

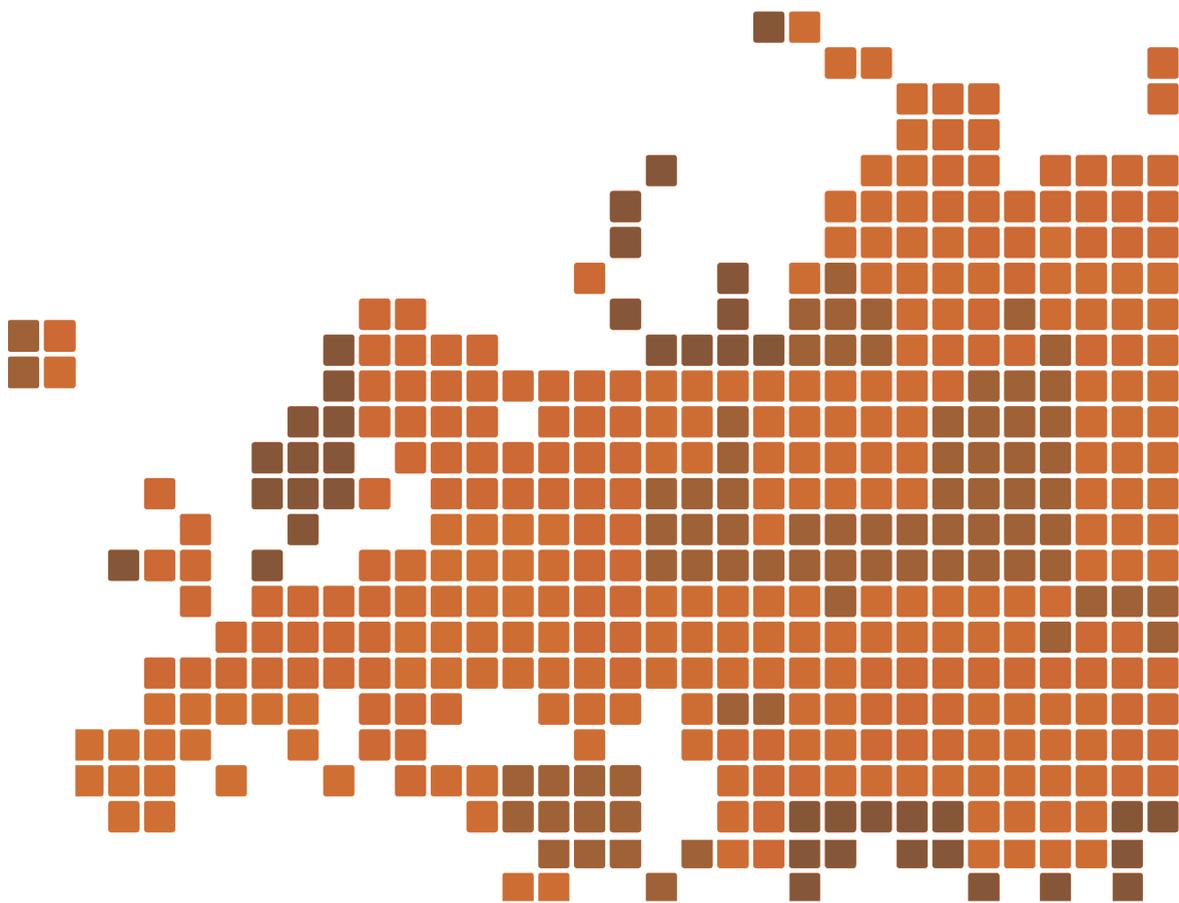
Добровольное медицинское страхование в Европе

43

Серия исследований
Обсерватории

Роль и регулирование

Anna Sagan
Sarah Thomson



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Добровольное медицинское страхование в Европе: роль и регулирование



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швейцарии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины. Секретариат Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения находится в Брюсселе, а ее научно-исследовательские центры в Лондоне (Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины) и Берлинском техническом университете.

Добровольное медицинское страхование в Европе: роль и регулирование

Anna Sagan

Sarah Thomson



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Европейская

обсерватория



по системам и политике здравоохранения

Ключевые слова:

INSURANCE, HEALTH
DELIVERY OF HEALTH CARE
FINANCING, HEALTH
EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения 2016 г. (в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения).

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:
Publications, WHO Regional Office for Europe, UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/ru/publications/request-forms>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

ISBN 978 92 890 5044 9

Содержание

Благодарности	vii
Список таблиц, вставок и рисунков	xi
Список сокращений	xv
Примечание	xvii
Глава 1 Введение	1
Глава 2 Краткий обзор ДМС	3
Глава 3 Зачем люди приобретают ДМС?	29
3.1 Что влияет на спрос на ДМС?	29
3.2 ДМС играет разные роли	30
Глава 4 Кто приобретает ДМС?	47
4.1 Доля населения, охваченного ДМС	47
4.2 Отдельные лица и группы лиц	49
4.3 Социально-экономический статус держателей полисов ДМС	50
Глава 5 Как функционируют рынки ДМС?	55
5.1 Тип и число организаций, продающих ДМС	55
5.2 Условия страхового покрытия, страховые взносы и включенные услуги здравоохранения (гарантии)	60
5.3 Выбор и информированность потребителя	75
5.4 Закупки услуг здравоохранения	80
5.5 Расходы ДМС на медицинские услуги и администрирование	85
Глава 6 Государственная политика в области ДМС	89
6.1 Регулирование ЕС	90
6.2 Национальное регулирование	94
6.3 Налоговая политика	95
6.4 Изменения в национальной политике и поводы для обеспокоенности	103
Библиография	109
Приложение 1: Данные по расходам на здравоохранение в Европейском регионе	119
Приложение 2: Информация о доступности данных и допущениях в отношении данных, представленных на рисунках, на основе источников ВОЗ (2016)	123
Приложение 3: Страновые коды	131

Благодарности

Мы выражаем безмерную благодарность многим страновым экспертами, которые внесли свой вклад в проведение данного исследования, за предоставление информации и данных по странам, рассмотрение более ранней версии данной публикации и написание страновых обзоров для сопроводительного тома. Мы также признательны Anna Maresso (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения) за ценный вклад в рассмотрение страновых обзоров в главах 3, 4 и 5 данного тома. Мы благодарим Champa Heidbrink (Научно-исследовательский центр по вопросам здоровья и социальной помощи при Лондонской школе экономических и политических наук) за управление финансовыми аспектами данного исследования, а также наших коллег из Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения за ценную проектную и производственную поддержку. Координатором подготовки и редактирования публикации был Jonathan North при поддержке Caroline White. Перевод текста на русский язык: Евгений Синельщиков.

Страновые эксперты

Natasha Azzopardi-Muscat Университет Мальты, Мсида

Peter Balik Институт политики здравоохранения, Братислава

Konstantin Beck Институт эмпирической экономики здравоохранения, Люцерн, и Цюрихский университет

Karen Berg Brigham URC Eсо (Парижское отделение по услугам здравоохранения и исследованиям экономики здравоохранения, AP-HP)

Girts Brigis Рижский университет имени Паула Страдыня

Karine Chevreul URC Eсо (Парижское отделение по услугам здравоохранения и исследованиям экономики здравоохранения, AP-HP)

Joan Costa-i-Font Лондонская школа экономических и политических наук

Thomas Czypionka Институт углубленных исследований, Вена

Antoniya Dimova Медицинский университет Варны

Martin Dlouhy Пражский экономический университет

Mónica Duarte Oliveira Центр исследований в области управления
Высшего Технологического Института, Лиссабонский университет

Charalampos Economou Университет социальных и политических
наук 'Панетон', Афины

Antonis Farmakas Открытый университет Кипра, Никосия

Francesca Ferré Центр исследований управления здравоохранения
и социального ухода (CERGAS), Университет Боккони, Милан

Thomas Foubister Лондонская школа экономических и политических
наук

Péter Gaál Университет Земмельвейса, Будапешт

Sophie Gerkens Бельгийский центр знаний по вопросам медико-
санитарной помощи, Брюссель

Stefan Greß Университет прикладных наук, Фульда

Nana Gugeshashvili Независимый исследователь, Лондон и Тбилиси

Triin Habicht Министерство социальных дел, Таллин

Jan Roth Johnsen Экономист здравоохранения, Осло

Gintaras Kacevicius Национальный фонд медицинского страхования,
Вильнюс

Валерия Лехан Днепропетровская медицинская академия

Ferenc Lindeisz Независимый исследователь, Будапешт

Karmen Lončarek Университет Риеки

Hans Maarse Маастрихтский университет

Hripsime Martirosyan Американский университет Армении, Ереван

Anja Milenkovic Kramer Люблянский университет

Sofia Nogueira da Silva Португальский католический университет, Порто

Victor Olsavszky Страновой офис ВОЗ, Румыния

Peter Pazitny Институт политики здравоохранения, Братислава

Marc Perronnin Институт исследований и информации в области
экономики здравоохранения (IRDES), Париж

Varduhi Petrosyan Американский университет Армении, Ереван

Елена Потапчик Национальный исследовательский университет, Высшая школа экономики, Москва

Erica Richardson Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Clemens Sigl Австрийская федерация организаций социального страхования, Вена

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir Исландский университет, Рейкьявик

Caj Skoglund Независимый исследователь, Лулео

Alicja Sobczak Университет экологии и управления, Варшава

Szabolcs Szigeti Страновой офис ВОЗ, Венгрия

Mamas Theodorou Открытый университет Кипра, Никосия

Brian Turner Университетский колледж Корка (UCC)

Viktor von Wyl Цюрихский университет

Karsten Vrangbak Копенгагенский университет

Lauri Vuorenkoski Финская медицинская ассоциация, Хельсинки

Список таблиц, вставок и рисунков

Таблицы

Таблица 2.1	Движущие факторы развития рынка ДМС	10
Таблица 2.2	Обзор рынков ДМС в Европе (34 страны), 2014 г.	12
Таблица 2.3	Органы, ответственные за регулирование рынка ДМС, 2012 г. или позже	24
Таблица 2.4	Меры по обеспечению доступности, финансовой доступности и финансовой защиты со стороны ДМС, 2012 г. или позже	25
Таблица 2.5	Налоговые стимулы для содействия приобретению ДМС населением, 2012 г. или позже	26
Таблица 3.1	Движущие факторы развития рынка ДМС	31
Таблица 3.2	Обзор ролей ДМС в Европе (34 страны)	34
Таблица 3.3	Услуги, предлагаемые дополнительным ДМС	35
Таблица 3.4	Услуги, предоставляемые дополняющим ДМС, исключенные из пакета государственных гарантий	38
Таблица 3.5	Услуги, предлагаемые дополняющим ДМС, охватывающим пользовательскую плату	41
Таблица 3.6	Услуги, предлагаемые замещающим ДМС	43
Таблица 4.1	Социально-экономические характеристики населения с ДМС, 2012 г. или позже	52
Таблица 5.1	Тип и количество организаций, продающих ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные	56
Таблица 5.2	Возрастные ограничения ДМС, открытый доступ к страхованию и исключение существующих заболеваний, 2012 г. или позже	61
Таблица 5.3	Длительность контрактов ДМС, 2012 г. или позже	63
Таблица 5.4	Переменные, используемые при определении размера страховых взносов ДМС, 2012 г. или позже	67
Таблица 5.5	Требуемая медицинская информация и периоды ожидания, 2012 г. или позже	68
Таблица 5.6	Пользовательская плата и пределы гарантий в ДМС, 2012 г. или позже	73

Таблица 5.7	Закупки у поставщиков и возмещение затрат пациентов, 2012 г. или позже	74
Таблица 5.8	Страны с центральными источниками сравнительной информации о продуктах ДМС, 2012 г. или позже	77
Таблица 5.9	Отношения страхователя с поставщиками, 2012 г. или позже	79
Таблица 5.10	Оплата поставщиков, 2012 г. или позже	82
Таблица 6.1	Органы, ответственные за регулирование рынка ДМС, 2012 г. или позже	96
Таблица 6.2	Меры по обеспечению физической и финансовой доступности ДМС и качественного страхового покрытия, 2012 г. или позже	97
Таблица 6.3	Изменения национального регулирования, касающиеся или влияющие на ДМС, 2000–2015 гг.	98
Таблица 6.4	Налоговые стимулы ДМС для застрахованных и страхователей, 2012 г. или позже	101

Вставки

Вставка 3.1	Дополнительное ДМС для услуг стационаров в Бельгии	36
Вставка 3.2	Дополнительное ДМС в Ирландии	37
Вставка 3.3	Дополняющее ДМС с охватом исключенных услуг в Нидерландах	39
Вставка 3.4	Дополняющее ДМС, охватывающее пользовательскую плату во Франции	42
Вставка 3.5	Дополняющее ДМС, охватывающее пользовательскую плату в Словении	42
Вставка 3.6	Замещающее ДМС в Германии	43
Вставка 3.7	Замещающее ДМС в Грузии	45

Рисунки

Рисунок 2.1	Доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в 2014 г. (%)	4
Рисунок 2.2	Страны, в которых доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение выросла в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)	5
Рисунок 2.3	Рост расходов на ДМС на душу населения в период 2000–2014 гг. (изменение в %)	6
Рисунок 2.4	Страны, в которых доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение не изменилась или снизилась в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)	7
Рисунок 2.5	Снижение расходов на ДМС на душу населения в период 2000–2014 гг. (изменение в %)	7

Рисунок 2.6	Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение в 2014 г.(%)	8
Рисунок 2.7	Страны, в которых доля ДМС в частных расходах на здравоохранение выросла в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)	9
Рисунок 2.8	Страны, в которых доля ДМС в частных расходах на здравоохранение не изменилась или снизилась в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)	9
Рисунок 2.9	Взаимосвязь между ДМС и ВИК в Европейском регионе, 2014 г.	10
Рисунок 2.10	Разбивка частных расходов на здравоохранение в 2014 г. (страны ранжируются по процентной доле ВИК в совокупных расходах от низкой к высокой)	11
Рисунок 2.11	Доля населения, охваченного разными видами ДМС (%); данные за последний год, по которому имеются данные	13
Рисунок 2.12	Доля полисов ДМС, продаваемых группам (%); данные за последний год, по которому имеются данные	14
Рисунок 2.13	Социально-экономическое и географическое отклонение в охвате ДМС в странах, 2012 г. или позже	15
Рисунок 2.14	Виды организаций, продающих ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные	16
Рисунок 2.15	Страны, в которых ДМС можно приобрести только у коммерческих страхователей, по группам стран; данные за последний год, по которому имеются данные	16
Рисунок 2.16	Число организаций, реализующих ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные	17
Рисунок 2.17	Доля трех крупнейших страхователей на рынке ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные	17
Рисунок 2.18	Условия предоставления полисов ДМС, 2012 г. или позже	18
Рисунок 2.19	Факторы риска, используемые для определения размеров взносов ДМС, 2012 г. или позже	19
Рисунок 2.20	Пределы гарантированных услуг здравоохранения по ДМС (пакет льгот и плата за услуги), 2012 г. или позже	19
Рисунок 2.21	Степень вертикальной интеграции между страхователями и поставщиками услуг здравоохранения, 2012 г. или позже	20
Рисунок 2.22	Степень избирательной контрактации между страхователями и поставщиками услуг здравоохранения, 2012 г. или позже	20
Рисунок 2.23	Наиболее распространенные способы оплаты поставщиков услуг здравоохранения со стороны страхователей, 2012 г. или позже	21
Рисунок 2.24	Соотношение государственного и частного секторов в предоставлении услуг здравоохранения; данные за последний год, по которому имеются данные	21

Рисунок 2.25	Административные издержки страхователей как % от их совокупного дохода, 2012 г. или позже	22
Рисунок 2.26	Административные издержки в сфере государственного и частного страхования как % от текущих расходов, европейские страны ОЭСР, 2012 г.	22
Рисунок 2.27	Расходы страхователей на услуги здравоохранения как % от их совокупного дохода, 2013 г.	23
Рисунок 3.1	Взаимосвязь между ДМС и ВИК в Европейском регионе, 2014 г.	31
Рисунок 3.2	Разбивка частных расходов на здравоохранение, 2014 г. (страны ранжируются от низких к высоким по доле (%) ВИК в совокупных расходах)	32
Рисунок 3.3	Мнение населения о низком качестве услуг здравоохранения (% респондентов), Европейский союз, 2009 г.	33
Рисунок 4.1	Доля населения, охваченного ДМС (%); данные за последний год, по которому имеются данные	48
Рисунок 4.2	Доля полисов ДМС, продаваемых группам (%); данные за последний год, по которому имеются данные	51
Рисунок 5.1	Доля трех крупнейших страхователей на рынке ДМС (%); 2011 г.	59
Рисунок 5.2	Административные издержки среди фондов социального страхования как доля (%) от расходов фондов социального страхования на здравоохранение, европейские страны ОЭСР, 2011 г.	85
Рисунок 5.3	Административные издержки государственного и частного страхования как % от текущих расходов, европейские страны ОЭСР, 2012 г.	86
Рисунок 5.4	Расходы ДМС на услуги здравоохранения как доля (%) от дохода от страховых взносов (коэффициентов страховых случаев), отдельные европейские страны, 2013 г.	87
Рисунок А.1	Государственные и частные расходы на здравоохранение как % от ВВП, 2014 г.	120
Рисунок А.2	Разбивка механизмов финансирования здравоохранения, 2014 г.	121
Рисунок А.3	ВИК как % от совокупных расходов на здравоохранение, 2014 г.	122

Список сокращений

ВВП	валовой внутренний продукт
ВИК	‘выплаты из кармана’
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	врач общей практики
ДМС	добровольное медицинское страхование
ЕЗСТ	Европейская зона свободной торговли
ЕС	Европейский совет
ЕС–15	государства-члены ЕС до мая 2004 г.
ЕС–13	государства-члены ЕС с 2004 г.
КСГ	метод оплаты услуг по клинически связанным группам
МНН	международные непатентованные наименования
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПЗУ	плата за услугу
СРЗ	совокупные расходы на здравоохранение
EU-SILC	‘Опросное обследование доходов и условий жизни населения в странах ЕС’
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (обязательное медицинское страхование) (Германия)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale (Итальянская национальная служба здравоохранения)

Примечание

Данное исследование добровольного медицинского страхования (ДМС) в Европе подготовлено Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения и Европейским региональным бюро ВОЗ.

Исследование публикуется в трех отдельных томах:

- аналитический обзор рынков ДМС в 34 странах Европейского региона: 27 из 28 государств-членов Европейского союза (ЕС), Армения, Грузия, Исландия, Норвегия, Российская Федерация, Швейцария и Украина (данная книга);
- краткие обзоры ДМС в каждой из 34 стран (сопроводительный том);
- обзор воздействия ДМС на эффективность деятельности систем здравоохранения и последствий для политики (резюме).

Европейский регион ВОЗ¹ включает 53 страны в следующих подгруппах:

ЕС–15 Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швеция
ЕС–13 Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Хорватия, Чешская Республика, Эстония
Европейская зона свободной торговли (ЕЗСТ): Исландия, Норвегия, Швейцария
Балканские страны, не входящие в ЕС: Албания, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Сербия, Черногория
Страны бывшего Советского Союза: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина, Узбекистан
Прочие: Андорра, Израиль, Монако, Сан-Марино, Турция

В рамках данной книги мы используем следующие цветовые обозначения для перечисленных страновых подгрупп:

- | | | |
|--|---|--|
|  ЕС–15+ЕЗСТ |  Страны бывшего Советского Союза |  Прочие |
|  ЕС–13 |  Балканские страны, не входящие в ЕС | |

¹ В рамках данного тома мы называем эту группу 53 стран 'Европейским регионом' или 'Европой.'

Введение

Данная книга содержит краткий обзор размера, функционирования и регулирования рынков добровольного медицинского страхования (ДМС) в странах Европы. Мы определяем ДМС как медицинское страхование, приобретаемое и оплачиваемое по усмотрению отдельных лиц, или работодателей от имени работников, включая групповые полисы, спонсируемые работодателями, предоставляемые при принятии на работу, и являющиеся, таким образом, не полностью добровольными. ДМС может предоставляться государственными или квази-государственными органами и коммерческими и некоммерческими частными организациями.

На основе ранее опубликованной работы¹ и с учетом данных и опыта 34 стран, данная книга рассматривает следующие вопросы: Зачем люди приобретают ДМС? Какую роль играет ДМС в отношении финансируемого государством медицинского страхования? Кто приобретает ДМС? Какова доля ДМС в расходах на здравоохранение? Как функционируют рынки ДМС? Как они взаимодействуют с более широкой системой здравоохранения? Как рынки ДМС меняются с течением времени? Как варьируется государственная политика в отношении ДМС между странами, и в чем заключаются наиболее распространенные проблемы политики?

Главе 2 содержит краткий обзор ДМС. Мы предоставляем краткую информацию о доле ДМС в государственных и частных расходах на здравоохранение в Европе, и делаем обзор остальной части данного тома.

В **Главе 3** мы рассматриваем причины, по которым люди приобретают ДМС, и изучаем разные роли, которые ДМС играет в отношении финансируемого государством охвата.

В **Главе 4** мы рассматриваем население, охваченное ДМС, состав людей, приобретающих ДМС (соотношение отдельных людей и групп), и социально-экономические характеристики держателей полисов ДМС.

¹ Mossialos & Tomson (2004), OECD (2004), Tomson & Mossialos (2009), Tomson (2010).

В **Главе 5** мы изучаем разные аспекты функционирования рынков ДМС. Мы рассматриваем количество и типы организаций, продающих ДМС, рассматриваем условия политики, связанные с продажей ДМС, методы страхователей в определении размеров страховых взносов, охват и глубину гарантий ДМС, уровень потребительского выбора, то, как страхователи закупают услуги у поставщиков и то, как страхователи расходуют средства на услуги здравоохранения и администрирование.

В **Главе 6** мы рассматриваем государственную политику в отношении ДМС, включая регулирование на национальном уровне и на уровне ЕС, основные события, произошедшие после 2000 г., и использование налоговых стимулов, направленных на расширение использования ДМС. В конце главы приводится дискуссия по вопросам развития национальной политики и поводов для беспокойства касательно ДМС.

Краткий обзор ДМС

В данной главе мы рассматриваем контекст ДМС и обсуждаем его вклад в частные и совокупные расходы на здравоохранение. Мы также предоставляем визуальное обобщение и краткие комментарии в отношении той информации, которая содержится в остальных разделах данного тома.

Доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение

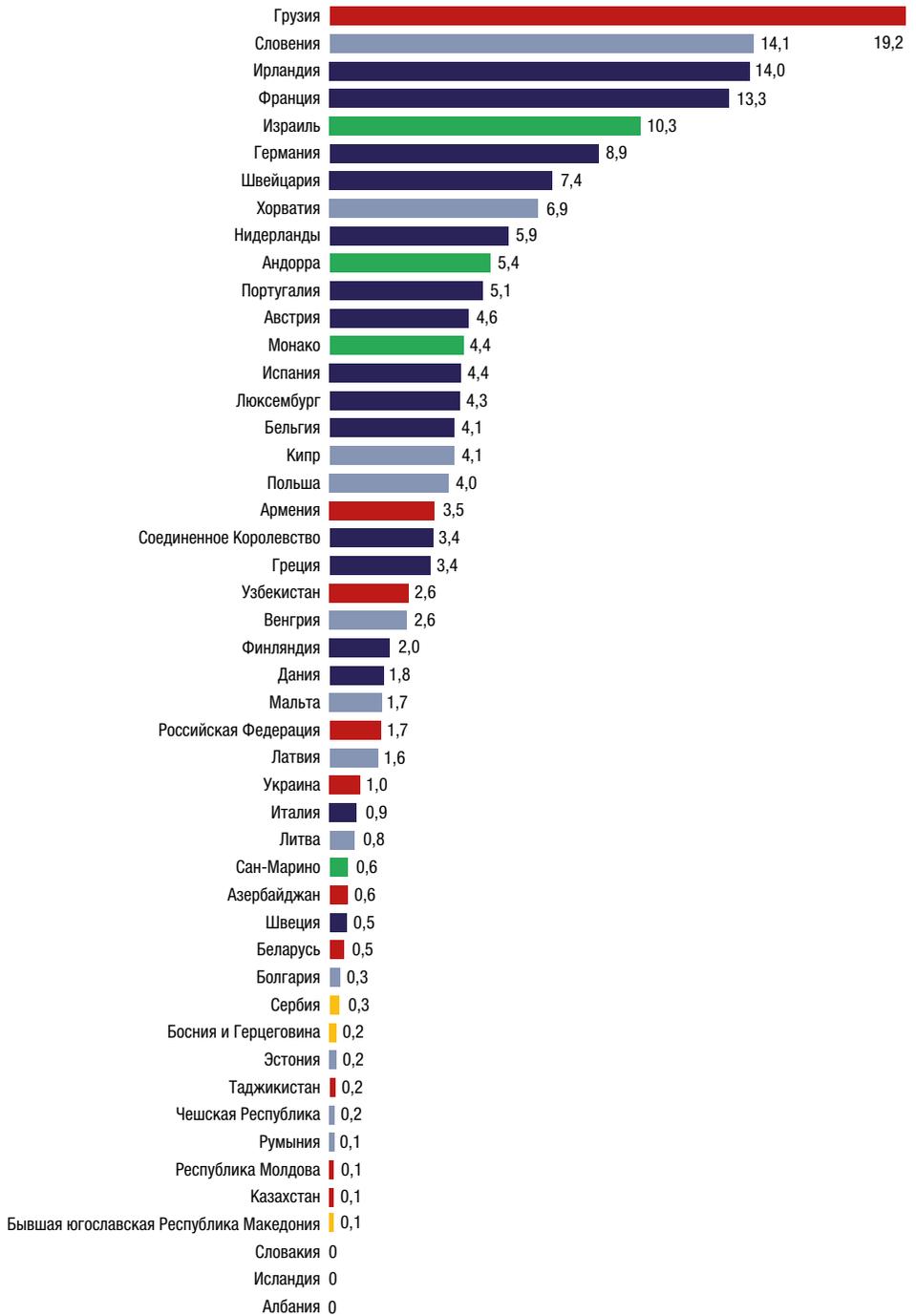
В большинстве стран расходы на здравоохранение, направляемые через ДМС, весьма невелики. В 2014 г. доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение составляла более 5% лишь в 11 из 53 стран в Европейском регионе ВОЗ (рис. 2.1). Наиболее крупные рынки для ДМС в разрезе его доли в совокупных расходах на здравоохранение наблюдаются в странах ЕС и ЕЗСТ.

В период 2000–2014 гг. доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение выросла во многих странах (рис. 2.2). Однако в одной трети этих стран рост составил менее половины процентного пункта. Сильный рост ДМС в Армении и Грузии может быть обусловлен введением государственной оплаты ДМС для охвата определенных групп населения. Грузия прекратила эту практику в 2013 г., после чего, вероятно, расходы через ДМС сократились.

Рост доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение можно отчасти объяснить быстрым ростом расходов на ДМС на душу населения в период 2000–2014 гг. во многих из стран, в которых доля ДМС в совокупных расходах выросла наиболее значительно (Армения, Грузия, Израиль, Ирландия, Мальта, Польша и Хорватия (рис. 2.3)).

В Нидерландах было отмечено самое значительное сокращение доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в период 2000–2014 гг. (рис. 2.4, 2.5). Это можно объяснить расширением охвата финансируемыми государством услугами здравоохранения на все население в 2006 г., что в действительности привело к упразднению рынка заместительного ДМС.

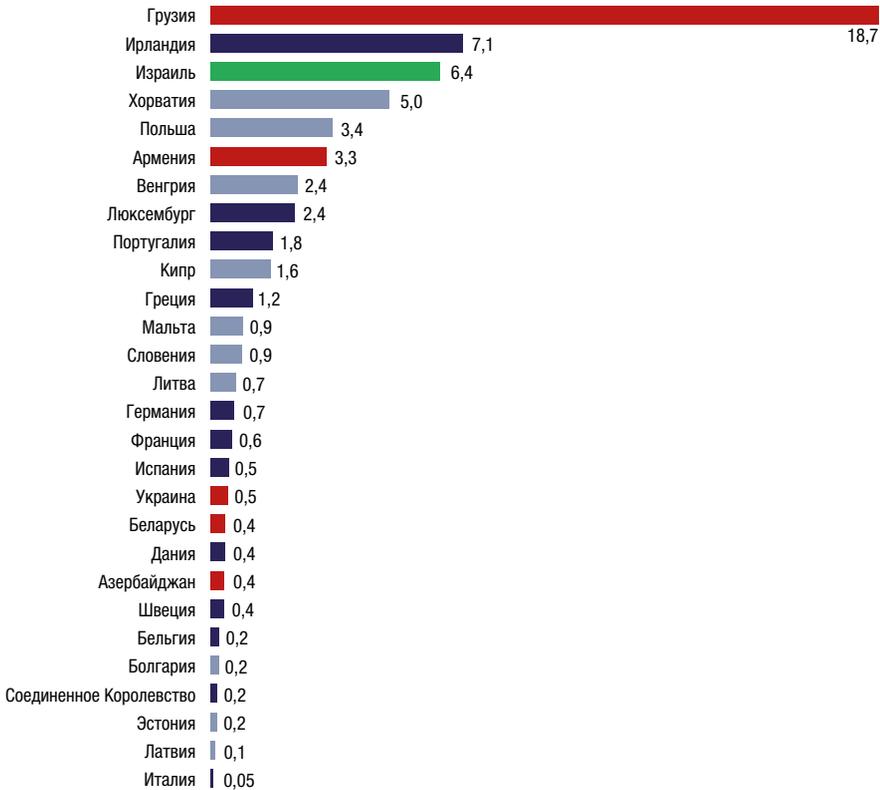
Рисунок 2.1 Доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в 2014 г. (%)



Источник: WHO (2016).

Примечания: Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета (см. Sziget, Lindeisz & Gaál, 2016). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Рисунок 2.2 Страны, в которых доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение выросла в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)



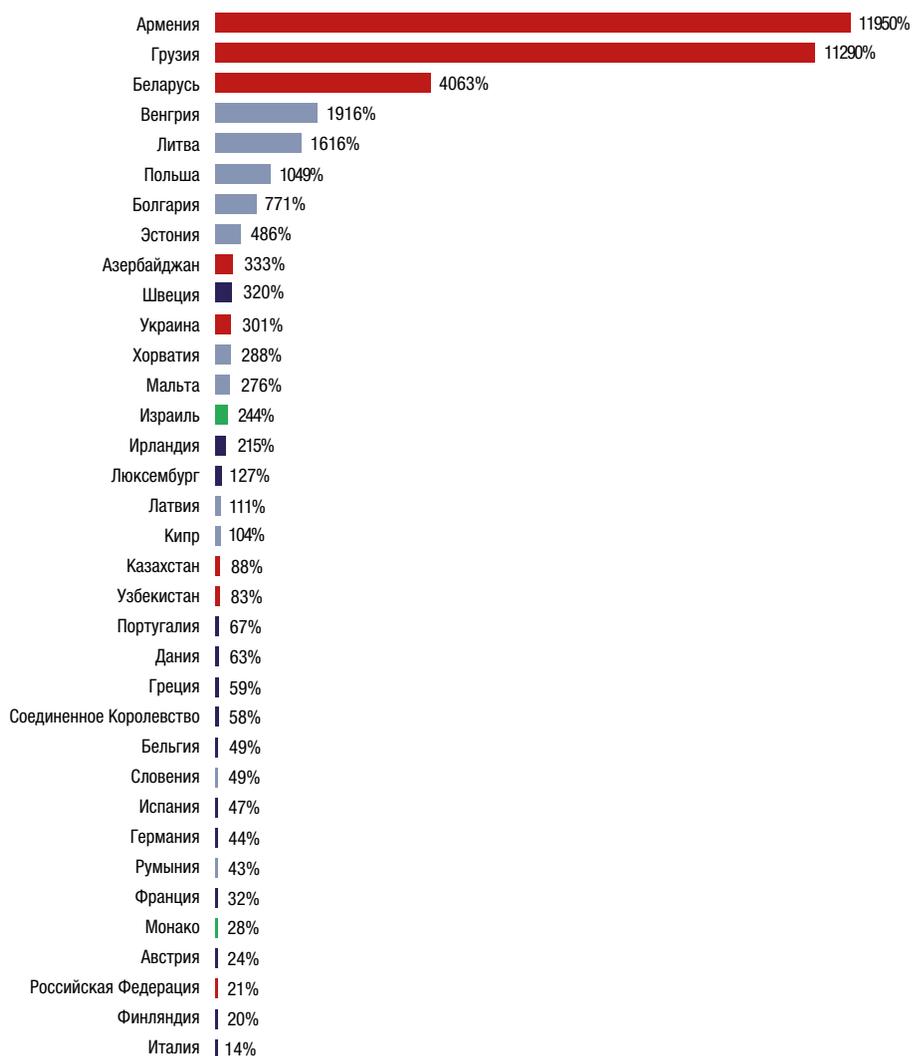
Источник: ВНО (2016).

Примечания: Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение

Как правило, доля ДМС в частных расходах на здравоохранение мала (рис. 2.6). В 2014 г. она составила более 20% лишь в 14 из 53 стран. Страны, в которых на ДМС приходится более высокая доля частных расходов на здравоохранение, располагаются в основном в Западной Европе, за исключением Грузии, Словении и Хорватии.

В период 2000–2014 гг. доля ДМС в частных расходах на здравоохранение выросла лишь в немногим более половины стран Европейского региона (рис. 2.7, 2.8).

Рисунок 2.3 Рост расходов на ДМС на душу населения в период 2000–2014 гг. (изменение в %)

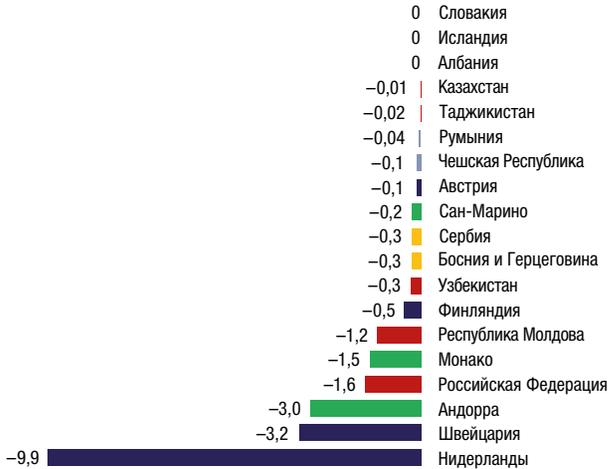
Источник: WHO (2016).

Примечания: Расходы на ДМС приведены в национальных денежных единицах (в млн, 2005 г). Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Зачем люди приобретают ДМС?

Люди приобретают ДМС для заполнения пробелов в финансируемых государством услугах здравоохранения или для получения ускоренного доступа к лечению и расширенного выбора поставщиков услуг здравоохранения (табл. 2.1). Пробелы в финансируемых государством услугах здравоохранения являются необходимой предпосылкой для ДМС,

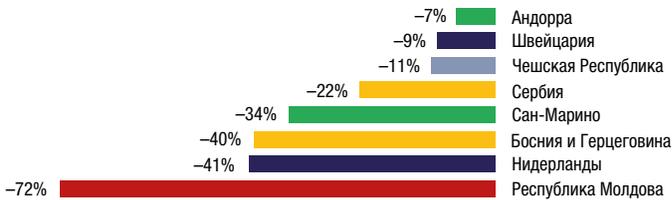
Рисунок 2.4 Страны, в которых доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение не изменилась или снизилась в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)



Источник: WHO (2016).

Примечания: Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

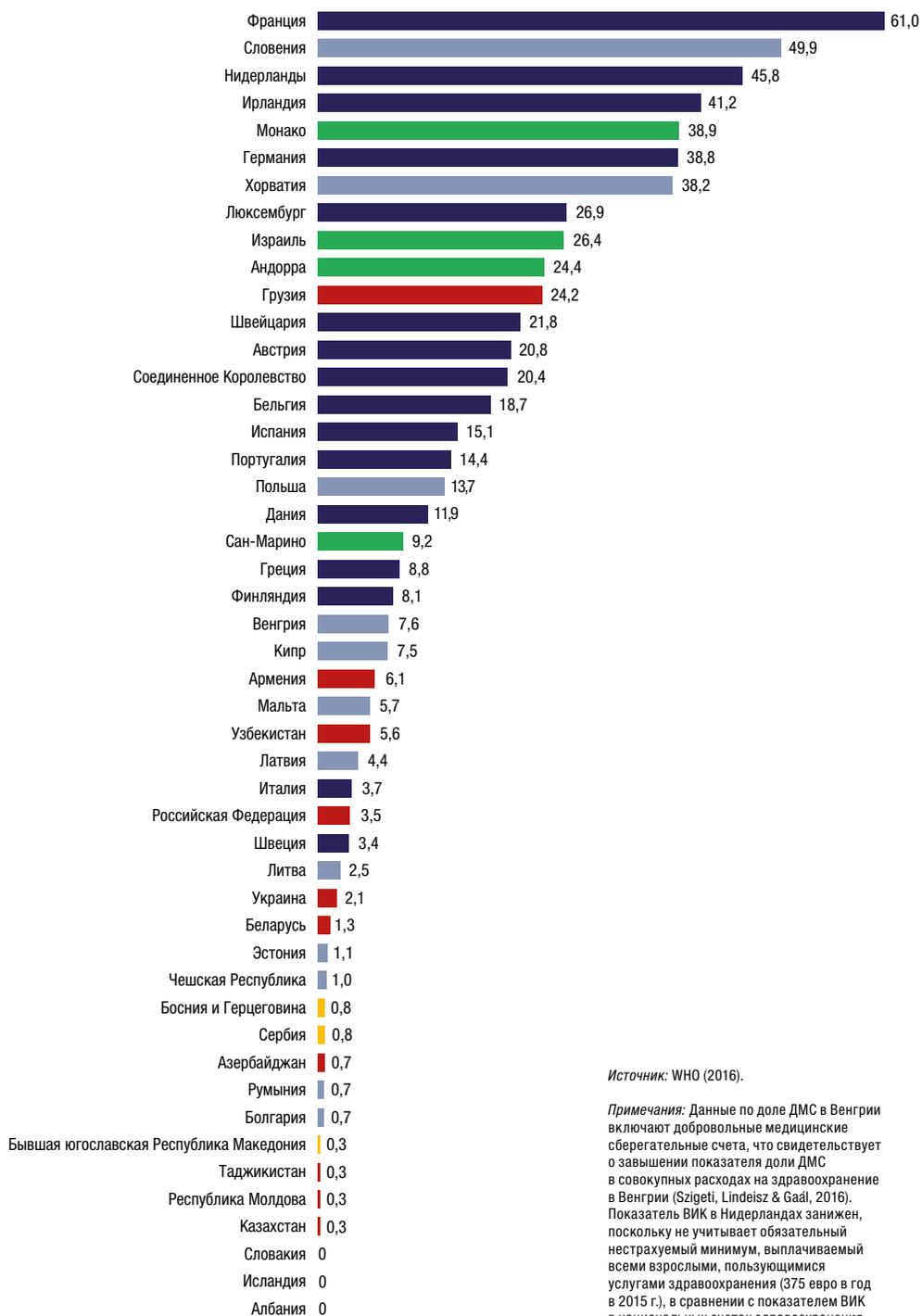
Рисунок 2.5 Снижение расходов на ДМС на душу населения в период 2000–2014 гг. (изменение в %)



Источник: WHO (2016).

Примечания: Расходы на ДМС приведены в национальных денежных единицах (в млн, 2005 г). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

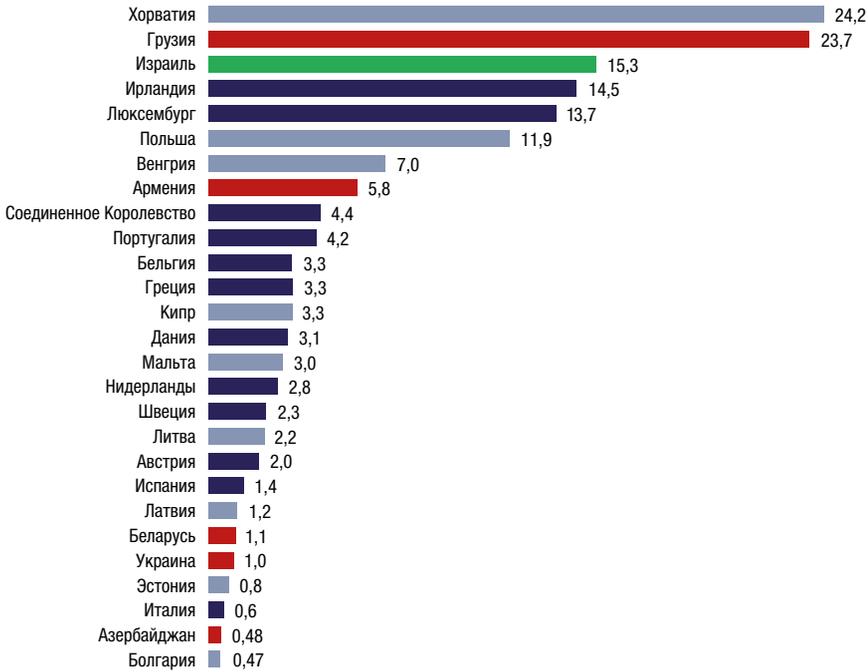
но их недостаточно для развития и роста рынка ДМС. Взаимосвязь между ДМС и ‘выплатами из кармана’ (ВИК) очень слаба (рис. 2.9). Несмотря на значительные пробелы охвата во многих странах Европейского региона, что демонстрируется очень высоким уровнем ВИК в некоторых странах, доля ДМС в частных расходах на здравоохранение низка во всех, кроме небольшого числа стран (рис. 2.10).

Рисунок 2.6 Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение в 2014 г. (%)

Источник: WHO (2016).

Примечания: Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Показатель ВИК в Нидерландах занижен, поскольку не учитывает обязательный нестрахуемый минимум, выплачиваемый всеми взрослыми, пользующимися услугами здравоохранения (375 евро в год в 2015 г.), в сравнении с показателем ВИК в национальных счетах здравоохранения (OECD, 2015a). Это означает, что доля ДМС в частных расходах в Нидерландах завышена. Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

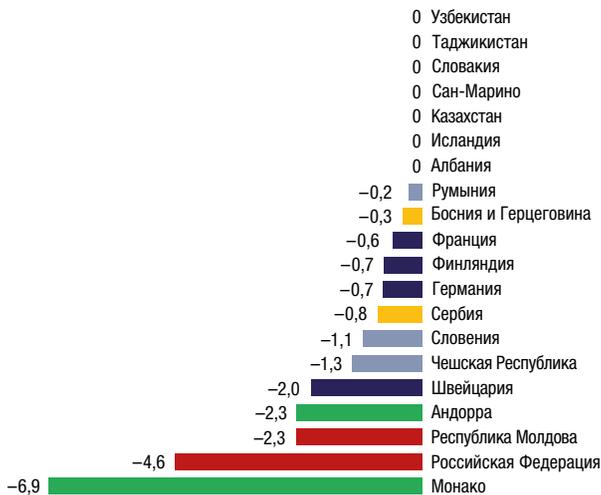
Рисунок 2.7 Страны, в которых доля ДМС в частных расходах на здравоохранение выросла в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)



Источник: WHO (2016).

Примечания: Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о повышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Рисунок 2.8 Страны, в которых доля ДМС в частных расходах на здравоохранение не изменилась или снизилась в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)



Источник: WHO (2016).

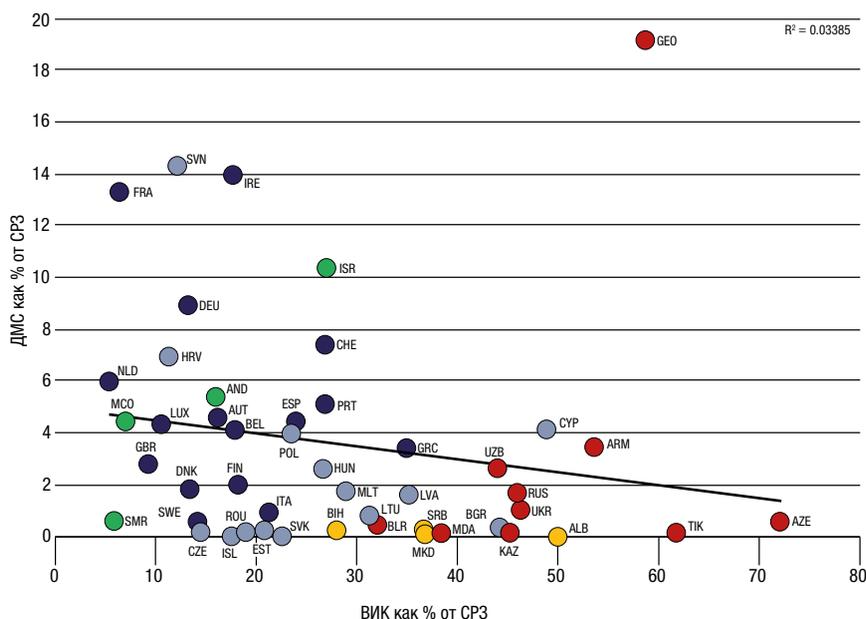
Примечания: Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Таблица 2.1 Движущие факторы развития рынка ДМС

Роль на рынке	Движущий фактор развития рынка	Природа охвата ДМС
Дополнительная	Показатели качества и своевременности финансируемых государством услуг здравоохранения	Предоставление более быстрого доступа к медицинским услугам, расширение спектра поставщиков услуг здравоохранения или улучшение материально-технической базы
Дополняющая роль (услуги)	Охват пакета государственных гарантий	Услуги, исключенные из пакета государственных гарантий
Дополняющая роль (пользовательская плата)	Наличие пользовательской платы за финансируемые государством услуги здравоохранения	Пользовательская плата за товары и услуги в пакете государственных гарантий
Замещающая	Доля населения, имеющего право на получение финансируемых государством услуг здравоохранения	Исключение граждан из охвата или предоставление им возможности отказаться от пакета государственных гарантий

Источник: Foubister et al. (2006).

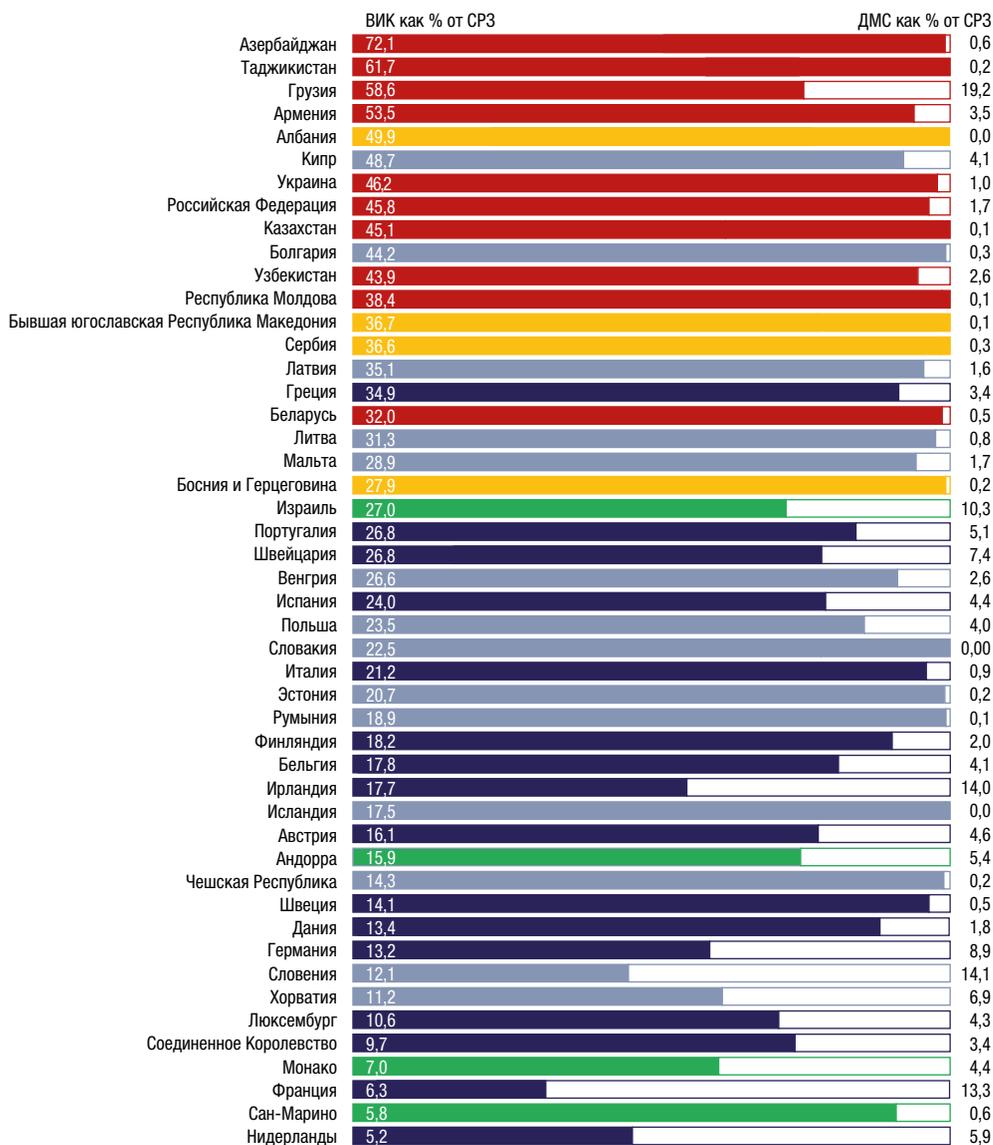
Рисунок 2.9 Взаимосвязь между ДМС и ВИК в Европейском регионе, 2014 г.



Источник: Авторы на основе данных ВОЗ (2016).

Примечания: Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz, 2016). Показатель ВИК в Нидерландах занижен, поскольку не учитывает обязательный нестрахуемый минимум, выплачиваемый всеми взрослыми, пользующимися услугами здравоохранения (375 евро в год в 2015 г.), в сравнении с показателем ВИК в национальных счетах здравоохранения (OECD, 2015a). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2. См. Приложение 3 для получения списка страновых кодов, использованных на данном рисунке.

Рисунок 2.10 Разбивка частных расходов на здравоохранение в 2014 г. (страны ранжируются по процентной доле ВИК в совокупных расходах от низкой к высокой)



Источник: WHO (2016).

Примечания: Каждый столбик на гистограмме показывает отношение ВИК к ДМС как долю в частных расходах на здравоохранение. Данные по доле ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Показатель ВИК в Нидерландах занижен, поскольку не учитывает обязательный нестрахуемый минимум, выплачиваемый всеми взрослыми, пользующимися услугами здравоохранения (375 евро в год в 2015 г.), в сравнении с показателем ВИК в национальных счетах здравоохранения (OECD, 2015a). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Какую роль играет ДМС?

Большинство рынков ДМС играют *дополнительную* роль (табл. 2.2), предоставляя людям ускоренный доступ к лечению и расширенный выбор поставщиков услуг здравоохранения или улучшенные удобства. Дополнительные рынки, как правило, невелики, как в разрезе доли от расходов на здравоохранение, так и в разрезе доли охваченного населения.

Замещающее ДМС играет незначительную роль в трех странах, охватывая очень небольшую группу людей, не имеющих права на получение финансируемых государством услуг здравоохранения. Оно играет более значительную роль на Кипре, охватывая около 20% населения, не имеющего права на получение услуг здравоохранения, полностью финансируемых за счет государства. Наиболее значительный замещающий рынок существует в Германии, где он охватывает людей, которые добровольно отказываются от услуг государственной системы, и тех, кто отказался и более не имеет права на получение финансируемых государством услуг по достижении возраста старше 55 лет.

Дополняющее ДМС, охватывающее пользовательскую плату или исключенные услуги, предоставляется в небольшом количестве стран. Только Франция и Словакия имеют действительно значительные рынки дополняющего ДМС, охватывающего пользовательскую плату; Хорватия следует за ними. Единственным крупным рынком дополняющего ДМС, охватывающим исключенные услуги, являются Нидерланды.

Таблица 2.2 Обзор рынков ДМС в Европе (34 страны), 2014 г.

Роль ДМС	Доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение (%), 2014 г.			
	≤1%	≤5%	≤10%	>10%
Дополнительная роль	Болгария Венгрия Италия Литва Норвегия Румыния Словакия Украина Швеция	Австрия Бельгия Греция Испания Латвия Мальта Польша Российская Федерация Соединенное Королевство Финляндия	Грузия Португалия Швейцария	Ирландия
Дополняющая (услуги)		Армения Дания	Нидерланды	Грузия
Дополняющая (пользовательская плата)		Дания Финляндия	Хорватия	Словения Франция
Замещающая	Исландия Чешская Республика Эстония	Кипр	Германия	

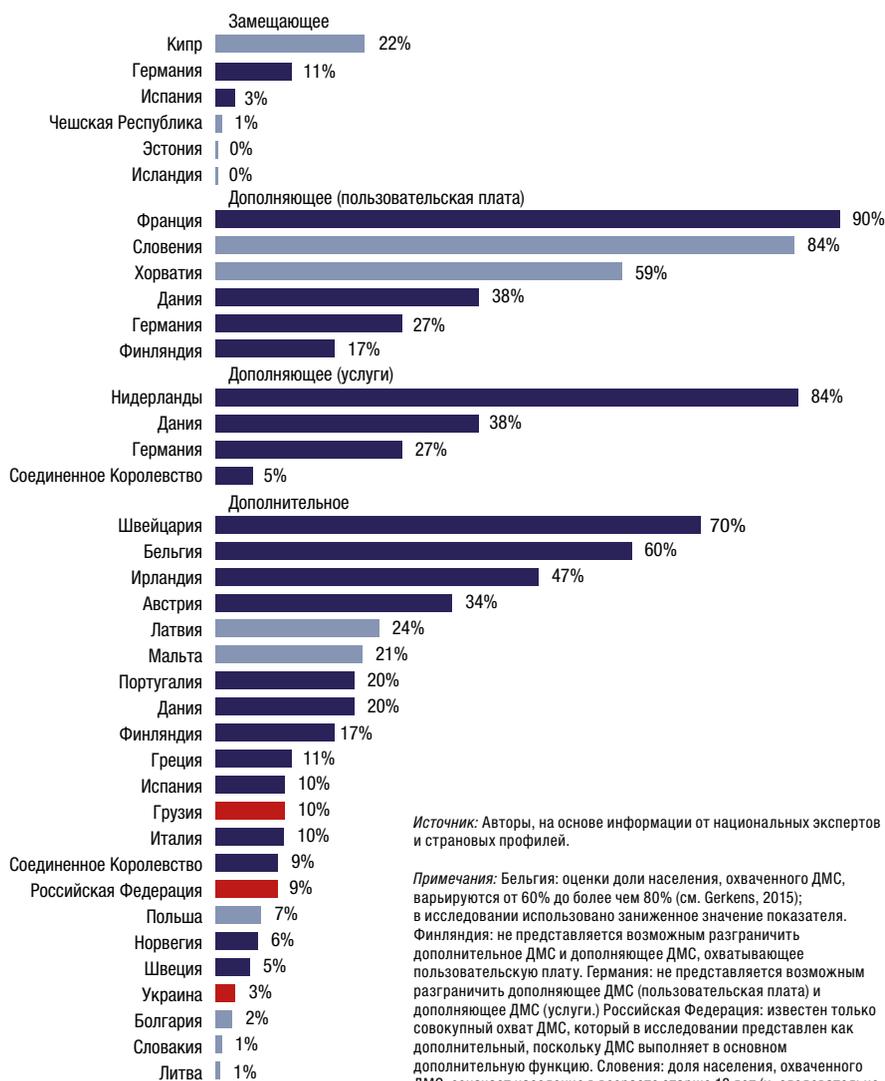
Источник: Sagan & Thomson (2016).

Примечания: В таблице рассматриваются только основные роли ДМС. По Грузии, Дании и Финляндии определить, какую роль считать основной, не представляется возможным. В странах, выделенных полужирным шрифтом, ДМС охватывает >20% населения.

Какое количество людей приобретают ДМС?

Доля населения, охваченного ДМС, значительно варьируется между странами (рис. 2.11). Крупнейшие рынки для ДМС играют дополняющую роль. Небольшое число дополнительных рынков охватывают >35% населения. Они, как правило, являются рынками с долгой историей ДМС (Бельгия, Ирландия, Швейцария), на которых доминирующую роль традиционно играют некоммерческие организации (Бельгия, Ирландия).

Рисунок 2.11 Доля населения, охваченного разными видами ДМС (%); данные за последний год, по которому имеются данные



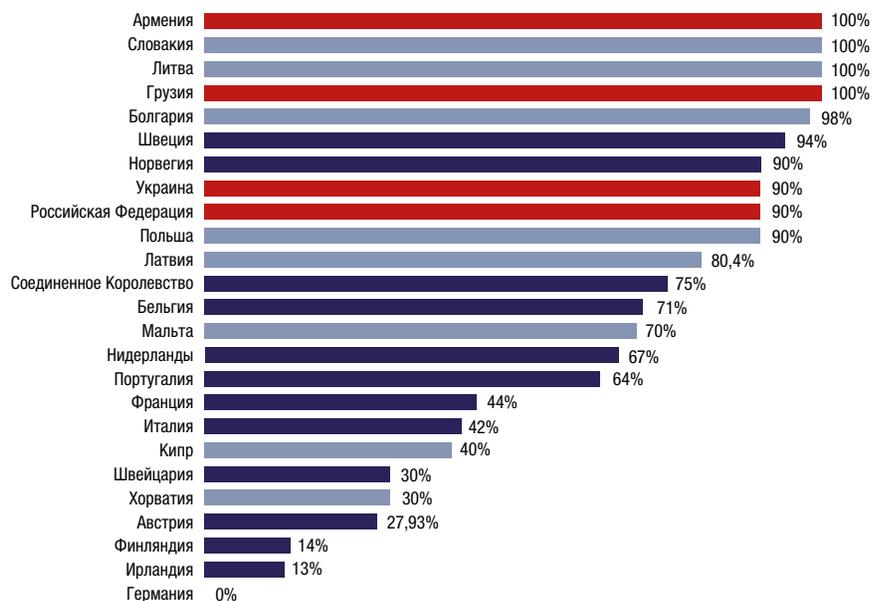
Источник: Авторы, на основе информации от национальных экспертов и страновых профилей.

Примечания: Бельгия: оценки доли населения, охваченного ДМС, варьируются от 60% до более чем 80% (см. Gerkens, 2015); в исследовании использовано заниженное значение показателя. Финляндия: не представляется возможным разграничить дополнительное ДМС и дополняющее ДМС, охватывающее пользовательскую плату. Германия: не представляется возможным разграничить дополняющее ДМС (пользовательская плата) и дополняющее ДМС (услуги.) Российская Федерация: известен только совокупный охват ДМС, который в исследовании представлен как дополнительный, поскольку ДМС выполняет в основном дополнительную функцию. Словения: доля населения, охваченного ДМС, означает население в возрасте старше 18 лет (и, следовательно, выплачивающего со-оплату). Дания: не представляется возможным разграничить дополняющее ДМС (пользовательская плата) и дополняющее ДМС (услуги); 37% населения с дополняющим ДМС также имеют дополнительное ДМС (CEPOS, 2014).

Кто приобретает ДМС?

Продажа полисов группам людей (как правило, сотрудникам) преобладает в 16 из 25 стран, по которым имеются данные (рис. 2.12).

Рисунок 2.12 Доля полисов ДМС, продаваемых группам (%); данные за последний год, по которому имеются данные



Источники: Данные по Нидерландам на основе Kroneman (2014); Sagan & Thomson (2016).

Примечания: По Украине и Российской Федерации показана доля страховых планов, приобретаемых работодателями. Все замещающие планы в Германии закупаются отдельными лицами. 2009: Италия, Кипр; 2010: Бельгия, Латвия, Мальта, Португалия; 2011: Норвегия. По остальным странам год неизвестен. Отсутствуют данные по Венгрии, Греции, Дании, Исландии, Испании, Румынии, Словении, Чешской Республике и Эстонии.

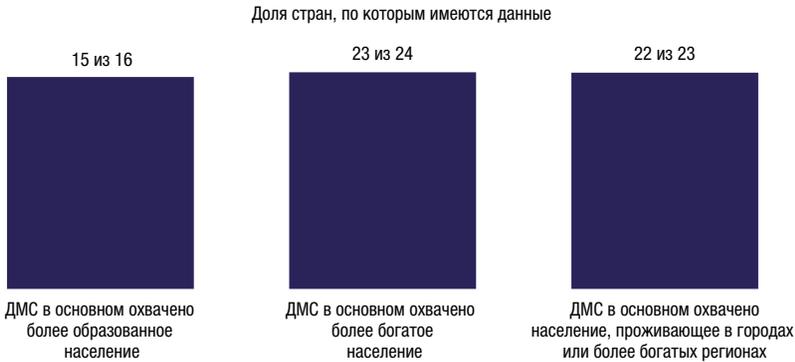
Каков социально-экономический статус людей с ДМС?

Почти во всех странах, охваченных данным исследованием, лицами, склонными к приобретению ДМС, являются люди с более высоким социально-экономическим статусом, и люди, проживающие в городах или более богатых регионах страны (рис. 2.13). Систематический уклон в охвате ДМС, в сочетании со стимулами поставщиков придавать приоритетное значение лицам с ДМС, означает, что ДМС, как правило, усугубляет неравенство в доступе к услугам здравоохранения.

Кто продает ДМС?

Во многих странах полисы ДМС продают как коммерческие, так и некоммерческие лица и организации. Мы называем страхователем любое лицо, продающее ДМС. Почти в половине стран, охваченных

Рисунок 2.13 Социально-экономическое и географическое отклонение в охвате ДМС в странах, 2012 г. или позже



Источник: Авторы (на основе таблицы 4.1).

Примечания: 'Более богатыми регионами страны' считаются столицы в Армении, Ирландии и Российской Федерации, северный регион Италии, а также Лондон и юго-восток Англии в Соединенном Королевстве.

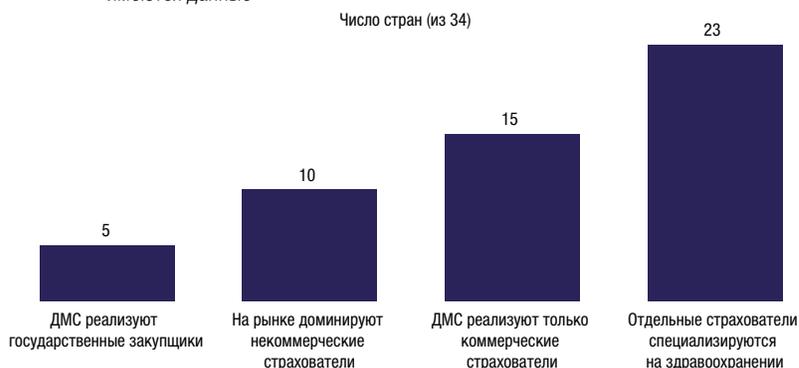
данным исследованием, ДМС продается только коммерческими страхователями (рис. 2.14, 2.15). Некоммерческие лица и организации (зачастую общества взаимного страхования) исторически играли важную роль в ЕС, и ранее преобладали на рынке ДМС во многих странах Европы, однако в настоящее время эта ситуация наблюдается только в 10 странах. Единственной страной, не входящей в ЕС, рассматриваемой в рамках данного исследования, в которой можно приобрести ДМС у некоммерческой организации, является Украина.

Количество продающих ДМС страхователей варьируется между странами (рис. 2.16). Рынок ДМС, как правило, отличается высокой степенью концентрации, с некоторыми заметными исключениями (рис. 2.17). В последние два десятилетия во многих странах наметилась явная тенденция к повышению уровня концентрации на рынке ДМС, в основном за счет слияний.

Кто может приобретать ДМС и на каких условиях?

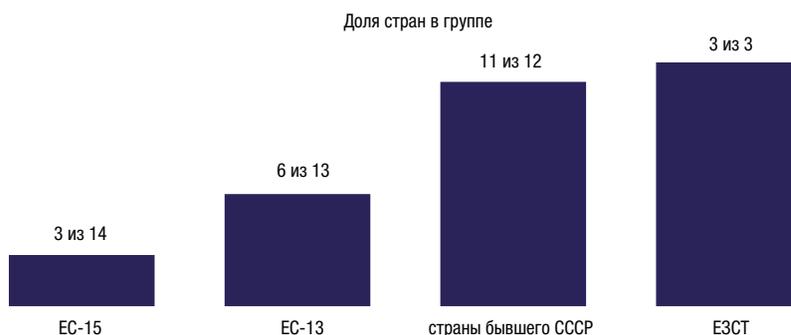
Финансируемое государством медицинское страхование, как правило, обязательно и подразумевает автоматическое страховое покрытие, когда людям ничего не нужно предпринимать, или же открытое покрытие, что означает, что никому из числа лиц, имеющих право на страховое покрытие, не может быть в нем отказано.

ДМС работает иначе. Страхователи, продающие ДМС, как правило, свободны в своем выборе того, кто имеет право на страховое покрытие, и на каких условиях его предоставлять. Это отчасти является реакцией

Рисунок 2.14 Виды организаций, продающих ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные

Источник: Авторы (на основе таблицы 5.1).

Примечание: Государственным закупщиком являются организации, осуществляющие закупку финансируемых государством услуг здравоохранения.

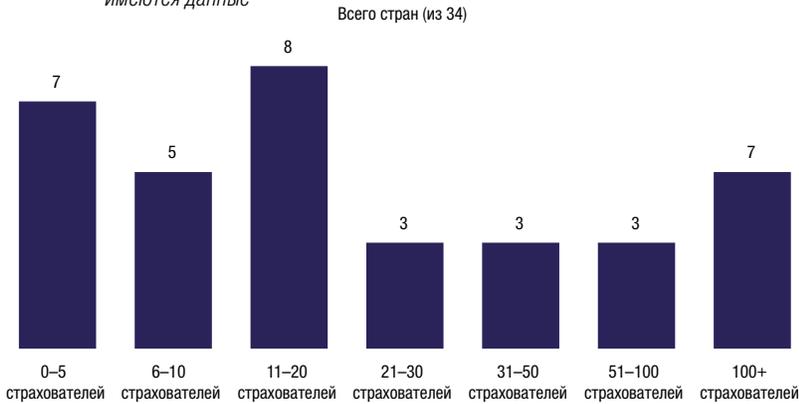
Рисунок 2.15 Страны, в которых ДМС можно приобрести только у коммерческих страхователей, по группам стран; данные за последний год, по которому имеются данные

Источник: Авторы (на основе таблицы 5.1).

на боязнь неблагоприятного отбора,¹ даже несмотря на то, что рынки ДМС в Европе имеют систематический уклон в пользу более богатых, и, следовательно, более здоровых людей. Свобода, предоставляемая страхователям, вероятно, отражает тот факт, что большинство рынков ДМС в Европе являются дополнительными, и не играют важной роли в предоставлении финансовой защиты.

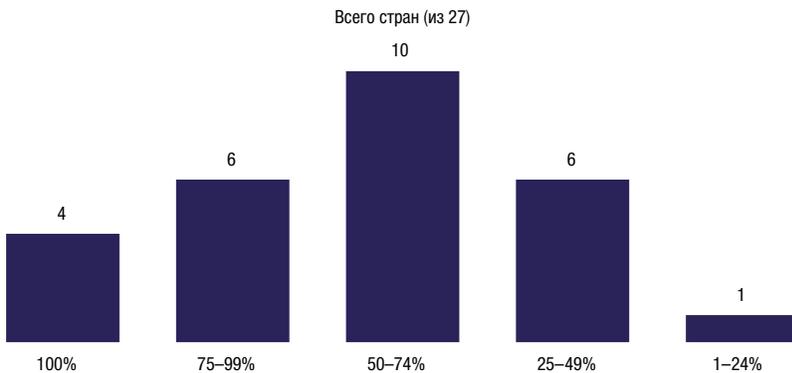
¹ Когда страховое покрытие является добровольным и более привлекательным для лиц с более высоким риском слабого здоровья, его приобретение может концентрироваться в группе лиц с высокой степенью риска, что известно как неблагоприятный отбор. В подобной ситуации страхование может оказаться нежизнеспособным в долгосрочной перспективе, особенно при увеличении размера страховых взносов для охвата пула рисков выше среднего, что приводит к тому, что лица с рисками ниже среднего отказываются от страхового покрытия, что может потенциально привести к несостоятельности страхователя.

Рисунок 2.16 Число организаций, реализующих ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные



Источник: Авторы (на основе таблицы 5.1).

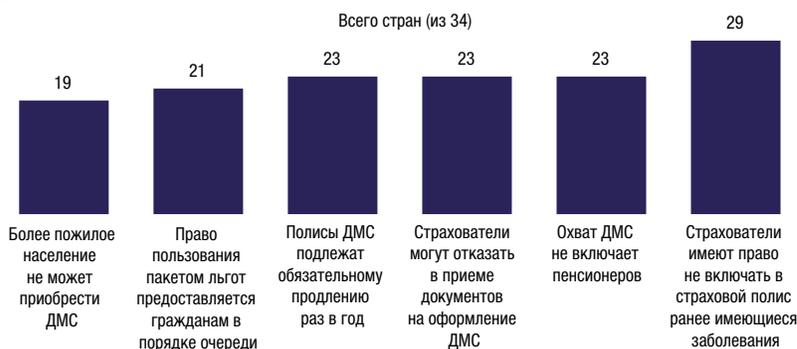
Рисунок 2.17 Доля трех крупнейших страхователей на рынке ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные



Источник: Авторы (на основе таблицы 5.1).

Страхователи во многих странах не позволяют людям впервые приобретать ДМС после достижения возраста 65 лет; заставляют людей ждать несколько недель или месяцев между приобретением ДМС и получением права на получение услуг; продают только годовые контракты ДМС, что позволяет им аннулировать договор в конце года или при выходе человека на пенсию; могут отказаться продавать ДМС людям, чье покрытие, по их мнению, слишком рискованно; и не обязаны покрывать имеющиеся на момент приобретения ДМС заболевания (например, диабет), или же могут взимать более высокую плату за покрытие существующих заболеваний (рис. 2.18).

В результате этой свободы страхователей ДМС может оказаться недоступным для пожилых лиц, лиц с инвалидностью, уже больных лиц или лиц с повышенным риском заболеть.

Рисунок 2.18 Условия предоставления полисов ДМС, 2012 г. или позже

Источник: Авторы (на основе таблиц 5.2, 5.3 и 5.5).

Как страхователи устанавливают размер взносов ДМС?

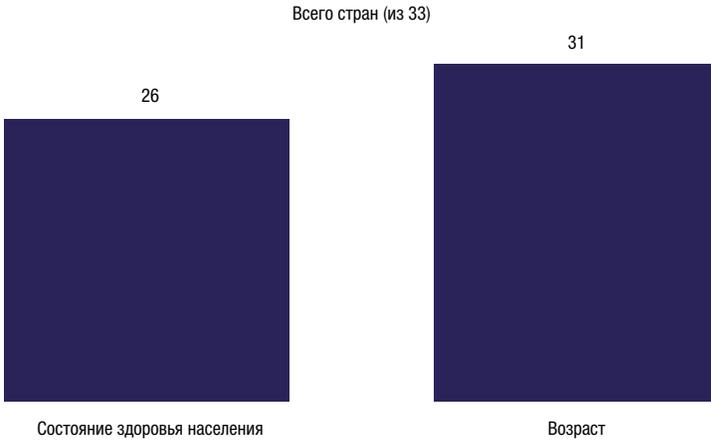
Финансируемые государством услуги здравоохранения, как правило, финансируются посредством взносов (налогов), которые не связаны с риском слабого здоровья человека. В Европе они обычно связаны со способностью домохозяйств платить посредством использования подходящих налогов или взносов, устанавливаемых в качестве доли от доходов домохозяйства. С другой стороны, взносы ДМС почти всегда связаны с риском слабого здоровья человека. В большинстве стран, изученных в рамках данного исследования, страхователи используют показатели возраста и, в некоторой степени, состояния здоровья, для определения размера оплаты за ДМС (рис. 2.19). Это означает, что ДМС зачастую стоит дороже для пожилых лиц и лиц с более высоким риском слабого здоровья.

Во многих странах политика ДМС подразумевает наличие предельного объема гарантированных услуг, то есть держатели полисов ДМС имеют право на получение медицинских услуг до определенного потолка стоимости (рис. 2.20). Также медицинская помощь, финансируемая за счет ДМС, зачастую подразумевает внесение пользовательской платы.

Как страхователи закупают услуги здравоохранения?

В число инструментов, позволяющих закупщикам влиять на качество услуг здравоохранения и их стоимость (активные закупки), входит оплата поставщиков, вертикальная интеграция и избирательная контрактация. Прочие инструменты активных закупок включают использование процессов определения приоритетов на доказательной основе; механизмы поддержки принятия решений, такие, как доказательные лечебные протоколы, клинические и рецептурные руководства, назначение международных непатентованных наименований (МНН) и замена на лекарства-дженерики; мониторинг эффективности

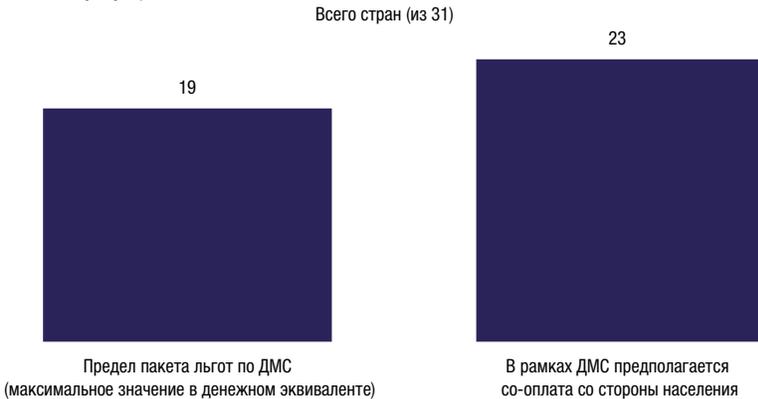
Рисунок 2.19 Факторы риска, используемые для определения размеров взносов ДМС, 2012 г. или позже



Источник: Авторы (на основе таблицы 5.4).

Примечание: Люди вынуждены платить штрафные санкции за присоединение к схемам страхования в возрасте старше 35 лет (Ирландия), или же за присоединение позже, чем получают на это право (Словения), что по своему воздействию может напоминать зависящие от возраста взносы.

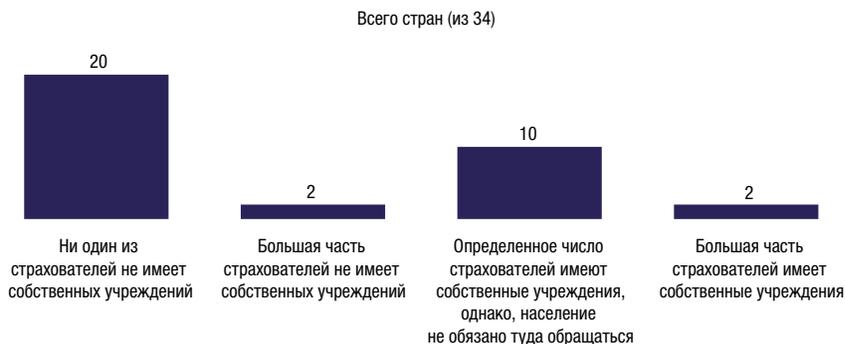
Рисунок 2.20 Пределы гарантированных услуг здравоохранения по ДМС (пакет льгот и плата за услуги), 2012 г. или позже



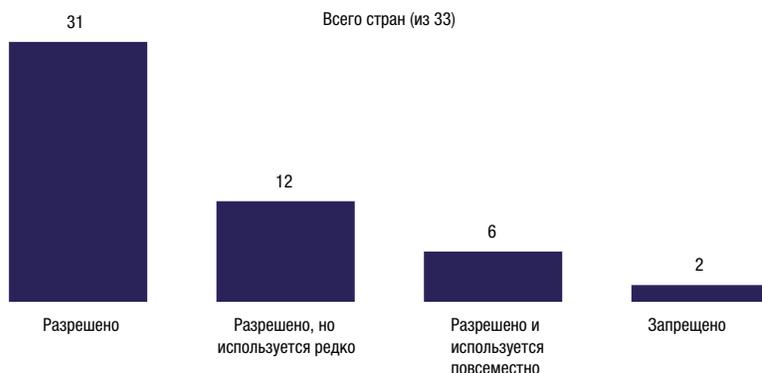
Источник: Авторы (на основе таблицы 5.6).

деятельности и обратная связь для медработников; и публичное раскрытие информации об эффективности деятельности. Лишь очень небольшое число страхователей, продающих ДМС, пользуются подобными инструментами.

В большинстве стран страхователи, продающие ДМС, позволяют держателям полисов выбирать поставщика услуг здравоохранения. Вертикальная интеграция страхователей с поставщиками услуг здравоохранения является исключением, и даже когда она имеет место быть, страхователи зачастую позволяют держателям полисов

Рисунок 2.21 Степень вертикальной интеграции между страхователями и поставщиками услуг здравоохранения, 2012 г. или позже

Источник: Авторы (на основе таблицы 5.9).

Рисунок 2.22 Степень избирательной контрактации между страхователями и поставщиками услуг здравоохранения, 2012 г. или позже

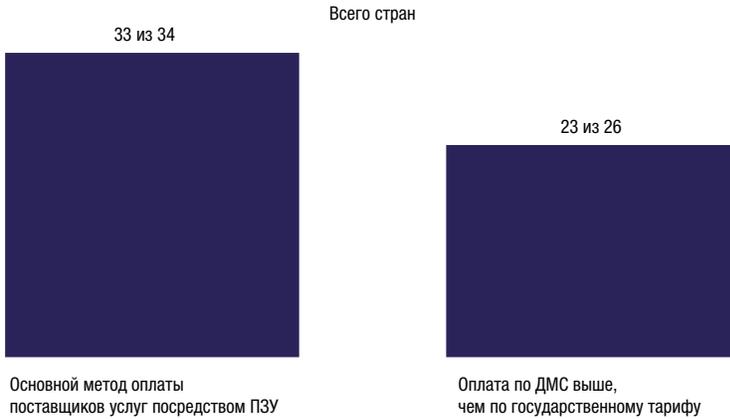
Источник: Авторы (на основе таблицы 5.9).

пользоваться услугами других поставщиков (рис. 2.21). Избирательная контрактация поставщиков услуг здравоохранения также встречается редко (рис. 2.22).

Как правило, страхователи платят поставщикам услуг здравоохранения на основании платы за услугу (ПЗУ) (рис. 2.23). Хотя преимущество ПЗУ состоит в том, что данный метод оплаты ограничивает вероятность предоставления недостаточного объема услуг пациентам, при ее самостоятельном использовании (как на большинстве рынков ДМС), он создает сильные стимулы для предоставления чрезмерного объема услуг, и может вести к нерациональным тенденциям в использовании.

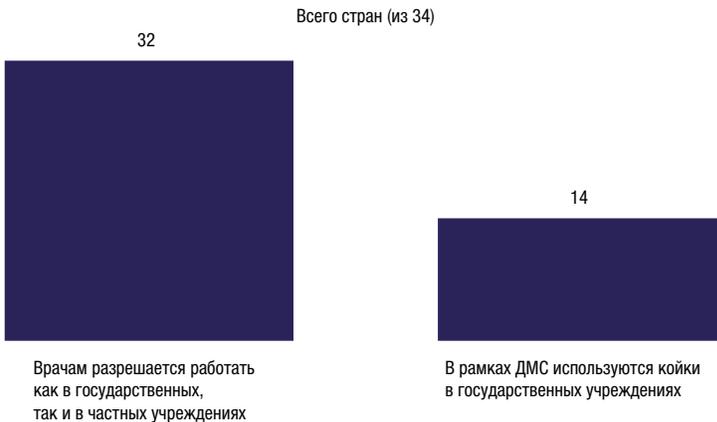
Во многих странах выплаты страхователей поставщикам услуг здравоохранения превышают плату, получаемую поставщиками за лечение пациентов на государственном финансировании. Это создает стимулы для поставщиков отдавать приоритет пациентам,

Рисунок 2.23 Наиболее распространенные способы оплаты поставщиков услуг здравоохранения со стороны страхователей, 2012 г. или позже



Источник: Авторы (на основе таблицы 5.10).

Рисунок 2.24 Соотношение государственного и частного секторов в предоставлении услуг здравоохранения; данные за последний год, по которому имеются данные



Источник: Авторы (на основе раздела 5.4).

Примечания: Дания и Кипр не позволяют врачам работать в обоих секторах; Греция, Ирландия, Италия и Соединенное Королевство ограничивают то, сколько врачи могут работать в обоих секторах.

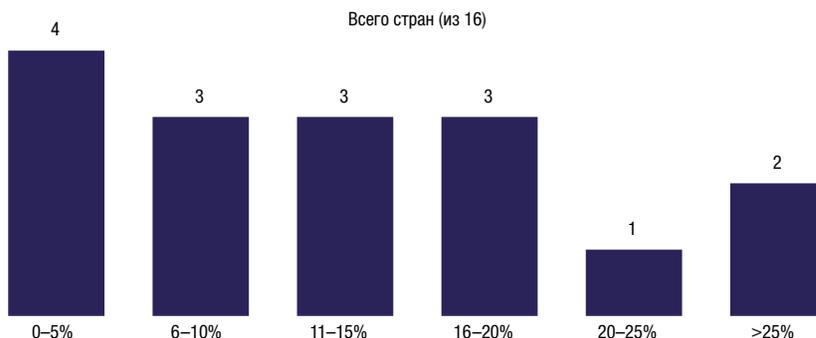
финансируемым за счет ДМС, что усугубляет неравенство в доступе к услугам здравоохранения между людьми с ДМС и без него.

Риск создания или усугубления неравенства в доступе к услугам здравоохранения (двухуровневый доступ) выше там, где врачам позволено одновременно работать как в государственных, так и в частных учреждениях (32 из 34 стран), или получать оплату как из государственных источников, так и через ДМС, а также где пациенты с ДМС могут пользоваться койками в государственных стационарах (14 из 34 стран) при ограниченной мощности государственных стационаров (рис. 2.24).

Как страхователи тратят свои доходы?

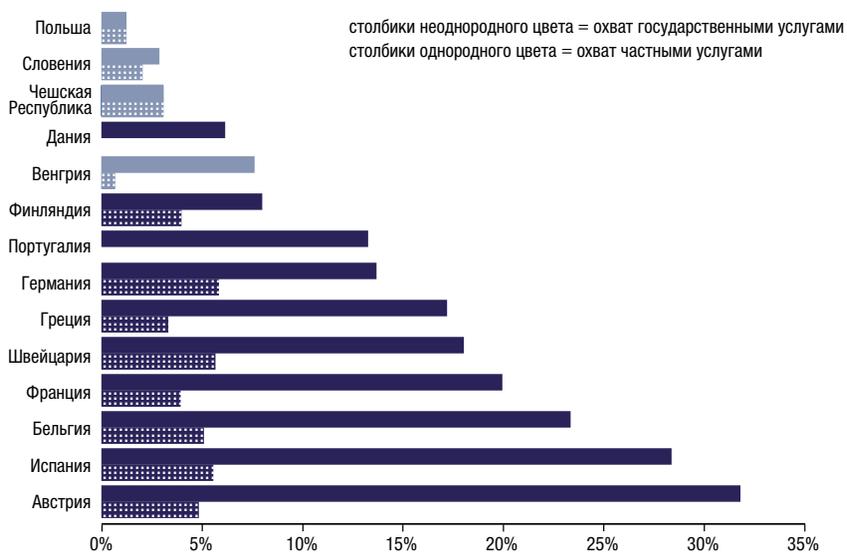
Финансируемые государством закупщики, как правило, тратят около 5% своих доходов на администрирование (ОЕСД, 2015b). Страхователи, продающие ДМС, как правило, тратят на администрирование гораздо более высокую долю своего дохода (рис. 2.25, 2.26).

Рисунок 2.25 Административные издержки страхователей как % от их совокупного дохода, 2012 г. или позже



Источник: Авторы (на основе рисунка 5.3).

Рисунок 2.26 Административные издержки в сфере государственного и частного страхования как % от текущих расходов, европейские страны ОЭСР, 2012 г.

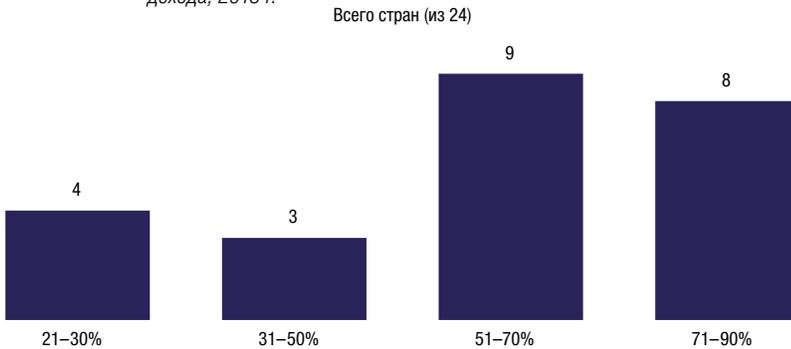


Источник: ОЕСД (2015b).

Примечания: Страны ранжированы по убыванию от самых высоких к самым низким административным издержкам в частном медицинском страховании. По Португалии данные приведены за 2011 г. (причина, по которой административные издержки в Португалии равны нулю, может крыться в том, что технически лишь очень небольшая часть расходов на здравоохранение классифицируется как средства социального страхования, которые учитываются отдельно от бюджета Министерства здравоохранения); данных по государственному страхованию в Дании нет в наличии.

В двух третях стран, по которым имеются данные, страхователи тратят менее 70% своих доходов на услуги здравоохранения (рис. 2.27). Даже с учетом относительно высоких административных издержек и стоимости перестрахования, это позволяет предположить, что ДМС является прибыльным бизнесом во многих странах.

Рисунок 2.27 Расходы страхователей на услуги здравоохранения как % от их совокупного дохода, 2013 г.



Источник: Авторы (на основе рисунка 5.4).

Примечание: Данное соотношение также известно как коэффициент страховых случаев или коэффициент медицинских потерь.

Кто регулирует рынки ДМС?

В большинстве стран Европы ДМС регулируется исключительно как финансовая услуга. Как правило, регулирующими органами являются органы финансового надзора, центральные банки или страховые регуляторы при Министерстве финансов (табл. 2.3). В небольшом числе стран свою роль в этом также играет Министерство здравоохранения или иной орган здравоохранения. Как правило, это наблюдается в странах, где роль ДМС является дополняющей и включает пользовательскую плату.

Как регулируется ДМС?

Чаще всего ДМС регулируется так же, как и любая другая финансовая услуга. Вмешательства, направленные на обеспечение физической и финансовой доступности и хорошей финансовой защиты со стороны ДМС, имеют высокую степень концентрации. Лишь 8 из 34 стран, охваченных данным исследованием, принимают подобные меры, как указано в таблице 2.4. И это далеко не совпадение, что в данную группу стран входят практически все крупнейшие рынки ДМС в Европе. В нее также входят рынки ДМС с сильными обществами взаимного страхования или некоммерческими страхователями (Бельгия, Ирландия, Италия, Франция) и страны, в которых ДМС играет значительную, замещающую роль (Германия) или же дополняющую роль, покрывая

пользовательскую плату (Словения, Франция, Хорватия). За последнее десятилетие интенсивность регулирования выросла во всех этих восьми странах. Более интенсивное регулирование в подавляющем большинстве случаев было направлено на повышение финансовой доступности ДМС и усиление финансовой защиты для населения с полисами ДМС.

Таблица 2.3 Органы, ответственные за регулирование рынка ДМС, 2012 г. или позже

	Орган финансового надзора	Центральный банк	Страховой регулятор	Министерство здраво- охранения	Иное ведомство здраво- охранения
Австрия	■				
Бельгия (коммерческие)	■	■			
Болгария	■				
Венгрия (коммерческие)	■				
Германия	■				
Дания	■				
Исландия	■				
Латвия	■				
Мальта	■				
Норвегия	■				
Польша	■				
Российская Федерация	■				
Соединенное Королевство	■				
Украина (коммерческие)	■				
Финляндия	■				
Швейцария	■				
Швеция	■				
Эстония	■				
Армения		■			
Греция		■			
Грузия		■			
Литва		■			
Нидерланды		■			
Чешская Республика		■			
Кипр			■		
Португалия			■		
Румыния			■		
Украина (некоммерческие)			■		
Франция			■		
Италия			■	■	
Словения			■	■	
Ирландия		■		■	■
Испания		■		■	
Словакия		■			■
Хорватия	■			■	
Бельгия (общества взаимного страхования)					■
Венгрия (общества взаимного страхования)					■

Источник: Авторы (на основе таблицы 6.1).

Таблица 2.4 Меры по обеспечению доступности, финансовой доступности и финансовой защиты со стороны ДМС, 2012 г. или позже

	Бельгия	Германия	Ирландия	Италия	Словения	Франция	Хорватия	Эстония
Доступность								
Придание страховому покрытию обязательного характера		■				■		
Открытый доступ к страхованию*	■	■	■		■		■	■
Пожизненное страховое покрытие*	■	■	■					
Финансовая доступность								
Дифференцированные страховые взносы: <i>все</i> страхователи			■		■			
Дифференцированные страховые взносы: только <i>некоторые</i> страхователи	■		■	■			■	■
Выравнивание рисков			■		■			
Предельный размер взносов: только <i>некоторые</i> страхователи/полисы	■		■	■				
Оплата взносов бедных домохозяйств государством	■					■	■	
Взносы снижаются, когда человек выходит на пенсию: только <i>некоторые</i> страхователи				■				
Финансовая защита								
Охват существующих ранее заболеваний: <i>все</i> страхователи			■					
Охват существующих ранее заболеваний: только <i>некоторые</i> страхователи/полисы		■						
Минимальные гарантированные услуги: <i>все</i> страхователи			■					
Минимальные гарантированные услуги: только <i>некоторые</i> полисы		■		■				
Запрет страхователям ограничивать максимальный объем медицинских услуг: только <i>некоторые</i> полисы						■		
Предельный размер пользовательской платы для услуг, охваченных ДМС	■							

Источник: Авторы (на основе таблицы 6.2).

Примечания: Некоторые страхователи – это фонд обязательного медицинского страхования (Эстония) или некоммерческие организации (все остальные страны). В Германии некоторые полисы – это базовый замещающий полис ДМС; во Франции это касается ответственных контрактов. * Относится к некоторым страхователям в Германии, Хорватии и Эстонии.

Налоговые стимулы для ДМС

Несмотря на убедительные доказательства неэффективности и несправедливости многих форм налоговых стимулов для ДМС, более половины стран, участвовавших в исследовании, предоставляют налоговые стимулы для того, чтобы люди приобретали ДМС (табл. 2.5). Последние 20 лет существует тенденция сокращать или упразднять эти налоговые стимулы, в основном в связи с их дороговизной для правительств и неэффективностью использования государственных средств. Упразднение налоговых стимулов, как правило, не оказывало значительного влияния на спрос на ДМС. Небольшое число стран сократили или упразднили налоговые стимулы из соображений справедливости. Ряд стран начали применять налоговые стимулы,

ориентированные на работодателей, для содействия справедливости внутри компаний, к примеру, предоставляя налоговые льготы, только если ДМС предоставляется всем сотрудникам в компании (а не только старшему руководящему персоналу).

Таблица 2.5 Налоговые стимулы для содействия приобретению ДМС населением, 2012 г. или позже

	Стимулы для отдельных лиц	Стимулы для сотрудников	Стимулы для работодателей	Отсутствие стимулов
Болгария	■			
Германия	■			
Португалия	■			
Украина	■			
Швеция	■			
Швейцария	■			
Ирландия	■	■	■	
Италия	■		■	
Российская Федерация	■		■	
Латвия		■	■	
Литва		■	■	
Испания		■	■	
Франция		■	■	
Армения			■	
Венгрия			■	
Дания			■	
Польша			■	
Финляндия			■	
Бельгия				■
Грузия				■
Греция				■
Кипр				■
Мальта				■
Нидерланды				■
Норвегия				■
Румыния				■
Словакия				■
Словения				■
Соединенное Королевство				■
Хорватия				■
Чешская Республика				■
Эстония				■

Источник: Авторы (на основе таблицы 6.4).

Примечание: В Румынии индивидуальные налоговые стимулы предоставляются для всех типов страховых полисов, не только для ДМС, и, следовательно, не стимулируют приобретение ДМС.

Изменения в национальной политике и вызывающие беспокойство аспекты ДМС

Период 2000–2015 гг. характеризовался развитием политики в четырех основных областях.

- *Несколько стран укрепили и расширили финансируемый государством охват медицинским страхованием, упразднив замещающую роль ДМС – в Хорватии (2001), Нидерландах (2006), Бельгии (2008) и Грузии (2013), и ограничив его охват в Германии (2000, 2009). В Хорватии и Германии отказ от финансируемой государством страховки был запрещен (Хорватия) и ограничен (Германия) в целях решения фискальных проблем, создаваемых сегментацией рисков.*
- *Армения и Грузия пытались способствовать продвижению ДМС, разрешив частным страхователям предлагать финансируемую государством страховку. Однако недавно обе эти страны отказались от этой практики. Несколько стран, входящих в ЕС–13, пытались продвигать ДМС иными способами, но лишь с незначительным успехом, вероятно, в связи с присутствием неформальных платежей в этих странах, и ограниченной платежеспособностью домохозяйств в отношении ДМС.*
- *Возросли меры, направленные на повышение физической и финансовой доступности ДМС, в основном там, где ДМС играет значительную замещающую или дополнительную роль.*
- *Отмечалось увеличение случаев обжалования некоторых из этих мер на национальном уровне, что наиболее часто касалось дифференцированного отношения со стороны страхователей в зависимости от правового статуса (что, соответственно, нарушает правовые нормы ЕС), и использования выравнивания рисков для поддержки дифференциации страховых взносов ДМС (что неоднократно признавалось соответствующим правовыми нормами ЕС).*
- *Страны сокращали или упраздняли налоговые стимулы для приобретения ДМС (см. предыдущий раздел).*

Среди поводов для беспокойства на уровне национальной политики в области ДМС зачастую встречались один или более следующих факторов:

- *несправедливый (двухуровневый) доступ к услугам здравоохранения, связанный с систематическим уклоном в охвате ДМС в пользу лиц с более высоким социально-экономическим*

статусом, и стимулы для поставщиков отдавать приоритет предоставлению медицинской помощи пациентам с ДМС;

- *сложности обеспечения финансовой доступности ДМС для некоторых групп людей, в особенности пожилых лиц, лиц с инвалидностью, и лиц с хроническими заболеваниями, а также более бедных домохозяйств;*
- *масштаб прямых и скрытых государственных субсидий для ДМС, которые вызывают беспокойство в отношении фискальных сложностей, эффективности и справедливости в некоторых странах; скрытые субсидии могут поступать из государственного финансирования медицинского образования, неспособности в рамках ДМС взимать полную экономическую стоимость за использование коек в государственных стационарах, а также резервной функции финансируемой государством системы;*
- *высокие административные издержки среди страхователей; и*
- *транзакционные издержки, связанные со сложностью, возникающей в системах здравоохранения в связи с ДМС, особенно на более крупных рынках для ДМС; они включают стоимость мониторинга, регулирования, улучшения физической и финансовой доступности, и обжалования в судебном порядке.*

Зачем люди приобретают ДМС?

В данной главе мы рассмотрим причины, по которым люди приобретают ДМС. Мы обсудим движущие силы спроса на ДМС и изучим разные роли, которые ДМС играет в отношении финансируемого государством охвата.

3.1 Что влияет на спрос на ДМС?

В Европе нет ни одной страны (как, впрочем, и в мире, где их крайне мало, если они вообще существуют), где ДМС являлось бы единственным источником охвата услугами здравоохранения. Европейские страны, как правило, предоставляют всеобщее или почти всеобщее право на финансируемые государством услуги здравоохранения на *обязательной* основе как часть более широкой системы социальной защиты. В результате этого на рынки ДМС сильно влияют государственные институты, причем эти рынки, как правило, играют скромную роль, хотя есть и ряд исключений.

Люди приобретают ДМС для заполнения пробелов в финансируемых государством услугах здравоохранения или для получения ускоренного доступа к лечению и расширенного выбора поставщиков услуг здравоохранения. Эти стимулы спроса приведены в таблице 3.1 и соответствуют разным ролям ДМС.

Большинство стран имеют рынок для ДМС, который является дополнительным к финансируемому государством охвату услугами здравоохранения. *Дополнительный* рынок предоставляет доступ к услугам здравоохранения, покрываемым государством, но предоставляет застрахованным бóльший выбор поставщиков и более высокий уровень удобств (обычно включая доступ к частным поставщикам), а также позволяет им избежать очередей по листам ожидания для финансируемых государством услуг. Подобную страховку зачастую приобретают работодатели от имени работников, поскольку она покрывает людей и услуги, уже застрахованные государством, и ее вклад в финансовую защиту минимален.¹

¹ По данным ОЭСР (OECD 2004) данный тип рынка классифицирован как *дублирующий*, поскольку он покрывает услуги здравоохранения, уже охваченные обязательными схемами. Однако классификация ОЭСР не отражает дополнительные льготы, которые ДМС предоставляет в этой роли: выбор поставщика, ускоренный доступ к медицинской помощи и доступ к повышенным удобствам.

Дополняющее ДМС охватывает услуги, исключенные или лишь частично покрываемые пакетом государственных гарантий. Оно вносит вклад в финансовую защиту, когда снижает или устраняет финансовые барьеры в доступе к основным услугам здравоохранения. Дополняющее ДМС можно понимать как довершающий охват в ситуациях, когда существуют пробелы в масштабе и глубине пакета государственных гарантий.

ДМС может также предоставлять *замещающее* страховое покрытие для лиц, исключенных из значительных аспектов государственного покрытия, или же лиц, которые не требуют государственной страховки, а потому обеспечивает полноту покрытия с точки зрения его широты.

Пробелы в финансируемых государством услугах здравоохранения являются необходимой предпосылкой для ДМС, но их может быть недостаточно для развития и роста рынка ДМС. Взаимосвязь между ДМС и ВИК как доля от совокупных расходов на здравоохранение очень слаба (рис. 3.1); несмотря на значительные пробелы охвата во многих странах Европейского региона, что демонстрируется очень высоким уровнем ВИК в некоторых странах (рис. 3.2); доля ДМС в частных расходах на здравоохранение низка во всех странах, кроме их небольшого числа.

Некоторые считают, что качество и своевременность финансируемых государством услуг здравоохранения могут быть определяющими факторами спроса на ДМС. Восприятие качества услуг здравоохранения населением значительно варьируется между странами. В рамках ЕС, люди, похоже, менее удовлетворены качеством медицинской помощи в новых государствах-членах (рис. 3.3.) Удовлетворенность качеством и эффективностью финансируемых государством услуг здравоохранения, похоже, ниже в восточной части Европейского региона, в сравнении с Западной Европой (EBRD, 2011). Однако, похоже, что не существует никакой взаимосвязи между качеством услуг, измеренным в рамках данного исследования, и спросом на ДМС. В Соединенном Королевстве, где связь между временем ожидания и спросом на ДМС изучалась весьма тщательно, доказательства четкой взаимосвязи между этим двумя аспектами неубедительны (King & Mossialos, 2005).

3.2 ДМС играет разные роли

ДМС играет разные роли в Европе, что обобщено в таблице 3.2. Роль ДМС в той или иной системе здравоохранения определяется по большей части государственной политикой в отношении пакета государственных гарантий и регулятивной средой для ДМС. Это, в свою очередь, может отражать историческое развитие, политическую идеологию, относительный вес и интересы разных заинтересованных сторон (особенно поставщиков и страхователей, но иногда также и работодателей, государственных

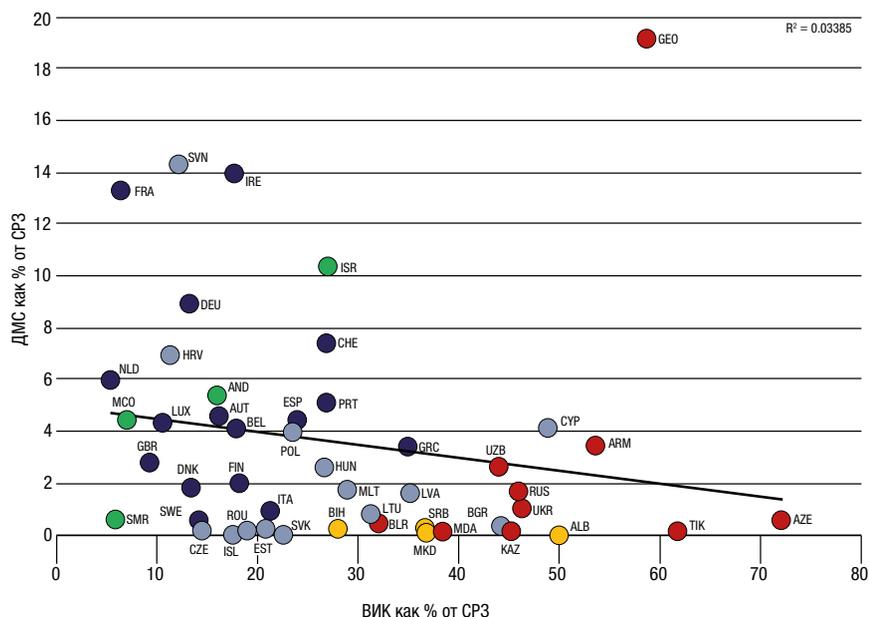
служащих и лиц с более высоким уровнем дохода), и потенциал правительства в формировании и развитии рынка.

Таблица 3.1 Движущие факторы развития рынка ДМС

Роль на рынке	Движущий фактор развития рынка	Природа охвата ДМС
Дополнительная	Показатели качества и своевременности финансируемых государством услуг здравоохранения	Предоставление более быстрого доступа к медицинским услугам, расширение спектра поставщиков услуг здравоохранения или улучшение материально-технической базы
Дополняющая роль (услуги)	Охват пакета государственных гарантий	Услуги, исключенные из пакета государственных гарантий
Дополняющая роль (пользовательская плата)	Наличие пользовательской платы за финансируемые государством услуги здравоохранения	Пользовательская плата за товары и услуги в пакете государственных гарантий
Замещающая	Доля населения, имеющего право на получение финансируемых государством услуг здравоохранения	Исключение граждан из охвата или предоставление им возможности отказаться от пакета государственных гарантий

Источник: Foubister et al. (2006).

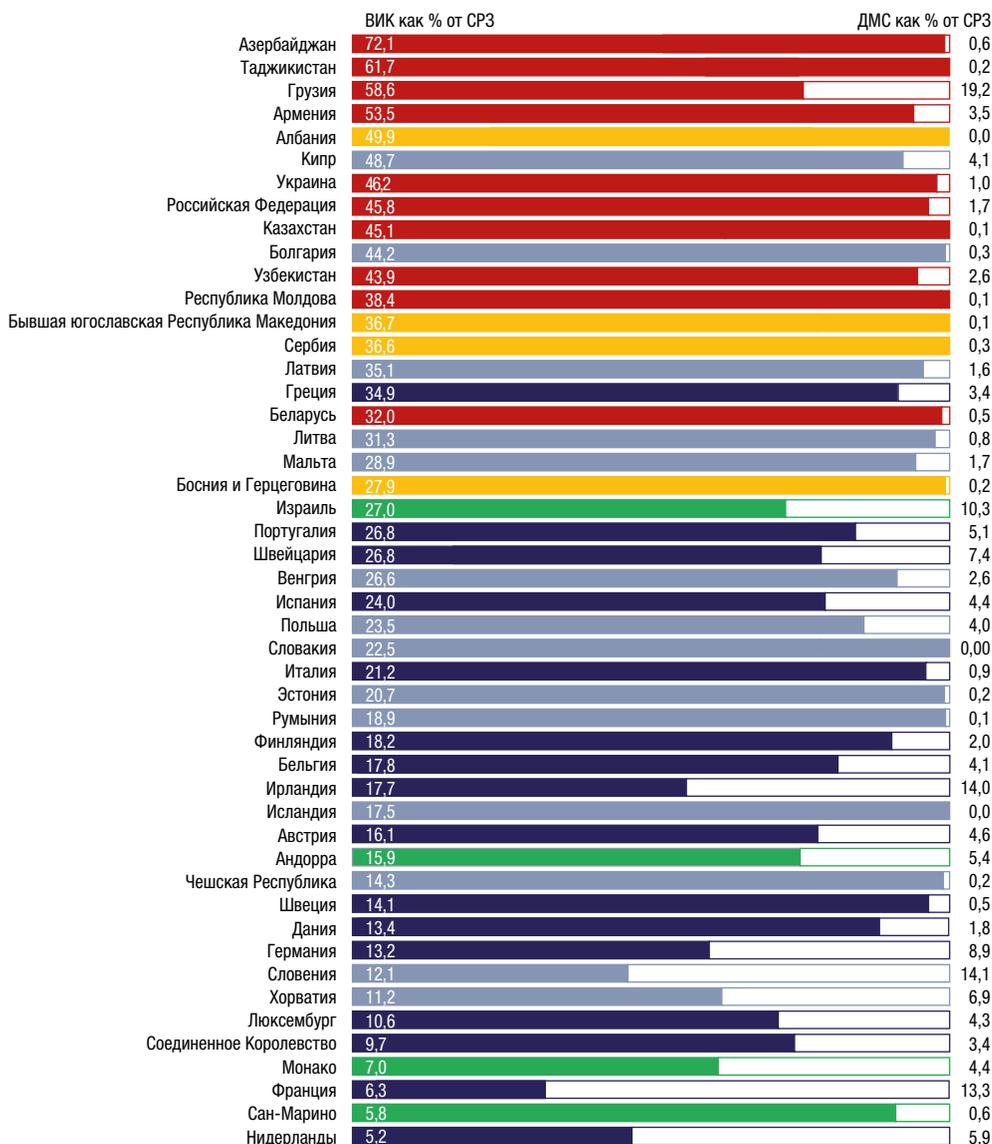
Рисунок 3.1 Взаимосвязь между ДМС и ВИК в Европейском регионе, 2014 г.



Источник: Авторы на основе данных ВОЗ (2016).

Примечания: Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Показатель ВИК в Нидерландах занижен, поскольку не учитывает обязательный нестрахуемый минимум, выплачиваемый всеми взрослыми, пользующимися услугами здравоохранения (375 евро в год в 2015 г.), в сравнении с показателем ВИК в национальных счетах здравоохранения (OECD, 2015a). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2. См. Приложение 3 для получения списка страновых кодов, использованных на данном рисунке.

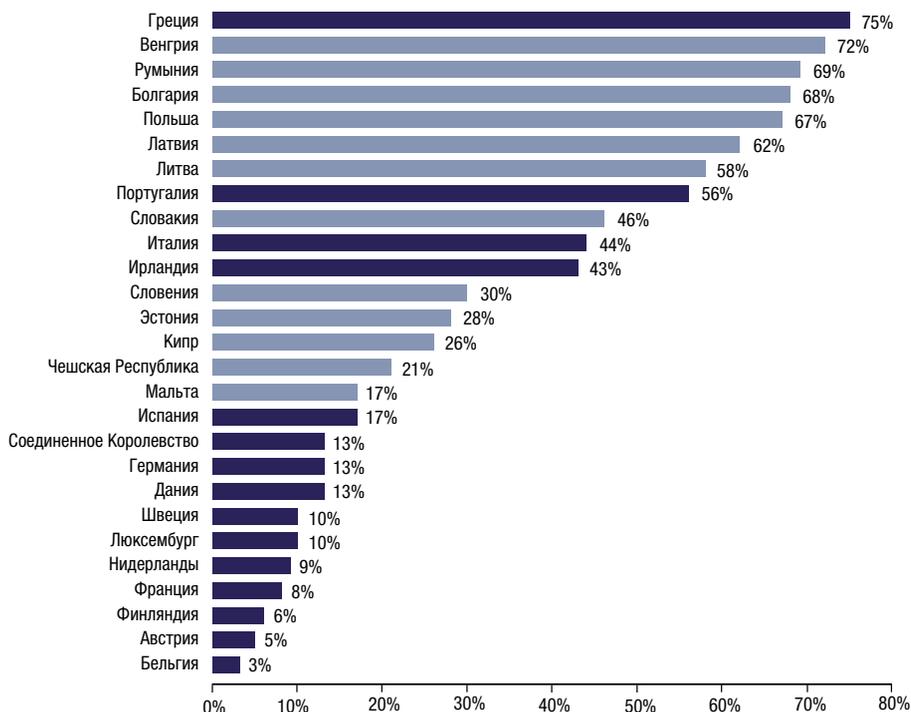
Рисунок 3.2 Развитие частных расходов на здравоохранение, 2014 г. (страны ранжируются от низких к высоким по доле (%) ВМК в совокупных расходах)



Источник: WHO (2016).

Примечания: Каждый столбик на гистограмме показывает отношение ВМК к ДМС как долю в частных расходах на здравоохранение. Данные по доле ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Показатель ВМК в Нидерландах занижен, поскольку не учитывает обязательный нестрахуемый минимум, выплачиваемый всеми взрослыми, пользующимися услугами здравоохранения (375 евро в год в 2015 г.), в сравнении с показателем ВМК в национальных счетах здравоохранения (OECD, 2015a). Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Рисунок 3.3 Мнение населения о низком качестве услуг здравоохранения (% респондентов), Европейский союз, 2009 г.



Источник: European Commission (EC) (2010).

Роль рынка важно понимать по ряду причин. Во-первых, роль рынка может предоставлять некоторое понимание логики ДМС в том или ином контексте. Во-вторых, роль рынка ДМС может находиться в тесной зависимости от его размера, особенно с точки зрения его вклада в государственные и частные расходы на здравоохранение. В-третьих, роль рынка зачастую определяет то, как осуществляется его регулирование, что в свою очередь оказывает влияние на правовое регулирование внутреннего рынка и конкуренции в ЕС (см. главу 6). И, наконец, роль рынка может рассказать нам о взаимодействии ДМС с государственным охватом услугами здравоохранения и его вероятном воздействии на эффективность деятельности системы здравоохранения.

Дополнительная роль ДМС

В отсутствие четкой государственной стратегии ДМС наиболее велики шансы на возникновение дополнительного рынка, предлагающего ускоренный доступ к услугам, зачастую через частных поставщиков. Почти все страны Европы имеют рынок дополнительного ДМС, которое зачастую продается в комбинации с той или иной формой дополняющего охвата. Только Исландия и Нидерланды не сообщали о наличии

Таблица 3.2 Обзор ролей ДМС в Европе (34 страны)

	Дополнительная	Дополняющая (услуги)	Дополняющая (пользовательская плата)	Замещающая
Австрия	■	■		■
Армения	■	■		
Бельгия	■			
Болгария	■	■	■	
Венгрия	■			
Германия	■	■	■	■
Греция	■			
Грузия	■	■		
Дания	■	■	■	
Ирландия	■	■		
Исландия				■
Испания	■	■		■
Италия	■	■	■	
Кипр	■			■
Латвия	■	■	■	
Литва	■	■		
Мальта	■	■		
Нидерланды		■		
Норвегия	■			
Польша	■		■	
Португалия	■	■	■	
Российская Федерация	■	■		
Румыния	■	■	■	
Словакия	■	■		
Словения	■	■	■	■
Соединенное Королевство	■	■		
Украина	■	■		
Финляндия	■		■	
Франция	■	■	■	
Хорватия	■		■	
Чешская Республика	■			■
Швейцария	■	■		
Швеция	■		■	
Эстония	■	■	■	■

Источник: Авторы на (основе страновых профилей).

Примечание: Основная роль ДМС отмечена сплошным цветом.

дополнительного рынка (табл. 3.3.) Дополнительные рынки, как правило, малы. Исключениями являются Австрия, Бельгия (см. вставку 3.1), Ирландия (см. вставку 3.2) и Швейцария.

Таблица 3.3 Услуги, предлагаемые дополнительным ДМС

Страна	Примеры охваченных услуг
Австрия	Частная медицинская помощь, выбор врача стационара, ускоренный доступ (плановая специализированная помощь в государственных стационарах), улучшенные условия размещения в стационаре, суточные денежные пособия для стационарного лечения
Армения	Улучшенное качество медицинской помощи
Бельгия	Со-оплата или дополнительная оплата за улучшенные условия в стационаре (отдельная палата, ставки оплаты врачей)
Болгария	Прямой и ускоренный доступ к визитам к специалисту и стационарному лечению, свободный выбор врача стационара, улучшенные условия в стационаре (отдельная палата)
Венгрия	Улучшенные условия в стационаре, ускоренный доступ
Германия	Частные стационары, выбор специалиста (главного врача), улучшенные условия в стационаре
Греция	Выбор поставщика, улучшенное качество услуг, ускоренный доступ
Грузия	Доступ к улучшенным условиям в стационаре
Дания	Выбор врача, частная стационарная и диагностическая помощь, ускоренный доступ
Ирландия	Двухместная/отдельная палата в государственных/частных стационарах, ускоренный доступ
Испания	Частная медицинская помощь, ускоренный доступ, расширенный выбор и улучшенные условия
Италия	Ускоренный доступ, расширенный выбор (частные специалисты в государственных стационарах)
Кипр	Ускоренный доступ, выбор поставщика и улучшенные условия при плановой специализированной помощи, частное лечение в стационаре, амбулаторное лечение, диагностика, медицинский транспорт, услуги по охране психического здоровья, стандартная медицинская помощь по беременности и родам, физиотерапия, стоматологическая помощь, денежные пособия, дополнительная и альтернативная медицина, лечение за рубежом
Латвия	Прямой доступ к специалистам, доступ к незаконтрактованным поставщикам, ускоренный доступ (консультации и клинические осмотры)
Литва	Ускоренный доступ (частные поставщики) к амбулаторному лечению, включая хирургию, консультации врача общей практики (ВОП), диагностика, медицинская профилактика, дородовая помощь, визиты на дому, физиотерапия, офтальмологическая и стоматологическая помощь, реабилитация, стационарное лечение
Мальта	Ускоренный доступ к лечению, улучшенные условия в стационаре, лечение за рубежом
Норвегия	Ускоренный доступ к плановой специализированной помощи в частных стационарах
Польша	Частная медицинская помощь (стационар, реабилитация, транспорт, сестринский уход, стоматологическая помощь), ускоренный доступ и улучшенное качество амбулаторной помощи, включая диагностику и консультации специалистов и процедуры (зачастую связанные с предоставлением услуг производственной медицины; см. Sobczak, 2016), лекарственные средства ²
Португалия	Выбор поставщика, ускоренный доступ, прямой доступ к услугам специалистов
Российская Федерация	Ускоренный доступ в учреждения более высокого уровня, частная медицинская помощь

Таблица 3.3 Услуги, предлагаемые дополнительным ДМС (продолжение)

Страна	Примеры охваченных услуг
Румыния	Улучшенные условия размещения в стационаре, выбор поставщика, частная медицинская помощь
Словакия	Ускоренный доступ к амбулаторной помощи, улучшенная палата в стационаре, ускоренный доступ к амбулаторной помощи (офтальмологическая и стоматологическая помощь, реабилитация)
Словения	Улучшенные условия в стационарах и санаториях, улучшенное медицинское оборудование, ускоренный доступ
Соединенное Королевство	Ускоренный доступ, выбор частных поставщиков и специалиста, функционирующего в частном порядке, улучшенные условия
Украина	Расширенный выбор поставщика, более качественные учреждения и размещение (государственные и частные), ускоренный доступ к основным диагностическим и лечебным услугам
Финляндия	Частная медицинская помощь, ускоренный доступ
Франция	Улучшенные условия в стационаре, отдельная палата
Хорватия	Профилактические осмотры, прямой доступ к специалистам, диагностическая визуализация, лабораторные анализы, физиотерапия, улучшенные условия размещения в стационаре
Чешская Республика	Отдельная палата
Швейцария	Выбор врача в стационаре, двухместные или одноместные палаты в стационарах
Швеция	Ускоренный доступ, частная плановая специализированная помощь
Эстония	Ускоренный доступ (к примеру, гарантия пятидневного времени ожидания), частная медицинская помощь

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Примечания: Основная роль ДМС отмечена полужирным шрифтом (см. табл. 2.2, 3.2).

^a Охват лекарственных средств был внедрен недавно и все еще предоставляется редко.

Вставка 3.1 *Дополнительное ДМС для услуг стационаров в Бельгии*

ВИК за услуги здравоохранения в Бельгии включают официальную пользовательскую плату за финансируемые государством услуги, и доплату (за дополнительные услуги) за госпитализацию в отдельной палате и за ставки оплаты врачей (которые взимаются, если врач не подчиняется официальным тарифам или лечит пациента в частной палате) (Gerkens, 2016). Доплата в стационарах варьируется от 100% до 300% от согласованного тарифа, и считается, как правило, компенсацией за предполагаемое структурное недофинансирование стационарной медицинской помощи (Palm, 2009). Дополнительное ДМС предлагается частными страховыми компаниями и фондами взаимного страхования, и концентрируется на стационарном лечении, поскольку именно в этом виде медицинской помощи пациенты, как правило, сталкиваются с более высокой пользовательской платой. Дополнительный рынок развился в большинстве случаев с наступлением 1990-х гг., когда ВИК значительно возросли (Palm, 2009).

Несмотря на предпринимаемые меры по ограничению ВИК (например, посредством повышения уровней возмещения и установления предельного размера доплаты) в период 2001–2007 гг., ВИК возросли на 49,2%. Эта тенденция, по большей части, стала результатом растущей стоимости стационарного лечения (доплаты за частные палаты), и была отражена в более высоких взносах за дополнительное ДМС (рост более чем на 60% в период 2001–2007 гг). Постоянное повышение взносов спровоцировало политические дебаты о финансовой

доступности стационарного ДМС и привело к усилению регулирования условий контрактов (например, изменение размера страховых взносов может быть связано с изменениями индекса потребительских цен или медицинского индекса, которые были закреплены в Королевском указе в 2010 г.; см. Gerkens, 2016), а также привело к мерам, направленным на укрепление социальных измерений дополнительных услуг, упразднению доплаты за размещение в двухместных палатах (2009/2010) и упразднению надбавок к ставкам в двухместных палатах (2013) (Gerkens, 2016; Palm, 2009).

Вставка 3.2 *Дополнительное ДМС в Ирландии*

Доступ к некоторым элементам государственного охвата услугами здравоохранения в Ирландии прошел тест на необходимость (McDaid et al., 2009). Более богатые слои населения вынуждены платить ВИК за ГМСП и пользовательскую плату за финансируемые государством услуги стационаров. ДМС по большей части предоставляет ускоренный доступ к плановой специализированной помощи в частных стационарах и частным койкам в государственных стационарах.

В 1994 г. в соответствии с законодательством ЕС рынок ДМС был открыт для конкуренции, и в последующие годы к доминирующему квази-государственному страхователю Vhi Healthcare присоединились три коммерческие страховые компании. Закон о медицинском страховании 1994 г. определяет регулятивную структуру рынка ДМС (открытый доступ к страхованию, дифференцированные страховые взносы, пожизненное покрытие), с поправками от 1996 г., предусматривающими включение минимального пакета гарантий и выравнивание рисков (Mossialos & Thomson, 2002a). Схема выравнивания рисков была безуспешно обжалована на национальном уровне и на уровне ЕС (Thomson & Mossialos, 2010) и вступила в силу в 2013 г.

В настоящее время ДМС охватывает около 46% населения (HIA, 2015), причем налоговые льготы составляют 20% от стоимости страхового взноса, несмотря на то, что с октября 2013 г. размер взносов, подпадающих под налоговые льготы, был ограничен до 1 000 евро на взрослого и 500 евро на ребенка. После всеобщих выборов 2011 г. правительство Ирландии взяло на себя обязательства по предоставлению финансируемого государством охвата всему населению, включая ДМС только для покрытия более дорогостоящих услуг, таких, как улучшенное размещение в стационаре (Burke, 2014a; Government of Ireland, 2011). В случае его реализации, этот план, похоже, снизит роль ДМС в будущем.

В декабре 2014 г. начались общественные консультации по вопросу масштаба охвата частными страхователями более полного минимального спектра услуг, предоставляемых ВОП на уровне первичной медико-санитарной помощи (в настоящее время акцент в контрактах ДМС делается на интенсивной терапии в стационарах), что указывает на то, что у ДМС может появиться новая роль (Department of Health of the Republic of Ireland, 2014). В последнее время отмечается постоянный рост стоимости ДМС со снижением количества застрахованных ДМС (с пика в 50,9% населения в 2008 г.).

В 2014 г. был опубликован обзор мер, направленных на снижение стоимости ДМС (Burke, 2014b; Department of Health of the Republic of Ireland). Как часть этих мер, в 2015 г. в целях стимулирования молодежи выходить на этот рынок, была внедрена пожизненная категоризация (дифференциация) для целей расчета размера страховых взносов с доплатами (штрафами) за позднее присоединение для лиц в возрасте старше 35 лет (Burke, 2015). Данные меры были предприняты для повышения количества членов ДМС, по аналогии с тем, что было достигнуто в Австралии после внедрения пожизненной категоризации (дифференциации) для целей расчета размера страховых взносов в 1999–2000 гг. (Department of Health of the Republic of Ireland, 2013). За месяц до вступления в силу пожизненной категоризации (дифференциации) для целей расчета размера страховых взносов, количество человек с ДМС в Ирландии выросло на 74 000, или на 3,6% (HIA, 2015).

Дополняющая роль: ДМС охватывает услуги, исключенные из пакета государственных гарантий

Дополняющее ДМС для исключенных услуг зачастую продается в комбинации с дополнительным ДМС. Предоставляемые им гарантии, как правило, ограничены офтальмологической и стоматологической помощью, физиотерапией, а также дополнительной и альтернативной медициной (табл. 3.4), и подобный тип рынка обычно не охватывает большей части населения и не вносит значительного вклада в расходы на здравоохранение. Основным исключением являются Нидерланды (вставка 3.3).

Таблица 3.4 Услуги, предоставляемые дополняющим ДМС, исключенные из пакета государственных гарантий

Страна	Примеры охваченных услуг
Австрия	Офтальмологическая и стоматологическая помощь, физиотерапия, визиты на дом, психотерапия, курортное лечение, реабилитация, дополнительная и альтернативная медицина
Армения	Услуги недостаточно хорошо определены (может охватывать иммунизацию, скорую и неотложную медицинскую помощь, помощь на тяжелых стадиях хронических заболеваний, стационарный уход, диагностику, лекарственные средства, офтальмологическую и стоматологическую помощь, кардиохирургию и нейрохирургию)
Болгария	Стоматологическая помощь, медицинские устройства, амбулаторные лекарственные средства, лабораторные анализы, плановая специализированная помощь
Германия	Стоматологическая помощь
Грузия	Услуги, не охваченные пакетом государственных гарантий (например, многие диагностические услуги и лекарственные средства)
Дания	Офтальмологическая и стоматологическая помощь, физиотерапия, услуги по охране психического здоровья, хиропрактика, медицинские приспособления, подиатрия
Ирландия	Визиты ВОП, физиотерапия, офтальмологическая и стоматологическая помощь, дополнительная и альтернативная медицина
Испания	Стоматологическая помощь для взрослых, подиатрия, дополнительная и альтернативная медицина
Италия	Офтальмологическая и стоматологическая помощь, уход на дому, косметическое лечение, протезы, реабилитация, трансплантаты, стационарная и амбулаторная помощь, дополнительная и альтернативная медицина
Латвия	Офтальмологическая и стоматологическая помощь, физиотерапия и массаж, реабилитация, вакцины, слуховые устройства, протезы, пластическая хирургия, ЭКО, дополнительная и альтернативная медицина
Литва	Стоматологическая помощь (включая протезирование), некоторые лекарственные средства и устройства медицинской реабилитации, оптические устройства, лечебная терапия (включая санаторно-курортное лечение, психотерапию и гомеопатию)
Мальта	Стоматологическая помощь
Нидерланды	Офтальмологическая и стоматологическая помощь, физиотерапия, логопедия, часть медицинской профилактической помощи, некоторые виды косметической хирургии, дополнительная и альтернативная медицина
Португалия	Стоматологическая помощь
Российская Федерация	Стоматологическая помощь

Таблица 3.4 (продолжение)

Страна	Примеры охваченных услуг
Румыния	Услуги, исключенные из государственного покрытия
Словения	Дополнительная и альтернативная медицина, улучшенная стоматологическая помощь, плановая специализированная помощь (например, косметическая хирургия), лекарственные средства, не включенные в список включенных или промежуточных
Соединенное Королевство	Стоматологическая помощь, дополнительная и альтернативная медицина
Украина	Оплата лекарственных средств и доступ к разным услугам, которые по факту не финансируются обязательной системой (в связи с недостаточным государственным финансированием)
Франция	Офтальмологическая и стоматологическая помощь, плановые процедуры (например, операции по коррекции зрения)
Швейцария	Дополнительные не жизненно важные лекарственные средства; определенные виды дополнительной и альтернативной медицины, не включенные в обязательный пакет (например, остеопатия), стоматологическая помощь, частичное возмещение за очки и контактные линзы
Эстония	Стоматологическая помощь, реабилитация после аварий и медицинские устройства, не охваченные государственными гарантиями

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Примечания: Основная роль ДМС отмечена полужирным шрифтом (см. табл. 2.2, 3.2).

Вставка 3.3 *Дополняющее ДМС с охватом исключенных услуг в Нидерландах*

В 2015 г. 84% населения Нидерландов было охвачено ДМС (Vektis, 2015). Этот относительно высокий охват может отражать разные факторы: добровольная страховка продается параллельно с государственной, зачастую одними и теми же организациями (даже если они могут отделяться друг от друга для целей бухгалтерского учета); рынок существует уже много лет, люди знакомы с ним и понимают его предназначение; ДМС охватывает услуги, которые ценятся хорошо образованными и относительно состоятельными членами общества (офтальмологическая и стоматологическая помощь для взрослых и физиотерапия); и все чаще приобретается на групповой основе и оплачивается работодателями, что повышает его доступность, включая финансовую доступность. Такие факторы могут оказаться сложными для повторения в других условиях. Рынок ДМС также относительно доступен для пожилых людей и лиц со слабым здоровьем. В 2006–2009 гг. страхователи добровольно согласились предоставлять открытый доступ к страхованию и дифференцированные страховые взносы ДМС (Maarse, 2009). Однако в данный момент эта договоренность уже истекла, (Roos & Schut, 2011) и практика изменилась. В 2012 г. 42% планов имели входные требования (Maarse, 2016).

Хотя охват населения ДМС высок, он постоянно снижается последние 10 лет с пика в 93% в 2006 г. (Vektis, 2015). Данную тенденцию можно объяснить растущей стоимостью ДМС, которая делает ВИК более привлекательными, а также вера в то, что ДМС охватывает услуги, которыми многие люди никогда не пользуются (Maarse, 2016).

Данная форма дополняющего ДМС была бы привлекательной с точки зрения политики, если бы позволяла лицам, определяющим политику, систематически исключать экономически неэффективные услуги из пакета государственных гарантий. Это имело бы двойное

преимущество в виде упрощения пакета государственных гарантий и устранения обеспокоенности относительно доступа к ДМС. Однако на практике подобный подход несет в себе как технические, так и политические сложности (Sorenson et al., 2008). В результате этого лица, определяющие политику, зачастую исключают целые области политически менее актуальных услуг (например, офтальмологическую и стоматологическую помощь и физиотерапию) вместе того, чтобы систематически исключать вмешательства, имеющие низкую ценность.

Дополняющая роль: ДМС с охватом пользовательской платы

Дополняющий охват пользовательской платы является доминирующей ролью ДМС в Словении, Франции и Хорватии, и, в гораздо меньшей степени, в Дании, Латвии, Польше и Финляндии (табл. 3.5). Наличие пользовательской платы в виде со-оплаты,² похоже, является ключевой детерминантой спроса на данный тип ДМС. Хорватия, Франция (вставка 3.4) и Словения (вставка 3.5) являются единственными странами ЕС, применяющими со-оплату в стационарном лечении.³ В тех случаях, когда со-оплата применяется в отношении жизненно важных услуг без исключений для людей с низким уровнем дохода или регулярных пользователей медицинских услуг, и без верхнего предела по ВИК, оплата государственных услуг здравоохранения в точке их потребления будет, вероятнее всего, неизбежной, непредсказуемой (особенно для лечения в стационаре, где объем и стоимость услуг могут с трудом поддаваться заблаговременной оценке) и дорогостоящей.

Замещающая роль

Замещающее ДМС в Европе – это редкость. За исключением Германии, рынки замещающего ДМС, как правило, очень малы. Замещающий охват, как правило, предоставляется лишь отдельным группам на основании их профессии (Австрия, Испания), уровня дохода и возраста (Германия) или права (или его отсутствия) на получение финансируемых государством услуг здравоохранения (Грузия (до 2013 г.), Исландия, Кипр, Словения, Чешская Республика и Эстония) (табл. 3.6).

Роль замещающего ДМС снизилась с 1970-х гг. вслед за значительным расширением финансируемого государством охвата услугами здравоохранения. Ирландия расширила государственный охват стационарным лечением до всего населения в 1979 г. (право на

2 Со-оплата является одной из форм пользовательской платы, при которой пользователь выплачивает установленный процент от стоимости оказания услуги.

3 Эти ставки составляют 20% во Франции (Chevreul et al., 2010), 20% в Хорватии (Lončarek, 2016) и от 5% до 25% в Словении, с исключениями для домохозяйств с низким уровнем дохода (Франция) и лиц в возрасте младше 26 лет (Словения) (Albreht et al., 2009).

размещение в государственных стационарах) и в 1991 г. (право на лечение врачами государственных стационаров). В 2006 г. Нидерланды охватили государственными услугами здравоохранения одну треть населения, которая ранее была исключена из охвата по причине более высоких доходов. Бельгия расширила государственный охват амбулаторных услуг и включила самозанятое население в 2008 г. (Gerkens & Merkur, 2010; McDaid et al., 2009; Schäfer et al., 2010). В Германии (вставка 3.6) за неудачными попытками упразднить замещающий охват в середине 2000-х гг. последовали усилия по ограничению расширения рынка (Ettelt & Roman, в печати). В Грузии недавно также было отмечено изменение политики от продвижения государственного и частного медицинского страхования посредством ДМС в сторону расширения прав на получение государственной страховки, предоставляемой государством практически всему населению (вставка 3.7).

Таблица 3.5 Услуги, предлагаемые дополняющим ДМС, охватывающим пользовательскую плату

Страна	Примеры охваченной пользовательской платы
Болгария	Стоматологическая помощь, медицинские устройства, амбулаторные лекарственные средства
Германия	Амбулаторная помощь, суточные денежные пособия по госпитализации
Дания	Амбулаторные лекарственные средства
Италия	Амбулаторные лекарственные средства
Латвия	–
Польша	Со-оплата за некоторые не возмещаемые лекарственные средства, стоматологическую помощь, нестандартные процедуры и лечение
Португалия	Амбулаторные лекарственные средства
Румыния	–
Словения	Пользовательская плата за все финансируемые государством услуги здравоохранения
Финляндия	Амбулаторные лекарственные средства
Франция	Полный охват со-оплаты для большинства услуг; вариации в охвате стоимости безрецептурных лекарственных средств, медицинских устройств и дополнительных услуг; нестрахуемый минимум не покрывается
Хорватия	Пользовательская плата за все финансируемые государством услуги здравоохранения
Швеция	Амбулаторные визиты и рецептурные лекарственные средства
Эстония	Стоматологическая помощь, реабилитация после аварий, медицинские приспособления

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Примечания: Основная роль ДМС отмечена полужирным шрифтом (см. табл. 2.2, 3.2).

Вставка 3.4 *Дополняющее ДМС, охватывающее пользовательскую плату во Франции*

Французский рынок ДМС появился еще до создания национального медицинского страхования в 1945 г., и характеризуется доминированием некоммерческих обществ взаимного страхования. Охват вырос примерно с 30% населения в 1950 г. до 86% в 2000 г. и около 90% в 2010 г. за счет комбинации факторов, включая сокращение государственных гарантий в области амбулаторной помощи, рост пользовательской платы, рост внутреннего валового продукта (ВВП) и налоговых субсидий для ДМС (Chevreul et al., 2010).

В 2000 г. правительство, обеспокоенное низким уровнем приобретения ДМС среди более бедных домохозяйств и социальным неравенством в доступе, внедрило ваучеры для лиц с низким уровнем дохода для приобретения ДМС (Couverture maladie universelle complémentaire; CMU-C), а затем субсидии (с 2005 г.) для тех, кто находился немногим выше порога для CMU-C (Aide à la complémentaire santé; ACS) (Chevreul et al., 2010). С 2014 г. медицинские работники больше не могут взимать дополнительную оплату с получателей ACS (Franc & Pierre, 2015).

После создания CMU-C и ACS доля населения с дополняющей медицинской страховкой выросла с 86% в 2000 г. до своего пика в 94% в 2008 г., после чего снизилась до 90% в 2010 г. (Chevreul, 2016). Следовательно, доступность ДМС остается проблематичной.

В 2008 г. почти 4 млн человек не имели ДМС (Perronnin, Pierre & Rochereau, 2011). Наиболее часто упоминаемой причиной отсутствия ДМС среди тех, кто не имел права на получение CMU-C, но хотел бы иметь добровольную страховку, было отсутствие средств (42% респондентов). Среди общего населения среди причин потери добровольной страховки чаще всего упоминались финансовые проблемы и отсутствие трудоустройства (20% и 15% респондентов, соответственно) (IRDES, 2010). Увеличение размера взносов ДМС, отчасти отражающее стабильный рост пользовательской платы за финансируемые государством услуги здравоохранения, не уравновешивался параллельным ростом уровня гарантий ДМС (Chevreul & Perronnin, 2009). Это позволяет предположить наличие совокупного снижения качества охвата ДМС во Франции и, следовательно, степени предоставляемой им финансовой защиты.

С 2016 г. работодатели (независимо от размера бизнеса) должны будут предоставлять ДМС своим сотрудникам. Задача заключается в обеспечении и улучшении доступа к групповым контрактам ДМС, которые, как известно, имеют больше преимуществ, чем индивидуальные контракты ДМС. Это, вероятно, снизит несправедливость в доступе к ДМС среди работников, но может повысить несправедливость между работниками, получающими заработную плату, и другими группами (студентами, пенсионерами, безработными и самозанятыми). Это также изменит структуру рисков рынка индивидуального ДМС и может привести к увеличению размера взносов по индивидуальным контрактам. В результате этого правительству может потребоваться предпринять меры по субсидированию индивидуальных контрактов ДМС (Franc & Pierre, 2013).

Вставка 3.5 *Дополняющее ДМС, охватывающее пользовательскую плату в Словении*

Словенский рынок ДМС был основан в 1993 г., и к 2005 г. охватывал 74% населения, а к 2010 г. – 83,5% (Albrecht et al. 2009; Milenkovic Kramer, 2009). Более 90% лиц, имеющих право на выплату пользовательской платы (взрослые), охвачены ДМС. Пользовательская плата в финансируемой государством системе может быть очень высокой (со-оплата до 90%; см. Milenkovic Kramer, 2016).

Изначально ДМС реализовывал фонд обязательного медицинского страхования. Часть, принадлежащая ДМС, была преобразована в общество взаимного страхования, а на рынке появились два коммерческих страхователя. В 2000 г. было принято решение о том, что дополняющее ДМС – это в интересах общественности. В 2005 г. был внедрен открытый доступ к страхованию и дифференцированные страховые взносы, при поддержке схемы выравнивания рисков (Thomson, 2010). В том же году государство также внедрило штрафы для тех, кто не приобретает ДМС, как только становится обязанным платить пользовательскую плату.

Таблица 3.6 Услуги, предлагаемые замещающим ДМС

Страна	Охваченные услуги	Право на получение
Австрия	Аналогично государственной страховке	Те, кому позволено отказываться от государственной схемы (доступно для некоторых профессиональных групп самозанятых)
Германия	Аналогично государственной страховке	Те, кому позволено отказываться от государственной схемы (доступно для домохозяйств с доходом свыше определенного порога, некоторых самозанятых, государственных служащих)
Кипр	Варьируется	Те, кто не имеет права на охват государственной схемой (население с высоким уровнем дохода, граждане стран, не входящих в ЕС)
Исландия	Аналогично государственной страховке	Те, кто не имеет права на государственную страховку (новые резиденты в течение первых 6 месяцев пребывания)
Испания	Аналогично государственной страховке	Те, кому позволено отказываться от государственной схемы (доступно для государственных служащих)
Словения	Аналогично государственной страховке	Те, кто не имеет права на государственную страховку
Чешская Республика	Аналогично государственной страховке, но исключает лечение некоторых хронических заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД, наркозависимость, психические расстройства, санаторно-курортное лечение	Те, кто не имеет права на государственную страховку (в основном иностранные работники из стран, не входящих в ЕС, и экономически неактивные иммигранты)
Эстония	Варьируется	Те, кто не имеет права на государственную страховку (к примеру, неработающие супруги застрахованных в ЭФМС)

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Примечания: Основная роль ДМС отмечена полужирным шрифтом (см. табл. 2.2, 3.2). ЭФМС = Эстонский фонд медицинского страхования.

Вставка 3.6 Замещающее ДМС в Германии

В Германии люди с доходом выше определенного порога (54 900 евро в 2015 г.) могут выбрать частное страхование (Private Krankenversicherung; PKV) вместо финансируемой государством схемы (Gesetzliche Krankenversicherung; GKV); если они выбирают частную страховку, GKV более не получает их страховых взносов, но и не субсидирует их лечение (Busse & Blümel, 2014). Лица, выбравшие частную страховку, могут вернуться в GKV только если их доход упадет ниже порогового уровня, и они еще не достигли возраста 55 лет. С 2009 г. стало обязательным иметь ту или иную медицинскую страховку (Federal Constitutional Court, 2009), а потому любой человек, принявший решение покинуть GKV, обязан приобрести частную страховку (включая выплату отдельных взносов за иждивенцев). Однако частная страховка при этом подразумевает финансирование со стороны работодателя, составляющее половину той суммы, которую работник и работодатель платили бы за GKV, в размере до 50% от стоимости страхового взноса. Только лишь около четверти тех, кто имеет право на приобретение частной страховки, на самом деле принимает решение покинуть GKV (Busse & Blümel, 2014).

Сегментация рисков является ключевой проблемой замещающего ДМС. Она, среди прочих факторов, способствовала накоплению дефицита в GKV (Wasem, 1995). Фискальное давление, связанное с сегментацией рисков, усугубляется добровольной природой решения покинуть GKV,

Вставка 3.6 *Замещающее ДМС в Германии (продолжение)*

регулятивной структурой ДМС и способностью людей вернуться в GKV, если они приходят к выводу об отсутствии выгод в частной страховке. Регулятивная структура замещающего ДМС позволила частным страхователям отказывать желающим в приобретении страховки (хотя с 2009 г. это запрещено в отношении базового полиса), определять размер взносов в зависимости от рисков, исключать существующие заболевания, взимать отдельные взносы за иждивенцев и предлагать скидки от страховых взносов в обмен на более высокий нестрахуемый минимум. Следовательно, ДМС более привлекательно и более доступно для молодых и здоровых лиц с небольшими семьями. Существуют четкие различия в состоянии здоровья и потреблении услуг здравоохранения между теми, кто имеет обязательную страховку GKV, и теми, кто имеет частную страховку, а в связи с критерием уровня дохода, средний уровень дохода лиц, имеющих частную страховку, примерно на 60% выше дохода платящих членов GKV (Leinert, 2006).

Стабильный рост уровня взносов GKV может быть отчасти связан с сегментацией рисков (Wasem, 1995), которая, в свою очередь, стимулирует молодежь с более высоким доходом выбирать замещающее ДМС. По оценкам исследователей, GKV теряет около 750 млн евро в год в результате перехода людей от государственной к частной страховке, или от частной к государственной. В период 2000–2004 гг. более половины лиц, покинувших GKV, имели низкий уровень риска с точки зрения возраста и семейного положения, в то время как те, кто присоединялся к GKV, имели высокий уровень риска: это более взрослые люди с иждивенцами (Ettelt & Roman, в печати). Расширение государственного охвата до масштабов всего населения смягчит фискальное давление посредством снижения среднего профиля риска GKV и одновременного повышения средней суммы, которую фонд может потратить на одного человека.

Правительство предпринимало множество шагов для смягчения пористости на границе между государственным и частным страхованием. В 1995 г. люди в возрасте 65 лет и старше потеряли право на возврат в GKV даже если их уровень дохода падал ниже порогового значения. В 2000 г. возрастной предел для возвращения в GKV был снижен до лиц в возрасте 55 лет и старше. Порог по доходу для того, чтобы покинуть схему, вырос в 2003 г. более значительно, чем обычно (11%), и в 2009 г. правительство увеличило период ожидания для получения права покинуть схему GKV до трех лет. Хотя последняя реформа, по оценкам, снизила финансовые потери GKV на 15–20% в год (Albrecht, Schiffhorst & Kitzler, 2007), она была отменена в 2011 г. коалицией христиан-демократов и либеральных демократов, что стало отражением приверженности правительства сохранению рынка для замещающего ДМС.

Замещающее ДМС подвергается сильному регулированию, а усилия, направленные на обеспечение доступа к подобному типу ДМС, выросли с середины 1990-х, когда правительство впервые начало усложнять процесс перехода тех, кто выбирает ДМС, обратно в GKV, с тем, чтобы люди, зависящие от ДМС, имели доступ к финансово доступной страховке хорошего качества. Ранее регулирование ограничивалось лишь достижением его целей. Размер взносов ДМС в период 1986–2006 гг. вырос более чем в три раза, причем темпы роста почти в два раза превышали темпы роста обязательных взносов (Grabka, 2006).

Со-оплата в ДМС также выросла. В период 2001–2005 гг. доля держателей полисов замещающего ДМС, выбирающих выплачивать нестрахуемый минимум в обмен на пониженные страховые взносы, постоянно росла, причем пожилое население имело склонность выбирать более высокий нестрахуемый минимум, чем молодежь (в отличие от того, что могла бы предсказать экономическая теория) (Grabka, 2006). В 2005 г. 5% лиц с замещающим ДМС (около 350 000 человек) выплачивали страховые взносы, превышающие максимальные взносы GKV (Grabka, 2006). В 2009 г. правительство приняло дополнительные нормативы, включая верхний предел нестрахуемого минимума. Однако максимально разрешенный размер нестрахуемого минимума в заместительном ДМС составляет 5 000 евро в год, что дает очень ограниченную защиту в сравнении с верхним пределом для ВИК в финансируемой государством медицинской помощи, который равен 2% годового дохода человека или 1% для лиц с хроническими заболеваниями (Busse and Blümel, 2014). Два процента дохода для человека с заработком на уровне порога для выхода из схемы (54 900 евро в 2015 г.) составляет около 1 000 евро. Следовательно, уровень финансовой защиты в GKV значительно выше, чем на рынке ДМС.

Вставка 3.6 *Замещающее ДМС в Германии (продолжение)*

С 2009 г. частные медицинские страхователи обязаны предлагать высоко регулируемые базовые полисы со стандартизированным пакетом услуг и предельными значениями взносов для обеспечения доступа к замещающему ДМС. Они обязаны предоставлять базовый полис всем приемлемым заявителям, и им запрещено исключать застрахованных, не выплачивающих страховые взносы; однако они могут при этом ограничивать уровень услуг. Также в 2009 г. резервы на старение (застрахованный платит немного больше в молодом возрасте с тем, чтобы платить немного меньше в более старшем возрасте и для снижения роста взносов в более старшем возрасте) были сделаны переводимыми для повышения конкуренции между страхователями (Busse & Blümel, 2014). Спрос на базовые полисы находится на среднем уровне, и в 2010 г. ими владели лишь около 21 000 человек. Это можно объяснить неблагоприятным отбором (люди, выбирающие подобные полисы, представляют собой в основном плохие риски) и высокими страховыми взносами. Хотя размер страховых взносов ограничен на достаточно высоком уровне, страхователи все еще сталкиваются с дефицитом, который приходится покрывать за счет держателей небазовых полисов. То же самое относится и к издержкам, возникающим в результате растущего числа неплательщиков. Для облегчения финансового давления, с которым сталкиваются поставщики ДМС, в рамках последнего законодательства (2011) частным медицинским страхователям разрешается использовать скидки на лекарственные средства, согласованные для государственного медицинского страхования (Greß, 2016).

Нидерланды столкнулись с аналогичными проблемами сегментации рисков на своем замещающем рынке (Thomson & Mossialos, 2006). В 2006 г. голландское правительство фактически упразднило замещающее ДМС, расширив государственный охват на все население. Существование замещающего страхования в Германии в последние годы привело к напряженности, результатом которой стало все более жесткое регулирование и усилия по введению всеобщего государственного медицинского страхования (Ettelt & Roman, в печати). Однако существующая система отдает предпочтение определенным группам населения – работникам с самыми высокими доходами (которые могут выбирать между государственной и частной медицинской страховкой), государственным служащим (которые не обязаны платить взносы GKV), врачам (которые получают более высокую оплату за лечение пациентов с частной страховкой) и частным страхователям, что может объяснить их долголетие.

Вставка 3.7 *Замещающее ДМС в Грузии*

Рынок ДМС в Грузии возник в 2007–2008 гг. в результате государственной политики по снижению роли государства в жизни общества и нацеливанию социальных льгот на бедные слои населения. Изменения также были направлены на повышение прозрачности в системе и формализацию неформальных платежей. Программа медицинского страхования (ПМС) стала ключевой мерой, которая была внедрена для достижения этих целей. В период 2008–2010 гг., в рамках ПМС, домохозяйства, зарегистрированные как живущие ниже черты бедности, изначально получали ваучер, который они могли использовать на приобретение комплексного годового полиса медицинского страхования у частного страхователя по своему выбору. Государство также закупило комплексную медицинскую страховку для определенных групп (детей на государственном попечении, государственных служащих, учителей и незадолго до этого внутренне перемещенных лиц), однако большая часть населения медицинской страховки не имела.

Поскольку государство являлось крупнейшим закупщиком ДМС, страхователи концентрировались на конкуренции за домохозяйства, охваченные в рамках ПМС, или на специалистов государственного сектора. До 2013 г. лица, не имеющие права на страховку в рамках ПМС или иных государственных схем (к примеру, схем для государственных служащих), должны были самостоятельно приобретать медицинскую страховку, и государство поддерживало ряд инициатив,

Вставка 3.7 *Замещающее ДМС в Грузии (продолжение)*

направленных на стимулирование незастрахованных граждан приобретать медицинскую страховку, и таким образом способствовать росту рынка ДМС. В 2012 г. около 10% населения приобрело ДМС самостоятельно, и примерно 45% населения имело государственный охват ДМС в рамках ПМС.

В период 2007–2013 гг. ДМС в большей степени поддерживалось в рамках проводимой государством политики, а регулирование страхового сектора и рынка ДМС было поверхностным. Законодательство не требовало открытого доступа к страхованию или гарантированного продления контрактов, хотя в рамках ПМС страхователи были обязаны предоставлять стандартный пакет гарантий, определенный государством.

Оценка воздействия реформы ПМС выявила ряд поводов для беспокойства, включая очень незначительную ширину, высоту и глубину охвата, техническую эффективность системы, слабое регулирование частных медицинских страхователей и качество предоставляемой медицинской помощи (Smith, 2013). В период функционирования ПМС рынок ДМС расширился от охвата менее чем 1% населения в 2006 г. до примерно 30% в 2011 г. и 45% в конце 2012 г. Однако в то время как ПМС была действительно хорошо нацелена на беднейшие домохозяйства и оказывала положительное влияние на финансовую защиту своих бенефициаров, это не обеспечивало увеличение финансовой защиты населения в целом (Smith, 2013). На деле стоимость услуг здравоохранения выталкивала значительное число домохозяйств ниже черты бедности и накладывала катастрофическое финансовое бремя на многие другие домохозяйства. Анализ данных 'Обследования бюджетов домохозяйств' продемонстрировал, что доля домохозяйств, сталкивающихся с катастрофическими ВИК за услуги здравоохранения, выросла с 6,1% в 2006 г. до 8,5% в 2010 г., причем беднейшие 20% домохозяйств имели наибольшие шансы столкнуться с катастрофическими расходами на услуги здравоохранения (Rukhadze & Goginashvili, 2011). ПМС не привела к увеличению использования услуг здравоохранения среди своих бенефициаров, улучшению результатов здоровья или повышению отзывчивости поставщиков по отношению к пациентам (Smith, 2013). Комбинация недостаточной информированности о праве на участие в программе, низкое качество медицинской помощи и отсутствие хорошего охвата лекарственных средств, возможно, снизили мотивацию людей обращаться за медицинской помощью (Smith, 2013).

Помимо этого, повышение эффективности, ожидаемое от увеличения конкуренции в секторе медицинского страхования, не материализовалось, в особенности на фоне чрезвычайно высоких транзакционных издержек (Zoidze et al., 2012). В 2012 г. два крупнейших страхователя тратили менее 5% своего валового дохода от страховых взносов на медицинские услуги. Система, в которой 14 страхователей покрывали менее одного миллиона человек, была очевидно фрагментирована.

И, наконец, слабое регулирование рынка ДМС привело к неблагоприятному отбору и снятию сливок частными страхователями. Отмечались случаи, когда бенефициарам ПМС отказывалось в предоставлении услуг, особенно дорогостоящих диагностических услуг, даже когда были соблюдены все верные административные процедуры, а вмешательства были клинически обоснованы (Zoidze et al., 2012). В подобной регулятивной среде интеграция частных страхователей (многие из которых принадлежали фармацевтическим компаниям) со стационарами в качестве основного способа приватизации стационарной сети, вероятно, может привести к конфликту интересов (Transparency International Georgia, 2012).

В преддверии парламентских выборов 2012 г. улучшение финансовой доступности услуг здравоохранения было признано важным политическим вопросом. Программа ПМС была расширена и включила всех детей в возрасте до шести лет, всех пенсионеров и всех студентов дневных отделений; объем охвата также увеличился.

Правительство, избранное в 2012 г., упразднило систему использования частных страхователей для закупки услуг здравоохранения от имени финансируемых государством бенефициаров ПМС, и расширило государственную страховку, предоставляемую государством напрямую, изначально включив полностью незастрахованных лиц, и затем и тех, кто не был покрыт индивидуальным или корпоративным ДМС – около 90% населения.

Кто приобретает ДМС?

В данной главе мы рассматриваем население, охваченное ДМС, состав людей, приобретающих ДМС (соотношение отдельных лиц и групп лиц) и социально-экономические характеристики держателей полисов ДМС.

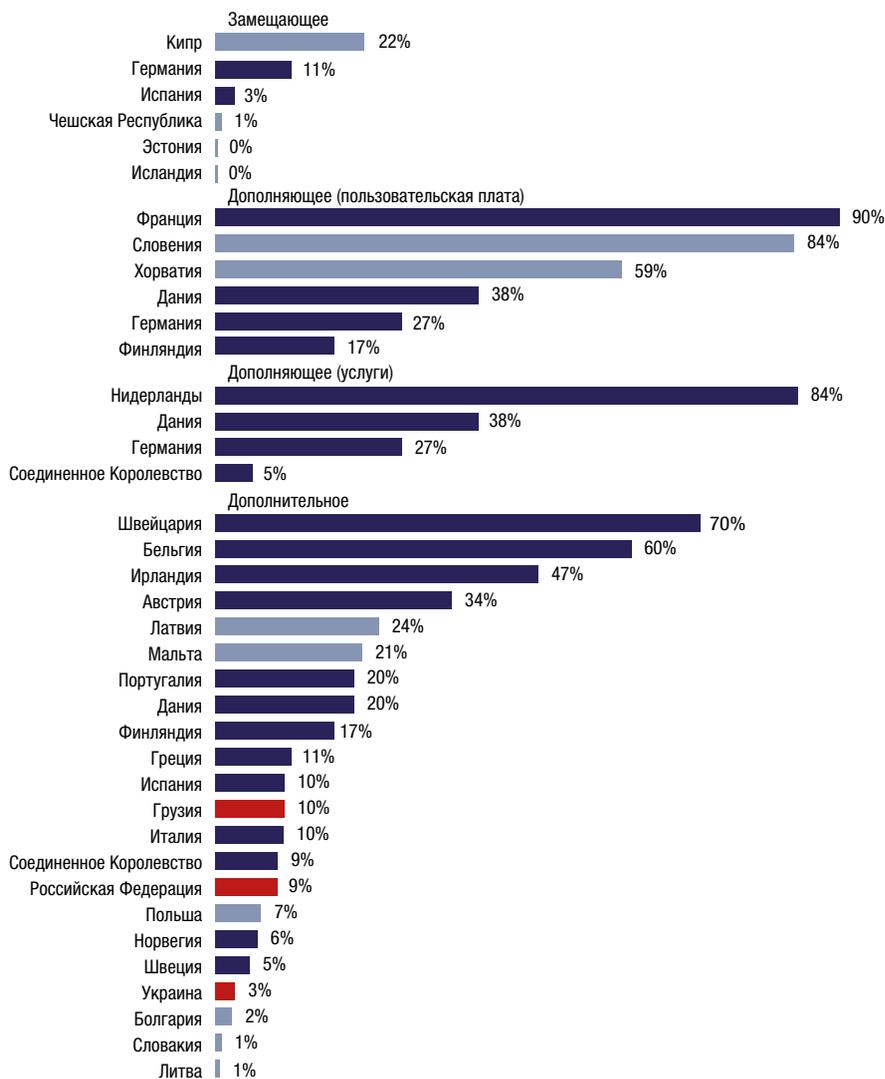
4.1 Доля населения, охваченного ДМС

Доля населения, охваченного ДМС, значительно варьируется между странами (рис. 4.1). Наиболее крупные рынки – это рынки, покрывающие пользовательскую плату. Во Франции охват населения достиг 90%, по большей части благодаря введению финансируемых государством ваучеров на ДМС для бедных домохозяйств в 2000 г. Охват населения ДМС также высок в Словении (84% населения, но более 90% тех, кто обязан платить пользовательскую плату) и Хорватии (59%). Из рынков дополняющего ДМС, покрывающих исключенные услуги, голландский рынок является крупнейшим по охвату населения (84%). Австрия, Бельгия, Ирландия и Швейцария имеют самые высокие уровни дополнительного охвата.

Стоит отметить, что хотя эти цифры говорят нам о том, какая часть населения охвачена в каждой из стран, они не раскрывают масштаб и глубину охвата ДМС, иными словами, покрывают ли приобретаемые людьми полисы узкий или широкий спектр медицинских услуг.

Высокий уровень охвата населения, достигнутый рынками, покрывающими пользовательскую плату, позволяет предположить, что в некоторых контекстах широкое применение пользовательской платы в финансируемой государством медицине может способствовать развитию ДМС. Однако это вовсе необязательно применимо ко всем случаям. Некоторые из новых государств-членов ЕС увеличили свою пользовательскую плату за последние пять лет, но ДМС в ответ на это не получило развития. Рынки ДМС во Франции и Словении росли в течение относительно долгого времени, а ДМС в обеих странах традиционно предоставлялось устоявшимися и доверенными обществами взаимного страхования на фоне существенных государственных субсидий для бедных во Франции и штрафов за отказ от приобретения ДМС в Словении.

Рисунок 4.1 Доля населения, охваченного ДМС (%); данные за последний год, по которому имеются данные



Источник: Авторы (на основании информации от национальных экспертов и страновых профилей).

Примечания: В тех случаях, когда данных о населении и разных видах ДМС не было в наличии, выбиралась доминирующая роль ДМС 2007: Швейцария; 2008: Латвия; 2009: Кипр, Российская Федерация; 2010: Болгария (также включает дополняющее ДМС), Франция, Германия, Мальта, Польша, Португалия и Словения; 2010-2011: Украина (также включает дополняющее ДМС); 2011: Греция, Литва, Норвегия, Словакия, Соединенное Королевство; 2012: Хорватия, Финляндия, Ирландия; смешанные данные по Дании (2010 дополнительное, 2011 дополняющее); 2013: Испания; 2014: Австрия; 2015: Нидерланды; год не известен: Италия. В 2012 г. замещающее ДМС в Грузии охватывало 10% населения. Охват населения другими ролями ДМС (доминирующими с 2013 г.) неизвестен. Бельгия: оценки доли населения, охваченного ДМС, варьируются от 60% до более чем 80% (см. Gerkens, 2015). Показатель, использованный в исследовании, ограничен. Финляндия: не представляется возможным провести грань между дополнительным ДМС и дополняющим ДМС, охватывающим пользовательскую плату. Германия: не представляется возможным провести грань между дополняющим ДМС, охватывающим пользовательскую плату и услуги. Российская Федерация: известен только общий охват ДМС, который в рамках данного исследования считается дополнительным в связи с тем, что ДМС играет в основном дополнительную роль. Словения: доля населения, охваченного ДМС, означает население в возрасте старше 18 лет (и, следовательно, выплачивающего со-оплату). Дания: не представляется возможным провести грань между дополняющим ДМС, охватывающим пользовательскую плату и услуги; 37% населения с дополняющим ДМС имеют также дополнительное ДМС (CEPOS, 2014).

Охват населения ДМС низок в странах, в которых неформальные платежи являются проблемой. Если люди привыкли платить своему врачу или больнице напрямую для получения медицинской помощи более высокого качества, оплата страхователю может восприниматься как ограничение влияния людей на поставщиков (Thomson, 2010). В некоторых странах недостаточное доверие по отношению к страховке и рынку страхования также является проблемой. В более общих чертах, спрос на ДМС, вероятно, пострадает, если рынок не отличается доступностью, или взносы считаются дорогостоящими.

Европейский опыт позволяет предположить, что ДМС укореняется и растет только в тех странах, где государство способно обеспечить определенную степень прозрачности в системе здравоохранения (отсутствие неформальных платежей), доверие к страховке и рынку страхования, и доступный в физическом и финансовом плане рынок ДМС.

4.2 Отдельные лица и группы лиц

Частота приобретения ДМС отдельными лицами или группами лиц (обычно группами по занятости) может влиять на степень и распределение охвата населения. На рисунке 4.2 показано, что групповые полисы доминируют в 16 из 25 стран, по которым имеются данные.

Страхователи часто отдают предпочтение групповым полисам, поскольку они, как правило, имеют более низкие единичные издержки и предоставляют большой объем страхования без соответствующих ему крупных затрат на рынке (ВМІ Еигоре, 2000). Также предоставление скидок и благоприятных условий страхования группам означает, что страхователи автоматически покрывают более молодое, здоровое и более гомогенное население (Gauthier, Lamphere & Varrand, 1995). Если страхователи считают групповые продажи важными в предотвращении неблагоприятного отбора, они могут с неохотой продавать полисы отдельным лицам (как в Армении и Латвии, к примеру).

Для работодателей групповые полисы выгоды, если ускоренный доступ к услугам здравоохранения снижает отсутствие работников на работе по состоянию здоровья. Их усиленная покупательская способность, в сравнении с индивидуальными полисами, может снизить стоимость охвата, и это также идет на пользу сотрудникам; групповые полисы зачастую гораздо дешевле, чем индивидуальные, и подлежат менее значительному увеличению в стоимости. Помимо этого, групповые полисы обычно тарифицируются на групповой основе, что улучшает доступ к ДМС для пожилых лиц и лиц с существующими заболеваниями. Из-за этого с 2016 г. все французские работодатели должны будут

финансировать половину стоимости группового ДМС, охватывающего минимальный набор услуг для всех сотрудников.

Однако рынок, на котором доминируют групповые полисы, вероятнее всего приведет к росту неравенства в доступе к ДМС в нескольких аспектах. Во-первых, в некоторых странах индивидуальные полисы могут субсидировать дисконтированные полисы, предлагаемые группам. Эта возможность подтверждается тем фактом, что прибыль страхователей зачастую гораздо ниже для групповых, нежели индивидуальных полисов ДМС. Во-вторых, работодатели могут быть более склонны выплачивать взносы от имени своих работников с более высокой заработной платой. В Соединенном Королевстве 51% людей в верхнем дециле по уровню дохода отмечают, что их полис ДМС оплачивается их работодателем, в сравнении с лишь 25% среди тех, кто находится в четырех нижних децилях по уровню дохода (Emmerson, Frayne & Goodman, 2001). В-третьих, данный потенциальный источник неравенства усугубляется в тех случаях, когда групповые полисы пользуются налоговыми субсидиями. В результате этого правительства Австрии и Дании предоставляют налоговые субсидии только тем компаниям, которые приобретают ДМС для всех своих сотрудников (без ограничения группового охвата лишь старшим руководством, к примеру).

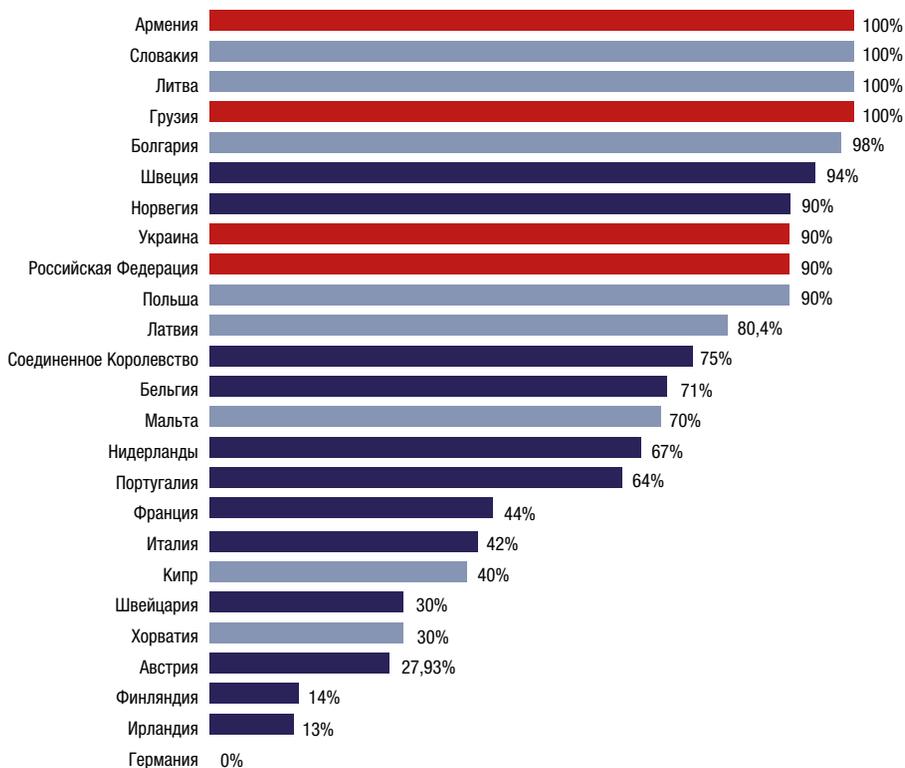
4.3 Социально-экономический статус держателей полисов ДМС

Информация о социально-экономическом статусе держателей полисов ДМС показывает, что практически во всех странах ДМС скорее будет охватывать более образованных людей, более состоятельных людей и жителей столицы или более богатых регионов страны (табл. 4.1). Этого и можно было ожидать в отношении замещающего ДМС, поскольку право на данный тип ДМС обычно определяется уровнем дохода или профессии. Однако незамещающие типы ДМС также демонстрируют сильный уклон в пользу лиц с более высоким социально-экономическим статусом.

Профиль держателей полисов ДМС с течением времени не претерпел особых изменений. Для более пожилых людей, по данным¹ опроса 2004 г., во многих европейских странах охват ДМС в основном приходится на лиц с более высоким уровнем образования и более высокими когнитивными функциями (Paccagnella, Rebba & Weber, 2008); также люди с ДМС более склонны иметь низкий риск слабого здоровья по сравнению с теми, кто не охвачен ДМС (Bolin et al., 2010).

¹ Данные первой волны 'Опроса по состоянию здоровья, старению и пенсии в Европе.' В ходе опроса были опрошены 28 000 человек в возрасте 50 лет и старше в 11 европейских странах: Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Испания, Италия, Нидерланды, Франция, Швеция и Швейцария.

Рисунок 4.2 Доля полисов ДМС, продаваемых группам (%); данные за последний год, по которому имеются данные



Источники: Данные по Нидерландам на основе Kloppeap (2014); национальные эксперты и страновые профили.

Примечания: По Украине и Российской Федерации показана доля страховых планов, приобретаемых работодателями. Все замещающие планы в Германии закупаются отдельными лицами. 2009: Италия, Кипр; 2010: Бельгия, Латвия, Мальта, Португалия; 2011: Норвегия. По остальным странам год неизвестен. Отсутствуют данные по Венгрии, Греции, Дании, Исландии, Испании, Румынии, Словении, Чешской Республике и Эстонии.

Таблица 4.1 Социально-экономические характеристики населения с ДМС, 2012 г. или позже

Страна	Возраст	Образование	Доход	Тип занятости	Область
Австрия	20–50	–	–	–	Региональные вариации
Армения	35–40	Более образованные	Более высокий доход	Международные компании	В основном Ереван
Бельгия	Трудоспособного возраста	Более образованные	Более высокий доход	Более крупные компании; государственные служащие	Региональные вариации
Болгария	<65	–	Более высокий доход	–	В основном городские
Германия	Всех возрастов	Более образованные	Более высокий доход	Самозанятые, государственные служащие	–
Греция	25–45	Более образованные	Более высокий доход	Квалифицированные работники; крупные компании	В основном городские
Грузия	Всех возрастов	–	Доход от среднего до высокого	Частный сектор	В основном городские
Дания	Общества взаимного страхования: 45–60 Коммерческие: 15–29 45+	–	–	Служащие	–
Ирландия	–	–	Более высокий доход	Частный сектор	–
Исландия	–	–	Более высокие социальные классы	Рабочие	Дублин
Испания	–	Более образованные	Более высокий доход	–	–
Италия	–	Более образованные	Более высокий доход	Менеджеры, профессионалы, самозанятые	Северная Италия
Кипр	43 (медианный возраст)	–	Более высокий доход	Частные компании; государственные университеты	–
Латвия	Мужчины: 55–64; Женщины: 35–55	Более образованные	Более высокий доход	Менеджеры	В основном городские
Литва	–	–	Более высокий доход	Мультинациональные или крупные компании	В основном городские

Таблица 4.1 (продолжение)

Страна	Возраст	Образование	Доход	Тип занятости	Область
Мальта	–	Более образованные	Доход от среднего до высокого	Работодатели оплачивают групповые планы	–
Норвегия	35–45	Отдельные лица: менее образованные Группы: более образованные	Более высокий доход	Прибыльные компании, небольшие компании	Региональные вариации
Польша	Трудоспособного возраста	Более образованные	Более высокий доход	Более крупные компании; несельскохозяйственные самозанятые	В основном городские
Португалия	65	–	Доход от среднего до высокого	Компании от средних до крупных	В основном городские
Российская Федерация	–	–	–	–	В основном Москва
Румыния	< 45–50	Более образованные	Более высокий доход	Мультинациональные или крупные компании	В основном городские
Соединенное Королевство	40–65	Более образованные	Более высокий доход	Профессионалы и менеджеры	Лондон; юго-восточная Англия
Украина	–	–	Более высокий доход	Более крупные компании	В основном городские
Финляндия	Трудоспособного возраста	–	Более высокий доход	–	В основном городские
Франция	30–80	Более образованные	Нет различий	Квалифицированные работники	Сельская местность
Хорватия	Трудоспособного возраста	Более образованные	Более высокий доход	–	В основном городские
Чешская Республика	–	Более образованные	Более высокий доход	Рабочие-мигранты не из стран ЕС (замещающие ДМС)	–
Швейцария	45+	Более образованные	–	–	–
Швеция	–	–	–	Частный сектор	В основном городские
Эстония	Трудоспособного возраста	–	Более высокий доход	–	–

Источник: Национальные экспертизы и страновые профили.

Примечания: Отсутствуют данные по Венгрии, Нидерландам, Словакии и Словении; данные по Грузии за 2013 г.

Как функционируют рынки ДМС?

В данной главе мы изучаем разные аспекты функционирования рынков ДМС. Мы рассматриваем количество и типы организаций, продающих ДМС, а также условия политики, связанные с продажей ДМС, методы страхователей в определении размеров страховых взносов, охват и глубину гарантий ДМС, уровень потребительского выбора на рынках ДМС, то, как страхователи закупают услуги у поставщиков, и то, как страхователи расходуют средства на услуги здравоохранения и администрирование.

5.1 Тип и число организаций, продающих ДМС

В число организаций, продающих ДМС, входят некоммерческие общества взаимного страхования, гражданские и страховые ассоциации, коммерческие компании, государственные фонды медицинского страхования и работодатели (табл. 5.1). Исторически *общества взаимного страхования и страховые ассоциации* доминировали на рынке ДМС во многих странах ЕС–15, и все еще доминируют в Бельгии, Дании, Ирландии, Италии, Мальте, Словении и Франции. Однако с 1990-х гг. их доля на рынке ДМС сократилась в нескольких странах в связи с выходом на рынок коммерческих страхователей или приобретением обществ взаимного страхования коммерческими страхователями, в частности, в Финляндии, где доля обществ взаимного страхования и так была незначительной, но также и в Дании, Ирландии, Мальте, Нидерландах, Словении, Соединенном Королевстве, и, в меньшей степени, во Франции. Украина является единственной страной в Европе, не входящей в ЕС, в которой на рынке ДМС функционируют некоммерческие организации (Лехан, Рудый и Ричардсон, 2010).

Коммерческие страхователи являются единственным источником ДМС во многих странах (Армения, Болгария, Венгрия, Греция, Грузия, Исландия, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Российская Федерация, Швейцария и Швеция), или же имеют самую большую долю рынка (Австрия, Испания, Соединенное Королевство, Финляндия и Чешская Республика).

Таблица 5.1 Тип и количество организаций, продающих ДМС; данные за последний год, по которому имеются данные

Страна	Коммерческие страхователи	Некоммерческие страхователи	Итого (год)	Страхователи, специализирующиеся на здравоохранении
Австрия	8	Общества взаимного страхования: 1	8 (2011)	Нет
Армения	5	0	5 (2015)	–
Бельгия	26	Общества взаимного страхования: 13	39 (2010)	Общества взаимного страхования и очень небольшое число коммерческих страхователей
Болгария	20	0	19 (2012)	Нет (2013)
Венгрия	5	0	5 (2012)	–
Германия	24	Общества взаимного страхования: 19	43 (2012)	–
Греция	≈24	0	24 (2011)	Очень мало
Грузия	14	0	14 (2012)	Нет
Дания	10	Общества взаимного страхования: 1	11 (2011)	Общества взаимного страхования и небольшое число коммерческих страхователей
Ирландия	3	Квази-государственная организация: 1	4 (2015)	Квази-государственная организация
Исландия	4	0	4 (2012)	–
Испания	22	Общества взаимного страхования: несколько		Общества взаимного страхования
Италия	65	Общества взаимного страхования: 3 Кооперативы: 1	69 (2010)	Все некоммерческие; очень небольшое число коммерческих страхователей
Кипр	17	0	17 (2010)	Нет
Латвия	8	0	8 (2012)	Нет
Литва	7	0	7 (2011)	Очень мало
Мальта	7	Страховые фонды: 1	8 (2011)	Страховые фонды
Нидерланды	33	0	33 (–)	Мало
Норвегия	8	0	8 (2011)	Очень мало

Таблица 5.1 (продолжение)

Страна	Коммерческие страхователи	Некоммерческие страхователи	Итого (год)	Страхователи, специализирующиеся на здравоохранении
Польша	Подписка: ≈200 Коммерческие: 15–20	Государственный фонд: 1	≈220 (2012)	Подписка и государственный фонд
Португалия	19	0	19 (2011)	Нет
Российская Федерация	≈350	0	≈350 (2010)	–
Румыния	Коммерческие: 12 Подписка: –	Государственный фонд: 1	13 (2012)	Подписка и государственный фонд
Словакия	3	0	3 (2012)	Один
Словения	3	Общества взаимного страхования: 1	4 (2010)	Общества взаимного страхования и один коммерческий страхователь
Соединенное Королевство	11	7	18 (–)	Несколько
Украина	≈20	Гражданские ассоциации: ≈200	≈220 (2012)	Гражданские ассоциации
Финляндия	10	Общества взаимного страхования: 140	150 (2010)	Общества взаимного страхования
Франция	92	Общества взаимного страхования: 587 Страховые фонды: 34	713 (2010)	Большинство обществ взаимного страхования, половина страховых фондов, некоторые коммерческие страхователи
Хорватия	6	Государственный фонд: 1	21 (2010)	Государственный фонд
Чешская Республика	52	Государственные фонды: 8	60 (–)	Государственные фонды и очень небольшое число коммерческих страхователей
Швейцария	56	0	56 (2010)	Почти все
Швеция	17	–	17 (2013)	Очень мало
Эстония	1	Государственный фонд: 1	2 (2013)	Государственный фонд

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Примечания: Не все чешские коммерческие страхователи предлагают ДМС. Общества взаимного страхования в Венгрии предоставляют добровольные медицинские сберегательные счета, и не учтены в расчетах. По Ирландии мы исключили структуры с ограниченным членством, которые ограничивают количество профессиональными группами и отвечают примерно за 2% охваченных ДМС в 2010 г. и HSF Health Care (торговое наименование Hospital Sabidau Fild), который продает только малые планы. В Италии в число коммерческих страхователей входят коллективные частные страховые фонды (Fondi Integrativi Sanitari del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)), которые могут быть как коммерческими, так и некоммерческими. В общем числе организаций, продающих ДМС в Румынии, не входит подписка. Некоторые фирмы в соединенном Королевстве осуществляют андеррайтинг полисов и не продают полисы ДМС напрямую.

Работодатели организуют свои собственные схемы медицинского страхования (самострахование компаний) для сотрудников в Польше, Румынии и Соединенном Королевстве. Подобные корпоративные схемы называются подпиской и являются ключевой характеристикой рынка ДМС в Польше, и все более важной чертой в Соединенном Королевстве, где они оказались более дешевой альтернативой по сравнению с традиционным ДМС (Foubister et al., 2006). В Румынии подписка предоставляет альтернативу государственному медицинскому страхованию, в свое время популярную среди работодателей; однако внедрение закона, стимулирующего предоставление дополнительного и дополняющего ДМС в 2004 г., не позволило рынку подписки продолжить свое расширение. Польша и Румыния являются единственными странами, в которых пакеты медицинской подписки напрямую предлагаются поставщиками услуг здравоохранения. Они открыты для всех, и покупаются в основном работодателями для своих сотрудников.

Государственные фонды медицинского страхования и прочие агентства, отвечающие за закупку финансируемых государством услуг здравоохранения, конкурируют с другими организациями за продажи ДМС в нескольких странах, но практически во всех случаях (за исключением Румынии и Хорватии) существует требование об отделении государственного медицинского страхования от бизнеса в сфере ДМС. В результате этого продажи ДМС осуществляются через отдельные юридические лица в Бельгии и Словении, и через дочерние предприятия или связи с коммерческими страхователями в Германии, Нидерландах, Польше и Чешской Республике. В Румынии и Хорватии государственные фонды медицинского страхования доминируют на рынке ДМС. В Словакии страхователи, предлагающие государственную страховку, согласовывают скидки с коммерческими страхователями для прикрепленного к ним населения (Pazitny & Balik, 2016).

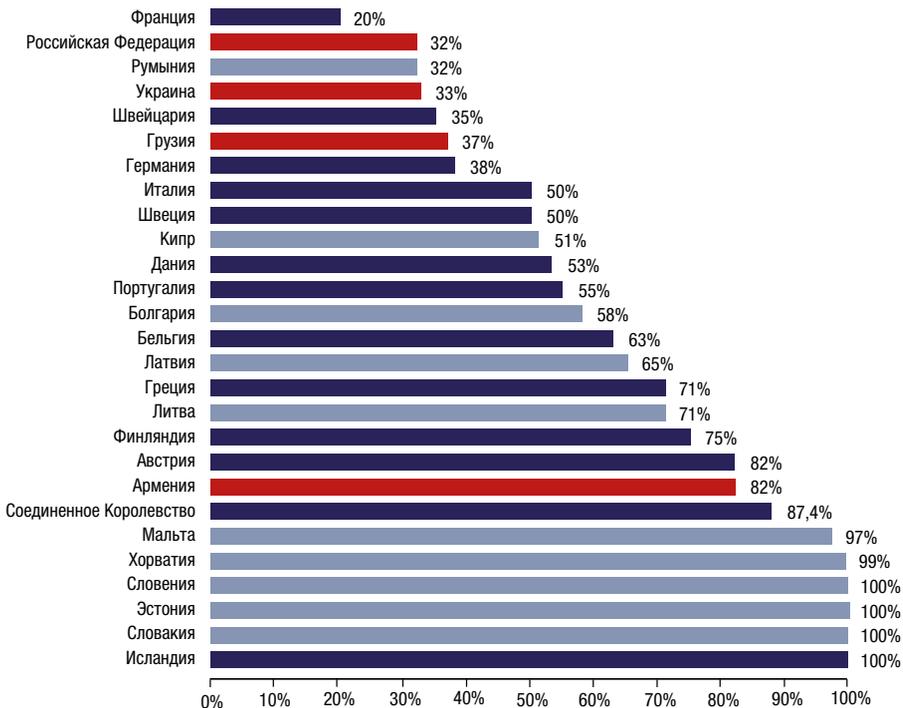
Некоторые страхователи предлагают только медицинские страховые продукты, то есть они специализируются на услугах здравоохранения. Другие могут заниматься страхованием жизни и предлагать прочие страховые продукты. Общества взаимного страхования, как правило, специализируются на здравоохранении (за исключением Австрии), и должны делать это по закону в Бельгии, Венгрии и Франции, в то время как государственные фонды медицинского страхования всегда специализируются на здравоохранении.

В странах, где коммерческие и некоммерческие организации конкурируют друг с другом, к ним иногда применяется разный режим, например, в вопросах налогообложения или требований к платежеспособности. Дискриминационные национальные законы успешно обжаловались в рамках законодательства ЕС в Бельгии, Ирландии и Франции. В 2010 г. Бельгии было выдвинуто требование

создать те же условия для ДМС, продаваемого больничными кассами, что и для ДМС, продаваемого коммерческими страхователями. В 2001 г. Европейская комиссия обратилась к Франции с просьбой упразднить освобождение от налогов для страховых взносов, отдающее предпочтение некоммерческим страхователям. В 2011 г. Европейский суд постановил, что Ирландия должна применять одинаковые финансовые требования для всех страхователей независимо от их правового статуса (ЕСJ, 2011). Пропустив несколько крайних сроков в этом отношении, государственный страхователь был наконец уполномочен Центральным банком Ирландии в 2015 г.

Существуют значительные вариации в количестве страхователей, функционирующих на европейских рынках ДМС (табл. 5.1), и в некоторых странах рынок ДМС отличается высокой концентрацией с точки зрения количества страхователей и доли рынка, принадлежащей крупнейшим страхователям (рис. 5.1). В последние два десятилетия прослеживается четкая тенденция в направлении повышения концентрации на рынках

Рисунок 5.1 Доля трех крупнейших страхователей на рынке ДМС (%); 2011 г.



Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Примечания: Данные включают только коммерческих страхователей (Бельгия), восемь крупнейших страхователей (Италия), пять (Греция), четыре (Эстония, Соединенное Королевство), два (Грузия). Данные за 2008 г. (Португалия); 2012 г. (Болгария, Хорватия, Словакия, Швеция); 2013 г. (Соединенное Королевство); неизвестно (Украина); данные отсутствуют (Венгрия, Исландия, Испания, Нидерланды, Норвегия, Польша и Чешская Республика).

ДМС, в основном за счет слияний (Австрия, Греция, Испания, Италия, Люксембург, Португалия, Финляндия и Франция). В некоторых странах это стало отражением растущей концентрации в банковском и страховом секторах как таковых (Португалия). В других это отражает изменения в законодательстве ЕС в отношении запасов платежеспособности, которые оказали особое влияние на рынок взаимного страхования во Франции. В период 2000–2006 гг. количество страхователей на рынке ДМС во Франции снизилось на 40%, хотя высокий уровень конкуренции между страхователями на насыщенном рынке, вероятно, отчасти обусловил некоторые из слияний (Chevreul & Perronin, 2009).

По словам национальных экспертов, принимавших участие в исследовании, концентрация рынка, измеренная как доля рынка, принадлежащая трем крупнейшим страхователям (рис. 5.1), увеличилась в Болгарии, Дании, Литве и Словении. С другой стороны, рынок ДМС стал менее концентрированным в ряде стран на фоне увеличения количества страхователей (Болгария, Ирландия, Мальта, Швеция) или сокращения доли рынка крупнейших страхователей (Армения, Греция, Кипр, Словакия, Соединенное Королевство, Финляндия и Швеция). Уровень концентрации остался стабильным на большинстве рынков ДМС.

5.2 Условия страхового покрытия, страховые взносы и включенные услуги здравоохранения (гарантии)

ДМС в Европе часто связано с занятостью, а во многих странах доминируют групповые полисы (см. рис. 4.2).

Условия страхового покрытия

Приобретение ДМС обычно ограничено людьми в возрасте до 65 лет. Страховое покрытие чаще всего предоставляется в качестве краткосрочного (годового) контракта, а страхователи, как правило, свободны отказывать заявителям, исключать или взимать более высокие взносы в случае ранее существующих заболеваний, устанавливать уровень страхового взноса в зависимости от индивидуального риска для здоровья, определять ограничения услуг и применять периоды ожидания¹ и пользовательскую плату. Иждивенцы почти всегда должны приобретать отдельную страховку по дополнительной стоимости. Групповые полисы зачастую пользуются дифференцированными взносами и менее жесткими условиями страхового покрытия. Существует лишь очень небольшое число стран, в которых взносы ДМС и условия страхового

¹ То есть период времени, до начала которого услуги не будут оплачиваться. Типичным примером являются гарантии по рождению ребенка, которые не покрываются некоторыми страхователями, если рождение ребенка происходит до истечения девяти месяцев с момента приобретения ДМС.

покрытия регулируются поверх обычных правил, применимых к страховым контрактам, кроме страхования жизни (Бельгия, Германия, Ирландия, Словения и Франция; см. главу 6). В таблице 5.2 представлен краткий обзор основных условий предоставления страхового покрытия, применимых в странах, включенных в данный том. Условия страхового покрытия не претерпели значительных изменений за последние годы.

Возрастные ограничения

Возраст используется при определении размера страховых взносов практически повсеместно. Страхователи во многих странах также устанавливают предельный возраст для приобретения ДМС, обычно от 60 до 75 лет (табл. 5.2). Директива Европейского совета 2000/78/ЕС от 27 ноября 2000 г., которая определила общую рамочную структуру для равного отношения по месту работы и по профессиональной принадлежности, запрещает дискриминацию на основании возраста; в будущем это может изменить практику ограничения охвата ДМС для людей в возрасте 65 лет и старше.

Таблица 5.2 *Возрастные ограничения ДМС, открытый доступ к страхованию и исключение существующих заболеваний, 2012 г. или позже*

Страна	Верхний возрастной предел для приобретения ДМС в первый раз	Открытый доступ к страхованию	Страхователи могут исключать существующие заболевания
Австрия	Да (65–70)	Нет	Да
Армения	Да (65–70)	Нет	Да
Бельгия	Нет	Да	Да
Болгария	Нет	Нет	Да
Венгрия	Да (<60)	Нет	Да
Германия	Нет	Да, только для базового замещающего полиса	Да
Греция	Да (>65)	Нет	Да
Грузия	Нет	Нет	Да
Дания	Да (обычно >60)	Нет	Да
Ирландия	Нет	Да	Нет, но разрешен связанный с возрастом период ожидания
Исландия	Нет	Да	Да
Испания	Да (>65 для новых контрактов)	Нет	Да
Италия	Да (>65–75)	Коммерческие: нет Общества взаимного страхования: –	Коммерческие: да Общества взаимного страхования: нет
Кипр	Да (>65)	Нет	Да
Латвия	Варьируется по работодателям	Нет	Да
Литва	Да (>60)	Обычно, но не требуется	Да, если диагностируется в течение двух месяцев после подписания контракта

Таблица 5.2 *Возрастные ограничения ДМС, открытый доступ к страхованию и исключение существующих заболеваний, 2012 г. или позже (продолжение)*

Страна	Верхний возрастной предел для приобретения ДМС в первый раз	Открытый доступ к страхованию	Страхователи могут исключать существующие заболевания
Мальта	Да (>60-65)	Нет	Да, кроме крупных групп
Нидерланды	Нет	Обычно, но не требуется	Да
Норвегия	Да (>67)	Нет	Да
Польша	Несколько	Нет	Да
Португалия	Да (>60)	Нет	Да
Российская Федерация	Нет	Да	Да
Румыния	Да (>65)	Нет	Да
Словакия	–	Да	Да
Словения	Дополняющее: нет; иное: да (>60–65)	Да, для дополняющего	Да
Соединенное Королевство	Да (>65, иногда 74–75 для новых контрактов)	Нет	Да
Украина	Да (>60–70)	Нет	Да
Финляндия	Да (как правило >60–65)	Нет	Да
Франция	Нет (возрастные лимиты для некоторых контрактов)	Обычно, но не требуется	Обычно нет
Хорватия	Коммерческие: Да (60–65) Государственный фонд: нет	Коммерческие: нет Государственный фонд: да	Коммерческие: да Государственный фонд: нет
Чешская Республика	Да (>65)	Нет	Да
Швейцария	Варьируется по страхователям	Нет	Да
Швеция	Для некоторых продуктов (>65–70)	Нет	Да
Эстония	Да (63–65)	Коммерческие: нет Государственный фонд: да	Коммерческие: да Государственный фонд: –

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Длительность контракта

ДМС может предлагаться в качестве краткосрочного или долгосрочного контракта, в котором взносы используются для финансирования расходов в текущем году и для накопления резервов для последующих лет. Краткосрочные (обычно годовые) контракты являются нормой для ДМС в Европе (табл. 5.3). Однако некоторые общества взаимного страхования добровольно предлагают пожизненное страховое покрытие, которое является обязательным по закону для всех полисов в Австрии, Бельгии и Ирландии, а также для замещающих полисов в Германии. Некоторые страхователи аннулируют контракт, когда люди достигают определенного возраста. Это особенно характерно для групповых полисов. Держателям полисов зачастую предоставляется возможность перейти на индивидуальный полис, иногда при том же уровне гарантий и по разумной цене.

Таблица 5.3 Длительность контрактов ДМС, 2012 г. или позже

Страна	Годовые или пожизненные контракты	Групповое покрытие заканчивается при выходе на пенсию
Австрия	Пожизненный (кроме групповой страховки)	Да (можно переводить на индивидуальный контракт)
Армения	Годовой	Да
Бельгия	Пожизненный	Да (можно переводить на индивидуальный контракт)
Болгария	Оба типа	Коммерческие: да
Венгрия	Пожизненный	Да
Германия	Пожизненный	Нет
Греция	Годовой и пожизненный	Да
Грузия	Годовой	Да
Дания	Коммерческие: годовой Общества взаимного страхования: кварталный	Коммерческие: да
Ирландия	Годовой, подлежит пожизненному покрытию	Да (покрытие работодателя; могут существовать иные групповые варианты покрытия)
Исландия	Шесть месяцев	Только индивидуальные полисы
Испания	Нет пожизненного страхового покрытия	Нет
Италия	Годовой и пожизненный	Коммерческие: да Общества и взаимного страхования: обычно нет
Кипр	Годовой и пожизненный	Да
Латвия	Годовой	Да
Литва	Годовой	Да
Мальта	Годовой	Да (можно переводить на индивидуальный контракт)
Нидерланды	Годовой	–
Норвегия	Годовой	Да
Польша	Годовой	Да
Португалия	Годовой	Варьируется
Российская Федерация	Годовой	Нет
Румыния	Годовой	Нет
Словакия	Годовой	–
Словения	Обычно два или три раза в год	Нет
Соединенное Королевство	Годовой	Обычно
Украина	Годовой	Обычно
Финляндия	Годовой и пожизненный (до 60–65)	Обычно
Франция	Годовой	Да (можно переводить на индивидуальный контракт)
Хорватия	Годовой	Нет
Чешская Республика	Варьируется от одного месяца до двух лет	–
Швейцария	Годовой	Нет
Швеция	Годовой	Да
Эстония	Коммерческие: пожизненный (до 65) Государственный фонд: годовой	Нет

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Открытый доступ к страхованию

Открытый доступ к страхованию предоставляет право любому человеку на страховое покрытие, и означает, что страхователи не имеют права отказывать заявителям на основании инвалидности или слабого здоровья. Открытый доступ к страхованию – это основная норма, разработанная специально для обеспечения доступа к страховому покрытию, а потому является стандартной практикой для государственного медицинского страхования. Она гораздо менее распространена для добровольного страхования в Европе (табл. 5.2), но является обязательной для всех страхователей в ряде стран (Ирландия с 1996 г., Бельгия с 2007 г.).² В других странах эта норма применяется к страхователям, предлагающим замещающее ДМС (в Германии с 2009 г., только за базовый замещающий полис), или на рынках, предлагающих дополняющее ДМС, покрывающее пользовательскую плату (Словения с 2005 г.). Во Франции открытый доступ к страхованию не является обязательным, но при этом является распространенной практикой среди обществ взаимного страхования, и теперь стимулируется посредством фискальной политики. В 2006 и 2007 гг., в результате давления со стороны парламента, страхователи в Нидерландах согласились предлагать открытый доступ к страхованию для дополняющего ДМС, покрывающего исключенные услуги, но в 2008 г. эта договоренность продлена не была.

Исключение существующих заболеваний

В большинстве стран страхователям позволено исключить из страхового покрытия существующие заболевания, раскрытые на момент подписания контракта ДМС, или покрывать их в обмен на более высокие взносы или более долгие периоды ожидания (табл. 5.2). Исключениями являются Германия (только для базового замещающего полиса), Ирландия и Словения.

Помимо существующих заболеваний, список типичных исключений из полиса ДМС может быть очень длинным. ДМС в Соединенном Королевстве³ представляет собой исключительный пример, но в большинстве стран страхователи не покрывают лечение от

2 Это временная регулятивная мера в Бельгии. Коммерческие страхователи все еще могут исключать или ограничивать страховое покрытие издержек, связанных с хроническими заболеваниями или инвалидностью.

3 Полисы ДМС в Соединенном Королевстве обычно не покрывают существующие заболевания, услуги ВОП, госпитализацию по причине аварий и экстренных ситуаций, долгосрочное ведение хронических заболеваний, таких, как диабет, множественный склероз и астма, наркозависимость, членовредительство, амбулаторные лекарственные средства и бинты, ВИЧ/СПИД, бесплодие, нормальную беременность и роды, косметическую хирургию, смену пола, профилактическое лечение, почечный диализ, средства для передвижения, экспериментальное лечение и лекарственные средства, трансплантацию органов, военные риски и травмы в результате рискованных занятий (Association of British Insurers, 2001).

наркозависимости,⁴ членовредительство, ВИЧ/СПИД, бесплодие, косметическую хирургию, смену пола, экспериментальное лечение и лекарственные средства, трансплантацию органов, военные риски и травмы в результате рискованных занятий (Association of British Insurers, 2001).

Страховые взносы

Определение размера страхового взноса

Взносы за финансируемую государством медицинскую страховку обычно связаны с заработной платой или доходом. В этом плане они основаны на способности платить, и не учитывают индивидуальные риски слабого здоровья. И наоборот, взносы ДМС редко связаны с доходом (единственными исключениями являются Хорватия и Франция). Они скорее будут взвешены по индивидуальному риску или оценены на основании принадлежности к сообществу, опыта или групповой принадлежности.

Страховые взносы, учитывающие риск, принимают во внимание текущее состояние здоровья человека и его будущие риски слабого здоровья, и могут варьироваться на основании таких факторов риска, как возраст, пол, профессия, прошлая медицинская история и история заболеваний в семье. Дифференцированные и групповые взносы основываются на среднем уровне риска для определенного сообщества или компании, но тарификация на основании категорий сообществ обычно не подразумевает специфической оценки рисков, в то время как в групповой тарификации это возможно. Тарификация по опыту подразумевает корректировку размера страховых взносов на основании истории страховых случаев. Для каждой из этих трех опций размер взносов для держателей полиса из определенной группы одинаков. Метод определения размера страховых взносов (риск, сообщество/группа или опыт) и переменные, используемые при ранжировании рисков, несут в себе последствия для стоимости и доступа. Взносы ДМС также варьируются в зависимости от уровня гарантированных услуг, включая возможную пользовательскую плату (см. далее).

Законодательство о внутреннем рынке ЕС, введенное в 1994 г., запрещает правительствам устанавливать, как должны определяться размеры страховых взносов на незамещающих рынках (см. главу 6). Страхователи, предлагающие замещающее ДМС, зачастую подпадают под определенную степень регулирования в отношении размера страховых взносов и условий страхового покрытия, по крайней мере применимо к конкретным группам населения (например, лицам,

⁴ В рамках регулирования минимальных гарантированных услуг в Ирландии, страхователи обязаны покрывать лечение заболеваний, связанных со злоупотреблением наркотиками и алкоголем, до 91 дня в любой непрерывный пятилетний период.

имеющим право на получение базового полиса в Германии). В общем и целом, однако, тарификация рисков является наиболее распространенным методом определения размера взносов ДМС среди страхователей. В таблице 5.4 показаны переменные, используемые для определения размера взносов ДМС в разных странах.

Дифференциация размера взносов на основании гендерной принадлежности была запрещена решением Европейского суда по делу *Test-Achats*, и государства-члены ЕС были обязаны реализовать это решение до конца 2013 г. (см. главу 6). Бельгия уже запретила дифференциацию взносов по половой принадлежности в 2007 г. Среди проанализированных здесь стран, не входящих в ЕС, Российская Федерация и Швейцария продолжают использовать пол как фактор риска при определении размера страховых взносов. Другие, хотя и менее распространенные, переменные, используемые для тарификации взносов, включают: место жительства (Австрия, Бельгия, Франция, Италия – коммерческое страхование, Швейцария и Соединенное Королевство); занятость/профессия (Дания – коммерческое страхование, Италия – коммерческое страхование, Словакия); и уровень дохода (Хорватия – общества взаимного страхования, Франция – ассоциации и групповые полисы).

Групповая тарификация применяется в Дании (большинство полисов), Греции (групповые полисы), Италии (полисы, продаваемые крупными обществами взаимного страхования) и Украине. Взносы могут быть тарифицированы по опыту на Кипре и Мальте (для крупных групповых полисов) и в Соединенном Королевстве (для оплачиваемых работодателем групповых полисов).

Дифференцированные взносы встречаются редко, особенно среди коммерческих страхователей. Подобные взносы обычно предусматриваются только некоммерческими страхователями – к примеру, во Франции (обязательные групповые полисы, оплачиваемые работодателем, и, как правило, также факультативные групповые полисы), на Мальте (малые группы) и в Италии (для большинства полисов, продаваемых некоммерческими страхователями). Ирландия и Словения являются единственными государствами-членами ЕС, в которых дифференцированная тарификация на основании принадлежности к сообществу предусмотрена законом для всех страхователей, предлагающих ДМС. Однако в обеих странах людей ждет штраф, если они не приобретут ДМС в молодом возрасте.

Информация, требуемая от людей, желающих приобрести ДМС

Информация, требуемая от заявителей на приобретение ДМС, тесно связана с методом тарификации страховых взносов (табл. 5.5). Страхователи, которые используют состояние здоровья как

Таблица 5.4 *Переменные, используемые при определении размера страховых взносов ДМС, 2012 г. или позже*

Страна	Возраст	Состояние здоровья
Австрия	✓	✓
Армения	✓	✓
Бельгия	✓	х
Болгария	✓	✓
Венгрия	✓	✓
Германия	✓	✓
Греция	✓	✓
Грузия	✓	✓
Дания (общества взаимного страхования)	✓	✓
Дания (коммерческие)	✓	х
Кипр	✓	✓
Ирландия	Штрафы за отказ от приобретения ДМС в молодом возрасте	х
Исландия	–	–
Испания	✓	✓
Италия (коммерческие)	✓	✓
Италия (общества взаимного страхования)	х	х
Латвия	Варьируется	Варьируется
Литва	✓	х
Мальта	✓	х
Нидерланды	✓	✓
Норвегия	✓	✓
Польша	✓	✓
Португалия	✓	✓
Российская Федерация	✓	✓
Румыния	✓	✓
Словакия	✓	✓
Словения (дополняющее ДМС)	Штрафы за отказ от приобретения ДМС в молодом возрасте	х
Словения (прочее ДМС)	✓	✓
Соединенное Королевство	✓	✓
Украина	✓	✓
Финляндия	✓	х
Франция (общества взаимного страхования)	✓	х
Франция (коммерческие)	✓	✓
Хорватия (общества взаимного страхования)	✓	х
Хорватия (коммерческие)	✓	✓
Чешская Республика	✓	✓
Швейцария	✓	х
Швеция	✓	х
Эстония (коммерческие)	✓	✓
Эстония (государственный фонд)	х	х

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Таблица 5.5 Требуемая медицинская информация и периоды ожидания, 2012 г. или позже

Страна	Требуемая медицинская информация от заявителей	Периоды ожидания
Австрия	Медицинская история	Обычно нет
Армения	Медицинская декларация и осмотр	Нет
Бельгия	Медицинская декларация (не для коллективных планов)	Да, обычно 3–6 месяцев (дольше для родов)
Болгария	Медицинская декларация и/или сертификат	–
Венгрия	Медицинская история, медицинский осмотр	Да, 3–6 месяцев
Германия	Медицинская история	Да, 3–8 месяцев
Греция	Медицинская история (включая историю семьи), медицинский осмотр, рентген	Да
Грузия	Да	Нет
Дания	Медицинская декларация (для определения права на получение покрытия и исключения существующих заболеваний)	Обычно нет
Исландия	–	Нет
Испания	Медицинская история	Да, обычно 6 месяцев
Ирландия	Нет	Да, 6–12 месяцев; 5 лет для существующих заболеваний
Италия	Коммерческие: медицинская история	Да, 1–9 месяцев
Кипр	Медицинская история; разрешен осмотр	Да (в некоторых случаях)
Латвия	Медицинский осмотр для некоторых страхователей	–
Литва	Медицинская история (компании <20 сотрудников)	–
Мальта	Медицинская история (кроме крупных групп) и осмотр (в основном для пожилых)	Нет
Нидерланды	Медицинская история (используется все чаще)	–
Норвегия	Медицинская история	Да
Польша	Мораторийный андеррайтинг или медицинский осмотр (плюс семейная история)	Нет
Португалия	Медицинская история (включая историю семьи) и осмотр (может быть запрошен)	Да
Российская Федерация	Медицинская история (индивидуальное)	Нет
Румыния	Медицинская история (включая историю семьи) и осмотр (может быть запрошен)	Да
Словакия	Медицинская история (может быть запрошена)	Нет
Словения	Не дополняющее ДМС: медицинский осмотр	Дополняющее (пользовательская плата): 3 месяца Прочее ДМС: 2–24 месяца
Соединенное Королевство	Медицинская история (включая историю семьи), медицинский осмотр (редко)	Нет
Украина	Медицинский осмотр или медицинская документация	Нет
Финляндия	Медицинская история	–
Франция	Медицинская история (коммерческие); редко используется	Нет
Хорватия	Нет (ассоциации взаимного страхования), медицинская декларация или сертификат (коммерческие)	Обычно нет

Таблица 5.5 (продолжение)

Страна	Требуемая медицинская информация от заявителей	Периоды ожидания
Чешская Республика	Медицинский осмотр (замещающее)	–
Швейцария	Медицинская декларация	Да
Швеция	Медицинская история для охвата компаний с 10–20 сотрудниками; медицинский осмотр (редко)	Да (разная длительность)
Эстония	Медицинский осмотр при входе в схему и продлении контракта	Коммерческие: 1–9 месяцев Государственный фонд: 1 месяц

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

переменную для тарификации взносов по рискам, потребуют от заявителей заполнить медицинскую анкету, которая может также включать вопросы об истории болезни в семье (форма генетической информации) (Mossialos et al., 2002). По этой причине шведские страхователи воздерживаются от получения информации об истории болезни в семье (на основании договоренности между шведским правительством и шведской ассоциацией страхователей), хотя это и требуется страхователями в большинстве других стран (Греция, Польша, Португалия, Румыния и Соединенное Королевство). В некоторых странах могут проводиться медицинские обследования (табл. 5.5). Во Франции только коммерческие страхователи требуют медицинской информации, однако фискальная политика не способствует этому, и это редко применяется на практике. В некоторых случаях страхователи не требуют от заявителей никакой медицинской информации вовсе, но могут при этом накладывать периоды ожидания или применять андеррайтинг с использованием мораториев (см. далее).

Периоды ожидания

Открытый доступ к страхованию обычно сопровождается обязательными периодами ожидания. Периоды ожидания варьируются от одного месяца до одного года для большинства форм медицинской помощи, но могут составлять и до 10 лет для охвата долгосрочным уходом (таб. 5.5).

Андеррайтинг с использованием мораториев

Страхователи в некоторых странах используют мораторийную систему андеррайтинга, в рамках которой лицам не требуется подписывать медицинскую декларацию, заполнять медицинские анкеты или проходить медицинский осмотр, но в течение определенного промежутка времени все существующие заболевания страховому покрытию не подлежат. Подобные типы полисов не являются распространенными,

и наблюдаются в основном в Португалии и Соединенном Королевстве. Как правило, они дешевле обычных полисов (Senior, 2015), но вызывают обеспокоенность в отношении потенциальных отрицательных последствий для людей, отказывающихся от лечения, или откладывающих лечение для получения полного страхового покрытия (OFT, 1996; OFT, 2000).⁵

Размер страховых взносов

Размер страховых взносов в стране может варьироваться в зависимости от метода их определения. Когда размер взносов зависит от степени риска, и страхователи могут взимать более высокие взносы за охват существующих заболеваний, взносы, как правило, увеличиваются для пожилых и людей с проблемами здоровья. Они также обычно выше для женщин детородного возраста. Взносы работников с доступом к групповой страховке, как правило, ниже, чем у самозанятых и прочих лиц с индивидуальной страховкой. Они также могут выплачивать взносы, тарифицированные на основании групповой принадлежности. В Ирландии для предотвращения отбора на основании рисков был введен максимальный уровень скидок на групповые полисы (до 10% дешевле, чем индивидуальные взносы) (Department of Health and Children, 2001; Mossialos & Thomson, 2002b).

Очень сложно провести полноценное сравнение взносов ДМС между разными странами в связи с различиями в охвате гарантированных услуг. В большинстве стран взносы, по-видимому, растут с возрастом, а коммерческие полисы, как правило, подразумевают более высокие страховые взносы, чем ДМС, приобретаемое у обществ взаимного страхования. Были ожидания, что создание рамочной структуры для единого рынка ДМС в ЕС приведет к росту конкуренции между страхователями и расширенному выбору и снижению цен для потребителей (см. главу 6). Однако страховые взносы ДМС местами выросли больше, чем инфляция в секторе здравоохранения в целом (Mossialos & Thomson, 2004), и нет убедительных доказательств увеличения конкуренции, которое повлекло бы за собой снижение цен на ДМС.

5 В 1996 г. в Соединенном Королевстве организация, отвечающая за соблюдение конкуренции и защиту прав потребителей (Управление добросовестной конкуренции, OFT) пришла к выводу о том, что люди с мораторийным ДМС более уязвимы перед негативными последствиями недопонимания того, что охвачено их страховкой, и рекомендовало страхователям упразднить эту практику (OFT, 1996). Ассоциация Британских Страхователей (АБС) заявила, что повышение информированности потребителей поможет снизить негативные последствия для них (OFT, 2000). Управление добросовестной конкуренции согласилось с этим, но пришло к заключению о том, что инициатива АБС не соответствует требованиям. Во втором отчете Управление добросовестной конкуренции призвало к более жесткому саморегулированию по сравнению с тем, что было предусмотрено кодексами и руководствами АБС (OFT, 2000).

Ряд стран предпринимали попытки сократить или ограничить темпы роста стоимости полисов ДМС путем регулирования. С 2008 г. *Fondi Integrativi Sanitari del SSN* (коллективные частные страховые фонды)⁶ в Италии обязаны предлагать более дешевые страховые взносы, чем взносы на частном рынке страхования. Устойчивое повышение стоимости полисов в Бельгии привело к введению ограничений на увеличение страховых взносов (в 2007 г.) и упразднению доплаты за размещение в двухместных палатах (в 2009/2010 гг.) и надбавок к ставкам оплаты в двухместных палатах (в 2013 г.) (см. вставку 3.1).

Страховое покрытие иждивенцев

Иждивенцы, как правило, должны приобретать собственный полис, или же могут покрываться держателем полиса за дополнительную оплату. Исключениями являются Дания и Франция (только некоторые полисы). Скидки для иждивенцев или семей предоставляются в Армении, Бельгии и Болгарии.

Дизайн пакета гарантированных медицинских услуг

Спектр услуг, охваченных ДМС

ДМС охватывает широкий спектр услуг здравоохранения и предлагает множество вариантов пакетов услуг, от расходов в стационаре до дополнительного и альтернативного лечения (см. раздел 3.2). Замещающее ДМС предлагает наиболее комплексные пакеты услуг, в основном в результате вмешательства государства, которые, как правило, аналогичны услугам, финансируемым государством. С другой стороны, услуги дополняющего и дополнительного ДМС по большей части не регулируются, что дает страхователям полную свободу определять размер и охват предлагаемых ими пакетов. Это привело к распространению дополняющих и дополнительных продуктов ДМС во многих странах. Отдельные лица могут выбирать из широкого спектра пакетов с разными уровнями охвата, возмещением (в денежной или в неденежной форме), размером пользовательской платы и предельными значениями гарантий.

Лишь очень небольшое число стран регулируют масштаб и глубину гарантированных услуг ДМС. Франция (ответственные контракты) и Ирландия требуют от страхователей предлагать минимальный пакет услуг, а Германия требует, чтобы заместительные полисы ДМС

⁶ Разница между частными страховыми компаниями и *Fondi Integrativi Sanitari del SSN* заключается в том, что последние должны поддерживать достаточный уровень финансовых резервов, и включены в специальный реестр частных фондов медицинского страхования, которые представляют второй основной элемент медицинского страхования. Регистрация добровольная. Дополнительная информация представлена в издании Ferré (2016).

покрывали и амбулаторное, и стационарное лечение, и ограничивает максимальный размер пользовательской платы в ДМС. В Италии предоставление определенных типов услуг имеет фискальные стимулы. Интегрированные медицинские фонды SSN обязаны предоставлять покрытие для долгосрочного ухода и стоматологической помощи, которые не полностью охвачены SSN, для получения фискальных льгот.

Максимальные объемы услуг и пользовательская плата

Страхователи во многих странах устанавливают максимальные суммы, покрываемые ДМС, за счет установления потолочных значений для услуг (табл. 5.6). Максимальные объемы услуг и пользовательская плата (со-оплата, со-страхование, нестрахуемый минимум и доплаты) ограничивают финансовую защиту, предоставляемую ДМС. Нестрахуемый минимум безусловно является наиболее распространенной формой пользовательской платы, ассоциируемой с полисами ДМС. Бонусы за отсутствие страховых случаев (вид стимулов, поощряющий держателей полисов с небольшим числом или отсутствием страховых случаев) не получили широкого распространения. Защита от связанной с ДМС пользовательской платы, к примеру путем определения максимального размера нестрахуемого минимума, обычно не предоставляется.

В Словении дополнительное ДМС, покрывающее пользовательскую плату, должно включать все виды пользовательской платы. Во Франции, однако, ответственные контракты не позволяют страхователям покрывать незначительный нестрахуемый минимум (0,50 евро за пакет лекарственных средств, 1 евро за визит к ВОП и 2 евро за медицинский транспорт) или дополнительную пользовательскую плату, которую пациент должен внести, если принимает решение покинуть процесс координированного лечения.

Гарантии в денежной и неденежной форме

Гарантии ДМС могут предоставляться в денежной форме, посредством возмещения или прямой выплаты определенной суммы, или же в неденежной форме, посредством прямого предоставления услуг здравоохранения (табл. 5.7). Возмещение предусматривает, чтобы держатель полиса сначала предоставил ВИК поставщику услуг, а позже потребовал возмещения своих затрат. Это, конечно же, является нормой на рынках дополняющего ДМС с охватом пользовательской платы. Это также является нормой на большинстве рынков ДМС в Европе. Гарантии, предоставляемые в неденежной форме, являются нормой в Испании, Ирландии, Норвегии, Соединенном Королевстве и Украине.

Таблица 5.6 Пользовательская плата и пределы гарантий в ДМС, 2012 г. или позже

Страна	Пользовательская плата	Верхний предел гарантий
Австрия	✓	✓
Армения	х	✓
Бельгия	✓	✓
Болгария	х	✓
Венгрия	х	✓
Германия	✓	х
Греция	✓	✓
Грузия	✓	✓
Дания (общества взаимного страхования)	✓	х
Дания (коммерческие)	Обычно нет	—
Ирландия	✓	✓
Исландия	—	х
Испания	✓	х
Италия	✓	✓
Кипр	✓	✓
Латвия	—	✓
Литва	✓	✓
Мальта	✓	✓
Нидерланды	✓	х
Норвегия	х	х
Польша	Варьируется	—
Португалия	✓	✓
Российская Федерация	х	х
Румыния	х	х
Словакия	х	✓
Словения	✓ (недополняющее ДМС)	х
Соединенное Королевство	✓	х
Украина	✓	х
Финляндия	✓	✓
Франция	✓	х
Хорватия	✓	✓
Чешская Республика	Варьируется	✓
Швейцария	✓	✓
Швеция	Варьируется	х
Эстония	—	х

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Таблица 5.7 Закупки у поставщиков и возмещение затрат пациентов, 2012 г. или позже

Страна	Закупки	Возмещение
Австрия	✓ (некоторые стационары для стационарного и амбулаторного лечения)	✓ (амбулаторные врачи)
Армения	✓ (посещение врача, в основном в законтрактованных учреждениях)	✓ (рецептурные лекарственные средства)
Бельгия	х	✓
Болгария	✓	✓
Венгрия	✓	х
Германия	х	✓
Греция	✓ (растет)	✓ (в основном)
Грузия	✓	(некоторое возмещение со-оплаты)
Дания	✓	✓
Ирландия	✓	х
Исландия	х	✓
Испания	✓	х
Италия	✓	✓
Кипр	✓ (лечение в стационаре)	✓ (амбулаторное лечение)
Латвия	х	✓ (с 2008 г.)
Литва	х	✓
Мальта	✓ (в основном)	✓
Нидерланды	✓	✓
Норвегия	✓	х
Польша	х	✓
Португалия	✓ (в основном)	✓
Российская Федерация	х	✓
Румыния	✓	✓
Словакия	х	✓ (в основном)
Словения	✓	✓ (в основном, дополняющее ДМС)
Соединенное Королевство	✓	✓
Украина	✓	х
Финляндия	х	✓
Франция	х	✓ (в основном)
Хорватия	х	✓ (в основном)
Чешская Республика	✓	✓ (замещающее ДМС)
Швейцария	х	✓
Швеция	х	✓
Эстония	✓ (государственный фонд)	✓ (коммерческие страхователи)

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

5.3 Выбор и информированность потребителя

Люди с ДМС обычно могут выбирать страхователя, услуги и поставщика медицинских услуг. Отдельные лица могут выбирать из широкого спектра пакетов с разными уровнями охвата, возмещением (в денежной или в неденежной форме), размером пользовательской платы и предельными значениями гарантий. Однако во многих случаях выбор может ограничиваться критериями соответствия (люди в возрасте 60 лет и старше обычно не могут приобрести ДМС), состоянием здоровья (многие страхователи могут отказать заявителям или исключить существующие заболевания), способностью выплачивать страховые взносы и способностью информированно сравнивать страхователей и их продукты.

Выбор страхователя

Практически в каждой стране люди могут выбирать как минимум одного из двух страхователей (табл. 5.1). На некоторых рынках ДМС традиционно доминирует один страхователь – к примеру, в Хорватии до 2004 г. и в Ирландии до 1994 г. В Хорватии, Ирландии и Словении на рынке ДМС продолжает доминировать один страхователь (государственный фонд медицинского страхования в Хорватии).

Возможность переноса гарантированных услуг ДМС

Держатели полисов ДМС могут, как правило, переходить от одного страхователя к другому, не сталкиваясь с прямыми издержками, хотя многие контракты требуют уведомления от одного до трех месяцев до аннулирования. Однако косвенные издержки перехода могут быть весьма высокими, особенно для пожилых людей или людей с существующими заболеваниями, в основном потому, что большинство новых полисов будут тарифицироваться в соответствии с возрастом на момент подачи и состоянием здоровья, но также и в связи с транзакционными издержками поиска подходящего нового полиса (см. далее в этой главе). Также поскольку страхователи могут отказывать заявителям в страховом покрытии, некоторые люди могут оказаться не в состоянии получить страховой полис у нового страхователя.

Отсутствие переносимости гарантированных услуг из одного контракта в другой обычно не считается проблемой с точки зрения государственной политики на рынках дополняющего и дополнительного ДМС. Однако это стало проблемой на замещающем рынке в Германии, в основном из-за непереносимости резерва на старение, который каждый держатель полиса должен накапливать для финансирования страхового покрытия

в более зрелом возрасте, и для предотвращения увеличения размера страховых взносов со старением держателя полиса.⁷ Невозможность перенести резерв на старение от одного страхователя к другому не позволил многим держателям полисов ДМС перейти к новому страхователю; это в итоге ограничило конкуренцию между частными страхователями сегментом новых покупателей страховки на рынке. В 2007 г. правительство ввело новое нормативно-правовое регулирование для содействия переносимости; с 2009 г. резервы на старение стали полностью переносимыми для новых держателей полисов ДМС. Существующие держатели полисов могли перевести свои резервы, если поменяли частного страхователя в период с января по июнь 2009 г., однако резервы на старение не подлежали переносу, если человек переходил с частной страховки на государственную.

Выбор продуктов ДМС

Выбор продуктов ДМС зависит в некоторой степени от числа страхователей на рынке. Он также может определяться типом существующего контракта. Люди с групповыми контрактами могут не иметь большого выбора, или не иметь выбора вовсе, если решения о страховом покрытии принимаются работодателем. В прочих случаях люди часто имеют широкий выбор продуктов, опций в отношении пользовательской платы и поставщиков услуг здравоохранения.

Обычно страхователи могут свободно предоставлять широкий спектр продуктов ДМС, и зачастую дифференцируют продукты для сегментации рынка. Дифференциация продуктов может оказаться полезной для некоторых людей, но в общем она снижает прозрачность, и, следовательно, может вести к повышению транзакционных издержек для большинства тех, кто желает приобрести ДМС. Поскольку дифференциация продуктов зачастую усложняет сравнение разных продуктов с точки зрения соотношения цены и качества, она может также отрицательно сказаться на ценовой конкуренции и привести к негативным последствиям для потребителей (OFT, 1997). Негативными последствиями для потребителя в данном случае является ущерб, понесенный за счет неинформированного или неверно информированного выбора (OFT, 2000).

Когда существует нехватка прозрачности относительно страховых взносов ДМС, охвата и условий страхования, люди могут приобретать излишнюю страховку, или же воздерживаться от приобретения ДМС – в Бельгии, к примеру, лишь немногие знают, что люди с хроническими заболеваниями имеют доступ к ДМС. В 1990-е гг. органы по защите прав потребителей и конкуренции обнаружили свидетельства ущерба

⁷ Резервы на старение финансировались за счет дополнительных 10%, добавленных ко всем страховым взносам начиная с 2000 г.

для потребителей в связи с дифференциацией продуктов в Германии, Испании, Португалии и Соединенном Королевстве (Datamonitor, 2000; Mossialos & Thomson, 2002b; OFT, 1998; Thomson & Mossialos, 2009). Последние данные по исследованиям этого вопроса отсутствуют.

Проблемы, возникающие в результате множественности, вариативности и сложности предлагаемых продуктов ДМС, можно смягчить за счет применения стандартизированных условий и гарантированных услуг, а также обязательства страхователей информировать потенциальных и существующих держателей полисов о всех открытых для них опциях и доступных источниках сравнимой информации о цене, качестве и условиях предоставления продуктов ДМС. Однако регулятивная рамочная структура ЕС не поддерживает в принципе вмешательства государства на незамещающих рынках (см. главу 6).

К числу других подходов в решении этой проблемы можно отнести комбинацию регулятивных и добровольных мер. В 2001 г. правительство Соединенного Королевства взяло общие продажи страховых продуктов (включая продажи ДМС) под регулятивный контроль Управления финансовых услуг (HM Treasury, 2001). Страхователи Соединенного Королевства также опубликовали руководство по ДМС, и согласились использовать некоторые стандартизированные условия при описании своих страховых продуктов.⁸ В некоторых странах ассоциации потребителей или независимые вебсайты и прочие средства информации предоставляют сравнительную информацию (табл. 5.8), однако не вполне ясно, достаточно ли этого для обеспечения прозрачности (Maarse, 2009).

Таблица 5.8 Страны с центральными источниками сравнительной информации о продуктах ДМС, 2012 г. или позже

Страна	Источник
Германия	Такие вебсайты, как Stiftung Warentest (https://www.test.de/) или Bund der Versicherten (https://www.bunderversicherten.de/)
Ирландия	Управление медицинского страхования (http://www.hia.ie/)
Италия	Итальянская федерация интегративного добровольного взаимного страхования (http://www.fimiv.it/) (общества взаимного страхования)
Нидерланды	Такие вебсайты, как Independer (https://www.independer.nl/)
Финляндия	Финское бюро финансового обмудсмена (https://www.fine.fi/)
Франция	Национальный союз организаций дополняющего медицинского страхования (http://www.unocam.fr/)
Швейцария	Такие вебсайты, как Comparis (https://www.comparis.ch/) (включены не все страхователи)

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

8 Последняя версия данного руководства (2012) имеется на вебсайте Ассоциации британских страхователей (www.abi.org.uk).

Групповые полисы ДМС по сравнению с индивидуальными полисами легче поддаются сравнению. В них может наблюдаться меньший выбор страховых продуктов или меньшая вариация между продуктами. В некоторых случаях представители работодателей также могут играть роль в согласовании условий, на которых предлагаются групповые полисы, что может компенсировать нехватку информации (Mossialos & Thomson, 2002b).

Выбор поставщика услуг здравоохранения

Большинство полисов дополняющего ДМС направлены на расширение выбора поставщиков услуг здравоохранения, что позволяет держателям полисов обращаться за консультацией к врачам, работающим в частном и в государственном секторе. Дополняющие и замещающие полисы ДМС также могут предоставлять людям более широкий выбор поставщиков услуг здравоохранения.

Степень ограниченности выбора в результате использования сетей предпочитаемых поставщиков (СПП) или вертикальной интеграции страхователей и поставщиков варьируется от страны к стране (табл. 5.9). В целом, СПП и вертикальная интеграция играют незначительную роль (см. далее).

Направления и предварительная авторизация

Держателям полисов в нескольких странах необходимо направление ВОП, чтобы получить возмещение от страхователя за консультацию специалиста и лечение в стационаре (Дания, Эстония; планы управляемого лечения в Греции, Ирландии, Норвегии, Португалии, Румынии; в Швеции в обмен на снижение размера страховых взносов; Соединенное Королевство).

Некоторые страхователи в Соединенном Королевстве призывают держателей полисов обращаться за разрешением, прежде чем проходить то или иное лечение, а другие настаивают на том, чтобы застрахованные сначала связывались с ними, чтобы проверить, включено ли в их страховое покрытие то лечение, которое они планируют пройти (Association of British Insurers, 2000). Страхователи могут использовать эту возможность для направления людей в свои СПП. Страхователи в некоторых других странах требуют предварительной авторизации для использования определенных типов лечения или всех услуг (Австрия, планы управляемого лечения в Греции, Мальта, Нидерланды, Португалия, Румыния). Однако в большинстве стран предварительная авторизация необходима только для прохождения лечения за рубежом.

Таблица 5.9 *Отношения страхователя с поставщиками, 2012 г. или позже*

Страна	Свободны ли страхователи осуществлять избирательную контрактацию?	Имеют ли страхователи вертикальную интеграцию с поставщиками?
Австрия	Да	Некоторые страхователи частично владеют учреждениями, но застрахованные не обязаны ими пользоваться
Армения	Да	Большинство страхователей владеют учреждениями, но застрахованные не обязаны ими пользоваться
Бельгия	Да, но ограниченное использование	Нет
Болгария	Да	Некоторые страхователи владеют учреждениями, но застрахованные не обязаны ими пользоваться
Венгрия	Да	Нет, но некоторые страхователи используют СПП
Германия	Да, но только поставщики, имеющие дело только с ДМС пациентами	Обычно нет; страхователи не могут владеть поликлиниками
Греция	Да, используется часто	Небольшое меньшинство страхователей владеют учреждениями; прочие стимулируют использование СПП
Грузия	Да	Используется все чаще после приватизации стационаров
Дания	Да, используется часто	Нет, но некоторые страхователи имеют эксклюзивные соглашения с поставщиками
Ирландия	Да, но на практике контракты заключаются с большинством поставщиков	Традиционно нет; Vhi Healthcare недавно открыли клиники SwiftCare Clinics в случае недомогания
Исландия	–	Нет
Испания	Да, используется часто	Страхователи часто владеют стационарами и пользуются койками в других частных стационарах
Италия	Да (частный сектор)	Нет
Кипр	Да	Нет, но крупнейший страхователь имеет СПП
Латвия	Да, но ограниченное использование	Нет
Литва	Нет	Нет
Мальта	Да, но ограниченное использование	Нет
Нидерланды	Да, но ограниченное использование	Обычно нет, но один страхователь активно инвестирует в центры первичной медико-санитарной помощи
Норвегия	Да	Нет
Польша	Да	Нет, но некоторые страхователи используют СПП (подписка)
Португалия	Да, используется часто	Некоторые крупные страхователи владеют учреждениями; страхователи используют СПП
Российская Федерация	Да	Некоторые страхователи владеют учреждениями
Румыния	Да, используется часто	Нескольким страхователям принадлежат стационары, но вертикальная интеграция – это исключение
Словакия	Да	Нет
Словения	Да, часто используется на рынке дополняющего ДМС	Нет
Соединенное Королевство	Да	Нет; страхование и деятельность стационаров обязательно разделены

Таблица 5.9 *Отношения страхователя с поставщиками, 2012 г. или позже (продолжение)*

Страна	Свободны ли страхователи осуществлять избирательную контрактацию?	Имеют ли страхователи вертикальную интеграцию с поставщиками?
Украина	Да	Обычно нет; некоторые страхователи владеют учреждениями, но застрахованные не обязаны ими пользоваться
Финляндия	Да, но не применяется на практике	Нет
Франция	Нет	Нет
Хорватия	Да, на рынке дополнительного ДМС	Некоторые страхователи владеют учреждениями или имеют эксклюзивные соглашения с поставщиками, но держатели полисов не обязаны ими пользоваться
Чешская Республика	Да, но не применяется на практике	Нет
Швейцария	Да, ограниченное использование	Нет
Швеция	Да, используется часто	Нет
Эстония	Да, ограниченное использование	Нет

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Примечание: СПП = сеть предпочитаемых поставщиков.

5.4 Закупки услуг здравоохранения

Закупки широко определяются как передача аккумулированных средств поставщикам. Спектр закупок различается от пассивных закупок, подразумевающих лишь ретроспективную оплату издержек поставщика, до активных, когда закупщики пытаются влиять на стоимость и качество услуг здравоохранения (Figueras, Robinson & Jukubowski, 2005). Оплата поставщиков, вертикальная интеграция и избирательная контрактация являются инструментами, способствующими активным закупкам. Прочие инструменты активных закупок включают использование процессов определения приоритетов на доказательной основе; механизмы поддержки принятия решений, такие, как доказательные лечебные протоколы, клинические и рецептурные руководства, назначение международных непатентованных наименований (МНН) и замена на лекарства-дженерики; мониторинг эффективности деятельности и обратная связь для медицинских работников, и публичное раскрытие информации об эффективности деятельности. В общем, лишь очень небольшое число страхователей, продающих ДМС в Европе, пользуются подобными инструментами.

Избирательная контрактация

В большинстве стран страхователям позволено заключать контракты с поставщиками на избирательной основе (табл. 5.9), однако степень фактической избирательной контрактации существенно варьируется. В подавляющем большинстве систем здравоохранения

в ЕС государственная медицинская страховка предоставляет людям свободный выбор поставщика первичной медико-санитарной помощи, амбулаторного специалиста или государственного стационара. Во многих странах ДМС направлено на расширение данного списка и включение в него поставщиков услуг здравоохранения, не имеющих контрактов с государственной системой. В результате этого страхователи, предлагающие ДМС, могут с неохотой использовать инструменты закупок, которые ограничивают выбор поставщика.

Избирательная контрактация может быть ограничена и по другим причинам. К примеру, нехватка потенциала в частном секторе может привести к отсутствию достаточного числа поставщиков для фактического наличия выбора; страхователи могут не обладать информацией и навыками, необходимыми для избирательной контрактации, или же страхователи могут быть относительно фрагментированными в сравнении с поставщиками, и им может не хватать веса для эффективного ведения переговоров. Также, возможно, что в отсутствие конкурентного давления страхователи попросту не чувствуют необходимости обеспечивать эффективность в расходах на услуги здравоохранения.

Вертикальная интеграция

Вертикальная интеграция в ДМС является однозначным исключением в Европе, хотя и присутствует в течение долгого времени среди доминирующих страхователей в таких странах, как Испания и Соединенное Королевство (табл. 5.9). Однако в последнее время органы по защите конкуренции Соединенного Королевства призывают к обязательному разделению страхового сектора и деятельности стационаров (Foubister et al., 2006). Правила в Германии также запрещают страхователям владеть поликлиниками. В очень ограниченном числе европейских стран прослеживается небольшая тенденция к вертикальной интеграции (Греция, Ирландия, Нидерланды), но страхователи, как правило, не ограничивают выбор, требуя от своих застрахованных пользоваться только их собственными поставщиками. Усилия по осуществлению вертикальной интеграции в Бельгии и Франции были лишь частично успешными (Stevens et al., 1998), во Франции отчасти в связи с негативным общественным восприятием Организаций по поддержанию здоровья, созданных по подобию американских.

Оплата поставщиков

Страхователи, предоставляющие ДМС, в подавляющем большинстве случаев платят поставщикам ретроспективно на основании ПЗУ; даже там, где это не является нормой для финансируемых государством услуг здравоохранения (табл. 5.10). Цены могут устанавливаться

Таблица 5.10 Оплата поставщиков, 2012 г. или позже

Страна	Методы оплаты поставщиков	Кто определяет цены?	Отличаются ли цены от государственных цен?
Австрия	ПЗУ	Представитель страхователя ведет переговоры со стационарами, врачами стационаров и региональными медицинскими ассоциациями	Да (выше)
Армения	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком (крупные стационары зачастую диктуют цены)	Да (выше)
Бельгия	В основном ПЗУ	Национальные переговоры между государственным фондом и представителями поставщика	Нет, но разрешено взимать некоторую дополнительную плату
Болгария	ПЗУ	Возмещение: поставщики; закупки: переговоры между страхователем и поставщиком; страхователи устанавливают цены в собственных учреждениях	Варьируется; схожие с государственными ценами плюс плата за каждое посещение пациента
Венгрия	ПЗУ	Прейскурант для государственных гарантий, переговоры между страхователем и поставщиком – для всего остального	Да (выше)
Германия	ПЗУ, КСГ	Цены устанавливаются государством	Да (выше)
Греция	ПОД, ПЗУ, зарплата	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да (выше)
Грузия	В основном ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	–
Дания	ПЗУ	Страхователи, как правило, согласуют более низкие цены с учетом объема и типа работодателя	Да (двойная для специалистов)
Ирландия	В основном ПЗУ	Вhi Healthcare ведет переговоры с поставщиками; прочие страхователи следуют за ними, и большинство поставщиков принимают цены	Да
Исландия	ПЗУ	Варьируется	–
Испания	ПЗУ, немного ПОД	Переговоры между страхователем и поставщиком; на практике поставщики принимают цены страхователя	Да (выше)
Италия	В основном ПЗУ	Цены аккредитованных частных поставщиков, работающих на государственный сектор, устанавливаются на региональном/национальном уровне; страхователи согласуют цены с неаккредитованными поставщиками	Да (выше)
Кипр	ПЗУ	Поставщики, за исключением СПП	Да (выше)
Латвия	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да (выше)
Литва	ПЗУ	Поставщики (цены на дорогостоящее лечение согласуются)	Да
Мальта	ПЗУ, ДС, блоковые платежи	Переговоры между страхователем и поставщиком для стационаров	Да, но наценки за амбулаторную помощь

Таблица 5.10 (продолжение)

Страна	Методы оплаты поставщиков	Кто определяет цены?	Отличаются ли цены от государственных цен?
Нидерланды	ПОД, ПЗУ, стандартные тарифы	–	–
Норвегия	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да
Польша	ПЗУ, КСГ	Переговоры между страхователем и поставщиком	–
Португалия	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком; на практике поставщики часто принимают цены страхователя	–
Российская Федерация	В основном ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да (выше)
Румыния	ПЗУ, зарплата	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да (выше)
Словакия	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да
Словения	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	–
Соединенное Королевство	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком для стационаров; страхователи, как правило, указывают максимальную цену для врачей	Да (выше)
Украина	ПЗУ, ДС	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да
Финляндия	–	Поставщики	Да
Франция	ПЗУ, КСГ	Цены на амбулаторные услуги согласуются на национальном уровне между государственным фондом и представителями поставщиков; цены в стационарах устанавливаются государством	Нет, но разрешено взимать некоторую дополнительную плату
Хорватия	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да
Чешская Республика	ПЗУ	Поставщики	–
Швейцария	ПЗУ; КСГ	Переговоры между страхователем и поставщиком	–
Швеция	ПЗУ	Переговоры между страхователем и поставщиком	Да (выше, на основе государственных тарифов, дополнительная оплата за работу со страховыми случаями ДМС)
Эстония	ПОД, КСГ, ПЗУ, ДС	Используются цены государственного фонда (определяемые государством)	Да (на 20% выше)

Источники: Национальные эксперты и страновые профили

Примечания: ПОД = подушевая оплата; КСГ = клинически связанные группы; ПЗУ = плата за услугу; ДС = дневная ставка (используется для оплаты стационаров). В Ирландии оплата стационаров переходит от ДС к ПЗУ; в Швейцарии до 2012 г. плата стационарам осуществлялась на основе ПЗУ и ДС; в Греции и Румынии выплата заработной платы происходит при наличии вертикальной интеграции.

поставщиками, особенно когда вместо закупок осуществляется лишь возмещение расходов застрахованных. Однако обычно цены на услуги, финансируемые за счет ДМС, согласуются между поставщиками и страхователями или их представителями. В нескольких странах страхователи пользуются национально устанавливаемыми ценами. Почти во всех странах поставщикам разрешено взимать (и они взимают) более высокую цену за лечение пациентов, финансируемых за счет ДМС. Это содействует приоритизации лиц с ДМС и оказывает отрицательное воздействие на эффективность и справедливость в использовании услуг здравоохранения в некоторых странах. Для услуг стационаров просматривается небольшая тенденция отхода от ПЗУ или дневной ставки в направлении использования метода клинически связанных групп (КСГ).

Государственно-частная комбинация в предоставлении услуг

В большинстве стран медицинская помощь, финансируемая за счет ДМС, предоставляется комбинацией государственных и частных поставщиков. Частные поставщики, как правило, доминируют на рынке дополнительного ДМС – к примеру, в Греции, Дании, Испании, Италии, Мальте, Норвегии, Польше (амбулаторная помощь), Португалии, Словакии, Соединенном Королевстве и Швеции.

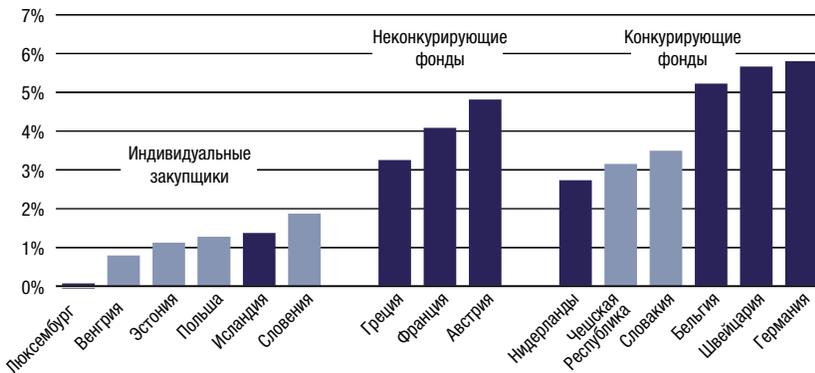
Частные койки в государственных стационарах (койки, зарезервированные для пациентов с частным финансированием) используются страхователями во многих странах, включая Австрию, Армению, Болгарию, Германию, Грецию (с 2011 г.), Ирландию, Италию, Латвию, Люксембург, Норвегию, Румынию, Соединенное Королевство, Чешскую Республику и Швейцарию. В Австрии и Греции доля государственных коек, которые можно зарезервировать для частного пользования, составляет не более 25% и 10%, соответственно. В Ирландии этот уровень составляет 10%, но распределение коек было фактически упразднено в 2014 г., и страхователи теперь платят за использование любых коек в государственных стационарах. В Соединенном Королевстве использование частных коек в государственных стационарах осуществляется на основании полных экономических затрат, но в Ирландии ситуация иная.

Врачи могут работать как в частном, так и в государственном секторе во всех странах, кроме Кипра и Дании. Однако некоторые страны устанавливают ограничения на степень свободы врачей в этом отношении (Греция, Ирландия, Италия, Соединенное Королевство).

5.5 Расходы ДМС на медицинские услуги и администрирование

Информации о ДМС и государственных расходах на администрирование в регулярном доступе нет. Данные ОЭСР позволяют предположить, что административные издержки как доля от совокупных доходов варьируется между странами в зависимости от структуры рынка закупок; в системах здравоохранения с единым закупщиком наблюдаются более низкие административные издержки, чем в системах здравоохранения со множеством неконкурирующих или конкурирующих фондов (рис. 5.2). В странах, по которым имеются данные, административные издержки страхователей, продающих ДМС, почти всегда выше, чем эквивалентные затраты фондов социального страхования – иногда в несколько раз (рис. 5.3).

Рисунок 5.2 Административные издержки среди фондов социального страхования как доля (%) от расходов фондов социального страхования на здравоохранение, европейские страны ОЭСР, 2011 г.



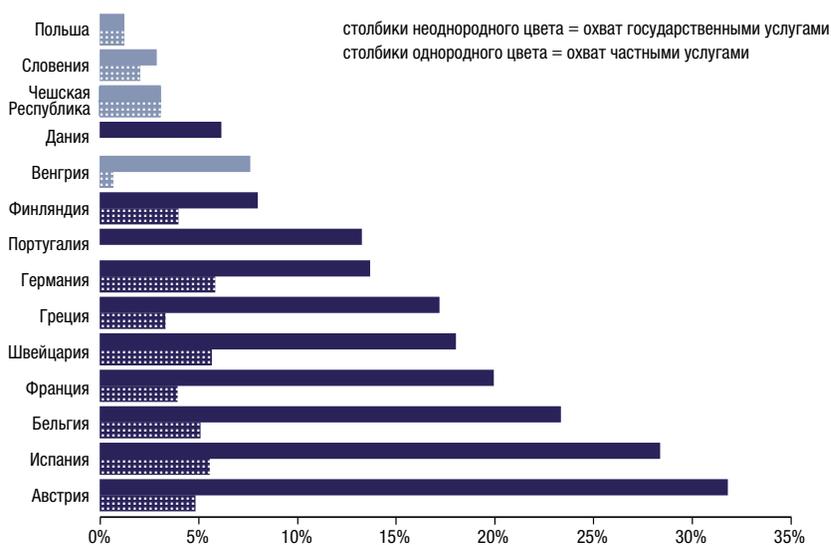
Источник: OECD (2015b).

Примечания: Рисунок включает все европейские страны ОЭСР, регистрирующие расходы на здравоохранение со стороны фондов социального страхования, в которых на фонды социального страхования (частные организации в Нидерландах, Словакии и Швейцарии) приходится подавляющая доля государственных расходов на здравоохранение. Под расходами подразумеваются текущие издержки.

Прочие источники данных указывают на значительные вариации между странами в тех суммах, которые страхователи тратят на услуги здравоохранения, финансируемые за счет ДМС (страховые случаи) (рис. 5.4). Расходы на урегулирование страховых случаев как доля от дохода от страховых взносов составляет намного меньше 70% в большинстве стран, по которым имеются данные. По данным национальных экспертов, в большинстве стран (15 из 24, показанных на рисунке 5.4), в период 2007–2013 гг. данная цифра выросла, однако, в 7 странах она резко снизилась (Австрия, Бельгия, Болгария, Греция, Кипр, Польша и Румыния).

На конкурентных рынках к страхователям может предъявляться требование о поддержании минимальных уровней платежеспособности. Они также склонны тратить деньги на разработку и маркетинг разных продуктов, оценку рисков, дифференциацию взносов и изучение страховых случаев, и зачастую желают генерировать прибыль. В результате этого они обязательно будут тратить меньше на услуги здравоохранения и больше на товары немедицинского назначения, чем страхователи, которые не занимаются подобной деятельностью. Именно лицам, определяющим политику, следует устанавливать, каким должен быть допустимый уровень административных издержек. Некоторые страны устанавливают максимальный уровень административных издержек для страхователей, предлагающих финансируемые государством услуги на конкурентной основе (Бельгия и Германия, к примеру) (Thomson et al., 2013). В подобных ситуациях верхний предел, как правило, устанавливается на уровне 5% – гораздо ниже нормы для рынков ДМС.

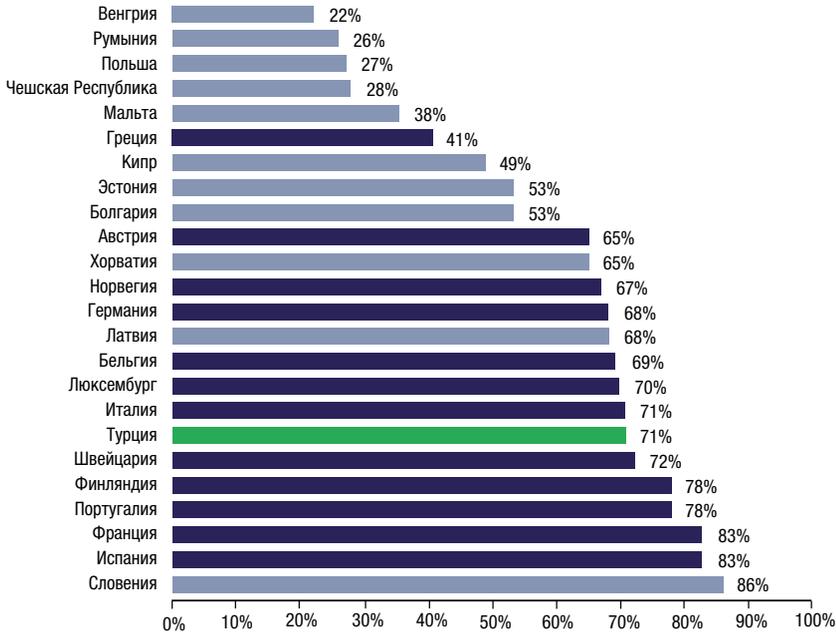
Рисунок 5.3 Административные издержки государственного и частного страхования как % от текущих расходов, европейские страны ОЭСР, 2012 г.



Источник: OECD (2015b).

Примечания: Страны ранжируются от самых высоких к самым низким административным издержкам в частном медицинском страховании. Данные по Португалии предоставлены за 2011 г. (причина, по которой административные издержки в Португалии равны нулю, может крыться в том, что технически лишь очень небольшая часть расходов на здравоохранение классифицируется как средства социального страхования, которые учитываются отдельно от бюджета Министерства здравоохранения); данных по государственному страхованию в Дании нет в наличии; по данным национальных экспертов, административные издержки частного страхования в Нидерландах значительно выше, чем в государственном страховании (13,4% от совокупных доходов от страховых взносов в 2014 г.).

Рисунок 5.4 Расходы ДМС на услуги здравоохранения как доля (%) от дохода от страховых взносов (коэффициентов страховых случаев), отдельные европейские страны, 2013 г.



Источник: Расчеты авторов на основе Insurance Europe (2015).

Примечание: Для Греции, Кипра, Румынии и Чешской Республики использованы данные 2008 г.

Государственная политика в области ДМС

В данной главе мы представим обзор регулирования ДМС на уровне ЕС и на национальном уровне. Мы осветим основные изменения в области политики, которые состоялись в период после 2000 г., и рассмотрим использование налоговых стимулов для ДМС. В конце главы приводится дискуссия по вопросам аспектов национальной политики в области ДМС.

Регулирование ДМС преследует три основных цели (Chollet & Lewis, 1997):

- **обеспечение устойчивости рынка** посредством установления финансовых и нефинансовых стандартов для выхода страхователя на рынок и осуществления деятельности; условий для ухода страхователя с рынка; и требований к финансовой отчетности и надзору;
- **защита потребителей** путем регулирования маркетинговой практики страхователей и их отношений с поставщиками услуг здравоохранения;
- **обеспечение финансовой доступности ДМС** посредством широкого спектра правил, включая открытый доступ к страхованию (гарантированная выдача полиса); пожизненное страховое покрытие (гарантированное продление полиса); дифференциация населения (отвязка размера страховых взносов от индивидуальных рисков слабого здоровья); пересмотр взносов, утверждение или установление верхних пределов, обязательные (обычно минимальные) гарантированные услуги; запрет исключения существующих заболеваний из покрытия; ограничение размера пользовательской платы за услуги, покрытые ДМС; запрет верхних пределов услуг.

Меры по обеспечению первой цели известны как финансовое или пруденциальное регулирование; меры по обеспечению второй и третьей целей известны как материальное или контрактное регулирование.

6.1 Регулирование ЕС

ДМС и законодательство ЕС

С 1994 г. медицинское страхование подлежит страхованию в рамках законодательства ЕС в отношении норм внутреннего рынка и конкуренции. В 1992 г. правовые институты ЕС впервые приняли регулятивные меры в области медицинского страхования посредством Третьей директивы о страховании, кроме страхования жизни, которая подтверждает свободное перемещение услуг медицинского страхования в рамках ЕС (ЕС, 1992). Предыдущие директивы о страховании, кроме страхования жизни, не касались медицинского страхования. Директива 1992 г. не применима к медицинскому страхованию, которое является частью системы социального страхования, но все прочие типы медицинского страхования подпадают под ее действие.

Регулятивная рамочная структура уровня ЕС, созданная в рамках Директивы, накладывает ограничения на то, как правительства могут вмешиваться в деятельность рынков ДМС. При интерпретации директивы возникают некоторые неопределенности, в особенности в отношении того, как и когда правительства могут вмешиваться в целях продвижения общественных интересов. Как и в большинстве сфер законодательства ЕС, интерпретация в большой степени полагается на прецедентное право Европейского суда (ЕСJ), а потому достижение ясности может быть сопряжено со значительными издержками и задержками. Данный раздел кратко обобщает основные последствия Директивы и некоторые аспекты законодательства ЕС в области конкуренции, касающиеся регулирования ДМС в странах ЕС. В полной мере тематические прения по вопросам воздействия законодательства ЕС на ДМС представлены в отдельном издании (см. Thomson & Mossialos, 2010).

Регулирование и Третья директива о страховании, кроме страхования жизни

До вступления Директивы в силу, степень вмешательства правительств ЕС на рынках ДМС по большей части определялась ролью, которую ДМС играет в системе здравоохранения, аспектами структуры рынка (к примеру, количеством и типами страхователей), и политической идеологией. В рамках субсидиарного принципа ЕС, правительства могли свободно принимать решения в отношении соответствующей формы регулирования, необходимой в том или ином контексте. За последние 30 лет законодательство ЕС ограничило эту свободу посредством ряда директив, направленных на создание внутреннего рынка страховых услуг (ЕС, 1973; ЕС, 1988; ЕС, 1992). Внутренний рынок предусматривает усиление конкуренции и расширение выбора потребителей.

Компетенция ЕС в этой области основана на том факте, что страхование считается экономической деятельностью. Согласно прецедентному праву Европейского суда страховая деятельность подпадает под действие директивы, когда осуществляется страховыми организациями 'на свой собственный риск в целях извлечения прибыли' (ЕСJ, 2000). Прецедентное право Европейского суда также указывает на то, что деятельность 'с исключительно социальной целью, подразумевающей солидарность' не подпадает под нормы внутреннего рынка и конкуренции (ЕСJ, 1993; ЕСJ, 2004).

Директива впервые определяет рамочную структуру уровня ЕС для регулирования медицинского страхования с двумя ключевыми компонентами:

- правительствам следует открыть рынки ДМС для конкуренции на национальном уровне и на уровне ЕС; это означает, что продажа ДМС не может быть ограничена специфическими типами страхователей или национальными страхователями, или страхователями с местными филиалами;
- правительствам не следует вводить регулирование ДМС, которое выходит за рамки финансового регулирования, с некоторыми исключениями.

Правительства могут вводить более жесткое регулирование ДМС в интересах общественного блага, если медицинская страховка выступает в роли 'частичной или полной альтернативы для страхового медицинского покрытия, предоставляемого государственной системой социального страхования' (статья 54(1)). В статье 54(2) и декларативной части представлены типы правовых положений, которые могут быть введены в том случае, если частное или добровольное медицинское страхование предоставляет частичную или полную альтернативу государственному охвату, в том числе открытый доступ к страхованию; дифференциация страховых взносов; пожизненный охват; политика, стандартизированная в соответствии с покрытием, предоставляемым финансируемой государством системой по премиальным ценам на уровне или ниже предусмотренного максимума; участие в схемах выравнивания рисков (также называются схемами компенсации потерь); и функционирование на технической основе, схожей со страхованием жизни. Меры, предпринимаемые для защиты общественного блага, должны быть доказанно необходимыми и пропорциональными цели содействия общественному благу, не должны необоснованно ограничивать право создания предприятия или свободу предоставления услуг, и применяться идентично ко всем страхователям, функционирующим на территории государства-члена.

В то время как Директива допускает регулирование ДМС в рамках принципа общественного блага, который в широком плане применим к любому закону, направленному на защиту потребителей (в любом секторе, не только в страховании), все еще остается пространство для правовой неопределенности. Не вполне ясно, что имеется в виду под частичной или полной альтернативой государственному медицинскому страхованию, и какие типы вмешательств являются необходимыми и пропорциональными; также отсутствует согласованное определение общественного блага – интерпретация полагается на прецедентное право Европейского суда.

В общих чертах, можно понимать, что рамочная структура уровня ЕС допускает регулирование замещающего ДМС – ‘страховое медицинское покрытие, служащее заменой страховому покрытию, предоставляемому государственными системами социального страхования’ (Mossialos et al., 2010) – и, следовательно, запрещает регулирование дополняющего или дополнительного ДМС. Однако постановления Европейского суда указывают на то, что это разграничение не всегда уместно, и правительства не могут на него полагаться. К примеру, выравнивание рисков для поддержки дифференцированных взносов не было сочтено нарушающим правила ЕС на рынке дополняющего ДМС в Словении или на преимущественно дополнительном рынке Ирландии. Постановление Европейского суда 2008 г. по Ирландии (дело BUPA) представляет важность, так как оно отмечает, что национальные правительства должны определять, является ли ДМС услугой, представляющей общий экономический интерес, и применять ли меры общественного блага в зависимости от результатов теста на пропорциональность.

Директива отражает нормы своего времени – конец 1980-х (Thomson & Mossialos, 2010). С тех пор границы между обычной экономической деятельностью и социальным обеспечением становились все более размытыми. С одной стороны, прецедентное право показывает правительствам, как они могут вывести свои рамочные структуры медицинского страхования за рамки закона о внутреннем рынке – либо путем их твердого размещения в сфере социального обеспечения, либо прибегая к концепции защиты общественного блага. С другой стороны, как показывает развитие ситуации в Нидерландах, социальное обеспечение более не является исключительной сферой государственных институтов или государственных финансов, что, вероятно, создаст новые трудности для лиц, определяющих политику. Все большее размытие интерфейса между государственным и частным сектором в медицинском страховании приводит к сложностям, которые данная директива не в состоянии разрешить.

Существует одна область, в которой рамочная структура уровня ЕС применяется с постоянством. Эта область относится

к дифференцированному отношению к страхователям на основании их правового статуса, которое часто подпадает под запрет.

Последние изменения в законодательстве ЕС, касающиеся ДМС, включают:

- введение с 2016 г. новой директивы о платежеспособности, которая направлена на гармонизацию требований к платежеспособности по всему ЕС;
- решение Европейского суда по делу *Test-Achats*, запрещающее дифференциацию размера страховых взносов по половому признаку (ЕС, 2011b);
- проект Директивы по борьбе с дискриминацией (июль 2008 г.) в отношении реализации принципа равного отношения к людям независимо от религии, верований, инвалидности, возраста или сексуальной ориентации, которая все еще находится на рассмотрении Европейского совета после поправок, предложенных в марте 2012 г.;
- Директива 2011/24/ЕС о реализации прав пациентов в трансграничной медицинской помощи (подлежало внедрению государствами-членами в национальное законодательство к 25 октября 2013 г., но в большинстве случаев внедрялось с задержкой), которое предоставляет пациентам, сталкивающимся с длительными периодами ожидания в собственной стране (необоснованная задержка), право обращаться за медицинской помощью в других государствах-членах ЕС, включая частных поставщиков, которые не являются частью государственной системы, и получать возмещение со стороны государственного плательщика в собственной стране.

Трансграничные возможности для получения медицинской помощи за рубежом могут использоваться пациентами в качестве альтернативы дополняющему ДМС. Однако в связи с дополнительными административными расходами, расходами на дорогу и прочими расходами на получение медицинской помощи посредством директивы в сравнении с ДМС, и в связи с неэластичностью спроса на ДМС в некоторых странах – например, когда ДМС приобретается через работу или считается символом статуса, – представляется маловероятным, что трансграничная директива будет оказывать какое-либо значимое влияние на приобретение ДМС. Однако если директива используется закупщиками для решения проблем времени ожидания, это может снизить спрос на ДМС в долгосрочной перспективе. Пока что позднее

внедрение директивы в национальное законодательство и низкая осведомленность среди резидентов ЕС о том, как ее использовать для обращения за медицинской помощью (ЕС, 2015) позволяют предположить, что влияние директивы на ДМС незначительно.

6.2 Национальное регулирование

В большинстве стран Европы ДМС регулируется исключительно как финансовая услуга. Как правило, регулируемыми органами являются органы финансового надзора, центральные банки или страховые регуляторы в юрисдикции Министерства финансов (табл. 6.1). В небольшом числе стран свою роль в этом также играет Министерство здравоохранения или иной орган здравоохранения. Как правило, это наблюдается в странах, где роль ДМС является дополнительной и покрывает пользовательскую плату. В последние несколько лет на смену регулирующим органам в области здравоохранения пришли финансовые регуляторы в Финляндии (2009), Франции (2010), Греции (2010), Литве (2012) и Ирландии (2015). Некоммерческие страхователи продолжают регулироваться отдельным органом в Бельгии и Венгрии, но в Бельгии ко всем страхователям применяются одинаковые правила.

Регулятивные подходы в разных странах варьируются. Национальное регулирование не выходит за рамки того, что требуется на уровне ЕС почти в половине стран ЕС. Таким образом, ДМС регулируется точно так же, как и любая другая финансовая услуга, и законодательная база не содержит отдельного упоминания ДМС. Это скорее применимо когда речь идет о коммерческом ДМС, и на рынках, являющихся преимущественно дополнительными. Общее страховое законодательство содержит разделы, касающиеся исключительно ДМС, в Австрии и Финляндии.

Национальное регулирование, выходящее за рамки общих страховых требований, в основном направлено на улучшение финансовой доступности ДМС (табл. 6.2). Оно концентрируется на рынках ДМС с сильным присутствием обществ взаимного страхования или некоммерческих страхователей (Бельгия, Франция, Ирландия, Италия), и там, где рынок играет замещающую роль (Германия) или же дополняющую роль, покрывая пользовательскую плату (Хорватия, Франция, Словения). За последние 10 лет интенсивность регулирования выросла во всех этих странах, особенно в Бельгии, Германии, Ирландии, Италии, Словении и Франции (табл. 6.3). Эта интенсификация в подавляющем большинстве случаев была направлена на повышение финансовой доступности ДМС и усиление финансовой защиты лиц с ДМС. В Германии она также была направлена на решение проблем сегментации рисков.

6.3 Налоговая политика

В данном разделе мы сконцентрируемся на налоговых стимулах (в основном, на налоговых послаблениях) и отрицательных стимулах для приобретения или продажи ДМС. Налоговые льготы разрешают вычет полной или частичной стоимости полиса ДМС из налогооблагаемого личного или корпоративного дохода. Отрицательные стимулы, как правило, включают либо налог на страховые взносы ДМС (налог на страховые взносы), который выплачивают страхователи, но который часто учтен в стоимости страхового полиса, либо же оплату налога на неденежные льготы, выплачиваемую лицом, получающим оплачиваемые работодателем услуги ДМС в виде неденежной льготы, или же работодателем, предоставляющим ДМС как неденежную льготу.

Более половины стран в данном исследовании (19 из 34) предлагают ту или иную форму налоговых стимулов для приобретения ДМС (табл. 6.4). Налоговые стимулы чаще всего предоставляются работодателям, а затем уже отдельным лицам. В 13 странах лица, приобретающие ДМС, не пользуются никакими налоговыми стимулами. В Румынии ограниченные по максимальному размеру налоговые льготы применяются ко всем страховым взносам, не только к ДМС, что не создает стимула для приобретения ДМС. До недавних пор такая же ситуация наблюдалась и в Германии, однако в рамках нового законодательства было введено целевое освобождение от уплаты налога на медицинское страхование всех видов (государственное и добровольное) (Ettelt & Roman, в печати).

Последние 20 лет существует тенденция сокращать или упразднять налоговые стимулы для ДМС, зачастую в связи с их дороговизной для правительств и неэффективным использованием государственных средств. В 1990-х гг. налоговые стимулы были сокращены или упразднены в Австрии, Греции, Ирландии, Италии, Соединенном Королевстве и Финляндии (Mossialos & Thomson, 2002b). Испания упразднила налоговые стимулы для отдельных лиц и ввела их для групп в 1999 г. Несколько правительств упразднили налоговые стимулы, которые они ввели после 1999 г. В 2006 г. Норвегия упразднила снижение налогов для компаний, приобретающих ДМС для своих сотрудников, введенное в 2003 г. В 2011 г. Хорватия упразднила налоговые вычеты для дополняющего и дополнительного ДМС, введенные в 2001 г. Португалия сократила налоговые вычеты для страховых взносов, выплачиваемых подписчиками, с 30% до 10% в 2012 г. В 2013 г. Греция упразднила налоговые стимулы для ДМС, а Ирландия установила верхний предел взносов ДМС, претендующих на налоговые льготы.

Небольшое число стран сократили или упразднили налоговые стимулы из соображений справедливости. Недавно ряд стран (Австрия, Дания, Финляндия) начали применять налоговые стимулы,

Таблица 6.1 Органы, ответственные за регулирование рынка ДМС, 2012 г. или позже

Страна	Орган финансового надзора	Центральный банк	Страховой регулятор	Министерство здраво- охранения	Прочие
Австрия	✓				
Армения		✓			
Бельгия	✓ (коммерческие)	✓ (коммерческие)			✓ (общества взаимного страхования)
Болгария	✓				
Венгрия	✓ (коммерческие)				✓ Управление надзора в области медицинского страхования (общества взаимного страхования)
Германия	✓				
Греция		✓			
Грузия		✓			
Дания	✓				
Ирландия		✓		✓	✓ Управление медицинского страхования
Исландия	✓				
Испания		✓		✓	
Италия			✓	✓	
Кипр			✓		
Латвия	✓				
Литва		✓			
Мальта	✓				
Нидерланды		✓			
Норвегия	✓				
Польша	✓				
Португалия			✓		
Российская Федерация	✓				
Румыния			✓		
Словакия		✓			✓ Управление надзора в области здравоохранения
Словения			✓	✓	
Соединенное Королевство	✓				
Украина	✓		✓ (некоммерческие)		
Финляндия	✓				
Франция			✓		
Хорватия	✓			✓	
Чешская Республика		✓ (коммерческие)			
Швейцария	✓				
Швеция	✓				
Эстония	✓				

Источники: Национальные эксперты и страновые профили.

Таблица 6.2 Меры по обеспечению физической и финансовой доступности ДМС и качественного страхового покрытия, 2012 г. или позже

Регулирование	Применение
<i>Доступность</i>	
Придание покрытию обязательного характера	Германия: люди, отказывающиеся от государственной страховки, обязаны приобрести частную страховку Франция: с 2016 г. для сотрудников
Открытый доступ к страхованию	Бельгия, Хорватия (ДМС охватывает пользовательскую плату, предлагаемую государственным фондом медицинского страхования), Эстония (отсутствие возрастного лимита для лиц, застрахованных фондом обязательного медицинского страхования при наличии страховки в течение 12 месяцев за предыдущие 2 года), Германия (для базового замещающего полиса), Ирландия, Словения (ДМС с охватом пользовательской платы); в 2006–2007 гг. страхователи в Нидерландах использовали политику открытого доступа к страхованию в ДМС
Пожизненное покрытие	Австрия, Бельгия, Ирландия, Германия (замещающее ДМС)
Запрет штрафов за смену страхователя	Нидерланды, Швейцария: страхователям запрещено аннулировать контракт ДМС, если человек переходит к другому страхователю для обязательного медицинского страхования
<i>Финансовая доступность</i>	
Дифференцированные взносы:	Все страхователи: Ирландия, Словения: в Словении взимаются штрафы за не приобретение ДМС, как только человек обязан платить пользовательскую плату, которые предназначены для того, чтобы держать молодежь в пуле рисков ДМС и таким образом снижать размер страховых взносов Только некоммерческие страхователи: Бельгия, Эстония, Хорватия (дополняющее ДМС в государственном фонде страхования); Италия (некоторые некоммерческие провайдеры; крупнейшие из них используют групповую тарификацию)
Выравнивание рисков для поддержки дифференциации страховых взносов	Ирландия, Словения
Резервы на старение	Германия (замещающее ДМС): страхователи обязаны наращивать резервы на старение для покрытия роста стоимости, связанного с возрастом, и замедления увеличения размера страховых взносов позже в жизни
Предельный размер взносов	Германия (только для базового замещающего полиса): размер страхового взноса ограничен уровнем максимального взноса за государственную медицинскую страховку; Италия: Интегрированные медицинские фонды SSN обязаны предлагать взносы дешевле, чем на коммерческом рынке
Скидки для страховых взносов	Италия: пенсионеры, застрахованные в Società di mutuo soccorso (форма некоммерческого провайдера ДМС), сохраняют страховку и выплачивают пониженные страховые взносы
Взносы исключаются или покрываются государством	Армения: Государственным служащим предоставляется высоко субсидированное ДМС Хорватия: Государство предоставляет бесплатное ДМС с охватом пользовательской платы домохозяйствам с низким уровнем дохода и другим уязвимым группам Франция: Государство предоставляет ваучеры на покупку ДМС с охватом пользовательской платы домохозяйствам с низким уровнем дохода Германия (только для базового замещающего полиса): размер взносов снижается на 50%, если человек может продемонстрировать, что он не в состоянии оплатить полную стоимость взноса; если человек все еще не может позволить себе оплатить сниженную стоимость полиса, он получает государственную субсидию в рамках схемы социальных льгот (с охватом до 100% этой сниженной суммы)

Таблица 6.2 Меры по обеспечению физической и финансовой доступности ДМС и качественного страхового покрытия, 2012 г. или позже (продолжение)

Регулирование	Применение
<i>Качество страхового покрытия</i>	
Охват существующих заболеваний	Бельгия (только некоммерческое ДМС: общества взаимного страхования не могут взимать повышенную плату за существующие заболевания); Германия (только для базового заменяющего полиса); Ирландия (все ДМС: устанавливается максимально разрешенная длительность периода ожидания)
Минимальные или стандартные гарантии	Франция (для ответственных контрактов), Германия (для заменяющего ДМС), Ирландия , Италия (для Интегрированных медицинских фондов SSN для права на получение фискальных льгот)
Лимиты пользовательской платы VHI	Германия (только для заменяющих полисов): страхователи не могут предлагать годовой нестрахуемый минимум на сумму более 5 000 евро
Запрет лимитов гарантированных услуг	Франция (для ответственных контрактов; за исключением врачей, не подписывающихся на доступ к контрактам оказания медицинской помощи; см. Mercer, 2014)

Источники: Страновые профили и дополнительные исследования.

Таблица 6.3 Изменения национального регулирования, касающиеся или влияющие на ДМС, 2000–2015 гг.

Год	Регулятивные изменения
2000	Франция: Внедрены ваучеры на ДМС для домохозяйств с низким уровнем дохода (CMU-C) Германия: Возрастной лимит для перехода от частной к государственной страховке снижен с 65 до 55 лет Словения: ДМС признано соответствующим общественным интересам; выравнивание рисков разрешено, но не внедрено
2001	Хорватия: Отказ от государственного медицинского страхования запрещен для содействия финансовой стабильности государственного фонда медицинского страхования
2002	Франция: Введено освобождение от уплаты налога на страховые взносы для страхователей, которые воздерживаются от тарификации взносов на основе рисков (<i>contrats solidaires</i>)
2004	Словения: Разрешена тарификация взносов на основе рисков
2005	Франция: Введены налоговые субсидии на ДМС для лиц, чье положение немного выше порога CMU-C Словения: Запрещена тарификация взносов на основе рисков; страхователи должны предлагать открытый выбор страхового плана и дифференциацию страховых взносов; реализовано выравнивание рисков; увеличение размера страховых взносов должно быть одобрено регулирующим органом; введены штрафы в составе взносов для тех, кто не приобретает ДМС в молодом возрасте
2006	Ирландия: Схема выравнивания рисков введена Управлением медицинского страхования, но позже приостановлена Верховным Судом (2008)

Таблица 6.3 (продолжение)

Год	Регулятивные изменения
2007	<p>Бельгия: открытый доступ к страхованию в ДМС (для всех страхователей), запрет на дифференциацию взносов на основании инвалидности или хронических заболеваний (при этом нет определения инвалидности или хронических заболеваний) и охвата существующих заболеваний (только некоммерческие страхователи); для предотвращения дальнейшего резкого увеличения размера взносов ДМС, новый закон определяет параметры для повышения (2010).</p>
2008	<p>Бельгия: Государственная страховка расширена для покрытия амбулаторной помощи для самозанятых</p> <p>Франция: Введено освобождение от налога на страховые взносы для страхователей, которые отказываются покрывать новые обязательные нестрахуемые минимумы для государственного лечения (contrats responsables)</p> <p>Ирландия: Схема выравнивания рисков приостановлена и подлежит пересмотру после национального юридического спора с BUPA, но Европейский суд поддержал выравнивание рисков</p> <p>Ирландия: Акт о ДМС 2008 г. (с поправками) указывает на то, что Vhi Healthcare подлежит регулированию со стороны Финансового регулятора (теперь Центральный банк Ирландии), как и другие два (коммерческих) страхователя, однако крайний срок неоднократно продлевался; позже Европейский суд вынес постановление против исключительного статуса Vhi Healthcare</p> <p>Италия: Интегрированные медицинские фонды SSN должны предоставлять охват ДМУ и стоматологических услуг (стоматологические услуги, которые не покрываются полностью SSN) для получения права на фискальные льготы; Интегрированные медицинские фонды SSN должны быть платежеспособными, иметь достаточную капитализацию и предлагать конкурентные ставки страховых взносов (к примеру, страховые взносы по ставкам ниже, чем на коммерческом рынке)</p>
2009	<p>Германия: Наличие какого-либо типа медицинской страховки стало обязательным для всего населения; замещающая страховка охватывает как амбулаторное, так и стационарное лечение; внедрен базовый полис (заменивший стандартный полис) в замещающем ДМС (открытый доступ к страхованию, охват существующих заболеваний, гарантии, аналогичные GKV, по цене, которая не может превышать максимальный размер взноса в GKV); введен максимальный размер нестрахуемого минимума в ДМС (до 5 000 евро в год); резервы ДМС на старение стали переносимыми; новое положение означает, что люди должны продемонстрировать свои доходы свыше порога по доходу в течение трех лет подряд, прежде чем они могут выйти из государственной схемы</p> <p>Грузия: Определены условия для вновь созданного МСБ, в которых государство предоставляет ваучеры на частное медицинское страхование для лиц, живущих ниже черты бедности.</p> <p>Латвия: Ограничения по приобретению ДМС для государственных и муниципальных служащих введены в связи с экономическим кризисом (отменены в 2012 г.)</p> <p>Швейцария: Отдельные альтернативные лекарственные средства включены в обязательную медицинскую страховку (ранее они охватывались только ДМС)</p>
2010	<p>Бельгия: Разработаны специальные индексы, к которым частные страхователи могут привязать изменения в размере взносов и охвате; с 2012 г. государственные больничные кассы более не могут предлагать ДМС; ДМС может предлагаться только новыми независимыми обществами взаимного интереса и (как и ранее) коммерческими страхователями, причем и те, и другие теперь регулируются финансовыми регуляторами</p> <p>Хорватия: Поправки к Закону о ДМС лишили многих людей финансируемого государством дополняющего ДМС</p> <p>Италия: Интегрированные медицинские фонды SSN должны регистрироваться в национальном реестре интегрированных медицинских фондов и выделять не менее 20% своих доходов от страховых полисов на стоматологическую помощь и социальный уход (то есть, в основном, ДМУ) для тех, кому требуется помощь в повседневной жизни (с точки зрения возраста и физических ограничений) для получения фискальных льгот</p>

Таблица 6.3 *Изменения национального регулирования, касающиеся или влияющие на ДМС, 2000–2015 гг. (продолжение)*

Год	Регулятивные изменения
2011	<p>Армения: Внедрено обязательное страхование автотранспорта с компонентом медицинского страхования</p> <p>Германия: Упразднен трехлетний период ожидания для получения права на отказ от GKV</p> <p>Греция: ДМС разрешено использовать 10% коек в стационарах</p> <p>Словения: Правительство призывает к пересмотру пакета государственных гарантий и упразднению дополняющего ДМС, охватывающего пользовательскую плату, (оставляя при этом пространство для дополнительного ДМС)</p>
2012	<p>Армения: Введен социальный пакет для государственных служащих с компонентом ДМС, в котором государство платит за то, чтобы его работники получали страховку от частных страхователей, и предлагает им высоко субсидированное ДМС</p> <p>Бельгия: Дополнительные услуги, предлагаемые больничными кассами, стали обязательными для всех членов</p> <p>Франция: Новое правило определяет требования к коммуникации для всех поставщиков ДМС в отношении размера и разбивки их административных издержек (для повышения прозрачности)</p> <p>Швейцария: Введен общенациональный выбор стационара (выбор стационара ранее был ключевой причиной для покупки дополнительного ДМС)</p> <p>Страны ЕС должны привести в исполнение решение Европейского суда по делу Test-Achats, запрещающее тарификацию услуг по половому признаку</p>
2013	<p>Грузия: Введен универсальный пакет государственных гарантий для незастрахованных, который на деле упраздняет необходимость в замещающем ДМС</p> <p>Ирландия: Внедрена схема выравнивания рисков</p>
2014	<p>Армения: Государственное агентство здравоохранения определено как единый закупщик услуг здравоохранения, включенных в обязательный компонент (базовый медицинский пакет) социального пакета (ранее люди могли по выбору пользоваться частной страховкой)</p> <p>Франция: Поправки в требования к ответственным контрактам в Законе о финансировании социального страхования В число изменений входит: контракты должны обязательно покрывать остающуюся сумму, выплачиваемую застрахованным, соответствующую разнице между 'основой для возмещения социального страхования' и 'возмещением социального страхования (ticket modérateur)' для всех расходов на здравоохранение; охват доплаты врачам зависит от того, подписан ли врач на доступ к контрактам на лечение; дневные ставки стационаров должны быть охвачены полностью на неопределенный срок</p> <p>Ирландия: Страхователи платят за использование всех коек в стационаре (не только за те, которые определены как частные койки)</p>
2015	<p>Ирландия: Введены штрафы во взносах для тех, кто не приобретает ДМС в молодом возрасте.</p>

Источники: Страновые профили и дополнительные исследования.

Примечание: Изменения в фискальной политике (налоговые стимулы) не включены, они освещены в Разделе 6.3. МСБ – медицинское страхование для бедных (Грузия).

Таблица 6.4 Налоговые стимулы ДМС для застрахованных и страхователей, 2012 г. или позже

Страна	Работодатели	Сотрудники	Отдельные лица
Австрия	✓	✓	✓
Армения	✓	x	x
Бельгия	x	x	x
Болгария		x	✓
Венгрия	✓(2012)	x	x
Германия	x	x	✓
Греция	x	x	x
Грузия	x	x	x
Дания	✓ (дополнительное)	x	x
Ирландия	✓	✓	✓
Исландия	—	—	—
Испания	✓	✓	x
Италия	✓	x	✓
Кипр	x	x	x
Латвия	✓	✓	x
Литва	✓	✓	x
Мальта	x	x	x
Нидерланды	x	x	x
Норвегия	x	x	x
Польша	✓	x	x
Португалия	x	x	✓
Российская Федерация	✓(2009)	x	✓
Румыния	x	x	✓(2006)
Словакия	x	x	x
Словения	x	x	x
Соединенное Королевство	x	x	x
Украина	x	x	✓
Финляндия	✓	x	x
Франция	✓ (2009)	✓ (2004)	x
Хорватия	x	x	x
Чешская Республика	x	x	x
Швейцария	—	—	✓
Швеция	x	x	✓
Эстония	x	x	x

Источники: Страновые профили.

Примечания: Отсутствуют данные по Исландии.

ориентированные на работодателей, для содействия справедливости внутри компаний – к примеру, предоставляя налоговые льготы, только если ДМС предоставляется всем сотрудникам в компании (а не только старшему персоналу).

Отрицательные налоговые стимулы в виде налогов на страховые взносы и налоги на неденежные льготы, оплачиваемые работодателем, применяются к отдельным лицам в одних странах (Литва, Польша, Украина, Эстония), и страхователям в других (Австрия, Бельгия, Дания, Италия, Соединенное Королевство, Франция) (Insurance Europe, 2012). В Ирландии и Швеции существуют отрицательные налоговые стимулы для групп (только для оплачиваемой работодателем страховки) и отдельных лиц, однако размер отрицательных стимулов очень невелик.

Некоторые страны в прошлом использовали налоговую политику для создания более благоприятных условий для обществ взаимного страхования, к примеру, освобождая их страховые взносы от уплаты налогов. В Бельгии и Франции пришли к выводу о том, что это противоречит законодательству ЕС. Правительство Франции в настоящее время использует налоговую политику для вознаграждения страхователей, которые ведут себя так, как того желает правительство; например, применяет благоприятный налоговый режим к страхователям, которые предоставляют ответственные контракты с использованием координированного лечения и направлений к специалистам, или к тем, кто не исключает существующие заболевания и воздерживается от требования к подписчикам заполнять медицинскую анкету (Mercer, 2014). Однако в связи с мерами бюджетной экономии, ответственные контракты вновь подлежат налогообложению по ставкам в 3,5% в 2010 г. и 7% в 2011 г.; контракты, не соответствующие этим стандартам, ранее облагались налогом по ставке 7%, а сейчас – 14%.

Другие примеры налоговых стимулов для страхователей ДМС наблюдаются в Италии, где фискальные льготы применяются к планам ДМС, которые выделяют не менее 20% доходов от страховых взносов на покрытие стоматологических услуг и социального ухода для держателей полисов, которым требуется помощь в повседневной жизни. В Дании от налогов освобождаются планы ДМС, которые покрывают профилактические услуги и потребности в услугах здравоохранения, связанные с профессиональной деятельностью. В Бельгии стационарные планы, предоставляющие более высокий уровень защиты, чем стандартные планы, освобождаются от налога в 9,25% на страховые взносы ДМС. Болгария освобождает страхователей от НДС на деятельность ДМС.

В то время как щедрые налоговые субсидии успешно повышают или поддерживают спрос на ДМС в ряде стран (особенно в Дании и Ирландии),

они могут быть весьма дорогостоящими, и при этом нет доказательств, позволяющих предположить, что они самофинансируются, и при этом они склонны к регрессивности, поскольку ДМС, как правило, приобретают более состоятельные люди. В большинстве стран, которые снизили или упразднили налоговые стимулы, значительного отрицательного влияния на спрос не наблюдалось. Помимо этого, налоговые стимулы могут предполагать значительные финансовые траты для государства. К примеру, налоговые послабления для страховых взносов ДМС обошлись ирландскому правительству в 448 млн евро в 2012 г., что составляет примерно 3,1% от государственных расходов на здравоохранение по данным того же года (Turner, 2015).

6.4 Изменения в национальной политике и поводы для беспокойности

В данном разделе мы осветим основные изменения, произошедшие на рынках ДМС после 2000 г. Затем мы сконцентрируемся на поводах для беспокойности и сложностях, выявленных в национальных дебатах по вопросу ДМС.

Изменения в национальной политике

Период 2000–2015 гг. характеризуется развитием политики в четырех основных областях: расширение финансируемого государством страхового покрытия до групп, которые ранее были исключены, что фактически упразднило несколько рынков ДМС, играющих замещающую роль; интенсификация мер по повышению физической и финансовой доступности ДМС, особенно там, где ДМС играет замещающую или дополняющую роль; увеличение числа случаев обжалования некоторых из этих мер на национальном уровне; и снижение предоставления налоговых стимулов в целях приобретения ДМС.

Несколько стран предприняли шаги по укреплению и расширению финансируемого государством охвата, упразднив замещающую роль ДМС – в Хорватии (2001), Нидерландах (2006), Бельгии (2008) и Грузии (2013), – и ограничив его охват в Германии (2000 и 2009). В Хорватии и Германии отказ от финансируемой государством страховки был запрещен (Хорватия) и ограничен (Германия) в целях решения фискальных проблем, создаваемых сегментацией рисков.

Предложение по расширению охвата государственным медицинским страхованием до всех постоянных резидентов Кипра привело бы к ослаблению замещающего ДМС в этой стране, хотя дополнительное ДМС осталось бы в качестве опции. Схожее предложение по Исландии запретило бы ДМС предоставлять ускоренный доступ к лечению,

ограничив его роль предоставлением улучшенных удобств в стационаре. В Швейцарии решение расширить выбор стационаров до всех стационаров, охваченных обязательным медицинским страхованием, может сократить спрос на ДМС в будущем. Сменяющие друг друга правительства в Словении искали способ избавиться от потребности в дополняющем ДМС с охватом пользовательской платы.

В 2006 г. Нидерланды расширили охват государственным медицинским страхованием до всего населения, и позволили частным страхователям предлагать обязательную медицинскую страховку. Реформа не была направлена на продвижение ДМС. Единственными двумя странами, которые также попытались реализовать нечто подобное, являются Армения и Грузия, где, в отличие от Нидерландов, основное намерение заключалось в продвижении ДМС. Однако в обеих этих странах государственная поддержка использования частных страхователей для предоставления финансируемого государством страхового покрытия и использования ДМС для продвижения доступа к услугам здравоохранения была свернута. В Армении анализ, инициированный центральным банком, выявил, что расходы ДМС на услуги здравоохранения упали с 71% от доходов от страховых взносов в 2011 г. до 33% в 2013 г., спустя год после реформ, что сделало ДМС дорогостоящим и неэффективным способом предоставления финансируемого государством страхового покрытия. Сворачивание политики в Грузии было спровоцировано сменой правительства и мотивировано обеспокоенностью по вопросу отсутствия финансовой защиты, наличия барьеров в доступе и выбора приемлемых рисков частными страхователями.

Несколько стран пытались продвигать ДМС, включая Болгарию, Венгрию, Грецию, Литву, Польшу и Румынию, но лишь с незначительным успехом, вероятно, в связи с присутствием неформальных платежей в этих странах, и ограниченной способностью домохозяйств оплачивать ДМС.

Многие страны с уже значительными рынками ДМС повысили свои усилия по увеличению физической и финансовой доступности ДМС, особенно Бельгия, Германия, Ирландия, Италия, Словения и Франция (табл. 6.3). Некоторые из этих стран также повысили регулирование для улучшения финансовой защиты, предоставляемой ДМС. Бельгия сделала дополнительное ДМС, предлагаемое государственными больничными кассами, обязательным, Германия сделала обязательным приобретение какого-либо типа медицинской страховки, а Франция обязывает всех работодателей предлагать дополнительное ДМС с охватом пользовательской платы с 2016 г.

В период 2000–2015 гг. выросло число случаев обжалования на национальном уровне и на уровне ЕС в сравнении с пятилетним периодом вслед за принятием Третьей директивы о страховании, кроме страхования жизни. Большинство случаев обжалования касалось дифференцированного отношения со стороны страхователей в зависимости от правового статуса (всегда считается нарушением норм ЕС), и использования выравнивания рисков для поддержки дифференциации взносов ДМС (неоднократно признавалось соответствующим нормам ЕС).

Несмотря на убедительные доказательства неэффективности и несправедливости многих форм налоговых стимулов для ДМС, более половины стран, участвовавших в обследовании (19 из 34), предоставляют налоговые стимулы для того, чтобы люди приобретали ДМС (табл. 6.4). *Однако существует заметная тенденция сокращать или упразднять налоговые стимулы для ДМС, зачастую в связи с их дороговизной для правительств и неэффективным использованием государственных средств. Во Франции, Греции и Португалии снижение налоговых стимулов было отчасти реакцией на фискальные сложности в контексте экономического кризиса. Страны также снижали или упраздняли налоговые стимулы из соображений справедливости, или применяли целевое использование налоговых стимулов для содействия справедливости и обеспечению доступа к услугам здравоохранения. К примеру, некоторые страны предоставляют налоговые стимулы только если все сотрудники компании получают ДМС, или если частные страхователи также охватывают долгосрочный уход, стоматологическую помощь или профилактику заболеваний, или включают существующие заболевания без взимания дополнительной платы. Нам неизвестно об оценках эффективности этих целевых налоговых стимулов.*

Поводы для обеспокоенности в области национальной политики

В число поводов для обеспокоенности в области национальной политики в сфере ДМС часто входит один или более из следующих аспектов: несправедливый (двухуровневый) доступ к услугам здравоохранения; размер государственных субсидий для ДМС; сложности обеспечения финансовой доступности ДМС для некоторых групп населения; высокие административные издержки, ассоциируемые с ДМС; и транзакционные издержки, возникшие в результате комплексной природы ДМС, привносимой в системы здравоохранения, особенно на более крупных рынках для ДМС.

Обеспокоенность касательно неравного доступа к услугам здравоохранения, так называемый двухуровневый доступ, при котором люди с ДМС пользуются более легким, ускоренным или преференциальным доступом к лечению, и который оспаривается

в Австрии, Германии, Дании, Испании, Италии, Латвии, Польше, Португалии, Соединенном Королевстве, Финляндии и Франции. Эта обеспокоенность обусловлена рядом факторов. К примеру, если поставщики получают оплату из государственных источников и ДМС (врачи работают в обоих секторах, или же существуют частные койки в государственных стационарах, что наблюдается в большинстве стран, см. раздел 5.4), а ставки оплаты за счет ДМС выше, чем ставки оплаты из государственных источников (см. табл. 5.10), врачи и стационары имеют стимул придавать повышенный приоритет пациентам, финансируемым ДМС. Это может привести к более долгим периодам ожидания для пациентов с государственной медицинской страховкой; к тому же к их лечению могут привлекаться менее опытные младшие сотрудники. Помимо этого, время, которое врачи уделяют работе в частной должности, теряется для государственного сектора, а врачи, работающие в обоих секторах, могут сталкиваться с конфликтом ролей.

Дифференцированный доступ для лиц с ДМС противоречит принципу доступа на основании потребности, нежели на основании способности заплатить. В Соединенном Королевстве ответом на подобную обеспокоенность является аргумент о том, что пользователи ДМС доплачивают за охват ДМС больше, чем их финансируемые за счет налогов взносы в Национальную систему здравоохранения (НСЗ); более того, использование ими медицинской помощи, финансируемой за счет ДМС, снижает давление на НСЗ, что идет на пользу людям, которые используют НСЗ для прохождения лечения (Foubister & Richardson, 2016). Даже если этот аргумент обоснован, он не может перевесить издержки в виде времени врачей и государственных субсидий. Схожие аргументы высказывались в прошлом в Ирландии, где существовали мнения о том, что государственные субсидии для ДМС обоснованы, потому что те, кто выбирает ДМС, по факту отказываются от своих гарантированных государством прав, продолжая при этом вносить вклад в финансирование службы здравоохранения через налоги. Они также считают, что ДМС снижает спрос на финансируемые государством услуги здравоохранения. Однако доказательств этого аргумента не наблюдается; значительная часть финансируемых за счет ДМС услуг здравоохранения предоставляется в государственных стационарах – 60% взрослых пациентов стационаров с ДМС, по последним данным (Turner, 2016).

В некоторых странах прямые и скрытые государственные субсидии для ДМС привели к возникновению обеспокоенности по фискальным вопросам и вопросам эффективности и справедливости. Скрытые субсидии могут поступать за счет государственного финансирования медицинского образования; неспособность взимать полную экономическую стоимость с ДМС за использование коек в

государственных стационарах; за счет потенциала переноса издержек ДМС иными способами на ту часть системы здравоохранения, которая финансируется за счет государства, если системе недостает прозрачности и подотчетности – к примеру, при двойном страховом покрытии; и с учетом резервной функции финансируемой государством системы.

Приобретение ДМС систематически концентрируется среди людей с более высоким социально-экономическим статусом (см. раздел 4.3), отчасти от того, что *ДМС менее доступно для наиболее уязвимых групп населения*: для пожилых лиц и инвалидов, для лиц с хроническими заболеваниями, безработных и более бедных домохозяйств. Это поднимает вопрос касательно политики, которая снижает ширину, масштаб и глубину государственного финансового покрытия в ожидании того, что ДМС заполнит этот пробел. Даже в странах с устоявшимися рынками ДМС, которые охватывают большую часть населения, таких, как Франция, существуют свидетельства неравенства в качестве охвата ДМС, с результирующим неравенством в использовании услуг здравоохранения. Ранее (раздел 6.2) мы продемонстрировали, как некоторые страны принимают все больше мер для решения проблем физического и финансового доступа, особенно на более крупных рынках ДМС. При этом, как показывает пример Франции, подобные меры не всегда были достаточно эффективными.

Относительно высокие административные издержки, ассоциируемые с ДМС, представляют беспокойство в нескольких странах (см. раздел 5.5). Это особенно относится к странам, которые продвигали ДМС, позволяя частным страхователям предлагать финансируемые государством медицинские услуги. В подобных случаях частные страхователи не обеспечивали соответствующего соотношения цены и качества.

ДМС может привнести значительную сложность в систему здравоохранения, повысив транзакционные издержки для правительства и домохозяйств. Мониторинг и регулирование рынков ДМС, усилия по обеспечению физической и финансовой доступности ДМС для тех, кому оно необходимо, разработка политики, направленной на установление четких границ между государственным и частным финансированием и предоставлением услуг, реагирование на случаи обжалования на национальном уровне и на уровне ЕС – все это, очевидно, потребует много времени и затрат.

Библиография

Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C (2007). Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. Beiträge zum Gesundheitsmanagement. N. Klusen and A. Meusch. Baden-Baden, Nomos.

Albrecht T et al. (2009). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(3): 1–168.

Association of British Insurers (2000). *The private medical insurance market*. London, Association of British Insurers.

Association of British Insurers (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. London, Association of British Insurers.

BMI Europe (2000). *Medical insurance*. London: BMI Research.

Bolin K et al. (2010). Asymmetric information and the demand for voluntary health insurance in Europe. National Bureau of Economic Research Working Paper 15689. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.

Burke S (2014a). White Paper on Universal Health Insurance. HSPM 1 April 2014. European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.hspm.org/countries/ireland18092013/countrypage.aspx>, accessed 3 December 2015).

Burke S (2014b). Private health insurance review of costs. HSPM 15 January 2014. European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.hspm.org/countries/ireland18092013/countrypage.aspx>, accessed 3 December 2015).

Burke S (2015). Lifetime community rating. HSPM 1 May 2015. European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.hspm.org/countries/ireland18092013/countrypage.aspx>, accessed 3 December 2015).

Busse R, Blümel M (2014). Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2):1–296.

CEPOS (2014). Halvdelen af danskerne har nu en privat sundhedsforsikring [Half of Danes now have private health insurance] (http://www.cepos.dk/sites/cepos.dk/files/media/import/analyser/notat_halvdelen_af_danskerne_har_nu_en_privat_sundhedsforsikring_apr14.pdf).

Chevreur K (2016). France country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Chevreur K, Perronnin M (2009). Private health insurance in France: a study for the European Commission. In: Thomson S, Mossialos E, eds. *Private health insurance in the European Union*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies.

Chevreur K et al. (2010). France: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(6):1–291.

Chollet D, Lewis M (1997). Private insurance: principles and practice. Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, 10–11 March 1997. Washington, DC, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1997/07/01/000009265_3971113151206/Rendered/PDF/multi_page.pdf, accessed 3 December 2015).

Datamonitor (2000). *UK health insurance 2000: what price health?* London, Datamonitor.

Department of Health and Children (2001). *Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union*. Dublin, Department of Health and Children.

Department of Health of the Republic of Ireland (2013). Review of measures to reduce costs in the private health insurance market 2013. Independent Report to the Minister for Health and Health Insurance Council. Dublin, Department of Health (http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/costs_review_report.pdf, accessed 3 December 2015).

Department of Health of the Republic of Ireland (2014). Public Consultation – Scope for private health insurance to incorporate additional primary care services. Dublin, Department of Health (<http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/12/PHI-pdf.pdf>, accessed 3 December 2015).

EBRD (2011). *Life in transition. After the crisis*. European Bank for Reconstruction and Development. (http://www.ebrd.com/downloads/research/surveys/LiTS2e_web.pdf, accessed 3 December 2015).

EC (1973). First Council Directive 73/239/EEC of 24 July 1973 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to the taking-up and pursuit of the business of direct insurance other than life assurance. *OJ L 228*(16.8.1973):3–19.

EC (1988). Second Council Directive 88/357/EEC of 22 June 1988 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 73/239/EEC. *OJ L* 172(4.7.1988):1–2.

EC (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). *OJ L* 228(11.8.1992):1–23.

EC (2010). Patient safety and quality of healthcare. Special Eurobarometer 327. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf, accessed 3 December 2015).

EC (2011a). Press release database [online database] State aid: Commission calls on France to put an end to certain tax exemptions for mutual and provident societies. Brussels, European Commission (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/243&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en>, accessed 3 December 2015).

EC (2011b). Press release database [online database] European Commission gives guidance to Europe’s insurance industry to ensure non-discrimination between women and men in insurance premiums. Brussels, European Commission (http://europa.eu/rapid/press-release_IP-11-1581_en.htm, accessed 3 December 2015).

EC (2015). Report from the Commission to the European Parliament and the Council. Commission report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients’ rights in cross-border healthcare. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/cross-border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_en.pdf, accessed 3 December 2015).

ECJ (1993). Case C-159/91 and Case C-160/91, Poucet and Pistre v AGF and Cancava [1993], joined cases, ECR I-637. Christian Poucet vs Assurances Générales de France (AGF) and Caisse Mutuelle Régionale du Languedoc-Roussillon (Camulrac) and Daniel Pistre vs Caisse Autonome Nationale de Compensation de l’Assurance Vieillesse des Artisans (Cancava) (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A61991CJ0159>, accessed 4 February 2016).

ECJ (2000). Case C-206/98, 18 May 2000, Commission v Belgium. Judgment of the Court (Sixth Chamber) of 18 May 2000. Commission of the European Communities v Kingdom of Belgium. Failure by a State to fulfil its obligations – Directive 92/49/EEC – Direct insurance other than

life assurance. Case C-206/98. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1449571857175&uri=CELEX:61998CJ0206>, accessed 4 February 2016).

ECJ (2004). Case C-264/01, Case C-306/01 and Case C-355/01 AOK Bundesverband [2004], joined cases, ECR I-2493. References for a preliminary ruling: Oberlandesgericht Düsseldorf and Bundesgerichtshof – Germany. Competition – Undertakings – Sickness funds – Agreements, decisions and concerted practices – Interpretation of Articles 81 EC, 82 EC and 86 EC – Decisions of groups of sickness funds determining maximum amounts paid in respect of medicinal products. Joined cases C-264/01, C-306/01, C-354/01 and C-355/01 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1449571901493&uri=CELEX:62001CJ0264>, accessed 4 February 2016).

ECJ (2008). Case T-289/03, 12 February 2008, British United Provident Association Limited (BUPA) and Others v Commission. *OJ C 79*(29.03.2008):25. Judgment of the Court of First Instance (Third Chamber, extended composition) of 12 February 2008. British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd and BUPA Ireland Ltd v Commission of the European Communities. State aid – Risk equalisation scheme introduced by Ireland on the private medical insurance market – Aid system – Services of general economic interest – Article 86(2) EC – Commission decision not to raise objections - Action for annulment – Admissibility – Principles of necessity and proportionality. Case T-289/03 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1449571975760&uri=CELEX:62003TJ0289>, accessed 4 February 2016).

ECJ (2011). Case C-82/10, 29 September 2011, Commission v Ireland. Case C-82/10: Judgment of the Court (Fourth Chamber) of 29 September 2011 – European Commission v Ireland (Failure of a Member State to fulfil obligations — Directive 73/239/EEC – Articles 6, 8, 9, 13 and 15 to 17 – Directive 92/49/EEC – Articles 22 and 23 – Direct insurance other than life assurance – Amendment of statutes of an insurance body as regards its capacity – Non-application of the European Union insurance legislation in respect of insurance other than life assurance (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1449572115259&uri=CELEX:62010CA0082>, accessed 4 February 2016).

Emmerson C, Frayne C, Goodman A (2001). Should private medical insurance be subsidised? *Health Care UK* 51(4):49–65.

Ettelt S, Roman A (in press). Statutory and private health insurance in Germany and Chile: two stories of co-existence and conflict. In: Thomson S, Mossialos E, eds. *Private health insurance and medical savings accounts: history, politics, performance*. Cambridge, Cambridge University Press.

- Federal Constitutional Court (2009). Press release no. 59/2009 (10 June 2009). Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht (<http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/bvg09-059.html>, accessed 4 February 2016).
- Ferré F (2016). Italy country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press.
- Foubister T et al. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Foubister T, Richardson E (2016). United Kingdom country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Franc C, Pierre A (2013). Generalization of private health insurance offered by employers. HSPM 15 April 2013. European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.hspm.org/countries/france25062012/countrypage.aspx>, accessed 4 February 2016).
- Franc C, Pierre A (2015). Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: implications and current debate. *Health Policy*, 119(2):111–116.
- Gauthier A, Lamphere J, Barrand N (1995). Risk selection in the health care market: a workshop overview. *Inquiry* 32(1):14–22.
- Gerken S (2016). Belgium country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gerken S, Merkur S (2010). Belgium: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5):1–266.
- Government of Ireland (2011). Government for National Recovery 2011–2016. (https://www.corkchamber.ie/UserFiles/file/programme_for_national_government.pdf, accessed 4 February 2016).

Grabka M (2006). Prämien in der PKV: deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung. *German Institute for Economic Research* 73(46):653–659.

HIA (2015). Newsletter, June 2015 edition. Dublin, Health Insurance Authority (http://www.hia.ie/sites/default/files/HIA_June_Newsletter_2015.pdf, accessed 3 December 2015).

HM Treasury (2001). Consumers and industry to benefit from changes to banking, mortgage and general insurance regime. Press release, 12 December 2001. London, HM Treasury (<http://www.wired-gov.net/wg/wg-news-1.nsf/54e6de9e0c383719802572b9005141ed/2e00dfa43ee3d9ac802572ab004b4e42?OpenDocument>, accessed 3 December 2015).

Insurance Europe (2012). Indirect taxation on insurance contracts in Europe. Brussels, Insurance Europe (<http://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/Indirect%20Taxation%20Booklet%202015.pdf>, accessed 4 February 2016).

Insurance Europe (2015). Statistics no. 50: European Insurance in Figures (dataset). Brussels, Insurance Europe (<http://www.insuranceeurope.eu/statistics-n°50-european-insurance-figures-dataset>, accessed 3 December 2015).

IRDES (2010). Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport n° 547 (biblio n° 1800) - Juin 2010 (<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>, accessed 4 February 2016).

King D, Mossialos E (2005). The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997–2000. *Health Services Research*, 40(1):195–212.

Kroneman M (2014). Role of collectives in the Dutch health insurance market. *Health Systems and Policy Monitor*, 10 April 2014 (<http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/countrypage.aspx>, accessed 3 December 2015).

Leinert J (2006). Morbidität als Selektionskriterium. Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? In: Jacobs L, Klauber J, Leinert J, eds. *Analysen zur Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung*. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK:67–76.

Лехан В., Рудый В., Ричардсон Э. (2010). Украина // Системы здравоохранения: время перемен. Т. 12, No 8. – С. 1–224.

Lončarek K (2016). Croatia country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Maarse H (2009). Private health insurance in the Netherlands: a study for the European Commission. In: Thomson S, Mossialos E, eds. *Private health insurance in the European Union*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies.

Maarse H (2016). The Netherlands country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

McDaid D et al. (2009). Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(4):1–268.

Mercer (2014). Flash info. Sante/prevoyance. Paris, Mercer (http://www.mercer.fr/content/dam/mercer/attachments/europe/France/2014_12_HB_FlashInfoVUK.pdf, accessed 3 December 2015).

Milenkovic Kramer A (2009). Private health insurance in Slovenia: a study for the European Commission. In: Thomson S, Mossialos, E. *Private health insurance in the European Union*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies.

Milenkovic Kramer A (2016). Slovenia country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Mossialos E, Thomson S (2002a). Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International Journal of Health Services*, 32(1):19–88.

Mossialos E, Thomson S (2002b). *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.

Mossialos E, Thomson S (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Mossialos E, et al., eds. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*. Maidenhead, Open University Press:99–126.

Mossialos E, et al., eds. (2010). *Health Systems Governance in Europe: the Role of European Union Law and Policy*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD (2004). *Private health insurance in OECD countries*. Paris, OECD.

OECD (2015a). OECD iLibrary [online database]. Expenditure on health by type of financing, 2013 (or nearest year). Paris, OECD (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015/expenditure-on-health-by-type-of-financing-2013-or-nearest-year_health_glance-2015-graph156-en/, accessed 3 December 2015).

OECD (2015b). OECD iLibrary [online database]. Data extracted on 13 Feb 2015. Paris, OECD (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>, accessed 4 February 2016).

OFT (1996). Health insurance: a report by the Office of Fair Trading. London, Office of Fair Trading.

OFT (1997). Consumer detriment under conditions of imperfect information. London, Office of Fair Trading (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402142426/http://www.oft.gov.uk/shared_oftr/reports/consumer_protection/oft194.pdf, accessed 4 February 2016).

OFT (1998). Health insurance: a second report by the Office of Fair Trading. London, Office of Fair Trading.

OFT (2000). Consumer detriment. London, HMSO.

Paccagnella O, Rebba V, Weber G (2008). *Voluntary private health care insurance among the over 50s in Europe: a comparative analysis of SHARE data*. Department of Economics and Management 'Marco Fanno', Working Paper 86. Padova, Università degli Studi di Padova.

Palm W (2009). Private health insurance in Belgium: a study for the European Commission. In: Thomson S, Mossialos E, eds. *Private health insurance in the European Union*. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Brussels, European Commission.

Pazitny P, Balik P (2016). Slovakia country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Perronnin M, Pierre A, Rochereau T (2011). La complémentaire santé en France en 2008: une large diffusion mais des inégalités d'accès. Paris, IRDES (<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>, accessed 3 December 2015).

Roos A-F, Schut F (2011). Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 13(1):51–62.

Rukhaze N, Goginashvili K (2011). Distribution of health payments and catastrophic expenditures in Georgia: analysis for 2006–2010 (annual level data). Tbilisi, Ministry of Labour, Health and Social Affairs.

Sagan A, Thomson S, eds. (2016). *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Schäfer W et al. (2010). The Netherlands: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 12(1):1–228.

Senior K (2015). What does a moratorium on private medical insurance mean? *Netdoctor*, 16 December 2013 (<http://www.netdoctor.co.uk/private-healthcare/what-does-a-moratorium-on-private-medical-insurance-mean.htm#ixzz3Xwbf6ehy>, accessed 3 December 2015).

Smith O (2013). Georgia's Medical Insurance Program for the Poor. Washington, DC, World Bank.

Sobczak A (2016). Poland country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Sorenson C, Drummond M, Kanavos P (2008). *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Stevens Y et al. (1998). Issues in complementary health insurance in Belgium. *International Social Security Review*, 51(4):71–91.

Szigeti S, Lindeisz F, Gaál P (2016). Hungary country profile. In Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Thomson S (2010). Роль добровольного медицинского страхования // Ред. Kutzin J, Cashin C, Jakab M, Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Thomson S, Mossialos E (2006). Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, 16(4):315–327.

Thomson S, Mossialos E (2009). *Private health insurance in the European Union*. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Brussels, European Commission.

Thomson S, Mossialos E (2010). Private health insurance and the internal market. In: Mossialos E et al., eds. *Health Systems Governance in Europe: the Role of EU Law and Policy*. Cambridge, Cambridge University Press:419–460.

Transparency International Georgia (2012). The Georgian health insurance industry. Tbilisi, Transparency International Georgia with the support of the Embassy of the Kingdom of the Netherlands (http://www.transparency.ge/sites/default/files/post_attachments/The%20Georgian%20Health%20Insurance%20Industry.pdf, accessed 3 December 2015).

Turner B (2015). Unwinding the State subsidization of private health insurance in Ireland. *Health Policy*, 119(10):1349–1357.

Turner B (2016). Ireland country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe: country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Vektis (2015). Verzekerden in beeld 2015 [The insured in 2015]. Zorgthermometer. *Vektis*, April 2015 (<http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2015/Zorgthermometer%20nr14/>, accessed 3 December 2015).

Wasem J (1995). Regulating private health insurance markets. Four country conference on health care reforms and health care policies in the United States, Canada, Germany and the Netherlands, Amsterdam, 23–25 February 1995. Amsterdam, Ministry of Health, Welfare and Sport.

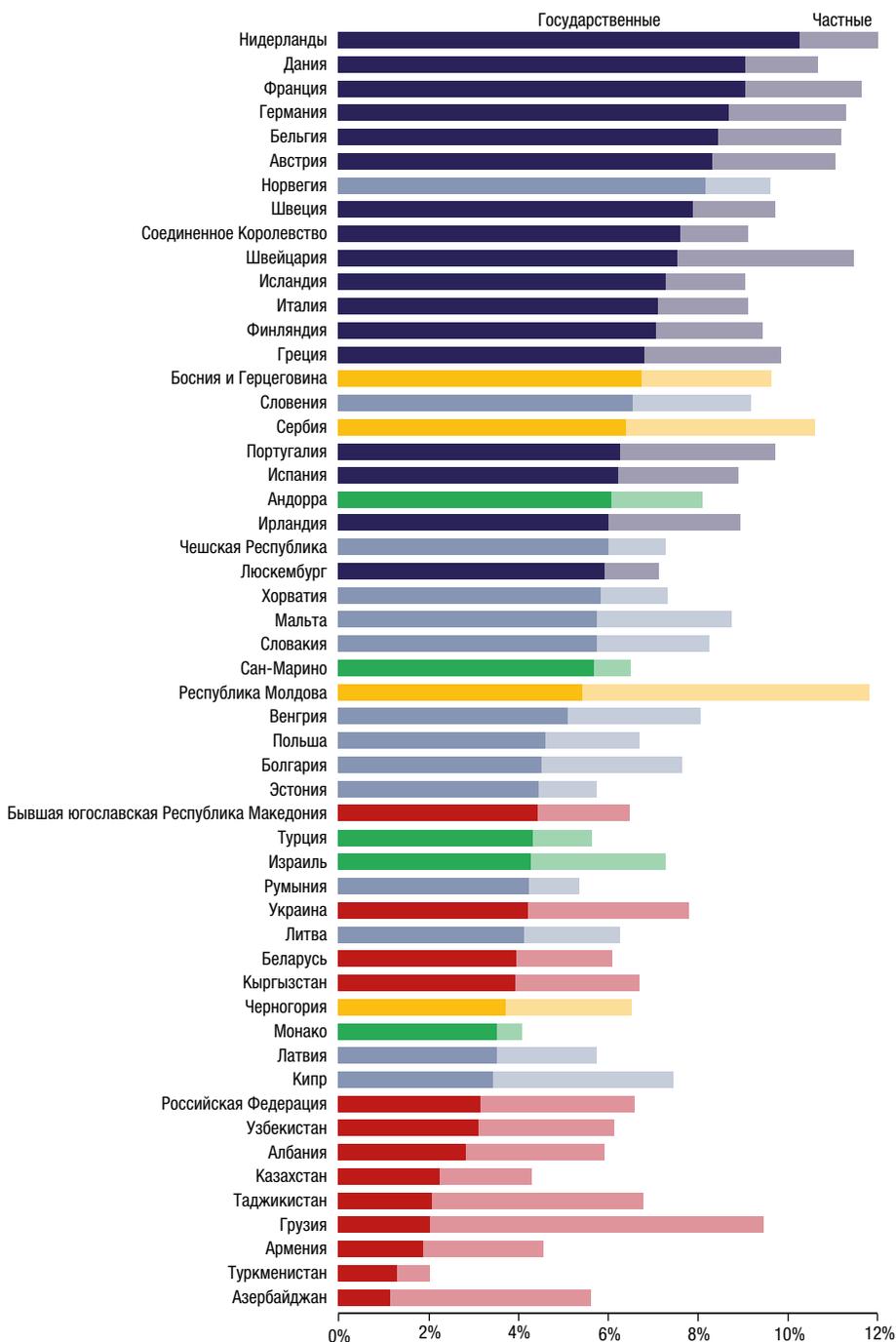
WHO (2016). Global health expenditure database (GHED) [online database]. Geneva, WHO (<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>, accessed 5 April 2016).

Zoidze A et al. (2012). Health insurance for poor: Georgia's path to universal coverage? Tbilisi, Curatio International Foundation.

Приложение 1

**Данные по расходам
на здравоохранение
в Европейском регионе**

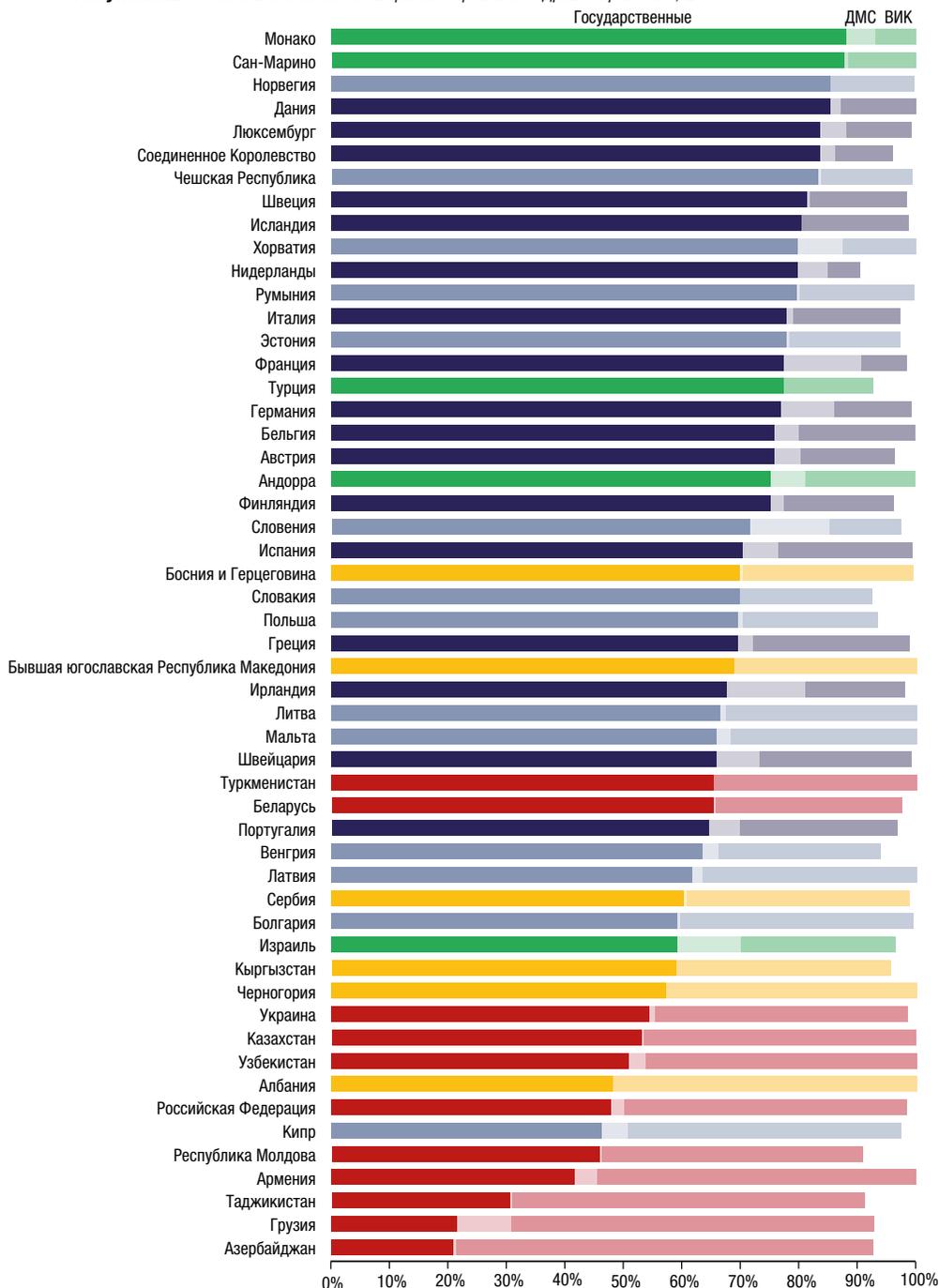
Рисунок А.1 Государственные и частные расходы на здравоохранение как % от ВВП, 2014 г.



Источник: WHO (2016).

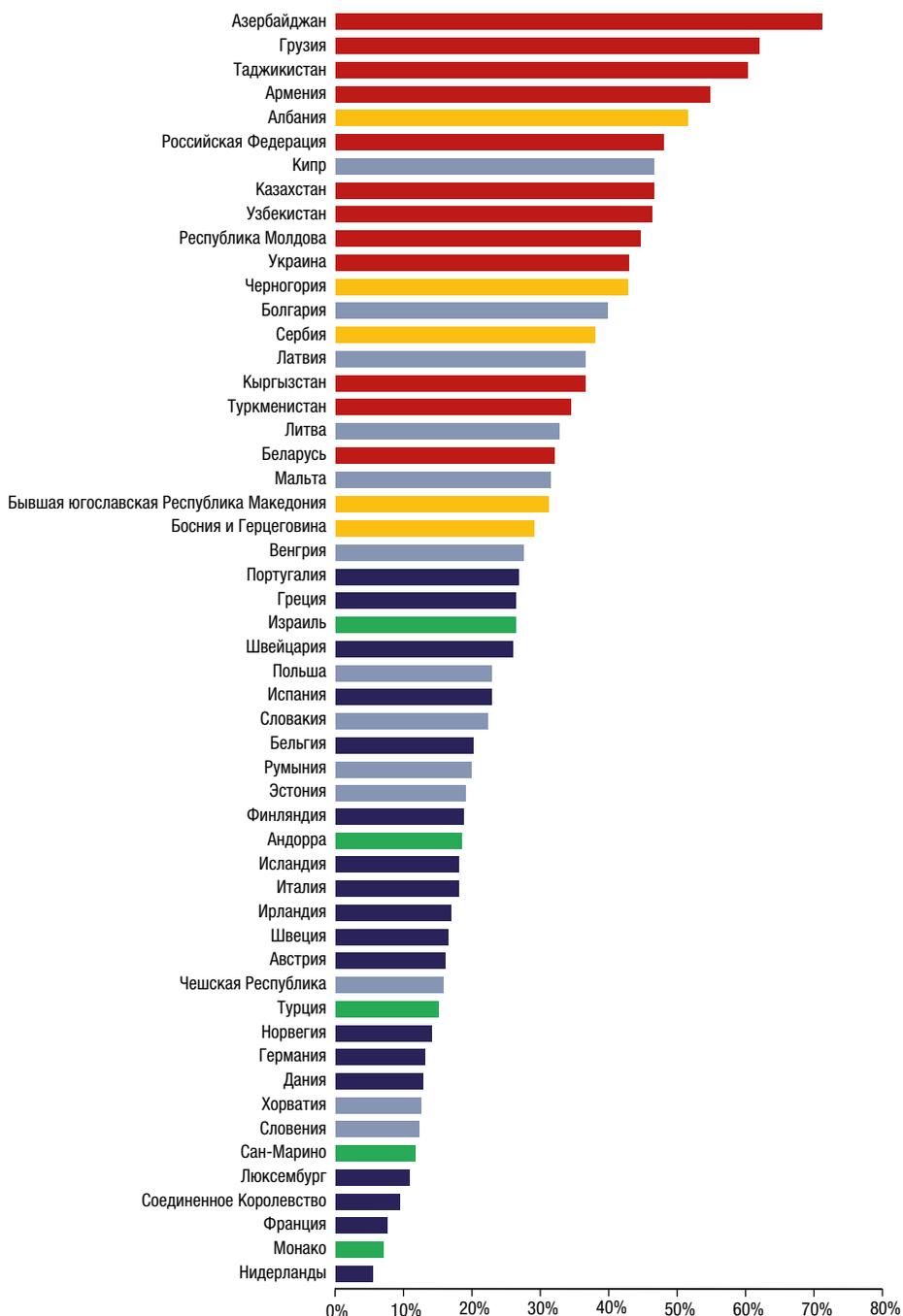
Примечание: Страны ранжированы по убыванию доли государственных расходов на здравоохранение.

Рисунок А.2 Разбивка механизмов финансирования здравоохранения, 2014 г.



Источник: WHO (2016).

Примечания: * Отсутствуют данные по ДМС. Страны ранжированы по убыванию доли государственных расходов. Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigeti, Lindeisz & Gaál, 2016). Показатель ВИК в Нидерландах занижен, поскольку не учитывает обязательный нестрахуемый минимум, выплачиваемый всеми взрослыми, пользующимися услугами здравоохранения (375 евро в год в 2015 г.), в сравнении с показателем ВИК в национальных счетах здравоохранения. Информация о наличии данных и допущений представлена в Приложении 2.

Рисунок А.3 ВИК как % от совокупных расходов на здравоохранение, 2014 г.

Источник: WHO (2016).

Примечания: Страны ранжированы по убыванию доли государственных расходов. Данные по доле ДМС в Венгрии включают добровольные медицинские сберегательные счета, что свидетельствует о завышении показателя доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в Венгрии (Szigei, Linderz & Gaál, 2016). Показатель ВИК в Нидерландах занижен, поскольку не учитывает обязательный нестрахуемый минимум, выплачиваемый всеми взрослыми, пользующимися услугами здравоохранения (375 евро в год в 2015 г.), в сравнении с показателем ВИК в национальных счетах здравоохранения.

Приложение 2

**Информация о доступности
данных и допущениях
в отношении данных,
представленных на рисунках,
на основе источников ВОЗ
(2016)**

Рисунок	Доступность данных и сделанные допущения
2.1 Доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение в 2014 г. (%)	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2010), Португалия (2012), Таджикистан (2013) и Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение составляла менее 0,5% в Казахстане, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова и Таджикистане; для этих стран для расчета доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Норвегии, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>
2.2 Страны, в которых доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение выросла в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2000 год: Армения (2001), Болгария (2001), Босния и Герцеговина (2009), Польша (2002), Республика Молдова (2002), Румыния (2003), Сербия (2005), Словакия (2007), Таджикистан (2007), Хорватия (2001), Швеция (2001).</p> <p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2010), Португалия (2012), Таджикистан (2013) и Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение составляла менее 0,5% (в 2000 г. или 2014 г.) в Армении, Азербайджане, Беларуси, Болгарии, бывшей югославской Республике Македония, Казахстане, Литве, Республике Молдова, Таджикистане и Эстонии; для этих стран для расчета доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>В Узбекистане, Чешской Республике и Эстонии рынки ДМС в 2000 г. отсутствовали (расходы на ДМС равнялись нулю). По этим странам использовались данные за самый ранний год с положительными расходами на ДМС (2003 г. для Чешской Республики и 2004 г. для Узбекистана и Эстонии).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>

Рисунок	Доступность данных и сделанные допущения
<p>2.3 Рост расходов на ДМС на душу населения в период 2000–2014 гг. (изменение в %)</p>	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2000 год: Армения (2001), Болгария (2001), Босния и Герцеговина (2009), Польша (2002), Республика Молдова (2002), Румыния (2003), Сербия (2005), Словакия (2007), Таджикистан (2007), Хорватия (2001), Швеция (2001).</p> <p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Андорра (2013), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Расходы на ДМС на душу населения составляли менее 0,5% (в 2000 г. или 2014 г.) в бывшей югославской Республике Македония, Сан-Марино, Таджикистане и Эстонии; для этих стран было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>В Узбекистане, Чешской Республике и Эстонии рынки ДМС в 2000 г. отсутствовали (расходы на ДМС равнялись нулю). По этим странам использовались данные за самый ранний год с положительными расходами на ДМС (2003 г. для Чешской Республики и 2004 г. для Узбекистана и Эстонии).</p> <p>Данных по Албании, Кыргызстану, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>
<p>2.4 Страны, в которых доля ДМС в совокупных расходах на здравоохранение не изменилась или снизилась в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)</p>	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2000 год: Армения (2001), Болгария (2001), Босния и Герцеговина (2009), Польша (2002), Республика Молдова (2002), Румыния (2003), Сербия (2005), Словакия (2007), Таджикистан (2007), Хорватия (2001), Швеция (2001).</p> <p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2010), Португалия (2012), Таджикистан (2013) и Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение составляла менее 0,5% (в 2000 г. или 2014 г.) в Армении, Азербайджане, Беларуси, Болгарии, Казахстане, Литве, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова, Таджикистане</p>

Рисунок	Доступность данных и сделанные допущения
2.4 (продолжение)	<p>и Эстонии; для этих стран для расчета доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>В Узбекистане, Чешской Республике и Эстонии рынки ДМС в 2000 г. отсутствовали (расходы на ДМС равнялись нулю). По этим странам использовались данные за самый ранний год с положительными расходами на ДМС (2003 г. для Чешской Республики и 2004 г. для Узбекистана и Эстонии).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>
2.5 Снижение расходов на ДМС на душу населения в период 2000–2014 гг. (изменение в %)	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2000 год: Армения (2001), Болгария (2001), Босния и Герцеговина (2009), Польша (2002), Республика Молдова (2002), Румыния (2003), Сербия (2005), Словакия (2007), Таджикистан (2007), Хорватия (2001), Швеция (2001).</p> <p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Андорра (2013), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Расходы на ДМС на душу населения составляли менее 0,5% (в 2000 г. или 2014 г.) в бывшей югославской Республике Македония, Сан-Марино, Таджикистане и Эстонии; для этих стран было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>В Узбекистане, Чешской Республике и Эстонии рынки ДМС в 2000 г. отсутствовали (расходы на ДМС равнялись нулю). По этим странам использовались данные за самый ранний год с положительными расходами на ДМС (2003 г. для Чешской Республики и 2004 г. для Узбекистана и Эстонии).</p> <p>Данных по Албании, Кыргызстану, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>

Рисунок	Доступность данных и сделанные допущения
2.6 Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение в 2014 г.(%)	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2009), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение составляла менее 0,5% в Казахстане, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова и Таджикистане; для этих стран было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>В Узбекистане, Чешской Республике и Эстонии рынки ДМС в 2000 г. отсутствовали (расходы на ДМС равнялись нулю). По этим странам использовались данные за самый ранний год с положительными расходами на ДМС (2003 г. для Чешской Республики и 2004 г. для Узбекистана и Эстонии).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Норвегии, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>
2.7 Страны, в которых доля ДМС в частных расходах на здравоохранение выросла в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2000 год: Армения (2001), Болгария (2001), Босния и Герцеговина (2009), Польша (2002), Республика Молдова (2002), Румыния (2003), Сербия (2005), Словакия (2007), Таджикистан (2007), Хорватия (2001), Швеция (2001).</p> <p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2009), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение (в 2000 г. или 2014 г.) составляла менее 0,5% в Армении, Азербайджане, Беларуси, Болгарии, Казахстане, Литве, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова, Таджикистане и Эстонии; для этих стран было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>В Узбекистане, Чешской Республике и Эстонии рынки ДМС в 2000 г. отсутствовали (расходы на ДМС равнялись нулю). По этим странам использовались данные за самый ранний год с положительными</p>

Рисунок	Доступность данных и сделанные допущения
2.7 (продолжение)	<p>расходами на ДМС (2003 г. для Чешской Республики и 2004 г. для Узбекистана и Эстонии).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>
2.8 Страны, в которых доля ДМС в частных расходах на здравоохранение не изменилась или снизилась в период 2000–2014 гг. (изменения в процентных пунктах)	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2000 год: Армения (2001), Болгария (2001), Босния и Герцеговина (2009), Польша (2002), Республика Молдова (2002), Румыния (2003), Сербия (2005), Словакия (2007), Таджикистан (2007), Хорватия (2001), Швеция (2001).</p> <p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2009), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение (в 2000 г. или 2014 г.) составляла менее 0,5% в Армении, Азербайджане, Беларуси, Болгарии, Казахстане, Литве, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова, Таджикистане и Эстонии; для этих стран было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>В Узбекистане, Чешской Республике и Эстонии рынки ДМС в 2000 г. отсутствовали (расходы на ДМС равнялись нулю). По этим странам использовались данные за самый ранний год с положительными расходами на ДМС (2003 г. для Чешской Республики и 2004 г. для Эстонии и Узбекистана).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>
2.9 (и 3.1) Взаимосвязь между ДМС и ВИК в Европейском регионе, 2014 г.	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2010), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение составляла менее 0,5% в Казахстане, бывшей югославской Республике Македония, Республике</p>

Рисунок	Доступность данных и сделанные допущения
2.9 (и 3.1) (продолжение)	<p>Молдова и Таджикистане; для этих стран для расчета доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония, Туркменистану, Турции и Черногории нет в наличии.</p>
2.10 (и 3.2) Разбивка частных расходов на здравоохранение в 2014 г. (страны ранжируются по процентной доле ВИК в совокупных расходах от низкой к высокой)	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2010), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение составляла менее 0,5% в Казахстане, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова и Таджикистане; для этих стран было использовано среднее значение (0,25%).</p> <p>Данных по Кыргызстану, Черногории, Норвегии, Турции и Туркменистану нет в наличии.</p>
А.2 Разбивка механизмов финансирования здравоохранения, 2014 г.	<p>В отношении следующих стран использованы данные не за 2014 год: Албания (2010), Португалия (2012), Таджикистан (2013), Швейцария (2013).</p> <p>Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение составляла менее 0,5% в в Казахстане, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова и Таджикистане; для этих стран для расчета доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение было использовано среднее значение (0,25%).</p>

Приложение 3

Страновые коды

ALB	Albania	Албания
AND	Andorra	Андорра
ARM	Armenia	Армения
AUT	Austria	Австрия
AZE	Azerbaijan	Азербайджан
BEL	Belgium	Бельгия
BGR	Bulgaria	Болгария
BIH	Bosnia and Herzegovina	Босния и Герцеговина
BLR	Belarus	Беларусь
CHE	Switzerland	Швейцария
CYP	Cyprus	Кипр
CZE	Czech Republic	Чешская Республика
DEU	Germany	Германия
DNK	Denmark	Дания
ESP	Spain	Испания
EST	Estonia	Эстония
FIN	Finland	Финляндия
FRA	France	Франция
GBR	Great Britain	Соединенное Королевство
GEO	Georgia	Грузия
GRC	Greece	Греция
HRV	Croatia	Хорватия
HUN	Hungary	Венгрия
IRE	Ireland	Ирландия
ISL	Iceland	Исландия

ISR	Israel	Израиль
ITA	Italy	Италия
KAZ	Kazakhstan	Казахстан
LTU	Lithuania	Литва
LUX	Luxembourg	Люксембург
LVA	Latvia	Латвия
MCO	Monaco	Монако
MDA	Republic of Moldova	Республика Молдова
MKD	Former Yugoslav Republic of Macedonia	Бывшая югославская Республика Македония
MLT	Malta	Мальта
NLD	Netherlands	Нидерланды
POL	Poland	Польша
PRT	Portugal	Португалия
ROU	Romania	Румыния
RUS	Russian Federation	Российская Федерация
SMR	San Marino	Сан-Марино
SRB	Serbia	Сербия
SVK	Slovakia	Словакия
SVN	Slovenia	Словения
SWE	Sweden	Швеция
TJK	Tajikstan	Таджикистан
UKR	Ukraine	Украина
UZB	Uzbekistan	Узбекистан

В случае неограниченных государственных ресурсов отсутствовали бы пробелы в охвате услугами здравоохранения, а потребности в ДМС в действительности не было бы. Однако большинство систем здравоохранения сталкиваются с бюджетными ограничениями, а ДМС часто используется для снятия подобного рода давления. Данное исследование основано на опыте 34 стран, направленном на выявление доли ДМС в совокупных расходах на здравоохранение, а также определение того, какую роль ДМС играет в Европе, и как оно связано с государственным страхованием. В исследовании представлены данные о том, кто продает ДМС, кто его покупает и почему. В публикации также освещены вопросы государственной политики в отношении ДМС на национальном уровне и уровне ЕС, равно как и соответствующие дебаты по национальной политике.

Согласно исследованию, в то время как разные рынки ДМС значительно варьируются по размеру, функционированию и регулированию, большинство из них малы. Имеющиеся крупные рынки являются, как правило, одними из старейших, по традиции включают некоммерческих страхователей и подвергаются наиболее жесткому регулированию, направленному на достижение физической и финансовой доступности ДМС. В исследовании также показано, что ДМС лучше подходит для удовлетворения нужд населения в услугах здравоохранения по сравнению с 'выплатами из кармана' и добровольными медицинскими сберегательными счетами. ДМС может способствовать повышению финансовой защиты особенно в тех случаях, когда выполняет замещающую и дополняющую роли, покрывая со-оплату. Однако ДМС является комплексным, сложным и высоко-контекстуальным инструментом политики, использование которого может привести к подрыву других целей системы здравоохранения, в том числе обеспечение равного доступа, эффективности, прозрачности и подотчетности, даже в условиях хорошо регулируемых рынков. Лицам, определяющим политику, следует в действительности с особой осторожностью прибегать к расширению ДМС.

Данный том и сопроводительные страновые обзоры были совместно разработаны научно-исследовательским центром Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения при Лондонской школе экономических и политических наук и Европейским региональным бюро ВОЗ. В данном исследовании принимали участие национальные эксперты из ЕС, ЕЗСТ и других стран Европы.

Авторы

Anna Sagan – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук.

Sarah Thomson – старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ и старший научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

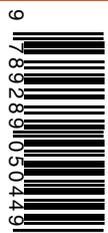
Серия исследований Обсерватории № 43

www.healthobservatory.eu

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



ISBN 9289050449