странах варьирует, однако различия не зависят от того, какой источник финансирования является главным. В большинстве систем здравоохранения фармацевтический сектор растет быстрее остальных, однако агрегированные данные не свидетельствуют о том, что его рост происходит за счет других секторов. Неизвестно, связан ли рост расходов на лекарства с сокращением приема в стационар и длительности пребывания в стационаре или он просто отражает избыток предложения и повышенную прибыль фармацевтических компаний.

Эффективность распределения средств в США ниже, чем в других индустриальных странах (Aday *et al.* 1998). Среди проблем, возникновение которых объясняется принятием «рыночно ориентированной» модели здравоохранения (то есть модели, важным элементом которой служит частное медицинское страхование), выделяются недостаточные инвестиции в отдельные профилактические службы, неэффективность и неуместность ряда лечебных процедур и чрезмерное внимание к «процедурным» формам лечения. Однако следует избегать обобщений: ведь США занимают исключительное положение в мире как с точки зрения количества средств, идущих на здравоохранение, так и с точки зрения механизмов финансирования здравоохранения.

Техническая эффективность

Плательщики хотят получить за свои деньги как можно больше или, выражаясь языком экономической теории, заинтересованы в технической эффективности. Это означает, что себестоимость должна быть минимизирована путем всемерного повышения отдачи с любого отдельно взятого пакета вложенных средств. С концептуальной точки зрения техническая эффективность и метод финансирования не связаны между собой. Может ли какая-либо связь между ними наблюдаться на практике?

Техническая эффективность стимулируется закупками. Общее налогообложение и налоги с зарплат не обязательно сводят сбор средств и закупки в единое целое. Однако при наличии частного медицинского страхования на конкурентном рынке сбор средств, создание пулов и закупки обычно интегрированы в рамках одной организации; следовательно, этот метод сбора влияет на эффективность закупок. Вдобавок техническая эффективность подвержена влиянию исторической связи между определенными методами финансирования и определенными формами организации взаимоотношений между покупателями и поставщиками.

Анализ соотношения числа среднего медицинского персонала и врачей в странах Организации экономического сотрудничества и развития показывает, что структура вложений определяется прежде всего долей врачей. Если предложение врачей превышает некий оптимальный уровень спроса, врачи заменяют средний медицинский персонал. Соотношение числа врачей общей практики и врачей-специалистов варьирует. В пяти из двенадцати стран Европейского союза, данные по которым известны, число врачей общей практики и врачей-специалистов примерно одинаково (OECD 2000). Изменчивость в данном случае не связана с источником финансирования.

Некоторые системы, финансируемые из налоговых поступлений, добились экономически выгодной замены, особенно для лекарств (Department of Health 2000). Тем не менее меры по контролю за ценами и поощрению использования непатентованных лекарств больше связаны со стимулированием врачей, выписывающих рецепты, фармацевтов и больных, чем с методом финансирования здравоохранения.

Структура вложений в технологию может быть весьма различной (Banta 1995). Неравенство в распространении дорогостоящих технологий обуславливается не столько источником финансирования, сколько ограничениями на покупку оборудования или на компенсацию расходов. При определении технической эффективности важно иметь в виду также цену вложений. Зарплаты врачей и среднего медицинского персонала в странах с самыми высокими расходами на здравоохранение (США, Швейцарии и Канаде) выше среднего уровня зарплат во всех странах, тогда как в странах с самыми низкими расходами на здравоохранение (Швеции, Японии и Великобритании) — ниже среднего. В странах, где доход врачей наиболее высок по сравнению со средним доходом, оплата их труда традиционно осуществляется по принципу гонорара за услуги (National Forum on Health (Canada) 1998). Таким образом, различия определяются не столько методом финансирования здравоохранения, сколько методом оплаты поставщиков.

Административная эффективность (доля административных расходов в общей структуре расходов на здравоохранение), по-видимому, связана с типом и организацией метода финансирования. Судя по всему, административные расходы выше в условиях приватизации (коммерческие страховщики), конкуренции (дополнительные маркетинговые расходы), децентрализации и большого количества инкас-

сирующих агентов (дублирование административных функций без повышения эффективности от роста масштаба) (OECD 2000). Конкурирующие коммерческие страховые компании несут дополнительные затраты в связи с гарантиями, прибылью и маркетингом (см. главу 6).

Насколько механизмы финансирования зависят от исторического контекста

Для подготовки реформ необходимо не только проанализировать влияние систем финансирования, но и понять контекст, в котором функционируют эти системы. В настоящем разделе мы анализируем влияние исторических факторов на развитие систем финансирования в Европе; при этом мы обращаем внимание как на ограничивающие моменты, так и на возможности преобразования существующих систем. Опираясь на идеи экономической школы «нового институционализма», мы анализируем данные, подтверждающие мысль о том, что система действующих инструментов ограничивает спектр возможных преобразований, а решения, принимаемые при принятии политических мер, влияют на будущее развитие (Bonoli 2000). Иными словами, «определенные политические меры создают определенную институциональную среду и поддерживают определенный комплекс интересов, который, в свою очередь, стремится поддержать их» (Freeman and Moran 2000: 45). При историческом анализе сложившихся систем здравоохранения обнаруживается, что развитие этих систем было в значительной степени непрерывным (Fuchs 1976; Korpi 2001). Вкратце рассмотрим с этой точки зрения системы здравоохранения стран Центральной и Восточной Европы, систему страхования на случай долгосрочного ухода в Германии и британскую Государственную службу здравоохранения.

При коммунистических режимах в большинстве стран Центральной и Восточной Европы действовала система всеобщего бесплатного здравоохранения; впервые такая система была введена в послереволюционной России. Страны Центральной и Восточной Европы приняли советскую систему не по свободному выбору, а по идеологической необходимости¹¹. Так, в Чехословакии после второй мировой войны некоторое время действовала система, основанная на страховании. Вскоре после захвата власти коммунистами (1948) был принят Акт о национальном страховании, согласно которому все граждане должны были охватываться единым национальным страховым фондом (Kaser 1976). Единая государственная система здравоохранения, созданная по образцу советской, была введена лишь в 1951 г. (Jaros and Kalina 1998).

Сразу после падения коммунизма во многих странах Центральной и Восточной Европы и в странах Балтии были воссозданы системы социального медицинского страхования, сходные с теми, которые действовали до 1945 г. Изначально социальное медицинское страхование в этих странах складывалось под сильным влиянием бисмарковской системы, введенной в Германии в 1883 г.; эта система получила широкое распространение также в Австро-Венгерской империи и сохранилась после распада последней (Schroetter 1923). Так, в Чехословакии между 1919 и 1924 гг. происходило постепенное распространение медицинского страхования, которое в конечном счете охватило всех получающих зарплату, то есть примерно треть населения (Jaros and Kalina 1998). В 1920-х годах сотни фондов участвовали в конкуренции за клиентов и заключали договоры на услуги с частными врачами и государственными больницами. В Венгрии исходный закон был усовершенствован, однако

сохранились его основные элементы — ответственность государства за бедных и не способных обеспечить себя, индивидуальная ответственность всех остальных граждан, страхование работающих через фонды, созданные по профессиональному принципу (de Dobrovits 1925). Таким образом, возврат к модели социального медицинского страхования в этих странах был обусловлен исторически.

Историческими причинами было обусловлено и недавнее введение в Германии страхования на случай долгосрочного ухода; в основе этого вида страхования — модель финансирования, уже утвердившаяся в медицинском страховании. Был достигнут политический консенсус о необходимости установить некую основополагающую гарантию на случай долгосрочного ухода, однако сохранялись разногласия относительно того, как ее финансировать. В предложенных решениях запечатлелась политическая идеология разных партий. Выбранная в конечном счете модель представляла собой государственный план страхования, соответствующий традиционной немецкой модели социального обеспечения; эта модель была поддержана большинством христианских демократов и социал-демократов (при страховании на случай долгосрочного ухода традиционные связи застрахованных рисков с профессией ослабевают: ведь риски, имеющие отношение к лечению, не находятся в тесной связи с нетрудоспособностью). Историческая обусловленность изменений означает, что последние осуществляются преимущественно в рамках институциональной схемы, сложившейся еще в XIX в., а развитие происходит плавно, без крупных сдвигов (Scheiwe 1997).

Исторический анализ указывает и на возможность радикального отклонения от исторически сложившихся моделей при наличии благоприятных условий (Freeman and Moran 2000). Именно таков случай британской Государственной службы здравоохранения. Вторая мировая война привела к «полевению» общественного мнения (Holland and Stewart 1998) и к сокрушительной победе лейбористов на выборах в июле 1945 г. В обществе сложился консенсус относительно необходимости расширить функции национального правительства (Addison 1975). На этой волне 5 июля 1948 г. был издан Акт о создании Государственной службы здравоохранения. Социальные и политические изменения, наступившие после войны, предоставили удобный повод (Kingdon 1984) для крупной реформы «государства всеобщего благоденствия», предусматривавшей создание Государственной службы здравоохранения.

Позднейшие попытки радикально реформировать финансирование здравоохранения в Великобритании окончились неудачей. Отсюда можно сделать вывод, что постепенные изменения более обычны, чем открытые разрывы с прошлым. Консервативная партия, пришедшая к власти в результате выборов 1979 г., поощряла индивидуальную ответственность и минимизацию роли государства. Несмотря на наличие весомых идеологических аргументов в пользу радикальной реформы финансирования здравоохранения на основе страхования, противодействие общественного мнения оказалось сильнее. Популярность финансируемой из налоговых поступлений Государственной службы здравоохранения оказалась настолько велика, что Маргарет Тэтчер была вынуждена заявить о своей приверженности этому институту. В начале 1988 г. Тэтчер приняла решение реформировать структуру Государственной службы здравоохранения, сохранив в неприкосновенности ее финансирование (Thatcher 1993).

Развитие моделей финансирования подвержено влиянию не только исторических, но и политических и технических факторов. Важную роль играют такие моменты, как поддержка общественности в целом и могущественных групп людей, объединенных общим интересом, и соответствие модели финансирования той си-

стеме ценностей и убеждений, которая сложилась или преобладает в данном обществе. Возможность реализации преобразований может зависеть и от более широкого политического контекста, в том числе от степени устойчивости и легитимности правительства и от уровня коррупции. На разработку и осуществление политических мер заметно влияет природа политического процесса — его согласованный или, наоборот, несогласованный характер, наличие или отсутствие многопартийных коалиций и т. п. (Immergut 1992).

Наконец, на развитие систем финансирования здравоохранения влияют технические проблемы — наличие квалифицированного персонала для выработки политического курса, управленческого и административного персонала, инфраструктур, финансовых институтов и т. п. Все эти проблемы заслуживают всестороннего анализа, который не может быть осуществлен на страницах настоящей книги. Тем не менее политические и технические факторы должны приниматься во внимание в ходе любых политических дискуссий о реформировании здравоохранения.

Выводы

В этой книге собраны теоретические и эмпирические данные о том, как различные методы сбора средств для здравоохранения влияют на решение задач государственной политики. Книга содержит также сравнительные примеры, иллюстрирующие историю систем финансирования здравоохранения. Сравнивая между собой опыт разных стран, мы можем лучше понять, как функционируют механизмы финансирования. Однако опыт одних стран не поддается простому перенесению на почву других стран. Контекстные факторы социального, экономического и политического порядка, равно как и исторически обусловленные ограничения, оказывают заметное влияние на разработку и реализацию политических мер. Значимость подобных факторов подчеркивается на протяжении всей книги, так что имеющийся опыт может быть истолкован в соответствующем контексте.

Европейские системы здравоохранения финансируются по большей части из разных источников, к числу которых относятся налогообложение, социальное медицинское страхование, частное медицинское страхование и платежи наличными из кармана пользователя. Однако почти во всех европейских странах преобладающую роль играют налогообложение и социальное медицинское страхование, тогда как частное медицинское страхование все еще занимает второстепенное место. В Западной Европе выделяются три группы стран: в странах первой группы здравоохранение финансируется преимущественно из налоговых поступлений, в странах второй группы — преимущественно из фондов социального медицинского страхования, а в странах третьей группы действует смешанная система финансирования. В странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР также выделяются три группы: с финансированием преимущественно из налоговых поступлений, преимущественно из фондов социального медицинского страхования и преимущественно путем платежей наличными (официальных и неофициальных).

Было проанализировано влияние различных методов финансирования на прогрессивность, «горизонтальную» социальную справедливость, перераспределение средств, справедливый доступ к услугам и справедливый охват населения, сдерживание расходов, экономику в целом, эффективность распределения средств и техническую эффективность. Финансирование из общего налогообложения или из взносов социального медицинского страхования теоретически связывается с по-

вышением социальной справедливости, лучшим контролем над расходами, положительным эффектом масштаба и монопсонной системой закупок. Вместе с тем нельзя сказать, чтобы между источником финансирования и другими задачами — такими, как повышение эффективности распределения средств или технической эффективности — существовала причинная связь.

Доступные данные о том, как разные источники доходов влияют на социальную справедливость, показывают, что налогообложение и социальное медицинское страхование более прогрессивны, чем частное медицинское страхование и платежи наличными (оба последних метода характеризуются высокой степенью регрессивности). Социальная справедливость при доступе к услугам выше там, где здравоохранение финансируется из налоговых поступлений или из фондов социального медицинского страхования. Сборы с пользователей — грубый политический инструмент, отрицательно влияющий на использование как необходимых, так и бесполезных услуг, и явно дискриминирующий бедных.

Успех сдерживания расходов, измеряемый темпом роста расходов на здравоохранение, не зависит от того, финансируется ли система преимущественно из налоговых поступлений или из фондов социального медицинского страхования. Тем не менее на расходы можно установить потолок, если организация системы финансирования предусматривает наличие единого пула. Поскольку уровень финансирования здравоохранения устанавливается политическим решением, системы, финансируемые из налоговых поступлений, теоретически лучше сдерживают расходы, чем системы, финансируемые из фондов социального медицинского страхования. Однако установление потолка отнюдь не обязательно приводит к более эффективному распределению средств. Потолки могут быть установлены и на системы социального медицинского страхования — впрочем, только при наличии государственного регулирования, которое может натолкнуться на противодействие тех, кто стоит у власти в фондах социального медицинского страхования.

Частное медицинское страхование — особенно при наличии конкурирующих между собой коммерческих поставщиков — ассоциируется с высоким уровнем затрат ввиду дополнительных расходов на управление, маркетинг и размеры прибыли. Мотивации страховщиков или третьих сторон заметно влияют на стимулы к сдерживанию расходов. Частные страховщики заинтересованы во всемерном повышении прибыли (что стимулирует их к установлению высоких премий) и в минимизации расходов (что стимулирует их к «снятию сливок», пересмотру использования услуг с целью исключения необязательных процедур и исключению дорогостоящего лечения из числа услуг, покрываемых страховкой). Что касается мотивации государства в системах, финансируемых из налоговых поступлений, то она носит совершенно иной — политический — характер; впрочем, сдерживание расходов обычно входит в предвыборную программу.

Считается, что слишком высокие расходы на оплату труда, часто связанные с социальным медицинским страхованием, чреваты снижением конкурентоспособности экономики страны на мировом рынке. «Работа-западня», связанная с принципом «привязывания» страхования к месту работы, уменьшает гибкость рынка труда и тем самым может снизить эффективность экономики; впрочем, данные по этому вопросу не поддаются однозначной интерпретации.

Социальное медицинское страхование может повлиять на экономику и рынок труда в большей степени, чем налогообложение, поскольку взносы взимаются с зарплат и часть ответственности за взносы несут наниматели. Данные по США свидетельствуют о том, что частное медицинское страхование, предоставляемое

нанимателями, снижает мобильность рабочей силы. С другой стороны, в Германии, где членство в медицинских фондах определяется родом занятий, эффект «работы-западни» выражен слабо.

Наличие связи между финансированием и эффективностью распределения средств и технической эффективностью не доказано. Так или иначе, частное медицинское страхование, медицинские депозитные счета и сборы с пользователей влекут за собой более высокие административные расходы. Более того, эти системы сбора доходов влияют и на то, каким образом распределяются средства. Если не считать методов «управляемого лечения», используемых многими частными страховщиками, эти механизмы сбора доходов обнаруживают тенденцию к размещению средств через рынок; основной движущей силой служит наблюдаемый потребительский спрос.

На эволюцию систем здравоохранения влияют исторические, равно как и политические и технические факторы. Любые реформы механизмов финансирования здравоохранения, по-видимому, будут зависеть от сложившегося в данной стране социально-исторического контекста. Тем не менее внешние факторы — сильное экономическое давление, сдвиги в политической идеологии или системе социальных ценностей, внешние потрясения — вполне могут создать импульс для развития, отклоняющегося от исторической традиции.

Методы генерирования доходов действуют не в вакууме; их результативность зависит от контекста. Каким бы ни был метод накопления доходов, способность страны мобилизовать средства для здравоохранения в значительной степени определяется экономическими обстоятельствами. Экономический климат, сложившийся в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, не благоприятствовал накоплению доходов для нужд здравоохранения. Широкое распространение получили неофициальные платежи; основная проблема заключается в том, чтобы учредить (или восстановить) официальные механизмы платежей в контексте экономического спада или медленного экономического роста. Вложения в здравоохранение включают скрытые издержки, и в периоды экономических трудностей преимущество может перейти к другим секторам. Очевидно, что в ситуации военного конфликта большинство ресурсов страны может уйти на военные нужды; нарушение инфраструктуры и человеческие потери чреваты снижением производительности. Опора на ресурсы, генерируемые и управляемые правительством, особенно ненадежна ввиду оказываемого на правительство политического давления. В периоды высокой безработицы страдают методы, зависящие от размера взносов с зарплат. Сдвиг в сторону краткосрочных трудовых договоров, частичной занятости и гибкого рабочего дня и снижение среднего пенсионного возраста подрывают традиционную основу для получения права на социальное медицинское страхование; подобные изменения на рынке труда особенно дискриминируют женщин. Демографические изменения и изменения в структуре семьи влияют на предложение неофициальных форм лечения, что может привести к повышению спроса на официальное лечение и на услуги по долгосрочному уходу. На принятие решений могут влиять и сдвиги в структуре социальных ценностей. Однако по меньшей мере в Западной Европе идея государственного финансирования медицинских услуг все еще пользуется государственной поддержкой.

Смешанный характер большинства систем финансирования затрудняет оценку их результативности с точки зрения отдельных источников средств. Чтобы повысить результативность, нужно прежде всего тщательно сопоставить преимущества

и недостатки всех методов финансирования и связать их обсуждение с контекстом соответствующей страны.

Сноски

¹ Имеется в виду «систематическая оценка функционирования и/или результативности программы или политики в сравнении с набором открыто сформулированных или подразумеваемых стандартов — оценка, цель которой заключается в том, чтобы способствовать совершенствованию программы или политики» (Weiss 1998: 4).

² В этой книге широко использованы результаты Проекта Европейского сообщества (ECuity Project) — одного из немногих сравнительных эмпирических исследований по вопросу о справедливости при финансировании здравоохранения. Результаты Проекта были впервые опубликованы в 1992 г. В основе этой публикации — данные о расходовании средств семьями и хозяйствами, о семейных доходах и бюджетах, собранные в течение 1980-х гг.; в более поздней публикации учитывались данные конца 1980-х и начала 1990-х годов (Wagstaff and van Doorslaer 1992; Wagstaff *et al.* 1999). Читатель должен иметь в виду некоторые методологические моменты. Одни из них имеют отношение к сопоставимости и весомости данных: цели социологических опросов различны, демографическая единица определяется разными способами, доходы часто занижаются (особенно при наличии развитой теневой экономики). Другие моменты имеют отношение к методологии калькуляции: одна и та же шкала эквивалентности применялась для всех стран, невзирая на различия в составе семей и хозяйств; коэффициент Грини использовался для измерения неравенства доходов в отсутствие анализа чувствительности использования других коэффициентов. Наконец, результаты двух исследований не поддаются прямому сопоставлению, и различия между исследованиями не проверялись на предмет их статистической значимости (Wagstaff *et al.* 1999).

³ Положительное (указывающее на прогрессивность) значение для Испании в 1980 г. могло быть обусловлено дифференцированными и более высокими налогами на добавленную стоимость на предметы роскоши.

⁴ Сравнение прогрессивности и перераспределения доходов по разным странам связано с рядом методологических ограничений. Поэтому такие анализы следует интерпретировать с осторожностью. Во-первых, при ранжировании стран в соответствии с общим уровнем неравенства доходов нужно принять во внимание относительную значимость неравенства на разных точках шкалы доходов. Во-вторых, такие анализы должны быть чувствительны к использованным шкалам эквивалентности. В-третьих, анализы не предусматривают объяснения политических мер (это касается прежде всего данных, собранных Люксембургским центром по исследованию доходов). Наконец, анализы ориентированы прежде всего на денежные доходы и не учитывают пособий, выплачиваемых в натуральной форме (Atkinson *et al.* 1994; Mabbett and Bolderson 1999). Вот почему при обсуждении общего перераспределительного влияния систем финансирования на здравоохранение мы имеем в виду также долю пособий, выдаваемых в натуральной форме.

⁵ С тех пор финансовая база в Испании изменилась; ныне основным источником финансирования здравоохранения в этой стране служит налогообложение.

⁶ Это относится прежде всего к Германии, где лица с высоким уровнем рисков и высокими доходами часто предпочитают оставаться в государственной системе ввиду высокого размера премий частного медицинского страхования.

⁷ Различия между Восточной и Западной Германией отчасти обусловлены региональным экономическим неравенством.

⁸ В условиях социального медицинского страхования страховщики законодательно обязаны принимать всех заявителей. Поэтому маловероятно, чтобы отбор рисков привел к отказу в страховании вообще.

⁹ Лица, включенные в схемы социального страхования, хорошо чувствуют наличие прямой связи между взносами и пособиями. Вместе с тем связь между взносами и пособиями ослаблена, так как страховое покрытие распространяется и на неработающую часть населения.

¹⁰ В Саксонии соглашение не было достигнуто, поэтому наемные работники платят премию полнотью (1,35% заработка) (Schneider 1999; Wahner-Roedler *et al.* 1999).

¹¹ Среди стран коммунистического блока «советский стиль» организации здравоохранения не приняла только Югославия, где медицинские центры и больницы работали по принципу «самоуправления», не скованные централизованным планированием (Kunitz 1979).

Литература

Aday, L.A., Begley, C.E., Lairson, D.R. and Slater, C.H. (1998) *Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chicago, IL: Health Administration Press.

Addison, P. (1975) *The Road to 1945: British Politics and the Second World War*. London: Cape.

Atkinson, A., Rainwater, L. and Smeeding, T. (1994) *Income Distribution in OECD Countries: The Evidence from the Luxembourg Income Study (LIS)*. Luxembourg: LIS.

Banta, D. (1995) *An Approach to the Social Control of Hospital Technologies*, Current Concerns SHS Paper No. 10. Geneva: World Health Organization.

Bauer, T. and Riphahn, R.T. (1998) *Employment Effects of Payroll Taxes — An Empirical Test for Germany*, Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA). http://www.iza.org/publications/discussion_paper/dp11.pdf (accessed 5 March 2001).

Bocognano, A., Couffinal, A., Dumesnil, S. and Grignon, M. (2000) Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France, paper presented to the European Public Health Association Congress, Paris, 14-16 December. http://www.credes.fr/En_ligne/WorkingPaper/pdf/euphaac.pdf (accessed 5 March 2001).

Bonoli, G. (2000) *The Politics of Pension Reform: Institutions and Policy Change in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.

Burchardt, T., Hills, J. and Joseph Rowntree Foundation (1996) *Private Welfare Insurance and Social Security: Pushing the Boundaries*. York: York Publishing Services for the Joseph Rowntree Foundation.

Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Clasen, J. (ed.) (1997) *Social Insurance in Europe*. Bristol: Policy Press.

Commission on Taxation and Citizenship (2000) *Paying for Progress: A New Politics of Tax for Public Spending*. London: Fabian Society.

Culyer, A.J. and Wagstaff, A. (1993) Equity and equality in health and health care, *Journal of Health Economics*, 12: 431-57.

de Dobrovits, A. (1925) *Public Health Services in Hungary*. Geneva: League of Nations, Health Organization.

Department of Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. London: The Stationery Office.

Dixon, A. and Mossialos, E. (2000) Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency?, *International Social Security Review*, 53(4): 49-78.

Donelan, K., Blendon, R.J., Schoen, C., Davis, K. and Binns, K. (1999) The cost of health system change: public discontent in five nations, *Health Affairs*, 18(3): 206-16.

Elofsson, S., Unden, A.L. and Krakau, I. (1998) Patient charges — a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care, *Social Science and Medicine*, 46(10): 1375-80.

Ervik, R. (1998) *The Redistributive Aim of Social Policy: A Comparative Analysis of Taxes, Tax Expenditure Transfers and Direct Transfers in Eight Countries*. New York: Syracuse University Press.

- Evers, A. (1996) The new long term care insurance in Germany: characteristics, consequences and perspectives, in T. Harding, B. Meredith and G. Wistow (eds) *Options for Long Term Care: Economic, Social and Ethical Choices*. London: HMSO.
- Freeman, R. and Moran, M. (2000) Reforming health care in Europe, in M. Ferrera and M. Rhodes (eds) *Recasting European Welfare States*. London: Frank Cass.
- Fuchs, V.R. (1976) From Bismarck to Woodcock: the 'irrational' pursuit of national health insurance, *Journal of Law and Economics*, 19(2): 347-59.
- General Accounting Office (1995) *General Insurance Portability: Reform Could Ensure Continued Coverage for up to 25 Million Americans*. Washington, DC: US General Accounting Office.
- Glennester, H. (1997) *Paying for Welfare: Towards 2000*, 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Glied, S. (1997) *Chronic Condition: Why Health Reform Fails*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gruber, J. (1998) *Health Insurance and the Labor Market*, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, Inc. <http://www.nber.org/papers/w6762.pdf> (accessed 5 March 2001).
- Gruber, J. and Krueger, A.B. (1991) The incidence of mandated employer-provided insurance: lessons from workers' compensation insurance, in D. Bradford (ed.) *Tax Policy and the Economy*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Hills, J. (1995) Funding the welfare state, *Oxford Review of Economic Policy*, 11(3): 27–43.
- Hinrichs, K. (1995) The impact of German health insurance reforms on redistribution and the culture of solidarity, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(3): 653-87, 689-94.
- Hinrichs, K. (1997) *Social Insurances and the Culture of Solidarity: The Moral Infrastructure of Interpersonal Redistributions — with Special Reference to the German Health Care System*. Bremen: Centre for Social Policy Research, University of Bremen.
- Holland, W.W. and Stewart, S. (1998) *Public Health: The Vision and the Challenge*. London: Nuffield Trust.
- Holtz-Eakin, D. (1994) Health insurance provision and labor market efficiency in the United States and Germany, in R.M. Blank (ed.) *Social Protection Versus Economic Flexibility: Is there a Trade-off ?* Chicago: University of Chicago Press.
- Immergut, E.M. (1992) *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jaros, J. and Kalina, K. (1998) *Czech Health Care System: Delivery and Financing*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Jefferson, R.T. (1999) Medical savings accounts: windfalls for the healthy, wealthy and wise, *Catholic University Law Review*, 48(3): 685-723.
- Jonsson, B. and Musgrove, P. (1997) Government financing of health care, in G. J. Schieber (ed.) *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, 10-11 March 1997. Washington, DC: World Bank.
- Jourdain, A. (2000) Equity of a health system, *European Journal of Public Health*, 10(2): 138-42.
- Kaiser Family Foundation (2000) *State Reforms of Small Group Health Insurance*, Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. <http://www.kff.org/content/archive/1315/state.html> (accessed 5 March 2001).
- Kakwani, N.C. (1977) Measurement of tax progressivity: an international comparison, *Economic Journal*, 87(March): 71-80.
- Kangas, O. (2000) *Social Policy in Settled and Transitional Countries: A Comparison of Institutions and their Consequences*, Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health. <http://www.vn.fi/stm/english/tao/publicat/tandem/kangas/olli.htm> (accessed 5 March 2001).
- Kaser, M. (1976) *Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe*. London: Croom Helm.
- Kingdon, J.W. (1984) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston, MA: Little, Brown.
- Klavus, J. and Hakkinen, U. (1998) Micro-level analysis of distributional changes in health care financing in Finland, *Journal of Health Services Research and Policy*, 3(1): 23-30.
- Korpi, W. (2001) Contentious institutions: an augmented rational-actor analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in the western countries, *Rationality and Society*, 13(2): 235-83.

- Kunitz, S.J. (1979) Health care and workers' self-management in Yugoslavia, *International Journal of Health Services*, 9(3): 521-37.
- Laidlaw, D.A., Bloom, P.A., Hughes, A.O., Sparrow, J.M. and Marmion, V.J. (1994) The sight test fee: effect on ophthalmology referrals and rate of glaucoma detection, *British Medical Journal*, 309: 634-6.
- Le Grand, J. (1978) The distribution of public expenditure: the case of health care, *Economica*, 45: 125-42.
- Le Grand, J. (1982) *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. London: Allen & Unwin.
- Le Grand, J. (1991a) *Equity and Choice: An Essay in Applied Economics and Philosophy*. London: HarperCollins Academic.
- Le Grand, J. (1991b) The distribution of health care revisited: a commentary on Wagstaff, van Doorslaer and Paci, and O'Donnell and Propper, *Journal of Health Economics*, 10(2): 239-45.
- Light, D.W. (1992) Equity and efficiency in health care, *Social Science and Medicine*, 35(4): 465-9.
- Lutz, P.F. and Schneider, U. (1998) Der soziale Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung [Income redistribution under Germany's statutory health insurance scheme], *Jahrbucher fur Nationalokonomie und Statistik*, 217(6): 718-40.
- Mabbett, D. and Bolderson, H. (1999) Theories and methods in comparative social policy, in J. Clasen (ed.) *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*. Oxford: Blackwell.
- Manning, W.G., Keeler, E.B., Newhouse, J.P., Sloss, E.M. and Wasserman, J. (1989) The taxes of sin. Do smokers and drinkers pay their way?, *Journal of the American Medical Association*, 261(11): 1604-9.
- Mastilica, M. and Bozиков, J. (1999) Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity, *Croatian Medical Journal*, 40(2): 152-9.
- Mills, A., Bennett, S. and Russell, S. (2001) *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Hampshire: Palgrave.
- Moon, M., Nichols, L.M. and Wall, S. (1996) *Medical Savings Accounts: A Policy Analysis*, Washington, DC: Urban Institute. <http://www.urban.org/pubs/HINSURE/MSA.htm> (accessed 5 March 2001).
- Mossialos, E. (1998) *Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey*. Brussels: European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs.
- Mossialos, E. and King, D. (1999) Citizens and rationing: analysis of a European survey, *Health Policy*, 49(1-2): 75-135.
- Muller, R., Braun, B. and Gress, S. (2000). *Allokative und distributive Effekte von Wettbewerbselementen und Probleme ihrer Implementation in einem sozialen Gesundheitswesen am Beispiel der Erfahrungen in den Niederlanden [Allocative and Distributional Effect of Competition and Problems with its Implementation in a Social Health Care System, the Example of the Netherlands]*. Bremen: University of Bremen.
- National Forum on Health (Canada) (1998). *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere*. Quebec: Editions MultiMondes.
- Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993) *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nonneman, W. and van Doorslaer, E. (1994) The role of the sickness funds in the Belgian health care market, *Social Science and Medicine*, 39(10): 1483-95.
- OECD (1994) *The OECD Jobs Study Evidence and Explanation. II. The Adjustment Potential of the Labour Markets*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2000) *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Putnam, R.D., Leonardi, R. and Nanetti, R. (1993) *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Scheiwe, K. (1997) *New Demands for Social Protection — Changing Family Structures, Women's Roles and Institutional Responses. The Case of the German Long-term Care Insurance*.
- Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (Mannheim Centre for European Social Research).

Schmahl, W. (1998) Financing social security in Germany: proposals for changing its structure and some possible effects, in S.W. Black (ed.) *Globalization, Technological Change and Labor Markets*. Dordrecht: Kluwer Academic.

Schneider, U. (1999) Germany's social long-term care insurance: design, implementation and evaluation, *International Social Security Review*, 52(2): 31-74.

Schroetter, H. (1923) *Public Health Services in Austria*. Geneva: League of Nations, Health Organization.

Schwarz, E. (1996) Changes in utilization and cost sharing within the Danish National Health Insurance dental program, 1975-90, *Acta Odontologica Scandinavica*, 54(1): 29-35.

Summers, L. (1989) Some simple economics of mandated benefits, *American Economic Review*, 79(2): 177-83.

Swiss Federal Statistical Office (2000) *Burden of Taxation*, Neuchatel: Swiss Federal Statistical Office. http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber18/eu1803.htm (accessed 5 March 2001).

Thatcher, M. (1993) *The Downing Street Years*. London: HarperCollins.

Townsend, J., Roderick, P. and Cooper, J. (1994) Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity, *British Medical Journal*, 309(6959): 923-7.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. *et al.* (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-314.

Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (1992) Equity in the finance of health care: some international comparisons, *Journal of Health Economics*, 11(4): 361-87.

Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (1997) Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands, *Journal of Health Economics*, 16(5): 499-516.

Wagstaff, A., Rutten, F. and van Doorslaer, E. (eds) (1993) *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. *et al.* (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18: 263-90.

Wahner-Roedler, D.L., Knuth, P. and Juchems, R.H. (1999) The German *Pflegeversicherung* (long-term care insurance), *Mayo Clinic Proceedings*, 74(2): 196-200.

Weiss, C.H. (1998) *Evaluation*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Whitehead, M., Evandrou, M., Haglund, B. and Diderichsen, F. (1997) As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?, *British Medical Journal*, 315(7114): 1006-9.

Zandvakili, S. (1994) Income distribution and redistribution through taxation: an international comparison, *Empirical Economics*, 19: 473-91.

Предметный указатель

- Австралия
частное медицинское страхование, 133-134
- Австрия
добровольное медицинское страхование, 158
метод стратегического распределения средств, 286
- Англия
установление подушевого финансирования, 282
- Бельгия
установление подушевого финансирования, 284
- Бисмарковская модель страхования, 18, 89
- Болгария
сборы с пользователей, 198, 191
- Брукингсовская модель, 253, 263
- Великобритания
добровольное медицинское страхование, 145, 151, 156
исторический контекст механизмов финансирования, 320
прогноз финансирования долгосрочного ухода, 254
расходы на зарплату и международная конкурентоспособность, 316
сборы с пользователей, 196-197
- Взносы социального медицинского страхования, 95
- Гана
опыт применения сборов с пользователей, 238
- Германия
добровольное медицинское страхование, 143-145, 151
замещающее страхование, 143
исторический контекст механизмов финансирования, 320
мобильность рабочей силы и гибкость рынка труда, 315
модель социального медицинского страхования, 308
прогноз финансирования долгосрочного ухода, 255
расходы на зарплату и международная конкурентоспособность, 316
реформа социального медицинского страхования, 177
сборы с пользователей,
социальное медицинское страхование, 64, 68, 72-79
установление подушевого финансирования, 278
частное медицинское страхование, 303
- Греция
метод стратегического распределения средств, 286
- Дания
доступ к страхованию, 312
- Децентрализация и создание финансовых пулов, 107
- Джексонхолская группа, 126-127, 131
- Добавочное страхование, 145, 154, 169
- Добровольное медицинское страхование, 142
административные и маркетинговые

330 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

- расходы, 165-166
- и социальная справедливость, 167-169
- информационная асимметрия, 154
- налоговые стимулы к покупке услуг, 146-149
- регулирование рынка, 149-150
- результативность, 161
- спрос на услуги, 150
- стоимость медицинских услуг, 164
- структура рынка, 149-151
- типология страховщиков, 152-153, 169
- три типа, 143-145
- уровни расходов и компенсаций, 145-146
- финансовое уравнивание страховщиков, 158-159
- функционирование, 155
- Долгосрочный уход, 248
 - государственные и частные услуги, 252
 - и личные сбережения, 261
 - и частное медицинское страхование, 262
 - модели финансирования, 256-257
 - официальная и неофициальная модели, 250
 - поддержка деньгами и натурой, 252
 - предоставление услуг, 250
 - прогнозы относительно финансирования, 253
 - смешанные государственно-частные подходы, 267
 - схемы государственного финансирования, 264
- Дома престарелых и уход на дому, 144, 153, 251
- Дополняющее страхование, 144-145, 154, 169
- Доступ к страхованию, 76
 - в странах с низким и средним уровнем жизни, 310
- Замбия
 - территориальное медицинское страхование, 236
- Замещающее страхование, 143, 169
- Индексный подход к подушевому финансированию, 283
- Информационная асимметрия, 154
- Ирландия
 - добровольное медицинское страхование, 147
 - метод стратегического распределения средств, 279, 286
- Испания
 - добровольное медицинское страхование, 144-145
 - замещающее страхование, 143
 - установление подушевого финансирования, 278
- Италия
 - установление подушевого финансирования, 279
- Канада
 - налоговое финансирование здравоохранения, 41
 - обязательное частное медицинское страхование (Квебек), 53
- Киргизия
 - младенческая и детская смертность в богатых и бедных семьях, 117
 - создание финансовых пулов, 106
- Клинтон, Билл, 315
- Личные сбережения и долгосрочный уход, 261
- Льготы и пособия добровольного медицинского страхования, 156
- Льготы и пособия частного медицинского страхования, 123
- Люксембург
 - метод стратегического распределения средств, 286
- Матричный подход к подушевому финансированию, 283-284
- Медицинские депозитные счета, 6-7, 24
 - и социальная справедливость, 304
- Медицинские фонды особенности организации в разных странах Западной Европы, 68
- Методы стратегического распределения средств, 275-281
- Методы финансирования здравоохранения сильные и слабые стороны, 14
- Механизмы финансирования и исторический контекст, 319
 - и контроль за расходами, 48-50
- Мобильность рабочей силы и гибкость рынка труда, 314
- Моральный риск, 106, 159, 182
- Моральный соблазн, 199
- Налоги
 - кому платят и сколько?, 45-48
 - кто платит и какую долю?, 36-43
 - кто получает и когда?, 44-45
 - общегосударственные и местные, 16
 - общие и адресные, 17
 - прямые и косвенные, 4,15
- Налогово-затратные субсидии, 50-53

- Налоговые стимулы к покупке услуг
добровольного медицинского страхования,
146
- Налогообложение
в странах Центральной и Восточной
Европы и бывшего СССР, 99-100, 104
и альтернативы, 34
и перераспределение средств, 52
и социальная справедливость, 300, 305
- Негативный отбор, 125, 155
- Неофициальные платежи, 26-27, 177
значение, 207-208
и социальная справедливость, 208-209
исторический контекст, 204
масштабы, 211
политические следствия, 221
причины роста в переходный период, 205
размеры, 209-211
- Нидерланды
добровольное медицинское страхование,
143
замещающее страхование, 143
реформа социального медицинского
страхования, 76-77
социальное медицинское страхование,
74, 302
установление подушевого финансирования,
284
- Норвегия
установление подушевого финансирования,
284
- Нормы прибыли добровольного медицинского
страхования, 164
- Ограниченность и наращивание ресурсного
потенциала, 242-243
- Отбор рисков, 157-158
- Платежи наличными
в странах Центральной и Восточной
Европы и бывшего СССР, 102
и социальная справедливость, 304, 306
Подушевое финансирование, 277
и социальная справедливость, 279
и эффективность, 280
матричный и индексный подходы, 283-284
- Португалия
установление подушевого финансирования,
276
- Премии добровольного медицинского
страхования, 155-156
- Премии частного медицинского страхования,
125
- Прогрессивное финансирование, 281
- Проект Европейского сообщества (ECuity
Project), 41, 43, 81
- Перспективное распределение средств, 281-286,
- Разделение затрат, 25
в странах Центральной и Восточной
Европы и бывшего СССР, 179
и социальная справедливость, 196
и эффективность, 182, 195
обзор по странам Европы, 179-194
прямое, 177-178
- Расходование средств тенденции, 115
- Расходы на здравоохранение
влияние различных факторов, 12-14
структурные различия между странами, 12
- Регрессивное финансирование, 56
- Регулирование и принуждение, 53-54
- Регулирование рынка
частного медицинского страхования, 126
- Ресурсный потенциал, 229
внутренний и внешний, 236-237
- Реформы
в странах с низким и средним уровнем
жизни, 241-244
- Реформы социального медицинского
страхования, 76-78
- Россия
создание финансовых пулов, 106
страховые фонды, 112
- Рынок для частного медицинского страхования,
122
- Рынок добровольного медицинского
страхования, 152-155
- Рыночные трудности в частном медицинском
страховании, 123
- Сбор доходов, 3-4
- Сборы с пользователей, 47, 145
в Гане, 238
в странах Центральной и Восточной
Европы и бывшего СССР, 180
и социальная справедливость, 196
с точки зрения общественности, 196
- Сдерживание расходов, 279
- Семашко, Николай, 18
- Сильные и слабые стороны различных методов
финансирования, 14
- Сингапур
медицинские депозитные счета, 23, 135-136
- Снятие сливок, 125-126, 157, 170
- Создание финансового пула, 6

332 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

- Создание финансовых пулов
 - в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 105
 - и децентрализация, 107
- Социальная опека и здравоохранение, 249-250
- Социальная справедливость
 - в вертикальной плоскости, 167
 - в горизонтальной плоскости, 168
 - и добровольное медицинское страхование, 157, 167
 - и медицинские депозитные счета, 304
 - и налогообложение, 300, 305
 - и неофициальные платежи, 208-209
 - и подушевое финансирование, 279
 - и сборы с пользователей, 199, 239
 - и социальное медицинское страхование, 300, 305
 - и финансовая защита в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 116
 - и частное медицинское страхование, 125, 128, 138
- Социальное медицинское страхование, 18
 - в Германии и Нидерландах, 20, 64
 - в странах с низким и средним уровнем жизни, 101
 - в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 19, 80, 95
 - в Таиланде, 232
 - и налоговое финансирование, 81-82
 - и перераспределение средств, 308
 - и социальная справедливость, 76, 81
 - менее принципиальные особенности, 66
 - основные признаки, 65
 - особенности систем в различных странах Западной Европы, 67, 76
 - реформирование западноевропейских систем, 76-78
 - сильные и слабые стороны, 19-20, 79
- Ссуды, субсидии и дотации
 - сильные и слабые места, 27
- Стокгольмский округ
 - интенсивность использования услуг, 312
 - установление подушевого финансирования, 284
- Страны с низким и средним уровнем жизни
 - доступ к страхованию, 310
 - опыт финансирования здравоохранения, 228-229
 - особенности здравоохранения, 228
- Стратегическое распределение средств, 274
 - методы и цели, 275
 - методы, принятые в разных странах Западной Европы, 286
 - подушевое финансирование, 276
 - различные схемы, 278-279
- Страхование на случай долгосрочного ухода, 262
 - государственная поддержка, 263
 - схемы государственного финансирования, 264
- Схема-треугольник, 2-3
- США
 - доступ к страхованию, 310
 - медицинские депозитные счета, 23-24, 136-137, 304
 - мобильность рабочей силы и гибкость рынка труда, 315
 - налоговое финансирование здравоохранения, 40
 - прогноз финансирования долгосрочного ухода, 263
 - расходы на зарплату и международная конкурентоспособность, 315-316
 - частное медицинское страхование, 39, 126, 129, 131-132
 - эксперимент RAND, 182, 199
 - эффективность распределения средств, 317
- Таиланд
 - социальное медицинское страхование, 232
- Территориальное медицинское страхование, 234-235
- Техническая эффективность финансирования, 318
- Тэтчер, Маргарет, 320
- Уход на дому и в домах престарелых, см. дома престарелых
- Факторы потребностей, 287
- Факторы, влияющие на расходы, 12
 - модели, 250, 256-257
 - отношение общественности к различным альтернативам, 268-271
 - прогнозы, 253
- Финансирование здравоохранения
 - в странах с низким и средним уровнем жизни, 104-105
 - и перераспределение средств, 105
 - и экономика в целом, 314
 - институциональные проблемы в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 107
 - ключевые характеристики в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 91

- организационные стимулы в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 110
- организационные формы в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 107-108
- реформа в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, 88
- сопоставление альтернатив, 299
- стратегическое распределение средств, 274
- техническая эффективность, 117-118
- эффективность распределения средств, 317
- Финансовое уравнивание страховщиков, 158-159
- Формула финансирования, 3
- Франция
 - добровольное медицинское страхование, 167
 - дополняющее страхование, 145
 - доступ к страхованию, 311
 - расходы на зарплату и международная конкурентоспособность, 316
 - реформа социального медицинского страхования, 78
 - социальное медицинское страхование, 67-72
 - установление подушевого финансирования, 280
- Функции систем здравоохранения, 4
- Центральная и Восточная Европа и бывший СССР
 - доступ к страхованию, 310
 - исторический контекст механизмов финансирования, 319
 - макроэкономический контекст, 91
 - неофициальные платежи, 26
 - растущая роль платежей наличными, 102
 - реформа финансирования здравоохранения, 88
 - роль общего налогообложения, 99-100, 104
 - сборы с пользователей, 198
 - социальное медицинское страхование, 18-19, 101
 - тенденции в области финансовой защиты и социальной справедливости, 116-117
 - тенденции расходования средств на здравоохранение, 8
 - три группы стран, 88-89, 95, 99, 108
- Частное медицинское страхование
 - в неевропейских странах, 131, 133-134
 - государственная поддержка, 22
 - и долгосрочный уход, 22
 - обязательное, 53-54
 - рынок, 122
 - сильные и слабые стороны, 123
 - эффективность, 128-130
- Чили
 - частное медицинское страхование, 125, 134
- Швейцария
 - обязательное частное медицинское страхование, 53, 132
 - социальное медицинское страхование, 75
 - установление подушевого финансирования, 278
 - частное медицинское страхование, 132
- Швеция
 - доступ к страхованию, 311
 - сборы с пользователей, 198
 - установление подушевого финансирования, 284
- Шотландия
 - установление подушевого финансирования, 282
- Эффективность и подушевое финансирование, 280

ООО Издательство «Весь Мир» является официальным дистрибьютором публикаций международных организаций в Российской Федерации

Наш адрес: 101831, Россия, Москва, Колпачный переулок, 9а
Тел.: (095) 923-68-39, 923-85-68
Факс: (095) 925-42-69
e-mail: vesmirorder@vesmirbooks.ru
<http://www.vesmirbooks.ru>

В Издательстве можно приобрести
или заказать по каталогу
любые издания международных организаций

**ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
АЛЬТЕРНАТИВЫ ДЛЯ ЕВРОПЫ**

Подготовка к печати русского издания —
Отдел международных изданий Издательства «Весь Мир»
Выпускающий редактор: Буюнова К.В.
Руководитель отдела: Поликанин А.А.

Руководитель производственного отдела: Кузнецова Н.А.
Верстка: Харламов М.Б.

Лицензия ИД № 03510 от 15.12.2000 («Весь Мир»)
Подписано в печать 05.09.2002
Печать офсетная. Формат 70×100 ¹/₁₆. Печ. л. 22,0

ООО Издательство «Весь Мир»
101831, Москва-Центр, Колпачный пер., 9а

Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы.

Проблема сбора достаточного количества средств для финансирования расходов здравоохранения является предметом заботы почти всех политических деятелей. В книге исследуются недостатки и преимущества механизмов финансирования, существующих в настоящее время в разных странах Европы. На основе междисциплинарного анализа по отдельным странам проводится оценка относительных долей разных способов привлечения ресурсов, включая социальное, добровольное и другие виды страхования, самостоятельную оплату лечения и возможности совместного финансирования. Все главы написаны ведущими аналитиками в области систем здравоохранения, которые проанализировали последние данные и практический опыт разных стран Восточной и Западной Европы. В первой, вводной главе представлен обзор методов финансирования, которые разбираются в следующих главах.

Книга *Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы* предназначена для управленческого персонала и экономистов, работающих в области здравоохранения, политиков и студентов медицинских специальностей.

Редакторы:

Элайас Моссиалос — руководитель научно-исследовательских работ Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, преподаватель Лондонской школы экономических и политических наук, Великобритания.

Анна Диксон — научный сотрудник Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, преподаватель Лондонской школы экономических и политических наук, Великобритания.

Жозеп Фигерас — председатель секретариата и руководитель научно-исследовательских работ Совета по наблюдению за европейскими системами здравоохранения, председатель Европейского центра политики в области здравоохранения (Европейское управление Всемирной организации здравоохранения), Копенгаген, Дания.

Джо Кутцин — старший советник-резидент Европейского управления Всемирной организации здравоохранения при Министерстве здравоохранения Киргизии, Бишкек.

Список авторов:

Сара Беннетт, Райнхард Буссе, Анна Диксон, Роберт Ивенс, Жозеп Фигерас, Мелитта Якаб, Мартин Кнапп, Джо Кутцин, Морин Льюис, Алан Майнард, Энн Миллз, Элайас Моссиалос, Чарлз Норманд, Александр С. Прекер, Найджел Райс, Рэй Робинсон, Бекки Сэндху, Маркус Шнайдер, Питер К. Смит, Сара М. С. Томсон, Рафаэль Виттенберг.

