

Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы

Введение

Системам здравоохранения приходится приспосабливаться к постоянно меняющимся и часто конкурирующим потребностям в финансовых средствах. Чтобы система функционировала на должном уровне, она должна располагать достаточными средствами для инвестиций в здания и оборудование, покрытия расходов на обучение персонала, оплаты труда персонала, покупки лекарств и других расходуемых материалов. На долю тех, кто разрабатывает политику в области здравоохранения и планирует работу систем здравоохранения, приходится решение важнейших задач по сбору доходов и созданию финансовых пулов. Цель настоящего реферата — обобщить существующие проблемы и указать возможные пути к их решению с учетом международного опыта. Вначале рассматриваются различные источники доходов, затем — воздействие различных систем финансирования на решение конкретных социальных, политических и экономических задач. Наконец, рассматриваются

проблемы реализации принятых решений и некоторые более широкие аспекты, которые необходимо иметь в виду деятелям, несущим ответственность за разработку политической линии.

Различные источники доходов

Согласно принятой классификации, одни системы здравоохранения финансируются из фондов социального медицинского страхования, тогда как другие — из налоговых поступлений. Эта классификация вносит определенную путаницу, поскольку в ней метод сбора доходов смешивается с исторически сложившейся моделью покупки и предоставления медицинских услуг. Представив сбор доходов, создание пулов, покупку услуг и предоставление услуг как самостоятельные функции (см. рис. 1), мы сможем проанализировать влияние каждой из них по отдельности. Здесь речь пойдет главным образом о сборе доходов и, в меньшей степени, о

Все проблемы, затронутые в этом резюме, подробно обсуждаются в работе: Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон, Ж. Фигераса, Дж. Кутцина // Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Бакингам, издательство Open University Press, 2002. По мере необходимости мы ссылаемся на это издание.

Рисунок 1. Функции систем здравоохранения



Источник: MURRAY, C. J. and FRENK J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 717–31 (2000).

связанных с ним схемах объединения (пулинга) рисков.

Различаются четыре метода сбора доходов: налогообложение, социальное страхование, добровольное страхование и платежи из кармана потребителя (сборы с пользователей). Опишем каждый из них в отдельности.

Налогообложение

Типы налогообложения:

- Прямое или косвенное
- Общее или целевое
- Национальное или местное.

Налоги взимаются правительственными органами и обязательны для всех резидентов. Налоги могут взиматься либо с физических лиц, хозяйств и фирм (прямые налоги), либо со сделок и прибыли (косвенные налоги). Подходящий налог — разновидность прямого налога;

его ставка определяется уровнем дохода. Некоторые виды доходов могут быть освобождены от налогообложения (таковы доходы с личных сбережений, отложенных на медицинские нужды). Некоторые формы расходов могут подлежать налогообложению (таковы платежи за медицинские услуги из кармана потребителя или премии добровольного медицинского страхования).

Налоги могут быть общими или целевыми (адресными). Общие налоги обычно объединяются в пул, а затем распределяются согласно принятому бюджету. Здравоохранение может финансироваться и из целевых налогов. Целевое налогообложение может быть как твердым (размер расходов определяется размером доходов), так и мягким (средства, полученные благодаря целевому налогообложению, играют вспомогательную роль в общей структуре расходов и используются для покрытия

возникающего дефицита). Так, во Франции на здравоохранение выделяется фиксированная доля общего социального налога (ОСН). Однако ОСН покрывает только часть расходов, тогда как дефицит традиционно финансируется из дополнительных государственных фондов.

Сбором налогов занимаются национальные, региональные или местные органы. В тех случаях, когда полномочия по сбору налогов переданы органам более низкого уровня, может существовать особый механизм географического перераспределения средств. Делегирование полномочий по сбору доходов обычно сопровождается делегированием ответственности за покупку и предоставление услуг. Из местных налогов финансируется значительная часть расходов на здравоохранение в Болгарии, Дании, Италии (с 2000 года), Норвегии, Финляндии и Швеции.

Социальное медицинское страхование¹

Основные черты социального медицинского страхования:

- Связь размера взносов с размером доходов согласно варьирующим или единообразным ставкам;
- Обязательность для всех или для большинства населения;
- Обязанности по оплате взноса поделены между нанимателем и наемным работником или другим агентом;
- Единый фонд или в несколько фондов;
- Назначенное членство или выбор страховщика;
- Верхний и нижний пороги доходов для плательщиков

Социальное медицинское страхование носит обязательный характер для всего

населения или для его части. Размер взносов социального медицинского страхования не связан с риском. Взносы социального медицинского страхования отделены от других обязательных налогов или сборов. Обычно они взимаются официальным (назначенным) сторонним плательщиком, сохраняющим определенную независимость от правительственных органов. Взносы обычно рассчитываются как часть от суммы доходов. Теоретически ставки взносов могут различаться в зависимости от доходов, однако на практике этого не происходит. В одних странах (например, в Нидерландах) принята единообразная ставка, тогда как в других (например, в Германии) ставки могут различаться в зависимости от фонда. В Австрии ставки взносов варьируют в зависимости от типа занятости. Ставки взносов могут устанавливаться правительством (например, во Франции и Нидерландах), ассоциацией страховых фондов (в Люксембурге) или отдельными фондами (в Германии). Могут существовать верхние и нижние пороги доходов, выше и ниже которых взносы не взимаются (Австрия, Германия, Люксембург). Часть взноса обычно оплачивается нанимателем, другая часть — наемным работником; в разных странах доля нанимателя и работника может существенно различаться.

Сбором взносов социального медицинского страхования могут заниматься отдельные фонды (Германия), ассоциация фондов (Люксембург), центральный фонд (Нидерланды), местные филиалы (Франция). В одних странах функционирует единый национальный фонд, в других — несколько фондов. В одних странах членство в фондах опре-

¹ Основные черты западноевропейского социального медицинского страхования обобщены в табл. 3.1 из книги «Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы», а особенности социального медицинского страхования в странах Восточной Европы — в табл. 4.3 из той же книги.

деляется родом занятий и/или местожительством (Австрия), в других каждый житель имеет право свободного выбора фонда (Бельгия, Чехия, Германия, Нидерланды). При наличии конкурентной борьбы между фондами обычно существует механизм, обеспечивающий объединение (пулинг) рисков либо путем централизованного распределения средств (Нидерланды), либо путем перераспределения средств между фондами (Германия).

Право на участие в системе социального медицинского страхования основывается, как правило, на статусе взноса. Однако в тех странах, где предусмотрено всеобщее покрытие расходов на здравоохранение (как во Франции и многих странах Восточной Европы), право на участие в системе социального медицинского страхования может основываться на факте проживания в данной стране и/или на гражданстве. Страховое покрытие неработающих и материально зависимых лиц осуществляется их работающими супругами, родителями или опекунами. Взносы за неработающих могут делаться государством (путем налоговых трансфертов) или другими органами, в том числе пенсионными фондами и фондами страхования по безработице.

Для граждан, не охваченных обязательным социальным медицинским страхованием, в некоторых странах (например, в Германии) предусмотрена возможность добровольного членства. Для лиц, не имеющих права на участие в системе социального медицинского страхования, могут быть предусмотрены другие механизмы покрытия расходов на здравоохранение — такие, как параллельная система финансирования из налоговых поступлений или соци-

альной помощи или покупка услуг добровольного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование²

Типы добровольного медицинского страхования:

- Замещающее, добавочное или дополняющее;
- Коммерческие и некоммерческие страховщики;
- Покупка услуг самим индивидом или его работодателем;
- С учетом индивидуальных рисков, по территориальному принципу или по групповому принципу

Добровольное медицинское страхование приобретается и оплачивается по усмотрению индивида или работодателя, действующего от его имени. Добровольное медицинское страхование может предоставляться либо государственными и квазигосударственными органами, либо коммерческими или некоммерческими частными организациями (Mossialos and Thomson 2002). В большинстве стран Европейского союза (ЕС) премии добровольного медицинского страхования составляют менее 10% общих расходов на здравоохранение; исключение составляют Франция (12,2%) и Нидерланды (17,7%). Что касается Бельгии, Великобритании, Греции, Дании, Испании, Италии, Люксембурга, Португалии, Финляндии и Швеции, то в этих странах взносы добровольного медицинского страхования составляют заметно меньше 5% от общей суммы расходов. В странах Центральной и Восточной Европы добровольное медицинское страхование играет еще более скромную роль. Вместе с тем роль добровольного медицинского страхования важна с политиче-

2 Добровольное медицинское страхование иногда именуют также частным, что не совсем точно, так как некоторые страховые полисы предоставляются государственными органами.

ской точки зрения, особенно в связи с социальным страхованием и методами государственного регулирования.

Частное медицинское страхование может быть единственной формой страхового покрытия индивида (замещающее страхование); оно может предоставлять полное или частичное покрытие расходов на услуги, не оплачиваемые или не полностью оплачиваемые государственной системой здравоохранения (дополняющее страхование); наконец, оно может служить расширению потребительского выбора и ускорению доступа к лечению (добавочное страхование). В Германии лица, зарабатывающие свыше 3375 евро в месяц, имеют право выйти из схемы социального медицинского страхования и, следовательно, воспользоваться добровольным страхованием. Выбор в пользу выхода из государственной схемы делает лишь каждый четвертый из них.

Премии, как правило, начисляются с учетом рисков конкретного индивида, совокупного риска всех работников фирмы (групповой принцип) или всех жителей определенной местности (территориальный принцип). Метод уравнивания рисков между страховщиками может использоваться для предотвращения практики отбора лиц с низким уровнем рисков (такую практику именуют «снятием сливок»).

Для поощрения покупки добровольного медицинского страхования может использоваться скидка с налога (то есть возможность удержания расходов с общего дохода до начисления налога) или налоговый кредит (скидка на налоговые обязательства индивида или хозяйства). Вместе с тем налоговые субсидии приводят к снижению чистого дохода от налогов и поэтому должны рассматриваться как расход.

Среди других методов регулирования частных страховщиков — открытый прием (то есть требование, чтобы страховщики предоставляли свои услуги всем заявителям), пожизненное покрытие (требование, чтобы страховщики предоставляли пожизненные, а не ежегодно продлеваемые полисы), установление стандартного пакета услуг (требование, чтобы во все страховые полисы был включен определенный минимум льгот и пособий). Законодательство ЕС предостерегает государства-члены от регулирования цен и льгот добровольного медицинского страхования, за исключением замещающего медицинского страхования³.

Платежи из кармана потребителя

Платежи из кармана потребителя

- Официальные или неофициальные платежи;
- Совместные платежи, сострахование, франшиза;
- Схемы освобождения от платежей;
- Дифференцированные ставки в некоторых странах;
- Ежегодный лимит на размер платежей.

В большинстве стран от больных требуется, чтобы они сами покрывали часть расходов на свое лечение. Взимание сборов с потребителей обусловлено двумя мотивами: снизить уровень излишнего или чрезмерного использования услуг и повысить уровень дополнительных доходов. В основе первого мотива — ценовая эластичность здравоохранения (повышение цены на услуги приводит к снижению спроса). В основе второго мотива — ценовая неэластичность здравоохранения (повышение цены не приводит к отказу пользователей от услуг). Однако ввиду чрезмерного предложения медицинских ус-

³ Страны, ожидающие приема в ЕС, также должны иметь в виду это обстоятельство при реформировании или регулировании системы добровольного медицинского страхования.

РАМКА 1

Сборы с пользователей в Западной Европе

В Западной Европе практика сборов с пользователей пользуется широкой поддержкой как источник дополнительных доходов там, где граждане не готовы финансировать услуги здравоохранения путем повышения налогов или взносов. Считается также, что в отсутствие сборов с пользователей, когда расходы больных несет сторонний плательщик (государственный или частный страховщик), спрос на оплачиваемые медицинские услуги может превзойти разумный уровень и тем самым привести к непомерному росту расходов (проблема так называемого морального риска).

Судя по имеющимся данным, схемы разделения затрат в странах Европейского союза могут быть весьма сложными, а внедрение таких схем и управление ими может стоить дорого. Поэтому их роль в качестве метода получения дополнительных доходов ограничена. Сказанное касается прежде всего тех случаев, когда ради социальной справедливости и сплоченности уязвимые группы населения освобождаются от сборов.

Исследования показывают, что разделение затрат снижает уровень использования как необходимых, так и ненужных услуг. Практика сборов с пользователей непропорционально сильно влияет на уровень использования услуг относительно бедными слоями населения. Аналогичным образом эта практика влияет и на уязвимые группы (стариков, хронических больных) независимо от уровня их

доходов. Следовательно, разделение затрат, как средство снижения спроса или получения доходов, может быть менее экономически целесообразным, чем альтернативные политические инструменты.

Практика сборов с пользователей имеет серьезное политическое значение. Так, британская Государственная служба здравоохранения была основана в 1948 г. по принципу бесплатного обслуживания на месте оказания медицинской помощи. Решения ввести сборы с пользователей за очки в 1950-х приводили к заметным политическим осложнениям и даже к отставкам министров. Позднейшие предложения повысить сборы, как правило, также наталкивались на серьезное противодействие. Повышение сборов в 1990-х годах в Германии вызвало активную политическую дискуссию, особенно во время федеральной избирательной кампании 1998 года; возможно, оно отчасти предопределило поражение консервативно-либеральной коалиции. В Швеции сборы с пользователей взимаются у всех, независимо от уровня доходов. Для защиты лиц с хроническими болезнями и представителей других уязвимых групп от неприемлемо высоких расходов устанавливается ежегодный потолок суммы сборов. По достижении этого потолка сборы перестают взиматься. То обстоятельство, что никто не освобождается от сборов, вызывает постоянную обеспокоенность по поводу социальной справедливости; вокруг проблемы реформирования системы сборов продолжается политическая дискуссия.

луг (так называемый моральный риск со стороны поставщиков; см. рамку 1) сборы с пользователей приводят к повышению интенсивности использования услуг для каждого больного. С другой стороны, сборы с пользователей удерживают больных от обращения как за необходимыми, так и за излишними услугами.

Некоторые платежи наличными покрывают часть стоимости услуг, которые в остальном оплачиваются из фондов государственного или частного страхования. Платежи наличными взимаются за услуги, полностью исключенные из государственного или част-

ного страхования, а также за услуги, которые теоретически должны оплачиваться из страховых фондов, но доступ к которым затруднен из-за больших очередей или недостатка мощностей; в этих условиях больные могут предпочесть прямую покупку услуг в частном секторе. Наконец, в некоторых странах больным приходится давать деньги за услуги, которые, в принципе, должны полностью оплачиваться государственным сектором (неофициальные платежи).

Официальные сборы с пользователей

Уровень сборов с пользователей и ассортимент услуг, за которые они взимаются, в разных странах неодинаковы. Сборы могут взиматься как единой ставкой за каждую услугу (разделение платежей), как процент общей стоимости услуги (страхование) или как фиксированная сумма, расходы сверх которой покрываются страховщиком (франшиза). Можно установить ежегодный предел платежей наличными; все расходы ниже этого предела несет сам больной, тогда как остальные расходы за данный год покрывает страховщик. Равный доступ к необходимой медицинской помощи обеспечивается, в частности, использованием схем освобождения от платежей. Освобождение может происходить по результатам проверки на нуждаемость; далее, освобождению могут подлежать определенные категории болезней (например, диабет или другие хронические болезни), определенные товары (например, противозачаточные средства) или группы населения (например, пенсионеры или безработные). Для разных услуг могут назначаться разные ставки сборов специально ради того, чтобы стимулировать больных к использованию наиболее выгодных (экономичных) услуг (такими могут быть обращение за помощью к врачу первичной практики, выполняющему функцию «привратника» при враче-специалисте, или покупка непатентованного лекарства).

Неофициальные платежи

Неофициальные платежи осуществляются в разнообразных формах (от подарков, вручаемых после оказания услуги, до предварительных денежных подношений), а их существование объясняется различными причинами. В одних случаях неофициальные платежи и

подарки являются частью принятой в данном обществе культуры, в других — обуславливаются недостатком финансовых средств для оплаты труда медицинских работников и обеспечения лекарств и основного медицинского оборудования; наконец, их распространенность может быть вызвана слабостями государственного управления. В худшем случае неофициальные платежи выступают как форма коррупции, подрывают официальные платежные системы и ограничивают доступ населения к медицинским услугам.

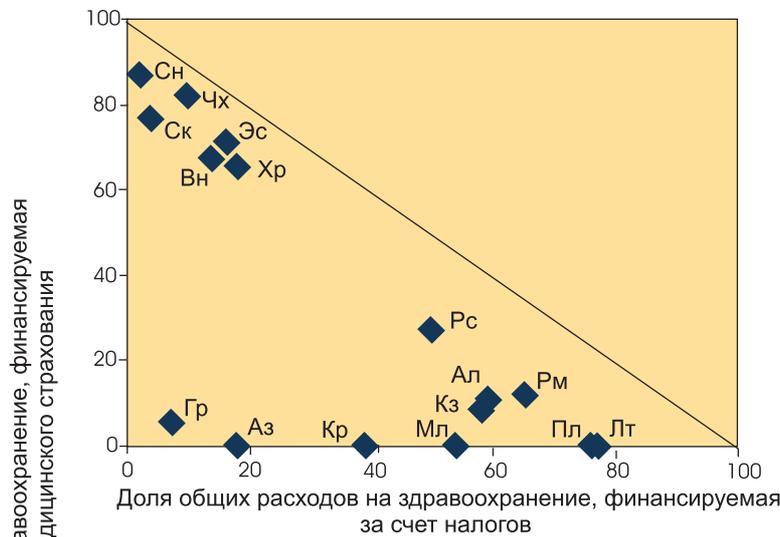
Данные по ряду стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР свидетельствуют о том, что неофициальные платежи широко распространены как в амбулаторном, так и в больничном секторах этих стран. Опыт европейских стран с низким и средним уровнем жизни показывает, что формализация платежей и установление систем предварительной оплаты (или страхования) сталкивается с огромными техническими и административными трудностями и требует значительных ресурсов. Неофициальные платежи существуют и в Западной Европе, где они, впрочем, все еще изучены слабо.

Сочетание методов финансирования здравоохранения в Европе

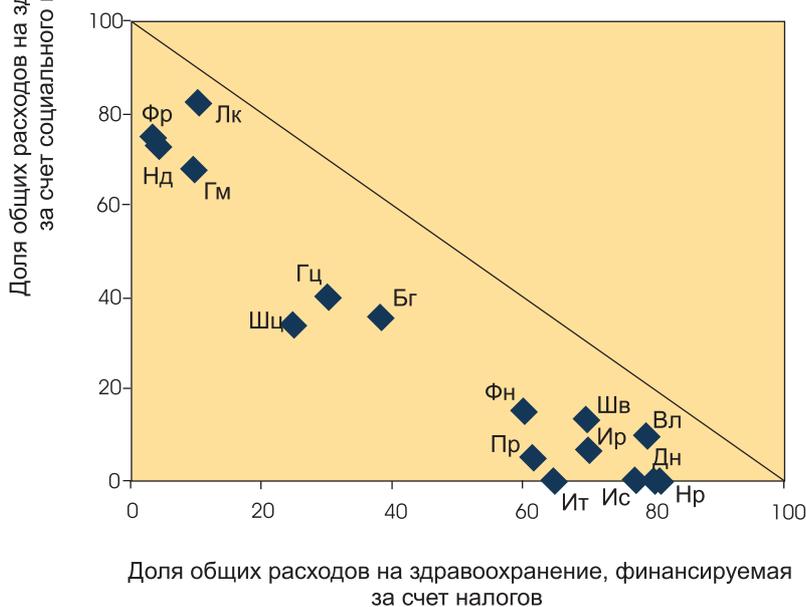
В каждой европейской стране функционирует собственная система финансирования здравоохранения. На рис. 2 обобщены данные о действующих структурах финансирования здравоохранения в ряде стран Западной и Восточной Европы. В четырех западноевропейских странах здравоохранение финансируется главным образом из взносов социального или обязательного страхования:

- Франция
- Германия

Рисунок 2. Доля общих расходов на здравоохранение, финансируемая из налоговых поступлений, фондов социального медицинского страхования и других источников (включая добровольное медицинское страхование и прямые платежи наличными), в отдельных странах Европы



Обозначения: Аз — Азербайджан, Ал — Албания, Гр — Грузия, Вн — Венгрия, Кз — Казахстан, Кр — Киргизия, Лт — Латвия, Мл — Молдавия, Пл — Польша, Рм — Румыния, Рс — Россия, Ск — Словакия, Сн — Словения, Хр — Хорватия, Чх — Чехия, Эс — Эстония.



Обозначения: Бг — Бельгия, Вл — Великобритания, Гм — Германия, Гц — Греция, Дн — Дания, Ир — Ирландия, Ис — Испания, Ит — Италия, Лк — Люксембург, Нд — Нидерланды, Нр — Норвегия, Пр — Португалия, Фн — Финляндия, Фр — Франция, Шц — Швейцария, Шв — Швеция

Примечание: расстояние от диагональной линии соответствует доле общих расходов, покрываемой из частных источников (с помощью прямых платежей наличными и путем добровольного медицинского страхования).

- Люксембург
- Нидерланды

Бельгию и Швейцарию обычно относят к странам с системами социального медицинского страхования, а Грецию — к странам, где здравоохранение финан-

сируется из налоговых поступлений, однако во всех этих трех странах действует сочетание социального медицинского страхования и налогообложения. В девяти странах здравоохранение фи-

нансирруется преимущественно из налоговых поступлений. Это:

- Дания
- Финляндия
- Ирландия
- Италия
- Норвегия
- Португалия
- Испания
- Швеция
- Великобритания

На рис. 1 недостаточно отражены налоговые трансферты, существующие внутри систем социального медицинского страхования. Из стран Западной Европы только в Греции, Италии, Португалии и Швейцарии не менее 30% всех расходов на здравоохранение финансируется из частных источников (преимущественно путем платежей из кармана потребителя).

В семи странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР здравоохранение финансируется преимущественно из налоговых поступлений. Это:

- Албания
- Казахстан
- Латвия
- Молдавия
- Польша
- Румыния
- Россия

Взносы социального медицинского страхования — основной источник финансирования здравоохранения в шести странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР:

- Чехия
- Хорватия
- Эстония
- Венгрия
- Словакия
- Словения

В Армении, Азербайджане, Грузии и Таджикистане системы предварительной оплаты почти полностью развали-

лись; здравоохранение в этих странах финансируется преимущественно путем прямых платежей из кармана потребителя. В Молдавии и Киргизии прямые платежи из кармана потребителя покрывают свыше 40% всех расходов на здравоохранение.

Сопоставление альтернатив

Задача лиц, ответственных за разработку политики, — найти такое сочетание источников доходов, которое позволило бы собрать достаточно средств и в то же время решить ряд политических задач. Здесь мы кратко ответим на ряд вопросов, связанных с задачами социальной справедливости и экономичности. Ясно, что эффективность финансирования здравоохранения зависит от того, какие источники выбраны и каким образом они сочетаются. Например, система, финансируемая преимущественно из прогрессивных налогов, может испытывать трудности с обеспечением равного доступа к услугам, если сборы с пользователей применяются в ней без скидок по отношению к широкому кругу услуг.

1. Является ли система финансирования прогрессивной?

Прогрессивность системы финансирования определяется соотношением между размером дохода индивида и выплачиваемой им долей своего дохода. Система может быть 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).

Общее налогообложение прогрессивно; вместе с тем оно зависит от сочетания косвенных и прямых налогов и от числа налоговых интервалов. Косвенные налоги, как правило, регрессивны,

поскольку лица с низкими доходами тратят на потребление более высокую долю своих доходов. Социальное медицинское страхование, как правило, пропорционально. Наличие потолков, выше которых доходы не облагаются сборами, обуславливает слегка регрессивную природу социального медицинского страхования. При наличии обусловленной размером доходов возможности выбора между социальным медицинским страхованием и другими формами (как в Германии и Нидерландах) финансирование становится более регрессивным. Добровольное медицинское страхование с премиями, размер которых рассчитывается исходя из индивидуальных рисков, носит весьма регрессивный характер. Групповые премии менее регрессивны, а в рамках фирмы — пропорциональны. Премии территориального медицинского страхования пропорциональны в рамках данного географического региона. Сборы с пользователей весьма регрессивны, однако их регрессивность может быть снижена благодаря скидкам для лиц с низкими доходами.

2. 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. Наряду с прогрессивностью этот аспект дает представление о том, насколько справедливым является финансирование здравоохранения в целом. Любой метод сбора доходов может по тем или иным причинам привести к снижению «горизонтальной» справедливости:

- при налогообложении уровень справедливости снижается из-за различий в уровне местных налогов или из-за

дифференцированного отношения к налогам на доходы и расходы;

- в системе социального медицинского страхования уровень справедливости снижается из-за различий в ставках взносов в разные фонды;
- при добровольном медицинском страховании уровень справедливости снижается, если размер индивидуальных премий варьирует в зависимости от уровня рисков (например, от обстоятельств истории семьи), размер групповых премий — в зависимости от фирмы (например, от числа работников у одного нанимателя), а размер премий территориального медицинского страхования — в зависимости от уровня рисков сообщества, населяющего данную территорию.
- при сборах с пользователей уровень справедливости снижается в отсутствие скидок для представителей уязвимой части населения — например, для беременных женщин, пенсионеров или лиц, страдающих хроническими болезнями.

3. Приводит ли система финансирования к перераспределению средств?

Вопросы, вынесенные в заголовок двух предыдущих разделов, имели отношение преимущественно к тому, кто платит, и какую долю. Важно задаться также вопросом о том, кто получает, и каковы получаемые выгоды.

Перераспределение средств связано с общим распределением расходов и прибылей здравоохранения среди различных имущественных категорий населения. Конечно, система здравоохранения — лишь один из доступных политикам механизмов, позволяющих дополнительно перераспределять средства. Выделить перераспределительный эффект, достигаемый благодаря системе здравоохранения, из общего контекста

ста государственной политики трудно, а в ряде случаев — нежелательно. К тому же поскольку система здравоохранения обычно получает свои прибыли в натуральной (не денежной) форме, их финансовый эквивалент установить трудно. Тем не менее стоит сопоставить два типа справедливости: справедливости с точки зрения финансирования и справедливости с точки зрения доступа. Так, ситуация, когда заметный дополнительный доход может быть получен благодаря менее прогрессивной системе сбора средств, а структура государственных расходов чрезмерно благоприятствует категориям населения с низкими доходами, в целом скорее выгодна для небогатых людей — в отличие от ситуации, когда система сбора доходов относительно прогрессивна, но размеры доходов не столь велики, а структура государственных расходов благоприятна не в такой степени.

4. Как система финансирования влияет на доступ к страхованию и медицинским услугам?

Проблема справедливого доступа к страхованию и к медицинским услугам может рассматриваться с двух точек зрения: кто имеет доступ (это определяется критериями предоставления членства в системе) и какие выгоды приносит доступ (это определяется установленным набором льгот). О справедливом доступе можно говорить в том случае, если доступность услуг не зависит от способности больного заплатить за них непосредственно на месте их оказания.

Покрытие расходов из налоговых поступлений обычно обуславливается гражданством и/или фактом проживания в данной стране и поэтому носит всеобщий характер. Покрытие расходов из фондов социального медицинского страхования обуславливается, как пра-

вило, статусом страховых взносов и поэтому носит частичный характер. Вместе с тем в Европе сфера, охватываемая социальным медицинским страхованием, непрерывно расширяется; в настоящее время за ее пределами остаются только отдельные небольшие группы населения. В некоторых странах членство в системе социального медицинского страхования также обуславливается гражданством и/или фактом проживания, что до известной степени затрудняет справедливый доступ. Для некоторых из тех, кто не имеет права на членство в системе социального медицинского страхования, приобретение частного страхования затруднительно (в Нидерландах эта проблема снимается благодаря гарантированному субсидированию полисов частного страхования).

Добровольное медицинское страхование по своей природе не предназначено для покрытия всего населения. В принципе страховщики имеют право отказать претенденту, что делает возможной практику отсева высоких рисков (эта практика известна под названием «снятие сливок»). До введения в Швейцарии обязательного страхования системой добровольного страхования было охвачено свыше 90% населения. Во Франции до принятия акта о всеобщем медицинском страховании (2000) 86% населения было охвачено дополнительным страхованием, предназначенным для покрытия доли в совместных платежах.

Как при налоговом финансировании, так и при социальном медицинском страховании доступ к услугам здравоохранения не зависит от платежеспособности. На практике доступу могут препятствовать обстоятельства, не связанные с финансами (например, длинные очереди или большие расстояния). Определенные нарушения справедли-

ности возникают при некоторых формах сочетания государственного страхования с частным и с непосредственными платежами из кармана потребителя. Как при добровольном медицинском страховании, так и при сборах с пользователей доступ зависит от платежеспособности больного. Практика сборов с пользователей устанавливает финансовые барьеры, серьезно влияющие на положение бедных, пожилых и хронически больных. Для установления справедливости в отношении этих слоев населения необходимы адекватные схемы полного или частичного освобождения от платежей. Кроме того, практика сборов с пользователей сталкивается с серьезным политическим противодействием (см. рамку 1).

5. Как система финансирования влияет на сдерживание расходов?

Показано, что способность контроля над расходами зависит по меньшей мере от трех факторов — степени твердости бюджета здравоохранения, монопоности (наличия на рынке единого покупателя при множестве продавцов) и методов оплаты поставщиков.

Учет ожидаемых налоговых поступлений позволяет составить фиксированный бюджет здравоохранения. Тем самым общий контроль над расходами облегчается; с другой стороны, уровень расходов, заложенный в фиксированном бюджете, может быть ниже оптимального. В условиях социального медицинского страхования расходы, как правило, определяются доходами; любой перерасход компенсируется путем последующего повышения ставки взносов или путем налоговых субсидий. Общий контроль над расходами становится невозможен. Испытываются и другие способы регулирования расходов. Так, во Франции парламент устанавливает глобальный бюджет (целе-

вой) на все расходы по здравоохранению. В условиях добровольного медицинского страхования ставки премий назначаются самими страховщиками исходя из уровня расходов (страховых требований) и стремления получить прибыль. Имея возможность свободно назначать ставки премий, страховщики не слишком заинтересованы в сдерживании расходов путем повышения экономичности услуг.

Налогообложение традиционно связывается с централизованными закупками и монополией. Децентрализация приводит к возникновению закупочных организаций меньшего масштаба, недостаточно платежеспособных с точки зрения поставщиков. Наличие единого фонда социального медицинского страхования создает сильную закупочную функцию. При наличии множества фондов покупательная способность принимает более диффузный характер. В этих условиях усилению закупочной функции могут способствовать корпоративные торги.

Социальное медицинское страхование обычно ассоциируется с расчетом ежедневных расходов и гонораром за услуги. Однако это положение стало меняться после введения бюджетов, подушевых платежей и принципа распределения больных по группам согласно диагнозу. Налогообложение традиционно ассоциируется с бюджетами, зарплатами и подушевой оплатой, тогда как добровольное медицинское страхование — с ретроспективным возмещением расходов, непосредственно предъявляемыми счетами и гонорарами за услуги.

6. Как влияет система финансирования на экономику в целом?

Еще один требующий рассмотрения аспект — влияние метода финансирования здравоохранения на экономику в

большом масштабе. Чтобы экономика была производительной, ей нужны здоровые работники; если действующая система финансирования не способна обеспечить достаточно денег для поддержания здравоохранения на должном уровне, это может иметь отрицательные последствия для всей экономики. Индустрия здравоохранения сама по себе может создать рабочие места и материальные ценности. Однако чаще всего предметом обсуждения становится вопрос о том, каким бременем финансирование здравоохранения ложится на нанимателей.

Взносы социального медицинского страхования взимаются с заработков и выплачиваются нанимателями и наемными работниками. Следовательно, эти взносы прямо способствуют повышению затрат на оплату труда. Считается, что высокие затраты на оплату труда удерживают межнациональные компании от внутренних инвестиций и чреваты ростом безработицы.

Другая проблема — мобильность рабочей силы, считающаяся залогом успешного функционирования экономики. Если покрытие расходов на здравоохранение обуславливается занятостью, возникает противоречие с принципом мобильности рабочей силы. Добровольное медицинское страхование в большинстве случаев покупается нанимателем от имени наемного работника (в форме дополнительных льгот или премий, вычитаемых из зарплат). Это может привести к снижению подвижности рабочей силы, особенно если такое страхование носит замещающий характер (то есть является единственной формой страхования для данного индивида). Напротив, налогообложение и социальное медицинское страхование, не будучи обусловлены статусом занятости индивида и местом его жи-

тельства, никак не влияют на его решимость сменить место работы.

7. Как система финансирования влияет на эффективность распределения средств и на техническую эффективность?

Чтобы уровень здоровья населения повышался, необходимо максимально эффективно распределять те ограниченные средства, которыми располагает система здравоохранения. При оценке эффективности распределения средств учитывается распределение между здравоохранением и другими сферами государственных расходов, распределение между различными секторами внутри здравоохранения, распределение между экономически выгодными и экономически невыгодными формами лечения. Под технической эффективностью подразумевается всемерное повышение отдачи с любого отдельно взятого пакета вложенных средств или минимизация вложений при сохранении данного уровня отдачи. Связь между сбором доходов с одной стороны и эффективностью распределения средств и технической эффективностью с другой эмпирически выявляется с большим трудом, что неудивительно, так как эффективность распределения средств и техническая эффективность — это не столько функции сбора средств, сколько функции закупки. Вместе с тем некоторые методы сбора средств могут, через определенную рыночную структуру создания пулов и осуществления закупок, косвенно влиять как на эффективность распределения средств, так и на техническую эффективность.

В рамках системы общего налогообложения размер макроэкономических вложений в здравоохранение определяется, как правило, политическим путем; вместе с тем, при наличии строго

Рисунок 3. Внешние факторы, влияющие на сбор доходов для системы здравоохранения



целевого налога на здравоохранение, размер этих вложений может быть predetermined заранее. Между здравоохранением и другими сферами государственных расходов обычно возможны взаимные уступки; часто такие уступки являются результатом политических манипуляций, что чревато падением уровня вложений ниже оптимального. В условиях социального медицинского страхования взносы носят целевой характер; соответственно вложения в здравоохранение определяются доходами. Такие вложения, будучи обусловлены размером заработков, более чувствительны к колебаниям экономического цикла. На рынках добровольного медицинского страхования вложения в

здравоохранение определяются прежде всего готовностью людей платить. При наличии налоговых субсидий это чревато избыточным страхованием части населения. Вложения государственных средств в здравоохранение обычно планируются правительством и/или страховыми фондами; принимая решения, соответствующие инстанции могут руководствоваться информацией об экономичности.

Влияние методов финансирования на уровень технической эффективности медицинских услуг не доказано. Вместе с тем административные расходы и операционные издержки могут быть связаны со сбором доходов. Централизованное взимание налогов и централизован-

РАМКА 2

Социальное медицинское страхование в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

Макроэкономический контекст в ряде стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР не благоприятствует финансированию системы здравоохранения путем социального медицинского страхования. Ситуация усугубляется такими факторами, как большой объем теневой (неофициальной) экономики и большое количество рабочей силы, занятой в сельском хозяйстве. Наконец, высокий уровень безработицы означает, что доля официально занятого населения незначительна; следовательно, доходная база социального медицинского страхования весьма скудна.

Во многих странах сохраняется установленное в коммунистическую эпоху конституционное право граждан на всеобщее медицинское обслуживание. Это значит, что право гражданина на услуги системы здравоохранения никак не зависит от его вложений в эту систему. В Западной Европе сложилась совершенно иная ситуация: в XX веке, по мере экономического прогресса, социальное медицинское страхование охватывало все более и более широкие слои населения. Таким образом, в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР стимулы к тому, чтобы вкла-

дывать средства в систему социального медицинского страхования, незначительны, тогда как расходы на финансирование здравоохранения велики.

В странах с относительно высоким уровнем жизни (а именно в Венгрии, Словакии, Словении, Хорватии, Чехии и Эстонии) социальное страхование представляется эффективным способом мобилизации средств для здравоохранения. В странах с относительно низким уровнем жизни, невысоким уровнем официальной занятости и слабо развитой административной системой (таких, как Албания, Казахстан, Румыния) налоги на зарплату не могут выступать в качестве жизнеспособной альтернативы общему налогообложению. Далее, отсутствие развитой системы стратегических закупок означает, что уровень административной эффективности и контроля над расходами и качеством не повысился. При переходе от общего налогообложения к социальному страхованию или к повышению платежей из кармана потребителя страдает справедливость финансирования здравоохранения. Наконец, передача ответственности за сбор доходов квази-государственным агентствам или независимым страховым фондам порождает серьезные новые проблемы для государства в связи с необходимостью регулировать систему здравоохранения и осуществлять надзор за ее функционированием.

ный сбор взносов социального медицинского страхования, по сравнению с местным налогообложением и сбором взносов отдельными фондами, имеют преимущество с точки зрения эффекта масштаба. Операционные издержки в частном медицинском страховании относительно высоки ввиду значительных административных расходов, связанных с составлением счетов, заключением договоров, анализом использования услуг и маркетингом. В деятельности по оценке уровня рисков, назначению премий, составлению пакетов льгот и пособий, рассмотрению и удовлетворению страховых требований по необходимости участвует достаточно многочисленный административный персонал. Социальное медицинское страхование, не столько заключающее

договоры с поставщиками, сколько возмещающее расходы больных, несет значительные административные расходы по составлению и выписке счетов.

Проблемы внедрения

До сих пор мы рассматривали различные методы финансирования и оценивали их сильные и слабые стороны с точки зрения определенных политических задач. Однако внедрение этих методов в жизнь зависит от контекста. Не существует универсального рецепта, подходящего для всех стран.

Политика финансирования, даже если она основана на фактических данных и на реальном опыте, скорее достигнет поставленных целей в том слу-

чае, если инстанции, ответственные за ее внедрение, вооружены знанием соответствующего контекста.

На размер пула доходов влияют различные факторы, внешние по отношению к системе здравоохранения (см. рис. 3). К их числу относятся:

- политические структуры,
- экономическая активность,
- демографическая ситуация,
- факторы среды,
- давление извне,
- принятые общественные ценности.

Так, политические и экономические изменения, происшедшие в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, предопределили и ускорили переход этих стран к социальному медицинскому страхованию (см. рамку 2). Такие факторы, как социальная солидарность и внешнее давление, направленное на сдерживание государственных расходов, порождают неоднозначное отношение к сборам с пользователей в странах Западной Европы (см. рамку 1).

Собираемость доходов определяется также организационными и техническими возможностями правительства, административных органов и системы здравоохранения. Так, коррупция и мошенничество среди чиновников препятствуют эффективной работе системы сбора налогов.

Итак, при сопоставлении альтернативных методов финансирования здравоохранения следует обязательно иметь в виду не только справедливость доступа к услугам и теоретически ожидаемый экономический эффект, но и более общие социальные задачи, равно как и возможности внедрения избранных методов в жизнь.

Заключение

Европейские системы здравоохранения финансируются по большей части из различных источников, включая налоги, взносы социального медицинского страхования, премии добровольного медицинского страхования, платежи непосредственно из кармана потребителя. Тем не менее по всем странам Европы преобладают методы финансирования из налоговых поступлений и из фондов социального медицинского страхования, тогда как добровольное медицинское страхование все еще играет дополняющую роль. Характерная для большинства стран множественность источников затрудняет сравнительную оценку деятельности систем здравоохранения на предмет выявления оптимального метода финансирования. Однако системы государственного финансирования, с точки зрения справедливости доступа и экономичности, имеют явные преимущества (бесплатное обслуживание на месте оказания медицинской помощи, объединение рисков на широкой основе, почти всеобщее страховое покрытие, контроль над расходами). Сборы с пользователей и добровольное медицинское страхование связывают доступ услуг с платежеспособностью: объединение рисков осуществляется на ограниченной основе, а контроль над расходами ослаблен. Успех политических мер определяется взвешенной сравнительной оценкой достоинств и недостатков каждого из методов финансирования и четким знанием контекста, в котором должна функционировать разрабатываемая система.

Основная литература

KUTZIN, J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 56(3): 171-203 (2001).

MOSSIALOS E. and THOMSON, S. *Voluntary health insurance in the European Union, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission*, Brussels: European Commission (2002).

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

Европейская обсерватория по системам здравоохранения оказывает помощь и поддержку в разработке политики здравоохранения на основе имеющихся данных и всестороннего подробного анализа динамики систем здравоохранения в Европе. ЕОСЗ объединяет академических ученых, специалистов по разработке политического курса и врачей-практиков. Задача ЕОСЗ — анализ тенденций реформирования здравоохранения с использованием опыта всех европейских стран для уяснения возникающих политических проблем. Подробности о публикациях, статьях, конференциях и учебных программах ЕОСЗ можно найти на сайте www.observatory.dk.

Партнерами ЕОСЗ являются: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины

o

Заказы на книги, публикуемые ЕОСЗ под редакцией Жозепа Фигераса, Мартина Мак-Ки, Элайаса Моссиалоса и Ричарда Солтмана, можно посылать по адресу: www.observatory.dk.

Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы — четвертая публикации серии, издаваемой Европейской обсерваторией по системам здравоохранения (ЕОСЗ). Серия доступна в Интернете по адресу: www.observatory.dk.

Источником реферата является книга: Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон, Ж. Фигераса, Дж. Кутцина // Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Бакингем, издательство Open University Press, 2002 (Funding health care: options for Europe. Edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, European Observatory on Health Care Systems series. Buckingham: Open University Press, 2002). Книга удостоилась Бакстеровской премии за 2002 год.

© Всемирная организация здравоохранения 2002

ISBN 0 335 20924 6 (мягкая обложка)

ISBN 0 335 20925 4 (твердый переплет)

Содержание книги «Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы»

1. Финансирование здравоохранения: введение
Элиас Моссиалос и Анна Диксон
2. Финансирование здравоохранения: налогообложение и альтернативы
Роберт Дж. Ивенс
3. Финансирование путем социального медицинского страхования
Чарлз Норманд и Райнхард Буссе
4. Реформы финансирования здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР
Александр С. Прекер, Мелитта Якаб и Маркус Шнайдер
5. Частное медицинское страхование и медицинские депозитные счета: теория и опыт
Алан Майнард и Анна Диксон
6. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза
Элиас Моссиалос и Сара М. С. Томсон
7. Сборы с пользователей
Рэй Робинсон
8. Неофициальные платежи за медицинские услуги в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР: проблемы, тенденции и политические следствия
Морин Льюис
9. Опыт обоснованного финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем жизни
Энн Миллз и Сара Беннетт
10. Финансирование долгосрочного ухода: государственные и частные альтернативы
Рафаэль Виттенберг, Бекки Сэндху и Мартин Кнапп
11. Стратегическое распределение средств и решения по финансированию
Найджел Райс и Питер К. Смит
12. Финансирование здравоохранения в Европе: сопоставление альтернатив
Элиас Моссиалос и Анна Диксон