

Европейская

**Обсерватория**



по системам и политике  
здравоохранения

# ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ

Проблемы и стратегические решения

Sarah Thomson  
Thomas Foubister  
Elias Mossialos

Серия исследований Обсерватории, выпуск 17

## **Финансирование здравоохранения в Европейском союзе**



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и пропагандирует разработку научно обоснованной политики здравоохранения путем подробного тщательного анализа систем здравоохранения в Европе. Под эгидой Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ученые, политики и другие специалисты анализируют направления реформ в системе здравоохранения на основе европейских данных, чтобы всесторонне осветить политические вопросы в этой сфере.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Всемирным Банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

# **Финансирование здравоохранения в Европейском союзе**

Проблемы и стратегические решения

**Sarah Thomson**  
**Thomas Foubister**  
**Elias Mossialos**

Данное исследование выполнено по заказу и на средства Комитета Европарламента по занятости и социальным вопросам.

**Ключевые слова:**

FINANCING, HEALTH  
DELIVERY OF HEALTH CARE - economics  
HEALTH CARE COSTS  
HEALTH CARE REFORM  
EUROPEAN UNION

© Всемирная организация здравоохранения 2010 г., от имени 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, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark

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

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. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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 четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, не обязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

ISBN: 978 92 890 0207 3

# Содержание

Благодарности	vii
Примечание к тексту	vii
Список сокращений	viii
Список таблиц и рисунков	ix
Резюме	xiv
Введение	1
1. Проблема устойчивости	5
1.1. Разница между экономической и фискальной устойчивостью	5
1.2. Способы решения проблемы фискальной устойчивости	7
1.3. Расходы здравоохранения и экономическая обстановка	18
2. Финансирование здравоохранения в ЕС	25
2.1. Общая схема анализа	25
2.2. Описательный анализ механизмов финансирования	29
3. Реформы финансирования здравоохранения: пути, тенденции и результаты	55
3.1. Увеличение поступления средств и изменения в соотношении механизмов их сбора	55
3.2. Борьба с раздробленностью процесса объединения средств	87
3.3. Расширение права на государственное медицинское обслуживание и разработка набора услуг	88
3.4. От пассивного возмещения затрат к стратегической закупке медицинских услуг	94
4. Выводы и рекомендации	105
4.1. Какие реформы с наибольшей вероятностью повысят устойчивость?	105

**vi** Содержание

4.2. Существует ли оптимальный метод финансирования здравоохранения?	114
4.3. Рекомендации	116
Литература	119
Приложение А. Финансирование здравоохранения в государствах — членах ЕС: краткий обзор по каждой стране	129

# Благодарности

Мы благодарим Melissa Ouellet за помощь в создании таблиц и графиков, а также в подготовке кратких справок по отдельным странам. Мы благодарны также сотрудникам Европарламента и рабочей группы по финансированию здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ за комментарии по первой версии обзора. Выраженные в этой публикации мнения принадлежат исключительно ее авторам и не обязательно отражают мнения Европарламента, Европейского регионального бюро ВОЗ или Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Ответственность за любые ошибки несут авторы.

## Примечание к тексту

Иногда нам требовалось провести различие между странами, которые входили в Европейский союз до 1 мая 2004 г., и теми, которые вошли в его состав после этой даты. Мы обозначаем первые как «старые» государства — члены ЕС, а вторые как «новые».



# Список сокращений

<b>ВВП</b>	валовый внутренний продукт
<b>ВИЧ</b>	вирус иммунодефицита человека
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ЕС</b>	Европейский союз
<b>НДС</b>	налог на добавленную стоимость
<b>ОЭСР</b>	Организация экономического сотрудничества и развития
<b>ППП</b>	паритет покупательной способности
<b>ССМС</b>	сберегательные счета медицинского страхования
<b>ФПМП</b>	Фонды первичной медицинской помощи

## Сокращенные названия стран

<b>AUT</b>	Австрия	<b>IRL</b>	Ирландия
<b>BEL</b>	Бельгия	<b>ITA</b>	Италия
<b>BGR</b>	Болгария	<b>LTU</b>	Литва
<b>CYP</b>	Кипр	<b>LUX</b>	Люксембург
<b>CZE</b>	Чешская Республика	<b>LVA</b>	Латвия
<b>DEU</b>	Германия	<b>MLT</b>	Мальта
<b>DNK</b>	Дания	<b>NLD</b>	Нидерланды
<b>ESP</b>	Испания	<b>POL</b>	Польша
<b>EST</b>	Эстония	<b>PRT</b>	Португалия
<b>FIN</b>	Финляндия	<b>ROU</b>	Румыния
<b>FRA</b>	Франция	<b>SVK</b>	Словакия
<b>GBR</b>	Соединенное Королевство	<b>SVN</b>	Словения
<b>GBR-ENG</b>	Англия	<b>SWE</b>	Швеция
<b>GRC</b>	Греция	<b>USA</b>	Соединенные Штаты Америки
<b>HUN</b>	Венгрия		

# Список таблиц и рисунков

## Таблицы

<b>Таблица 1.1</b>	14 стран ОЭСР, расположенные по возрастанию уровня стандартизованной по возрасту смертности от причин, которые поддаются лечению, 1997–1998 гг. и 2002–2003 гг.	14
<b>Таблица 1.2а</b>	Изменения в расходах на здравоохранение (в процентах от ВВП) в некоторых странах, 1970–2004 гг.	22
<b>Таблица 1.2б</b>	Изменения в расходах на здравоохранение (в национальной валюте в ценах 2000 г.) в некоторых странах, 1970–2004 гг.	23
<b>Таблица 2.1</b>	Процесс сбора средств: источники финансирования, механизмы и организации, занимающиеся сбором средств	29
<b>Таблица 2.2</b>	Величина страховых взносов, наличие верхнего предела взносов и их распределение между нанимателями и наемными работниками в странах Европейского союза, 2007 г.	39
<b>Таблица 2.3</b>	Сбор средств, их объединение и рынок закупки медицинских услуг в странах Европейского союза, 2007 г.	40
<b>Таблица 2.4</b>	Методы оплаты труда медицинских работников в странах Европейского союза, 2007 г.	48
<b>Таблица 2.5</b>	Частичная оплата медицинских услуг потребителями в странах Европейского союза, 2007 г.	54
<b>Таблица 3.1</b>	Рыночная роль частного медицинского страхования	66
<b>Таблица 3.2</b>	Состояние здоровья и доступ к медицинской помощи: сравнение лиц, принадлежащих к государственной системе страхования и имеющих частное страхование, Германия, 2001–2005 гг.	69
<b>Таблица 3.3</b>	Изменения в уровне государственного возмещения медицинских расходов, Словения, 1993–1996 гг.	73
<b>Таблица 3.4</b>	Прямые и косвенные формы частичной оплаты медицинских услуг потребителями и связанные с ними стимулы	80
<b>Таблица 3.5</b>	Защитные механизмы при частичной оплате медицинских услуг потребителями	82

## х Список таблиц и рисунков

<b>Таблица 3.6</b>	Доля семей с катастрофическими расходами на медицинское обслуживание, которые обусловлены платными медицинскими услугами, отдельные страны	84
<b>Таблица 3.7</b>	Факторы, которые учитываются в формуле распределения средств, применяемой в Соединенном Королевстве для оценки потребностей в неотложной и акушерской помощи, 2006–2008 гг.	98
<i>Рисунки</i>		
<b>Рисунок 1.1</b>	ВВП на душу населения в паритетах покупательной способности (ППП) в странах Европейского союза, 2006 г. (ЕС = 100).	18
<b>Рисунок 1.2</b>	Гармонизированные уровни безработицы –/+ 25 лет, ежегодное среднее по странам Европейского союза, 2000 и 2005 гг.	19
<b>Рисунок 1.3</b>	Размер теневой экономики в % от ВВП в странах Европейского союза, 1991–1992 и 2001–2002 гг.	19
<b>Рисунок 1.4</b>	Общие государственные расходы в % от ВВП, 2006 г.	20
<b>Рисунок 1.5</b>	Государственный баланс: общий дефицит или положительное сальдо объединенного государственного сектора экономики в % от ВВП, 2006 г.	21
<b>Рисунок 1.6</b>	Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП в странах Европейского союза и некоторых других, 1996 и 2005 гг.	21
<b>Рисунок 1.7</b>	Государственные и частные расходы на здравоохранение в % от ВВП в странах Европейского союза, 2005 г.	24
<b>Рисунок 1.8</b>	Государственные расходы на здравоохранение в % от общих государственных расходов в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.	24
<b>Рисунок 2.1</b>	Схема описательного анализа функций финансирования здравоохранения.	26
<b>Рисунок 2.2а</b>	Распределение механизмов получения средств по странам, 1996 г.	33
<b>Рисунок 2.2б</b>	Распределение механизмов получения средств по странам, 2005 г.	33
<b>Рисунок 2.3</b>	Государственные расходы на здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.	34
<b>Рисунок 2.4</b>	Прямые платежи населения в % от величины частных расходов на здравоохранение в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.	35
<b>Рисунок 2.5</b>	Расходы на частное медицинское страхование в % от общих расходов здравоохранения в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.	36
<b>Рисунок А1</b>	Расходы на здравоохранение в Австрии, 1996–2005 гг.	130

<b>Рисунок А2</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Австрии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	131
<b>Рисунок А3</b>	Расходы на здравоохранение в Бельгии, 1996–2005 гг.	133
<b>Рисунок А4</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Бельгии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	136
<b>Рисунок А5</b>	Расходы на здравоохранение в Болгарии, 1996–2005 гг.	137
<b>Рисунок А6</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Болгарии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	138
<b>Рисунок А7</b>	Расходы на здравоохранение в Венгрии, 1996–2005 гг.	141
<b>Рисунок А8</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Венгрии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	142
<b>Рисунок А9</b>	Расходы на здравоохранение в Германии, 1996–2005 гг.	146
<b>Рисунок А10</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Германии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	148
<b>Рисунок А11</b>	Расходы на здравоохранение в Греции, 1996–2005 гг.	150
<b>Рисунок А12</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Греции по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	151
<b>Рисунок А13</b>	Расходы на здравоохранение в Дании, 1996–2005 гг.	154
<b>Рисунок А14</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Дании по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	156
<b>Рисунок А15</b>	Расходы на здравоохранение в Ирландии, 1996–2005 гг.	158
<b>Рисунок А16</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Ирландии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	160
<b>Рисунок А17</b>	Расходы на здравоохранение в Испании, 1996–2005 гг.	163
<b>Рисунок А18</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Испании по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	164
<b>Рисунок А19</b>	Расходы на здравоохранение в Италии, 1996–2005 гг.	167
<b>Рисунок А20</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Италии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	169
<b>Рисунок А21</b>	Расходы на здравоохранение на Кипре, 1996–2005 гг.	172
<b>Рисунок А22</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение на Кипре по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	173

<b>Рисунок A23</b>	Расходы на здравоохранение в Латвии, 1996–2005 гг.	175
<b>Рисунок A24</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Латвии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	177
<b>Рисунок A25</b>	Расходы на здравоохранение в Литве, 1996–2005 гг.	179
<b>Рисунок A26</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Литве по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	181
<b>Рисунок A27</b>	Расходы на здравоохранение в Люксембурге, 1996–2005 гг.	183
<b>Рисунок A28</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Люксембурге по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	184
<b>Рисунок A29</b>	Расходы на здравоохранение на Мальте, 1996–2005 гг.	187
<b>Рисунок A30</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение на Мальте по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	188
<b>Рисунок A31</b>	Расходы на здравоохранение в Нидерландах, 1996–2005 гг.	190
<b>Рисунок A32</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Нидерландах по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	192
<b>Рисунок A33</b>	Расходы на здравоохранение в Польше, 1996–2005 гг.	194
<b>Рисунок A34</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Польше по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	195
<b>Рисунок A35</b>	Расходы на здравоохранение в Португалии, 1996–2005 гг.	198
<b>Рисунок A36</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Португалии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	199
<b>Рисунок A37</b>	Расходы на здравоохранение в Румынии, 1996–2005 гг.	202
<b>Рисунок A38</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Румынии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	203
<b>Рисунок A39</b>	Расходы на здравоохранение в Словакии, 1996–2005 гг.	207
<b>Рисунок A40</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Словакии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	208
<b>Рисунок A41</b>	Расходы на здравоохранение в Словении, 1996–2005 гг.	211
<b>Рисунок A42</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Словении по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	212

<b>Рисунок А43</b>	Расходы на здравоохранение в Соединенном Королевстве, 1996–2005 гг.	215
<b>Рисунок А44</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Соединенном Королевстве по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	217
<b>Рисунок А45</b>	Расходы на здравоохранение в Финляндии, 1996–2005 гг.	220
<b>Рисунок А46</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Финляндии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	221
<b>Рисунок А47</b>	Расходы на здравоохранение во Франции, 1996–2005 гг.	224
<b>Рисунок А48</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение во Франции по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	225
<b>Рисунок А49</b>	Расходы на здравоохранение в Чешской Республике, 1996–2005 гг.	229
<b>Рисунок А50</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Чешской Республике по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	230
<b>Рисунок А51</b>	Расходы на здравоохранение в Швеции, 1996–2005 гг.	233
<b>Рисунок А52</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Швеции по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	234
<b>Рисунок А53</b>	Расходы на здравоохранение в Эстонии, 1996–2005 гг.	237
<b>Рисунок А54</b>	Распределение общих расходов на здравоохранение в Эстонии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.	239

# Резюме

## Введение

Системы здравоохранения в странах Европейского союза (ЕС) выполняют важную функцию социальной защиты. Они снижают как риски в области здоровья, так и финансовые риски, внося существенный вклад в социальное и экономическое благосостояние. В условиях финансовых затруднений задача, стоящая перед государствами – членами ЕС, как сформулировал ее Совет ЕС, – необходимость обеспечить финансовую устойчивость систем здравоохранения, не подвергая опасности общие ценности стран ЕС: полный охват населения медицинским обслуживанием, солидарность в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи и высокое качество медицинского обслуживания (Council of the European Union 2006).

Цель данного обзора – помочь решению этой задачи, выяснив, как совершенствование системы финансирования здравоохранения может способствовать устойчивости здравоохранения в целом. Обзор начинается с прояснения проблемы устойчивости (глава 1). Далее проводится оценка существующих систем финансирования и их последних реформ в свете способности обеспечить устойчивость здравоохранения (главы 2 и 3). Наконец, мы предлагаем ряд практических шагов в этой области (глава 4).

## Проблема устойчивости

Проблема устойчивости представляет собой проблему финансовой отчетности – если средств, поступающих в систему здравоохранения, недостаточно для выполнения ею своих обязанностей. Часто смешивают два понятия: экономическая и фискальная устойчивость.

## Экономическая устойчивость

Экономическая устойчивость характеризует рост расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП). Расходы на здравоохранение являются экономически устойчивыми, пока связанные с ними социальные издержки не превысят пользу от них. Если расходы на здравоохранение заметно угрожают другим значимым областям экономики, они могут рассматриваться как экономически неустойчивые.

Рост расходов на здравоохранение с большей вероятностью отрицательно скажется на других областях экономики, которая пребывает в застое или упадке, чем растущей экономики. По общему мнению, в ЕС в обозримом будущем ВВП будет расти со скоростью, достаточной для того, чтобы обеспечить рост расходов здравоохранения и других областей экономики (Economic Policy Committee 2001; Economic Policy Committee and European Commission 2006).

## Фискальная устойчивость

Говоря о фискальной устойчивости систем здравоохранения, имеют в виду государственные расходы на здравоохранение. Здравоохранение может быть экономически устойчивым и в то же время неустойчивым фискально, если доходы государства недостаточны для покрытия его расходов.

В общем и целом есть три подхода к решению проблемы фискальной неустойчивости: (1) увеличение финансирования до величины, при которой система здравоохранения в состоянии выполнять свои обязательства; (2) сокращение этих обязательств до величины, при которой они могут быть выполнены в рамках существующего (или прогнозируемого) финансирования; (3) более рациональное использование системой здравоохранения выделенных средств.

Увеличение государственного финансирования сопряжено с техническими трудностями, такими как нехватка соответствующих организационных структур и возможная опасность, которую подобные усилия могут представлять для рынка труда, а также политическими препятствиями, такими как нежелание части населения продолжать субсидировать равный доступ к медицинской помощи для других. Сокращение обязательств здравоохранения путем сокращения охвата медицинской помощью (исключение определенных услуг из числа оплачиваемых, расширение частичной оплаты медицинских услуг, исключение из государственной системы здравоохранения



некоторых групп населения) может помочь достижению фискальной устойчивости, но будет угрожать ценностям, сформулированным Советом ЕС. Кроме того, сдвиг в сторону частного финансирования здравоохранения может обострить проблему экономической устойчивости, поскольку в частном секторе не удастся достичь той эффективности использования средств, которая характеризует государственный сектор.

Меры, направленные на более рациональное использование средств в системе здравоохранения, могут касаться либо реформ системы медицинского обслуживания, либо реформ системы финансирования (хотя одно связано с другим). С конца 1980-х гг. реформы сосредоточились на первом варианте. Наш обзор посвящен второму из них. Мы полагаем, что реформы системы финансирования должны занимать центральное место в действиях по обеспечению устойчивости здравоохранения; однако следует также подчеркнуть, что проблема фискальной устойчивости является и политической, поскольку имеет отношение к так называемой «политической экономии совместного использования» (Reinhardt, Hussey & Anderson 2004). Любые технические меры, направленные на улучшение результатов деятельности здравоохранения, должны сопровождаться усилиями по обеспечению заинтересованности населения в поддержании ценностей в области здравоохранения.

## **Финансирование здравоохранения в Европейском союзе**

Финансирование здравоохранения включает в себя ряд действий: сбор средств, их объединение (и, следовательно, объединение рисков) по времени и по населению и закупка медицинских услуг (Kutzin 2001). Сюда входит также все, связанное с охватом населения медицинской помощью, набором медицинских услуг и распределением затрат (оплата медицинских услуг потребителем). То, как осуществляется каждое из этих действий, может оказывать заметное влияние на цели политики здравоохранения: финансовая защита населения, социальная справедливость в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи, прозрачность и подотчетность, высокое качество медицинской помощи, наличие стимулов для эффективной организации медицинского обслуживания, эффективность управления<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Перечислены цели политики финансирования здравоохранения, принятые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

## Сбор средств

В странах ЕС существуют различные механизмы сбора средств для финансирования здравоохранения, в том числе государственные (налоги и взносы социального страхования) и частные (частное медицинское страхование, сберегательные счета медицинского страхования (ССМС)<sup>2</sup>, а также прямые платежи населения в форме оплаты услуг, не входящих в основной набор, частичной оплаты услуг, входящих в основной набор, и неофициальных платежей). Существенным изменением с начала 1990-х гг. является отход от финансирования через налоги в сторону взносов социального страхования как основного механизма сбора средств во многих «новых» странах ЕС Центральной и Восточной Европы.

Во всех странах ЕС, за исключением Кипра, преобладает государственное финансирование, хотя его доля в общей величине расходов на здравоохранение во многих странах с 1996 г. сократилась. Частное финансирование представлено в основном прямыми платежами населения, доля которых в общих расходах здравоохранения с 1996 г. выросла, но в большинстве стран ЕС все еще составляет меньше трети общих расходов. Частное медицинское страхование в большинстве «новых» стран ЕС и в нескольких «старых» странах ЕС в 1996 г. не существовало вовсе либо вносило очень малый вклад в общие расходы на здравоохранение. Хотя во многих странах ЕС его доля в общем финансировании здравоохранения выросла, как правило, она все еще существенно ниже 5%. Однако даже в тех странах ЕС, где частное медицинское страхование играет небольшую роль, оно может оказывать значительное влияние на здравоохранение в целом.

## Объединение средств

Объединение полученных средств в интересах всего населения позволяет использовать взносы здоровых людей для покрытия расходов на медицинское обслуживание тех, кто в нем нуждается. Это один из важнейших способов обеспечить равенство доступа к медицинской помощи. В целом, чем крупнее фонд средств и меньше число таких фондов, тем легче обеспечить равенство доступа к медицинской помощи и эффективность управления. В большинстве стран ЕС все государственные средства объединяются на национальном уровне, что означает наличие единого фонда. Исключени-

---

<sup>2</sup> Хотя в настоящее время использование таких счетов ни в одной из стран ЕС не носит обязательного характера.

ем являются страны, где здравоохранение финансируется из местных налогов, и те, где отдельные страховые фонды сами собирают взносы социального страхования. В обоих случаях обычно есть системы перераспределения средств, компенсирующие недостаток средств более бедным регионам с более узкой налоговой базой или страховым фондам, обслуживающим более бедных людей или людей с наиболее высоким риском плохого здоровья. Конкуренция между организациями, объединяющими средства (обычно они занимаются и закупкой медицинских услуг), в странах ЕС встречается сравнительно редко (см. ниже).

### Закупка медицинских услуг

Закупка медицинских услуг означает перевод собранных средств медицинским организациям, обслуживающим население. То, как это осуществляется, является ключевым вопросом в обеспечении эффективности и качества медицинской помощи. Процесс закупки услуг может влиять также на равенство доступа к медицинской помощи и эффективность управления, а кроме того, оказать существенное воздействие на способность сдерживать расходы и финансовую устойчивость. Основными вопросами здесь являются структура рынка и механизмы закупки услуг (например, заключение контрактов, финансирование медицинских учреждений, системы наблюдения).

Там, где здравоохранение финансируется главным образом из взносов социального страхования, связь между покупателями медицинских услуг (медицинскими страховыми фондами) и поставщиками услуг традиционно опирается на систему контрактов. В тех странах ЕС, где здравоохранение финансируется главным образом из налогов, закупкой медицинских услуг обычно занимаются региональные или местные органы здравоохранения либо специальные организации, такие как Фонды первичной медицинской помощи (ФПП) в Англии. В Англии, Италии, Португалии, а также в некоторых областях Испании и Швеции введен принцип разделения финансирования медицинской помощи и ее предоставления.

Конкуренция между покупателями медицинских услуг в системах здравоохранения стран ЕС встречается сравнительно редко. Она существует в Бельгии, в 1990-х гг. была введена в Чешской Республике и Словакии, а в Германии и Нидерландах распространена на все население. Имея возможность конкурировать за клиентов, фонды медицинского страхования получают стимул к тому, чтобы привле-

кать более выгодных клиентов (тех, у кого сравнительно низок средний риск плохого здоровья) и избегать страхования людей с высоким риском плохого здоровья, что может повлиять на равенство доступа к медицинской помощи. Чтобы избежать этого, внедряются механизмы выравнивания рисков, обеспечивающие страховым фондам компенсацию за тех, кто относится к группам высокого риска. Однако выравнивание рисков сопряжено с рядом технических и политических трудностей и часто связано с высокими операционными издержками. В недавнем обзоре сделан вывод, что большинство механизмов выравнивания рисков в Европе не в состоянии предотвратить отбор рисков; таким образом, минусы конкуренции, скорее всего, перевешивают ее положительные стороны (van de Ven et al. 2007).

Оплата труда работников первичной медицинской помощи в странах ЕС обычно производится по числу больных в сочетании с объемом оказанных услуг. Там, где здравоохранение финансируется главным образом из взносов социального страхования, специалистам обычно платят по объему оказанных услуг, а там, где финансирование идет главным образом из налогов, они чаще получают жалование. Больницы обычно получают средства в виде бюджета, но все чаще применяется оплата по числу случаев госпитализации — либо при составлении бюджета, либо как ретроспективная форма оплаты (с наличием потолка выплат или без него).

### **Охват медицинским обслуживанием, набор услуг и платная медицинская помощь**

Наиболее распространенным основанием для права на получение медицинской помощи в ЕС является проживание в стране, что ведет к полному или практически полному (98–99%) охвату населения в большинстве стран ЕС; основным исключением является Германия, где охват государственным медицинским обслуживанием составляет примерно 88%. Набор медицинских услуг в странах ЕС обычно включает в себя профилактику и услуги общественного здравоохранения, первичную медицинскую помощь, амбулаторную и стационарную специализированную помощь, назначение лекарственных средств, психиатрическую помощь, стоматологические услуги, реабилитацию, уход на дому и в специализированных учреждениях. В разных странах набор услуг и уровень их оплаты потребителями несколько различаются. В некоторых странах ЕС существует разрыв между тем, что «официально» предоставляется, и тем, что действительно доступно. Во всех странах ЕС некоторые медицин-

ские услуги частично оплачиваются потребителем, чаще всего это относится к амбулаторному назначению лекарственных средств и стоматологическим услугам. В некоторых странах ЕС распространенность неофициальных платежей в дополнение к официальной плате за медицинские услуги или взамен нее представляет угрозу реформам здравоохранения (Balabanova & McKee 2002; Lewis 2002a; Murthy & Mossialos 2003; Allin, Davaki & Mossialos 2006).

## **Какие реформы системы финансирования скорее всего повысят устойчивость?**

Многие из тех, кто говорит о разрыве между расходами на здравоохранение и другие виды социального обеспечения в настоящее время, и тем, что, возможно, потребуется тратить в будущем, считают, что единственный путь сократить этот разрыв — увеличить опору на частное финансирование (Bramley-Harker et al. 2006). Мы сомневаемся в обоснованности такого подхода. Частное финансирование здравоохранения угрожает его ценностям и неэффективно в сравнении с государственным финансированием. Ниже мы кратко излагаем некоторые из ключевых положений главы 3.

**При централизованной системе сбора средств**, по-видимому, легче добиться выплаты отчислений (там, где это является проблемой), поэтому с ее помощью можно получить больше средств, чем при системе, когда взносы собираются отдельными страховыми фондами. Отчасти, однако, это зависит от органа, собирающего средства, — от уплаты налогов безнаказанно уклониться труднее, чем от выплаты взносов в фонды медицинского страхования. Централизованное назначение размера взносов может вызывать сопротивление, если ранее страховые фонды имели право сами устанавливать размер взноса, но это не является неразрешимой проблемой, как показывают последние реформы в Германии. Единая система назначения размера взносов способствует равенству доступа к медицинской помощи и может сократить операционные издержки, связанные с выравниванием рисков, поскольку в механизмах выравнивания рисков больше не надо предусматривать компенсацию за разный размер страховых взносов. Это может помочь также преодолеть сопротивление страховых фондов механизмам выравнивания рисков.

Некоторые из «старых» стран ЕС стремятся увеличить государственные поступления путем **расширения доходной базы**, связанной с занятостью. Франция и Германия увеличили опору на доходы, не

связанные с заработками, путем налоговых отчислений — шаг, который может повысить фискальную устойчивость в условиях растущей безработицы, роста теневой экономики и самостоятельной занятости, беспокойства о международной конкурентоспособности и увеличения доли неработающего населения. Многие из «новых» стран ЕС в Центральной и Восточной Европе в 1990-х гг., напротив, отошли от финансирования за счет налогообложения и внедрили отчисления социального страхования, основанные на занятости. К сожалению, экономическая и фискальная обстановка во многих из этих стран совершенно не приспособлена к такому страхованию из-за обширной теневой экономики и высокого уровня безработицы. Поэтому, чтобы получить достаточные средства, государство по-прежнему использует налоги. В некоторых случаях это расценивается как провал системы социального страхования. Однако скорее это следует считать плюсом. Положительные стороны создания новых систем закупки медицинских услуг, отделенных от государства и поставщиков услуг, могут сохраняться даже в условиях финансирования из налогов. Собственно, сохранение системы налоговых отчислений после введения страховых взносов может быть важным условием того, чтобы обеспечить достаточное поступление средств и справиться с некоторыми недостатками системы социального страхования, основанной на занятости.

Отчетливый курс многих стран ЕС на создание **общенациональных фондов** государственных средств, выделяемых на здравоохранение, можно только приветствовать. Единый фонд медицинских рисков — основа равенства доступа к медицинской помощи. Это также увеличивает экономическую эффективность, снижая неопределенность в отношении риска ухудшения здоровья и связанных с этим финансовых потерь. Кроме того, сокращение числа фондов может повысить эффективность управления.

Другой положительной тенденцией в этой области является отход от распределения собранных средств (фондам медицинского страхования или территориальным агентствам по закупке медицинских услуг) согласно прошлогоднему объему средств, политическим переговорам или по числу застрахованных и переход к **стратегическому распределению средств** по числу застрахованных с учетом степени риска. Этот переход может сгладить неравномерности, связанные с местными налогами или со сбором средств отдельными страховыми фондами, и является важным шагом в выравнивании между собой ресурсов и потребностей, а также в обеспечении равенства доступа к медицинской помощи.

В некоторых странах ЕС внедрена **конкуренция среди покупателей медицинских услуг** (фондов медицинского страхования). Теоретически это может быть стимулом к активной закупке медицинских услуг. На практике, однако, издержки такой формы конкуренции могут перевесить выгоды от нее, поскольку она создает стимулы к отбору лиц с низким уровнем рисков. Данные по Бельгии, Франции и Германии показывают, что механизмы выравнивания рисков могут ослабить эти стимулы, но не способны искоренить их совсем (van de Ven et al. 2007).

Переход от пассивного возмещения расходов поставщикам медицинских услуг к **стратегической закупке** медицинских услуг также является шагом к выравниванию между собой ресурсов и потребностей и рациональному использованию средств. В конечном счете на поставщиков медицинских услуг приходится значительная доля расходов здравоохранения, поэтому предоставление услуг на справедливой основе, при должном уровне качества и по должным ценам – важнейший фактор как экономической, так и фискальной устойчивости. Однако во многих странах ЕС реформам закупки медицинских услуг не уделяется достаточно внимания. В некоторых случаях не продуманы стимулы для обеспечения процесса стратегической закупки. В области оплаты труда медицинских работников вселяет надежды отход от простой оплаты по объему оказанных услуг и переход к более сложным, комплексным системам оплаты, которые учитывают объем и качество услуг. Однако и здесь реформы не всегда проводятся должным образом и многое еще предстоит сделать, особенно в том, что касается связи между оплатой и показателями деятельности (качество и результаты лечения).

В нескольких странах предприняты шаги по расширению **охвата населения медицинским обслуживанием**. В большинстве стран ЕС население сегодня охвачено им полностью. Однако сфера и глубина охвата не менее важны, чем его полнота, а тенденция к их сокращению в некоторых странах угрожает финансовой защищенности населения. Процесс определения сферы и глубины охвата медицинским обслуживанием должен быть последовательным и доказательным, чтобы обеспечить рациональное использование средств. В процессе принятия решений об оплате медицинских услуг и при разработке набора услуг все шире используется система оценки медицинских технологий. Однако во многих странах ЕС она по-прежнему применяется недостаточно. В некоторых случаях это обусловлено финансовыми и техническими трудностями, в других объясняется политическими проблемами, такими как противодействие организаций

больных, медицинских учреждений и производителей (чаще всего производителей лекарственных средств).

**Частичная оплата медицинских услуг** введена и все шире применяется во многих странах ЕС, в других же ее применение сокращается. Хотя с ее помощью можно увеличить рентабельность медицинского обслуживания, в целом данных, свидетельствующих в пользу этого, немного, а там, где частичная оплата применяется, чтобы сдержать прямой доступ к специалистам, есть данные о росте неравенства в доступе к специализированной медицинской помощи (тем, кто может себе позволить заплатить больше, попасть к специалистам легче). Нет данных в пользу того, что частичная оплата медицинских услуг в долгосрочной перспективе ведет к сдерживанию фармацевтических или других медицинских расходов. Кроме того, вследствие информационной асимметрии, неизбежной в отношениях между врачом и пациентом, больным трудно судить о том, какие услуги наиболее рентабельны. Учитывая, что значительная часть расходов здравоохранения (в том числе на лекарственные средства) приходится на поставщиков услуг, следует сосредоточить усилия на рациональном назначении лекарственных средств и на экономической эффективности медицинской помощи. Один из уроков реформ — частичная оплата медицинских услуг должна быть тщательно спланирована так, чтобы как можно меньше препятствовать доступу к медицинской помощи. На практике это означает льготы для тех, кто беднее, и тех, кто страдает от хронических и опасных для жизни заболеваний. При вдумчивом планировании частичная оплата медицинских услуг может также способствовать достижению оптимального соотношения цены и качества.

**Частное медицинское страхование** в ЕС обычно обслуживает более богатые и лучше образованные слои населения; доступ пожилых и больных людей к частному страхованию затруднен. Кроме того, частное медицинское страхование зачастую раздроблено, что снижает его покупательную способность. Поскольку многие страховые компании создаются для расширения выбора потребителя (или в целях возмещения частичной оплаты медицинских услуг), особым стимулов участвовать в стратегической закупке медицинских услуг и платить медицинским работникам в зависимости от качества деятельности у них нет. Более того, им выгодно отбирать людей из групп низкого риска, что снижает равенство доступа к медицинской помощи и экономическую эффективность медицинского обслуживания. В целом, операционные издержки в частном медицинском страховании значительно выше, чем в государственном секторе, по-



этому можно говорить, что частное страхование снижает эффективность управления.

В целом, можно выявить два основных направления реформ. **Во-первых**, страны ЕС стремятся обеспечить равный доступ к медицинской помощи — расширяя охват населения медицинским обслуживанием, более жестко регулируя частное медицинское страхование, совершенствуя систему частичной оплаты медицинских услуг и процесс распределения средств. **Во-вторых**, в последнее время упор делается на обеспечение качества и экономической эффективности медицинской помощи — например, путем более широкого применения системы оценки медицинских технологий, внедрения стратегической закупки медицинских услуг и изменений в оплате труда медицинских работников, которые связывают ее величину с результатами деятельности. Хотя сдерживание роста расходов остается важным вопросом, во многих странах ЕС руководители здравоохранения больше не хотят приносить ему в жертву равенство, качество или эффективность медицинского обслуживания. Некоторые из недавних реформ отчасти являются попыткой смягчить отрицательные последствия того, что сдерживание расходов ставилось выше других целей политики финансирования здравоохранения.

## **Существует ли оптимальный метод финансирования здравоохранения?**

По нашему мнению, государственное финансирование здравоохранения превосходит частное. Это неудивительно, учитывая необходимость добиться устойчивости, не вредя при этом таким ценностям, как социальная справедливость в финансировании или равенство доступа к медицинскому обслуживанию. Однако мы опираемся также на данные по экономической эффективности. Государственное финансирование способствует экономической эффективности и равенству доступа, обеспечивая защиту от финансовых рисков и отделяя выплаты от риска ухудшения здоровья. При частном же финансировании покрытие рисков отсутствует или является неполным, выплаты обычно связаны с риском ухудшения здоровья, а набор услуг зависит от платежеспособности. Государственное финансирование превосходит частное также по эффективности расходования средств, что, как мы говорили, является ключевым вопросом при достижении как экономической, так и фискальной устойчивости. Опыт США говорит о том, что, если слишком полагаться на частное финансирование, это может привести к слишком резкому

росту расходов здравоохранения — возможно, в силу недостаточной покупательной способности частных страховых компаний и частных лиц. Те из «старых» стран ЕС, которые больше полагались на частное финансирование (в виде частного медицинского страхования или высоких уровней частичной оплаты медицинских услуг), — обычно те же, где выше расходы на здравоохранение в процентах от ВВП (это относится к Австрии, Бельгии, Франции, Германии и Нидерландам).

Разумеется, у государственного финансирования есть свои проблемы. Там, где преобладают взносы социального страхования, существуют опасения, связанные с высокой стоимостью труда и трудностями получения достаточных средств вследствие роста неформальной экономики и самостоятельной занятости, а также вследствие старения населения и связанного с этим роста доли неработающих. Проблемой может быть получение достаточного количества средств, если есть трудности со сбором налогов и страховых взносов. Нежелание платить более высокие налоги или отчисления может усилиться при нежелании определенных групп населения коллективно оплачивать общественные блага и субсидировать стоимость медицинского обслуживания для других групп населения. Однако эти проблемы можно решить — например, расширив доходную базу так, чтобы она включала в себя не только заработки; повысив производительность государственного сектора; создавая социально-экономические предпосылки для коллективного финансирования. Принципы социальной справедливости в финансировании могут оказаться под угрозой, если здравоохранение все больше полагается на потребительские налоги (НДС), снижается максимальный размер взносов, широко распространяется практика уклонения от уплаты налогов и взносов. В целом, однако, выигрыш в равенстве доступа к медицинской помощи перевешивает эти опасения. В некоторых странах распределение государственных средств усилило неравенство доступа к медицинской помощи, а закупка медицинских услуг государственным сектором отсутствует или работает плохо. Тем не менее случаев, когда частные страховые компании превосходили в этом отношении государственный сектор, мало (отчасти потому, что им необходимо предлагать потребителю более широкий выбор услуг).

Выбирая наилучший способ финансирования здравоохранения, можно задаться вопросом, какой тип финансирования лучше приспособится к меняющимся приоритетам. В последние годы растет потребность в определенных медицинских услугах (психиатрическая помощь, долговременный уход и лечение больных хрониче-

скими заболеваниями). Потребность в этих медицинских услугах и в комплексных формах медицинского обслуживания, вероятнее всего, будет расти по мере старения населения. Лучше всего способно реагировать на изменения в спросе то финансирование, которое может увеличить покрытие рисков, согласовывать и направлять стратегическое распределение средств, обеспечить их необходимое количество, регулировать природу спроса и увеличить оперативность отклика медицинских учреждений. Мы считаем, что системы, основанные на государственном финансировании, гораздо лучше способны справиться с решением этих вопросов, чем, например, частное медицинское страхование.

## Рекомендации

Реформы, цель которых – обеспечить экономическую и фискальную устойчивость финансирования здравоохранения в рамках социального обеспечения, должны быть направлены на достижение равного доступа к медицинской помощи и оптимального соотношения цены и качества. Наши рекомендации опираются на анализ механизмов финансирования и их реформ, проведенный в главах 2 и 3 данного обзора. Следует подчеркнуть, что данных о результатах некоторых мер и реформ у нас нет, поэтому мы не можем быть уверены во всех выводах. Нельзя также с уверенностью утверждать, что данная реформа в разных странах даст один и тот же результат. С учетом этих оговорок мы рекомендуем следующее.

- Перед началом любых реформ необходим всесторонний анализ системы финансирования здравоохранения для выявления ее слабостей и иных связанных с ней проблем, а также факторов, которые могут помочь успеху реформы или, наоборот, помешать ей.
- Руководители здравоохранения должны попытаться довести цели реформ и их обоснования до широкой публики.
- Руководителям здравоохранения следует учитывать весь спектр вопросов финансирования здравоохранения, а не сосредотачиваться лишь на сборе средств (его механизмах).
- Нужно стремиться укрепить доходную базу, чтобы получить достаточное количество средств и восстановить доверие к системе финансирования здравоохранения.
- Системы здравоохранения, которые финансируются в основном из отчислений социального страхования, основанных на занято-

сти, могут выиграть от расширения доходной базы путем включения в нее доходов, не основанных на заработках.

- Помимо повышения экономической эффективности и улучшения равенства доступа к медицинской помощи, совершенствование методов объединения средств путем снижения числа их фондов или (еще лучше) создания единого общенационального фонда может облегчить планирование и координацию деятельности в системе здравоохранения в целом.
- Целесообразно сократить роль частного финансирования (частное медицинское страхование, ССМС, платные медицинские услуги) и четко разграничить государственное и частное финансирование, чтобы частное финансирование не использовало государственные средства и не оказывало негативного влияния на их распределение.
- При наличии оплаты медицинских услуг потребителями система оплаты должна быть последовательной и основанной на конкретных данных.
- Желательно не вводить ССМС, поскольку они не предусматривают объединение рисков разных групп населения. Они страдают также многими недостатками, свойственными системам частичной оплаты медицинских услуг потребителями.
- Борьба с неофициальными платежами играет важную роль в повышении доверия населения к системе здравоохранения. Неофициальные платежи могут представлять собой крупное препятствие на пути других реформ.
- Нужно способствовать стратегическому распределению средств, чтобы ресурсы здравоохранения покрывали потребности в медицинском обслуживании.
- Шире внедрять систему оценки медицинских технологий, особенно в процессе принятия решений о возмещении расходов и при разработке набора услуг, но также и для улучшения показателей лечения.
- Внедрять механизмы закупки медицинских услуг и системы оплаты труда медицинских работников, способствующие повышению экономической эффективности, качества и производительности труда.
- Повышать эффективность управления, сводя к минимуму дублирование функций и задач.

- Не смешивать рентабельность и сдерживание расходов. Расходование средств на здравоохранение не должно быть ничем не ограничено — нужно стремиться к оптимальному соотношению цены и качества.

# Введение

Системы здравоохранения в странах Европейского союза (ЕС) являются важной составной частью систем социального обеспечения. Путем профилактики и лечения заболеваний и сокращения связанных с ними издержек, зачастую огромных, они снижают как риски для здоровья, так и финансовые риски, внося заметный вклад в социальное и экономическое благосостояние.

В июне 2006 г. Совет ЕС опубликовал «Заявление относительно общих ценностей и принципов», в котором изложены ценности и принципы, лежащие в основе систем здравоохранения во всех странах ЕС (Council of the European Union 2006). Четырьмя основными ценностями названы полный охват населения медицинским обслуживанием, солидарность в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи и высокое качество медицинского обслуживания. Причиной опубликования заявления послужила тревога Совета относительно вероятности сохранения этих ценностей в будущем. В документе упомянуты две опасности.

**Первая из них** связана с сомнениями относительно сферы действия правил внутреннего рынка ЕС на момент разработки документа. Недавние постановления Европейского суда относительно права на лечение в других странах ЕС, вместе с попыткой включить здравоохранение в Директиву ЕС об услугах (European Commission 2007a) и все более сложным сочетанием государственного и частного финансирования в здравоохранении (Thomson & Mossialos 2007b), способствовали тому, что неприменимость правил внутреннего рынка к государственному здравоохранению (как предусмотрено Договором о Европейском союзе) стала менее четко выраженной. Есть опасения, что деятельность внутреннего рынка ЕС может неблагоприятно сказаться на ценностях здравоохранения и что включение здравоохранения в сферу правил внутреннего рынка может повредить этим ценностям (McKee, Mossialos & Baeten 2002; Mossialos and McKee 2002; Mossialos et al. 2002a; Hervey 2007).

**Вторая опасность** — и причина опубликования данного обзора — связана с двумя факторами роста расходов здравоохранения: старением населения и появлением новых медицинских технологий. Обычно это излагается так:

- значительная часть расходов здравоохранения приходится на людей старшего возраста. По мере того как их доля в составе населения будет расти (а доля людей трудоспособного возраста, чьи вклады составляют основу средств здравоохранения, снижаться), потребность в медицинском обслуживании начнет превышать способности здравоохранения удовлетворять ее;
- новые медицинские технологии увеличивают затраты. Это связано с тем, что они позволяют делать то, что было невозможным ранее. Даже если новая технология приходит на смену старой, более дорогой, результатом, скорее всего, будет ее более частое применение, что опять-таки ведет к росту расходов;
- если основными потребителями новых медицинских технологий являются пожилые люди, обе проблемы, связанные с ростом расходов, накладываются друг на друга.

Совет ЕС заявляет, что, с учетом второй опасности, сегодня перед странами ЕС стоит задача добиться «финансовой устойчивости» систем здравоохранения, не вредя четырем ценностям, упомянутым выше. В нашем обзоре мы стремимся внести свой вклад в решение этой задачи, анализируя, как порядок финансирования может способствовать обеспечению устойчивости системы здравоохранения.

Мы полагаем, что «чудодейственного решения» проблемы устойчивости систем здравоохранения не существует — по крайней мере, если ключевым требованием является сохранение упомянутых четырех ценностей. Хотя страны ЕС могут предпринять ряд практических шагов, направленных на достижение финансовой устойчивости систем здравоохранения (те из них, которые относятся к порядку финансирования, являются предметом рассмотрения в нашем обзоре), вопрос устойчивости, в конечном счете, является вопросом социальным, связанным с ценностями, которые мы отстаиваем, а не технической задачей, которая поддается простому решению. Поэтому основное положение нашего обзора — какие бы шаги по обеспечению устойчивости страны ЕС ни предпринимали, важно, чтобы равное внимание уделялось заинтересованности населения в этих четырех ценностях. Ибо в отсутствие такой заинтересованности движущая сила этих ценностей, безусловно, снизится, и вместе

с этим ослабевает жизненно важная функция социальной защиты, которую осуществляет здравоохранение.

Наш обзор организован следующим образом. В главе 1 мы проясняем сущность проблемы устойчивости, а также описываем и обсуждаем основные подходы к ее решению. Подробно рассмотрены фискальная обстановка и тенденции в расходах на здравоохранение. В главе 2 изложены основы подхода к описанию и анализу систем финансирования здравоохранения и приводится краткий обзор этих систем в странах ЕС. Глава 3 посвящена реформам финансирования здравоохранения и оценке их соответствия задачам достижения устойчивости без нанесения урона ценностям здравоохранения. И наконец, в главе 4 изложены основные выводы анализа и предложен ряд рекомендаций. В Приложении содержатся описания систем финансирования для каждой из 27 стран ЕС.

Данные и анализ, представленные в обзоре, опираются на всестороннее изучение литературы, в том числе статистических данных. Эти данные взяты из базы данных ВОЗ «Здоровье для всех» и Национальных счетов здравоохранения, а также из Данных о здравоохранении Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) за 2007 г. Прочие данные найдены в интернете, а также взяты из следующих источников и баз данных: обзоры «Системы здравоохранения: время перемен», выпускаемые Европейской обсерваторией ВОЗ по системам и политике здравоохранения; Сеть мониторинга политики здравоохранения; ПубМед; Информационная система по социальной защите государств – членов ЕС (MISSOC); Международный библиографический указатель по общественным наукам; база данных EconLit.



# Глава 1

## Проблема устойчивости

### 1.1. Разница между экономической и фискальной устойчивостью

Слово «устойчивость» стало одним из ключевых слов при обсуждении политики здравоохранения — как и социальной политики в целом в последние годы. Однако значение этого слова (и природа проблемы, которую оно характеризует) редко проясняется. Вероятно, это связано с тем, что значение слова «устойчивость» предполагается самоочевидным. Его можно сформулировать так: разрыв между обязательствами системы здравоохранения в отношении права на получение определенных услуг, с одной стороны, и способности здравоохранения выполнять эти обязательства на постоянной основе, с другой.

Хотя эта формулировка является точной, она неполна. Она говорит лишь о том, как проблема устойчивости проявляет себя — а именно, как проблема финансовой отчетности, но ничего не говорит о сути самой проблемы. Ниже мы излагаем более развернутое толкование проблемы устойчивости. Мы начнем с разграничения двух понятий, которые зачастую различаются недостаточно: экономической и фискальной устойчивости.

#### Экономическая устойчивость

Беспокойство по поводу экономической устойчивости систем здравоохранения связано с уровнем и со скоростью роста расходов здравоохранения. Это оправданное беспокойство, поскольку расходы на здравоохранение имеют альтернативные издержки. Каждый евро, истраченный на здравоохранение, означает, что на один евро меньше будет потрачено в других важных областях экономики — образовании, национальной обороне, жилищном строительстве, ви-

дах досуга и т. п. Чем больше мы тратим на здравоохранение, тем меньше остается на другие траты.

Какую часть национальных ресурсов мы выделим на здравоохранение, будет зависеть от того, какой ценностью мы его наделяем — или, точнее, какой ценностью мы наделяем приносимую им пользу — относительно ценности, которой мы наделяем пользу, приносимую другими областями экономики. Ценность здравоохранения для нас высока. Мы согласны поступиться (и поступаемся) значительной частью доходов ради того, чтобы иметь хорошую систему здравоохранения. Однако это не означает, что мы согласны поступиться ради здравоохранения всем. Когда расходы на здравоохранение существенно угрожают другим статьям расходов, ценность, которой для нас обладают другие области экономической деятельности, начинают расти относительно ценности здравоохранения. До тех пор, пока польза от здравоохранения превышает связанные с ним издержки, рост расходов на здравоохранение является экономически устойчивым (преобладание пользы над затратами может рассматриваться как мера экономической устойчивости). Как только альтернативные издержки затрат на здравоохранение становятся слишком велики, расходы на здравоохранение перестают быть экономически устойчивыми.

При застое или упадке в экономике рост расходов здравоохранения в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП), скорее всего, будет угрожать другим областям экономики в достаточной степени, чтобы вызвать резонные опасения относительно экономической устойчивости. Однако в условиях экономического роста расходы на здравоохранение могут расти быстрее, чем ВВП в целом (т. е. составлять все возрастающую долю ВВП) без того, чтобы вредить другим областям экономики. Иными словами, расходы на здравоохранение могут расти и посещения кинотеатров тоже, но вторые будут не столь частыми, как в отсутствие роста расходов на здравоохранение.

Специалисты по страхованию в правительстве США, к примеру, прогнозируют, что, хотя расходы на здравоохранение в США в 2013 г. составят более 18% от ВВП (в сравнении с 15% в 2005 г.), доля ВВП, приходящаяся на другие расходы, в 2013 г. в абсолютных цифрах все же будет примерно на 16% выше, чем в 2003 г. (Heffler et al. 2004; Reinhardt, Hussey & Anderson 2004). Прогнозы по ЕС также показывают, что рост расходов на здравоохранение (в том числе рост, обусловленный старением населения) не станет проблемой до тех пор, пока ВВП в странах ЕС продолжает расти (Economic Policy Committee 2001; Economic Policy Committee and European Commis-

sion 2006)<sup>3</sup>. Таким образом, относительно США и ЕС оценки сходятся на том, что нынешние темпы роста расходов на здравоохранение, скорее всего, будут экономически устойчивыми, если не наступит длительный экономический спад.

### Фискальная устойчивость

Беспокойство по поводу фискальной устойчивости систем здравоохранения связано с государственными расходами на медицинское обслуживание. Поэтому сюда не входят, например, прямые платежи населения на частных рынках медицинских услуг. Проблема фискальной устойчивости сходна с изложенной выше проблемой экономической устойчивости, пусть в ее основе и лежат иные причины. И здесь у расходов на здравоохранение имеются альтернативные издержки. При твердом государственном бюджете каждый евро, потраченный на здравоохранение, означает, что одним евро меньше будет потрачено в других сферах ответственности государства.

Поэтому при твердом государственном бюджете расходы на здравоохранение могут вытеснять расходы на образование, оборону и т. п. Здравоохранение обладает высокой ценностью для населения, но ценностью обладают и вышеперечисленные статьи бюджета. Фискальная устойчивость становится проблемой, если государство не в состоянии поддерживать обязательства системы здравоохранения, поскольку не может или не желает выделять на это достаточно средств, и в обстоятельствах, когда оно не может или не хочет сокращать далее другие виды государственных расходов. Поэтому, несмотря на структурное сходство между проблемами экономической и фискальной устойчивости, возможны ситуации, когда расходы на здравоохранение являются устойчивыми экономически, но при этом неустойчивыми фискально.

## 1.2. Способы решения проблемы фискальной устойчивости

В общем и целом есть три рекомендуемых обычно подхода к решению проблемы фискальной устойчивости. Это: (1) увеличение финансиро-

<sup>3</sup> Отчасти это выводы новых исследований, говорящих о том, что более высокий уровень расходов на медицинское обслуживание среди пожилых людей вызван близостью смерти, а не возрастом как таковым и что при смерти в более пожилом возрасте расходы на медицинское обслуживание ниже по сравнению со смертью в более молодом возрасте (Zweifel, Felder & Meiers 1999; Seshamani & Gray 2004; Zweifel, Felder & Werblow 2004). Следовательно, по мере старения населения расходы на медицинское обслуживание могут отодвигаться на гораздо более поздний возраст, что ведет к завышенной оценке будущих расходов.

вания до величины, при которой система здравоохранения в состоянии выполнять свои обязательства; (2) сокращение этих обязательств до величины, при которой они могут быть выполнены в рамках существующего (или прогнозируемого) финансирования; (3) совершенствование способности здравоохранения рационально использовать выделенные средства. Мы рассматриваем каждый подход по очереди.

### Увеличение финансирования

Пока финансирование здравоохранения экономически устойчиво, выполнение обязательств здравоохранения путем увеличения государственного финансирования может быть наилучшим решением проблемы фискальной устойчивости.

Здравоохранение способно очень эффективно превращать выделенные средства в результат — часто намного эффективнее, чем другие области экономики. Например, проведенные в США исследования, в которых результаты лечения (годы добавленной жизни) выражали в денежном исчислении, позволяют заключить, что в отношении некоторых видов медицинского вмешательства ценность лечения намного превышает затраты на него (Cutler & McClellan 2001; Cutler 2004). Иными словами, медицинские расходы в рассмотренных случаях представляли собой очень хорошее вложение средств; таким образом, можно считать, что с экономической точки зрения будет правильным вкладывать средства в здравоохранение и далее. (Однако это не означает, что тратить больше всегда значит тратить правильнее — эти исследования касались конкретных методов лечения, и их результаты не обязательно применимы ко всем аспектам здравоохранения; см. ниже).

Почему же тогда государство просто не выделит больше средств на потребности здравоохранения, что позволит решить проблему фискальной устойчивости? На пути этого подхода есть три препятствия. **Во-первых**, возможны технические трудности, связанные с тем, что государство не в состоянии заставить население соблюдать налоговую дисциплину. Проблема отсутствия нужных организационных структур особенно высока в странах с развитым сектором неформальной экономики (см. рис. 1.3) или там, где значительная часть трудовых ресурсов представлена самостоятельно занятыми. **Во-вторых**, если средства, идущие на финансирование здравоохранения, связаны с занятостью, как в США и во многих странах ЕС, рост государственных поступлений может представлять опасность для национального рынка труда и конкурентоспособности экономики в международном масштабе.

**В-третьих**, выделение дополнительных средств на здравоохранение может быть сопряжено с политическими трудностями, если население не желает оплачивать медицинскую помощь (и другие общественные блага) на коллективной основе; иными словами, если достаточно крупная или важная часть населения не желает далее субсидировать медицинское обслуживание остальных. До настоящего времени сектор здравоохранения во всех странах ЕС сравнительно надежно защищен от так называемой «благоразумной усталости», затронувшей другие области социального обеспечения. Возможно, это следствие того, что в медицинской помощи заинтересованы все. Однако не следует думать, что здравоохранение полностью защищено от «благоразумной усталости».

### Сокращение обязательств здравоохранения

Сократить обязательства здравоохранения и таким образом привести расходы в соответствие с доступными средствами можно, снизив охват населения медицинским обслуживанием. Этот подход чаще всего отстаивают, когда речь заходит о проблеме устойчивости систем здравоохранения. Препятствием на этом пути может быть то, что наличие системы здравоохранения (и аппарата социального обеспечения в целом) означает наличие определенных интересов и традиций, что означает неизбежное сопротивление реформам такого рода (Pierson 1998). Население, которое привыкло к достаточно широкому набору услуг, независимо от того, что оно думает о необходимости их оплачивать, может сопротивляться любому ущемлению своих прав. Поэтому снижение охвата медицинским обслуживанием должно проводиться лишь постепенно. Как можно снизить охват?

Значение имеют **четыре аспекта охвата медицинским обслуживанием**. Это включение в набор немедицинских услуг (бытовые удобства, быстрота обслуживания и т. д.), открытость системы здравоохранения (доля населения, которая охвачена обслуживанием), глубина охвата (доля стоимости услуги, которая оплачивается) и сфера охвата (какие медицинские услуги входят в набор). Во многих системах здравоохранения **немедицинские услуги** уже нормированы, но, как правило, здесь есть возможности для дальнейшего сокращения. Однако целесообразность дальнейшего исключения немедицинских услуг из набора ограничена резонными ожиданиями потребителей в отношении стандартов оказания медицинской помощи; более того, в какой-то момент сокращение немедицинских услуг отрицательно скажется на качестве медицинских услуг, а этого следует избегать.

Государство может снизить **открытость системы здравоохранения**, введя зависимость между государственным охватом медицинской помощью и уровнем доходов, исключив из государственного обслуживания определенные группы населения или позволив потребителям отказываться от медицинского обслуживания. Хотя эти подходы могут показаться разумными, они тоже способны отрицательно повлиять на государственный сектор здравоохранения. Если доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию имеют только бедные, это может привести к тому, что качество медицинской помощи в государственной системе здравоохранения будет ниже (зачастую, чтобы поддерживать высокие стандарты государственной медицинской помощи, нужен «голос» более богатых слоев населения). Если потребители могут отказаться от бесплатной медицинской помощи, скорее всего, этим воспользуются более богатые или более здоровые люди, а значит, государственное здравоохранение не только лишится упомянутого выше «голоса» этих групп населения, но и будет отягощено избытком тех, кто дорого ему обходится (и кто, возможно, именно поэтому будет оставаться в государственной системе — частное медицинское страхование для них будет недоступно или слишком дорого). Кроме того, различные дефекты регулирования, свойственные рынкам медицинских услуг, в особенности проблемы, связанные с информированием потребителей, означают, что те, кому придется пользоваться услугами частного сектора, могут оказаться подвержены риску.

**Глубину охвата обслуживанием** можно снизить, введя для услуг, входящих в основной набор, сборы с потребителя (либо расширив сферу их применения). Это прямо перекладывает часть стоимости медицинского обслуживания на плечи частных лиц, особенно людей с плохим здоровьем (по этой причине сборы с потребителя часто называют «налогом на болезнь»). Часто говорят, что, если часть медицинских расходов потребитель должен будет оплачивать из своего кармана, это станет залогом того, что медицинской помощью будут пользоваться лишь в нужных случаях и, таким образом, отказываться от услуг, польза от которых недостаточно велика, чтобы оправдать затраты. В США получены результаты, со всей очевидностью доказывающие, что при наличии сборов с потребителя люди действительно «потребляют» меньше услуг здравоохранения, но из тех же данных следует, что такие сборы вынуждают их отказываться также и от необходимой им медицинской помощи (Manning et al. 1987; Newhouse and The Insurance Experiment Group 1993). Поэтому частичная оплата медицинских услуг является грубым политическим методом, она может отрицательно сказаться на

здоровье населения и, скорее всего, сильнее повлияет на более бедных людей.

**Сферу охвата** можно сократить, исключив из государственного обслуживания некоторые услуги — либо удалив их из набора услуг (например, во многих странах не оплачивается стоматологическое лечение взрослых), либо не включая туда новые услуги. Исключение услуг из набора приводит к тому, что они переходят в частный сектор, где доступ к ним определяется способностью платить за них.

Применительно к задаче, поставленной Советом ЕС, ясно, что подобное решение (сокращение охвата медицинским обслуживанием) на деле не является решением вовсе. Сокращение охвата отрицательно сказывается на всеобщем характере медицинской помощи, финансовой солидарности и равенстве доступа, отчасти потому, что происходит на несправедливой основе или с несправедливыми последствиями, а отчасти потому, что при этом усиливается опора на частное финансирование. Сокращение числа оплачиваемых услуг нарушает также общедоступность высококачественного медицинского обслуживания — те, кто не может за него заплатить, либо отказываются от медицинской помощи, либо получают помощь, качество которой может не соответствовать принятым стандартам.

Это не означает, что сокращение охвата медицинским обслуживанием не играет никакой роли в повышении эффективности и рентабельности здравоохранения. Например, сформулированным Советом ЕС ценностям не будет нанесен урон, если из набора услуг удалить (или не включать туда) услуги, которые не являются рентабельными (если услуги не являются рентабельными, затраты для общества при их оказании превышают пользу от них, и потраченные на них средства лучше потратить как-нибудь иначе).

Если распределение затрат все-таки вводится, оно должно быть направлено на то, чтобы стимулировать выбор наиболее ценных услуг и противодействовать выбору услуг низкого качества, особенно если это не вызывает сомнений. Такой подход к частичной оплате услуг, когда она применяется для того, чтобы нацелить больных (и медицинских работников) на более качественные услуги, иногда называют «основанной на пользе частичной оплатой услуг» или «основанным на пользе страхованием» (Braithwaite and Rosen 2007; Vach 2008). Однако этот подход надо применять с осторожностью, поскольку он может создать управленческие сложности (особенно там, где при определении ценности услуги нужно учитывать харак-

теристики больных) и поскольку во многих случаях ценность того или иного медицинского вмешательства не ясна.

В общем и целом, снижение охвата медицинским обслуживанием — не лучший способ решить проблему фискальной устойчивости, потому что он подрывает сформулированные Советом ЕС ценности. Однако многие в ЕС считают, что частное медицинское страхование сможет «убрать слабинку» при снижении охвата государственным медицинским обслуживанием, и предлагают систему, в которой государственное здравоохранение предоставляет лишь разумный минимум услуг (пусть даже значительно превышающий уровень, предусмотренный программами поддержки бедных слоев населения), а частные лица и семьи должны оплачивать разницу с помощью частного медицинского страхования.

Безусловно, эта модель очень привлекательна для государства, стремящегося решить проблему фискальной устойчивости, поскольку позволяет «вычеркнуть» расходы на здравоохранение из своего бюджета. Ее внедрение будет также откликом на недовольство необходимостью субсидировать медицинское обслуживание других, высказываемое теми, кто подвержен «благоразумной усталости». На минуту отвлечемся от того, что деятельность частного медицинского страхования не согласуется с ценностями, выдвинутыми Советом ЕС. Напротив, допустим, что государство обеспечит частным страхованием тех, кто не способен оплачивать его сам (как, например, во Франции, где тех, чей доход ниже определенного уровня, государство обеспечивает частной медицинской страховкой, чтобы покрыть стоимость платных медицинских услуг). На «идеальном» рынке медицинских услуг частное финансирование было бы экономически оправданным. Люди выбирали бы между медицинской помощью и другими товарами и услугами, и их выбор, на что тратить деньги, отражал бы их предпочтения, что вело бы к рациональным результатам. Расходы на здравоохранение были бы экономически устойчивыми по определению, поскольку решения по расходам автоматически отражали бы ценность, которую люди присваивают здоровью, по сравнению с ценностью других товаров и услуг, с учетом ограничений их бюджета. Однако рынок медицинских услуг не является идеальным.

Он характеризуется выраженными дефектами регулирования, которые мешают рациональному использованию услуг. Многие из этих дефектов связаны с информационной неравномерностью в отношениях врач — больной, врач — страховая организация, а также между страховыми компаниями и их клиентами. Следствием этих де-



фектов является то, что системы здравоохранения, основанные на частном финансировании, или те, где частное финансирование играет важную роль, просто не способны так же хорошо использовать выделенные средства, как государственные системы, — они недос-таточно рентабельны.

Таким образом, рост частного финансирования не обеспечивает соответствующего выигрыша в здоровье. Он скорее повысит скорость роста расходов здравоохранения и, с учетом дефектов рыночного регулирования, может даже обострить проблему экономической устойчивости — особенно если принять во внимание отсутствие общего лимита бюджета, фрагментированный характер рынков частного страхования и информационные проблемы, снижающие возможности частных лиц (и страховых организаций) в отношениях с поставщиками медицинских услуг. Более того, там, где частное финансирование позволяет получить более качественные услуги, цена на них часто может быть завышенной за счет более сильной рыночной позиции поставщиков услуг.

Кроме того, отказ от подхода, при котором больные готовы получить (а медицинские работники оказать) услуги, дающие хоть какой-то результат независимо от затрат на него (Fuchs 2004), а также от нерентабельных методов лечения, на частных рынках гораздо менее выражены, чем в государственном секторе. В целом это говорит также о том, что частный сектор хуже по сравнению с государственным будет приспосабливаться к изменению приоритетов по мере старения населения — например, к росту спроса на психиатрическую помощь, долговременный медицинский уход, уход при хронических заболеваниях, а также к большей потребности в интегрированном медицинском обслуживании в целом.

Наиболее явный случай подобной картины — разумеется, США, где уровень расходов частных лиц на медицинское обслуживание значительно выше, чем в любой из стран ЕС (54,9% в 2005 г., в то время как в среднем по ЕС 26,9%) (WHO 2007b). При этом мы видим, что уровни смертности, которой можно избежать, выше, чем в любой из стран ЕС (см. табл. 1.1), величина общих затрат на здравоохранение не имеет себе равных в мире, а степень финансовой защиты от риска плохого здоровья ниже, чем во многих странах ЕС, как старых, так и недавно вошедших туда (см. табл. 3.6). Кроме того, один из трех взрослых в США моложе 65 лет не имеет медицинской страховки вообще либо застрахован лишь в некоторые периоды времени или в отношении лишь некоторых видов услуг (Schoen et al. 2005).

**Таблица 1.1.** 14 стран ОЭСР, расположенные по возрастанию уровня стандартизованной по возрасту смертности от причин, которые поддаются лечению, 1997–1998 гг. и 2002–2003 гг.

Страна	Смертность, которой можно избежать (стандартизованная, возраст 0–74 года, на 100 000 населения)		Место в 1997–1998 гг.	Место в 2002–2003 гг.	Изменения
	1997–1998 гг.	2002–2003 гг.			
Франция	75,62	64,79	1	1	нет
Испания	84,26	73,83	2	2	нет
Швеция	88,44	82,09	3	5	–2
Италия	88,77	74,00	4	3	+1
Нидерланды	96,89	81,86	5	4	+1
Греция	97,27	84,31	6	6	нет
Германия	106,18	90,13	7	8	–1
Австрия	108,92	84,48	8	7	+1
Дания	113,01	100,84	9	10	–1
США	114,74	109,65	10	14	–4
Финляндия	116,22	93,34	11	9	+2
Португалия	128,39	104,31	12	13	–1
Соединенное Королевство	129,96	102,81	13	11	+2
Ирландия	134,36	103,42	14	12	+2

*Источник:* Nolte & McKee 2008, с изменениями.

*Примечание.* Смертность, которой можно избежать, – смерть в возрасте до 75 лет, которую можно было бы предотвратить при своевременном и правильном лечении; данные по Дании за 2000–2001 гг., Швеции за 2001–2001 гг., США за 2002 г.

Сокращение охвата медицинским обслуживанием может решить проблему фискальной устойчивости, но сопряжено с риском обострения проблемы экономической устойчивости. По сути, этот риск – одна из двух основных причин, стоящих за появлением государственного здравоохранения. Вторая причина – то, что здравоохранение для нас имеет особое значение, к нему нельзя относиться просто как к еще одному виду товаров или услуг. Даже в отсутствие дефектов рыночного регулирования люди полагают, что доступ к медицинской помощи не должен зависеть от платежеспособности и что в природе здравоохранения есть нечто, требующее более уравнительного подхода, чем другие сектора экономики. Именно беспокойство о равенстве доступа к медицинской помощи составляет основу сформулированных Советом ЕС ценностей, и именно равенству доступа будет угрожать любой существенный рост частного финансирования здравоохранения в странах ЕС.

## Совершенствование способности здравоохранения рационально использовать средства

Если бы возможно было получить больше результатов при тех же средствах, проблема фискальной устойчивости могла бы быть отчасти решена. Кроме того, если бы население (оправданно) удалось убедить в эффективности расходования средств здравоохранением, было бы легче справляться с влиянием «благоразумной усталости» и препятствиями, которые это ставит на пути увеличения денежных поступлений.

Ранее мы говорили, что здравоохранение способно эффективно превращать средства в результат, приведя результаты исследований, посвященных сравнению результатов определенных медицинских вмешательств и затрат на них. Все больше исследований свидетельствуют также, что средства, потраченные на здравоохранение, сами по себе могут способствовать экономическому росту (Commission on Macroeconomics and Health 2001; Suhrcke et al. 2005; Suhrcke et al. 2006). Однако много средств в этой области тратится попусту. Таким образом, нет непосредственной корреляции между более высокими расходами на здравоохранение и лучшими результатами (как бы они ни измерялись — например, по результатам лечения).

Например, согласно проведенным в США исследованиям, в разных областях страны существует значительная разница в расходах основного государственного компонента здравоохранения США (программа «Медикэр») (что отражает более высокую частоту госпитализаций и более интенсивное лечение), но эти дополнительные расходы мало влияют на доступ к медицинской помощи, на ее качество и на результаты лечения (результаты лечения там, где расходы выше, могут быть даже хуже, как прямое следствие этих более высоких расходов) (Fisher et al. 2003a; Fisher et al. 2003b).

Сходная картина вырисовывается при сравнении между собой разных стран. Если мы взглянем на основные показатели деятельности здравоохранения, например количество смертей, которые можно было бы предотвратить при своевременном и правильном лечении («смертность, которой можно избежать»)<sup>4</sup>, мы снова наблюдаем отсутствие устойчивой связи с расходами на здравоохранение (Nolte & McKee 2003; Nolte & McKee 2004). Из табл. 1.1 видно, что в 2002–2003 гг. уровни смертности, которой можно избежать, в США были

---

<sup>4</sup> Концепция смертности, которой можно избежать, позволяет сравнивать системы здравоохранения по их влиянию на состояние здоровья и может использоваться для выявления того, какие системы здравоохранения работают хуже и почему.

гораздо выше (109,65), чем в Западной Европе (в среднем 88,18), несмотря на значительно более высокий уровень расходов на здравоохранение (около 15% от ВВП в 2005 г., в то время как в ЕС в среднем 8%) (WHO 2007b; Nolte & McKee 2008). Внутри ЕС тоже наблюдаются расхождения: Франция и Германия обе тратят на здравоохранение сходную долю ВВП (около 10%), но результаты, если оценивать их по показателю смертности, которой можно избежать, сильно различаются, в то время как Испания и Греция, которые тратят на здравоохранение гораздо меньше Германии (около 8% от ВВП), достигают намного лучшего результата. В «новых» странах ЕС уровни смертности, которой можно избежать, тоже не всегда отражают уровень расходов на здравоохранение (Newey et al. 2004).

Иногда говорят, что здравоохранение находится «в состоянии непрерывной реформы». Это замечание отчасти относится к непрекращающимся попыткам государства повысить способность здравоохранения эффективно использовать выделенные средства. С конца 1980-х гг. реформы сосредоточились на **оказании медицинских услуг** с такими новшествами, как проведение в амбулаторных условиях или в рамках первичной медицинской помощи тех вмешательств, которые раньше проводились в стационаре; увеличение вложения средств в профилактику и укрепление здоровья; создание органов, занимающихся оценкой рентабельности лекарственных средств и медицинских технологий (системы оценки медицинских технологий); разработка практических рекомендаций для работников здравоохранения.

В меньшей степени реформы были посвящены также совершенствованию **механизмов** финансирования здравоохранения с целью улучшить результаты его деятельности. В основном они касались оплаты труда медицинских работников, поскольку изменения здесь могут помочь реформам в области оказания услуг (если руководители здравоохранения хотят, чтобы медицинская помощь оказывалась по-иному, изменение порядка оплаты медицинских работников может помочь достижению этой цели). Однако реформы финансирования здравоохранения не должны быть ограничены только этим. Многие еще можно сделать в области укрепления аппарата страхования в целом, и во многих странах проведены соответствующие реформы.

Так же как и попытки увеличить поступления в бюджет здравоохранения, реформы, направленные на более рациональное расходование средств, сталкиваются с рядом препятствий. Здесь также есть заинтересованные стороны, которые что-то потеряют в результате

изменений — например, медицинские работники, которые лишатся части дохода или столкнутся с повышенным риском при изменениях в порядке оплаты их труда, и больные, которые пострадают от решения органа по оценке медицинских технологий не оплачивать новое лекарственное средство, потому что его применение нерентабельно. Однако самое серьезное, вероятно, препятствие связано с информационными проблемами, существующими во всех областях здравоохранения; от рентабельности любого медицинского вмешательства до необходимого числа диагностических исследований, или проблемы непредвиденных последствий при реорганизации процесса медицинского обслуживания.

Однако этот путь к фискальной стабильности является многообещающим. Он может не быть идеальным решением, однако тем не менее должен стать частью (причем ведущей частью) любой реформы, направленной на обеспечение устойчивости здравоохранения, — даже если население согласно отчислять больше средств на здравоохранение и особенно если государство намерено сокращать охват населения медицинским обслуживанием. Наш обзор сосредоточен на реформах механизмов финансирования здравоохранения, направленных на достижение этой цели.

Экономическая устойчивость систем здравоохранения сама по себе не является проблемой для стран ЕС, хотя может ею стать, если роль частного финансирования существенно возрастет. Проблемой является, скорее, фискальная устойчивость, причем на первый взгляд проблема эта чисто финансовая. Однако в ее основе лежат такие факторы, как отсутствие необходимых организационных структур, «благоразумная усталость» и тот факт, что хотя здравоохранение превращает средства в результат, оно также и растрчивает их. Предстоит многое сделать, чтобы справиться с аргументами сторонников «благоразумной усталости» и сохранить названные Советом ЕС ценности. Устойчивость здравоохранения едва ли представляла бы проблему, если бы мы просто отказались от этих ценностей. Она является проблемой — и целью, которой стоит добиваться — именно потому, что эти ценности важны и поддерживаются всеми.

Таким образом, проблема фискальной устойчивости в конечном счете связана с ценностями, которые мы отстаиваем. Это не просто техническая проблема, скорее, она связана с этикой распределения, или, как это сформулировала одна группа комментаторов, это проблема «политической экономии совместного использования» (Reinhardt, Hussey & Anderson 2004).

### 1.3. Расходы здравоохранения и экономическая обстановка

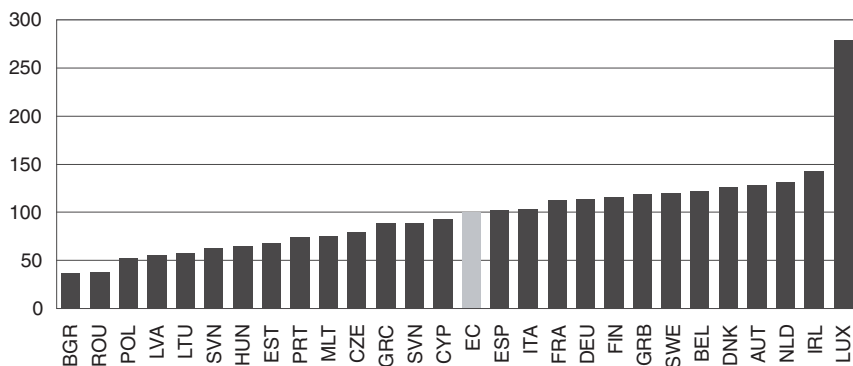
В этом разделе кратко рассматривается экономическая и фискальная обстановка, в которой существуют системы здравоохранения стран ЕС. По этой обстановке можно судить об уровне финансового давления на государственный бюджет, что объясняет низкий уровень расходов на здравоохранение в ряде стран, и выявить возможности по увеличению расходов на здравоохранение в будущем. Далее рассмотрены тенденции в расходах на здравоохранение в 27 странах ЕС.

#### Экономическая и фискальная обстановка

Уровни ВВП на душу населения в разных странах ЕС значительно различаются — на одном конце шкалы находится Люксембург, на другом Болгария и Румыния. На рис. 1.1 ясно видна граница по уровням дохода, разделяющая «старые» страны ЕС (с доходами выше среднего уровня) и «новые» (с доходами ниже среднего уровня). Однако во всех странах ЕС уровни дохода на душу населения стабильно растут с конца 1990-х гг. (данные по отдельным странам см. Приложение), и этот рост особенно высок во многих из «новых» стран ЕС.

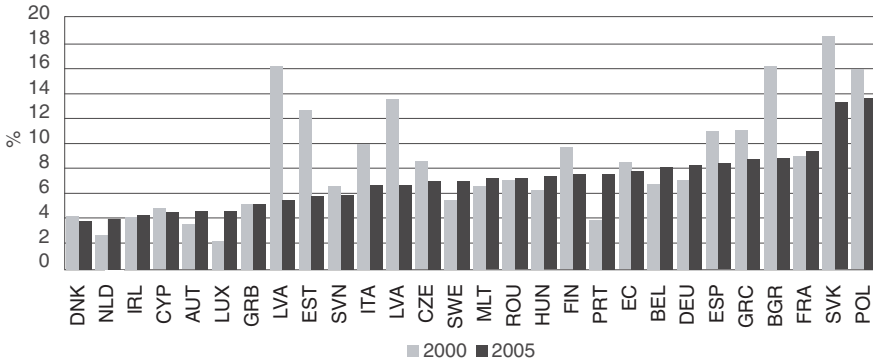
В отношении безработицы картина менее однородна, со сравнительно высокими и растущими уровнями безработицы в нескольких более богатых странах ЕС (Бельгия, Германия, Франция) и достаточно резком ее сокращении в странах Балтии, а также в Болгарии, Испании, Греции, Словакии и Польше (рис. 1.2). Сокращение без-

**Рисунок 1.1.** ВВП на душу населения в паритетах покупательной способности (ППП) в странах Европейского союза, 2006 г. (ЕС = 100).



Источник: European Commission 2007с.

**Рисунок 1.2.** Гармонизированные уровни безработицы  $\pm 25$  лет, ежегодное среднее по странам Европейского союза, 2000 и 2005 гг.

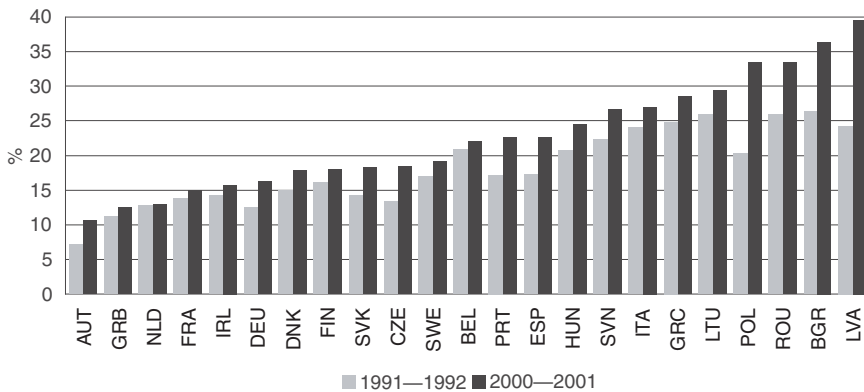


Источник: European Commission 2007с.

работицы может благоприятно сказаться на здравоохранении, поскольку увеличит его доходную базу, опирающуюся на работающее население, снизит затраты на пособия по безработице и может укрепить здоровье населения.

Однако несмотря на сокращение безработицы во многих из «новых» стран ЕС, эти страны испытывают финансовые трудности, связанные со сравнительно большим объемом теневой экономики (см. рис. 1.3). Там, где значительная доля населения не занята в официальном секторе, может быть трудно собрать достаточно средств на

**Рисунок 1.3.** Размер теневой экономики в % от ВВП в странах Европейского союза, 1991–1992 и 2000–2002 гг.\*



Источник: Schneider 2002.

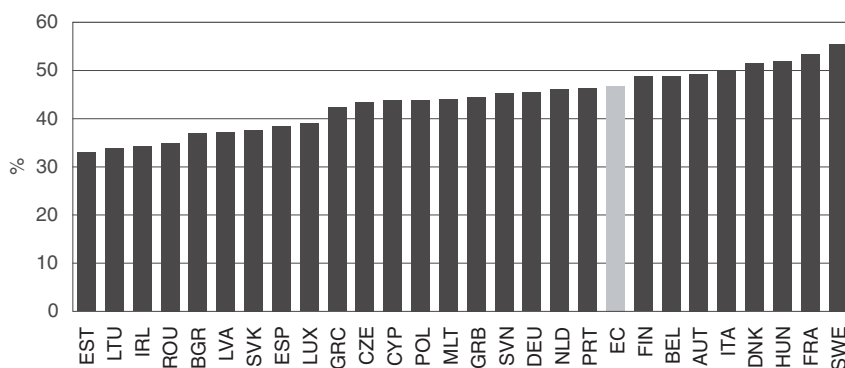
Примечания. Нет данных по Кипру, Мальте и Люксембургу.

\* 1990–1993 и 2000–2001 гг. для «новых» стран ЕС.

здравоохранение и другие сектора социального обеспечения, особенно с помощью основанных на величине заработка отчислений социального страхования от работодателей или работающих. Имеющиеся данные говорят о том, что размеры теневого сектора экономики во всех странах ЕС постепенно растут. В некоторых странах трудно также получить средства от тех, кто работает не по найму.

Объем средств, которые государство может выделить на здравоохранение и другие сектора социального обеспечения, зависит от величины государственного сектора экономики, который в Швеции и во Франции гораздо крупнее, чем, например, в Эстонии и Литве (см. рис. 1.4). В целом в странах, недавно вступивших в ЕС, расходы государства в процентах от ВВП, как правило, ниже. Однако есть более богатые и более бедные страны, в которых государственный сектор имеет примерно одинаковую величину (например, Кипр, Польша, Соединенное Королевство, Германия), а также отклонения в ту или иную сторону (например, Ирландия и Венгрия). Возможности государства выделять средства могут быть ограничены величиной бюджетного дефицита, значительного в некоторых странах ЕС (см. рис. 1.5), но Венгрия и здесь представляет собой отклонение.

**Рисунок 1.4.** Общие государственные расходы в % от ВВП, 2006 г.



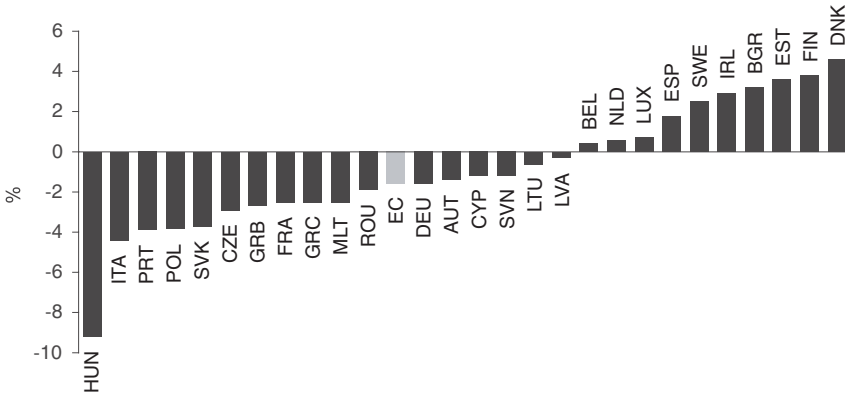
Источник: European Commission 2007с.

## Тенденции в расходах на здравоохранение

Величина расходов на здравоохранение в разных странах колеблется от 5% от ВВП в Румынии до чуть более 10% в Австрии, Португалии, во Франции и в Германии (см. рис. 1.6). В более богатых странах ЕС она, в процентах от ВВП, обычно выше, что неудивительно. Однако даже страны, тратящие на здравоохранение больше всего, и близко не подошли к уровню расходов на здравоохранение в США

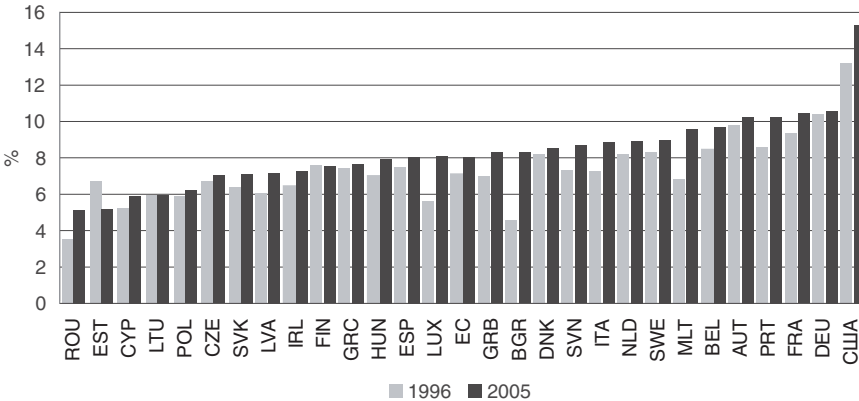


**Рисунок 1.5.** Государственный баланс: общий дефицит или положительное сальдо объединенного государственного сектора экономики в % от ВВП, 2006 г.



Источник: European Commission 2007с.

**Рисунок 1.6.** Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП в странах Европейского союза и некоторых других, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

(13,2% от ВВП в 1996 г. и 15,3% в 2005 г.) (WHO 2007b). С конца 1990-х гг. расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли во всех странах ЕС, исключая Эстонию, Финляндию и Литву.

В табл. 1.2а и 1.2б динамика расходов на здравоохранение дана более подробно — там показана скорость их изменения в странах ОЭСР и в США с 1970-х гг. по 2004 г. как в процентах от ВВП, так и в национальной валюте. За это время расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в нескольких странах выросли более чем вдвое, а в Португалии почти утроились; в то же время в Дании они не измени-

**Таблица 1.2а.** Изменения в расходах на здравоохранение (в процентах от ВВП) в некоторых странах, 1970–2004 гг.

	% роста в 1970–1980 гг.	% роста в 1980–1990 гг.	% роста в 1990–2000 гг.	% роста в 2000–2004 гг.
Австрия	44,2	–6,7	34,3	2,1
Бельгия	61,5	14,3	19,4	17,4
Германия	40,3	–2,3	21,2	2,9
Греция	8,2	12,1	33,8	1,0
Дания	н/д	–6,7	0,0	7,2
Ирландия	62,7	–26,5	3,3	12,7
Исландия	31,9	27,4	16,5	10,9
Испания	51,4	22,6	10,8	12,5
Италия	н/д	н/д	5,2	7,4
Люксембург	67,7	3,8	7,4	37,9
Нидерланды	–	6,9	2,6	16,5
Норвегия	59,1	10,0	10,4	14,1
Португалия	115,4	10,7	51,6	7,4
Соединенное Королевство	24,4	7,1	21,7	11,0
США	25,7	35,2	11,8	15,0
Финляндия	12,5	23,8	–14,1	11,9
Франция	32,1	20,0	9,5	14,1
Швеция	32,4	–7,8	1,2	8,3
Швейцария	34,5	12,2	25,3	11,5

Источник: OECD 2006.

Примечания. Скорость роста: самая высокая/второе место/третье место/самая низкая; н/д – нет данных.

лись, а в некоторых странах (например, Финляндии, Нидерландах и Швеции) выросли лишь на треть (см. табл. 1.2а). В большинстве стран наиболее быстрый рост пришелся на 1970-е гг., за ними идут 1990-е гг.; в другие десятилетия, особенно в 1980-е гг., рост был медленнее, хотя это может быть связано с высокими темпами экономического роста, влиявшими на ВВП. Глядя на изменения расходов в реальных ценах (а не в процентах от ВВП), мы также видим, что рост был наиболее высок в 1970-х и 1990-х гг., а после 2000 г. в большинстве стран был медленнее всего (см. табл. 1.2б). При истолковании этих данных нужно проявлять определенную осторожность: в некоторых странах статьи расходов, которые относят к здравоохранению, могут с течением времени меняться — например, долговремен-

**Таблица 1.26.** Изменения в расходах на здравоохранение (в национальной валюте в ценах 2000 г.) в некоторых странах, 1970–2004 гг.

	% роста в 1970–1980 гг.	% роста в 1980–1990 гг.	% роста в 1990–2000 гг.	% роста в 2000–2004 гг.
Австрия	105,9	16,7	73,8	8,0
Бельгия	123,3	41,1	45,8	22,5
Германия	85,1	23,1	65,1	5,4
Греция	71,1	20,2	69,1	20,0
Дания	н/д	9,0	28,0	12,0
Ирландия	160,0	4,3	106,1	39,6
Исландия	146,6	63,3	48,3	25,0
Испания	116,1	64,5	45,5	26,7
Италия	н/д		22,5	11,1
Канада	53,5	65,8	32,4	22,6
Люксембург	116,0	66,9	78,5	54,9
Нидерланды	н/д	32,8	37,4	19,9
Норвегия	151,2	41,3	58,2	24,2
Португалия	234,1	53,2	99,0	9,6
Соединенное Королевство	52,0	38,4	53,8	23,5
США	72,2	86,6	53,8	26,9
Финляндия	63,2	65,9	2,7	23,7
Франция	83,8	53,2	34,5	22,4
Швеция	59,5	14,9	21,8	18,1
Швейцария	53,2	38,4	39,9	14,7

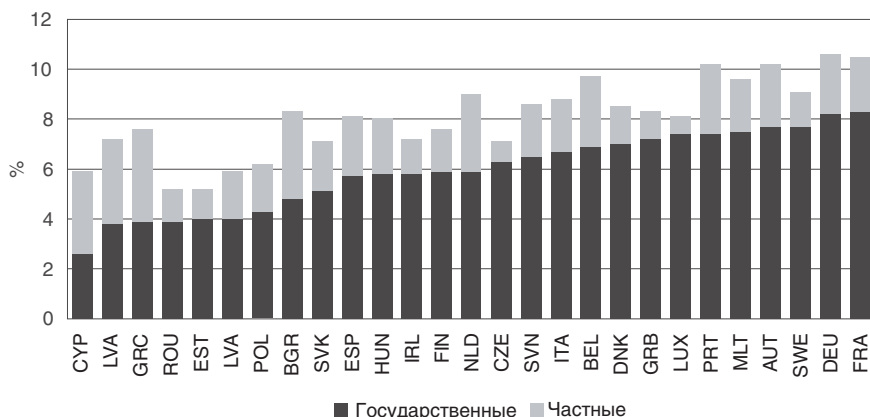
Источник: OECD 2006.

Примечания. Скорость роста: самая высокая/второе место/третье место/самая низкая; н/д – нет данных.

ный медицинский уход в показателях за более ранние годы может не входить в расходы здравоохранения, – и это затрудняет точное сравнение между странами и между разными периодами времени.

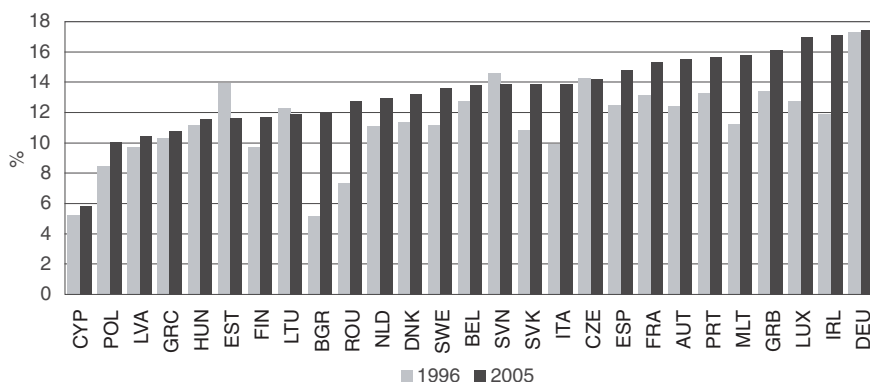
Из рис. 1.7 видно, что в большинстве стран основная часть расходов на здравоохранение (в процентах от ВВП) приходится на государственные расходы. В некоторых странах ЕС (Кипр, Греция, Польша, Италия, Финляндия, Дания, Венгрия) уровень государственных расходов низок по сравнению с возможностями государства (рис. 1.4), а для других стран (Ирландия, Люксембург, Соединенное Королевство, Мальта, Германия) верно обратное. Данные рис. 1.8 это подтверждают; можно думать, что в странах первой группы здравоохра-

**Рисунок 1.7.** Государственные и частные расходы на здравоохранение в % от ВВП в странах Европейского союза, 2005 г.



Источник: WHO 2007b.

**Рисунок 1.8.** Государственные расходы на здравоохранение в % от общих государственных расходов в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

ние, если судить по затраченным государством средствам в процентах от общих расходов государства, имеет сравнительно низкий приоритет, а в странах второй группы – более высокий. Однако высокие уровни расходов на здравоохранение могут отражать также неспособность государства сдерживать рост расходов вследствие ограничений гибкого бюджета. В Эстонии, Литве, Словении и Чешской Республике государственные расходы на здравоохранение в процентах от общих государственных расходов с конца 1990-х гг. на самом деле снизились.

## Глава 2

# Финансирование здравоохранения в ЕС

### 2.1. Общая схема анализа

Для сравнительного анализа финансирования здравоохранения необходима общая схема, которая облегчила бы сравнение между странами с различной обстановкой и условиями. В этой главе мы представляем две таких схемы. Первая из них рассматривает финансирование здравоохранения с точки зрения его функций, а вторая с точки зрения целей политики здравоохранения.

#### Функции финансирования здравоохранения

Традиционные классификации систем здравоохранения часто подчеркивают лишь одну сторону финансирования здравоохранения. Например, обычно различают системы здравоохранения, финансируемые из налогов (в Западной Европе это называется моделью Бевриджа, а в странах бывшего СССР – моделью Семашко) и из взносов социального страхования (так называемая модель Бисмарка). Однако анализ, основанный лишь на механизме сбора средств для здравоохранения, имеет ограниченное значение, и причин этому две. **Во-первых**, такой анализ не учитывает многочисленные функции и области деятельности, которые входят в финансирование здравоохранения. Поэтому в нем могут быть упущены важнейшие параллели или различия между странами, касающиеся других существенных аспектов финансирования здравоохранения. **Во-вторых**, он не отражает сдвига в сторону смешанных моделей финансирования здравоохранения, произошедшего во многих странах с конца 1980-х гг. (Kutzin 2001; WHO Regional Office for Europe 2006).

Схема, которую мы применяем, отображает **весь спектр функций и принципов финансирования здравоохранения** (см. рис. 2.1) (Kutzin 2001; Mossialos et al. 2002b; WHO Regional Office for Europe 2006).

**Рисунок 2.1.** Схема описательного анализа функций финансирования здравоохранения



Источник: Kutzin 2001 и WHO Regional Office for Europe 2006, с изменениями.

Вместо того чтобы разграничивать системы здравоохранения, основываясь на чем-то одном, это позволяет сравнивать их сразу по нескольким параметрам. Такой подход имеет три преимущества. **Во-первых**, эта схема может применяться для описания системы финансирования здравоохранения в любой стране, независимо от того, к какой категории она относится. В любой стране финансирование здравоохранения включает в себя три функции, состоящие в сборе средств, их объединении и закупке медицинских услуг (определения каждой из них см. в главе 2), даже если они взаимосвязаны, а не осуществляются порознь.

**Во-вторых**, учет каждой из функций и областей деятельности облегчает анализ реформ финансирования здравоохранения, поскольку реформы могут касаться только отдельных функций, а не финансирования в целом. Например, проведенные в 2006 г. в Нидерландах реформы медицинского страхования сдвинули равновесие между двумя механизмами государственного финансирования (от целевых отчислений социального страхования, основанных на заработках, в сторону фиксированных страховых взносов), но не изменили организационную структуру, ответственную за сбор и объединение средств (централизованное государственное ведомство) или меха-

низмы перевода средств покупателям медицинских услуг. Кроме того, произошли изменения в порядке закупки услуг: государственные фонды медицинского страхования и частные страховые компании, которые ранее действовали в разных сферах здравоохранения, теперь конкурируют на равных как частные предприятия, регулируемые гражданским законодательством. Есть также изменения, связанные с набором услуг и их частичной оплатой, — введена добровольная франшиза (Bartholomée & Maarse 2006). Напротив, французская реформа 1998 г. значительно изменила суть основного механизма сбора средств (заместив почти всю систему отчислений социального страхования работающих по найму, основанную на заработках, целевым налогом, основанным на доходе), но не повлияла на другие стороны финансирования здравоохранения (Sandier et al. 2004). Уделяя внимание всем функциям финансирования, мы можем выявить области, которые ставят перед здравоохранением особенно сложные задачи, а также те, в которых нужно приложить наибольшие усилия, чтобы достичь конкретных целей финансирования (см. ниже) и добиться финансовой устойчивости.

**В-третьих**, такая схема облегчает оценку, высвечивая аспекты, которые в противном случае могли бы быть упущены из виду. Например, взносы частного медицинского страхования не являются ведущим механизмом финансирования ни в одной из стран ЕС, а потому не играют особой роли в процессе сбора средств. Однако в некоторых странах частное медицинское страхование существенно влияет на процесс объединения средств и закупку медицинских услуг, а также на вопросы, связанные с набором услуг и их частичной оплатой, что может иметь важные последствия для целей политики здравоохранения (Mossialos & Thomson 2004; Thomson & Mossialos 2006). Классификация, основанная лишь на чем-то одном, например на основном механизме финансирования, не учитывает этот важный аспект, в результате чего могут быть упущены сдвиги в соотношении между государственным и частным финансированием, характерные для многих стран.

## Цели политики финансирования здравоохранения

Мы опираемся также на цели политики финансирования здравоохранения, сформулированные ВОЗ, которые основываются на показателях деятельности здравоохранения, перечисленных в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.* (WHO 2000; WHO Regional Office for Europe 2006). Эти цели тесно связаны с ценностями, лежащими в основе здравоохранения ЕС, сформулированными Советом ЕС (полный охват населения медицинским обслуживанием, солидар-

ность в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи и высокое качество медицинского обслуживания), а также общими принципами, сформулированными Европейской Комиссией (общедоступность, качество и долговременная устойчивость) (European Commission 2005). Цели политики здравоохранения являются основой данного обзора реформ здравоохранения и их результатов.

Эти цели таковы:

- всеобщая защита от финансовых рисков, связанных с плохим состоянием здоровья, — **финансовая защита** направлена на то, чтобы люди не становились бедными в результате пользования услугами здравоохранения;
- более равномерное распределение бремени финансирования здравоохранения — **принципы социальной справедливости в финансировании** требуют от более богатых людей больше платить за медицинское обслуживание (в процентах от дохода) в сравнении с более бедными;
- равенство в предоставлении и использовании медицинских услуг — **равенство доступа** к медицинскому обслуживанию, основанное на потребности, а не на способности платить;
- повышение **прозрачности** и **подотчетности** системы здравоохранения — например, стремление к тому, чтобы права и обязанности населения были хорошо поняты всеми; борьба с неофициальными платежами там, где это важно; наблюдение за деятельностью медицинских учреждений и оценка качества их деятельности;
- вознаграждение высокого **качества** медицинской помощи и разработка стимулов к **рентабельной организации** медицинского обслуживания;
- поддержка **управленческой эффективности** — сокращение дублирования функций в области финансирования здравоохранения и устранение расходов, которые не ведут к достижению перечисленных выше целей.

В своей схеме анализа мы придерживаемся точки зрения, что достижение фискальной устойчивости должно быть условием, а не целью политики финансирования здравоохранения. Мы подчеркиваем также важность разграничения экономической и фискальной устойчивости. Например, страны имеют все основания тревожиться из-за постоянной нехватки средств в секторе здравоохранения, но если сосредоточиться лишь на сокращении этого дефицита, это не обес-



печит экономической устойчивости и может отвлечь внимание от имеющихся недостатков, ведущих к финансовой нестабильности (WHO Regional Office for Europe 2006).

## 2.2. Описательный анализ механизмов финансирования

В этой главе рассматриваются имеющиеся в ЕС механизмы финансирования здравоохранения. Описано, как собираются и объединяются средства, каким образом покупаются и как оплачиваются медицинские услуги. Рассматриваются порядок охвата населения медицинским обслуживанием, природа услуг, предоставляемых государственным здравоохранением, и степень их частичной оплаты (распределение затрат). Везде, где возможно, мы предоставляем информацию о тенденциях с конца 1990-х гг.

### Сбор средств

То, как собираются средства для здравоохранения, влияет на равенство в финансировании, прозрачность и подотчетность финансовой политики. Процесс сбора средств складывается из трех элементов: источники финансирования, механизмы сбора средств и ответственные за это организации (см. табл. 2.1). Основными источника-

**Таблица 2.1.** Процесс сбора средств: источники финансирования, механизмы и организации, занимающиеся сбором средств

Источники финансирования	Механизмы	Организации
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частные лица, семьи и наемные работники</li> <li>• Корпорации и работодатели</li> <li>• Национальные и международные неправительственные и благотворительные организации</li> <li>• Правительства других стран и многосторонние агентства</li> </ul>	<p><i>Государственные</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Прямые и косвенные налоги</li> <li>• Взносы обязательного страхования (целевые отчисления)</li> </ul> <p><i>Частные</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Взносы частного страхования</li> <li>• Сберегательные счета медицинского страхования</li> <li>• Платежи населения (прямые платежи или частичная оплата медицинских услуг)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Центральные, региональные или местные власти</li> <li>• Независимые государственные учреждения или службы социального обеспечения (на все социальное обеспечение сразу или только на медицинское обслуживание)</li> <li>• Государственные страховые фонды или частные некоммерческие либо коммерческие фонды</li> </ul>

Источники: Kutzin 2001; Mossialos & Dixon 2002.

ми финансирования являются частные лица и компании, хотя часть средств может поступать из неправительственных организаций и многосторонних агентств (таких, как Всемирный Банк).

### *Механизмы сбора средств*

Механизмы сбора средств делятся на две категории: государственные и частные. **Государственные механизмы сбора средств** (через налоги и взносы социального страхования) устанавливаются законом и являются обязательными<sup>5</sup>, они покрывают риски в области здоровья и финансовые риски (авансовые платежи) по времени и по населению. С экономической точки зрения покрытие рисков положительно сказывается на рентабельности, отчасти снижая неопределенность, связанную с обоими типами риска, — к примеру, мы не всегда знаем, заболеем ли и когда именно, насколько тяжело, во что обойдется лечение и сможем ли мы его оплатить (Вагг 2004). Не менее важно то, что поскольку государственные механизмы сбора средств основываются на величине дохода, они позволяют не привязывать размер выплат к риску ухудшения здоровья. Иными словами, они обеспечивают доступ к медицинской помощи, основанный на потребности, а не на способности платить. **Частные механизмы сбора средств** обычно работают на добровольной основе. Одни из них основаны на предоплате (частное медицинское страхование и ССМС), а другие на оплате в момент пользования услугой (прямые платежи населения). Хотя частное медицинское страхование до некоторой степени предусматривает покрытие рисков по населению, к ССМС и прямым платежам это не относится. Частные механизмы сбора средств обычно не учитывают способность платить (хотя в некоторых случаях люди с плохим здоровьем или низкими доходами освобождены от оплаты) и часто связывают размер выплат с риском плохого здоровья (или с наличием заболевания). В рамке 2.1 перечислен ряд механизмов сбора средств для финансирования здравоохранения.

На рис. 2.2а и 2.2б показано распределение между различными механизмами сбора средств по странам ЕС в 1996 и 2005 гг. Во всех странах ЕС для финансирования здравоохранения применяется сразу несколько механизмов, хотя в настоящее время нигде на обязательной основе не применяются ССМС. Страны ЕС можно разбить на **три четко выраженные группы. Наиболее обширная** группа состоит

<sup>5</sup> Мы говорим о государственном секторе здравоохранения как об «установленной законом» системе, чтобы отличить ее от частного медицинского страхования. В некоторых случаях, однако, система обязательного страхования может действовать на основе частных фондов и регулироваться гражданским законодательством, как, например, в Нидерландах.

### **Вставка 2.1. Механизмы сбора средств для финансирования здравоохранения**

*Прямые налоги* взимаются с частных лиц и компаний (например, подоходный налог, корпоративный, имущественный). *Косвенные налоги* взимаются с потребления товаров и услуг (например, налог на добавленную стоимость (НДС)). Налоги могут собираться центральным правительством либо на региональном или местном уровне. Они могут поступать в общий бюджет государства или направляться на конкретные цели (например, на образование или здравоохранение). Природа налогов, идущих на финансирование здравоохранения, влияет на справедливость в финансировании, прозрачность и подотчетность. Прямые налоги обычно пропорциональны или прогрессивны, косвенные часто регрессивны<sup>1</sup>.

*Отчисления социального страхования* почти всегда взимаются с зарплаток (заработной платы или жалованья). В некоторых случаях они могут взиматься с общего дохода (доход, складывающийся из зарплаток и процентов с капитала), например «подоходный налог» во Франции (общий взнос социального страхования, *Contribution Sociale Généralisée*), но все равно собираются фондами медицинского страхования. Отчисления могут выплачивать сами наемные работники или наниматели; как правило, они составляют фиксированную часть дохода, установленную государством либо отдельными страховыми фондами. Отчисления могут покрывать также тех, кто их не платит (безработных, пенсионеров или неработающих иждивенцев). В других случаях средства за тех, кто не платит отчисления, может вносить правительство или иной орган. При прочих равных условиях отчисления социального страхования будут пропорциональны или слегка регрессивны, поскольку не взимаются со сбережений или с доходов с капитала. На практике часто существует потолок размера отчислений, что усиливает регрессивность.

*Взносы частного медицинского страхования* устанавливаются каждой страховой компанией самостоятельно, почти всегда как фиксированная ежемесячная или ежегодная сумма. Они могут исчисляться на основе усредненных доходов для некоторой группы населения (для всех членов одного страхового фонда или другой группы лиц, например проживающих в определенной местности или имеющих одну и ту же профессию) или зависеть от риска (основываются на индивидуальном или групповом риске плохого здоровья с учетом таких факторов, как возраст, пол, род занятий, курение и т. п.). Частное медицинское страхование может играть различную роль (см. табл. 3.1) и осуществляться коммерческими организациями либо государственными и частными некоммерческими организациями (такими как государственные фонды медицинского страхования и общества взаимопомощи или фонды социально-страхового обеспечения). В большинстве случаев от обязательного страхования частное медицинское страхование отличается именно его добровольный характер.

*Сберегательные счета медицинского страхования* – это обязательные или добровольные отчисления физических лиц на целевые счета, предназначенные для оплаты медицинских услуг. Впервые они появились в Сингапуре и сегодня применяются в частном медицинском страховании США и Южной Африки. Они

<sup>1</sup> В государственном финансировании пропорциональным налогообложением называется такое, когда для всех категорий населения налог составляет одну и ту же долю их дохода («твердая налоговая ставка»); при прогрессивном налогообложении с более богатых групп населения берется более высокий налог, чем с бедных (с них налог взимается по предельно низкой ставке); при регрессивном налогообложении более бедные группы населения платят больше, чем более богатые.

**Вставка 2.1 (окончание).** *Механизмы сбора средств для финансирования здравоохранения*

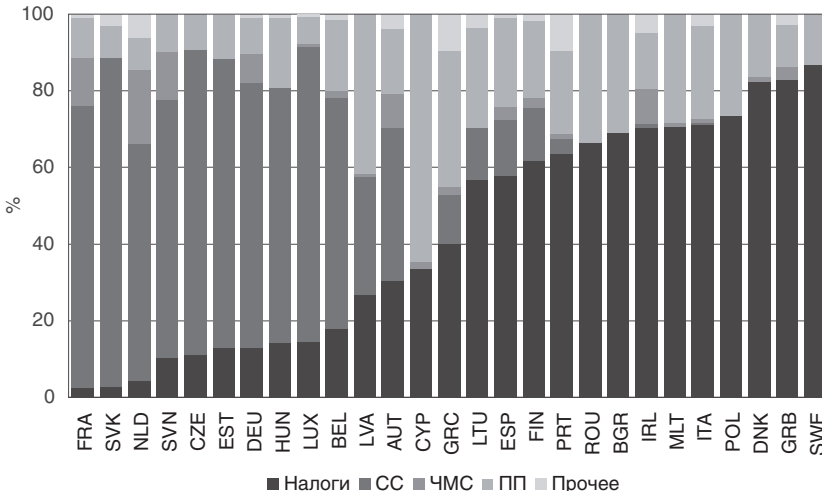
могут дополнять план страхования, например на случай катастрофических медицинских расходов (в этом случае они представляют из себя разновидность частичной оплаты медицинских услуг; см. ниже). ССМС не предусматривают покрытия рисков (не считая тех случаев, когда сочетаются со страхованием). Поэтому они не предусматривают какой-либо формы перекрестного субсидирования бедных богатыми, здоровых больными, старых молодыми или неработающих работающими. В ЕС единственный пример ССМС можно найти в Венгрии, где сберегательные счета, которые формируются из налоговых дотаций, применяются для частичной оплаты государственного медицинского обслуживания или для оплаты частных медицинских услуг.

*Прямые платежи населения* существуют в трех основных формах: прямая оплата услуг, не входящих в государственный набор услуг; распределение затрат (частичная оплата услуг, входящих в государственный набор); неофициальные платежи. Прямая оплата услуг используется для оплаты услуг, которые не покрываются никакими видами предоплаты (обычно это касается частной медицинской помощи). Распределение затрат требует от физических лиц оплатить часть стоимости полученной ими услуги. Оно имеет ряд разновидностей (см. табл. 3.4). Обязательная частичная оплата услуг относится к оплате тех услуг, которые включены в государственный набор. Неофициальные платежи (известные также как «оплата из-под полы» и «оплата в конверте») – это деньги, которые взимаются за услуги или материалы, которые по закону должны быть бесплатными; они распространены в некоторых из «новых» стран ЕС, а также в Греции (Allin, Davaki & Mossialos 2006). Частичная оплата медицинских услуг и неофициальные платежи снижают глубину охвата государственным медицинским обслуживанием и, следовательно, уровень финансовой защиты населения.

из стран, где здравоохранение финансируется главным образом из взносов социального страхования (Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Литва, Люксембург, Нидерланды, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Франция, Чешская Республика и Эстония). Во **вторую** группу входят страны, где здравоохранение финансируется в основном из налогов (Дания, Ирландия, Испания, Италия, Мальта, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия и Швеция). В **третью** группу входят страны, которые все еще в значительной мере опираются на прямые платежи населения (Болгария, Греция, Кипр и Латвия). Основным изменением с 1996 г. является сдвиг от финансирования из налогов в сторону взносов социального страхования в качестве основного механизма финансирования в Болгарии, Литве, Польше и Румынии.

**Государственное финансирование здравоохранения преобладает во всех странах ЕС, за исключением Кипра** (см. рис. 2.3). С 1996 г. государственные расходы (в процентах от общих расходов здравоохранения) в 17 странах ЕС сократились; наиболее выраженным это со-

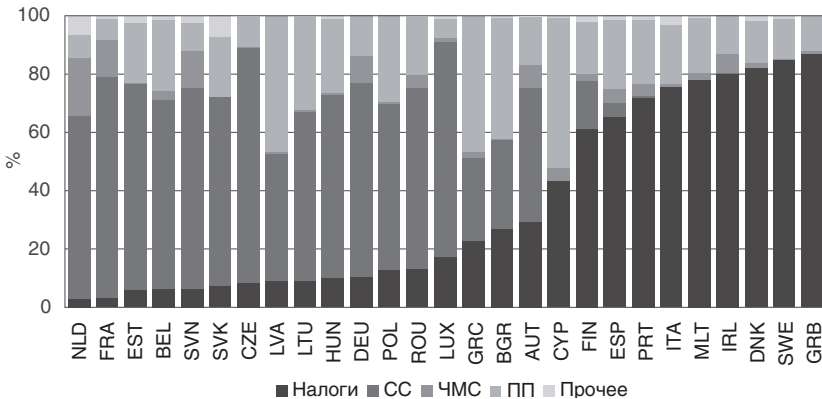
**Рисунок 2.2а.** Распределение механизмов получения средств по странам, 1996 г.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. СС – взносы социального страхования; ЧМС – частное медицинское страхование; ПП – прямые платежи потребителей. СС относится ко всем средствам, поступающим через фонды медицинского страхования, что может включать в себя значительную часть налоговых поступлений.

**Рисунок 2.2б.** Распределение механизмов получения средств по странам, 2005 г.

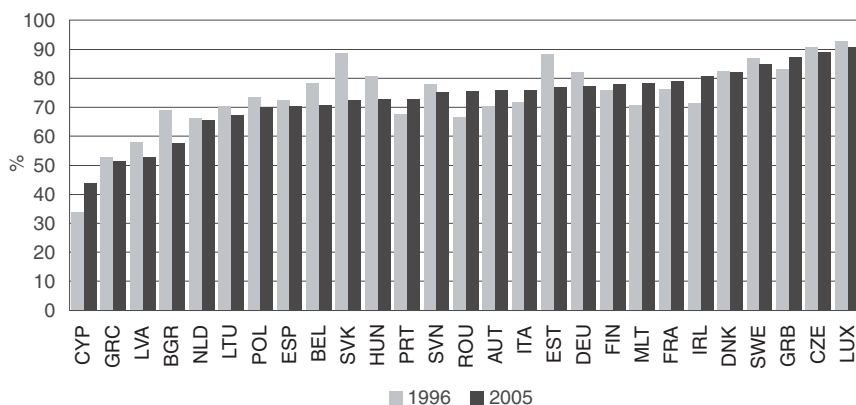


Источник: WHO 2007b.

Примечания. СС – взносы социального страхования; ЧМС – частное медицинское страхование; ПП – прямые платежи потребителей. СС относится ко всем средствам, поступающим через фонды медицинского страхования, что может включать в себя значительную часть налоговых поступлений.

кращение является в Бельгии, Болгарии, Венгрии, Словакии и Эстонии. В 10 странах ЕС государственные расходы возросли, сильнее всего на Кипре, Мальте и в Соединенном Королевстве.

**Рисунок 2.3.** Государственные расходы на здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.



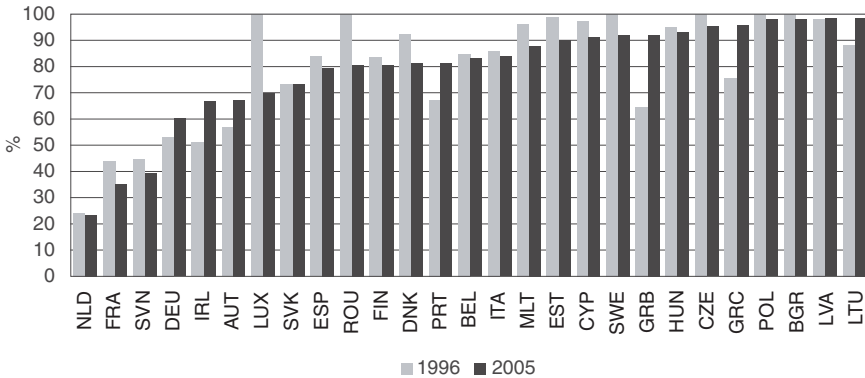
Источник: WHO 2007b.

Относительно данных по расходам на здравоохранение, приведенных на рис. 2.2а и 2.2б, необходимо сделать оговорку: ВОЗ и ОЭСР относят все средства, поступающие из фондов медицинского страхования, ко взносам социального страхования несмотря на то, что через эти фонды часто поступает также значительная часть налоговых отчислений — либо в рамках стратегии смешанного финансирования, либо в виде субсидий на тех, кто не платит взносы социального страхования. Таким образом, в некоторых случаях финансирование может быть более смешанным, чем следует из приводимых нами данных — иными словами, в некоторых странах, где здравоохранение, согласно этим данным, финансируется в основном из взносов социального страхования, на самом деле финансирование может быть смешанным (взносы социального страхования и налоги). Еще одним недостатком подобного вида представления данных является то, что он не позволяет наблюдать за сдвигами финансирования в сторону расширения роли центрального налогообложения. Например, во Франции с 1998 г. свыше трети средств, поступающих из схемы медицинского страхования, приходится на целевой налог с дохода, но данные на рис. 2.2а и 2.2б этого изменения не отражают. Подробнее этот вопрос обсуждается в главе 3.

Во всех странах, кроме Франции и Словении<sup>6</sup>, частное финансирование в значительной степени представлено **прямыми платежами населения** (см. рис. 2.4). Для 18 стран ЕС это второй по значимости механизм финансирования. Однако во всех странах ЕС, исключая

<sup>6</sup> Как и в Нидерландах до реформы 2006 г.

**Рисунок 2.4.** Прямые платежи населения в % от величины частных расходов на здравоохранение в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.

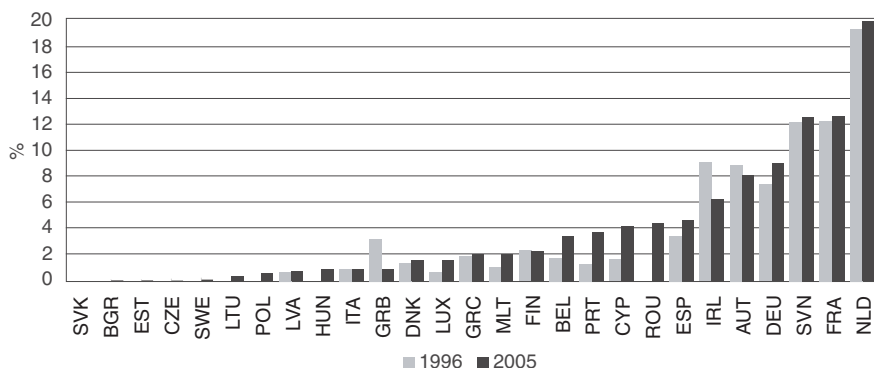


Источник: WHO 2007b.

Болгарию, Грецию, Кипр и Латвию, на эти платежи приходится менее трети общих расходов здравоохранения (см. рис. 2.26). С 1996 г. доля прямых платежей населения в общих расходах на здравоохранение возросла в **15 странах ЕС**. В Бельгии, Болгарии, Венгрии, Греции, Латвии, Литве, Словакии и Эстонии этот рост составил более 5%. На Кипре, Мальте и в Румынии доля прямых платежей населения в общих расходах на здравоохранение значительно сократилась (более чем на 5%).

Из рис. 2.5 видно, что **частное медицинское страхование** во всех «новых» странах ЕС, исключая Словению, и во многих «старых» странах ЕС (Италия, Люксембург, Мальта, Португалия и Швеция) в 1996 г. либо не существовало вовсе, либо вносило в общее финансирование здравоохранения лишь очень незначительный вклад. Хотя в некоторых странах ЕС это устоявшаяся часть системы здравоохранения (особенно в Германии, Ирландии, Нидерландах, Словении и во Франции), в других частное медицинское страхование внедрено лишь недавно. С 2000 г., однако, его доля в общих расходах на здравоохранение выросла **почти во всех** странах ЕС. Исключением являются лишь Австрия, Ирландия, Италия, Словакия, Соединенное Королевство и Финляндия. Вклад, который частное медицинское страхование вносит в общие расходы здравоохранения, в большинстве стран ЕС невелик и превышает 5% лишь в Австрии, Германии, Ирландии, Нидерландах, Словении и во Франции. Однако его влияние на систему здравоохранения в целом может быть значительным даже в тех странах, где оно играет небольшую роль (см. ниже).

**Рисунок 2.5.** Расходы на частное медицинское страхование в % от общих расходов здравоохранения в странах Европейского союза, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. Данные для Нидерландов отражают роль частного медицинского страхования до 2006 г.; в 2006 г. заменяющее частное медицинское страхование было отменено, так что позднейшие величины, скорее всего, будут существенно ниже.

Анализ справедливости в финансировании медицинского обслуживания в 1990-х гг. в странах с высокими доходами показывает, что взносы социального страхования являются пропорциональными (Франция) либо умеренно регрессивными (Германия и Нидерланды) (Wagstaff et al. 1992; Wagstaff et al. 1999). В отличие от этого, в системах здравоохранения, финансируемых преимущественно из налогов, отчисления могут быть прогрессивными (Италия и Соединенное Королевство), пропорциональными (Испания), слегка регрессивными (Дания и Швеция) или умеренно регрессивными (Финляндия и Португалия). Частное медицинское страхование там, где оно играет значительную роль, и где большинство населения полагается на него в медицинском обслуживании (например, в США или Швейцарии), является высоко регрессивным. Дополняющее частное медицинское страхование также регрессивно, особенно там, где покупается людьми со средним доходом, а значит, охватывает достаточно заметную часть населения. Там, где частное медицинское страхование является дополнительным альтернативным или заменяющим и поэтому покупается в основном теми, у кого доход выше среднего, его влияние на финансирование слегка прогрессивно. Однако поскольку услуги, обеспечиваемые частным медицинским страхованием, предоставляются лишь застрахованным, и поскольку оно способно повлиять на распределение средств в государственной системе здравоохранения (см. главу 3), общее влияние на равенство доступа к медицинской помощи, скорее всего, будет отрицательным. Это особенно вероятно там, где более богатые люди,



пользующиеся заменяющим частным медицинским страхованием, не вносят финансовый вклад в обязательное медицинское страхование. Например, суммарное финансирование из всех источников в Германии и Нидерландах было регрессивным, а в Нидерландах выгодным для богатых слоев населения благодаря своему перераспределительному эффекту (что авторы связывают с двойной системой медицинского обслуживания — государственное для тех, у кого заработки низкие, и частное медицинское страхование для людей с более высокими заработками). На протяжении 1990-х гг. частное медицинское страхование в большинстве изученных стран становилось все более регрессивным. Наиболее регрессивным из всех механизмов финансирования являются прямые платежи населения.

### *Регулирование процесса сбора средств*

В тех странах ЕС, где здравоохранение финансируется главным образом из **центральных налогов** (Соединенное Королевство, Ирландия, Мальта и Португалия), ведомство, собирающее налоги, передает собранные средства в Министерство финансов, которое, в свою очередь, переводит средства Министерству здравоохранения. Величина бюджета здравоохранения, таким образом, зависит от политических соображений и договоренностей, достигнутых между Министерством здравоохранения и Министерством финансов. Основным преимуществом такого процесса является то, что при этом можно до некоторой степени контролировать величину государственных расходов на здравоохранение. В некоторых странах, однако, это приводило к обвинениям в недостаточном выделении средств (например, в Соединенном Королевстве в 1990-х гг.) (Robinson 1999).

Там, где основным источником финансирования являются **местные налоги** (Дания, Испания, Италия, Финляндия и Швеция), центральное правительство выделяет местным органам власти или местным органам здравоохранения субсидии, компенсирующие различия в объеме средств, собираемых в разных регионах. Размер субсидий обычно зависит от результата политических переговоров, и компенсация для более бедных регионов может быть недостаточной, что ведет к неравенству в доступе к медицинской помощи на региональном уровне. На величину субсидий центрального правительства может отрицательно влиять также состояние экономики в целом.

**Взносы социального страхования** собираются либо центральным ведомством (Бельгия, Болгария, Латвия, Нидерланды, Польша, Румыния, Франция и Эстония), либо самими фондами медицинского страхования (Австрия, Германия, Греция, Литва, Словакия, Слове-

ния и Чешская Республика). Там, где страховые фонды сами собирают взносы и распоряжаются ими (Австрия, Германия, Греция, Словакия и Чешская Республика), существуют механизмы, направленные на выравнивание доходов либо рисков между различными фондами (исключением является Греция). Процесс выравнивания доходов может вызывать возражения и сопротивление страховых фондов; доля дохода, который подвергается перераспределению, колеблется от 60% в Чешской Республике до 85% в Словакии и 100% в Австрии и Германии. Способность государства полностью собрать налоги или взносы социального страхования может значительно влиять на его способность выделить достаточный объем средств на финансирование здравоохранения. Некоторые из «новых» стран ЕС в последние годы испытывают трудности с этим. Эстония для решения этой проблемы возложила ответственность за сбор средств вместо Эстонского фонда медицинского страхования, как ранее, на центральные налоговые органы (Jesse et al. 2004).

Если не считать Германии и Греции, **размер взносов** устанавливается централизованно, обычно как фиксированная часть дохода для всех категорий населения, хотя в некоторых странах ЕС для определенных групп населения установлен сниженный размер взносов (см. табл. 2.2). Предоставление фондам медицинского страхования права самим устанавливать размер взносов наносит урон равенству в финансировании и равенству доступа, особенно если членство в фонде в значительной степени определяется родом занятий (как в Германии до 1996 г. и в Греции). В Германии с 2009 г. взносы будут устанавливаться централизованно и собираться в общенациональный фонд медицинского страхования; с 2011 г. этот фонд будет отвечать также за сбор самих взносов (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Наличие верхнего предела величины взносов (что есть в большинстве стран ЕС) также подрывает равенство в финансировании, делая взносы из пропорциональных регрессивными.

### Объединение средств

Под объединением средств понимают **накопление выплаченных вперед средств** в интересах населения. Это облегчает покрытие рисков по населению (или по его определенной группе), позволяя использовать средства здоровых людей на оплату стоимости медицинского обслуживания тех, кто в этом нуждается. Это важнейший метод обеспечения равенства доступа к медицинской помощи. Объединением средств могут заниматься самые разные государственные и частные организации (см. табл. 2.3). Основные вопросы, связанные

**Таблица 2.2.** Величина страховых взносов, наличие верхнего предела взносов и их распределение между нанимателями и наемными работниками в странах Европейского союза, 2007 г.

Страна	Величина взноса	Верхний предел	Соотношение величины взносов (НМ/НР)
AUT	Различна – в основном 7,5%	Да	Различно; примерно 50/50
BEL	НР/НМ: 37,8%; сниженные ставки для ГС (7,3%) и СЗ (19,6%)	НР/НМ, ГС – нет; СЗ – да	65,5/34,5; ГС – 52/48
BGR	6%	Нет	70/30 (50/50 в 2009 г.)
CYP	НР/НМ: 12,6%; сниженные ставки для СЗ (11,6%) и Д (10%)	НР/НМ – да	50/50
CZE	НР/НМ: 13,5%; для СЗ взносом облагается только 50% суммарного дохода	НР/НМ – нет; СЗ – да	66/33
DEU	Различна – в среднем почти 15%; с 2009 г. – единая ставка взноса	Да	50/50
EST	13%	Нет	100/0
FRA	13,5% (для лиц с низкими заработками размер взноса снижен); OCC – 5,25% (3,95% с пособий и пенсий)	Нет	94/6
GRC	Различна – в основном 6,45%	Да	66/33
HUN	15% + НМ ежемесячно платит твердую сумму (7,72 €) за каждого работника	Нет	73/27
LTU	3% (НМ) и 30% (НР, СЗ) личного подоходного налога идет на здравоохранение; Ф и МЗ – 3,5% и 1,5% соответственно от минимального заработка; прочие – 10% среднего жалования	Нет	100/0
LUX	5,4%	Да	50/50
LVA	Часть личного подоходного налога идет на здравоохранение	Нет	0/100
NLD	НР/НМ – 6,5%; СЗ – 4,4%; П – 6,5% основной пенсии по старости, 4,4% всех дополнительных пенсий; лица старше 18 лет выплачивают определенную сумму взноса, устанавливаемую страховыми компаниями (в среднем 1106 € в год)	Да	50/50
POL	9%	Нет	0/100
ROU	13,5%	Нет	52/48
SVK	НР/НМ, СЗ – 14% (для инвалидов 7%)	Да	71/29
SVN	НР/НМ, СЗ – 12,92% заработка до налоговых вычетов или пособия по болезни; П – 6,36% от пенсии или пособия по инвалидности	Нет	51/49

*Источники:* серия обзоров Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения «Системы здравоохранения: время перемен»; MISSOC 2007.

*Примечания.* ГС – государственный служащий; Д – имеющий договор добровольного медицинского страхования; МЗ – мелкий землепользователь; НМ – наниматель; НР – наемный работник; OCC – Общий взнос социального страхования (Contribution Sociale Généralisée); П – пенсионер; СЗ – самостоятельно занятый; Ф – фермер.

**Таблица 2.3.** Сбор средств, их объединение и рынок закупки медицинских услуг в странах Европейского союза, 2007 г.

Страна	Структура рынка	Объединения (число)	Покупатели услуг (число)	Схемы выравнивания рисков
AUT	Многочисленные не конкурирующие между собой фонды занимаются сбором средств, их объединением и закупкой услуг	Фонды (21)	Фонды (21)	100% средств фонда подвергается перераспределению с учетом суммы, приходящейся на одного застрахованного, расходов на иждивенцев и пенсионеров, «поправки на крупные города», местоположения фонда
BEL	Централизованный сбор средств. Покупкой услуг занимаются конкурирующие фонды. Свободный выбор фонда (за исключением железнодорожных служащих)	Общациональный фонд (1)	Фонды (7)	30% бюджета фонда распределяется согласно подушевой формуле с учетом страхового статуса (пенсионеры, инвалиды, вдовцы и вдовы), возраста, пола, состава семьи, уровня безработицы, дохода, уровня смертности, степени урбанизации и статуса нетрудоспособности
BGR	Централизованный сбор средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой территориальные фонды	Общациональный фонд (1)	Региональные фонды (28)	Общациональный фонд распределяет средства между 28 региональными фондами, основываясь на численности населения, возрасте, объеме средств в прошлом и оценках потребности в услугах здравоохранения в регионе в будущем
CYP	Централизованный сбор и объединение средств. Единый покупатель услуг. Нет разделения между финансированием и предоставлением медицинской помощи	Общациональный фонд (1)	Организация медицинского страхования (1)	Министерство здравоохранения планирует перевести средства Организации медицинского страхования (реформа еще не завершена)
CZE	Конкурирующие фонды занимаются сбором и объединением средств и закупкой медицинских услуг	Фонды (9)	Фонды медицинского страхования (9)	Общий фонд медицинского страхования перераспределяет 60% средств, основываясь на подушевой формуле с учетом доли пожилых людей (65 лет и старше); планируется переход к 100% перераспределению средств с учетом дополнительных факторов риска

**Таблица 2.3 (продолжение). Сбор средств, их объединение и рынок закупки медицинских услуг в странах Европейского союза, 2007 г.**

Страна	Структура рынка	Объединения (число)	Покупатели услуг (число)	Схемы выравнивания рисков
DEU	Конкурирующие фонды занимаются сбором и объединением средств и закупкой медицинских услуг	Фонды (> 200)	Фонды (> 200)	Различия в величине отчислений, связанные с разными уровнями доходов и величиной трат, выравниваются с помощью поправок на возраст, пол, уровень нетрудоспособности (перераспределяется 100% средств фонда). С 2009 г. средства будут объединяться на общенациональном уровне и распределяться на основе подушевой формулы с учетом возраста, пола и состояния здоровья
DNK	Централизованный и местный сбор средств. Не конкурирующие между собой территориальные покупатели услуг. Нет разделения между финансированием и предоставлением медицинской помощи	Региональные (5). Муниципальные (98)	Регионы (5). Муниципалитеты (98)	Перераспределение между амтами и муниципалитетами с учетом возрастной структуры населения, числа детей в неполных семьях, количества съемных квартир, уровня безработицы, образования, иммиграции, социальной обездоленности и доли пожилых людей
ESP	Централизованный и местный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой территориальные организации. Есть разделение между финансированием и предоставлением медицинской помощи	Региональные (17) и фонды (3)	Регионы (17). Фонды (3)	Центральное правительство переводит средства регионам, основываясь на подушевой формуле с учетом доли населения старше 65 лет и «изолированности». Три паевых фонда, охватывающих государственных служащих, финансируются центральным правительством (70%) и из страховых взносов (30%). Государственная служба здравоохранения охватывает 95% населения, а фонды государственных служащих – оставшиеся 5%
EST	Централизованный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой территориальные фонды	Общенациональный фонд (1)	Региональные фонды (4)	Налоговое ведомство переводит средства общенациональному фонду, который перераспределяет их по четырем региональным фондам с помощью подушевой формулы с учетом возраста

**Таблица 2.3** (продолжение). Сбор средств, их объединение и рынок закупки медицинских услуг в странах Европейского союза, 2007 г.

Страна	Структура рынка	Объединения (число)	Покупатели услуг (число)	Схемы выравнивания рисков
FIN	Централизованный и местный сбор и объединение средств. Не конкурирующие между собой территориальные покупатели услуг. Нет разделения между финансированием и предоставлением медицинской помощи	Муниципальные (416)	Муниципалитеты (416)	Центральное правительство выделяет муниципалитетам субсидии, основываясь на подушевой формуле с учетом возраста, безработицы и заболеваемости, с некоторыми дополнительными критериями для отдаленных районов и островных муниципалитетов. Субсидии составляют 25% муниципальных расходов на здравоохранение
FRA	Централизованный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой фонды, построенные по профессиональному принципу	Общественный фонд (1)	Схемы медицинского страхования (3)	Перевод средств схемам медицинского страхования на основании подушевой формулы с учетом возраста и пола. Схема медицинского страхования охватывает 85% населения
GBR-ENG	Централизованный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой территориальные организации	Общественный фонд (1)	Фонды первичной медицинской помощи (152)	Департамент здравоохранения переводит средства Фондам первичной медицинской помощи, основываясь на подушевой формуле с учетом степени риска
GRC	Министерство финансов и не конкурирующие между собой фонды, построенные по профессиональному принципу, занимаются сбором и объединением средств и закупкой медицинских услуг	Министерство финансов (1). Фонды (> 30)	Министерство финансов и фонды (> 30)	Нет
HUN	Централизованный сбор и объединение средств. Единый фонд занимается закупкой услуг	Общественный фонд (1)	Общественный фонд (1)	Нет
IRL	Централизованный сбор и объединение средств. Единый покупатель услуг. Нет разделения между финансированием и предоставлением медицинской помощи	Общественный фонд (1)	Управление здравоохранения (1)	Нет

**Таблица 2.3 (продолжение). Сбор средств, их объединение и рынок закупки медицинских услуг в странах Европейского союза, 2007 г.**

Страна	Структура рынка	Объединения (число)	Покупатели услуг (число)	Схемы выравнивания рисков
ITA	Централизованный и местный сбор средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой территориальные фонды	Региональные (20)	Региональные органы здравоохранения (20)	Государственный накопительный фонд, управляемый Министерством здравоохранения, переводит средства регионам на основании величины населения, налоговой базы, расходов на медицинское обслуживание и немедицинских расходов здравоохранения
LTU	Единый фонд занимается сбором и объединением средств и закупкой услуг	Общенациональный фонд (1)	Региональные фонды (5)	Общенациональный фонд медицинского страхования переводит средства пяти региональным фондам
LUX	Централизованный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой фонды, построенные по профессиональному принципу	Общенациональный фонд (1)	Фонды (9)	Союз фондов медицинского страхования имеет фонд рисков, предназначенный для того, чтобы покрывать дефицит средств в некоторых фондах избытком средств в других
LVA	Централизованный сбор и объединение средств. Единый фонд занимается закупкой услуг	Общенациональный фонд (1)	Региональные фонды (8)	Общенациональный фонд медицинского страхования переводит средства восьми региональным фондам на основании численности населения и его возрастной структуры
MLT	Централизованный сбор и объединение средств и закупка услуг. Нет разделения между финансированием и предоставлением медицинской помощи	Общенациональный фонд (1)	Министерство здравоохранения (1)	Нет
NLD	Централизованный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются конкурирующие фонды	Общенациональный фонд (1)	Фонды (19)	Перераспределяется 100% средств на основании подушевой формулы с учетом возраста, пола, потребления лекарственных средств и основных диагностических групп
POL	Централизованный сбор и объединение средств. Единый фонд занимается закупкой услуг	Общенациональный фонд (1)	Общенациональный фонд (1)	Нет

**Таблица 2.3 (окончание).** Сбор средств, их объединение и рынок закупки медицинских услуг в странах Европейского союза, 2007 г.

Страна	Структура рынка	Объединения (число)	Покупатели услуг (число)	Схемы выравнивания рисков
PRT	Централизованный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой территориальные организации	Общациональный фонд (1)	Региональные органы здравоохранения (5)	Министерство здравоохранения переводит средства регионам и больницам. Региональные бюджеты первичной медицинской помощи рассчитываются на основе прошлогодних расходов (40%) и подушевой формулы (60%) с учетом возраста, пола и индекса заболеваемости, который рассчитывается на основе региональной распространенности артериальной гипертонии, сахарного диабета, стрессовых расстройств и артрита
ROU	Централизованный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой фонды, построенные по территориальному и профессиональному принципу	Общациональный фонд (1)	Региональные фонды (42). Профессиональные фонды (2)	Общациональный фонд переводит средства 42 региональным и 2 профессиональным фондам на основе подушевой формулы с учетом факторов риска. Региональные фонды собирают взносы с самостоятельно занятых.
SVK	Конкурирующие фонды занимаются сбором и объединением средств и закупкой услуг	Фонды (6)	Фонды (6)	Подвергается перераспределению 85% средств фонда с учетом возраста и пола застрахованных
SVN	Единый фонд занимается сбором и объединением средств и закупкой услуг	Общациональный фонд (1)	НИМС (1)	Нет
SWE	Централизованный и местный сбор и объединение средств. Покупкой услуг занимаются не конкурирующие между собой территориальные организации. Есть разделение между финансированием и предоставлением медицинской помощи	Окружные (21). Муниципальные (290)	Округа (21). Муниципалитеты (290)	Центральное правительство распределяет средства, основываясь на различиях в средних подушевых расходах на медицинское обслуживание, плюс поправки на возраст, пол, семейное положение, род занятий, доход, жилищные условия и принадлежность к группам населения с высоким потреблением ресурсов здравоохранения

*Источники:* серия обзоров Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения «Системы здравоохранения: время перемен»; собственные исследования авторов.

*Примечания.* НИМС – Национальный институт медицинского страхования.



с объединением средств, касаются таких аспектов структуры рынка, как число и размер фондов в системе здравоохранения, а также наличие либо отсутствие конкуренции между ними. В целом, чем крупнее фонды и чем меньше их число, тем легче достичь равного доступа к медицинской помощи и управленческой эффективности. То, каким образом собранные средства объединяются и переводятся поставщикам медицинских услуг, влияет также на эффективность и рентабельность организации медицинского обслуживания.

### *Структура рынка*

В большинстве стран ЕС все государственные средства, предназначенные для здравоохранения, объединяются на национальном уровне, иными словами, в единый фонд (см. табл. 2.3). Исключением являются те страны, в которых здравоохранение финансируется из местных налогов, и те, в которых отдельные страховые фонды сами собирают свои взносы. В первом случае обычно существуют схемы перераспределения средств между регионами, позволяющие компенсировать недостаток средств у более бедных регионов, где налоговая база меньше. Во втором случае число страховых фондов различно: в Словакии 5, в Чешской Республике 9, в Австрии 21, в Греции более 30, а в Германии около 290. В этих странах (за исключением Греции) также предпринимаются усилия по перераспределению средств с целью компенсировать недостаток средств в фондах, объединяющих более бедных людей или людей с плохим здоровьем (например, пожилых). Доля средств, которые подвергаются перераспределению, колеблется от 60% в Чешской Республике до 85% в Словакии и 100% в Австрии и Германии. Таким образом, в Австрии и Германии на деле имеется единый общенациональный фонд. Чешская Республика планирует в будущем перераспределять 100% средств, а в Германии с 2009 г. взносы социального страхования будут собираться централизованно новым общенациональным фондом медицинского страхования. В некоторых странах (Австрия) снижение рентабельности, связанное с тем, что каждый страховой фонд сам собирает взносы, может искупаться культурными факторами (например, чувство принадлежности к одному и тому же фонду). Конкуренция между органами, занимающимися объединением средств (они же обычно занимаются и закупкой медицинских услуг), в ЕС – случай сравнительно редкий (см. ниже).

### **Закупка медицинских услуг**

Закупка медицинских услуг означает **перевод собранных и объединенных средств поставщикам услуг в интересах населения**. То, как

производится закупка услуг, имеет большое значение для рентабельной организации медицинского обслуживания и его высокого качества. Это может сказаться также на равенстве доступа к медицинской помощи и управленческой эффективности и, возможно, оказать заметное влияние на способность сдерживать расходы и финансовую устойчивость. Покупкой медицинских услуг могут заниматься различные ведомства. Ключевыми вопросами здесь являются структура рынка и механизмы закупки услуг (например, процесс заключения контрактов, оплата труда медицинских работников, контроль и наблюдение).

### *Структура рынка*

Там, где здравоохранение финансируется главным образом из **взносов социального страхования**, закупкой медицинских услуг у государственных и частных поставщиков услуг занимаются фонды медицинского страхования. В этих странах отношения между покупателями и поставщиками услуг традиционно строятся на заключении контрактов. Там, где здравоохранение финансируется главным образом из **налогов**, закупкой услуг обычно занимаются территориальные ведомства (региональные или местные органы здравоохранения либо специально созданные организации, такие как Фонды первичной медицинской помощи в Англии; см. табл. 2.3). Однако в Ирландии, на Кипре и на Мальте закупка услуг осуществляется централизованно. В Дании, Ирландии, Финляндии, на Кипре и на Мальте финансирование и предоставление медицинской помощи не отделены друг от друга. Подобное разделение введено в Англии, Италии, Португалии и в некоторых областях Испании и Швеции.

**Конкуренция между покупателями медицинских услуг** в ЕС встречается сравнительно редко. Она существует в Бельгии, а в 1990-х гг. была введена в Чешской Республике и Словакии и распространена на все население Германии и Нидерландов. При наличии конкуренции между фондами медицинского страхования у них появляется стимул отбирать людей со сравнительно низким средним риском плохого здоровья и избегать тех, у кого высок уровень риска, что может сказаться на равенстве доступа к медицинской помощи. Для борьбы с этим существуют **механизмы выравнивания рисков**, согласно которым страховые фонды получают за людей с высоким уровнем риска компенсацию. Однако выравнивание рисков сложно и с технической, и с политической точки зрения и часто сопряжено с высокими операционными издержками (Puig-Junoy 1999; van de Ven & Ellis 1999; van de Ven et al. 2003; van de Ven et al. 2007).

### *Оплата труда медицинских работников*

В табл. 2.4 перечислены методы оплаты труда медицинских работников в странах ЕС. Оплата может быть **проспективной либо ретро-спективной**. Проспективная оплата имеет форму бюджета и может способствовать сдерживанию расходов, в зависимости от того, является ли бюджет «жестким» (с наказаниями за перерасход) или «мягким» (без таких наказаний). Проспективные методы оплаты включают жалование, оплату по числу больных (фиксированная сумма за каждого больного, который зарегистрирован у определенного поставщика медицинских услуг или проживает в определенной местности) и постатейные либо глобальные бюджеты. Ретро-спективная оплата производится после оказания медицинских услуг, обычно в виде оплаты по объему оказанных услуг либо (вариант этой схемы) по числу законченных случаев лечения, которые распределяются по группам (так называемые клинико-статистические группы).

В системе первичной медицинской помощи в ЕС чаще всего применяется сочетание оплаты по числу больных и по объему оказанных услуг. Специалистам там, где здравоохранение финансируется в основном из взносов социального страхования, чаще платят по объему оказанных услуг, а в системах, финансируемых главным образом из налогов, они обычно получают жалование. У больниц, как правило, имеется бюджет, но все чаще применяется оплата по числу случаев госпитализации, либо при составлении бюджета, либо как ретро-спективная система оплаты (с наличием потолка выплат или без него).

### **Охват населения, набор услуг и распределение затрат**

Все, что касается охвата населения медицинским обслуживанием, объема оплачиваемых услуг и глубины охвата медицинской помощью (доля стоимости услуги, которая оплачивается), играет важную роль в определении степени финансовой защиты в системе здравоохранения и степени равенства доступа к медицинской помощи. То, как формируется набор услуг, может оказать существенное влияние на рентабельность финансирования. Решения, касающиеся права на обслуживание и набора услуг, влияют также на прозрачность и подотчетность. Помимо финансовой защиты величина частичной оплаты медицинских услуг и схема такой оплаты (в том числе наличие льгот) влияют на справедливость в финансировании и равенство доступа к медицинской помощи. При слишком высоком уровне частичной оплаты финансовая защита может быть нару-

**Таблица 2.4. Методы оплаты труда медицинских работников в странах Европейского союза, 2007 г.**

Страна	Первичная медицинская помощь (врачи общей практики)	Специалисты (амбулаторная практика)	Специалисты (в стационаре)	Больницы (общего профиля)
AUT	Минимальная ставка (80%) + оплата по объему оказанных услуг (с заключением контракта или без него)	Минимальная ставка (50%) + оплата по объему оказанных услуг (с заключением контракта или без него)	Жалованье + надбавки	Оплата по числу случаев госпитализации с ретроспективными поправками числа набранных баллов
BEL	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
BGR	По числу зарегистрированных + надбавки	Оплата по объему оказанных услуг	Жалованье + надбавки	Оплата по числу случаев госпитализации + общие бюджеты
CYP	Жалованье (государственные), оплата по объему оказанных услуг (частные)	Жалованье (государственный сектор), оплата по объему оказанных услуг (частный сектор)	Жалованье	Общие бюджеты
CZE	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг с верхним пределом выплат	Жалованье	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
DEU	Оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг	Оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг	Жалованье	Общие бюджеты, оплата по числу случаев госпитализации + суточная ставка госпитализации
DNK	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
ESP	Жалованье + оплата по числу зарегистрированных с учетом возраста (15%)	Жалованье	Жалованье	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
EST	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по числу случаев госпитализации

**Таблица 2.4 (продолжение). Методы оплаты труда медицинских работников в странах Европейского союза, 2007 г.**

Страна	Первичная медицинская помощь (врачи общей практики)	Специалисты (амбулаторная практика)	Специалисты (в стационаре)	Больницы (общего профиля)
FIN	Жалование + оплата по объему оказанных услуг либо сочетание жалования, оплаты по числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг для личных врачей (государственный сектор), оплата по объему оказанных услуг (частный сектор)	Жалование + оплата по объему оказанных услуг (государственный и частный сектор)	Жалование + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по числу случаев госпитализации
FRA	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
GBR-ENG	По числу зарегистрированных с учетом других факторов + оплата по объему оказанных услуг + оплата по качеству деятельности	н/д	Жалование (ГСЗ)	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
GRC	Жалование + оплата по объему оказанных услуг (государственный и частный сектор)	Как и для первичной медицинской помощи	Жалование + оплата по объему оказанных услуг	Общие бюджеты, суточная ставка госпитализации + оплата по числу случаев госпитализации
HUN	По числу зарегистрированных с учетом других факторов + поправки, основанные на характеристиках практики	Оплата по объему оказанных услуг с верхним пределом для медицинских организаций, но для врачей главным образом жалование	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации
IRL	По числу зарегистрированных с учетом других факторов + оплата по объему оказанных услуг	н/д	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации

**Таблица 2.4 (продолжение). Методы оплаты труда медицинских работников в странах Европейского союза, 2007 г.**

Страна	Первичная медицинская помощь (врачи общей практики)	Специалисты (амбулаторная практика)	Специалисты (в стационаре)	Больницы (общего профиля)
ITA	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг + оплата по качеству деятельности (также для педиатров)	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации + оплата по числу больных
LTU	По числу зарегистрированных с учетом возраста	Оплата по числу законченных случаев лечения	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
LUX	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Главным образом по объему оказанных услуг	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации + надбавки
LVA	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг либо по числу законченных случаев лечения	Жалование + оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг	Оплата по числу случаев госпитализации, суточная ставка госпитализации + оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг
MLT	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг	н/д	Оплата по объему оказанных услуг с верхним пределом (65%) либо жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
NLD	Жалование	Жалование	Жалование	Общие бюджеты
POL	По числу зарегистрированных с учетом возраста	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации
PRT	Жалование (ГСЗ) + оплата по числу зарегистрированных + оплата по качеству деятельности	Жалование (ГСЗ)	Жалование (ГСЗ)	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
ROU	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг (15%)	Оплата по объему оказанных услуг (гибкая система баллов)	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации + оплата по объему оказанных услуг

**Таблица 2.4 (окончание).** Методы оплаты труда медицинских работников в странах Европейского союза, 2007 г.

Страна	Первичная медицинская помощь (врачи общей практики)	Специалисты (амбулаторная практика)	Специалисты (в стационаре)	Больницы (общего профиля)
SVK	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг (50%)	Оплата по объему оказанных услуг	Жалованье	Оплата по числу случаев госпитализации
SVN	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг с верхним общенациональным пределом суммы выплат	Жалованье	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
SWE	Жалованье либо оплата по числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг в определенном объеме	Жалованье	Жалованье	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации

*Источники:* серия обзоров Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения «Системы здравоохранения: время перемен»; собственные исследования авторов.

*Примечания.* ГСЗ – Государственная служба здравоохранения; н/д – нет данных.

шена, а финансирование здравоохранения может стать более регрессивным (иными словами, на бедные слои населения ляжет большее финансовое бремя).

#### *Кто имеет право на медицинское обслуживание?*

Наиболее часто основой для права на получение медицинской помощи в странах ЕС является **проживание** в стране; это означает полный или практически полный охват медицинским обслуживанием в большинстве стран ЕС. Исключениями являются Германия (88% населения охвачено государственным обслуживанием и еще 10% частным), Греция (95% охват), Австрия (98%), Бельгия, Люксембург и Испания (по 99%).

Полный охват медицинским обслуживанием в странах ЕС, где финансирование осуществляется главным образом через взносы социального страхования, достигнут сравнительно недавно (например, в Бельгии к 1998 г., во Франции к 2000 г., в Нидерландах к 2006 г.) и является результатом постепенного процесса расширения охвата. В этих странах право на медицинское обслуживание часто зависит

от выплаты отчислений, в том числе за тех, кто не платит взносов социального страхования, — теми, кто платит, либо государством. Однако в последние годы во многих из этих стран правительство изменило подход, и теперь для получения медицинской помощи достаточно проживания в стране.

Напротив, в странах ЕС, где здравоохранение финансируется из налогов, полный охват медицинским обслуживанием является одной из ключевых черт. Государственная служба здравоохранения в Соединенном Королевстве, созданная в 1948 г., первой добилась полного охвата комплексным медицинским обслуживанием. В скандинавских странах это было достигнуто во второй половине XX века; за этим последовало появление ведомств, сходных с Государственной службой здравоохранения, в Италии и Португалии (1979 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). В Греции, однако, подобная служба так и не была развернута полностью, и на практике право на медицинское обслуживание зависит от уплаты взносов социального страхования.

### *Набор услуг*

Системы здравоохранения ЕС предоставляют обширный набор услуг, куда обычно входят профилактика и услуги общественного здравоохранения, первичная медицинская помощь, специализированное лечение (амбулаторно и в стационаре), назначение лекарственных средств, психиатрическая помощь, стоматологическое обслуживание, реабилитация, сестринская помощь и уход на дому. Между разными странами ЕС есть некоторые **различия** в наборе услуг и степени их частичной оплаты потребителем. В некоторых странах ЕС существует разрыв между тем, что «официально» оплачивается, и тем, что доступно в действительности.

Медицинские услуги могут быть сведены в набор услуг. **Четко определенный набор услуг** характерен для стран ЕС, где здравоохранение финансируется главным образом из взносов социального страхования. Там, где здравоохранение финансируется из налогов, оплачиваемые государством услуги обычно четко **не определены**. Например, Государственная служба здравоохранения Соединенного Королевства оказывает «комплексное» обслуживание, и государственный секретарь по здравоохранению отвечает за предоставление услуг, которые считает необходимыми для того, чтобы удовлетворять всем «разумным требованиям» (Robinson 1999). Однако даже в тех странах, где существует четко определенный набор услуг, определения обычно относятся к достаточно широким категориям услуг (Polikowski & Santos-Eggimann 2002). Степень «разработанности»



набора услуг также различается между разными странами; в одном исследовании страной, где набор услуг разработан наиболее подробно, названа Польша, а страной с наиболее расплывчато сформулированным набором услуг — Германия (Schreyögg et al. 2005).

#### *Частичная оплата медицинских услуг*

**Во всех странах ЕС** существует частичная оплата потребителями медицинских услуг, входящих в основной набор (см. табл. 2.5). Она применяется для того, чтобы нормировать доступ к медицинским услугам, снижая спрос на них, и чтобы увеличить поступление средств на здравоохранение. Чаще всего частичная оплата применяется при амбулаторном назначении лекарственных средств и в отношении стоматологической помощи, а также при амбулаторном и стационарном лечении.

Частичная оплата принимает различные формы и часто сопровождается механизмами, призванными защитить доход некоторых или всех членов общества. **Механизмы защиты** включают в себя: снижение размера оплаты, освобождение от нее, скидки в случае оплаты, произведенной заранее, годовой потолок выплат, налоговые скидки на частные медицинские расходы, дополняющее частное медицинское страхование, которое покрывает частичную оплату медицинских услуг, замена частных рецептов на лекарственные средства государственными, производимая врачами, и замена патентованных лекарственных средств непатентованными, производимая врачами либо фармацевтами.

#### *Неофициальные платежи*

В некоторых странах ЕС распространенность неофициальных платежей, дополняющих или замещающих официальную частичную оплату медицинских услуг, представляет угрозу для реформ здравоохранения (Balabanova & McKee 2002; Lewis 2002a; Murthy & Mossialos 2003; Allin, Davaki & Mossialos 2006). Неофициальные платежи могут иметь различную форму, от предварительной оплаты услуги наличными до подарка впоследствии. В самом худшем случае они могут быть разновидностью коррупции, вредить официальным системам оплаты медицинских услуг и ухудшать доступ к медицинской помощи (Ensor and Duran-Moreno 2002; Ensor 2004). В переходный период после краха советской системы во многих из «новых» стран ЕС заработная плата медицинских работников была низкой и часто выплачивалась с задержками. Неофициальные платежи позволяли персоналу продолжать работать и оказывать медицинские услуги в перио-

**Таблица 2.5.** Частичная оплата медицинских услуг потребителями в странах Европейского союза, 2007 г.

Страна	ОП и специалисты амбулаторно	Стационарное лечение	Лекарственные средства	Стоматологиче- ские услуги
AUT	✓	✓	✓	✓
BEL	✓	✓	✓	✓
BGR	✓	✓	✓	✓
CYP	✓	✓	✓	✓
CZE	x	x	✓	✓
DEU	✓	✓	✓	✓
DNK	x	x	✓	✓
ESP	x	x	✓	✓
EST	✓	✓	✓	✓
FIN	✓	✓	✓	✓
FRA	✓	✓	✓	✓
GBR-ENG	x	x	✓	✓
GRC	x	x	✓	✓
HUN	✓	✓	✓	✓
IRL	✓	✓	✓	✓
ITA	x	x	✓	✓
LTU	x	x	✓	✓
LUX	✓	✓	✓	✓
LVA	✓	✓	✓	✓
MLT	✓	✓	✓	✓
NLD	x	x	✓	✓
POL	x	x	✓	✓
PRT	✓	✓	✓	✓
ROU	x	x	✓	x
SVK	✓	✓	✓	✓
SVN	x	x	✓	✓
SWE	✓	✓	✓	✓

*Источник:* Thomson, Mossialos & Jemai 2003, с изменениями.

*Примечание.* ОП – врачи общей практики.

ды экономических трудностей. Однако требование денег за услуги приводило также к тому, что те, кто платить не мог, не имели доступа к медицинской помощи. Сильнее всего обычно страдали люди с низкими доходами и с хроническими заболеваниями.

## Глава 3

# Реформы финансирования здравоохранения: пути, тенденции и результаты

Эта глава содержит обзор реформ финансирования здравоохранения в странах ЕС. Выделены некоторые ключевые пути реформ, касающихся сбора и объединения средств, закупки медицинских услуг, охвата медицинским обслуживанием, набора услуг и распределения затрат; исследованы предпосылки и возможные результаты различных реформ; описаны наблюдаемые тенденции; обсуждается влияние реформ на цели политики здравоохранения и устойчивость финансирования.

### **3.1 Увеличение поступления средств и изменения в соотношении механизмов их сбора**

Столкнувшись с ростом расходов на здравоохранение и не желая для покрытия этого роста увеличивать налоги, политики могут искать «новые» источники финансирования либо совершенствовать существующую систему сбора средств. Как мы отметили в предыдущей главе, средства на здравоохранение поступают из двух источников: от частных лиц и корпораций (хотя могут поступать через неправительственные организации). Поэтому поиск дополнительного финансирования на деле сводится к поиску механизмов сбора средств, которые превосходят существующие либо опираются на более широкую доходную базу. В этой главе рассмотрено, как можно увеличить сбор средств, используя существующие механизмы — либо подняв верхний предел отчислений, либо собирая их более полно. Далее рассматриваются реформы, расширяющие до-

ходную базу путем изменения соотношений между различными механизмами сбора средств — во-первых, расширение роли взносов социального страхования, центральных или местных налогов, а также расширение частного финансирования (в виде частного медицинского страхования и частичной оплаты медицинских услуг потребителями).

## Увеличение поступления средств

### *Увеличение верхнего предела отчислений*

Наличие верхнего предела отчислений (что широко распространено в ЕС) ограничивает объем средств, поступающих от более богатых людей, и нарушает справедливость в финансировании, поскольку делает отчисления более регрессивными. Венгрия и Эстония отменили верхний предел отчислений, чтобы увеличить поступление средств. При прочих равных условиях это укрепляет также справедливость в финансировании.

### *Единое ведомство, отвечающее за сбор средств*

Там, где сбором средств занимаются фонды медицинского страхования, могут возникнуть две проблемы. **Во-первых**, объем собираемых средств может быть недостаточным, если фонды не способны собрать взносы полностью. Неспособность взыскать средства представляла особенно большую проблему в Венгрии и Эстонии; в обоих случаях это привело к тому, что ответственность за сбор средств вместо Национального фонда медицинского страхования была возложена на центральную налоговую службу (в 1998 г. в Венгрии и в 1999 г. в Эстонии). Венгрия ввела у себя также интерактивную электронную систему, позволяющую проверить, внесены ли средства теми, кто пользуется услугами здравоохранения.

**Во-вторых**, трудности может представлять внедрение механизма выравнивания рисков на уровне, достаточном, чтобы компенсировать затраты фондам, где много застрахованных с высоким уровнем риска. В Румынии, например, только 25% средств, поступающих из 42 районных и 2 профессиональных страховых фондов, подвергались перераспределению, результатом чего было снижение равенства доступа к медицинскому обслуживанию. Согласно исследованиям, уровни риска для застрахованных в профессиональных и в территориальных фондах различались, поэтому доход профессиональных фондов почти на треть превышал доход районных фондов и составлял 57% дохода системы медицинского страхования в целом

(несмотря на то что они охватывали лишь 10% населения) (Vladescu et al. 2000). В 2002 г. румынское правительство передало функции сбора взносов у работающих по найму общенациональной налоговой службе, таким образом создав единый фонд средств. Он переводит ресурсы районным и профессиональным фондам из расчета на каждого застрахованного с учетом степени риска, однако районные фонды продолжают собирать взносы с самостоятельно занятых.

Если фонды медицинского страхования сами устанавливают размер взносов, это также может повредить равенству доступа к медицинской помощи, особенно в тех случаях, когда членство в страховом фонде основывается на роде занятий. У фондов, объединяющих группы профессионалов, скорее всего, будет гораздо ниже соотношение между поступлением средств и расходами, чем у фондов, в которых числятся работники физического труда; следовательно, они смогут устанавливать более низкий размер взносов, что может нарушить справедливость в финансировании и равенство доступа к медицинской помощи. В Германии в 1990-х гг. была внедрена конкуренция между страховыми фондами с целью добиться схождения размера взносов (см. ниже). Хотя поначалу эти меры были успешными, с течением времени размер взносов начал расходиться опять, и в 2006 г. правительство начало крупную реформу: с 2009 г. страховые взносы устанавливаются центральным ведомством (Федеральное управление страхования), а собранные средства поступают в новый общенациональный фонд медицинского страхования. Сами взносы в первое время по-прежнему будут собирать отдельные страховые фонды, но в перспективе эта функция перейдет к общенациональному фонду. Он будет заниматься также распределением средств, что может помочь преодолеть сопротивление механизмам выравнивания рисков.

Крупная административная реформа 2007 г. в Дании привела к образованию из прежних 14 амтов пяти новых регионов, а также сокращению числа муниципалитетов с 275 до 98. Были также отменены права амтов по сбору налогов; ответственность за финансирование здравоохранения была возложена вместо региональных и местных властей, как ранее, на центральное правительство. Сокращение числа заинтересованных сторон вместе с отменой местных налогов укрепило позиции центрального правительства в распределении ресурсов на местах и поэтому может помочь сгладить региональные неравенства в доступе к медицинской помощи.

Реформы, которые улучшают собираемость средств, способствуют достижению фискальной устойчивости, поскольку помогают уве-

личить количество средств, выделяемых на здравоохранение. Они могут укрепить также фискальную и политическую стабильность, если повышают доверие населения к здравоохранению, а это, в свою очередь, может увеличить готовность населения платить.

### Изменение соотношения между различными механизмами сбора средств

#### *Усиление опоры на взносы социального страхования*

В 1990-х гг. все «новые» страны ЕС Центральной и Восточной Европы ввели у себя целевые взносы социального страхования, основанные на величине заработка (Венгрия в 1990 г., Эстония в 1992 г., Чешская Республика и Словения в 1993 г., Словакия в 1994 г., Литва в 1997 г., Латвия в 1998 г., Болгария, Польша и Румыния в 1999 г.). Это было сделано по целому ряду причин политического и экономического характера: обозначать таким образом переход к независимости; вернуться к системе, имевшейся до советского периода; повысить прозрачность и подотчетность путем создания новых, отделенных от правительства, учреждений и путем установления более четкой связи между отчислениями и услугами; облегчить отделение друг от друга финансирования и оказания медицинской помощи; поддержать приватизацию в медицинском обслуживании; увеличить роль частного финансирования; получить дополнительные средства путем расширения доходной базы (Preker, Jakab & Schneider 2002). В политических дебатах, проходивших в это время, значительную роль играли международные организации, которые в ряде стран, возможно, повлияли на исход дебатов (Ensor & Thompson 1998).

Результат этих реформ неоднозначен. Из рис. 2.2а и 2.2б следует, что взносы социального страхования не дополнили средства, получаемые с помощью налогообложения, а скорее заместили их; из диаграмм видно, что доля общих расходов на здравоохранение, получаемая за счет налогов, в некоторых странах резко сократилась. Однако, как мы отмечали в главе 2, то, как представлены данные ВОЗ и ОЭСР по расходам на здравоохранение, не дает возможности подробно проанализировать изменения в финансировании в тех случаях, когда средства проходят через фонды медицинского страхования. Все такие средства классифицируются как взносы социального страхования, поэтому мы не можем точно определить, какая их часть действительно идет из взносов социального страхования, а какая — из общего налогообложения. Во многих из этих стран взносы социального страхования составляют недостаточную величину, и

налоги продолжают играть важную роль в финансировании здравоохранения либо в виде явно выраженной политики смешанного финансирования, либо через субсидии на тех, кто не платит взносы социального страхования. Хотя общие расходы на здравоохранение в этих странах, как правило, выросли (как и в большинстве других стран ЕС), это часто обусловлено ростом частного финансирования, а не государственного.

Обращение к социальному страхованию, по-видимому, не укрепляет финансовую защиту, в основном потому, что не предотвращает роста прямых платежей населения. Большинство «новых» стран ЕС, пошедших по этому пути, с конца 1990-х гг. сознательно ввели частичную оплату медицинских услуг или расширили ее применение, главным образом чтобы получить дополнительные средства. Исследования начала—середины 1990-х гг., посвященные равенству в финансировании, показывают, что взносы социального страхования являются пропорциональными (Франция) либо умеренно регрессивными (Германия и Нидерланды) (Wagstaff et al. 1992; Wagstaff et al. 1999). На основании этого можно предположить, что переход к системе взносов социального страхования может отрицательно повлиять на равенство в финансировании по сравнению с системой, основанной на налогах. Возможны опасения относительно того, как система финансирования, основанная на взносах, повлияет на равенство доступа к медицинской помощи. Однако во многих из «новых» стран ЕС уплата взносов не является условием доступа к медицинской помощи, так что право на нее официально или по факту является всеобщим. Расширение роли социального страхования должно было повысить прозрачность и подотчетность финансирования, но достигнуты ли эти цели, вызывает сомнения. Теоретически вопрос о праве на доступ стал более ясным, но на практике малая доступность некоторых медицинских услуг и широкая распространенность неофициальных платежей продолжали мешать реформам (см. ниже).

Расширение роли взносов социального страхования, по-видимому, не укрепляет фискальную устойчивость. В «новых» странах ЕС это в значительной степени обусловлено экономической и фискальной обстановкой: условия рынка труда там очень плохо согласуются со взносами, основанными на занятости. Между 1990 и 1997 гг. ВВП в реальных ценах во многих странах снизился, что привело к снижению зарплаток и росту разрывов в доходах. В то же время высокий уровень безработицы сократил доходную базу; для самостоятельно занятых и сельскохозяйственных рабочих величина взносов часто

была ниже (и сборы, основанные на доходе с собственных слов, чаще всего были низкими); хронический дефицит бюджета ограничивал возможность выделения средств из бюджета или из фондов помощи безработным и пенсионным фондам, чтобы покрыть взносы государственных служащих и неработающих. Помимо этого размер теневой экономики в сочетании со слабой налоговой дисциплиной приводил к повсеместному уклонению от уплаты налогов и взносов социального страхования. В некоторых странах ЕС фонды медицинского страхования оказались на грани банкротства (Derpe & Oreskovic 1996). С 2000 г. ситуация улучшилась, уровни безработицы в нескольких странах ЕС быстро снижаются (см. рис. 1.2), но это может быть нивелировано значительным ростом теневой экономики (см. рис. 1.3).

Одним из уроков этого может стать то, что возможные плюсы системы социального страхования — например, создание новых ведомств, занимающихся закупкой медицинских услуг, отделенных от государства и поставщиков медицинских услуг, — можно сохранить даже при финансировании здравоохранения из налогов. Собственно говоря, поиск путей, способствующих сохранению средств, поступающих из налогообложения, после введения новых механизмов сбора средств, может быть необходим как для того, чтобы обеспечить достаточный объем средств для системы социального страхования, так и для того, чтобы преодолеть некоторые из ее недостатков, например, опору на отчисления, основанные на занятости.

Этот урок относится в равной степени и к «старым» странам ЕС, где финансирование осуществляется в основном за счет взносов социального страхования. Конечно, экономическая и фискальная обстановка в этих странах не столь напряжена. Тем не менее рост безработицы, рост теневой экономики, беспокойство о международной конкурентоспособности и рост доли неработающего населения вызывают сомнения в том, целесообразно ли продолжать опираться почти исключительно на отчисления, основанные на занятости. В свете этого кажется маловероятным, что какая-либо из стран будет сейчас серьезно рассматривать расширение роли отчислений, связанных с занятостью, в финансировании здравоохранения. Некоторые страны, где подобная система уже существует (например, Франция и Германия), на протяжении нескольких лет испытывают значительный дефицит бюджета здравоохранения. Во Франции реформы, направленные на повышение устойчивости (например, введение верхнего предела государственных расходов на здравоохранение), в прошлом не приносили особого успеха, и пока



неизвестно, будут ли более успешными изменения, введенные нынешней администрацией. Устойчивость является проблемой также в Германии, но пока рано говорить, принесут ли реформы, проведенные в 2006 г., желаемый результат.

### *Расширение роли центрального налогообложения*

Налоги играют роль в финансировании здравоохранения во многих странах, где основу финансирования составляют взносы социального страхования (см. рис. 2.2б). В некоторых странах наличие крупного бюджетного дефицита в этой области побудило государство расширить доходную базу, что привело к усилению опоры на налоги. Франция в 1998 г. заменила большую часть взносов от работающих, основанных на величине заработка, налогом, основанным на доходе (общий взнос социального страхования, Contribution Sociale Généralisée, введен в 1990 г. с целью финансирования социального обеспечения). В 2000 г. этот налог составлял 34,6% от поступлений схемы медицинского страхования (Sandier et al. 2004)<sup>7</sup>. В Германии с 2006 г. впервые внедрена схема перевода налогов фондам медицинского страхования в качестве покрытия взносов за детей (Lisac 2006). В Дании в 2006 г. также была внедрена система финансирования через налоговые дотации (система налоговых вычетов, см. ниже) (WHO 2007a).

Некоторые страны, где здравоохранение финансируется из налогов, также увеличили роль центральных налогов в финансировании. Например, в Латвии здравоохранение ранее финансировалось через целевые отчисления части подоходного налога, но с 2004 г. — исключительно из общего налогообложения. В Дании после административных реформ 2007 г. финансированием здравоохранения занимается центральное правительство (а не амты и муниципалитеты, как ранее) (Vrangbæk 2008). Новая система централизованного налога (который составляет 8% от облагаемого налогом дохода и целевым образом направляется на финансирование здравоохранения) заменила сочетание прогрессивного централизованного подоходного налога и пропорциональных региональных и муниципальных подоходных и имущественных налогов. Датские реформы, возможно, уменьшили справедливость в финансировании здравоохранения, но, укрепив контроль центрального правительства за распределением ресурсов, вероятно, способствовали равенству доступа к медицинской помощи.

<sup>7</sup> Поскольку он проходит через систему медицинского страхования, то в международных базах данных фигурирует в качестве взносов социального страхования.

В системах здравоохранения, финансируемых в основном из взносов социального страхования, расширение роли центральных налогов может способствовать финансовой защите и равенству доступа к медицинской помощи, особенно если налоговые средства идут на то, чтобы сократить степень частичной оплаты медицинских услуг потребителями или оплатить медицинскую помощь для тех, кто не платит взносы (безработные, иждивенцы). Влияние этой меры на справедливость в финансировании зависит от того, какие налоги используются для покрытия расходов здравоохранения. Подоходный налог обычно прогрессивен, но две тенденции говорят о том, что использование налоговых средств не всегда повышает справедливость в финансировании: переход к твердой ставке налогообложения, с одной стороны, и более широкое использование косвенных налогов, таких как НДС (налог с продаж), – с другой.

Эстония, Латвия, Литва, Словакия и Румыния ввели твердую (единую) ставку личного и корпоративного подоходного налога – страны Балтии в середине 1990-х гг., а другие страны после 2004 г. (Keen, Kim & Varsano 2006). Недавний анализ, проведенный Международным валютным фондом, показал, что в большинстве стран введение твердой ставки подоходного налога снизило поступления от подоходного налога в процентах от ВВП, увеличило долю косвенных налогов в общих налоговых сборах и не решило проблемы обложения налогом доходов с капитала (Keen, Kim & Varsano 2006). Влияние на распределение было сложным. Твердые налоговые ставки не являются однозначно регрессивными, а в некоторых случаях они усилили прогрессивность – возможно, вследствие влияния на готовность платить налоги. Однако авторы анализа подчеркивают, что данные, свидетельствующие о прогрессивности налога, могут быть завышены из-за применявшихся ими методов.

Повышение роли косвенных налогов в финансировании здравоохранения может быть более тревожным признаком. Данные ОЭСР говорят о том, что доля НДС в суммарном налогообложении в большинстве стран сильно выросла с середины 1980-х гг. (с 15,4% в среднем в 1980 г. до 18,9% в 2005 г.), в то время как общая доля личных и корпоративных подоходных налогов слегка снизилась. В странах ЕС рост был особенно высок в Венгрии, Греции, Ирландии, Испании, Люксембурге, Нидерландах, Португалии, Словакии, Соединенном Королевстве, Чешской Республике и Швеции. Такой сдвиг явным образом усиливает неравенство в доходах, не только потому, что для косвенных налогов обычно устанавливается единая ставка, а значит, они являются регрессивными, но также и потому, что при

этом не облагаются налогом накопления, что выгодно для более богатых слоев населения (OECD 2007). Хотя некоторые считают, что косвенные налоги (особенно НДС) легче собирать, чем прямые, ОЭСР отмечает, что недавнее распространение связанных с НДС схем мошенничества («карусельное мошенничество»)<sup>8</sup> значительно ослабило этот аргумент (OECD 2007). В 2004 г. карусельное мошенничество стоило правительству Соединенного Королевства от 1,1 до 1,9 млрд. фунтов стерлингов (BBC 2006). Однако данные ОЭСР говорят также о том, что в среднем по странам ОЭСР сдвиг в налогообложении с 1965 г. происходил в сторону прямых, а не косвенных налогов (OECD 2007). Это связано в основном с тем, что рост доли общих потребительских налогов (в первую очередь рост НДС), как правило, более чем перекрывается снижением доли акцизных сборов и других налогов на определенные виды товаров и услуг (OECD 2007).

Несмотря на эти опасения, в будущем расширение роли центрального налогообложения представляется неизбежным, особенно с учетом демографических изменений, которые означают, что меньшему числу людей работоспособного возраста придется поддерживать большее число неработающих. Налоговое финансирование, возможно, менее прозрачно, чем финансирование из взносов социального страхования. Оно может быть также непопулярным с политической точки зрения и трудным для некоторых стран ЕС, учитывая необходимость соответствия требованиям Еврозоны. Тем не менее оно может быть необходимо для достижения фискальной устойчивости и способно укрепить равенство в финансировании при условии, что средства поступают из прогрессивного подоходного налога, а не из регрессивных потребительских налогов, таких как НДС.

#### *Расширение роли местных налогов*

Некоторые страны, где здравоохранение финансируется главным образом из налогов, расширили роль местных налогов (Швеция в 1980–1990-х гг., Финляндия в 1990-х гг., Италия в 1997–2001 гг. и Испания в 2001 г.). В Италии и Испании реформы стали частью общего сдвига политики в сторону федерализма (а в случае Испании частью осознанной стратегии борьбы с различиями в уровнях региональной автономии). И напротив, в Финляндии экономический спад в начале

---

<sup>8</sup> Карусельное мошенничество заключается в получении регистрационного номера НДС для приобретения без НДС в других странах ЕС таких товаров, как компьютерные комплектующие или мобильные телефоны, затем в продаже этих товаров по ценам, включающим НДС, и исчезновении без выплаты НДС, заплаченного покупателями, налоговым службам.

1990-х гг. привел к постепенному сокращению размера субсидий центрального правительства на здравоохранение, с 36% общего бюджета здравоохранения в 1990 г. до 20% в 2004 г. (Vuorenkoski 2008). Одним из следствий этого стало расширение роли местных налогов и рост частичной оплаты медицинской помощи (Järvelin 2002). В Швеции доля местных налогов в общих расходах здравоохранения выросла с 62% в 1980 г. до 72% в 2003 г. (Glenngård et al. 2005).

Расширение роли местных налогов может нарушить справедливость в финансировании, поскольку местные налоги обычно менее прогрессивны, чем централизованные. Влияние на равенство доступа к медицинской помощи также может быть отрицательным, но многое зависит от наличия механизмов перераспределения средств между регионами и их типа. По техническим или политическим причинам нехватка средств в более бедных регионах не всегда в достаточной степени компенсируется, что способствует региональным различиям в доступе к медицинской помощи. Недавние реформы финансирования в Италии направлены на борьбу с этим, но угроза региональных отличий остается, поскольку богатые регионы способны собрать больше средств на здравоохранение (Donatini et al. 2009, готовится к печати). В Испании, однако, новая модель финансирования здравоохранения, внедренная в 2001 г., снизила региональное неравенство, поскольку предусматривала введение механизма перераспределения между регионами централизованных налоговых субсидий, взамен системы, основанной на размере прошлых субсидий и политических переговорах (Durán, Lara & van Waveren 2006). Беспокойство относительно разрыва в расходах на здравоохранение между регионами с 2000 г. вызывает политические споры в Финляндии (Vuorenkoski 2008) и стало решающим фактором датских административных реформ 2007 г., которые значительно сократили число регионов и муниципалитетов, а также отменили финансирование здравоохранения из местных налогов.

В теории местные налоги более прозрачны, чем центральные, а местные власти лучше откликаются на местные нужды и более подотчетны, чем центральные (отчасти потому, что расходы на здравоохранение часто составляют значительную часть местного бюджета). На практике эти преимущества могут подрываться инерцией, если местные власти не хотят принимать необходимые, но непопулярные меры. Некоторые политики отстаивают необходимость децентрализации, надеясь, что при этом вина за ошибки реже будет возлагаться на центральные власти. Эти ожидания представляются наивными. Скорее всего, центральное правительство все равно будут винить за недостатки, хотя бы потому, что обычно оно играет

важную роль в установлении стандартов качества. В то же время оно, возможно, уже не будет обладать рычагами влияния на ситуацию (что зависит от полномочий и степени автономии регионов относительно центра). Например, в Италии общенациональным усилиям по укреплению деятельности здравоохранения мешают ограниченные возможности центрального правительства получать достоверные данные из регионов (Donatini et al. 2009, готовится к печати). Сходные тенденции стали одной из причин административной реформы в Дании.

*Расширение роли частного финансирования в форме частного медицинского страхования*

Причины для внедрения частного медицинского страхования или расширения его роли в финансировании здравоохранения могут быть различными: сократить государственные расходы, переложив их на частные страховые компании и население, расширить выбор потребителя, поддержать частное медицинское обслуживание, стимулировать конкуренцию между государственными и частными страховыми фондами, повысить самообеспечение более богатых слоев населения. Учитывая проблему фискальной устойчивости, основным фактором при решении расширить роль частного медицинского страхования, скорее всего, будет снижение давления на государственный бюджет.

В разных странах ЕС частное медицинское страхование играет разную роль (см. табл. 3.1) (Mossialos & Thomson 2002; Mossialos & Thomson 2004). Оно заменяет государственное покрытие расходов на медицинскую помощь там, где часть населения либо исключена из государственной системы здравоохранения, либо имеет право покинуть ее, приобретя взамен частный страховой полис. Частное страхование может дополнять государственную систему, покрывая либо услуги, исключенные из оплачиваемого государством набора, либо установленную государством частичную оплату услуг потребителем. Чаще всего частное страхование дополняет государственную систему, обеспечивая более быстрый доступ к медицинской помощи или доступ к частному медицинскому обслуживанию. Во многих странах ЕС частное страхование играет одновременно обе дополняющие роли.

**Представлять себе** роль частного медицинского страхования в каждой из стран ЕС важно по трем причинам. **Во-первых**, роль, которую играет определенный рынок, влияет на размер этого рынка как в смысле его доли в общих расходах на медицинскую помощь, так и в

**Таблица 3.1.** Рыночная роль частного медицинского страхования

Рыночная роль	Определяющий фактор развития рынка	Что покрывает	Примеры в ЕС
Заменяющее	Степень охвата государственным здравоохранением (доля населения, которую покрывает государственная система)	Группы населения, исключенные из системы государственного медицинского обслуживания или добровольно вышедшие из нее	Германия с 1970 г., Нидерланды до 2006 г.
Дополняющее (услуги)	Сфера охвата государственным медицинским обслуживанием	Услуги, исключенные из государственного набора услуг	Многие страны ЕС (часто относится к стоматологическим услугам, а также к дополнительным и альтернативным методам лечения)
Дополняющее (сборы с потребителей)	Глубина охвата медицинским обслуживанием (доля стоимости услуги, которая оплачивается государством)	Установленные законом сборы с потребителей	Франция, Бельгия, Дания, Словения, Ирландия, Латвия, Португалия, Италия, Люксембург
Дополнительное альтернативное	Удовлетворенность потребителя (мнение о качестве государственного медицинского обслуживания)	Ускоренный доступ к медицинской помощи и более широкий выбор для потребителя	Соединенное Королевство, Ирландия и большинство других стран ЕС

*Источники:* Mossialos & Thomson 2002, с изменениями; Foubister et al. 2006.

*Примечание.* ЕС – Европейский союз.

смысле доли охваченного им населения. Как видно из рис. 2.5, наиболее высокая доля расходов на медицинское обслуживание приходилась на заменяющее медицинское страхование в Германии и (до 2006 г.) Нидерландах и дополняющее страхование, покрывающее частичную оплату медицинских услуг потребителями, во Франции и в Словении. Кроме того, дополняющее медицинское страхование, покрывающее частичную оплату услуг, обычно охватывает более широкие слои населения. Так, страхованием этого типа охвачены свыше 30% населения Дании, почти половина населения Ирландии (где имеется сочетание дополняющего и дополнительного альтернативного страхования), 74% населения Словении и свыше 90% населения Франции (Albreht et al. 2002; Mossialos & Thomson 2004). Дополнительным альтернативным же страхованием обычно охвачено лишь около 10% населения в «старых» странах ЕС и 0–2% в «новых» (Mossialos & Thomson 2004; Thomson, Balabanova & Poletti 2008, готовится к печати).

**Во-вторых**, когда речь идет о повышении роли частного финансирования с помощью частного медицинского страхования, важно помнить, что частное страхование может повлиять на государственный сектор здравоохранения. Понимание роли рынка может помочь нам предсказать какие-то аспекты этого влияния.

**Третья** причина, требующая, чтобы мы в полной мере представляли себе роль частного медицинского страхования, связана с внутренним рынком. Правила внутреннего рынка ЕС по регулированию страхования, не связанного с жизнью, — Третья Директива в области страхования иного, чем страхование жизни, — допускают ценовое и иное регулирование рынков, которые представляют собой «полную или частичную замену» обязательному медицинскому страхованию, однако позволяют лишь финансовое регулирование (например, регулирование уровня платежеспособности) на других рынках (European Communities 1992). «Полная или частичная замена» обычно относится к заменяющему страхованию, хотя некоторые считают, что это можно отнести и к дополняющему страхованию (Thomson & Mossialos 2007a; Thomson & Mossialos 2007b). Согласно этим правилам, возможности государственного вмешательства в страхование, отличное от заменяющего, крайне ограничены. В некоторых странах ЕС (Бельгия, Франция и Германия) дифференцированное отношение к страховым компаниям законодательно запрещено Европейской Комиссией, в то время как регулирующие положения, направленные на обеспечение равенства доступа к медицинской помощи, — например, схемы выравнивания рисков, свободная регистрация в страховых фондах и страховые взносы, исчисляемые на основе усредненных доходов, — оспариваются частными страховыми компаниями в национальных судебных органах (Бельгия, Ирландия, Словения) и в Европейском суде (Ирландия, Нидерланды) (Thomson & Mossialos 2007b). Директива была принята в то время, когда границы между экономической деятельностью и социальным обеспечением были сравнительно четкими. Однако во многих странах ЕС они все больше размываются, особенно потому, что социальное обеспечение больше не является прерогативой государственных учреждений. По мере того как правительства обращаются к частному медицинскому страхованию, стремясь снизить бремя, лежащее на государственном бюджете, сомнения относительно сферы действия и последствий Директивы могут расти.

В 1990-х гг. во всех центральноевропейских и восточноевропейских странах ЕС было принято законодательство, впервые давшее возможность развиваться частному медицинскому страхованию. Однако, за исключением Словении, этот рынок развит там слабо. В «ста-

рых» странах ЕС заметны отход государства от фискальной поддержки частного медицинского страхования в целом (например, с помощью налоговых субсидий) и отмена (в Нидерландах) или ограничение (в Германии) заменяющего страхования. Несмотря на это, на некоторых рынках между 1996 и 2005 гг. наблюдался рост (Бельгия, Германия, Греция, Дания, Испания, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Франция), а на других – спад (Австрия, Ирландия, Италия и Соединенное Королевство). Ниже в общих чертах изложены возможные последствия расширения роли частного медицинского страхования, основанные на характеристиках, перечисленных в табл. 3.1.

#### *Расширение роли заменяющего частного медицинского страхования*

В некоторых странах рассматривается схема, согласно которой можно выйти из системы государственного медицинского обслуживания, или же исключение из нее части населения. В частности, это могло бы дать государству возможность тратить ограниченные государственные средства на более бедных людей, побуждая богатых самостоятельно заботиться о своих медицинских нуждах. На практике, однако, опыт стран ЕС в создании рынка заменяющего частного медицинского страхования как через возможность выйти из государственной системы, так и через исключение из нее сомнителен и привел к отмене в 2006 г. заменяющего страхования в Нидерландах и попыткам с 1994 г. ограничить его рост в Германии (Thomson & Mossialos 2006).

В результате реформ 1970 и 1989 гг. в Германии люди с высоким заработком могут воспользоваться системой обязательного страхования. Целью прошлых реформ было распространение финансовой защиты на служащих, которые ранее системой обязательного страхования не охватывались. Многие из людей с высоким заработком воспользовались этой возможностью, поскольку система обязательного страхования бесплатна для иждивенцев или, возможно, потому, что переход в частную страховую систему был необратимым для людей в возрасте 65 лет и старше (с 1994 г.), а с 2000 г. – для тех, кто старше 55 лет (Thomson, Busse & Mossialos 2002; Busse & Riesberg 2004). Частные страховые компании стремятся привлечь клиентов с низким уровнем риска. Со временем «рынок» медицинского страхования стал сегментированным – система обязательного страхования включала в себя очень высокий процент людей с высоким уровнем риска (например, пожилых и людей с плохим здоровьем) (см. табл. 3.2). Это легло на систему обязательного страхования тя-



**Таблица 3.2.** Состояние здоровья и доступ к медицинской помощи: сравнение лиц, принадлежащих к государственной системе страхования и имеющих частное страхование, Германия, 2001–2005 гг.

Доля	Государственная система страхования (%)	Частное страхование (%)
Люди старше 65 лет	22,0	11,0
Наличие хронических заболеваний*	23,0	11,5
Плохое состояние здоровья по собственной оценке*	21,5	9,0
Обращения к врачу общей практики*	81,0	55,0
Обращения к специалистам (амбулаторно)	47,0	45,0
Трудности с оплатой амбулаторно назначенных лекарственных средств*	26,0	7,0

*Источники:* люди старше 65 лет – Schneider 2003; прочие – Mielck & Helmert 2006.

*Примечания.* \* Статистически значимо с учетом возрастных, различий, половых различий и разницы в доходах.

желым бременем и усугубило ее недостатки (Busse & Wörz 2004). Кроме того, у клиентов частных страховых компаний был лучше доступ к амбулаторной специализированной медицинской помощи, вероятно, потому, что в этих случаях врачи могут назначать более высокие цены за услуги, что дает им стимул уделять таким больным первоочередное внимание и способствует росту цен в здравоохранении в целом (Busse & Riesberg 2004). Вследствие этих и других проблем, в том числе высоких страховых взносов для пожилых людей в частных страховых компаниях и трудностей с переходом из одной частной компании в другую, звучали предложения отменить двойную систему государственного и частного медицинского обслуживания. Эти предложения всегда встречали яростное сопротивление частных страховых компаний, в результате чего государство сохраняло существующее положение, но со все более активным вмешательством, направленным на финансовую защиту системы обязательного страхования, внедрение мер, затрудняющих выход из нее, обеспечение доступа к медицинской помощи пожилым людям, вынужденным полагаться на частное медицинское страхование, и (с 2006 г.) упрощение процесса перехода из частного страхования в систему обязательного страхования.

Сходные проблемы стоят перед Нидерландами с их рынком заменяющего частного медицинского страхования (Thomson & Mosialos 2006). В 1986 г. выход из системы обязательного страхования там был отменен; взамен из нее были исключены люди с высокими заработками и их иждивенцы (37% населения). Со временем, одна-

ко, регулирование, необходимое, чтобы обеспечить доступ к частному медицинскому страхованию и компенсировать системе обязательного страхования наличие большого числа людей с высоким уровнем риска, было сочтено слишком громоздким. Кроме того, некоторые из регулирующих положений входили в противоречие с законодательством Внутреннего рынка ЕС и правилами конкуренции. В 2006 г. правительство распространило систему обязательного страхования на все население страны, тем самым сделав заменяющее частное медицинское страхование ненужным.

Введение заменяющего частного медицинского страхования вряд ли уменьшит государственные расходы на здравоохранение и поможет достижению целей политики финансирования здравоохранения. И в Германии, и в Нидерландах потеря взносов от более богатых людей снизила равенство в финансировании, сделав схему обязательного страхования крайне регрессивной (Wagstaff et al. 1992; Wagstaff et al. 1999). В то же время необходимость покрывать стоимость медицинской помощи для значительного числа людей с высоким уровнем риска и тех, кто не платит страховые взносы, явным образом угрожает фискальной устойчивости. Исключение людей из схемы обязательного страхования, даже если у них более высокие заработки, угрожает финансовой защищенности населения, особенно это касается пожилых и менее здоровых людей, которым частное страхование может оказаться не по карману (а в некоторых случаях им может быть в этом отказано). Регулирование, обеспечивающее равенство доступа к медицинскому обслуживанию, возможно, но требует немалых технических усилий и может быть сопряжено с политическими трудностями. Опыт Чили по возможности выхода из схемы обязательного страхования иллюстрирует некоторые из проблем, стоящих перед регулирующими органами в странах со средним доходом. Исследователи полагают, что попытки реформировать систему тормозятся лобби, образованным частными страховыми компаниями, что ведет к слабой защите интересов потребителей в системе частного медицинского страхования (Barrintos & Lloyd-Sherlock 2000; Bitran et al. 2000; Jost 2000; Sapelli 2004). В ЕС, даже если речь идет о рынке заменяющего страхования, регулирование может быть опротестовано на основе Законодательства внутреннего рынка и правил конкуренции.

*Расширение роли дополняющего частного медицинского страхования (услуги)*

Поддержка дополняющего частного медицинского страхования, которое покрывает услуги, не входящие в оплачиваемый государством

набор, может рассматриваться руководителями здравоохранения как способ сдерживать государственные расходы, особенно если можно ограничить уровень оплачиваемых государством услуг. В идеале набор услуг должен систематически пересматриваться на основе четких критериев и с применением системы оценки медицинских технологий; частным страховым компаниям остается покрытие менее рентабельных услуг. Однако на практике такой порядок действий установить трудно. **Во-первых**, государству легче исключить из набора услуг целые области медицинской помощи (чаще всего стоматологические услуги), чем периодически исключать отдельные услуги. **Во-вторых**, страховые компании не всегда желают оплачивать, к примеру, назначение лекарственных средств, опасаясь возможного «отбора худших» (когда лишь люди с высоким уровнем риска будут покупать страховой полис). Возможно, дополняющее медицинское страхование в Канаде, покрывающее амбулаторное назначение лекарственных средств, работает лишь потому, что это страхование преимущественно и почти повсеместно осуществляется нанимателями от имени наемных работников, так что система на деле является наполовину обязательной и охватывает две трети населения (Marchildon 2005). В ЕС дополняющее частное медицинское страхование широко распространено в «старых» странах ЕС, но охватывает главным образом стоматологические услуги, а также дополнительные и нетрадиционные методы лечения. Оно отчасти обеспечивает финансовую защиту в области стоматологических услуг, но вызывает также вопросы, касающиеся справедливости в финансировании и равенства в доступе к стоматологической помощи.

#### *Расширение роли дополняющего частного медицинского страхования (сборы с потребителя)*

Развитие дополняющего частного медицинского страхования, покрывающего частичную оплату медицинских услуг потребителями, может быть привлекательным вариантом для стран, которые хотят сократить государственные расходы на здравоохранение, расширив роль оплаты медицинских услуг потребителями. На первый взгляд опыт Франции и Словении, двух стран с наиболее развитым рынком страхования этого типа, кажется положительным. В обеих странах дополняющее страхование, покрывающее обязательную частичную оплату медицинских услуг, охватывает почти все население (во Франции свыше 90%, в Словении свыше 98%), а это означает, что сборы с потребителя распределены по всему населению. Это может нейтрализовать регрессивную природу прямых платежей потребителей. Однако при ближайшем рассмотрении оказывается, что

эта форма частного финансирования нарушает справедливость в финансировании и ухудшает доступ к государственному медицинскому обслуживанию.

В конце 1990-х гг. дополняющим частным медицинским страхованием было охвачено 85% населения Франции. Это обостряло неравенство в доступе к медицинской помощи, потому что данного вида медицинской страховки чаще не имели пожилые люди, подростки, чернорабочие, безработные и те, кто относился к этническим меньшинствам. Они также реже обращались к врачу (1,1 визита за 3 мес), чем те, кто имел частный страховой полис (1,5 визита) (Breuil-Genier 2000). В 2000 г. правительство ввело бесплатное дополняющее страхование для людей с очень низкими доходами (Закон о всеобщем медицинском страховании) (Sandier et al. 2004). Однако не все, кто имел право на бесплатное страхование, воспользовались им, отчасти из-за трудностей, связанных с информированием определенных социально уязвимых групп населения — например, бездомных. Таким образом, вопросы равенства доступа к медицинской помощи, связанные с этим видом страхования, вмешательство государства решило только отчасти, но при этом выросли государственные расходы на здравоохранение. В 2006 г. правительство Франции освободило от уплаты налога на страховую премию те компании, которые согласились выполнять определенные правила, направленные на облегчение доступа к медицинскому обслуживанию (например, свободная регистрация в страховых фондах и страховые взносы, исчисляемые на основе усредненных доходов) (Sécurité Sociale 2008).

В Словении государство использует обязательную частичную оплату медицинских услуг потребителем, чтобы поддерживать фискальное равновесие в системе здравоохранения. Уровень частичной оплаты устанавливается ежегодно с учетом величины бюджетных поступлений; со временем он достиг установленного законом максимума (см. табл. 3.3). Это является одной из причин практически всеобщего охвата дополняющим частным медицинским страхованием (74% населения и 98% тех, кто подлежит частичной оплате медицинских расходов). Кроме того, столь высокому охвату населения частным медицинским страхованием могли способствовать жесткие схемы регулирования, введенные в 2000 г. после декларации правительства о том, что дополняющее частное медицинское страхование отражает интересы населения. В 2005 г. регулирование было ужесточено далее, с введением схемы выравнивания рисков. Позднее эта схема оспаривалась в Верховном суде Словении двумя

**Таблица 3.3.** Изменения в уровне государственного возмещения медицинских расходов, Словения, 1993–1996 гг.

Услуги	Охват (%)	1993 (%)	1995 (%)	1996 (%)
Медицинское обслуживание детей и подростков; планирование семьи и контрацепция, ведение беременности и акушерская помощь; профилактика, диагностика и лечение инфекционных заболеваний; лечение профессиональных заболеваний и травм, злокачественных опухолей, нервно-мышечных и мышечных заболеваний, психических заболеваний, эпилепсии, гемофилии, параплегии, квадриплегии, ДЦП, а также поздних форм сахарного диабета, рассеянного склероза и псориаза; реабилитация при этих заболеваниях	100	100	100	100
Трансплантация органов и наиболее затратные хирургические операции, лечение за границей, интенсивная терапия, лучевая терапия, гемодиализ и другие затратные медицинские вмешательства	Не менее 95	99	96	95
Лечение бесплодия, искусственное оплодотворение, стерилизация и аборт; специализированная хирургия; немедицинские аспекты медицинской помощи и курортное лечение после хирургического лечения, за исключением травм, полученных не на производстве; стоматологическое лечение и лечение заболеваний ротовой полости, ортопедические, предназначенные для исправления прикуса, слуховые и другие приспособления	Не менее 85	95/85*	88/85*	85
Лекарственные средства из перечня, подлежащего оплате; специализированное (в том числе стационарное) и курортное лечение травм, полученных не на производстве	Не менее 75	80	75	75
Санитарный транспорт, за исключением неотложной помощи; лечение, в том числе курортное, которое не является продолжением хирургического лечения	Максимум 60	60	40	40
Офтальмологические приспособления, лечение у ортодонта для взрослых, а также лекарственные средства из «промежуточного» списка	Максимум 50	45	38/25**	25

Источник: Milenkovic Kramer 2006.

Примечания. Уровни за 2007 г. такие же, как за 1996 г.

\* Травмы, полученные не на производстве, стоматологическое лечение и лечение заболеваний ротовой полости, ортопедические, предназначенные для исправления прикуса, слуховые и другие приспособления.

\*\* Офтальмологические приспособления, лечение у ортодонта для взрослых.

из трех частных страховых компания страны, в том числе обществом взаимопомощи *Vzajemna*. Хотя суд вынес решение в пользу правительства, сейчас Европейская Комиссия обвиняет Словению в том, что эти регулирующие положения нарушают законодательство Внутреннего рынка ЕС (Van Hulle 2007). Между тем частные страховые компании продолжают вести отбор рисков (MGEN 2006), и, по неофициальным данным, медицинские работники могут отказывать в государственном лечении тем, у кого нет частной страховки, если они не в состоянии оплатить предусмотренные законом сборы с потребителя.

Хотя дополняющее частное медицинское страхование, по-видимому, предпочтительнее прямых платежей потребителей, поскольку предусматривает предоплату и некоторое покрытие рисков, однако международные анализы показали, что оно носит регрессивный характер, особенно там, где охватывает достаточно большую долю населения. Скорее всего, оно будет создавать препятствия на пути доступа к медицинской помощи для тех, кто не подлежит освобождению от обязательной частичной оплаты медицинских услуг, но не в состоянии выплачивать страховые взносы, устанавливаемые частными компаниями. Опыт Франции и Словении говорит о том, что государственное регулирование, направленное на поддержание равенства, может быть недостаточно эффективным, уязвимо с юридической точки зрения и способно увеличить расходы государства.

#### *Расширение роли дополнительного альтернативного частного медицинского страхования*

Если правительство не поддерживает развитие какого-то определенного типа частного медицинского страхования, скорее всего, развитие получит рынок дополнительного альтернативного медицинского страхования, которое предлагает более быстрый доступ к медицинской помощи, обычно в частном секторе. Это характерно для многих «новых» стран ЕС, где законодательство, позволяющее развиваться частному медицинскому страхованию, принято, но соответствующий рынок либо не развит, либо играет незначительную роль, дополняя государственный сектор.

От дополнительного альтернативного частного медицинского страхования в наименьшей степени можно ожидать, что оно поможет достичь целей политики финансирования здравоохранения, поскольку предоставляет лишь ограниченную финансовую защиту (обычно покрывая плановую хирургию), в основном приобретает

более богатыми и образованными членами общества (Mossialos & Thomson 2004) и может отрицательно сказаться на равенстве доступа к медицинской помощи. Например, международные исследования, опирающиеся на данные середины 1990-х гг., показывают, что частное медицинское страхование этого типа вредило равенству доступа к услугам врачей, хотя в большинстве стран эффект был достаточно мал (van Doorslaer, Koolman & Puffer 2002). Однако отрицательное влияние на равенство доступа к врачам-специалистам было очень велико в Ирландии и Соединенном Королевстве и, в меньшей степени, заметно в Австрии, Бельгии, Канаде, Дании, Италии и Испании. Последующие исследования, опиравшиеся на данные за 2000 г., обнаружили, что во всех изученных странах врачей-специалистов чаще посещали более богатые люди – в особенности это относилось к Финляндии, Ирландии, Италии и Португалии, а это все страны, в которых данный тип частного медицинского страхования, а также прямые платежи населения играют роль в обеспечении доступа к специализированной медицинской помощи (van Doorslaer, Masseria & Koolman 2006)<sup>9</sup>.

Влияние дополнительного альтернативного страхования на устойчивость может быть смешанным. С одной стороны, оно может способствовать укреплению политической устойчивости, если предоставляет более богатым людям доступ к частному медицинскому обслуживанию, особенно в странах, где долгое ожидание является проблемой, а возможности покинуть государственную систему обслуживания нет (как, например, в Ирландии и Соединенном Королевстве). С другой стороны, влияние на фискальную устойчивость точно предсказать нельзя – оно в значительной мере зависит от того, есть ли четко определенные границы между государственным и частным секторами. Там, где врачи могут работать в обоих секторах, дополнительное альтернативное страхование побуждает медицинских работников стимулировать спрос на частные услуги, например путем формирования очередей. Если затем медицинские работники тратят значительное время на лечение частных больных, заметная часть государственных средств будет уходить на обслуживание богатых, как описано в предыдущем абзаце. С другой стороны,

---

<sup>9</sup> Более поздний анализ показал, что в Соединенном Королевстве неравенство в доступе к врачам-специалистам сократилось. Это может отражать заметный сдвиг в природе спроса на дополнительное альтернативное медицинское страхование. С 1996 г. доля частных лиц с такой медицинской страховкой сократилась (с 4,4% населения в 1996 г. до 3,3% в 2003 г.), в то время как доля корпоративных групп выросла (с 7,1% в 1996 г. до 7,9% в 2003 г.). Поскольку корпоративные группы обычно включают более здоровых людей, возможно, что это привело к снижению спроса на специализированную медицинскую помощь.

если врачи могут увеличить свой доход с помощью частной практики, это компенсирует более низкие зарплаты в государственном секторе. В этой области проводилось очень мало исследований, но данные по Соединенному Королевству указывают на то, что отрицательные последствия способны перевесить любые выгоды (Yates 1995).

### Влияние расширения роли частного медицинского страхования на устойчивость и цели политики финансирования здравоохранения: краткий итог

В общем и целом, нет данных, позволяющих предполагать, что более широкое внедрение частного медицинского страхования будет способствовать укреплению любой из форм устойчивости. С политической точки зрения частное медицинское страхование может быть привлекательным для некоторых групп населения, но его отрицательное влияние на цели политики финансирования здравоохранения достаточно очевидно, чтобы отвлечь от этого варианта действий многих политиков — и, скорее всего, большинство избирателей. **Во-первых**, из опыта ЕС видно, как политики стремятся обеспечить, чтобы частное медицинское страхование (заменяющее и дополняющее) давало финансовую защиту. Частное страхование мешает также справедливости в финансировании и создает препятствия в доступе к медицинской помощи.

**Во-вторых**, там, где частное медицинское страхование является добровольным, деятельности частных страховых компаний зачастую уделяется куда меньше внимания, чем деятельности государственных. Это означает их гораздо меньшую подконтрольность и прозрачность. Например, от них зачастую не требуется публиковать какую-либо информацию, за исключением ежегодных финансовых отчетов. Во многих случаях то, как разрабатывается и продвигается набор услуг, предлагаемых частными страховыми компаниями, — особенно там, где эти услуги сильно дифференцированы, — не позволяет сравнивать эффективность расходования средств и подрывает ценовую конкуренцию (Office of Fair Trading 1996; Office of Fair Trading 1998; OECD 2004). По этому поводу уже высказывали опасения антимонопольные органы и организации потребителей (Mossialos & Thomson 2004; OECD 2004). Правила внутреннего рынка ЕС, регулирующие частное медицинское страхование, опираются на посыл, что платежеспособность страховой компании в большинстве случаев является достаточной защитой потребителя. Но это не всегда так, и Европейской Комиссии сле-



довало бы вести наблюдение за монополистической практикой страховых компаний.

**В-третьих**, возможности частных страховых компаний вознаграждать высокое качество медицинской помощи и рентабельную организацию медицинского обслуживания во многих странах ЕС ограничены их слабой покупательной способностью. Хотя есть некоторые исключения (главным образом в Соединенном Королевстве), «закупка услуг» чаще всего фрагментирована, и частные страховые компании просто возмещают медицинским учреждениям расходы (часто по объему оказанных услуг), не пытаясь связать размер оплаты с качеством помощи, результатами лечения или полнотой обслуживания. Отчасти это связано с тем, что частное страхование должно предоставлять клиентам более широкий выбор в сравнении с государственной системой. В некоторых случаях причиной может быть также то, что дополнительный доход можно получить путем отбора рисков («снятие сливок»), а не путем эффективной деятельности.

Слабая покупательная способность, методы оплаты труда медицинских работников, способствующие вздуванию цен, и низкая управленческая эффективность (связанная с высокими операционными издержками вследствие раздробленности рынка, процесса маркетинга, содержания набора услуг и исков к страховым компаниям) свидетельствуют, что частное медицинское страхование гораздо скорее поставит под угрозу экономическую устойчивость, нежели государственное финансирование здравоохранения. Это хорошо видно в США, где государственная система медицинского обслуживания пожилых людей и инвалидов (Медикэр) успешно обеспечивает базовым уровнем медицинской помощи группу населения, требующую больших затрат, и сдерживает рост расходов ниже уровней, характерных для частного медицинского страхования (Wocutt & Moon 2003). Исследователи связывают это с более высокой покупательной способностью программы Медикэр — в особенности с ее централизованной системой назначения цен для оплаты услуг медицинских работников.

Ожидания, что частное медицинское страхование снизит давление на государственный бюджет и таким образом будет способствовать фискальной устойчивости, скорее всего, нереалистичны, и не только в случае заменяющего страхования. В «старых» странах ЕС поддержке частного медицинского страхования в последние годы уделяется очень мало внимания. Налоговые стимулы для обращения к частному медицинскому страхованию в Австрии, Греции, Ирлан-

дии, Испании, Италии и Соединенном Королевстве сокращены или отменены вовсе; единственная из стран ЕС, которая их увеличила, – Португалия (Mossialos & Thomson 2004). Некоторые из «новых» стран ЕС надеялись на развитие частного медицинского страхования, но, за исключением Словении, оно идет крайне медленно (см. рис. 2.5). Одних недостатков в государственном медицинском обслуживании, по-видимому, недостаточно, чтобы стимулировать развитие частного страхования в этих странах; возможно, это следствие проблем с ценовой доступностью, недоверия к рынку страхования, веры в государственное обслуживание и распространенности неофициальных платежей (Thomson, Balabanova & Poletti 2009, готовится к печати). Свою роль могут играть также слабое регулирование, неразвитая инфраструктура частной медицинской помощи и недостаток квалификации у специалистов по страхованию. В конечном счете, однако, руководители здравоохранения не могут полагаться на частное медицинское страхование в борьбе за стабильность из-за явной связи между расширением частного страхования и снижением равенства в здравоохранении в целом.

*Расширение частного финансирования  
путем распределения затрат*

Более широкое применение частичной оплаты медицинских услуг потребителями также привлекает политиков, которых тревожит рост расходов на здравоохранение. Экономические доводы в пользу распределения затрат – способность сборов с потребителя снизить спрос на медицинские услуги в рамках медицинского страхования. Как утверждает ряд экономистов, полное страхование ведет к чрезмерному пользованию услугами («риск недобросовестности»), а это нерентабельно (Pauly 1969). С чисто экономической точки зрения любое сокращение в пользовании услугами здравоохранения, обусловленное распределением затрат, повышает рентабельность, независимо от влияния на здоровье. Другие экономисты поставили под сомнение уместность подобной трактовки понятия «рентабельность» применительно к здравоохранению (Evans 1984; Evans & Varet 1995). Они полагают, что рентабельность в здравоохранении следует оценивать относительно какого-то внешнего критерия, например выигрыша в здоровье, – иными словами, меру нельзя считать дающей рентабельный результат, если она ведет к ухудшению здоровья.

Не-экономисты часто считают, что распределение затрат будет способствовать сдерживанию расходов. Этот аргумент основывается на допущении, что разумные потребители в первую очередь откажутся

от наименее ценной для них услуги — например, от ненужной или неэффективной медицинской процедуры. А следовательно, распределение затрат сократит расходы, не вредя здоровью, особенно если более бедные слои населения освобождены от частичной оплаты. Однако в международном масштабе нет данных о том, что распределение затрат ведет к долгосрочному сдерживанию расходов. Например, исследования по частичной оплате потребителями лекарственных средств (в том числе системе базовых цен) показывают, что это не ведет к значительным или длительным сокращениям общих фармацевтических расходов и может привести к более частому использованию других, более дорогих видов медицинской помощи, например госпитализаций (Tamblyn et al. 2001; Lexchin & Grootendorst 2004). Поэтому введение частичной оплаты в некоторых случаях способно вызвать рост, а не сокращение общих расходов здравоохранения.

Довод о сдерживании расходов подрывается также данными о том, что больные в большинстве своем обращают мало внимания на изменения в величине прямых платежей за медицинские услуги в целом и за лекарственные средства в частности. Это неудивительно, если учесть решающую роль врачей в назначении лекарственных средств, но имеет важные последствия для политики здравоохранения, поскольку свидетельствует, что основным последствием распределения затрат является переложение расходов на больных.

Как видно из табл. 3.4, частичная оплата медицинских услуг может принимать разные формы и сопряжена с различными стимулами. В странах ЕС она повсеместно применяется при амбулаторном назначении лекарственных средств, в отношении стоматологических услуг, а также при амбулаторном и стационарном лечении (см. табл. 2.5). Ее влияние на цели финансирования здравоохранения зависит как от формы частичной оплаты, так и от наличия защитных финансовых механизмов (см. табл. 3.5). Государственная политика в отношении частичной оплаты медицинских услуг потребителями в странах ЕС различна.

Во многих из «новых» стран ЕС официальной частичной оплаты медицинских услуг потребителями до распада СССР не было, или она применялась очень редко; позднее она была введена для того, чтобы увеличить поступление средств в сектор здравоохранения. В последние годы несколько стран ЕС (как старых, так и недавно вступивших туда) расширили сферу применения частичной оплаты; среди них Австрия, Венгрия, Германия, Нидерланды, Румыния,

**Таблица 3.4. Прямые и косвенные формы частичной оплаты медицинских услуг потребителями и связанные с ними стимулы**

Форма	Определение	Стимулы для больного
<b>Прямые</b>		
Доплата	Потребитель платит твердую сумму за товар или услугу	Больной может сократить количество потребляемых лекарственных средств или количество рецептов, увеличив количество лекарственных средств, назначаемых по каждому рецепту. Больной не стремится перейти на более дешевые лекарственные средства, если только доплата за них не является более низкой
Частичное страхование	Потребитель оплачивает фиксированную долю общей стоимости, остальное оплачивает страховая компания	Больной может сократить количество потребляемых лекарственных средств и может просить указывать в рецепте более крупные упаковки, если это экономит средства. Больному выгодно выбирать более дешевые лекарственные средства
Франшиза	Потребитель платит фиксированную сумму; все, что сверх нее, оплачивает страховая компания; франшиза может применяться к определенным случаям лечения или за определенный период времени	Если до размера франшизы далеко, больной может сократить количество потребляемых лекарственных средств или перейти на более дешевые аналоги. Вблизи размера франшизы у них есть стимул потреблять больше и более дорогих лекарственных средств, чтобы превысить размер франшизы

**Таблица 3.4 (окончание). Прямые и косвенные формы частичной оплаты медицинских услуг потребителями и связанные с ними стимулы**

Форма	Определение	Стимулы для больного
<b>Косвенные</b>		
Система базовых цен	Базовая цена – это максимальная цена для группы одинаковых или сходных лекарственных средств, которую страховая компания покрывает потребителю. Если он выбирает лекарственное средство, цена которого выше базовой, то должен оплатить разницу	Больной, вероятно, снизит потребление лекарственных средств, цена которых превышает базовую, и перейдет на те средства, цена которых равна или ниже базовой
Оплата счетов	Потребитель оплачивает разницу между максимальной ставкой возмещения затрат и гонораром, который назначает врач (там, где врачам позволено устанавливать размер оплаты, превышающий официальную ставку возмещения затрат)	
<b>Дифференцированная оплата</b>		
Многоуровневая оплата лекарственных средств	Обычно имеется два или три уровня оплаты. Первый уровень составляют непатентованные средства, оплата за которые минимальна. Второй и третий уровни обычно составляют патентованные средства, которые могут быть разделены на предпочтительные препараты и «прочие» (которые являются наиболее дорогими внутри уровня). Многоуровневая оплата лекарственных средств наиболее широко применяется в США	У больного есть стимул перейти с патентованного лекарственного средства на непатентованный аналог и с предпочтительных препаратов на предпочтительные

Источник: Gemmill, Thomson & Mossialos 2007, с изменениями.

**Таблица 3.5.** *Защитные механизмы при частичной оплате медицинских услуг потребителями***Примеры**

Сниженные ставки оплаты

Исключения из оплаты

Скидки при предоплате

Верхний предел ежегодных расходов (максимальная сумма прямых платежей населения)

Налоговые вычеты из расходов

Дополняющее частное медицинское страхование, покрывающее расходы потребителей

Замена врачами государственных рецептов на лекарственные средства частными

Замена врачами или фармацевтами патентованных лекарственных средств непатентованными

*Источник:* Thomson & Mossialos 2004.

Франция, Чешская Республика и Эстония. Во Франции и в Германии целью изменений в порядке частичной оплаты было повышение эффективности и рентабельности потребления услуг — например, величина доплат теперь ниже для тех, кто получает направление к специалисту от врача общей практики, чем для тех, кто обращается к нему без направления (Dourgnon 2005; Riesberg 2005). Это сделано для того, чтобы сдерживать рост расходов и укрепить равенство доступа к медицинской помощи.

В некоторых странах ЕС проведены реформы с целью сократить применение частичной оплаты медицинских услуг или уменьшить ее влияние. В Финляндии, например, тревога, связанная со значительным ростом уровня частичной оплаты и отсутствием каких-либо льгот, привела к введению годового потолка выплат (в 2001 г.) (Vuorenkoski 2008). Франция в 2000 г. ввела бесплатное дополняющее частное медицинское страхование для людей с низкими доходами (Sandier et al. 2004). Австрия в 2003 г. отменила оплату амбулаторного обслуживания в стационаре, введенную в 2001 г. Против этих платежей возражало население, и внедрение их было связано с крупными затратами (Hofmarcher & Rack 2006). В том же году итальянское правительство отменило оплату лекарственных средств, хотя затем решило регионам вводить ее заново на добровольной основе, причем исключительно для сдерживания расходов (Donatini et al. 2009, готовится к печати). Предельная сумма частичной оплаты за направление на амбулаторный прием к специалисту с годами уменьшилась; попытка правительства в 2007 г. поднять ее была оставлена из-за протестов общественности. Эстония в 2004 г. отменила частичную оплату первичной медицинской помощи, за ней в 2006 г. последовала

Словакия (частичная оплата первичной медицинской помощи и стационарного лечения) (Habicht et al. 2006; Verhoeven, Gunnarsson & Lugaresi 2007). В том же году Ирландия расширила право на бесплатную первичную медицинскую помощь (McDaid & Wiley 2009, готовится к печати). Уэльс в 2007 г. отменил плату за назначение лекарственных средств, а Шотландия объявила о своих планах сделать то же к 2011 г. В Дании отменены введенные в 2006 г. скидки за отсутствие страховых случаев, вознаграждавшие тех, кто не обращался в текущем году к системе обязательного медицинского страхования (Busse & Schlette 2007). Эти скидки оказались нерентабельными, что может представлять интерес для руководителей здравоохранения Германии, в настоящее время планирующих ввести такие скидки.

Между 1996 и 2005 гг. прямые платежи населения в процентах от общих расходов здравоохранения выросли в 15 странах ЕС. В Бельгии, Болгарии, Венгрии, Греции, Латвии, Литве, Словакии и Эстонии этот рост составил более 5%. В некоторых странах он может объясняться более широким применением частичной оплаты медицинских расходов потребителями; в других — ростом прямых платежей населения либо неофициальной оплаты. Эта тенденция вызывает беспокойство, особенно с учетом негативного влияния частичной оплаты на финансовую защиту, справедливость в финансировании и равенство доступа к медицинской помощи.

Частичная оплата медицинских услуг и неофициальные платежи ухудшают финансовую защиту граждан, снижая глубину охвата государственным медицинским обслуживанием. Степень ухудшения финансовой защиты видна, если оценить долю семей, сообщающих о «катастрофическом» размере расходов на медицинскую помощь за определенный период времени. Порог «катастрофических расходов» в разных исследованиях колеблется от 5 до 40% от доходов семьи (Berki 1986; Wyszewianski 1986; Xu et al. 2003). Из табл. 3.6 видно, что в ряде стран ЕС и в США в конце 1990-х гг. он был принят за сравнительно высокую величину 40% от дохода семьи. В целом распространенность катастрофических расходов в большинстве стран ЕС ниже, чем в США, но в нескольких странах высока. Страны, названия которых выделены курсивом, — те, в которых прямые платежи населения с 1996 г. выросли и где, следовательно, катастрофический уровень расходов на медицинскую помощь, скорее всего, вырос с момента, когда были собраны данные. Так, например, обстоит дело в Эстонии; к 2002 г. доля семей, сталкивающихся с катастрофическими расходами на медицинскую помощь, выросла в 5 раз — с 0,31 до 1,6% (Habicht et al. 2006). Отсутствие катастрофических расходов на медицинскую

**Таблица 3.6.** Доля семей с катастрофическими расходами на медицинское обслуживание, которые обусловлены платными медицинскими услугами, отдельные страны

Страна	% семей с катастрофическими расходами	Нижний интервал неопределенности (80%)	Верхний интервал неопределенности (80%)	Год
Чешская Республика	0,00	0,00	0,00	1999
Словакия	0,00	0,00	0,00	1993
Франция	0,00	0,00	0,02	1995
Германия	0,03	0,02	0,04	1993
Соединенное Королевство	0,04	0,01	0,07	1999/2000
Словения	0,06	0,01	0,12	1997
Дания	0,07	0,01	0,14	1997
Румыния	0,09	0,01	0,17	1994
Бельгия	0,09	0,01	0,18	1997/1998
Швеция	0,18	0,06	0,42	1996
Венгрия	0,20	0,11	0,29	1993
Эстония	0,31	0,13	0,49	1995
Финляндия	0,44	0,25	0,63	1998
Испания	0,48	0,31	0,64	1996
США	0,55	0,42	0,69	1997
Литва	1,34	1,15	1,54	1999
Болгария	2,00	1,77	2,23	2000
Греция	2,17	1,93	2,40	1998
Португалия	2,71	2,42	3,01	1994/1995
Латвия	2,75	2,47	3,04	1997/1998

Источник: Xu et al. 2003.

Примечание. Катастрофические расходы на медицинское обслуживание определяются как расходы, равные 40% или выше платежеспособности семьи. Платежеспособность семьи определяется как фактический доход, остающийся после того, как удовлетворены основные жизненные нужды.

помощь в Чешской Республике может отражать сравнительно низкий уровень частичной оплаты, а в Словакии — то, что в таблице приведены более старые данные (от 1993 г.), когда частичная оплата медицинских услуг еще не была введена.

Что касается справедливости в финансировании, то, согласно международным анализам, прямые платежи населения (включая частичную оплату медицинских услуг) — наиболее регрессивная фор-



ма финансирования здравоохранения, хотя менее регрессивная в тех странах, где люди с низкими доходами охвачены государственной страховой системой и освобождены от частичной оплаты по уровню дохода, возрасту или состоянию здоровья (Wagstaff et al. 1992; Wagstaff et al. 1999). Есть также убедительные данные международных анализов об отрицательном влиянии прямых платежей на равенство доступа к медицинской помощи, даже если предпринимаются усилия по защите доходов беднейшей части населения (Manning et al. 1987; Rice & Morrison 1994; Lexchin & Grootendorst 2004).

Углубленный анализ эстонских данных по катастрофическим расходам на медицинскую помощь показывает, что в этих случаях прямые платежи шли в основном на лекарственные средства и что наиболее уязвимы были бедные семьи, имеющие пожилых членов (Habicht et al. 2006). Эстонские данные позволяют сделать ряд выводов. **Во-первых**, даже если все пожилые люди автоматически охвачены государственным медицинским страхованием, это не дает им достаточной финансовой защищенности вследствие наличия частичной оплаты лекарственных средств и отсутствия льгот, предусмотренных специально для этой группы населения. **Во-вторых**, с сокращением государственных расходов на здравоохранение объем прямых платежей населения растет, что тяжелее всего сказывается на бедных семьях. **В-третьих**, пожилые люди с низкими доходами сильнее нуждаются в финансовой защите от платежей за амбулаторно назначаемые лекарственные средства — особенно те, кто страдает хроническими заболеваниями. Поэтому руководители здравоохранения должны уделять внимание финансовой защите пожилых людей с плохим состоянием здоровья, а также людей с низкими доходами от последствий частичной оплаты медицинских услуг и других видов прямых платежей населения.

Отрицательное влияние прямых платежей населения на финансовую защищенность и равенство доступа очевидно, при этом нет данных о том, что они способствуют устойчивому сдерживанию расходов. Некоторые все же полагают, что частичная оплата медицинских услуг может играть роль в финансировании здравоохранения — возможно, как стимул для более рентабельного использования медицинских услуг (с помощью дифференцированной оплаты, иногда называемой «основанное на пользе страхование») или для борьбы с неофициальными платежами. Слишком рано говорить о том, достигнет ли частичная оплата во Франции и в Германии, цель которой — повысить роль врачей общей практики в направлении боль-

ных к специалистам и снизить спрос на специализированную медицинскую помощь, намеченного двойного результата: сдерживание расходов и укрепление равенства доступа к медицинскому обслуживанию. Однако опыт Дании в применении этого вида дифференцированной оплаты говорит о том, что неравенство в доступе к специалистам может усилиться (Olivarius, Jensen & Pedersen 1990; Olivarius et al. 1994). Другие формы дифференцированной оплаты, например, имеющие целью стимулировать применение непатентованных или высокоэффективных лекарственных препаратов и сократить применение патентованных или менее эффективных, могут способствовать рациональному использованию средств (если это не ведет к ухудшению здоровья), однако данные из США говорят о том, что их способность сдерживать расходы невелика (Grabowski & Vernon 1992; Hong & Shepherd 1996; Mortimer 1997; Esposito 2002).

Частичная оплата медицинских услуг предложена как метод борьбы с регрессивными неофициальными платежами, но все страны Центральной и Восточной Европы, вошедшие в состав ЕС в последние годы, ввели у себя частичную оплату, а неофициальные платежи продолжают существовать наряду с официальными и не снижаются (Balabanova & McKee 2002; Allin, Davaki & Mossialos 2006). Ввод неофициальных платежей в официальные рамки будет действенным только там, где правительство способно четко расставить приоритеты в государственном финансировании здравоохранения и донести их до населения; снизить избыток мощностей; установить достойный уровень оплаты труда медицинских работников и связать ее с показателями деятельности; внедрить системы наблюдения за оплатой труда медицинских работников и прямыми платежами потребителей. Наиболее действенной краткосрочной мерой из перечисленных, вероятно, является повышение уровня оплаты медицинских работников (Lewis 2002a), в сочетании с переходом в дальнейшей перспективе к стратегической закупке медицинских услуг. В то же время руководители здравоохранения должны помнить, что политика распределения затрат может увеличить операционные издержки (особенно если включает в себя проверку материального положения) и создать новые лазейки для мошенничества. Австрия и Нидерланды отменили некоторые виды сборов с потребителя из-за слишком высоких затрат на их внедрение.

Как и в случае с частным медицинским страхованием, имеющиеся данные говорят о том, что распределение затрат вряд ли приведет к укреплению какого-либо из видов устойчивости, не в последнюю

очередь из-за присущей ему способности ухудшать финансовую защиту, равенство доступа к медицинской помощи и состояние здоровья. Исследования, согласно которым введение оплаты лекарственных средств может увеличить использование более дорогих медицинских услуг и ухудшить результаты лечения, подразумевают отрицательные последствия для экономической и фискальной устойчивости. Рост уровня частичной оплаты может быть сопряжен также с политическими издержками, даже если от платежей освобождены те, кому часто требуется медицинская помощь, и более бедные слои населения. Такое освобождение от частичной оплаты в конечном счете утяжеляет финансовое бремя, лежащее на работающих, а они и так вносят значительный вклад в финансирование здравоохранения.

### **3.2. Борьба с раздробленностью процесса объединения средств**

Успешная борьба с раздробленностью процесса объединения средств может значительно укрепить равенство доступа к медицинской помощи и ее эффективность. Как кратко изложено в предыдущей главе, централизованный сбор средств в Германии и Румынии привел к созданию единого фонда, а в Дании сократил раздробленность этого процесса. И в других странах реформы целенаправленно или попутно снижали количество фондов. Например, в Эстонии (в 2001 г.) и Польше (в 2003 г.) 17 региональных фондов были слиты воедино с созданием общенационального фонда. В Эстонии было также снижено с 7 до 4 число региональных отделений фонда (2003 г.). Литва в 2003 г. вдвое сократила число региональных фондов (с 10 до 5). В странах, где взносы по-прежнему собираются страховыми фондами, конкуренция привела к их слияниям, так что в Чешской Республике число фондов сократилось с 27 до 9, а в Германии свыше чем с 1000 в 1993 г. до менее чем 300 в 2004 г. (Busse & Riesberg 2004).

Устранение раздробленности в процессе объединения средств может значительно укрепить устойчивость, поскольку чем ниже число фондов, тем меньше требуется выравнять риски и, вероятно, меньше сопротивление схемам выравнивания рисков. Кроме того, сокращение числа фондов может повысить управленческую эффективность и, укрепив их покупательную способность, будет способствовать лучшей закупке услуг. В Дании в результате реформы 2006 г. так же создан общенациональный фонд; результаты реформы будут рассмотрены в следующей главе.

### 3.3. Расширение права на государственное медицинское обслуживание и разработка набора услуг

#### Расширение права на медицинское обслуживание

В некоторых странах ЕС на глубину охвата государственным медицинским обслуживанием повлиял рост частного финансирования — либо расширение роли частного медицинского страхования, как в Словении, либо рост прямых платежей потребителей. Напротив, в других странах ЕС предприняты иной раз весьма радикальные шаги, направленные на расширение доступа к государственному медицинскому обслуживанию; среди этих стран Ирландия, Франция, Бельгия и Нидерланды. Ниже обсуждаются результаты каждой из этих реформ.

К 1991 г. правительство Ирландии распространило право на бесплатное стационарное лечение на все население, а в 2006 г. ввело всеобщее право на первичное медицинское обслуживание, для более богатых семей требующее частичной оплаты потребителями с наличием максимальной суммы платежей (McDaid & Wiley 2009, forthcoming). Реформы привели к двум важным изменениям. **Во-первых**, они укрепили финансовую защиту, особенно что касается первичной медицинской помощи, которая (в отличие от стационарного лечения) почти не покрывается частным медицинским страхованием.

**Во-вторых**, они изменили роль частного медицинского страхования. До 1991 г. примерно 15% населения при стационарном лечении, которое было бесплатным лишь для тех, кто имел «медицинскую карточку», полагалось на заменяющее частное медицинское страхование. Поскольку реформы 1991 и 2006 гг. фактически ввели всеобщий охват всеми видами медицинского обслуживания, частное медицинское страхование перестало быть заменяющим. Вместо этого оно стало одновременно дополнительным альтернативным и дополняющим, поскольку обеспечивает более быстрый доступ к стационарному лечению и возможность госпитализации в частные больницы, а также некоторое покрытие обязательной частичной оплаты стационарного лечения и первичной медицинской помощи. Поскольку изначально страхование было заменяющим, оно жестко регулировалось и продолжает регулироваться государством. Страховые компании обязаны регистрировать всех желающих, устанавливать страховые взносы, исчисляемые на основе усредненных расходов, предлагать пожизненное страхование и минимальный набор

услуг, кроме того, они подвергаются выравниванию рисков (как в Словении). Изменение роли страхования может иметь существенные юридические последствия. Нынешние регулирующие положения оспаривались в Верховном суде Ирландии и в Европейском суде на том основании, что перевод средств в рамках схемы выравнивания рисков представляет собой государственную поддержку ведущей страховой компании VHI Healthcare, имеющей квазигосударственный статус (Thomson & Mossialos 2007b). Европейская Комиссия, Верховный суд Ирландии и Европейский суд не согласились с этим. Позднее некоторые вопросы рыночной структуры и руководства были поставлены под сомнение Европейской Комиссией (European Commission 2007b).

Франция в 2000 г. ввела всеобщий охват медицинским обслуживанием, изменив основания для права на медицинскую помощь с занятости на гражданство и дав право на бесплатное обслуживание тем, чей доход ниже определенного уровня (1,8% населения) (Sandier et al. 2004; Durand-Zaleski 2009, готовится к печати). Реформа в корне изменила природу права на медицинскую помощь во Франции и распространила предусмотренную законом финансовую защиту на тех, кому ранее для доступа к медицинской помощи приходилось полагаться на службы социального обеспечения.

Бельгия с 2008 г. предоставит полный охват государственным медицинским обслуживанием всем самостоятельно занятым. Ранее государство не покрывало для них так называемые «малые риски» — амбулаторную медицинскую помощь, амбулаторное назначение лекарственных средств, стоматологические услуги, малые хирургические операции и уход на дому. Соответственно будет увеличен размер отчислений для самостоятельно занятых (сейчас он составляет 19,6% дохода, в то время как для наемных работников 37,8% заработка) (Corens 2007). Рассматривался вариант обязать самостоятельно занятых приобретать полис заменяющего частного медицинского страхования, но от него отказались. Данная реформа впервые создает единый фонд рисков для здоровья, а более высокий размер отчислений для самостоятельно занятых может дать здравоохранению дополнительные средства и укрепить справедливость в финансировании.

Голландская реформа 2006 г. привела к четырем основным изменениям. **Во-первых**, был введен всеобщий охват медицинским обслуживанием, поскольку исчезло традиционное разделение между государственным страхованием 63% населения и заменяющим частным страхованием оставшихся 37%. Впервые все население охвачено

единой схемой медицинского страхования. **Во-вторых**, хотя страховая схема и считается государственной, т. е. обязательной, само страхование осуществляют частные страховые компании согласно гражданскому законодательству, а не правилам социального обеспечения. **В-третьих**, сохраняется сочетание отчислений, зависящих от дохода, и твердой суммы страхового взноса, однако равновесие между этими двумя элементами сдвинулось: величина отчислений сократилась с 8,0 до 6,5%, а величина страхового взноса возросла с 239–455 € в 2005 г. до (в среднем) 1050 € в 2006 г. (Maarse & Bartholomé 2006; WHO 2007a). Величина страхового взноса ограничена путем налоговых вычетов суммой, составляющей 3% дохода (WHO 2007a). **В-четвертых**, реформа ввела скидки за отсутствие страховых случаев (до 255 €) для тех, кто не обращался за возмещением затрат в предшествующий год, — косвенная форма распределения затрат, поскольку те, кто пользуется услугами здравоохранения, лишаются этой скидки (Ministry of Health, Welfare and Sport 2007). С 2008 г., однако, эта скидка будет замещена обязательной франшизой, равной 150 € в год, — другими словами, всякий, кто пользуется услугами здравоохранения, ежегодно должен платить 150 €, прежде чем государственная страховая схема начнет покрывать их расходы.

В Нидерландах от введения всеобщего охвата медицинским обслуживанием, скорее всего, выиграют пожилые люди и хронические больные, а также семьи с детьми — все, кто ранее вынужден был пользоваться заменяющим частным медицинским страхованием. Молодым и здоровым не состоящим в браке людям, а также государственным служащим, возможно, придется платить больше, чем ранее. Для здравоохранения *в целом* создание единого фонда средств, скорее всего, будет означать дополнительные средства для государственной схемы страхования<sup>10</sup>, укрепление финансовой защищенности населения, повышение справедливости в финансировании<sup>11</sup> и усиление степени перераспределения средств в пользу бедных.

Однако реформа, скорее всего, нарушит справедливость в финансировании для тех, кто уже охвачен государственной страховой схемой, и может создать финансовые препятствия на пути доступа к медицинской помощи из-за сдвига в соотношении механизмов фи-

---

<sup>10</sup> Хотя сейчас эта схема охватывает большее количество людей, структура рисков для ее новых членов, скорее всего, благоприятнее, чем у тех, кто уже входит в государственную схему страхования, а значит, это снизит средний риск, с которым она должна иметь дело.

<sup>11</sup> Увеличение прогрессивности вследствие притока средств от более богатых семей будет, однако, ослаблено наличием верхнего предела отчислений, равного 30 000 € в год.

нансирования. Это следствие того, что связанная с доходом часть взноса сократилась, а неизменная часть выросла — и в дальнейшем может вырасти еще больше. Средний размер страхового взноса, в 2006 г. составивший 1050 €, был занижен страховыми компаниями, желавшими привлечь новых клиентов. В 2007 г. размер взноса вырос на 9% и составил 1142 € (Busse & Schlette 2007). Рост размера страховых взносов, не связанных с доходом, снижает справедливость в финансировании, а расширение роли распределения затрат путем внедрения франшизы нарушает и справедливость в финансировании, и финансовую защиту. Это может повредить также равенству доступа к медицинской помощи.

Правительство внедрило механизмы, позволяющие ослабить эти отрицательные последствия, — например, зависящие от дохода налоговые вычеты из твердой ставки страхового взноса, и освобождение от уплаты франшизы при длительных хронических заболеваниях. Тем не менее опасения относительно того, достаточно ли этих мер, чтобы обеспечить равенство доступа к медицинской помощи, остаются. Неясно также положение тех, кто не выплачивает неизменную часть страхового взноса. Страховым компаниям в таком случае позволено разрывать контракт с застрахованными, и некоторые полагают, что незастрахованными могут оказаться от 500 000 до 800 000 человек (Busse & Schlette 2007).

### Разработка набора услуг

С конца 1990-х гг. многие страны склоняются ко все более подробной разработке набора услуг. Иногда это приводит к снижению охвата медицинским обслуживанием. Например, стоматологические услуги, по крайней мере для взрослых, часто исключаются из числа услуг, оплачиваемых государством, — как это было сделано в Эстонии в 2004 г. В то же время некоторые из стран ЕС расширили набор услуг, включив в него, например, длительный уход (среди этих стран Испания и Шотландия).

Интересен вопрос о том, подходят ли руководители здравоохранения к разработке набора услуг или уровням возмещения затрат систематически (на основе четких критериев), а не просто исключают из набора услуги, которые представляются менее нужными или менее достойными государственного субсидирования. Один из возможных методов — применение системы оценки медицинских технологий. Оценка медицинских технологий — комплексная деятельность, «которая систематически оценивает краткосрочные и дли-

тельные последствия применения медицинской технологии, ряда взаимосвязанных технологий или связанного с применением технологии вопроса, в терминах состояния здоровья и использования средств» (Henshall et al. 1997). Применяемые при оценке медицинских технологий критерии обычно включают в себя безопасность, эффективность, затраты и рентабельность, а также социальные, организационные, юридические и этические последствия (Velasco-Garrido & Busse 2005). Оценка медицинских технологий может играть ведущую роль во внедрении рационального использования средств здравоохранения, если ее результаты учитываются при разработке политики.

С 1980-х гг. ведомства, которые занимаются оценкой медицинских технологий, были созданы в следующих странах ЕС: Франция (1982 г.), Швеция (1984 г.), Нидерланды (1987 г.), Австрия (1990 г.), Испания (1991 г.), Финляндия (1995 г.), Латвия (1995 г.), Соединенное Королевство (1996 г.), Дания (1997 г.), Германия (1998 г.), Венгрия (2001 г.) и Бельгия (2003 г.) (Velasco-Garrido & Busse 2005). В последнее время делаются попытки стандартизировать подход к оценке медицинских технологий в Европе; министры здравоохранения ЕС признали, что оценка медицинских технологий является важной областью сотрудничества всех стран ЕС (Velasco-Garrido & Busse 2005).

Большинство национальных ведомств, занятых оценкой медицинской технологии, играют при разработке политики совещательную или регулируемую роль. Они дают рекомендации по возмещению затрат или ценообразованию, составляют списки лекарственных средств, медицинских приборов и услуг, а также устанавливают цены на них либо просто координируют процесс оценки и выпускают доклады и рекомендации (Zentner, Velasco-Garrido & Busse 2005). Обязанности этих ведомств в разных странах ЕС могут быть разными и обычно отражают национальные приоритеты, например, сдерживание расходов или улучшение доступа к медицинскому обслуживанию (Sorenson, Kanavos & Drummond 2007). Если у страны ЕС нет программы оценки медицинских технологий, это не означает, что она такую оценку не использует. Эстония, например, применяет оценку медицинских технологий для принятия решений о том, какие услуги следует добавлять к имеющемуся набору (Jesse et al. 2004). В 2002 г. были сформулированы четыре четких критерия: эффективность; рентабельность; уместность применения и соответствие национальной политике здравоохранения; наличие средств (Jesse et al. 2004). На практике, однако, наиболее важным критерием



является последний, а нехватка персонала и опыта в проведении оценки медицинских технологий называлась как препятствие для дальнейшего развития этой системы. В отсутствие собственных программ оценки медицинских технологий некоторые страны ЕС пользуются результатами оценки, проведенной в других странах ЕС, однако приспособление их к условиям иной страны может представлять технические трудности.

Наиболее противоречивым звеном оценки медицинских технологий обычно является экономическая оценка. Несколько стран ЕС при разработке набора услуг и порядка его оплаты применяют оценку экономической эффективности. В целом оценку медицинских технологий и оценку экономической эффективности часто используют, решая, добавлять ли новую услугу в набор услуг — чаще всего в отношении лекарственных средств.

Очень немногие страны ЕС систематически применяют оценку медицинских технологий для выявления услуг, которые следует исключить из государственного набора. Оценка экономической эффективности в процессе принятия решений по исключению услуг из набора в настоящее время систематически применяют лишь Швеция и Италия (Ettelt et al. 2007). Швеция в 2002 г. ввела программу оценки экономической эффективности лекарственных средств, входящих в существующий набор, а Италия в 2007 г. внедрила систему оценки экономической эффективности услуг, входящих в существующий набор. В настоящее время введение сходных программ рассматривают Нидерланды и Соединенное Королевство. Несмотря на отсутствие систематической деятельности по исключению нерентабельных услуг из списка оплачиваемых, несколькими странам ЕС удалось сократить использование нерентабельных услуг, либо исключая их из набора, либо с помощью рекомендаций по методам лечения конкретных заболеваний.

Более широкое применение оценки медицинских технологий (в том числе экономической оценки), как при анализе существующего набора услуг, так и в процессе принятия решений, какие новые услуги следует туда добавлять, укрепит все виды устойчивости: (1) экономическую устойчивость — способствуя тому, что здравоохранение не будет тратить средства на небезопасные или неэффективные медицинские услуги, либо на услуги, затраты на которые превышают пользу от них; (2) фискальную устойчивость — способствуя тому, что государственные средства не будут расходоваться на нерентабельные услуги; (3) может способствовать политической стабильности, поскольку решения о нормировании будут прини-

маться не отдельными врачами, а политиками или технократами, и будет продемонстрировано стремление рационально использовать государственные средства.

Однако до четко разработанного и полностью рентабельного набора медицинских услуг далеко во всех странах ЕС. В среднесрочной перспективе это, возможно, превосходная цель — но малореалистичная. На практике применение оценки медицинских технологий часто сдерживается нехваткой средств и осложняется этически, технологическими и политическими трудностями (Ettelt et al. 2007). Поскольку решения об экономической эффективности строятся как на фактах, так и на оценках, программы, которые стремятся соблюдать равновесие между интересами населения и частных лиц, требуют значительной политической поддержки. В то же время они должны быть одновременно и подконтрольны правительству, и независимы от него, а также прозрачны и свободны от нежелательного влияния различных политических групп со своими интересами. Препятствия к более широкому и эффективному применению оценки медицинских технологий с целью рационального использования средств включают, таким образом, нехватку ресурсов, нехватку технических знаний, отсутствие прозрачности в критериях включения или исключения услуг из набора и неспособность либо нежелание государства проводить в жизнь решения, основанные на оценке медицинских технологий.

### **3.4. От пассивного возмещения затрат к стратегической закупке медицинских услуг**

То, как организован процесс закупки медицинских услуг, крайне важно для эффективного и качественного медицинского обслуживания. Это может повлиять также на равенство доступа к медицинской помощи, на управленческую эффективность и, вероятно, на способность сдерживания расходов. Во многих странах ЕС реформы включали в себя попытки перейти от пассивного возмещения затрат медицинских учреждений к активной или стратегической закупке услуг. Стратегическая закупка услуг

...нацелена на улучшение показателей деятельности здравоохранения с помощью эффективного перевода средств поставщикам медицинских услуг, что включает в себя три набора четких решений: какие медицинские услуги покупать в соответствии с потребностями и желаниями населения, с учетом приоритетов национального здравоохранения и данных по экономической эффективности (см. главу по формированию набора услуг, выше); как их следует покупать, вклю-

чая механизмы заключения контрактов и системы оплаты; и у кого — с учетом относительных уровней качества и рентабельности (Figueras, Robinson & Jakubowski 2005).

Реформы, которые рассматриваются в следующих разделах, включают в себя: отделение финансирования медицинской помощи от ее предоставления; распределение ресурсов с учетом рисков или потребностей; введение конкуренции между поставщиками услуг; изменения в методах оплаты труда медицинских работников.

### Отделение финансирования медицинской помощи от ее предоставления

В странах ЕС, где здравоохранение финансируется главным образом из налогов, закупка медицинских услуг традиционно была интегрирована — государство являлось владельцем или нанимателем большинства поставщиков услуг и просто платило им жалованье (физическим лицам) или выделяло бюджеты (учреждениям). После создания «внутреннего рынка» Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства в 1991 г. большинство таких стран ввели сходную систему, отделив друг от друга финансирование и предоставление медицинской помощи (исключениями являются Кипр, Дания, Финляндия, Ирландия и Мальта). В «новых» странах ЕС такие изменения произошли почти везде, а в более децентрализованных системах здравоохранения Италии, Испании и Швеции — в некоторых, но не во всех регионах. Отделение друг от друга финансирования и предоставления медицинской помощи требовало создания новых организаций, занимающихся закупкой медицинских услуг: в «новых» странах ЕС это фонды медицинского страхования, в «старых» — территориальные ведомства. Основной целью такой реформы было повышение эффективности путем увеличения производительности и обеспечения покупателей услуг возможностью вознаграждать поставщиков услуг за качество деятельности. В «новых» странах ЕС это было частью более общей реформы, направленной на приватизацию медицинской помощи.

Насколько такое разделение улучшает процесс закупки услуг, неясно. Ключевой проблемой во всех странах является недостаток знаний и навыков в области закупки услуг. Ни одно из вновь созданных ведомств ранее этим не занималось, во всех случаях учиться пришлось с нуля, пользуясь скудными имеющимися данными. Во многих случаях трудно поддерживать контроль за деятельностью поставщиков услуг, зачастую из-за отсутствия инструментов такого контроля — например, возможности заключать выборочные кон-

тракты вместо коллективного контракта со всеми поставщиками услуг в данной области.

В Англии через 15 лет после введения системы фондодержателей среди врачей общей практики и через 7 лет после создания ФПМП функция закупки медицинских услуг все еще развита слабо (Lewis, Curry & Dixon 2007); при заключении контрактов иногда преобладают финансовые вопросы, а не вопросы качества медицинской помощи (The Healthcare Commission 2005). Как можно было ожидать, разделение финансирования и предоставления медицинской помощи привело также к росту операционных издержек. Кроме того, у ФПМП почти нет рычагов, позволяющих контролировать направление к специалистам, а значит, объем (и стоимость) предоставляемых услуг. Недавний сдвиг в сторону закупки услуг врачами общей практики («заказ на основе практики») должен сократить число направлений к специалистам, повысить гибкость действий, расширить выбор больных и сдержать расходы, но на самом деле может обострить, а не решить часть проблем в области закупки услуг, с которыми сталкиваются ФПМП (Maynard & Street 2006). Это может вступить также в противоречие с нынешним стремлением правительства Соединенного Королевства расширить возможности больных выбирать поставщиков медицинских услуг.

В таких странах ЕС, как Испания, в полной мере внедрить принцип отделения друг от друга финансирования и предоставления медицинской помощи не удалось; в последние годы наблюдается движение в противоположную сторону. Например, региональные органы здравоохранения Каталонии теперь напрямую вмешиваются в оперативное руководство медицинскими учреждениями, а поставщики медицинских услуг, как государственные, так и частные, принимают более активное участие в планировании деятельности здравоохранения (Durán, Lara & van Waveren 2006). В будущем сотрудничество в области планирования и предоставление комплексного обслуживания могут стать нормой, от чего особенно выиграют больные хроническими заболеваниями.

### Стратегическое распределение ресурсов

Важный способ улучшить здоровье населения, укрепить равенство доступа к медицинской помощи и достичь оптимального соотношения цены и качества — добиться того, чтобы распределение ресурсов основывалось на потребностях, а не на других факторах (таких как способность собрать нужное количество средств или платежеспособность). Стратегическое или основанное на потребностях распре-

деление ресурсов означает, что деньги тратятся там, где они нужны (и на то, на что нужны), а не просто там, где они собираются или накапливаются. Переход к распределению ресурсов, основанному на потребностях, наблюдается в двух различных случаях. **Во-первых**, в странах, где сбором страховых взносов или налогов на здравоохранение занимаются страховые фонды или местные власти, существуют централизованные процессы перераспределения части ресурсов между фондами или регионами. **Во-вторых**, там, где центральные налоги переводятся местным властям или организациям, занятым закупкой медицинских услуг, ресурсы могут распределяться с учетом различий в размерах населения и в его потребностях.

В первом случае движение в сторону распределения средств, основанного на потребностях, сдерживается тем, что многие фонды медицинского страхования охватывают не четко определенные географически группы населения, что облегчило бы оценку потребностей, а группы населения по роду занятий. Это усугубляется недостатком опыта и навыков в сфере закупки услуг (Figueras, Robinson & Jakubowski 2005). Кроме того, отчасти из-за трудностей с получением информации, а отчасти потому, что фонды медицинского страхования недовольны необходимостью отдавать часть своих средств, количество учитываемых факторов риска и доля средств, подлежащих перераспределению, могут быть недостаточно велики (van de Ven et al. 2007). В Бельгии перераспределяется лишь 30% средств страховых фондов (однако список факторов риска обширен), в Чешской Республике при перераспределении средств учитывается лишь число пожилых людей, а в Словакии — возраст и пол. В недавнем обзоре схем по выравниванию рисков в западноевропейском здравоохранении качество механизма выравнивания рисков в Германии оценивается как посредственное, в Бельгии как от посредственного до удовлетворительного, в Нидерландах как удовлетворительное (van de Ven et al. 2007). По тем же критериям качество механизмов выравнивания рисков в Чешской Республике и Словакии будет низким.

Распределение ресурсов по географическому принципу, направленное на укрепление равенства доступа к медицинской помощи, наиболее разработано, по-видимому, в Соединенном Королевстве, где оно существует с конца 1970-х гг., несколько раз пересматривалось и перерабатывалось (Department of Health 2005). В табл. 3.7 приведены социально-экономические факторы, а также данные по смертности и заболеваемости, используемые для оценки потребностей в неотложной помощи и акушерской помощи, в дополнение к

**Таблица 3.7.** Факторы, которые учитываются в формуле распределения средств, применяемой в Соединенном Королевстве для оценки потребностей в неотложной и акушерской помощи, 2006–2008 гг.

Фактор	Коэффициент
Стандартизованный уровень смертности в возрасте до 75 лет	0,070
Доля детей с низким весом при рождении	0,013
Стандартизованный уровень рождаемости	0,108
Образование	0,008
Доля людей старше 75 лет, которые живут одни	0,026
Доход	0,103
Индекс распространенности заболеваний ЦНС	0,225
Индекс распространенности сердечно-сосудистых заболеваний	0,548
Индекс распространенности заболеваний опорно-двигательного аппарата	0,375

*Источник:* Department of Health 2005.

*Примечание.* ЦНС – центральная нервная система.

данным по возрастной и половой структуре населения. В Швеции в 1996 г. была введена формула распределения ресурсов, направленная на то, чтобы компенсировать недостаток средств для округов и муниципалитетов с более слабой налоговой базой (Diderichsen, Varda & Whitehead 1997; Glenngård et al. 2005). Перераспределение согласно этой формуле (от двух округов, Стокгольма и Упсалы, а также от небольшого числа муниципалитетов, остальным 19 округам) привело к напряженности в отношениях между местными властями и центральным правительством и в отношениях местных властей между собой.

Формулы перераспределения средств, применяемые в других странах ЕС, часто гораздо менее разработаны, но во многих случаях в последние годы введены усовершенствования (Rice & Smith 2002). Например, в Испании распределение средств основывалось исключительно на данных за предшествующие годы и политических переговорах, но теперь сместилось в сторону механизма, основанного на той или иной формуле (Dugán, Lara & van Waveren 2006). Однако там, где здравоохранение финансируется из местных налогов, формулы стратегического распределения ресурсов не всегда способны сгладить региональные различия в доходах и состоянии здоровья (Donatini et al. 2009, готовится к печати).

Переход от распределения ресурсов на основании данных за прошлые годы, политических переговоров или просто по числу боль-

ных к распределению с учетом факторов риска может значительно укрепить равенство доступа к медицинской помощи и помочь более рациональному использованию средств, особенно если более бедные страховые фонды или регионы получают при этом достаточную компенсацию. Многие страны ЕС стремятся перейти к стратегическому распределению ресурсов, но сделать предстоит еще многое. Некоторые препятствия к совершенствованию механизмов выравнивания рисков и формул распределения ресурсов являются чисто техническими: выявление факторов риска, получение нужной информации, учет качества таких услуг, как психиатрическая помощь (van de Ven et al. 2007). Другие препятствия являются организационными, политическими и юридическими: сопротивление процессу перераспределения средств со стороны местных властей, возражения фондов медицинского страхования против увеличения для них финансового риска, широко распространенное (но не имеющее под собой основания) убеждение, что механизмы выравнивания рисков ставят в невыгодное положение эффективно работающие страховые фонды, угроза юридических осложнений вследствие противоречий с законодательством внутреннего рынка ЕС (например, две голландские страховые компании обратились в Европейский суд, оспаривая юридическую правомерность механизма выравнивания рисков) (ECJ 2006; Thomson & Mossialos 2007a).

### Конкуренция между покупателями услуг

Введение (или расширение) конкуренции между покупателями медицинских услуг в Чешской Республике, Германии, Нидерландах и Словакии в начале и середине 1990-х гг. ставило целью усовершенствовать процесс закупки услуг и повысить эффективность и качество оказания медицинской помощи<sup>12</sup>. Германия стремилась также укрепить равенство доступа к медицинской помощи, снизив разрыв в размере страховых взносов (Busse 2001).

Во многих отношениях реформы не достигли своего результата. В Германии размеры взносов первоначально сблизились, но со временем опять начали расходиться (Gresz et al. 2002; Schut, Gresz & Wasem 2003). Данные из Германии и Нидерландов говорят о том, что более молодые, здоровые и образованные люди скорее сменяют страховой фонд, чем остальные (Zok 1999; Gresz et al. 2002). Отчасти это может быть обусловлено отбором рисков. Конкуренция между

---

<sup>12</sup> В бельгийском здравоохранении конкуренция между фондами медицинского страхования — традиционная черта.

фондами медицинского страхования создает сильный стимул к отбору рисков (если размер страховых взносов зависит от дохода или исчисляется на основании усредненных доходов). Хотя явный отбор рисков является противозаконным, он может осуществляться скрыто, допустим, при помощи маркетинга и регистрации новых клиентов только через интернет, недоступности представительства фонда, выборочных оповещений о праве клиента сменить страховой фонд (Buchner & Wasem 2003). Чтобы лишить страховые фонды стимула отбирать риски, разработаны механизмы выравнивания рисков. Однако, как уже говорилось выше, недавно исследователи пришли к выводу, что, пусть даже механизмы выравнивания рисков в Бельгии, Германии и Нидерландах усовершенствованы, этого недостаточно, чтобы предотвратить отбор рисков, который возрос с течением времени (van de Ven et al. 2007).

Влияние реформ на закупку медицинских услуг также неоднозначно. Хотя угроза потерять своих клиентов заставила страховые фонды в Германии и Нидерландах улучшить качество административной деятельности, на качество медицинской помощи это не повлияло либо потому, что у фондов нет рычагов, необходимых для стратегической закупки услуг (например, выборочное заключение контрактов в Германии не допускается), либо потому, что они их не используют (Gresz et al. 2002). В некоторых случаях фонды вместо этого стремятся сократить расходы за счет отбора рисков и негласных соглашений с клиентами. Значительное сокращение числа страховых фондов в Германии (более чем с 1000 в 1993 г. примерно до 300 в 2004 г.), Нидерландах (более чем с 100 в 1990 г. до 22 в 2006 г.) и Чешской Республике (с 27 в 1993 г. до 9 в 2007 г.) (Busse & Riesberg 2004) до известной степени ограничило выбор потребителей, но, возможно, повысило покупательную способность фондов. В Нидерландах все фонды принадлежат к одной из семи корпораций; недавние слияния означают, что две из них сейчас охватывают более 50% населения (WHO 2007a). Кроме того, отмена ценовой конкуренции в Германии, вступающая в силу с 2009 г. (когда размер страховых отчислений будет устанавливаться централизованно), может побудить фонды конкурировать на основе качества услуг.

Более высокие операционные издержки для частных лиц и здравоохранения в целом, обусловленные конкуренцией на рынке частного страхования, в сочетании с отрицательным влиянием на равенство доступа (из-за отбора рисков), по-видимому, не искупаются улучшениями покупательной способности. Руководители здравоохранения должны попытаться устранить недостатки в механизмах



выравнивания рисков, поскольку без надежного выравнивания рисков минусы, связанные с конкуренцией между страховыми фондами, могут перевесить ее плюсы (van de Ven et al. 2007). К сожалению, компромисса между равенством доступа к медицинской помощи и эффективностью может быть достигнута нелегко, так как те же факторы, что способствуют стратегической закупке услуг (высокий уровень конкуренции, более высокий финансовый риск, которому подвергаются страховые фонды, выборочное заключение контрактов, интеграция с поставщиками услуг), могут способствовать и отбору рисков.

### Реформы оплаты труда медицинских работников

То, как оплачивается труд медицинских работников, может существенно повлиять на эффективность и качество обслуживания. Разные формы оплаты связаны с разным набором стимулов (Aas 1995; Barnum, Kutzin & Saxenian 1995; Chaix-Couturier et al. 2000). Системы предоплаты в форме бюджетов (включающих жалованье) помогают планировать расходы и создают для медицинских организаций выраженные стимулы к сдерживанию расходов. Кроме того, при твердых бюджетах медицинские организации подвержены существенному финансовому риску. Следовательно, предоплата может быть связана со стимулами сократить предоставление услуг или переложить расходы на других поставщиков услуг. Ретроспективная оплата создает стимулы для активизации деятельности и дает полезную информацию об использовании медицинских услуг. Однако если уровень оплаты достаточен для покрытия расходов, поставщики услуг не подвержены финансовому риску. Поэтому ретроспективная оплата может привести к чрезмерному предоставлению услуг и плохому сдерживанию расходов. В целом в ЕС первоначально наблюдался сдвиг в сторону проспективной оплаты, но сопутствующие ей стимулы иногда оказывались слишком сильными, в результате чего вновь вводилась система ретроспективной оплаты с целью активизировать деятельность медицинских учреждений и другие меры, направленные на повышение качества обслуживания.

#### *Амбулаторное обслуживание*

В западноевропейских системах здравоохранения, финансируемых главным образом с помощью взносов социального страхования, работникам амбулаторных медицинских учреждений традиционно платят по объему оказанных услуг, причем уровень оплаты определяется при коллективных переговорах между страховыми компа-

ниями и ассоциациями медицинских работников. За исключением Германии, реформы в этих странах почти не проводились. Германия в 1980-х гг. ввела в амбулаторном секторе систему твердых бюджетов, при которой плата за каждую услугу снижается с ростом уровня деятельности. Реформа была нацелена на активизацию деятельности, особенно в области диагностических исследований, но почти не повлияла на сдерживание расходов и отрицательно сказалась на внедрении новых методов (Schwartz & Busse 1996). С 2007 г. оплата в амбулаторном секторе будет зависеть от уровня заболеваемости (Busse & Riesberg 2004).

#### *Первичная медицинская помощь*

В других странах ЕС реформа оплаты труда работников первичной медицинской помощи проходила в два этапа: **первый** — переход от жалования к оплате по объему оказанных услуг (в некоторых из «новых» стран ЕС) или по количеству больных; **второй** — дальнейшее расширение оплаты по объему оказанных услуг или ее введение в дополнение к оплате по количеству больных, чтобы стимулировать деятельность по профилактике заболеваний и (в последние годы) вознаграждать качество обслуживания. Некоторые страны ЕС, которые изначально ввели вместо жалования оплату по объему оказанных услуг (например, Чешская Республика), в дальнейшем перешли на оплату по количеству больных (Rokosová et al. 2005). Этот вид оплаты в большинстве стран ЕС сейчас является основным в секторе первичной медицинской помощи (см. табл. 2.4) и во многих странах дополняется оплатой по объему оказанных услуг. Однако реформы не всегда выходили за пределы первой стадии. Например, в Литве правительство попыталось дополнить подушевую формулу оплаты с учетом возраста оплатой по объему оказанных услуг, чтобы укрепить профилактику заболеваний и снизить число направлений к специалистам, но эти предложения пока не внедрены, отчасти из-за опасений о росте расходов, а отчасти из-за неспособности государства довести реформы до конца (Cerniauskas, Murauskienė & Tragakes 2000).

В отдельных странах ЕС предприняты усилия связать оплату с показателями деятельности — не только с ее организацией, но и с результатами. Хорошим примером может служить Система оценки качества и результатов деятельности, введенная в Англии в 2004 г. как часть нового договора между правительством и врачами общей практики. Результаты ее внедрения неоднозначны, так как многие целевые показатели были достигнуты большинством врачей общей практики в первый год, и есть опасения, что доход врачей вырастет

намного сильнее, чем на запланированные 30% (White 2006). Выказывались также следующие опасения: влияние системы на предоставление услуг, не связанных с финансовыми стимулами; возможный отказ врачей общей практики от больных, которые ухудшают показатели деятельности; возможное нежелание врачей открывать практику в «невыгодных» районах; риск искажения данных по оценке врачей больными (Smith & York 2004).

### *Стационарное обслуживание*

В секторе стационарной помощи бюджеты, основанные на суточных ставках или статьях расходов, сменились общими бюджетами, а затем оплатой по числу случаев госпитализации (главным образом различные варианты метода клинико-статистических групп). Из табл. 2.4 видно, что оплата по числу случаев госпитализации сейчас применяется почти во всех «старых» и «новых» странах ЕС. Цели, лежащие в основе внедрения клинико-статистических групп, в разных странах различны. Некоторые страны ЕС стремятся сократить время ожидания госпитализации, активизировать деятельность больниц, усилить конкуренцию между медицинскими учреждениями и облегчить пациентам выбор больницы; другие – сократить расходы, повысить прозрачность в финансировании больниц и привести в соответствие друг с другом системы оплаты в государственном и частном секторе (Ettelt et al. 2006).

Венгрия одной из первых в ЕС ввела систему клинико-статистических групп, сначала, в 1987 г., как пробный проект, а затем, в 1993 г., в масштабах всей страны (Schneider 2007). Длительность применения и эволюция системы клинико-статистических групп в Венгрии могут служить другим странам ЕС как руководство. С конца 1990-х гг. Венгрия несколько раз вносила в систему изменения, чтобы справиться с ростом частоты повторных госпитализаций и изменений диагноза в сторону более дорогих групп. Недавно вновь введен также, с помощью верхнего предела бюджетов, контроль интенсивности обслуживания, чтобы способствовать сокращению средней продолжительности госпитализации и затрат на стационарное лечение (Schneider 2007).

Исследования, посвященные применению клинико-статистических групп в ЕС, подтверждают опыт Венгрии. Из них следует, что в краткосрочной перспективе метод клинико-статистических групп может привести к активизации деятельности (Dismuke & Sena 1999; Louis et al. 1999; Mikkola, Keskimaki & Hakkinen 2001), но также и к перераспределению расходов (Jönsson 1996), «снятию сливок» (Bib-

bee & Padrinin 2006) и изменению диагнозов на более «дорогие» (Charpentier & Samuelson 1999; Louis et al. 1999; Rogers et al. 2005; Bibbee & Padrinin 2006). В некоторых странах ЕС рост числа повторных госпитализаций после введения оплаты по числу случаев госпитализаций заставляет исследователей предположить, что она могла снизить качество стационарного лечения (Louis et al. 1999; Kjerstad 2003). В одном из международных исследований найдено также, что введение системы клинико-статистических групп отрицательно сказалось на снижении смертности от хирургических ошибок и неправильных назначений лекарственных средств (Forgione et al. 2004). Согласно недавнему анализу, преимущества метода клинико-статистических групп (возможность получить ценную информацию по затратам и диагнозам, а также сдерживание затрат, происходящих на одну госпитализацию) могут нивелироваться такими последствиями, как «снятие сливок», выбор более «дорогих» диагнозов, перераспределение расходов и экономия на качестве лечения (Busse, Schreyögg & Smith 2006).

# Выводы и рекомендации

В этой главе, опираясь на информацию, представленную в главах 2 и 3, мы рассматриваем общие вопросы: возможно ли добиться устойчивости, не нанося урона ценностям и целям политики здравоохранения (а если возможно, поддерживая их), и если да, то какая система финансирования здравоохранения лучше всего для этого приспособлена. Мы предлагаем ряд возможных изменений в финансировании здравоохранения, направленных на достижение устойчивости, и формулируем некоторые рекомендации для руководителей здравоохранения.

### 4.1. Какие реформы с наибольшей вероятностью повысят устойчивость?

Многие из тех, кто говорит о разрыве между расходами на здравоохранение и другие виды социального обеспечения в настоящее время и тем, что, возможно, потребуется тратить в будущем, считают, что единственный путь сократить этот разрыв — увеличить опору на частное финансирование (Bramley-Harker et al. 2006). Они могут признавать недостатки частного финансирования, но подчеркивают, что рост его неизбежен, если мы хотим, чтобы здравоохранение выстояло перед лицом будущих расходов.

Мы сомневаемся в обоснованности такого подхода. По нашему мнению, для достижения экономической и фискальной устойчивости здравоохранения необходимо наличие двух условий. **Во-первых**, система здравоохранения должна располагать достаточным количеством средств, чтобы бороться с заболеваемостью и укреплять здоровье населения. Это вопрос и экономического, и фискального характера. Если здравоохранение не в силах собрать достаточно средств, чтобы улучшить здоровье населения, оно может не достичь своей основной цели, так же как и (вторичной) цели обеспечения

экономики здоровой рабочей силой. **Во-вторых**, здравоохранение должно эффективно использовать имеющиеся средства: польза от медицинской помощи должна перевешивать затраты на нее. И это также вопрос как экономического, так и фискального характера. Средства, потраченные на медицинское обслуживание, нельзя потратить на другие товары и услуги — это «альтернативные издержки» — поэтому увеличение объема средств, выделенных на здравоохранение, должно приносить ощутимые улучшения. Там, где государству трудно собрать больше средств на здравоохранение, политики должны искать возможности более продуманно тратить имеющиеся средства. Мы утверждаем, что равенство доступа существенно для достижения обоих условий; если затраты на медицинское обслуживание должны обеспечить максимальный выигрыш в здоровье, руководителям здравоохранения необходимо обеспечить соответствие между ресурсами и потребностью в медицинской помощи (а не между ресурсами и способностью платить за медицинское обслуживание).

В главе 1 мы предложили три возможных способа добиться фискальной устойчивости: как можно эффективнее и рациональнее использовать имеющиеся средства; повысить уровень государственного финансирования здравоохранения; снизить обязательства системы здравоохранения настолько, чтобы их можно было выполнить в рамках существующего бюджета. Наш анализ подчеркивает, как важно уделять внимание системе финансирования здравоохранения. Мы показываем, что система финансирования оказывает существенное влияние на финансовую устойчивость здравоохранения. Важно подчеркнуть, что в то время как первые два способа способствуют также поддержанию экономической устойчивости, третий, скорее всего, подорвет ее. Ниже мы обобщаем некоторые из ключевых моментов, рассмотренных в главе 3, и обсуждаем влияние различных реформ на экономическую и фискальную устойчивость. Затем рассматривается вопрос о том, какая система финансирования здравоохранения лучше всего способна справиться с проблемой устойчивости.

В главе 3 анализировались реформы, связанные с финансированием здравоохранения, относящиеся к следующим областям:

- увеличение финансирования здравоохранения посредством увеличения средств, собираемых государством, — например, повышение максимального размера отчислений социального страхования либо переход к централизованному сбору налогов и отчислений социального страхования;

- изменения в соотношении механизмов сбора средств – например, расширение роли взносов социального страхования, центральных либо местных налогов, или расширение частного финансирования (через частное медицинское страхование и частичную оплату медицинских услуг потребителями);
- борьба с раздробленностью процесса объединения собранных средств – сокращение числа фондов, а в некоторых случаях создание единого общенационального фонда средств;
- ограничение или расширение права на государственное медицинское обслуживание, а также разработка набора медицинских услуг (часто с применением оценки медицинских технологий);
- отход от пассивного возмещения затрат поставщиков медицинских услуг к активной закупке услуг – например, отделение финансирования медицинской помощи от ее предоставления; введение стратегического распределения ресурсов или конкуренции между покупателями медицинских услуг; изменения в системе оплаты труда медицинских работников.

При централизованной системе сбора средств, по-видимому, легче добиться выплаты отчислений (там, где это является проблемой), поэтому с ее помощью можно получить больше средств, чем при системе, когда взносы собираются отдельными страховыми фондами. Отчасти, однако, это зависит от органа, собирающего средства, – от уплаты налогов безнаказанно уклониться труднее, чем от выплаты взносов в фонды медицинского страхования. Централизованное назначение размера взносов может вызывать сопротивление, если ранее страховые фонды имели право сами устанавливать размер взноса, но это не является неразрешимой проблемой, как показывают последние реформы в Германии. Единая система назначения размера взносов способствует равенству доступа к медицинской помощи и может сократить операционные издержки, связанные с выравниванием рисков, поскольку в механизмах выравнивания рисков больше не надо предусматривать компенсацию за разный размер страховых взносов. Это может помочь также преодолеть сопротивление страховых фондов механизмам выравнивания рисков.

Некоторые из «старых» стран ЕС стремятся увеличить государственные поступления путем расширения доходной базы, связанной с занятостью. Франция и Германия увеличили опору на доходы, не связанные с заработками, путем налоговых отчислений – шаг, который может повысить фискальную устойчивость в условиях растущей безработицы, роста теневой экономики и самостоятельной за-

нятости, беспокойства о международной конкурентоспособности и увеличения доли неработающего населения. Многие из «новых» стран ЕС в Центральной и Восточной Европе в 1990-х гг., напротив, отошли от финансирования за счет налогообложения и внедрили отчисления социального страхования, основанные на занятости. К сожалению, экономическая и фискальная обстановка во многих из этих стран совершенно не приспособлена к такому страхованию из-за обширной теневой экономики и высокого уровня безработицы. Поэтому, чтобы получить достаточные средства, государство по-прежнему использует налоги. В некоторых случаях это расценивается как провал системы социального страхования. Однако скорее это следует считать плюсом. Положительные стороны создания новых систем закупки медицинских услуг, отделенных от государства и поставщиков услуг, могут сохраняться даже в условиях финансирования из налогов. Собственно, сохранение системы налоговых отчислений после введения страховых взносов может быть важным условием того, чтобы обеспечить достаточное поступление средств и справиться с некоторыми недостатками системы социального страхования, основанной на занятости.

Отчетливый курс многих стран ЕС на создание общенациональных фондов государственных средств, выделяемых на здравоохранение, можно только приветствовать. Единый фонд медицинских рисков — основа равенства доступа к медицинской помощи. Это также увеличивает рентабельность, снижая неопределенность в отношении риска ухудшения здоровья и связанных с этим финансовых потерь. Кроме того, сокращение числа фондов может повысить эффективность управления.

Другой положительной тенденцией в этой области является отход от распределения собранных средств (фондам медицинского страхования или территориальным агентствам по закупке медицинских услуг) согласно прошлогоднему объему средств, политическим переговорам или по числу застрахованных и переход к стратегическому распределению средств по числу застрахованных с учетом степени риска. Этот переход может сгладить неравномерности, связанные с местными налогами или со сбором средств отдельными страховыми фондами, и является важным шагом в выравнивании между собой ресурсов и потребностей, а также в обеспечении равенства доступа к медицинской помощи.

В некоторых странах ЕС внедрена конкуренция среди покупателей медицинских услуг (фондов медицинского страхования). Теоретически это может быть стимулом к активной закупке медицинских



услуг. На практике, однако, издержки такой формы конкуренции могут перевесить выгоды от нее, поскольку она создает стимулы к отбору лиц с низким уровнем рисков. Данные по Бельгии, Франции и Германии показывают, что механизмы выравнивания рисков могут ослабить эти стимулы, но не способны искоренить их совсем (van de Ven et al. 2007).

Переход от пассивного возмещения расходов поставщикам медицинских услуг к стратегической закупке медицинских услуг также является шагом к выравниванию между собой ресурсов и потребностей и рациональному использованию средств. В конечном счете на поставщиков медицинских услуг приходится значительная доля расходов здравоохранения, поэтому предоставление услуг на справедливой основе, при должном уровне качества и по должным ценам – важнейший фактор как экономической, так и фискальной устойчивости. Однако во многих странах ЕС реформам закупки медицинских услуг не уделяется достаточно внимания. В некоторых случаях не продуманы достаточные стимулы для обеспечения процесса стратегической покупки. В области оплаты труда медицинских работников вселяет надежды отход от простой оплаты по объему оказанных услуг и переход к более сложным, комплексным системам оплаты, которые учитывают объем и качество услуг. Однако и здесь реформы не всегда проводятся должным образом, и многое еще предстоит сделать, особенно в том, что касается связи между оплатой и показателями деятельности (качество и результаты лечения).

В нескольких странах предприняты шаги по расширению охвата населения медицинским обслуживанием. В большинстве стран ЕС население сегодня охвачено им полностью. Однако сфера и глубина охвата не менее важны, чем его полнота, а тенденция к их сокращению в некоторых странах угрожает финансовой защищенности населения. Процесс определения сферы и глубины охвата медицинским обслуживанием должен быть последовательным и доказательным, чтобы обеспечить рациональное использование средств. В процессе принятия решений об оплате медицинских услуг и при разработке набора услуг все шире используется система оценки медицинских технологий. Однако во многих странах ЕС она по-прежнему применяется недостаточно. В некоторых случаях это обусловлено финансовыми и техническими трудностями, в других объясняется политическими проблемами, такими как противодействие организаций больных, медицинских учреждений и производителей (чаще всего производителей лекарственных средств).

Частичная оплата медицинских услуг введена и все шире применяется во многих странах ЕС, в других же ее применение сокращается. Хотя с ее помощью можно увеличить рентабельность медицинского обслуживания, в целом данных, свидетельствующих в пользу этого, немного, а там, где частичная оплата применяется, чтобы сдерживать прямой доступ к специалистам, есть данные о росте неравенства в доступе к специализированной медицинской помощи (тем, кто может себе позволить заплатить больше, попасть к специалистам легче). Нет данных в пользу того, что частичная оплата медицинских услуг в долгосрочной перспективе ведет к сдерживанию фармацевтических или других медицинских расходов. Кроме того, вследствие информационной асимметрии, неизбежной в отношениях между врачом и пациентом, большим трудно судить о том, какие услуги наиболее рентабельны.

Учитывая, что значительная часть расходов здравоохранения (в том числе на лекарственные средства) приходится на поставщиков услуг, следует сосредоточить усилия на рациональном назначении лекарственных средств и на рентабельности медицинской помощи. Один из уроков реформ — частичная оплата медицинских услуг должна быть тщательно спланирована так, чтобы как можно меньше препятствовать доступу к медицинской помощи. На практике это означает льготы для тех, кто беднее, и тех, кто страдает от хронических и опасных для жизни заболеваний. При вдумчивом планировании частичная оплата медицинских услуг может также способствовать достижению оптимального соотношения цены и качества.

Частное медицинское страхование в ЕС обычно обслуживает более богатые и лучше образованные слои населения; доступ пожилых и больных людей к частному страхованию затруднен. Кроме того, частное медицинское страхование зачастую раздроблено, что снижает его покупательную способность. Поскольку многие страховые компании создаются для расширения выбора потребителя (или возмещения частичной оплаты медицинских услуг), особых стимулов участвовать в стратегической закупке медицинских услуг и платить медицинским работникам в зависимости от качества деятельности у них нет. Кроме того, им выгодно отбирать людей из групп низкого риска, что снижает равенство доступа к медицинской помощи и рентабельность медицинского обслуживания. В целом, операционные издержки в частном медицинском страховании значительно выше, чем в государственном секторе, поэтому можно говорить, что частное страхование снижает эффективность управления.

В целом можно выделить два основных направления реформ: усилия по обеспечению равенства доступа к медицинскому обслуживанию.

живанию, особенно в «старых» странах ЕС, и недавний акцент на качество медицинской помощи и рациональное использование средств. Четыре «старых» страны ЕС предприняли важные шаги по достижению равенства доступа к медицинскому обслуживанию, расширив охват населения медицинской помощью. Бельгия и Нидерланды включили в государственную систему здравоохранения группы населения, ранее исключенные из него, а Германия собирается, начиная с 2009 г., впервые сделать медицинское страхование обязательным для всего населения. Во Франции право на медицинское обслуживание теперь дает проживание, а не занятость, как ранее; кроме того, введен Закон о всеобщем медицинском страховании, цель которого — обеспечить всему населению доступ к обязательному и добровольному страхованию. Кроме того, там, где частное медицинское страхование играет в системе здравоохранения важную заменяющую или дополняющую роль (например, в Бельгии, во Франции, в Германии, Нидерландах (до 2006 г.) и Словении), государственное вмешательство в деятельность рынка в последние годы усилилось как для того, чтобы обеспечить через частное страхование доступ к медицинской помощи, так и для того, чтобы смягчить отрицательные финансовые последствия для государственной страховой системы. Это вмешательство заключается в более жестком разграничении государственного и частного страхования (Германия), во введении механизмов выравнивания рисков (Германия, Ирландия, Словения), в требованиях для страховых компаний ввести свободную регистрацию и исчисление страховых взносов на основе усредненных доходов (Бельгия, Ирландия и Словения), налоговых льгот для страховых компаний, которые ввели свободную регистрацию и исчисление страховых взносов на основе усредненных доходов (Франция), требованиях для страховых компаний предлагать минимальный набор услуг (Германия, Ирландия), оплачиваемом государством частном медицинском страховании для групп населения с низкими доходами (Франция). Среди других мер по обеспечению равенства доступа к медицинской помощи — совершенствование порядка частичной оплаты медицинских услуг потребителями и меры, связанные со стратегическим распределением средств.

Применительно к финансированию возросло внимание к качеству медицинской помощи и эффективности использования средств ясно видно в более частом применении оценки медицинских технологий, внедрении стратегической закупки медицинских услуг и реформах систем оплаты медицинских работников, которые связывают размер оплаты с результатами деятельности. Реформы финанси-

рования дополняются реформами, нацеленными на обеспечение и повышение качества медицинской помощи. Они не затронуты в данном обзоре (который сосредоточен на финансировании), но среди основных примеров – создание ведомств, которые занимаются разработкой методов, позволяющих оценивать качество деятельности здравоохранения; поддержка внедрения новых, рентабельных подходов к лечению хронических заболеваний и к профилактике; стандартизация клинических методов и внедрение наилучших методов лечения. Многие реформы в «старых» странах ЕС в 1990-е гг. сосредоточены были на сдерживании расходов здравоохранения (OECD 1992; Saltman & Figueras 1998; Mossialos & Le Grand 1999; Docteur & Oxley 2003; Oliver & Mossialos 2005). Страны вполне справедливо озабочены проблемой хронических дефицитов в бюджетах здравоохранения, однако если сосредоточиться лишь на сокращении этих дефицитов, это не гарантирует достижения экономической устойчивости, поскольку может отвлечь внимание от тех недостатков системы здравоохранения, которые ведут к ее финансовой неустойчивости (WHO Regional Office for Europe 2006). Некоторые из реформ последних лет отчасти являются попыткой устранить отрицательные последствия того, что сдерживанию расходов был отдан приоритет перед целями политики финансирования здравоохранения.

Реформы, обзор которых дан в главе 3, можно разбить на три группы: те, которые способствуют достижению устойчивости, те, которые могут поставить устойчивость под угрозу, и те, исход которых в этом отношении неясен. Реформы, которые могут способствовать достижению устойчивости, включают в себя:

- расширение роли центральных налогов как дополнения к взносам социального страхования (чтобы обеспечить поступление достаточного количества средств);
- введение мер, позволяющих более полно собирать средства (чтобы обеспечить поступление достаточного их количества);
- улучшение процесса объединения средств путем сокращения числа фондов или создания единого общенационального фонда (чтобы добиться соответствия между имеющимися средствами и потребностями);
- стратегическое распределение ресурсов, основанное на численности населения с учетом степени риска (чтобы добиться соответствия между имеющимися средствами и потребностями);

- более широкое применение оценки медицинских технологий при решении вопросов возмещения затрат и разработке набора услуг (чтобы обеспечить эффективность расходования средств);
- реформы систем оплаты труда медицинских работников, связывающие величину оплаты с показателями деятельности — качеством медицинской помощи и ее результатами (чтобы обеспечить эффективность расходования средств и чтобы добиться соответствия между имеющимися средствами и потребностями; однако см. ниже).

Реформы, исход которых в отношении устойчивости неясен, включают в себя:

- расширение роли местных налогов (может повредить усилиям, направленным на то, чтобы добиться соответствия между имеющимися средствами и потребностями, и на то, чтобы обеспечить эффективность расходования средств);
- поощрение конкуренции между покупателями медицинских услуг (может повредить усилиям, направленным на то, чтобы добиться соответствия между имеющимися средствами и потребностями, и на то, чтобы обеспечить эффективность расходования средств);
- реформы оплаты труда в секторе первичной медицинской помощи (если не продуманы во всех подробностях, добиться соответствия между имеющимися средствами и потребностями, а также эффективного расходования средств с их помощью может оказаться невозможно);
- финансирование больниц по клинико-статистическим группам (если не продумано во всех подробностях, добиться соответствия между имеющимися средствами и потребностями, а также эффективного расходования средств может оказаться невозможно).

Реформы, которые, скорее всего, поставят устойчивость под угрозу, включают в себя:

- расширение роли взносов социального страхования (скорее всего, не обеспечит достаточного поступления средств в будущем);
- расширение роли частного медицинского страхования (вряд ли обеспечит достаточное поступление средств, их рациональное использование и достижение равновесия между имеющимися средствами и потребностями; некоторые формы страхования могут сократить поступление средств в государственный бюджет здравоохранения и помешать стратегическому распределению ресурсов);

- введение сберегательных счетов медицинского страхования (вряд ли обеспечит достаточное поступление средств, их рациональное использование и достижение равновесия между имеющимися средствами и потребностями);
- расширение сферы частичной оплаты медицинских услуг, а также непродуманная система частичной оплаты (вряд ли обеспечит достаточное поступление средств и их рациональное использование; скорее всего, отрицательно скажется на результатах лечения).

## 4.2. Существует ли оптимальный метод финансирования здравоохранения?

Основываясь на данных, представленных в главе 3, мы утверждаем, что государственное финансирование здравоохранения превосходит частное. Это неудивительно, учитывая необходимость добиться устойчивости, не вредя при этом таким ценностям, как социальная справедливость в финансировании или равенство доступа к медицинскому обслуживанию. Однако мы опираемся также на данные по рентабельности. Государственное финансирование способствует рентабельности и равенству доступа, обеспечивая защиту от финансовых рисков и отделяя выплаты от риска ухудшения здоровья. Государственное финансирование гарантирует также, что средства распределяются в соответствии с потребностями, то есть в зависимости от того, где они принесут больше всего пользы, а не в зависимости от платежеспособности. При частном же финансировании покрытие рисков отсутствует или является неполным, выплаты обычно связаны с риском ухудшения здоровья, а набор услуг зависит от платежеспособности. Государственное финансирование превосходит частное также по эффективности расходования средств, что, как мы говорили, является ключевым вопросом при достижении как экономической, так и фискальной устойчивости. Опыт США говорит о том, что, если слишком полагаться на частное финансирование, это может привести к слишком резкому росту расходов здравоохранения — возможно, в силу недостаточной покупательной способности частных страховых компаний и частных лиц. Те из «старых» стран ЕС, которые больше полагались на частное финансирование (в виде частного медицинского страхования или высоких уровней частичной оплаты медицинских услуг) — обычно те же, где выше расходы на здравоохранение в процентах от ВВП (это относится к Австрии, Бельгии, Франции, Германии и Нидерландам).

Разумеется, у государственного финансирования есть свои проблемы. Там, где преобладают взносы социального страхования, существуют опасения, связанные с высокой стоимостью труда и трудностями получения достаточных средств вследствие роста неформальной экономики и самостоятельной занятости, а также вследствие старения населения и связанного с этим роста доли неработающих. Проблемой может быть получение достаточного количества средств, если есть трудности со сбором налогов и страховых взносов. «Благо-разумная усталость» — нежелание платить более высокие налоги или отчисления — может усилиться при нежелании определенных групп населения коллективно оплачивать общественные блага и субсидировать стоимость медицинского обслуживания для других групп населения. Однако эти проблемы можно решить — например, расширив доходную базу так, чтобы она включала в себя не только заработки; повысив производительность государственного сектора; создавая социально-экономические предпосылки для коллективного финансирования. Принципы социальной справедливости в финансировании могут оказаться под угрозой, если здравоохранение все больше полагается на потребительские налоги (НДС), снижается максимальный размер взносов, широко распространяется практика уклонения от уплаты налогов и взносов. В целом, однако, выигрыш в равенстве доступа к медицинской помощи перевешивает эти опасения. В некоторых странах распределение государственных средств усилило неравенство доступа к медицинской помощи, а закупка медицинских услуг государственным сектором отсутствует или работает плохо. Тем не менее случаев, когда частные страховые компании превосходили в этом отношении государственный сектор, мало (отчасти потому, что им необходимо предлагать потребителю более широкий выбор услуг).

Выбирая наилучший способ финансирования здравоохранения, можно задаться вопросом, какой тип финансирования лучше приспособится к меняющимся приоритетам. В последние годы растет потребность в определенных медицинских услугах (психиатрическая помощь, долговременный уход и лечение больных хроническими заболеваниями). Потребность в этих медицинских услугах и в комплексных формах медицинского обслуживания, вероятнее всего, будет расти по мере старения населения. Лучше всего способно реагировать на изменения в спросе то финансирование, которое может увеличить покрытие рисков, согласовывать и направлять стратегическое распределение средств, обеспечить их необходимое количество, регулировать природу спроса и увеличить оперативность отклика медицинских учреждений. Мы считаем, что системы,

основанные на государственном финансировании, гораздо лучше способны справиться с решением этих вопросов, чем, например, частное медицинское страхование.

### 4.3. Рекомендации

Реформы, цель которых – обеспечить экономическую и фискальную устойчивость финансирования здравоохранения в рамках социального обеспечения, должны быть направлены на достижение равного доступа к медицинской помощи и оптимального соотношения цены и качества. Наши рекомендации опираются на анализ механизмов финансирования и их реформ, проведенный в главах 2 и 3 данного обзора. Следует подчеркнуть, что данных о результатах некоторых мер и реформ у нас нет, поэтому мы не можем быть уверены во всех выводах. Нельзя также с уверенностью утверждать, что данная реформа в разных странах даст один и тот же результат. С учетом этих оговорок мы рекомендуем следующее.

- Перед началом любых реформ необходим всесторонний анализ системы финансирования здравоохранения для выявления ее слабостей и иных связанных с ней проблем, а также факторов, которые могут помочь успеху реформы или, наоборот, помешать ей.
- Руководители здравоохранения должны попытаться довести цели реформ и их обоснования до широкой публики.
- Руководителям здравоохранения следует учитывать весь спектр вопросов финансирования здравоохранения, а не сосредотачиваться лишь на сборе средств (его механизмах).
- Нужно стремиться укрепить доходную базу, чтобы получить достаточное количество средств и восстановить доверие к системе финансирования здравоохранения.
- Системы здравоохранения, которые финансируются в основном из отчислений социального страхования, основанных на занятости, могут выиграть от расширения доходной базы путем включения в нее доходов, не основанных на заработках.
- Помимо повышения рентабельности и улучшения равенства доступа к медицинской помощи совершенствование методов объединения средств путем снижения числа их фондов или (еще лучше) создания единого общенационального фонда может облегчить планирование и координацию деятельности в системе здравоохранения в целом.



- Сократить роль частного финансирования (частное медицинское страхование, ССМС, платные медицинские услуги). Там, где частное финансирование играет роль, четко разграничить государственное и частное финансирование (например, избегать того, чтобы врачи работали и в государственном, и в частном секторе, или не разрешать людям пользоваться то государственным, то частным медицинским страхованием), чтобы частное финансирование не использовало государственные средства и не оказывало негативного влияния на их распределение. Там, где существует частное медицинское страхование, потребители должны иметь доступ к четкой информации, позволяющей сравнить цены и качество обслуживания. Эта форма защиты потребителя особенно важна в свете ограничений, наложенных на национальное регулирование рынков не-заменяющего медицинского страхования согласно Третьей Директиве в области страхования.
- При наличии оплаты медицинских услуг потребителями система оплаты должна быть последовательной и основанной на конкретных данных. Финансовую защиту можно сохранить, освободив от частичной оплаты людей с низкими доходами и тех, кто страдает от хронических и угрожающих жизни заболеваний. Эффективность использования средств можно увеличить, если связать платежи потребителей с эффективностью лечения и, следовательно, не применять к таким услугам, как первичная медицинская помощь, профилактика и экономически эффективные методы лечения (в том числе лекарственные средства), и к методам доступа к медицинской помощи.
- Желательно не вводить ССМС, поскольку они не предусматривают объединение рисков разных групп населения. Они страдают также многими недостатками, свойственными системам частичной оплаты медицинских услуг потребителями.
- Борьба с неофициальными платежами играет важную роль в повышении доверия населения к системе здравоохранения. Неофициальные платежи могут представлять собой крупное препятствие на пути других реформ.
- Способствовать стратегическому распределению средств, чтобы ресурсы здравоохранения покрывали потребности в медицинском обслуживании. Единая формула по числу застрахованных с учетом степени риска, по-видимому, является наилучшим способом выделения средств территориальным организациям, занимающимся закупкой медицинских услуг, который устраняет не-

равенство в доступе к медицинской помощи. Однако механизмы выравнивания рисков, направленные на борьбу с практикой отбора рисков среди конкурирующих друг с другом покупателей услуг (фондов медицинского страхования), обычно недостаточно разработаны, чтобы полностью предотвратить это. Там, где такие механизмы недостаточно действенны, отрицательные последствия конкуренции перевесят ее положительные стороны.

- Шире внедрять систему оценки медицинских технологий, особенно в процессе принятия решений о возмещении расходов и при разработке набора услуг, но также и для улучшения показателей лечения. Больше внимания должно уделяться применению оценки медицинских технологий в процессе принятия решений об исключении из оплаты (исключение из набора услуг, которые неэффективны или нерентабельны) не для того, чтобы снизить охват медицинским обслуживанием, но для того, чтобы добиться рационального использования средств. Следует учитывать также, какие группы населения в первую очередь выиграют от оцениваемой медицинской технологии.
- Внедрять механизмы закупки медицинских услуг и системы оплаты труда медицинских работников, способствующие повышению рентабельности, качества и производительности труда. В частности, связать оплату труда медицинских работников с показателями их деятельности, в первую очередь качеством и результатами лечения. Кроме того, внимательно следить за механизмами оплаты, чтобы избежать перераспределения расходов, отбора рисков и нечестной игры. Это особенно важно, поскольку во многих странах при финансировании больниц больше стали полагаться на клинико-статистические группы.
- Повышать эффективность управления, сводя к минимуму дублирование функций и задач.
- И наконец, политические дебаты, посвященные устойчивости систем здравоохранения, склонны сосредотачиваться на том, сколько нам следует тратить. Хотя этот вопрос важен, не следует забывать и о других: какие медицинские услуги (в том числе лекарственные средства) действительно стоит оплачивать, и как лучше всего это делать. Расходы на здравоохранение в будущем не должны быть ограничены никакими условиями — расходование средств во всех случаях должно быть рациональным и эффективным.

# Литература

- Aas IH (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy*, 34(3):205–220.
- Albrecht T et al. (2002). Health care systems in transition: Slovenia. *Health Systems in Transition*, 4(3):1–89.
- Allin S, Davaki K, Mossialos E (2006). *Paying for 'free' health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. Global corruption report 2006*. Berlin, Transparency International.
- Arsenopoulou I et al. (2009). Greece: health system review. *Health Systems in Transition* (готовится к печати).
- Bach P (2008). Cost sharing for health care – whose skin? Which game? *New England Journal of Medicine* (24 January), 358:411–413.
- Balabanova D, McKee M (2002). Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*, 62:243–273.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H (1995). Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning & Management*, 10(1):23–45.
- Barr N (2004). *The economics of the welfare state (4th edition)*. Oxford, Oxford University Press.
- Barrientos A, Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy Plan*, 15(4):417–423.
- Barros P, de Almeida Simões J (2007). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5):1–140.
- Bartholomé Y, Maarse H (2006). Health insurance reform in the Netherlands. *EuroHealth*, 12(2):7–9.
- BBC (2006) [интернет-сайт]. New clampdown on carousel fraud. London, British Broadcasting Corporation (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/business/5204422.stm>, accessed 23 November 2007).
- Berki SE (1986). A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Affairs*, 5:139–145.
- Bibbee A, Padrinin F (2006). *Balancing health care quality and cost-containment: the case of Norway*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Economics Department Working Papers No. 481).
- Bitran R et al. (2000). Equity in the financing of social security for health in Chile. *Health Policy*, 50(3):171–196.
- Boccuti C, Moon M (2003). Comparing Medicare and private insurers: growth rates in spending over three decades. *Health Affairs*, 22(2):230–237.
- Boyle S (2008). *The UK health system*. New York, Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/UK\\_Country\\_Profile\\_2008.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).

- Braithwaite R, Rosen AB (2007). Linking cost sharing to value: an unrivaled yet unrealized public health opportunity. *Annals of Internal Medicine*, 146(8):602–605.
- Bramley-Harker E et al. (2006). *Mind the gap: sustaining improvements in the NHS beyond 2008*. London, NERA Economic Consulting, Frontier Economics and BUPA.
- Breuil-Genier P (2000). Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquent. *INSEE Première*, 709, April.
- Buchner F, Wasem J (2003). Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system. *Health Policy*, 65(1):21–35.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007). *Welcome to solidarity! Information on the 2007 health reform*. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.
- Busse R (2001). Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance. *European Journal of Public Health*, 11(2):174–177.
- Busse R (2008). *The health system in Germany*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Germany\\_Country\\_Profile\\_2008\\_2.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Germany_Country_Profile_2008_2.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).
- Busse R, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Germany. *Health Systems in Transition*, 6(9):1–234.
- Busse R, Schlette S (eds) (2007). *Health policy developments 7/8*. Gutersloh, Bertelsmann Stiftung.
- Busse R, Schreyögg J, Smith PC (2006). Editorial: hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9:211–213.
- Busse R, Wörz M (2004). The ambiguous experience with privatization in German health care. In Maarse H. *Privatization in European health care: a comparative analysis in eight countries*. Maarsse, Elsevier Gezondheidszorg: 79–95.
- Cerniauskas G, Murauskienė L, Tragakes E (2000). *Health care systems in transition: Lithuania*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Chaix-Couturier C et al. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(2):133–142.
- Charpentier C, Samuelson L (1999). *Effekter av en Sjukvårdsreform: en analys av Stockholmsmodellen [Effect of health care reform: an analysis of the Stockholm model]*. Sollentuna, Nerenius and Santerus Förlag.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, Commission on Macroeconomics and Health.
- Corens D (2007). Belgium: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(2):1–172.
- Couffinhal A, Habicht T (2005). *Health system financing in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Council of the European Union (2006). *Council conclusions on common values and principles in EU health systems*. Brussels, Council of the European Union ([http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/c\\_146/c\\_14620060622en00010003.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/c_146/c_14620060622en00010003.pdf), accessed 10 November 2007).
- Cutler D (2004). *Your money or your life*. Oxford, Oxford University Press.
- Cutler D, McClellan M (2001). Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs (Millwood)*, 20(5):11–29.
- den Exter A, Hermans HE, Dosljak M (2004). Health care systems in transition: the Netherlands. *Health Systems in Transition*, 6(6):1–151.
- Department of Health (2005). *Resource allocation weighted capitation formula, fifth edition*. London, Department of Health.

- Deppe HU, Oreskovic S (1996). Back to Europe: back to Bismarck? *International Journal of Health Services*, 26(4):777–802.
- Diderichsen F, Varde E, Whitehead M (1997). Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *British Medical Journal*, 315:875–878.
- Dismuke CE, Sena V (1999). Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. *Health Care Management Science*, 2(2):107–116.
- Docteur E, Oxley H (2003). *Health care systems: lessons from the reform experience*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers 9).
- Donatini A et al. (2009). Italy: health system review. *Health Systems in Transition* (готовится к печати).
- Dourgnon P (2005). Choice in the French health care system. *Euro Observer*, 6(4):9–11.
- Durán A, Lara JL, van Waveren M (2006). Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4):1–208.
- Durand-Zaleski I (2008). *The French health care system*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/France\\_Country\\_Profile\\_2008.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/France_Country_Profile_2008.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).
- Economic Policy Committee (2001). *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact of public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*. Brussels, Council of the European Union (EPC/ ECFIN/655/01-EN final).
- Economic Policy Committee and European Commission (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers*. Brussels, European Commission.
- Ensor T (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, 58(2):237–246.
- Ensor T, Duran-Moreno A (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press:106–124.
- Ensor T, Tompson R (1998). Health insurance as a catalyst for change in former communist countries? *Health Policy*, 43:203–218.
- Esposito D (2002). *You get what you co-pay for: The influence of patient co-payments on the demand for drugs within a therapeutic class: The case of the statins*. Santa Barbara, UC Santa Barbara.
- Ettelt S et al. (2006). *Reimbursing highly specialized hospital services: the experience of activity-based funding in eight countries*. A report commissioned by the Department of Health and prepared by the London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Ettelt S et al. (2007). *The systematic use of cost-effectiveness criteria to inform reviews of publicly funded benefits packages*. A report commissioned by the Department of Health and prepared by the London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- European Commission (2005). *Working together, working better: a new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union*. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, European Commission.
- European Commission (2007a). *Directive on services in the internal market*. Brussels, European Commission ([http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/services-dir/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/services/services-dir/index_en.htm), accessed 10 November 2007).

- European Commission (2007b). *Insurance: Commission scrutinises exemption of Irish voluntary health insurance board from EU rules*. Brussels, European Commission (IP/07/87, 24 January 2007).
- European Commission (2007c). *Eurostat statistical data*. Brussels, European Commission.
- European Communities (1992). Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (Third non-life insurance directive). Official Journal of the European Community, L 228(11 August):1–23.
- ECJ (2006). *Case T-84/06, Pending Case, Azivo Algemeen Ziekenfonds De Volharding v Commission*. Luxembourg, European Court of Justice.
- Evans RG (1984). *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto, Butterworths.
- Evans RG, Barer ML (1995). User fees for health care: why a bad idea keeps coming back (or, what's health got to do with it?). *Canadian Journal on Aging*, 14(2):360–390.
- Fattore G, Torbica A (2006). Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs? *Health Care Management Science*, 9:251–258.
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (2005). Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance*. Buckingham, Open University Press:44–80.
- Fisher ES et al. (2003a). The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 138(4):273–287.
- Fisher ES et al. (2003b). The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 138(4):288–298.
- Forgione DA et al. (2004). The impact of DRG-based systems on quality of health care in OECD countries. *Journal of Health Care Finance*, 31(1):41–54.
- Foubister T, Thomson S, Mossialos E (2004). *Health care financing in ten central and eastern European countries*. Неопубликованные данные.
- Foubister T et al. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Fuchs V (2004). More variation in use of care, more flat-of-the-curve medicine. *Health Affairs* (7 October):104–105.
- Gaál P, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Hungary. *Health Systems in Transition*, 6(2):1–152.
- Gemmill M, Thomson S, Mossialos E (2007). What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *International Journal of Equity in Health*, 7(12):1–22.
- Georgieva L et al. (2007). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1):1–156.
- Glenngård AH et al. (2005). Health systems in transition: Sweden. *Health Systems in Transition*, 7(4):1–128.
- Golna C et al. (2004). Health care systems in transition: Cyprus. *Health Systems in Transition*, 6(5):1–117.
- Grabowski HG, Vernon JM (1992). Brand loyalty, entry and price competition in pharmaceuticals after the 1984 drug act. *Journal of Law and Economics*, 35(2):331–350.
- Gresz S et al. (2002). Free choice of sickness fund in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands. *Health Policy*, 60(3):235–254.
- Habicht J et al. (2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 21(6):421–431.

- Health Insurance Institute of Slovenia (2006) [интернет-сайт]. Ljubljana, Health Insurance Institute of Slovenia ([www.zzzs.si](http://www.zzzs.si), accessed 16 November 2007).
- Heffler S et al. (2004). Health spending projections through 2013. *Health Affairs* (11 February): W4–79.
- Henshall C et al. (1997). Priority setting for health technology assessment: theoretical considerations and practical approaches. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13:144–185.
- Hervey T (2007). EU law and national health policies: problem or opportunity? *Health Economics, Policy and Law*, 2(1):1–6.
- Hlavacka S, Wágner R, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Slovakia. *Health Systems in Transition*, 6(10):1–118.
- Hofmarcher M, Rack H (2006). Austria: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(3):1–247.
- Hong SH, Shepherd MD (1996). Outpatient prescription drug use by children enrolled in five drug benefit plans. *Clinical Therapeutics*, 18(3):528–545.
- Järvelin J (2002). Health care systems in transition: Finland. *Health Systems in Transition*, 4(1):1–92.
- Jesse M et al. (2004). Health care systems in transition: Estonia. *Health Systems in Transition*, 6(11):1–142.
- Jönsson B (1996). Cost sharing for pharmaceuticals – the Swedish reimbursement system. *Pharmacoeconomics*, 10(Suppl. 2):68–74.
- Jost TS (2000). Private or public approaches to insuring the uninsured: lessons from international experience with private insurance. *New York University Law Review*, 76(2):419–492.
- Karaskevica J, Tragakes E (2001). *Health care systems in transition: Latvia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Keen M, Kim K, Varsano R (2006). *The “flat tax(es)”: Principles and evidence*. Washington, DC, International Monetary Fund (IMF Working Paper WP/06/218).
- Kerr E (1999). Health care systems in transition: Luxembourg. *Health Systems in Transition*:1–68.
- Kjerstad E (2003). Prospective funding of general hospitals in Norway – incentives for higher production? *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(4):231–251.
- Klazinga N (2008). *The health system in the Netherlands*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Netherlands\\_Country\\_Profile\\_2008.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Netherlands_Country_Profile_2008.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).
- Kuszewski K, Gericke C (2005). Health systems in transition: Poland. *Health Systems in Transition*, 7(6):1–106.
- Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3):171–203.
- Lewis M (2002a). Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications. In: Mossialos E et al. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press:184–205.
- Lewis M (2002b). *Who is paying for health care in eastern Europe and central Asia?* Washington, DC, World Bank.
- Lewis R, Curry N, Dixon M (2007). *Practice-based commissioning: from good idea to effective practice*. London, The King’s Fund.
- Lexchin J, Grootendorst P (2004). Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 34(1):101–122.

- Lisac M (2006). Health care reform in Germany: not the big bang. *Health Policy Monitor*, November 2006 (<http://www.hpm.org/survey/de/b8/2>, accessed 10 November 2007).
- Louis DZ et al. (1999). Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health Services Research*, 34(1):405–415.
- Maarse H, Bartholomé Y (2006). A public–private analysis of the new Dutch health insurance system. *European Journal of Health Economics*, 8(1):77–82.
- Manning WG et al. (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, 77(3):251–277.
- Marchildon G (2005). Health systems in transition: Canada. *Health Systems in Transition*, 7(3):1–156.
- Maynard A, Street A (2006). Health service reform. Seven years of feast, seven years of famine: boom to bust in the NHS? *British Medical Journal*, 332:906–908.
- McDaid D, Wiley MM (2009). Ireland: health system review. *Health Systems in Transition* (готовится к печати).
- McKee M, Mossialos E, Baeten R (eds) (2002). *The impact of EU law on health care systems*. Brussels, P.I.E.-Peter Lang.
- MGEN (2006). *Missions of economic general interest carried out by mutual societies in Europe, between economic activity and social services*. Brussels, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale.
- Mielck A, Helmert U (2006). Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung. In: Böcken J et al. (eds). *Gesundheitsmonitor*. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung:32–52.
- Mikkola H, Keskimäki I, Hakkinen U (2001). DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden? *Health Policy*, 59(1):37–51.
- Milenkovic Kramer A (2006). *Is voluntary health insurance in Slovenia really a success story?* Unpublished dissertation prepared at the London School of Economics and Political Science.
- Ministry of Health of the Government of the Republic of Slovenia (2007) [интернет-сайт]. Ljubljana, Ministry of Health of the Government of the Republic of Slovenia ([www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si), accessed 16 November 2007).
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2007) [интернет-сайт]. Health insurance system. The Hague, Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport (<http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>, accessed 23 November 2007).
- MISSOC (2007). *Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland: situation on 1 January 2007*. Brussels, European Commission ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/missoc\\_tables\\_en.htm#table2007](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_tables_en.htm#table2007), accessed 18 December 2007).
- Mortimer R (1997). *Demand for prescription drugs: The effects of managed care pharmacy benefits*. Berkeley, University of California Berkeley Economics Department.
- Mossialos E, Dixon A (2002). Funding health care in Europe: an introduction. In: Mossialos E et al. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press:1–30.
- Mossialos E, Le Grand J (1999). Cost-containment in the EU: an overview. In: Mossialos E, Le Grand J. *Health care and cost-containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate:1–154.
- Mossialos E, McKee M (2002). Health care and the European Union. *British Medical Journal*, 324(7344):991–992.
- Mossialos E, Thomson S (2002). Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International Journal of Health Services*, 32(1):19–88.



- Mossialos E et al. (2002a). *EU law and the social character of health care*. Brussels, P.I.E.-Peter Lang.
- Mossialos E et al. (2002b). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Mossialos E, Thomson S (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Murthy A, Mossialos E (2003). Informal payments in EU accession countries. *Euro Observer*, 5(2):1–3.
- Muscat N (1999). *Health care systems in transition: Malta*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- National Institute for Strategic Health Research (2007). *Hungarian health system scan, June 2007*. Budapest, National Institute for Strategic Health Research (ESKI).
- Newey C et al. (2004). *Avoidable mortality in the enlarged European Union*. Paris, Institut des Sciences de la Santé.
- Newhouse J P and The Insurance Experiment Group (1993). *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge and London, Harvard University Press.
- Nolte E, McKee M (2003). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 327(7424):1129–1133.
- Nolte E, McKee M (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, The Nuffield Trust.
- Nolte E, McKee M (2008). Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Affairs*, 27(1):58–71.
- OECD (2006). *Health data 2006*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/>, accessed 29 November 2008).
- OECD (1992). *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2004). *Private health insurance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2007). *Revenue statistics 1965–2006*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Offer A (2003). *Why has the public sector grown so large in market societies? The political economy of prudence in the UK c. 1879–2000*. Oxford, Oxford University Press.
- Office of Fair Trading (1996). *Health insurance: a report by the Office of Fair Trading*. London, Office of Fair Trading.
- Office of Fair Trading (1998). *Health insurance: a second report by the Office of Fair Trading*. London, Office of Fair Trading.
- Olivarius N F, Jensen FI, Pedersen PA (1990). Epidemiologic study of persons having group 2 insurance in Denmark. 1. Historical development, social and demographic differences between health insurance groups 1 and 2. *Ugeskr Laeger* 152(20): 1443–1446.
- Olivarius NF et al. (1994). Self-referral and self-payment in Danish primary care. *Health Policy*, 28(1):15–22.
- Oliver AJ, Mossialos E (2005). European health system reforms: looking backward to see forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1–2):7–28.
- Pauly MV (1969). A measure of the welfare cost of health insurance. *Health Services Research*, 4(4):281–292.
- Pierson P (1998). Irresistible forces, immovable objects: post-industrial welfare states confront permanent austerity. *Journal of European Public Policy*, 5(4):539–560.
- Polikowski M, Santos-Eggimann B (2002). How comprehensive are the basic packages of health services? An international comparison of six health insurance systems. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3):133–142.

- Preker AS, Jakab M, Schneider M (2002). Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet Union. In Mossialos E et al. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press:80–108.
- Puig-Junoy J (1999). Managing risk selection incentives in health sector reforms. *International Journal of Health Planning and Management*, 14:287–311.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004). US health care spending in an international context. *Health Affairs*, 23(3):10–25.
- Rice N, Smith PC (2002). Strategic resource allocation and funding decisions. In: Mossialos E et al. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press:250–271.
- Rice T, Morrison KR (1994). Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform. *Medical Care Research & Review*, 51(3):235–287.
- Riesberg A (2005). Choice in the German health care system. *Euro Observer*, 6(4):6–9.
- Robinson R (1999). Health care systems in transition: United Kingdom. *Health Systems in Transition*, 1–117.
- Rogers R et al. (2005). HRG drift and payment by results. *British Medical Journal*, 330:563–564.
- Rokosová M et al. (2005). Health care systems in transition: Czech Republic. *Health Systems in Transition*, 7(1):1–100.
- Saltman RB, Figueras J (1998). Analysing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs (Millwood)*, 17(2):85–108.
- Sandier S et al. (2004). Health care systems in transition: France. *Health Systems in Transition*, 6(2):1–145.
- Sapelli C (2004). Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. *Social Science & Medicine*, 58(2):259–265.
- Schneider F (2002). *The size and development of the shadow economies of the 22 transition and 21 OECD countries*. Bonn, Institute for the Study of Labour (Discussion Paper No 514).
- Schneider M (2003). *Structure and experience of German opt-out system of statutory health insurance (GKV)*. Washington, DC, World Bank.
- Schneider P (2007). *Provider payment reforms: lessons from Europe and America for south eastern Europe*. Washington, DC, World Bank.
- Schoen C et al. (2005). Insured but not protected: how many adults are underinsured? *Health Affairs*, 14 June:289–302.
- Schreyögg J et al. (2005). Defining the “health benefit basket” in nine European countries: evidence from the European Union Health BASKET Project. *European Journal of Health Economics*, 6(Supplement 1):2–10.
- Schut F, Gresz S, Wasem J (2003). Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(2):117–139.
- Schwartz F, Busse R (1996). Fixed budgets in the ambulatory care sector: the German experience. In: Schwartz F, Glennerster H, Saltman R. *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*. London, Wiley:239.
- Sécurité Sociale (2008) [интернет-сайт]. Contrat responsable. Paris, Sécurité Sociale de la France (<http://www.securite-sociale.fr/comprendre/reformes/reformeassmal/decrets/maitrise/20050930.htm>, accessed 23 January 2008).
- Seshamani M, Gray A (2004). *Age, proximity to death and future demands on the NHS*. London, Office of Health Economics
- Smith PC, York N (2004). Quality incentives: the case of UK general practitioners. *Health Affairs* 23(3):112–118.

- Sorenson C, Kanavos P, Drummond M (2007). Report 3: Ensuring value for money in health care: the role of HTA in the European Union. In: Cox P et al. *The Cox report on financing sustainable healthcare in Europe* (<http://www.sustainhealthcare.org/cox.php>, accessed 23 November 2007):139–162.
- Suhrcke M et al. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Brussels, European Commission.
- Suhrcke M et al. (2006). Investment in health could be good for Europe's economies. *British Medical Journal*, 333(11 November):1017–1019.
- Tamblyn R et al. (2001). Adverse effects associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 285(4):421–429.
- The Healthcare Commission (2005). *The Healthcare Commission's review of NHS foundation trusts*. London, The Healthcare Commission.
- Thomson S, Balabanova D, Poletti T (2009). What role for voluntary health insurance? In: Kutzin J, Busse R, Schreyögg J. *Implementing health financing reforms: lessons from and for countries in transition*. Maidenhead, Open University Press (готовится к печати).
- Thomson S, Busse R, Mossialos E (2002). Low demand for substitutive voluntary health insurance in Germany. *Croatian Medical Journal*, 43(4):425–432.
- Thomson S, Mossialos E (2004). *Funding health care from private sources: what are the implications for equity, efficiency, cost-containment and choice in western European health systems?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- 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 (2007a). EU law and regulation of private health insurance. *Health Economics, Policy and Law*, 2(2):117–124.
- Thomson S, Mossialos E (2007b). Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. *Journal of European Integration*, 29(1):89–107.
- Thomson S, Mossialos E, Jemai N (2003). *Cost sharing for health services in the European Union*. Report prepared for the European Commission Directorate General for Employment and Social Affairs. London, London School of Economics and Political Science.
- Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K (2001). Health care systems in transition: Denmark. *Health Systems in Transition*, 3(7):1–92.
- van de Ven WPM, Ellis RP (1999). Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Newhouse J P, Culyer AJ. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier:755–645.
- van de Ven WPM et al. (2003). Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 65(1):75–98.
- van de Ven WPM et al. (2007). Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later. *Health Policy*, 83(2–3):162–179.
- van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F (2002). Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In: OECD. *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development :225–248.
- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X (for the OECD Health Equity Research Group) (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2):177–183.
- Van Hulle K (2007). *European integration and healthcare systems*. Presentation given at the 2nd INAMI Symposium, Brussels, 28 September 2007.
- Velasco-Garrido M, Busse R (2005). *Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- Verhoeven M, Gunnarsson V, Lugaresi S (2007). *The health sector in the Slovak Republic: efficiency and reform*. Washington, DC, International Monetary Fund (IMF Working Paper WP/07/226).
- Vladescu C, Scintee S, Olsavsky V (2008). Romania: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(3):1–181.
- Vladescu C et al. (2000). *Health care systems in transition: Romania*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Vrangbæk K (2009). *The health system in Denmark*. New York, The Commonwealth Fund (готовится к печати).
- Vuorenkoski L (2008). Finland: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(4):1–170.
- Wagstaff A et al. (1992). Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11(4):361–387.
- Wagstaff A et al. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3):263–290.
- White C (2006). GP contract settlement under threat. *British Medical Journal*, 332(7532):10.
- WHO (2000). *The world health report 2000: health systems – improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007a). *The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing*. Geneva, World Health Organization (Health System Financing Discussion Paper, No 3).
- WHO (2007b). *World health statistics 2007*. Geneva, World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2006). *Approaching health financing policy in the WHO European region*. Paper prepared for the WHO Regional Committee for Europe, fifty-sixth session, Copenhagen, 11–14 September 2006. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Wyszewianski L (1986). Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implication for policy formulation. *Inquiry*, 23:382–394.
- Xu K et al. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362(12 July):111–117.
- Yates J (1995). *Private eye, heart and hip*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Zentner A, Velasco-Garrido M, Busse R (2005). Methods for the comparative evaluation of pharmaceuticals. *GMS Health Technology Assessment*, 1(9) (<http://www.egms.de/en/journals/hta/2005-1/hta000009.shtml>, accessed 29 November 2008).
- Zok K (1999). *Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung: Einschätzungen und Erwartungen aus Sicht der Versicherten*. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Zweifel P, Felder S, Meiers M (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics*, 8(6):485–496.
- Zweifel P, Felder S, Werblow A (2004). Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 29:652–666.

# **Приложение А.**

## **Финансирование здравоохранения в государствах — членах ЕС: краткий обзор по каждой стране**

### **Финансирование здравоохранения в Австрии**

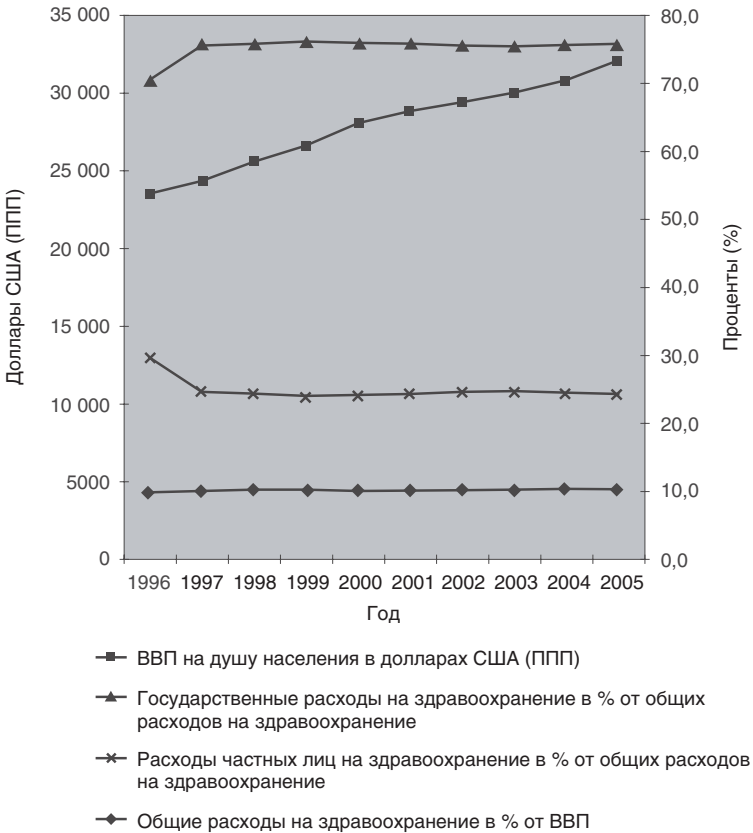
#### **Расходы на здравоохранение**

Уровень расходов на здравоохранение в процентах от ВВП в Австрии немного выше 10% и является одним из самых высоких в ЕС; он практически не меняется с конца 1990-х гг. (см. рис. А1). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение резко выросла, с 70,4% в 1996 г. до 75,5% в 1997 г., но с тех пор практически не менялась.

#### **Охват медицинским обслуживанием и набор услуг**

В 2004 г. схема государственного медицинского страхования охватывала более 98% населения. Ее участники имеют право на широкий спектр услуг, включая амбулаторную медицинскую помощь, стоматологическое лечение (за исключением протезирования), психотерапию, физиотерапию, трудотерапию и лечение у логопеда, лекарства и изделия медицинского назначения, сестринский уход, реабилитацию, стационарное и курортное лечение. Фонды медицинского страхования могут предлагать дополнительные услуги или освобождение от частичной оплаты услуг. Частичная оплата применяется в отношении большинства медицинских услуг, и ее размеры в последние годы заметно выросли, хотя введенный в 2001 г. сбор за амбулаторное обслуживание в 2003 г. был отменен из-за высоких затрат на его внедрение и недовольства общественности. Пенсионеры с низким доходом, дети и больные хроническими

**Рисунок А1.** Расходы на здравоохранение в Австрии, 1996–2005 гг.



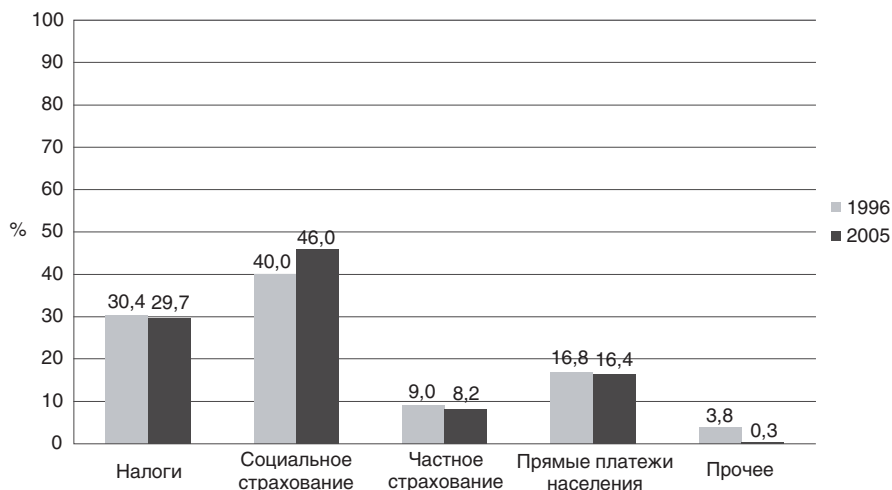
Источник: WHO 2007b.

заболеваниями (примерно 12% населения) освобождены от оплаты лекарственных средств.

### Сбор средств

В 2005 г. взносы социального страхования, исчисляемые на основе заработков, покрывали 46% всех расходов на здравоохранение (см. рис. А2). Величина взносов зависит от фонда медицинского страхования. Всего насчитывается 21 такой фонд. Предусмотрено наличие верхнего предела размера взносов. Налоги покрывают около трети расходов на здравоохранение, затем идут прямые платежи населения и частное медицинское страхование. Примерно треть населения охвачена дополнительным альтернативным частным медицинским страхованием в сочетании с дополняющим — в основном оно обеспечивает более быстрый доступ к медицинской помощи, более удобное размещение в больнице и возмещение оплаты пребывания в больнице.

**Рисунок А2.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Австрии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

### Объединение средств

Каждый из 21 фонда медицинского страхования сам собирает взносы. Тем не менее средства фондов подлежат перераспределению с учетом величины взноса на одного застрахованного, расходов на иждивенцев и пенсионеров, «поправки на крупные города» и расположения фонда. Таким образом, на деле имеется один общенациональный фонд средств. Налоговые поступления (НДС) правительство распределяет по регионам (землям), в основном на финансирование больниц.

### Закупка медицинских услуг

Покупкой медицинских услуг занимается 21 фонд медицинского страхования. Больные могут самостоятельно выбирать амбулаторное медицинское учреждение; врачи общей практики не регулируют порядок направления больных к специалистам.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

С 1997 г. финансирование государственных и частных некоммерческих больниц осуществляется в соответствии с проспективной системой, основанной на оплате по числу случаев госпитализации (австрийская система клинико-статистических групп), при этом стои-

мость услуг устанавливается ретроспективно. Эта система позволила сократить продолжительность госпитализаций, но увеличила их число. В будущем в отношении амбулаторного обслуживания планируется перейти с оплаты по объему оказанных услуг к оплате по числу законченных случаев лечения, что послужит стимулом к расширению сферы амбулаторного обслуживания. Врачам, работающим по контракту, платят по смешанной схеме: по числу больных в сочетании с оплатой по объему оказанных услуг.

### Основные реформы финансирования

Реформы финансирования были в основном направлены на сдерживание расходов.

- 1990 г.: введена частичная оплата стационарного лечения.
- 1997 г.: введены финансирование больниц по числу случаев госпитализации и частичная оплата первичного медицинского обслуживания.
- 1998 г.: социальное страхование распространено на частично занятых.
- 2000 г.: увеличен размер частичной оплаты лекарственных средств.
- 2001 г.: введены сборы с потребителей за амбулаторное обслуживание (отменены в 2003 г.).
- 2003 г.: размер взносов за тех, кто получает жалованье, увеличен до размера взносов, взимаемых с работающих по найму; размер взносов увеличен для покрытия рисков травматизма, не связанного с профессиональной деятельностью; увеличен размер взноса для пенсионеров.
- 2005 г.: увеличен размер взносов и установлен их верхний предел; увеличен налог на табачную продукцию; поднят уровень частичной оплаты медицинских услуг.

### Литература

Hofmarcher M, Rack H (2006). Austria: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(3):1–247.

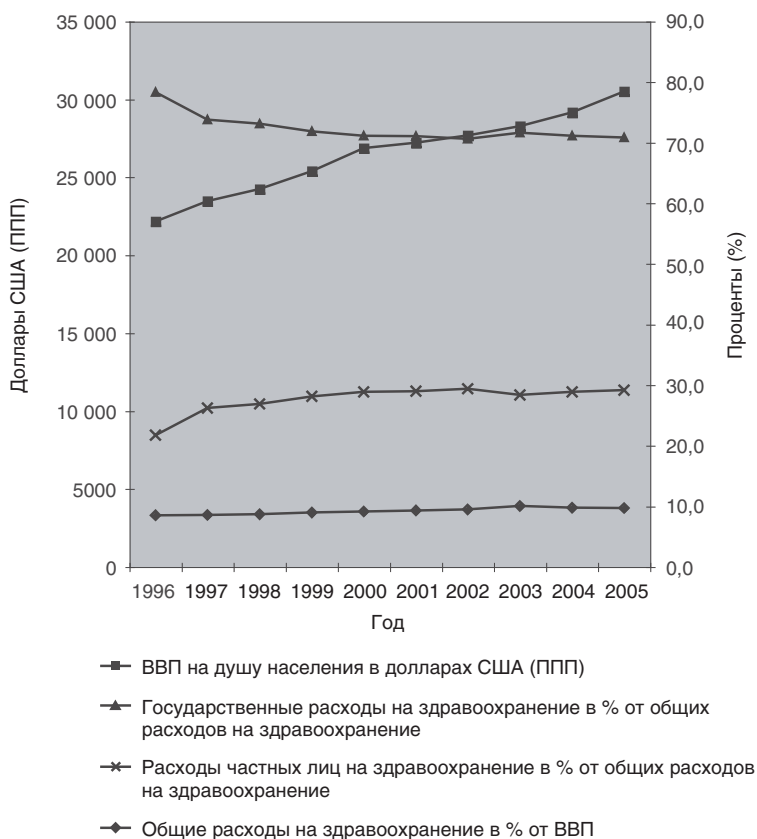


## Финансирование здравоохранения в Бельгии

### Расходы на здравоохранение

С 1996 г. по 2005 г. общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли с 8,5 до 9,6% (см. рис. А3). Доля государственных расходов на здравоохранение в структуре общих расходов за тот же период упала с 78,3% в 1996 г. до 70,8% в 2005 г.

**Рисунок А3.** Расходы на здравоохранение в Бельгии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственная система медицинского страхования покрывает «основные риски» (стационарное лечение, услуги специалистов, реабилитация) для 99% населения. Она покрывает также «малые рис-

ки» (амбулаторная помощь, амбулаторно назначаемые лекарственные средства и стоматологическое лечение) для всех, кроме самостоятельно занятых. Однако с 2008 г. покрытие малых рисков должно быть распространено и на эту категорию населения, так что обязательным медицинским страхованием, покрывающим как стационарное, так и амбулаторное лечение, будут охвачены все. Разработан достаточно широкий набор медицинских услуг. В отношении большинства медицинских услуг применяется частичная оплата, хотя предусмотрены сниженные ставки для лиц с низким уровнем дохода, установлен также годовой потолок выплат. Частное медицинское страхование играет смешанную дополняющую и дополнительную альтернативную роль, возмещая частичную оплату пребывания в стационаре и обеспечивая более комфортные условия размещения в больнице. Оно охватывает примерно две трети населения и чаще всего обеспечивается дополнительными отчислениями с работающих.

### Сбор средств

Государственная система медицинского страхования финансируется в основном из взносов социального страхования; лишь небольшая часть средств выделяется федеральным правительством (см. рис. А4). Отчисления из региональных и местных бюджетов играют очень небольшую роль. Размер взносов устанавливается централизованно как доля от дохода, выплачиваемая работниками и работодателями, и собирается в единый фонд средств. Государственные фонды медицинского страхования конкурируют с частными страховыми компаниями за предоставление частного медицинского страхования.

### Объединение средств

Государственные средства на здравоохранение собираются централизованно Государственным управлением социального страхования. Каждый может самостоятельно выбрать фонд медицинского страхования. Работающие перечисляют взносы в Государственное управление социального страхования, а самостоятельно занятые — непосредственно в выбранный ими фонд медицинского страхования; эти средства переводятся в Государственное управление социального страхования. Затем 30% собранных государством средств перспективно переводятся фондам медицинского страхования по числу застрахованных с учетом степени риска. Оставшиеся средства распределяются ретроспективно в зависимости от расходов каждого фонда.

## Закупка медицинских услуг

Фонды медицинского страхования покупают медицинские услуги для своих членов. Фонды несут определенные финансовые риски, связанные с разницей между величиной бюджетного финансирования и фактическими расходами, однако их финансовая ответственность за дефицит не может превышать 2% от общего объема государственных средств на здравоохранение. Возможный дефицит частично покрывается фиксированным страховым взносом (примерно 5 евро в год), который каждый застрахованный вносит в резервный фонд. За амбулаторные услуги больные обычно непосредственно платят врачу, а страховой фонд затем возмещает их расходы. Ставки возмещения расходов обычно являются результатом коллективных соглашений между фондами медицинского страхования и союзами медицинских работников.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

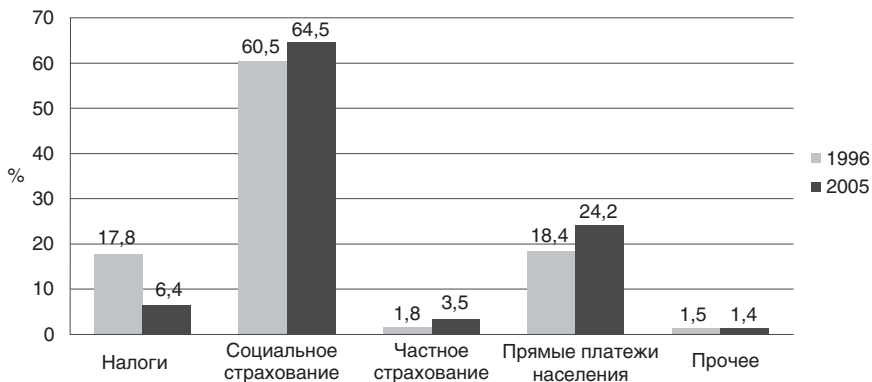
Большинству врачей в Бельгии платят по объему оказанных услуг. Некоторые санитарные врачи и врачи в университетских клиниках получают фиксированный оклад (менее 1% всех врачей). Больницы имеют общий бюджет и частично финансируются по числу случаев госпитализации (система клиничко-статистических групп).

## Основные реформы финансирования здравоохранения

- 1994 г.: введено финансирование больниц по числу случаев госпитализации.
- 2001 г.: максимальный потолок ежегодных выплат распространен на все домохозяйства и на все случаи частичной оплаты услуг (650 € для лиц моложе 19 лет; 450 € для домохозяйств с низким доходом; для остальных — на основании чистого дохода семьи).
- 2001–2002 гг.: введены система базовых цен на непатентованные лекарственные средства, а также новые правила исключения фармацевтических продуктов из системы государственного возмещения затрат.
- 2007 г.: право на сниженный уровень частичной оплаты медицинских услуг теперь зависит исключительно от уровня дохода (а не от других показателей социально-экономического статуса, таких как вдовство или сиротство).

- 2008 г.: покрытие «малых рисков» распространено на самостоятельно занятых.

**Рисунок А4.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Бельгии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

## Литература

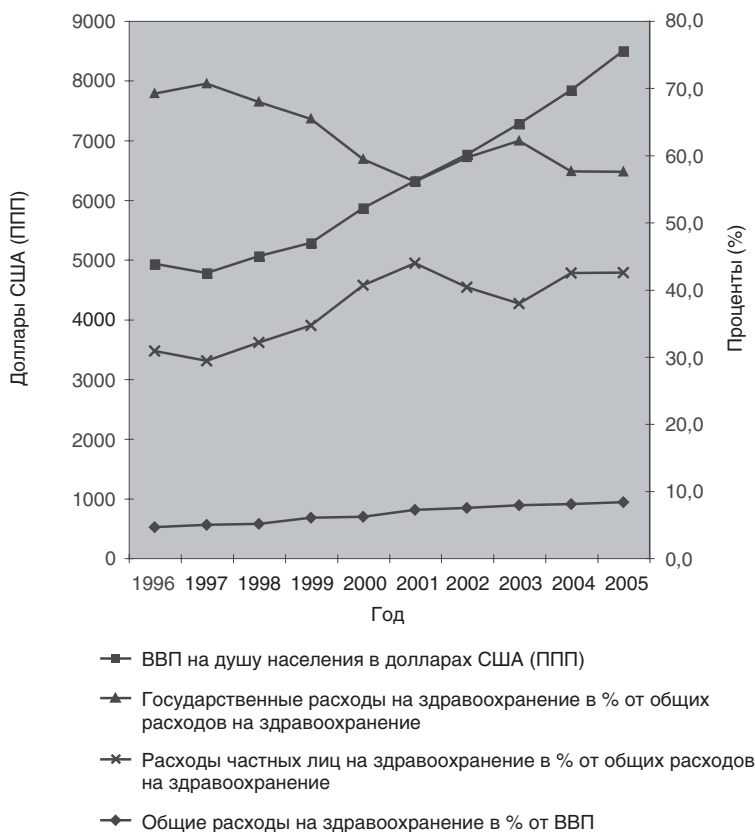
Corens D (2007). Belgium: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(2):1–172.

## Финансирование здравоохранения в Болгарии

### Расходы на здравоохранение

С 1996 г. по 2005 г. общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП возросли почти вдвое, с 4,6 до 8,3% (см. рис. А5). За тот же период доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение снизилась с 69,1 до 57,5%, а прямые платежи населения значительно возросли – с 30,9 до 41,6%.

**Рисунок А5.** Расходы на здравоохранение в Болгарии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

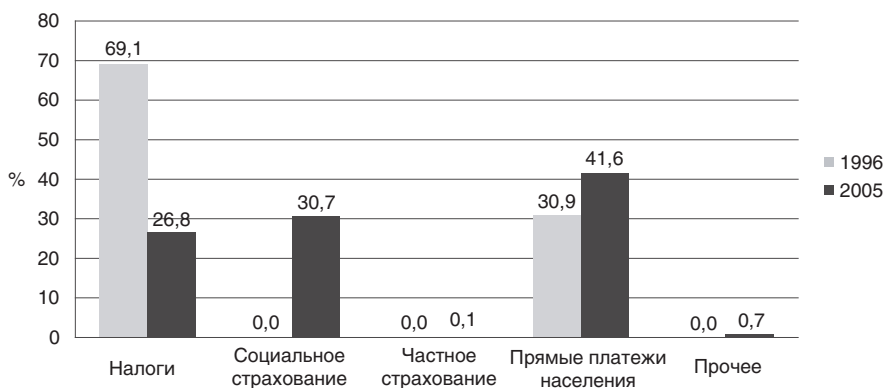
Государственная система медицинского страхования охватывает всех граждан, предоставляя установленный государством широкий набор медицинских услуг. В 1998 г. была введена частичная оплата

амбулаторно назначаемых лекарственных средств (за исключением препаратов для лечения хронических заболеваний). В 2000 г. частичную оплату распространили на обращения к врачу, диагностические услуги и стационарное лечение. Больные определенными заболеваниями, дети, безработные и другие лица с низким доходом от частичной оплаты освобождены. Отдельную проблему представляют неофициальные платежи. Частное медицинское страхование играет незначительную роль как дополняющее страхование.

### Сбор средств

Система государственного медицинского страхования была введена в 1998 г. Ее доля в финансировании здравоохранения постепенно возросла по мере уменьшения доли муниципального финансирования. Однако в настоящее время ведущим источником финансирования здравоохранения являются прямые платежи населения (см. рис. А6). Центральные налоги и взносы социального страхования собираются государственным налоговым агентством. Муниципалитеты собирают местные налоги и сборы с потребителей. Размер обязательных отчислений на здравоохранение установлен централизованно на уровне 6% дохода; они вносятся работодателями и работающими (к 2009 г. их доли должны сравняться). За безработных, лиц с низким доходом, пенсионеров, студентов и государственных служащих средства отчисляются из центрального и местных бюджетов. Из государственной схемы медицинского страхования, охватывающей 92% населения, исключены цыгане и постоянно безработные.

**Рисунок А6.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Болгарии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

## Объединение средств

Обязательные взносы собираются Национальным фондом медицинского страхования. Налоги собираются на государственном и местном уровнях.

## Закупка медицинских услуг

Национальный фонд медицинского страхования финансирует амбулаторную помощь на основе системы контрактов. Государственные и частные медицинские учреждения заключают контракты с одним из 28 региональных отделений Национального фонда (в рамках ежегодно подписываемого Национального рамочного контракта). Национальный фонд медицинского страхования переводит средства региональным отделениям по числу застрахованных с учетом степени риска. Министерство здравоохранения финансирует университетские и областные клиники и другие специализированные учреждения, а также систему общественного здравоохранения. Муниципалитеты финансируют больницы, не заключившие контракта, на своей территории, однако предполагается, что в будущем Национальный фонд медицинского страхования станет шире финансировать стационарное лечение.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачам общей практики платят по числу больных, кроме того, они получают надбавки. Специалистам в амбулаторных учреждениях платят по объему оказанных услуг. Врачи в больницах получают фиксированный оклад, а также надбавки за качество деятельности. Больницы финансируются Национальным фондом медицинского страхования по числу случаев госпитализации и Министерством здравоохранения по числу койко-дней.

## Основные реформы финансирования здравоохранения

- 1998 г.: введена государственная система медицинского страхования, создан Национальный фонд медицинского страхования; введена частичная оплата амбулаторно назначаемых лекарственных средств; введена система контрактов между Национальным фондом медицинского страхования и медицинскими учреждениями.
- 2000 г.: введена частичная оплата посещений врача, диагностических услуг и стационарного лечения; введение оплаты по числу

законченных случаев лечения в рамках первого Национального рамочного контракта.

- 2001 г.: финансирование амбулаторной помощи и стоматологического лечения перешло от муниципалитетов Национальному фонду медицинского страхования; в больницах введена система оплаты по числу случаев госпитализации.
- 2002 г.: в больницах введена оплата труда врачей в зависимости от качества деятельности.
- 2004 г.: реформа финансирования больниц, ведущая к официальному переходу к системе оплаты по числу случаев госпитализации с учетом качества деятельности.

## Литература

Georgieva L et al. (2007). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1):1–156.

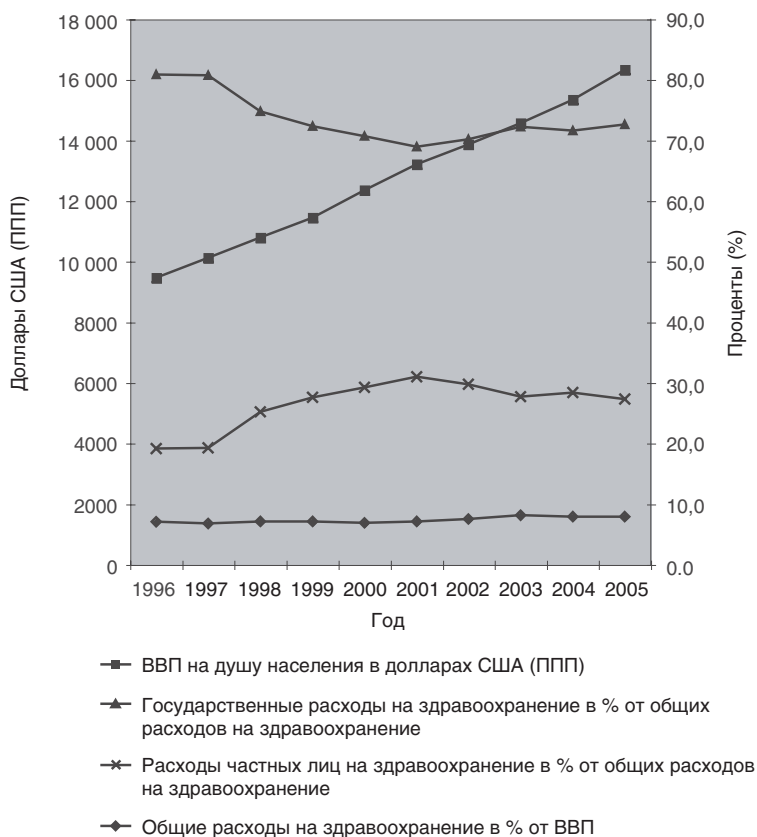


## Финансирование здравоохранения в Венгрии

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП за последние годы менялись мало и с 1996 г. составляли около 7% (см. рис. А7). Однако доля государственных расходов значительно сократилась, с 81% в 1996 г. до 73% в 2005 г.

**Рисунок А7.** Расходы на здравоохранение в Венгрии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Право на государственное медицинское страхование основывается на наличии гражданства. Государственная система охватывает 99% населения и предоставляет широкий набор медицинских услуг. Поначалу частичная оплата услуг применялась мало, в основном в от-

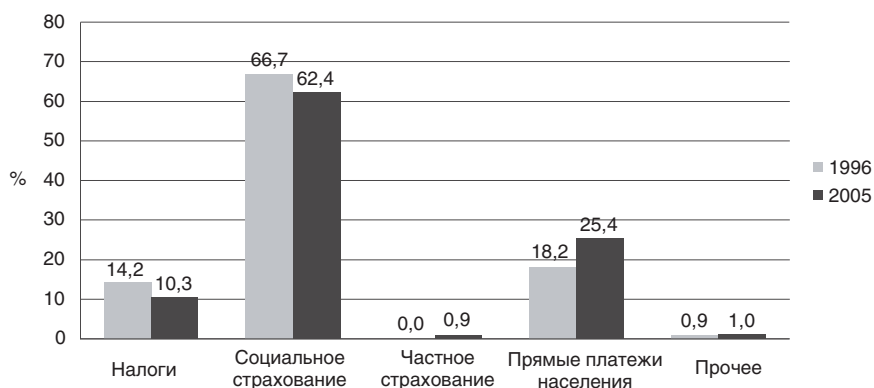
ношении амбулаторно назначаемых лекарственных средств, а также, отчасти, курортного лечения, стоматологического протезирования, долговременного ухода, некоторых бытовых услуг в больницах и лечения у специалистов без направления. В 2007 г. частичную оплату распространили на амбулаторное и стационарное лечение с более высокими ставками при обращении к специалистам без направления. Больные с очень низкими доходами освобождены от оплаты лекарственных средств. Глубоко укоренившейся проблемой венгерской системы здравоохранения остаются неофициальные платежи.

### Сбор средств

С 1990 г. основным источником финансирования здравоохранения служат взносы социального страхования (см. рис. А8). Первоначально средства собирались Государственным фондом медицинского страхования, но в 1998 г. эту функцию передали центральному налоговому агентству. Размер взносов устанавливается централизованно. Они дополняются целевым налогом на здравоохранение (в виде фиксированной суммы, вносимой работодателями, и пропорционального налога с дохода для остальных) для покрытия расходов за тех, кто не платит взносы, а также сочетанием центральных и местных налогов. Постоянную проблему представляет уклонение от налогов. Условия получения права на медицинское обслуживание были ужесточены, и с 2008 г. люди, не имеющие такого права, обслуживаться не должны.

Прямые платежи населения с конца 1990-х гг. выросли, а неофициальные платежи, несмотря на все проводимые реформы, искоре-

**Рисунок А8.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Венгрии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

нить так и не удалось. С 1993 г. некоммерческие ассоциации стали предлагать частное страхование, покрывающее услуги, исключенные из программы государственного страхования или только частично оплачиваемые им. Этот тип дополняющего страхования обеспечивается за счет семейных счетов медицинских накоплений (таким образом, объединения средств нет) и налоговых вычетов в размере 30%. Рынок альтернативного частного медицинского страхования очень мал.

### Объединение средств

Единый фонд медицинского страхования, подотчетный Управлению Государственного фонда медицинского страхования, собирает взносы социального страхования и целевые налоговые отчисления на здравоохранение. Управление Государственного фонда медицинского страхования контролируется правительством через Министерство здравоохранения.

### Закупка медицинских услуг

Покупкой медицинских услуг занимается управление Государственного фонда медицинского страхования, заключающее контракты с медицинскими учреждениями. Оно не может выбирать контрагентов, а должно заключать контракты со всеми медицинскими учреждениями на данной территории. Национальный бюджет разделяется на 20 частей в зависимости от вида медицинских услуг. Размер каждой части ограничен (кроме части, выделенной на лекарственные средства). В секторе первичной медицинской помощи растет доля частных врачей, в то время как специализированные больницы остаются в собственности местных властей. С 2009 г. единая модель закупки медицинских услуг будет заменена системой из 5–8 конкурирующих страховых организаций (которыми могут частично владеть частные страховые компании). Этим конкурирующим страховым организациям Управление Государственного фонда медицинского страхования будет переводить средства с учетом степени риска, а население сможет выбирать страховую организацию.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

С 1992 г. семейным врачам платят по числу больных с учетом возраста больных и квалификации врача. Специалисты в амбулаторном секторе и врачи в больницах в основном получают фиксирован-

ный оклад. Стационарное обслуживание оплачивается по числу случаев госпитализации с предельным ограничением на основе общих бюджетов.

### Основные реформы финансирования

- 1990 г.: взносы социального страхования становятся основным способом финансирования здравоохранения; медицинские учреждения передаются из ведения центрального правительства на уровень местных властей.
- 1992 г.: фонд социального страхования разделяется на 2 подразделения — медицинское и пенсионное; Управление Государственного фонда медицинского страхования собирает взносы на здравоохранение через свои отделения на местах; вводится оплата труда семейных врачей по числу больных; семейных врачей поощряют переходить к частной практике.
- 1993 г.: введено финансирование по числу случаев госпитализации для неотложной стационарной помощи и по объему оказанных услуг для амбулаторной помощи; законодательно разрешено частное медицинское страхование.
- 1995 г.: введены налоговые вычеты (в размере 30% от страхового взноса) для дополняющего частного медицинского страхования; стоматологические услуги исключены из государственного страхования; отменены субсидии на курортное лечение и введены доплаты за транспортировку больных.
- 1996–1997 гг.: расширена база взносов социального страхования; снижен размер взносов медицинского страхования для работодателей; введен целевой налог на здравоохранение.
- 1998 г.: Управление Государственного фонда медицинского страхования переходит под контроль администрации премьер-министра; целевой налог на здравоохранение увеличен для борьбы с уклонением от уплаты взносов.
- 1999 г.: обсуждается введение системы конкурирующих фондов медицинского страхования, однако от этого отказались; Управление Государственного фонда медицинского страхования переходит под контроль Министерства финансов; ответственность за сбор взносов возложена на Налоговую службу вместо Управления Государственного фонда медицинского страхования.

- 2001 г.: Управление Государственного фонда медицинского страхования переходит под контроль Министерства здравоохранения.
- 2001 г.: отменен предельный размер взносов.
- 2006 г.: правительство оплачивает расходы людей, не выплачивающих взносы, в виде установленной фиксированной суммы, что увеличило поступления в государственную программу медицинского страхования.
- 2007 г.: введена частичная оплата амбулаторной и стационарной помощи.
- 2009 г.: единственный покупатель медицинских услуг в лице Управления Государственного фонда медицинского страхования должен быть заменен 5–8 конкурирующими страховыми медицинскими компаниями.

## Литература

Gaál P, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Hungary. *Health Systems in Transition*, 6(2):1–152.

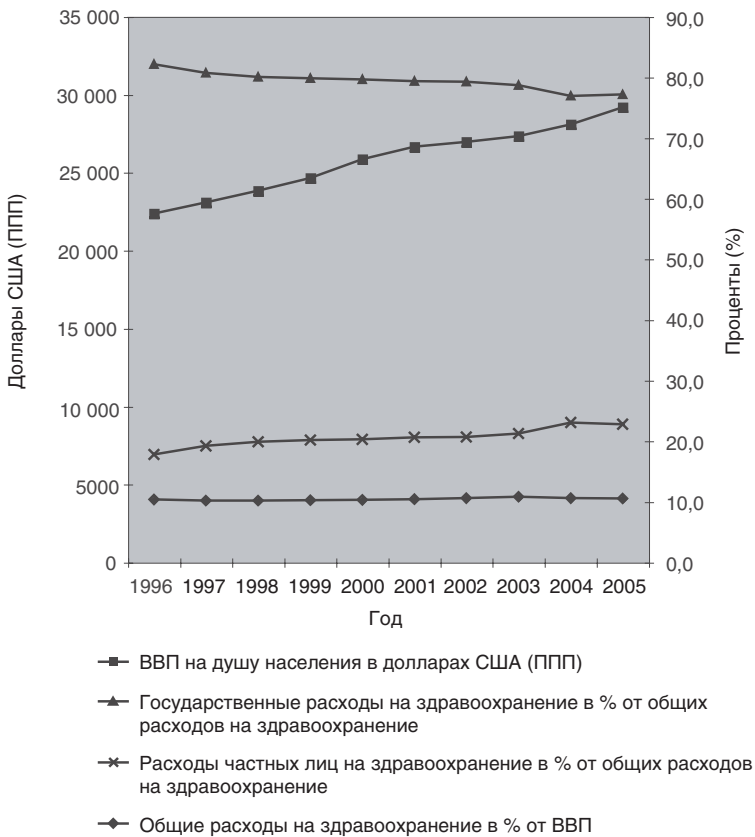
National Institute for Strategic Health Research (2007). *Hungarian health system scan, June 2007*. Budapest, National Institute for Strategic Health Research (ESKI).

## Финансирование здравоохранения в Германии

### Расходы на здравоохранение

Германия тратит на здравоохранение (в процентах от ВВП) больше всех других стран ЕС (10,6% в 2005 г., см. рис. А9). С 1996 по 2005 г. доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение сократилась с 82,2 до 77,2%. Рост расходов частных лиц связан в основном с ростом прямых платежей потребителей, доля которых выросла с 9,5% в 1996 г. до 13,8% в 2005 г.

**Рисунок А9.** Расходы на здравоохранение в Германии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

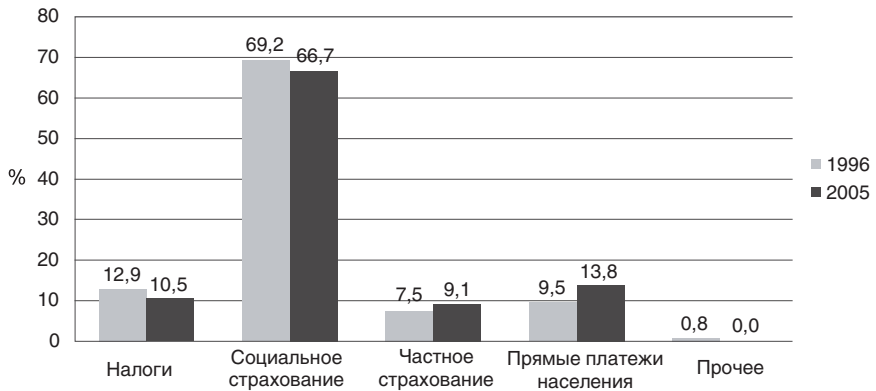
Система государственного медицинского страхования предоставляет широкий набор услуг и является обязательной для наемных ра-

ботников, получающих до 48 000 € в год, и лиц, находящихся на их иждивении. Государственные служащие и наемные работники, доход которых выше указанной суммы, в настоящее время страховаться не обязаны. Они могут по своему выбору остаться в государственной страховой системе, приобрести полис частного медицинского страхования или не страховаться вообще. Государственная программа медицинского страхования охватывает примерно 88% населения. Около 75% тех, кто может выбирать между государственным и частным медицинским страхованием (менее 20% населения) предпочитают государственное страхование, которое предоставляет бесплатное медицинское обслуживание для иждивенцев. Частное страхование охватывает в целом 10% населения, в основном государственных служащих и самостоятельно занятых. Не застраховано вовсе менее 1% населения. С 2009 г. медицинское страхование становится обязательным для всего населения. Долговременный медицинский уход входит в отдельную страховую программу, которая является обязательной для всего населения с 1995 г. Частичная оплата услуг традиционно включает амбулаторно назначаемые лекарственные средства и стоматологическое лечение, однако в 2004 г. эту систему распространили на посещения врачей и некоторые другие услуги. Дети освобождены от частичной оплаты, а размер выплат ограничен суммой, составляющей 2% от дохода семьи (для людей, страдающих хроническими заболеваниями, 1%).

### Сбор средств

Здравоохранение в Германии финансируется в основном за счет взносов социального страхования (см. рис. А10). Государственная страховая схема финансируется из обязательных взносов с первых 43 000 €, заработанных за год. Средний размер взносов составляет примерно 15% от общих заработков. Безработные также платят взносы, однако правительство вносит фиксированную сумму на одного человека за длительно не работающих лиц. В настоящее время фонды медицинского страхования могут самостоятельно устанавливать размер взносов. Однако с 2008 г. размер взносов устанавливает правительство; все средства будут централизованно собираться во вновь созданный национальный фонд. Фондам будет разрешено дополнительно взимать со своих членов фиксированный страховой взнос.

Частное медицинское страхование, носящее заменяющий характер, охватывает обе группы, исключенные из государственной программы медицинского страхования (государственные служащие и самостоятельно занятые; за государственных служащих часть расходов

**Рисунок А10.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Германии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.

Источник: WHO 2007b.

оплачивают их работодатели), а также людей с высоким доходом, которые предпочли частное страхование государственному. Все они выплачивают страховые взносы с учетом степени риска, а сам рынок заменяющего страхования регулируется с целью обеспечения доступа и финансовой доступности для пожилых или менее здоровых потребителей. Частное страхование играет также дополняющую и дополнительную альтернативную роль.

### Объединение средств

Государственная программа страхования обслуживается более чем 200 конкурирующими некоммерческими фондами медицинского страхования, деятельность которых регулируется правительством. Средства перераспределяются между фондами согласно схеме выравнивания рисков с учетом возраста, пола и нетрудоспособности застрахованных. С 2009 г. средства будут собираться централизованно и перераспределяться по числу застрахованных с учетом возраста, пола и риска для здоровья.

### Закупка медицинских услуг

Фонды медицинского страхования заключают контракты в основном с частными медицинскими учреждениями по территориальному принципу. За последние годы их покупательная способность выросла. Больные могут самостоятельно выбирать медицинское учреждение и непосредственно обращаться к врачам-специалистам. С 2004 г. фонды обязаны предлагать своим членам участие в системе, регулирующей доступ к специалистам, при этом за участие по-



лагается финансовое поощрение. Кроме того, фонды материально заинтересованы в медицинском обслуживании больных хроническими заболеваниями в рамках программ лечения заболеваний.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

В амбулаторном секторе врачам платят по смешанной системе: одновременно и за каждую медицинскую процедуру. Врачи больниц, как правило, получают фиксированный оклад, однако старшие врачи могут также обслуживать тех, кто имеет частный страховой полис, оплата при этом производится по объему оказанных услуг. Стационарное лечение финансируется на основе общих бюджетов с учетом клинико-статистических групп (метод введен в 2004 г.).

### Основные реформы финансирования

- 2002 г.: увеличен минимальный размер доходов, позволяющий выйти из государственной программы медицинского страхования.
- 2004 г.: введены доплаты за посещения врачей; создан Институт по качеству и эффективности для оценки медицинских технологий; введено финансирование больниц на основе клинико-статистических групп; установлены базовые цены на все лекарственные средства
- 2008 г.: общие бюджеты больниц должны быть повсеместно заменены оплатой на основе клинико-статистических групп; взносы должны собираться централизованно; собранные средства должны перераспределяться недавно созданным национальным фондом.
- 2009 г.: система бюджетов для амбулаторного сектора должна быть заменена более сложной системой, учитывающей заболеваемость населения; введена система учета степени риска в системе заменяющего частного медицинского страхования; медицинское страхование (государственное и частное) должно стать обязательным для всего населения.

### Литература

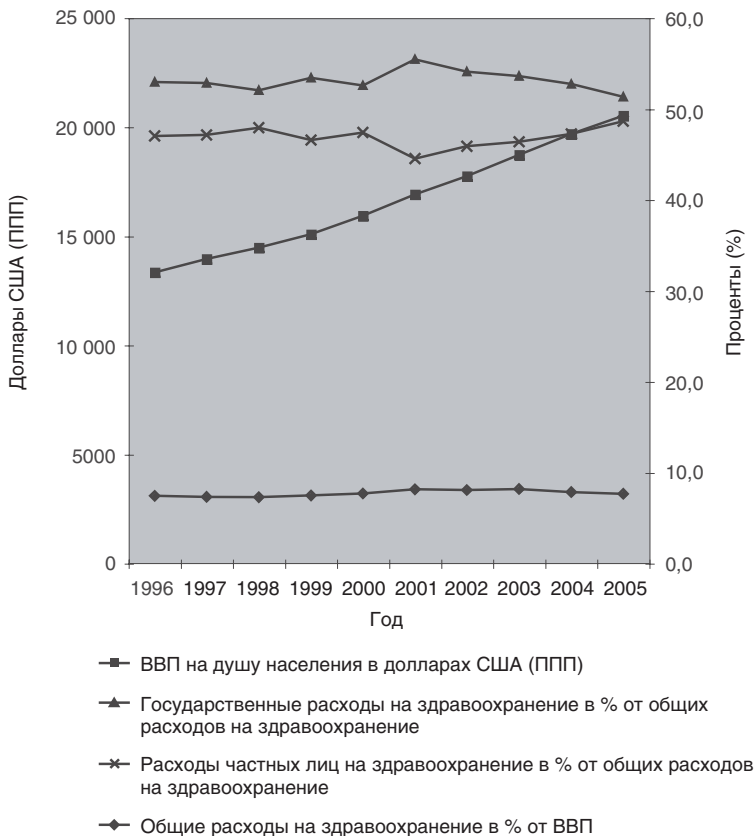
- Busse R, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Germany. *Health Systems in Transition*, 6(9):1–234.
- Busse R (2008). *The health system in Germany*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Germany\\_Country\\_Profile\\_2008\\_2.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Germany_Country_Profile_2008_2.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).

## Финансирование здравоохранения в Греции

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП незначительно увеличились с 7,4% в 1996 г. до 7,7% в 2005 г. (см. рис. А11). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение упала с 53,0% в 1996 г. до 51,3% в 2005 г. Доля же прямых платежей значительно выросла (с 35,6% в 1996 г. до 46,5% в 2005 г.) и является самой высокой среди стран ЕС после Кипра (51,6%).

**Рисунок А11.** Расходы на здравоохранение в Греции, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП — валовый внутренний продукт; ППП — паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

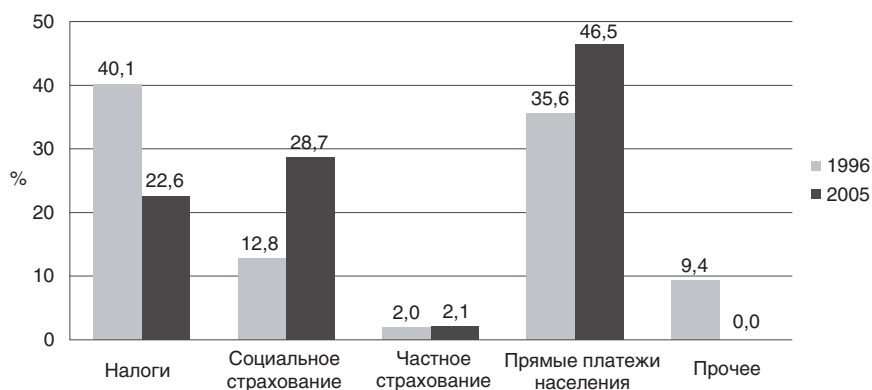
Государственная система здравоохранения, созданная в 1983 г., охватывает всех постоянных жителей. Однако доступ к медицинской

помощи зависит также от членства в одном из 35 фондов медицинского страхования, созданных по профессиональному принципу, финансируемых за счет взносов социального страхования и охватывающих 97% населения. Институт социального страхования охватывает примерно половину населения, а три других фонда (фонд медицинского страхования фермеров, фонд медицинского страхования самостоятельно занятых и фонд медицинского страхования государственных служащих) – еще 40%. Фонды возмещают расходы на амбулаторное лечение (стационарное лечение в основном предоставляется больницами Государственной системы здравоохранения, а в случае некоторых фондов – частными больницами). Каждый фонд предлагает свой набор услуг. Частичная оплата услуг в основном распространяется на амбулаторно назначаемые лекарственные средства, стоматологическое протезирование и офтальмологические услуги; беременные и больные хроническими заболеваниями освобождены от оплаты лекарственных средств, а для больных некоторыми заболеваниями и для пенсионеров с низкими доходами на оплату лекарственных средств существуют скидки. Широко распространены прямые платежи населения, при этом серьезную проблему составляют неофициальные платежи. Цель прямых платежей – избежать очередей и обеспечить более высокое качество медицинской помощи. Альтернативное частное медицинское страхование играет крайне малую роль.

### Сбор средств

Наиболее значимым механизмом финансирования в Греции являются прямые платежи населения (см. рис. А12). Государственные

**Рисунок А12.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Греции по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

средства практически в равных долях представлены центральными налогами и взносами социального страхования от работодателей и работающих. Однако ряд фондов полностью финансируются за счет перечислений из государственного бюджета (включая фонды медицинского страхования фермеров и государственных служащих). Размер взносов социального страхования зависит от фонда.

### Объединение средств

Налоги собирает Министерство финансов. Взносы социального страхования собирают отдельные фонды. Системы перераспределения средств между ними нет.

### Закупка медицинских услуг

Основными покупателями медицинских услуг у учреждений Государственной системы здравоохранения и частных медицинских учреждений являются Министерство здравоохранения и фонды медицинского страхования. Министерство здравоохранения переводит медицинским учреждениям средства из своего бюджета (определяемого Министерством финансов) преимущественно на основе прошлых расходов.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Греческие больницы финансируются по смешанному принципу — на основе бюджета, по числу койко-дней и по числу случаев госпитализации (в зависимости от плательщика). Сельские медицинские центры и больницы фондов медицинского страхования финансируются на основе бюджетов. Врачи в больницах и медицинских центрах в основном получают фиксированный оклад, плюс оплату по объему оказанных услуг. Частным врачам платят по объему оказанных услуг.

### Основные реформы финансирования

- 1999 г.: слияние трех фондов медицинского страхования в единый фонд для самостоятельно занятых.
- 1999—2001 гг.: создан фонд медицинского страхования государственных служащих.
- 2001 г.: создана законодательная база для развития и децентрализации региональных структур, сформированы новые управленче-

ские структуры в государственных больницах, изменены условия найма врачей в Государственной системе здравоохранения, произведены слияние и координация агентств по финансированию медицинской помощи, развиваются службы общественного здравоохранения.

- 2002 г.: врачам больниц Государственной системы здравоохранения разрешено вести частную практику.

## **Литература**

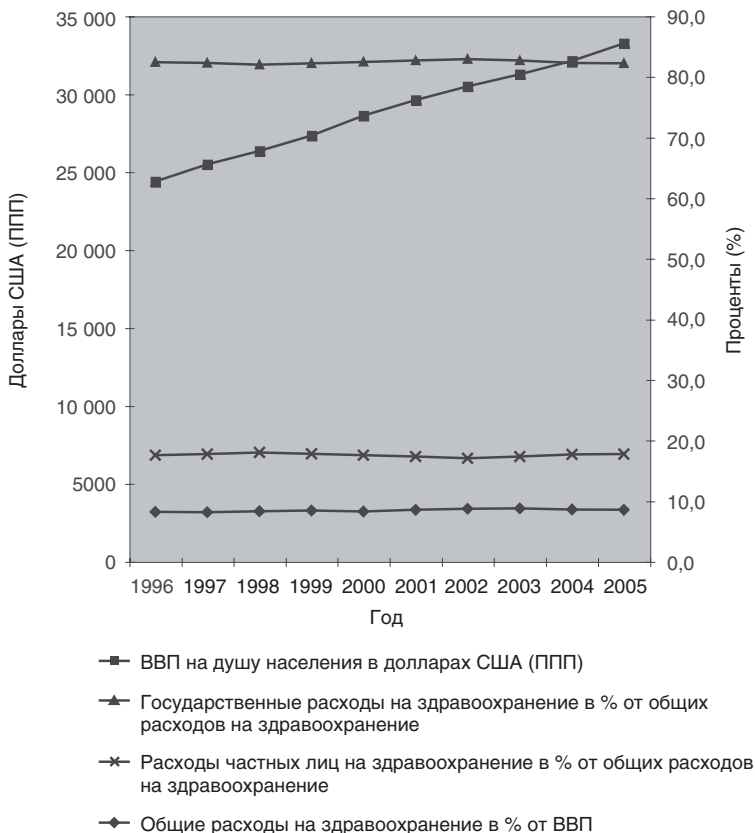
Arsenopoulou I et al. (2009). Greece: health system review. *Health Systems in Transition* (готовится к печати).

## Финансирование здравоохранения в Дании

### Расходы на здравоохранение

За последние годы уровень расходов на здравоохранение в Дании практически не менялся (см. рис. А13). Единственное заметное изменение — снижение доли прямых платежей населения в структуре расходов частных лиц на здравоохранение (приблизительно с 92% в 1996 г. примерно до 81% в 2005 г.). Уровень государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение достаточно высок и сравним с показателями для Люксембурга, Швеции и Соединенного Королевства.

**Рисунок А13.** Расходы на здравоохранение в Дании, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

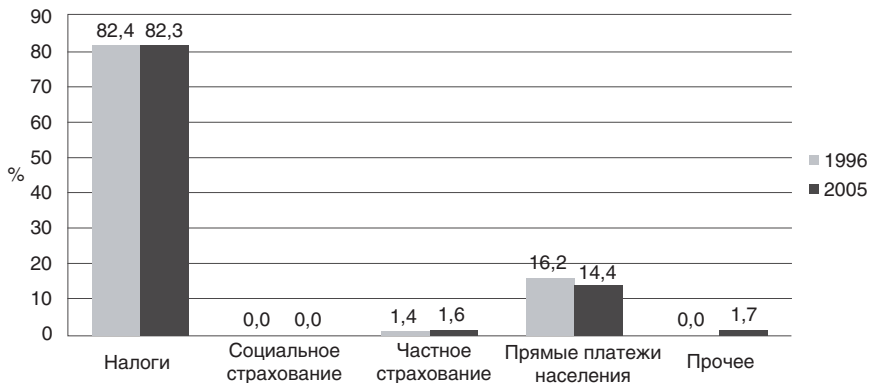
Государственная система здравоохранения охватывает всех постоянных жителей в отношении первичной и специализированной (стационарной) помощи. Частичная оплата распространена сравнительно мало и применяется в основном в отношении стоматологического лечения для взрослых, амбулаторно назначаемых лекарственных средств и услуг по подбору очков. Лица с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в большом количестве лекарственных средств, могут обратиться за полным возмещением фармацевтических расходов, превышающих установленный годовой предел (3805 датских крон). Лица с очень низким доходом могут обратиться также за финансовой поддержкой. Дополняющее частное медицинское страхование, предоставляемое некоммерческими организациями, покрывает расходы на частичную оплату лекарственных средств, стоматологического лечения, физиотерапии, очков и контактных линз. Оно охватывает примерно 30% населения. Существует также небольшой рынок дополнительного альтернативного частного медицинского страхования, охватывающего примерно 5% населения и обеспечивающего доступ к медицинской помощи в частном секторе и за границей.

## Сбор средств

В ходе крупной административной реформы 2007 г. ответственность за финансирование здравоохранения была возложена на центральное правительство. Государственные средства на здравоохранение формируются за счет централизованного целевого налога, равного 8% от дохода, подлежащего налогообложению. Эта система сменила прежнюю схему: сочетание центрального прогрессивного налога с дохода и регионального пропорционального налога с дохода и имущества (см. рис. А14).

## Объединение средств

В ходе ежегодных переговоров между центральным правительством, регионами и муниципалитетами формируются рамочные экономические соглашения по здравоохранению (включая уровень налогов и расходов). Они устанавливают предел бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, и определяют условия распределения ресурсов правительством. Правительство переводит налоговые поступления на здравоохранение 5 регионам (80%) и 98 муни-

**Рисунок А14.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Дании по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.

Источник: WHO 2007b.

ципалитетам (20%) по числу застрахованных с учетом степени риска, а также уровня интенсивности деятельности.

### Закупка медицинских услуг

Ответственность за предоставление стационарной медицинской помощи лежит на регионах, в собственности и под контролем которых находятся больницы и центры дородового наблюдения. Регионы финансируют также деятельность врачей общей практики (которые регулируют процесс направления к специалистам), врачей-специалистов, физиотерапевтов, стоматологов и обеспечение лекарственными средствами. Муниципалитеты отвечают за дома престарелых и инвалидов, сестринский уход на дому, патронажных медицинских работников, муниципальных стоматологов (детских стоматологов и оказание стоматологических услуг на дому для инвалидов и/или умственно отсталых), медицинское обслуживание в школах, помощь на дому и лечение больных алкоголизмом и потребителей наркотиков.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Финансирование больниц осуществляется на основе фиксированных бюджетов с частичным применением оплаты по объему оказанных услуг и введенной в 2000 г. общенациональной системы оплаты по числу случаев госпитализации (с учетом клинко-статистических групп). Врачи больниц нанимаются регионами и получают



фиксированный оклад. Самостоятельно работающие врачи общей практики регулируют доступ к специализированной медицинской помощи; их труд оплачивается по схеме, сочетающей оплату по числу законченных случаев лечения (30%) и по объему оказанных услуг. Врачи-специалисты, работающие не в больницах, получают оплату по объему оказанных услуг. Тем, кто работает в службах, находящихся в ведении муниципалитетов, платят фиксированный оклад.

### Основные реформы финансирования

- 2000 г.: введена система финансирования больниц по числу случаев госпитализации.
- 2007 г.: в ходе административной реформы 14 округов заменили 5 регионами и сократили число муниципалитетов с 275 до 98.

### Литература

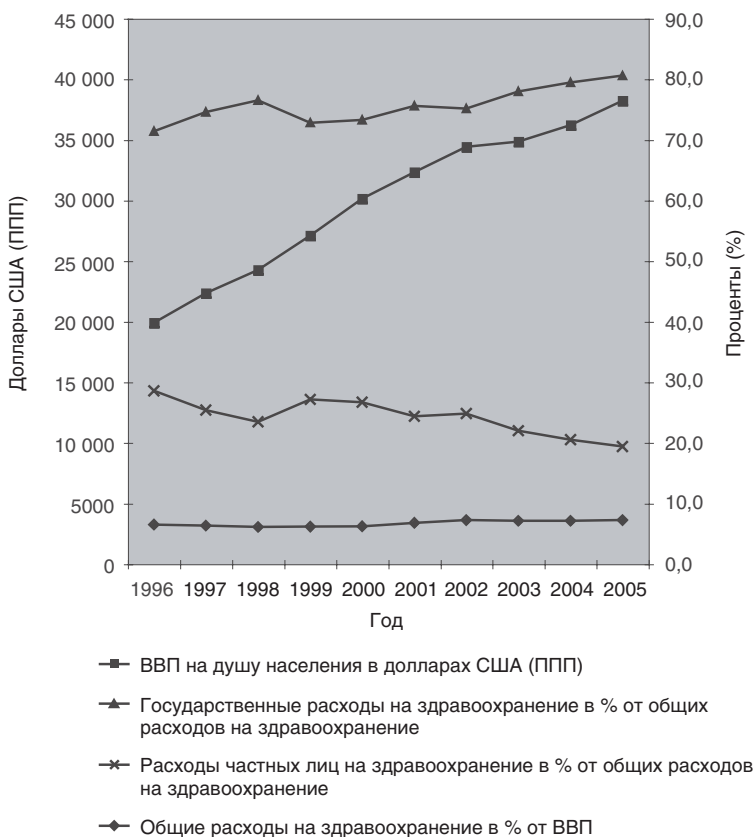
- Vallgård S, Krasnik A, Vrangæk K (2001). Health care systems in transition: Denmark. *Health Systems in Transition*, 3(7):1–92.
- Vrangæk K (2009). *The health system in Denmark*. New York, The Commonwealth Fund.

## Финансирование здравоохранения в Ирландии

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП за последние годы оставались почти неизменными (7,3% в 2005 г.) (см. рис. А15). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение существенно возросла (с 71,4% в 1996 г. до 80,6% в 2005 г.). Прямые платежи населения как доля в расходах частных лиц на здравоохранение также выросли (с 48,3% в 1996 г. до 61,0% в 2005 г.).

**Рисунок А15.** Расходы на здравоохранение в Ирландии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

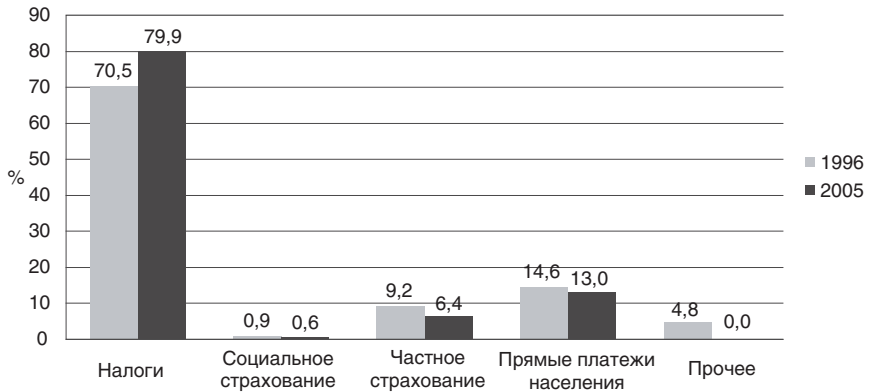
Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственная система здравоохранения охватывает всех постоянных жителей страны. В зависимости от уровня дохода и ряда других критериев население разделено на две категории. Те, кто относится к I категории, включаются в программу общей медицинской помощи и получают «медицинские карточки» (28,8% населения), приобретая право на бесплатное получение всех медицинских услуг по месту обращения (кроме долговременного ухода). Тот же набор медицинских услуг предоставляется беженцам. Остальная часть населения относится ко II категории и имеет доступ к оплачиваемой государством специализированной помощи (подлежит частичной оплате в форме доплаты за пребывание в стационаре в размере 60 € в сутки, но не более 600 € в год), но должна самостоятельно оплачивать первичную медицинскую помощь (кроме тех, у кого есть Карточка посещений врача общей практики – см. далее) и амбулаторно назначаемые лекарственные средства (не более 85 € в месяц). Лица из II категории должны также оплачивать стоматологическое и офтальмологическое лечение, хотя часть расходов может быть возмещена с помощью программы «Льготы на лечение». В 2005 г. правительство ввело Карточки посещений врачей общей практики, основанные на величине дохода и дающие бесплатный доступ к услугам врачей общей практики. Порог дохода для получения такой карточки на 50% выше, чем для получения «медицинской карточки». Частное медицинское страхование охватывает чуть более половины населения. Оно играет смешанную дополнительную альтернативную и дополняющую роль, обеспечивая более быстрый доступ к медицинской помощи, а также доступ к частной медицинской помощи, возмещение частичной оплаты лечения в стационаре и (до некоторой степени) амбулаторных услуг.

## Сбор средств

Здравоохранение в Ирландии в основном финансируется из общего налогообложения и прогрессивных целевых взносов на здравоохранение (см. рис. А16). Взносы на здравоохранение взимаются с заработков (в размере 2,0% с заработка до 100 000 € и 2,5% – свыше этого уровня). Держатели медицинских карточек и другие люди с низким доходом освобождены от уплаты взносов на здравоохранение. Общее налогообложение и взносы на здравоохранение покрывают примерно 70 и 10% всех расходов на здравоохранение соответственно. Частное медицинское страхование предоставляется тремя компаниями; рынок этих услуг жестко регулируется. Страховые компа-

**Рисунок А16.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Ирландии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.

Источник: WHO 2007b.

нии обязаны принимать всех желающих (до 65 лет), предоставлять страховое покрытие до конца жизни, устанавливать размер взносов на основе усредненных доходов (в зависимости от набора услуг), а также обеспечивать определенный минимум услуг. Они обязаны также производить финансовые отчисления согласно схеме выравнивания рисков, введенной в 2006 г.

### Объединение средств

Общие налоговые поступления и целевые взносы на здравоохранение собираются Департаментом финансов и переводятся в Управление здравоохранения и Государственный фонд закупки медицинских услуг (создан в 2002 г. для решения проблемы с очередями на стационарное лечение). Размер бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, ежегодно утверждается парламентским голосованием.

### Закупка медицинских услуг

Управление здравоохранения и Государственный фонд закупки медицинских услуг заключают договоры с больницами и другими медицинскими учреждениями. Бюджет во многом основывается на прошлых тратах; государственным и благотворительным больницам перечисляются фиксированные суммы. Некоторым больницам, однако, средства перечисляются с учетом числа случаев госпитализации и объема деятельности. Средства Государственного фонда приобретения медицинских услуг доступны всем больным, ожидающим лечения 3 месяца и более.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Государственным врачам общей практики платят согласно тарифам по средневзвешенному числу больных с дополнительными выплатами за некоторые услуги, такие как посещение на дому в нерабочее время или вакцинация от гриппа. Частным врачам общей практики платят по объему оказанных услуг. Специалистам в государственных и благотворительных больницах платят фиксированный оклад, а в частных больницах оплата производится по объему оказанных услуг. При оказании помощи частным больным врачи-специалисты в государственных больницах также получают оплату по объему оказанных услуг. Больницы имеют бюджеты, основанные на числе случаев госпитализации (с учетом клинико-статистических групп).

### Основные реформы финансирования

- 1993 г.: в больницах введена система клинико-статистических групп.
- 1994 г.: Закон о медицинском страховании вводит конкуренцию на рынке частного медицинского страхования (во исполнение третьей директивы Европейской Комиссии в области страхования иного, чем страхование жизни) и устанавливает нормативно-правовые основы регулирования в этой сфере.
- 1999 г.: опубликован правительственный информационный документ по частному медицинскому страхованию, что привело к принятию поправок к Закону о медицинском страховании и внедрению системы выравнивания рисков (вступила в силу в 2003 г.).
- 2001 г.: люди в возрасте 70 лет и старше получили право на «медицинские карточки» независимо от уровня дохода.
- 2002 г.: создан Государственный фонд закупки медицинских услуг, в 2004 г. получивший статус независимого органа.
- 2004 г.: Закон о здравоохранении наделил Управление здравоохранения (вместо Департамента здравоохранения и охраны здоровья детей) полномочиями по управлению государственными бюджетными средствами на здравоохранение.
- 2005 г.: введены Карточки посещения врачей общей практики с порогом доходов на 25% большим, чем для «медицинских карточек»; в 2006 г. разница в пороге доходов была увеличена до 50%.

## 162 Финансирование здравоохранения в Европейском союзе

- 2005 г.: изменен размер сборов с потребителей для лиц, находящихся в учреждениях долговременного ухода.

### Литература

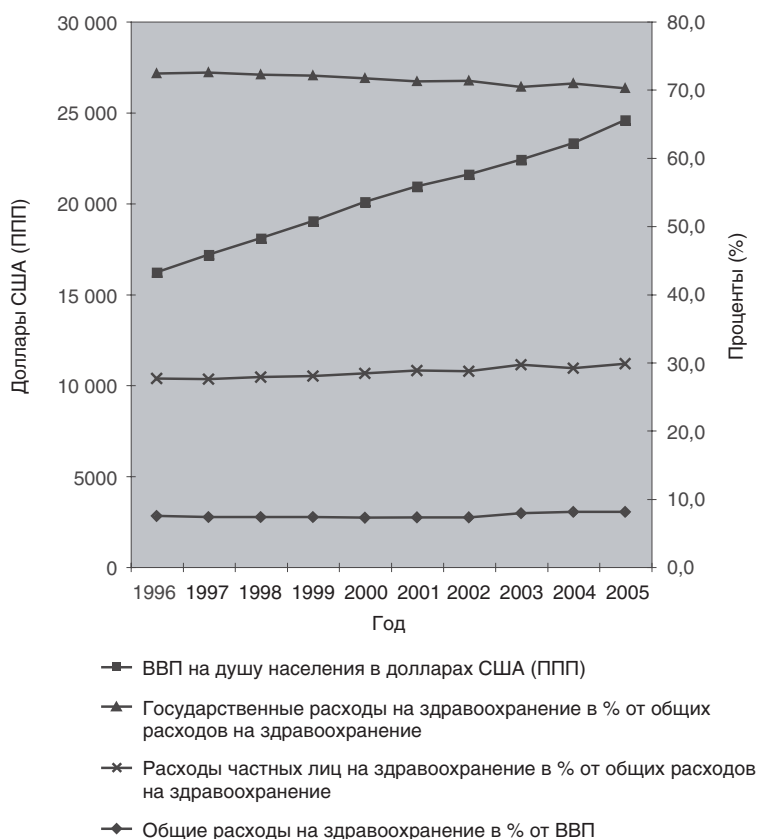
McDaid D, Wiley MM (2009). Ireland: health system review. *Health Systems in Transition* (готовится к печати).

## Финансирование здравоохранения в Испании

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП за последние годы практически не менялись, оставаясь на уровне примерно 7,5% (см. рис. А17). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение незначительно сократилась с 72,4% в 1996 г. до 70,2% в 2005 г.

**Рисунок А17.** Расходы на здравоохранение в Испании, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

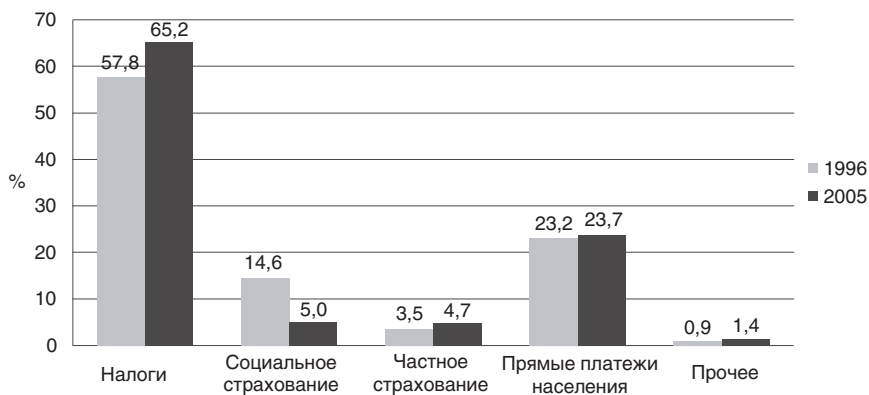
Государственная система здравоохранения охватывает практически все население Испании (99,5%) и предоставляет довольно широкий

набор услуг. Оставшиеся 0,5% населения (работающие с высоким доходом, не находящиеся на фиксированном окладе) не обязаны платить взносы. Государственные служащие и лица, состоящие у них на иждивении, могут выбирать между организациями Государственной системы здравоохранения и некоммерческими организациями взаимопомощи, которые охватывают 5,1% населения. Частичная оплата применяется в отношении амбулаторно назначаемых лекарственных средств и вспомогательных приспособлений, таких как слуховые приборы и корригирующие оптические линзы. От оплаты лекарственных средств освобождены люди в возрасте 65 лет и старше, инвалиды и больные хроническими заболеваниями. Частное медицинское страхование играет в основном дополнительную альтернативную роль.

### Сбор средств

Государственная система здравоохранения финансируется в основном из центральных и региональных налогов (примерно на 65%) (см. рис. А18), в то время как взносы социального страхования, выплачиваемые государственными служащими, играют гораздо меньшую роль (5%). Региональные налоги используются для финансирования здравоохранения с 1980-х гг., однако их доля со временем возросла и укрепилась после крупной реформы 2001 г.

**Рисунок А18.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Испании по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечание: реальный уровень финансирования здравоохранения из налогов значительно выше, однако часть средств поступает через систему государственного медицинского страхования, поэтому отнесена к «социальному страхованию».



## Объединение средств

В ходе реформы 2001 г. был усовершенствован механизм перечисления налоговых поступлений в регионы: подушевая формула, основанная на перечислении средств в предшествующие годы, была дополнена схемой выравнивания рисков (учитывает долю лиц в возрасте 65 лет и старше и обособленность региона). Однако по-прежнему сохраняются межрегиональные различия в расходах на здравоохранение и доступе к медицинской помощи.

## Закупка медицинских услуг

Регионы самостоятельно устанавливают порядок медицинского обслуживания, однако обязаны тратить на здравоохранение установленный минимум средств (иными словами, центральное правительство устанавливает минимальные региональные бюджеты здравоохранения). В качестве закупщика медицинских услуг обычно выступают местные органы здравоохранения. Во многих случаях разделения между финансированием и предоставлением медицинской помощи нет, однако в некоторых регионах (в частности, в Андалусии, Басконии и Каталонии) используют экспериментальные системы заключения контрактов.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачам общей практики платят фиксированный оклад, который частично зависит от числа больных (примерно на 15%) с учетом доли зарегистрированных больных в возрасте 65 лет и старше и плотности населения. Частным врачам платят по объему оказанных услуг. Врачи в больницах и специалисты в амбулаторных учреждениях получают фиксированный оклад. Большинство регионов заключают контракты с больницами Государственной системы здравоохранения, которые финансируются в основном через систему общих бюджетов. С конца 1990-х гг. стала применяться оплата по числу случаев госпитализации, особенно в больницах, не входящих в Государственную систему здравоохранения.

## Основные реформы финансирования

- 1999 г.: введено финансирование больниц с помощью системы клинико-статистических групп.

- 1999–2000 гг.: страхование распространено на постоянных жителей, не имеющих испанского гражданства.
- 2001 г.: возросла роль региональных налогов в финансировании здравоохранения, а формула распределения средств усовершенствована, чтобы лучше отражать региональные потребности в медицинской помощи.
- 2005 г.: для покрытия дефицита средств в регионах введены дополнительные разовые выплаты; предприняты также меры, призванные гарантировать рост расходов на здравоохранение по крайней мере в соответствии с ростом ВВП.

## Литература

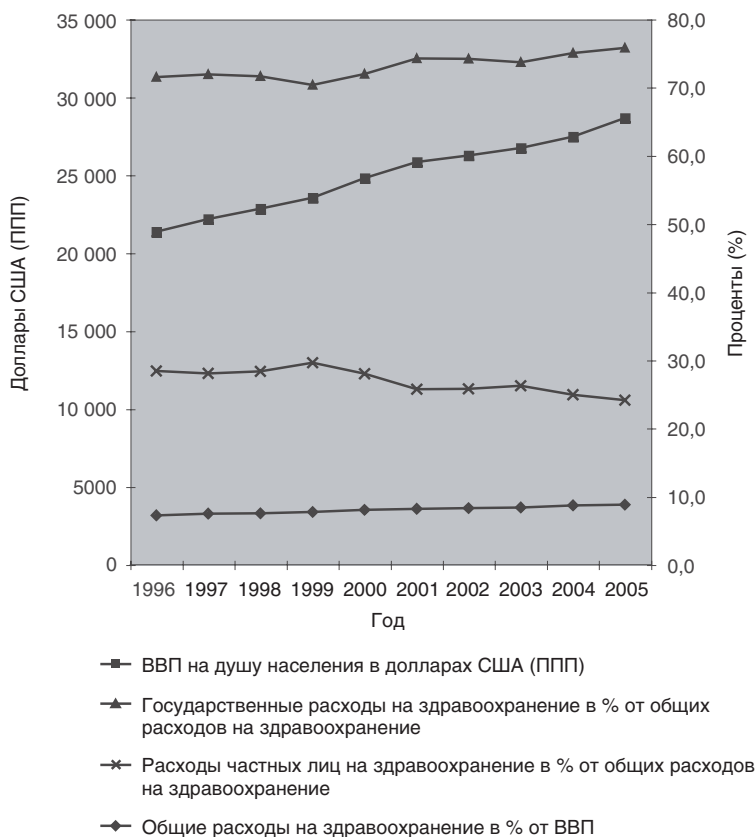
Durán A, Lara JL, van Waveren M (2006). Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4):1–208.

## Финансирование здравоохранения в Италии

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли с 7,3% в 1996 г. до 8,8% в 2005 г. (см. рис. А19). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение также выросла – с 71,5% в 1996 г. до 75,8% в 2005 г.

**Рисунок А19.** Расходы на здравоохранение в Италии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

С момента создания в 1978 г. Итальянской службы здравоохранения (*Servizio Sanitario Nazionale*) государственная система здравоохранения охватывает всех граждан. С 1998 г. она обслуживает также иммигрантов, а нелегальным иммигрантам предоставляет доступ к ос-

новым медицинским услугам. Набор услуг разрабатывается центральным правительством и охватывает большинство видов медицинского обслуживания. Частичная оплата услуг в форме фиксированных доплат применяется в отношении диагностических процедур, амбулаторно назначаемых лекарственных средств, посещений специалистов и необоснованного обращения за неотложной помощью (в случаях, которые признаны одновременно не критическими и не срочными). От доплат освобождены люди в возрасте 65 лет и старше с годовым семейным доходом менее 36 152 €, больные хроническими и редкими заболеваниями, инвалиды, ВИЧ-инфицированные, заключенные и беременные. Кроме того, со всех платежей потребителей (и с частичной оплаты, и с прямых платежей потребителей) свыше 129 € в год можно получить налоговый вычет (равный 19% от суммы платежей). Первичная медицинская помощь и стационарное лечение оказываются бесплатно по месту обращения. Частное медицинское страхование играет незначительную роль, охватывая примерно 15% населения и обеспечивая дополняющее страховое покрытие частичной оплаты и услуг, исключенных из государственного страхования. Оно играет также дополнительную альтернативную роль, предоставляя застрахованным более широкий выбор медицинских учреждений и более легкий доступ к частным врачам.

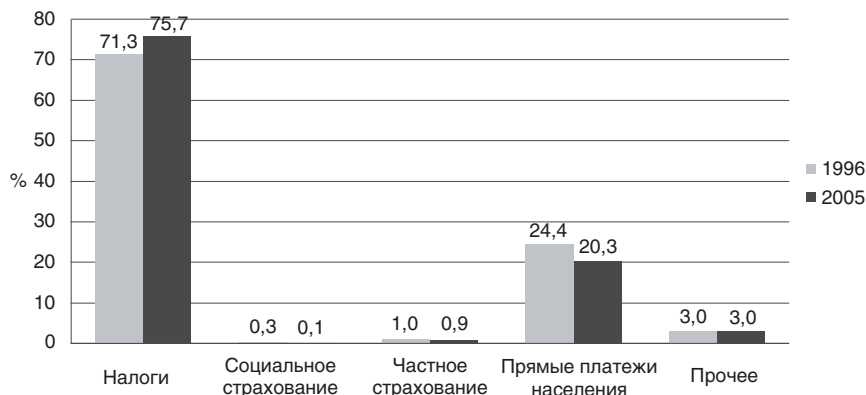
### Сбор средств

Здравоохранение финансируется в основном из целевых центральных и местных налогов (см. рис. А20). До 1998 г. налоговые поступления обеспечивались главным образом за счет подоходного налога (взносы социального страхования). В 1998 г. взносы социального страхования были заменены двумя новыми видами целевых региональных налогов на финансирование здравоохранения. Региональный налог на доход организаций<sup>13</sup> взимается с добавленной стоимости компаний (4,5%) и с заработной платы работников государственного сектора (8,5%). Налог собирается централизованно, но затем 90% поступлений возвращается обратно в регионы. В 2005 г. регионам для покрытия дефицита средств на здравоохранение решили поднять ставку налога, но не более чем на 1% (в настоящее время в 5 регионах она равна 5,25%). Региональный подоходный налог первоначально составлял 0,5%, а в 2001 г. был поднят до 0,9%<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Imposta regionale sulle attività produttive.

<sup>14</sup> Государственный подоходный налог был снижен на 0,5%, чтобы компенсировать введение нового регионального налога.

**Рисунок А20.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Италии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Эти региональные налоги дополняются центральными государственными субсидиями, формируемыми за счет НДС.

### Объединение средств

Как уже сказано, с 1998 г. 20 регионов сами собирают средства на здравоохранение, что означает наличие 20 основных фондов средств. Ранее существовал единый национальный фонд. Однако региональные различия в расходах на здравоохранение являются давней проблемой итальянской системы здравоохранения. Поэтому в 2001 г. Правительство создало Национальный накопительный фонд (финансируемый за счет центральных поступлений от НДС) для перераспределения средств регионам, у которых их недостаточно. Перераспределение производится с учетом способности регионов собирать средства и финансовых потребностей, как связанных со здравоохранением, так и нет. К сожалению, регионы и правительство не могут согласовать условия перераспределения, и пока что этот механизм не внедрен на практике.

### Закупка медицинских услуг

Регионы самостоятельно решают, как им распределять средства; большинство переводят их местным органам здравоохранения (по территориальному принципу), основываясь на числе застрахованных. С 1999 г. местные органы здравоохранения при выборе государственных и частных больниц для оказания услуг, финансируемых государством, должны проводить сравнительную оценку качества и

стоимости услуг. Однако полное разделение между финансированием и закупкой медицинских услуг у независимых поставщиков введено лишь в одном регионе (Ломбардия). Большинство регионов действуют по «объединенной» (полностью или частично) модели, «покупая» услуги как у государственных, так и у частных аккредитованных (коммерческих и некоммерческих) больниц. В целом по стране примерно 40% коек непосредственно контролируется местными органами здравоохранения.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачам общей практики и амбулаторно работающим педиатрам платят по числу больных с дополнительными выплатами по объему оказанных услуг, частично зависящими от качества деятельности. Врачи в больницах, как правило, получают фиксированный оклад. С 1995 г. больницы финансируются на основе клинко-статистических групп (взамен оплаты по числу койко-дней). Национальная система клинко-статистических групп введена в 2006 г. Существует также ряд дополнительных видов платежей.

### Основные реформы финансирования

- 1993 г.: внесены изменения в частичную оплату услуг, установлен предельный размер частичной оплаты посещений специалистов.
- 1995 г.: в 16 регионах внедрена система оплаты по клинко-статистическим группам, еще 5 регионов присоединились к ней в 1996 и 1997 гг.
- 1998 г.: взносы социального страхования замещены 2 региональными налогами.
- 1999 г.: покупка государственных медицинских услуг отныне основывается на 4-ступенчатой системе, включающей сравнительную оценку качества и стоимости оказываемых услуг.
- 2001 г.: регионам предоставлено право отменять или сохранять частичную оплату амбулаторно назначаемых лекарственных средств; 11 из 20 регионов ввели доплаты и совместное страхование в отношении амбулаторно назначаемых лекарственных средств.
- 2001 г.: создан Национальный накопительный фонд, финансируемый из поступлений от НДС, для перераспределения средств

регионам; механизм перераспределения средств пока не согласован.

- 2001 г.: в набор услуг включены новые бесплатные услуги (для ранней диагностики рака): маммография раз в 2 года для женщин в возрасте 45–69 лет, цитологическое исследование мазка с шейки матки раз в 3 года для женщин в возрасте 25–65 лет и колоноскопия раз в 5 лет для людей старше 45 лет.
- 2005 г.: введена новая общенациональная система финансирования по клинко-статистическим группам, вступающая в силу с 2006 г. (с некоторыми возможностями для региональных модификаций).
- 2007 г.: введена фиксированная доплата в размере 10 евро за направление к специалисту в дополнение к максимальному сбору в размере 36,15 € за посещение специалиста; после жалоб больных в мае 2007 г. новое правительство отменило сбор за направление к специалистам; введена фиксированная доплата в размере 25 € за необоснованное обращение за неотложной помощью (ранее некоторые регионы уже взимали за это доплату).

## Литература

Donatini A et al. (2009). Italy: health system review. *Health Systems in Transition* (готовится к печати).

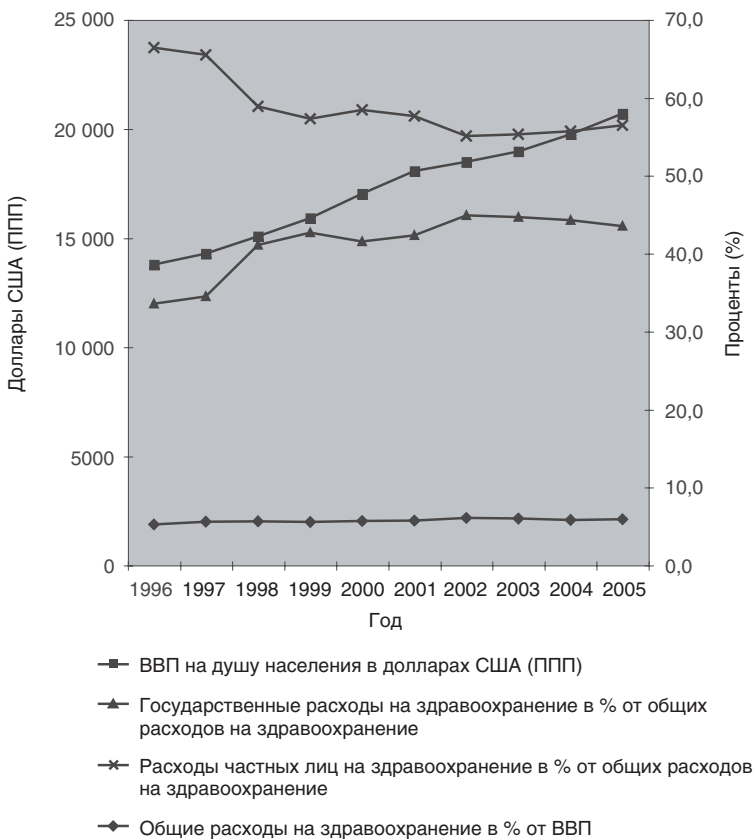
Fattore G, Torbica A (2006). Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs? *Health Care Management Science*, 9:251–258.

## Финансирование здравоохранения на Кипре

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП с 1996 г. по 2005 г. практически не изменились (см. рис. А21), при этом ВВП на душу населения существенно вырос. В 2005 г. расходы частных лиц составили более 50% от общих расходов на здравоохранение. Однако доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение с 1996 г. по 2002 г. резко выросла (с 33,6 до 44,9%). С 2002 г. этот показатель стал снижаться (до 43,5% в 2005 г.).

**Рисунок А21.** Расходы на здравоохранение на Кипре, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007б.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.



### Охват медицинским обслуживанием, набор услуг и их частичная оплата

В настоящее время на Кипре вводится Государственная программа медицинского страхования, в рамках которой полное страхование будет распространено на всех постоянных жителей. Ранее правительство обеспечивало бесплатной или недорогой медицинской помощью 85–90% населения. Существуют также страховые схемы, финансируемые работодателями и профсоюзами. Высоки прямые платежи населения за медицинское обслуживание. Для больных хроническими или тяжелыми острыми заболеваниями медицинские расходы могут быть катастрофически высоки.

### Сбор средств

Государственное медицинское обслуживание в настоящее время финансируется из налогов и сборов с потребителей (см. рис. А22). Частное медицинское страхование играет лишь незначительную роль как дополнительное альтернативное страхование. В рамках Государственной программы медицинского страхования налоговые отчисления будут дополняться обязательными взносами медицинского страхования (собираемыми Организацией медицинского страхования), а сборы с потребителей за государственные медицинские услуги будут отменены (кроме, возможно, сборов за лекарственные средства).

### Объединение средств

Налоговые поступления собирает Министерство здравоохранения.

**Рисунок А22.** Распределение общих расходов на здравоохранение на Кипре по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

## Закупка медицинских услуг

В рамках Государственной программы медицинского страхования закупкой медицинских услуг у государственных и частных медицинских учреждений будет заниматься Организация медицинского страхования.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачи общей практики в государственном секторе и специалисты получают фиксированный оклад. В частном секторе врачам платят по объему оказанных услуг. В рамках Государственной программы медицинского страхования врачам общей практики будут платить по числу больных (с учетом рисков и профессионального опыта), в то время как специалистам – по объему оказанных услуг согласно тарифам, утвержденным совместно с их медицинскими учреждениями. У государственных больниц есть бюджет, рассчитанный на основе затрат за прошлые годы и скорректированный с учетом инфляции. Согласно новой программе государственные больницы будут финансироваться на основе средней стоимости услуг.

## Основные реформы финансирования

Введение Государственной программы медицинского страхования должно привести к следующим изменениям:

- всеобщий охват медицинским обслуживанием за счет налоговых поступлений и обязательных страховых взносов;
- отмена сборов с потребителей за государственные медицинские услуги (за исключением, возможно, сборов за лекарственные средства);
- создание Организации медицинского страхования как единственного покупателя государственных медицинских услуг;
- реформа системы финансирования медицинских учреждений и оплаты труда медицинских работников (см. выше).

## Литература

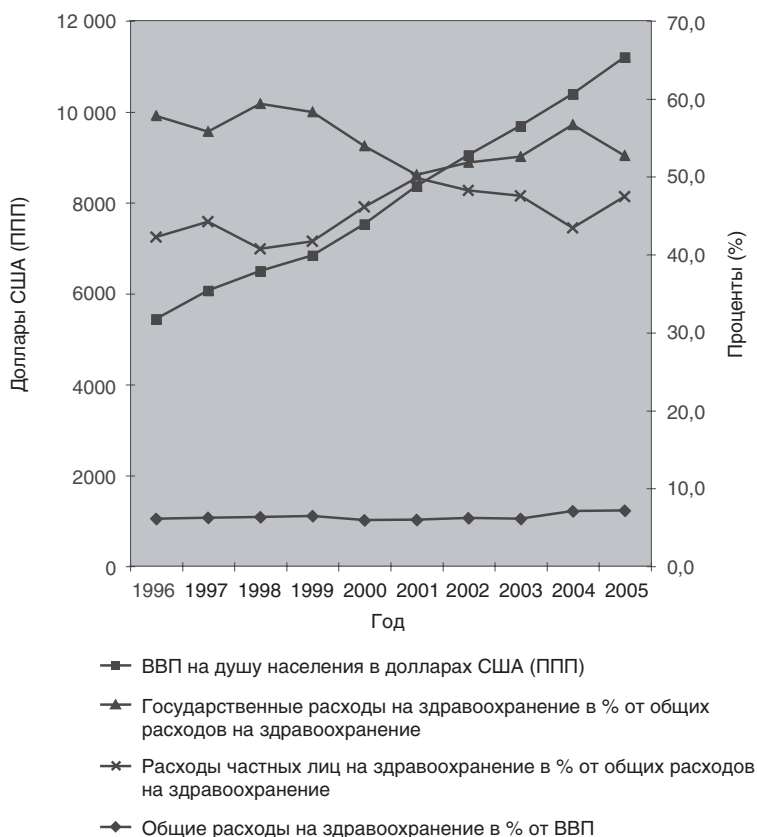
Golna C et al. (2004). Health care systems in transition: Cyprus. *Health Systems in Transition*, 6(5):1–117.

## Финансирование здравоохранения в Латвии

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП изменились мало, несколько увеличившись с 6,1% в 1996 г. до 7,1% в 2005 г. (см. рис. А23). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение сначала возросла, а потом снизилась, сократившись с 57,8% в 1996 г. до 52,6% в 2005 г. Доля прямых платежей населения в структуре общих расходов на здравоохранение за тот же период увеличилась с 41,5 до 46,5%.

**Рисунок А23.** Расходы на здравоохранение в Латвии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственная система здравоохранения охватывает всех постоянных жителей страны, предоставляя широкий спектр медицинских услуг (за исключением стоматологической помощи взрослым и хирургического лечения при состояниях, не угрожающих жизни, — например протезирование тазобедренного сустава). Частичная оплата в форме доплат применяется в отношении большинства медицинских услуг и амбулаторно назначаемых лекарственных средств, при этом установлен предельный размер доплат; предусмотрено освобождение от частичной оплаты лекарственных средств при некоторых заболеваниях (например, при злокачественных опухолях или сахарном диабете), а для некоторых групп пожилых больных — сниженные ставки частичной оплаты. Частное медицинское страхование играет незначительную дополняющую и дополнительную альтернативную роль, покрывая доплаты больных и обеспечивая более быстрый доступ к медицинской помощи. Проблемой остаются неофициальные платежи.

## Сбор средств

Государственные средства на здравоохранение формируются за счет централизованно собираемых налоговых поступлений (на здравоохранение направляется 28,4% от подоходного налога с физических лиц; эти средства дополняются общими налоговыми сборами). Собранные средства распределяются через Национальный фонд медицинского страхования (см. рис. А24). Самым крупным источником финансирования остаются прямые платежи населения.

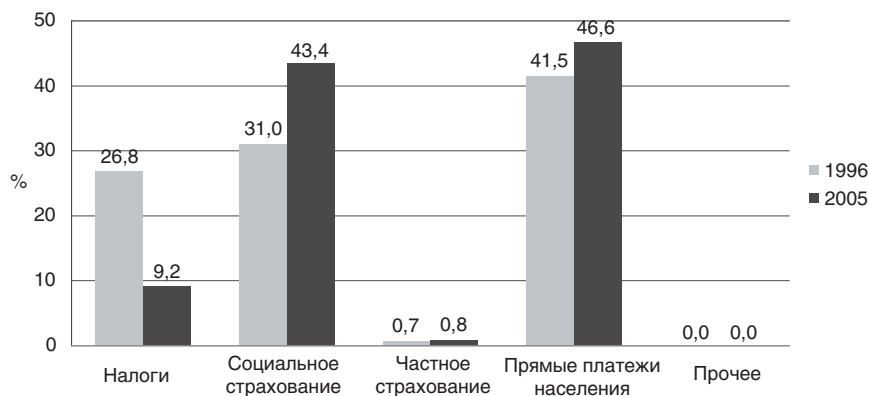
## Объединение средств

Национальный фонд медицинского страхования формирует бюджет здравоохранения (который составляется Министерством финансов и утверждается Парламентом) и занимается закупкой медицинских услуг.

## Закупка медицинских услуг

Национальный фонд медицинского страхования распределяет средства 8 региональным фондам по числу застрахованных с учетом их возраста. Региональные фонды заключают с медицинскими учреждениями контракты на оказание медицинских услуг и оплачивают

**Рисунок А24.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Латвии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

расходы. Оказание некоторых услуг (например, высокоспециализированной медицинской помощи) непосредственно финансируется Национальным фондом. Больные могут самостоятельно выбирать учреждение первичной медицинской помощи, однако для получения специализированной помощи необходимо направление.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

В 1998 г. финансирование больниц по числу койко-дней заменили смешанной оплатой по числу случаев госпитализации, по числу койко-дней и по объему оказанных услуг. Система оплаты труда отдельных врачей была реформирована в 1993 г., и каждый регион выбрал свой механизм (в большинстве регионов оплата осуществляется по объему оказанных услуг, в остальных оплата в секторе первичной медицинской помощи осуществляется по числу больных, а врачи-специалисты получают фиксированный оклад). В результате последующих реформ врачам общей практики в настоящее время, как правило, платят по смешанной схеме – по числу больных с учетом их возраста плюс доплаты по объему оказанных услуг. Врачи общей практики возмещают расходы специалистов по числу законченных случаев. Врачи больниц получают фиксированный оклад с дополнительными выплатами по объему оказанных услуг.

### Основные реформы финансирования

- 1993 г.: создан Центральный расчетный фонд (предшественник Национального фонда медицинского страхования); для финан-

сирования здравоохранения используются государственные и местные средства; в ряде регионов введена система финансирования медицинских учреждений по объему оказанных услуг, в других регионах — по числу больных и на основе общих бюджетов.

- 1995 г.: введен целевой подоходный налог на здравоохранение.
- 1996 г.: для устранения региональных различий в доступе к медицинской помощи установлен минимальный размер средств, которые должны выделяться местными властями.
- 1997 г.: управление бюджетом здравоохранения возложено на национальный фонд; государственные средства распределяются национальным фондом, а не местными властями; национальный фонд распределяет средства между 8 региональными фондами (вместо прежних 32 местных фондов) по числу застрахованных с учетом возрастного состава населения.
- 1998 г.: введена новая система финансирования больниц.
- 1999 г.: многие медицинские услуги, которые ранее финансировались централизованно, теперь финансируются региональными фондами; установлены ставки доплат за государственное медицинское обслуживание.

## Литература

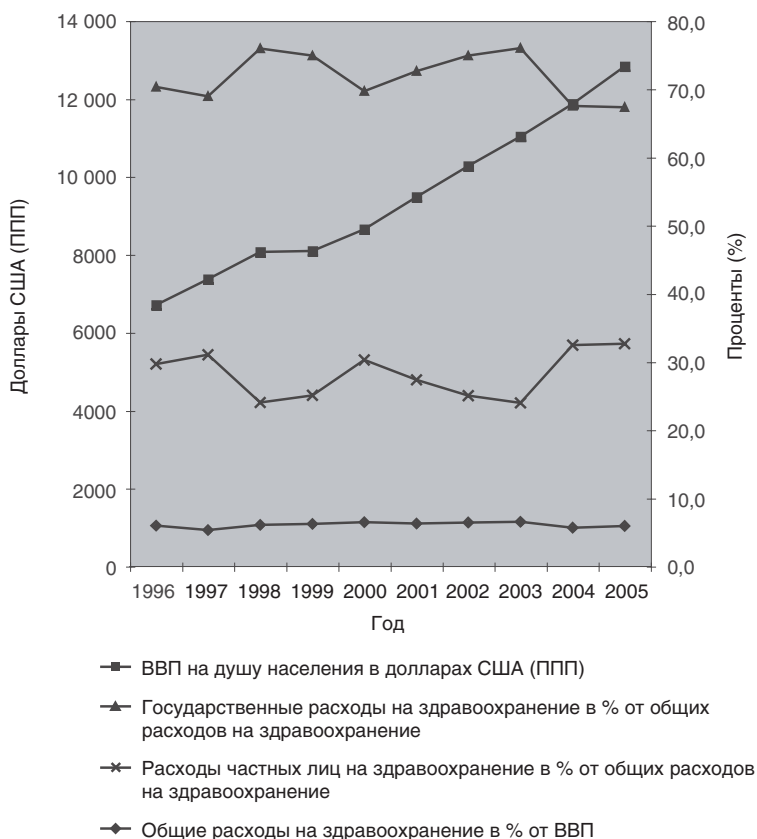
Karaskevica J, Tragakes E (2008). Health care systems in transition: Latvia. *Health Systems in Transition*, 10(2):1–95.

## Финансирование здравоохранения в Литве

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП остаются стабильными (примерно 6%, см. рис. А25). Государственные расходы на здравоохранение увеличились, однако их доля в структуре общих расходов на здравоохранение сократилась с 70,3% в 1996 г. до 67,3% в 2005 г. За тот же период доля прямых платежей населения в структуре общих расходов на здравоохранение существенно увеличилась (с 26,3 до 32,2%).

**Рисунок А25.** Расходы на здравоохранение в Литве, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

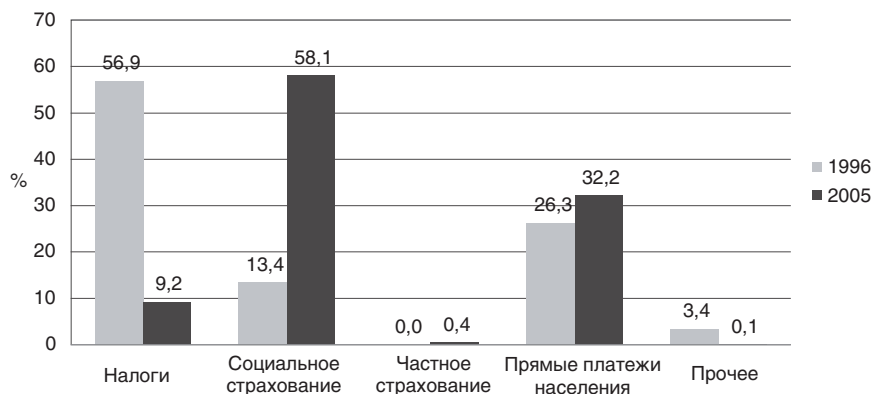
Государственная система здравоохранения гарантирует всем постоянным жителям доступ к неотложной медицинской помощи. Доступ к другим медицинским услугам зависит от уплаты взносов государственного медицинского страхования, которая покрывает довольно широкий набор услуг. Частичная оплата применяется в отношении амбулаторно назначаемых лекарственных средств и стоматологического обслуживания взрослых; от частичной оплаты лекарственных средств освобождены дети, инвалиды и пенсионеры. Медицинские услуги, оказываемые не по жизненно важным показаниям, если они не входят в государственную программу страхования, население должно оплачивать самостоятельно. Проблемой остаются неофициальные платежи. Частное медицинское страхование играет крайне незначительную дополнительную роль.

## Сбор средств

До 1997 г. литовская система здравоохранения финансировалась в основном за счет налоговых поступлений. Система государственного медицинского страхования введена в 1997 г. и управляется Национальным фондом медицинского страхования и (первоначально) 10 региональными фондами. Размеры взносов централизованно устанавливаются парламентом. Работодатели перечисляют 3% от общего заработка работников; кроме того, 30% подоходного налога работающих по найму и самостоятельно занятых отчисляется на здравоохранение. Для фермеров размер взноса рассчитывается как доля от минимального размера оплаты труда, а за пенсионеров, зарегистрированных безработных, иждивенцев, родителей-одиночек, лиц, получающих государственные пособия, инвалидов и некоторые другие категории населения взносы уплачивает государство. Те, кто не входят в вышеуказанные категории, выплачивают 10% среднего жалования. Хотя, согласно рис. А26, взносы социального страхования покрывают примерно 58% всех расходов на здравоохранение, в действительности бюджетные средства, направляемые центральным правительством в национальный фонд, составляют примерно 25% всех поступлений в фонд, в то время как отчисления работодателей — только 20%, а отчисления с подоходного налога — примерно 55%.



**Рисунок А26.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Литве по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

### Объединение средств

Взносы собираются налоговым агентством и накапливаются Национальным фондом медицинского страхования. Еще 9% государственных расходов на здравоохранение составляют средства государственного и местных бюджетов. Доля средств местного бюджета постепенно снижается.

### Закупка медицинских услуг

Национальный фонд отвечает за перечисление средств региональным фондам. Региональные фонды отвечают за регистрацию вкладчиков и обеспечение их необходимой документацией для получения медицинской помощи. Национальный фонд осуществляет общий контроль, а региональные фонды непосредственно заключают контракты с медицинскими учреждениями. С 1997 г. средства на первичную медицинскую помощь выделяются по числу застрахованных с дополнительными выплатами для сельских регионов. Больные могут самостоятельно выбирать медицинское учреждение, однако для лечения у специалиста необходимо направление.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачи в больницах получают фиксированный оклад. В секторе первичной медицинской помощи врачам платят по числу больных с учетом их возрастного состава. Специалистам в амбулаторных учреждениях платят по числу законченных случаев лечения. Финанси-

рование больниц осуществляется на основе общих бюджетов и по числу случаев госпитализации.

### Основные реформы финансирования

- 1997 г.: создан Национальный фонд медицинского страхования; финансирование здравоохранения осуществляется посредством взносов социального страхования; для закупки медицинских услуг сформированы 5 региональных фондов медицинского страхования; введена общегосударственная система финансирования медицинских учреждений на основе системы контрактов – в секторе первичной медицинской помощи по числу больных, в секторе специализированной помощи по числу законченных случаев лечения.
- 1999 г.: полномочия по сбору средств с самостоятельно занятых переданы центральному налоговому агентству.
- 2003 г.: на налоговое агентство возложена ответственность за сбор взносов с фермеров.

### Литература

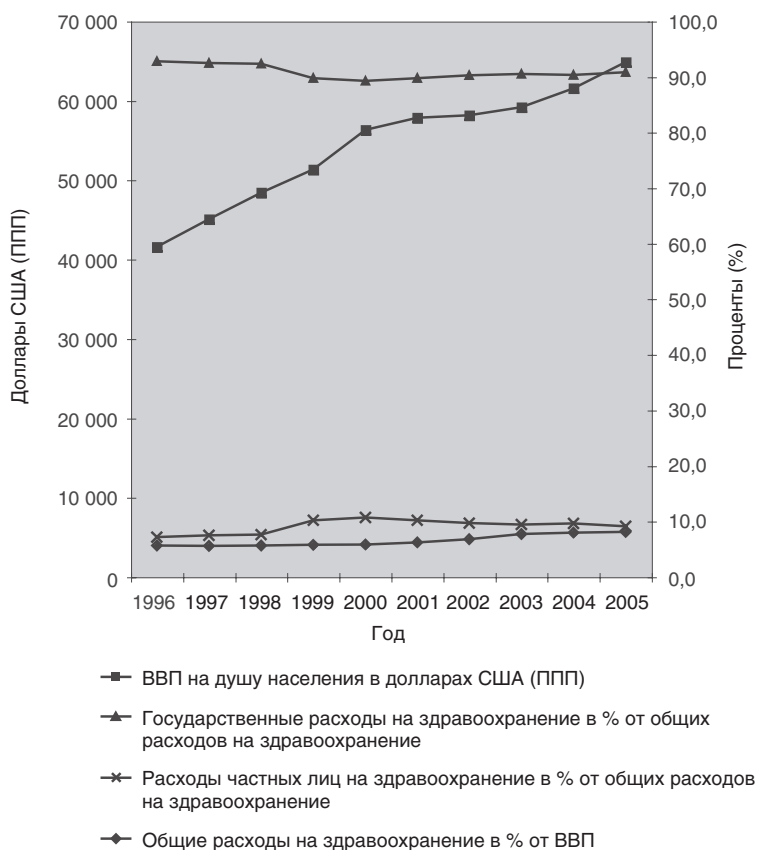
Cerniauskas G, Murauskiene L, Tragakes E (2000). *Health care systems in transition: Lithuania*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

## Финансирование здравоохранения в Люксембурге

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП возросли с 5,7% в 1996 г. до 8,1% в 2005 г. (см. рис. А27). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение незначительно снизилась (с 92,8% в 1996 г. до 90,8% в 2005 г.). Доля средств, поступающих за счет частного медицинского страхования, в структуре общих расходов на здравоохранение выросла с 0,7% в 1996 г. до 1,6% в 2005 г.

**Рисунок А27.** Расходы на здравоохранение в Люксембурге, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

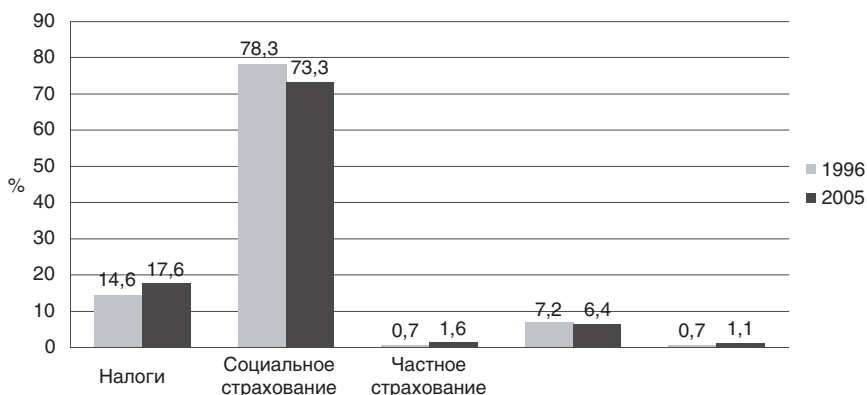
## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственным медицинским страхованием охвачено 99% населения. Сюда не входят государственные служащие, работники международных и европейских организаций, а также безработные, не получающие пособия. Государство гарантирует достаточно большой набор медицинских услуг. Широко применяется частичная оплата услуг в форме совместного страхования, за исключением ведения беременности, акушерской и неотложной медицинской помощи. Примерно у 75% населения есть также полис частного медицинского страхования, покрывающий услуги, не входящие в государственную страховую программу. Частное медицинское страхование поддерживается налоговыми льготами.

## Сбор средств

Здравоохранение в Люксембурге финансируется в основном за счет обязательных взносов социального страхования (см. рис. A28), формируемых из отчислений центрального правительства (не более 40% от общих поступлений в государственную страховую программу), работодателей (30%) и застрахованных (30%). Размер взносов устанавливается законодательно на уровне 5,4% от общего заработка (с наличием верхнего предела), при этом взносы выплачиваются работодателями и работниками в равных долях.

**Рисунок A28.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Люксембурге по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

## Объединение средств

Взносы собираются централизованно и распределяются между 9 фондами медицинского страхования, образованными по профессиональному принципу. Помимо отчислений в государственную страховую схему правительство непосредственно финансирует программы профилактики и укрепления здоровья, охрану материнства, капиталовложения, службы социального обеспечения и некоторые расходы на обучение. В Союзе фондов медицинского страхования создан специальный резервный фонд для покрытия возможного дефицита средств в отдельных фондах.

## Закупка медицинских услуг

Покупкой медицинских услуг занимается Союз фондов медицинского страхования, однако в основном это сводится к согласованию размера бюджетов с отдельными больницами. В целом, Союз просто возмещает расходы медицинских учреждений. Больные могут самостоятельно выбирать врача и больницу.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Финансирование больниц смешанное: на основе общих бюджетов, по числу случаев госпитализации, с дополнительными выплатами за участие в программах повышения качества медицинского обслуживания. Большинству врачей платят по объему оказанных услуг, за исключением врачей, работающих в центральной городской больнице, которые получают фиксированный оклад. Тарифные ставки ежегодно согласуются путем переговоров между ассоциациями медицинских работников и Союзом фондов медицинского страхования.

## Основные реформы финансирования

- 1992 г.: реформирована система государственного страхования – ответственность за возмещение расходов медицинских учреждений перешла от 9 отдельных фондов к Союзу фондов медицинского страхования.
- 1995 г.: введена система проспективного финансирования больниц (взамен финансирования по числу койко-дней) на основе согласования бюджетов между Союзом фондов медицинского страхования и отдельными больницами.

- 1998 г.: принят закон, по которому расходы на долговременный медицинский уход включены в государственную программу медицинского страхования.

## **Литература**

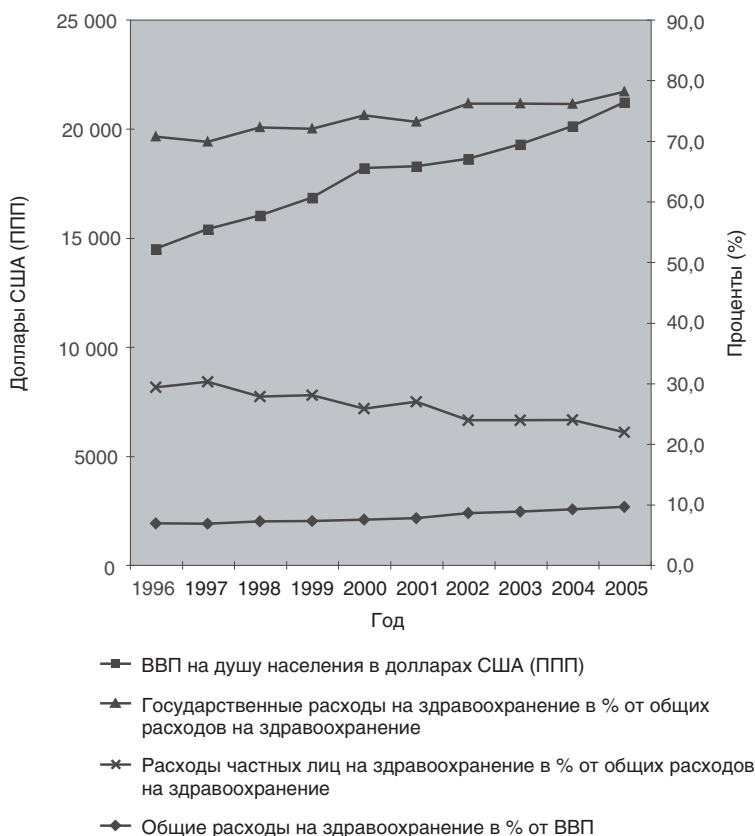
Kerr E (1999). *Health care systems in transition: Luxembourg*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

## Финансирование здравоохранения на Мальте

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли с 6,8% в 1996 г. до 9,6% в 2005 г. (см. рис. А29). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение также выросла (с 70,7% в 1996 г. до 78,1% в 2005 г.). Доля средств, поступающих за счет частного медицинского страхования, практически удвоилась (с 1,1% от общих расходов на здравоохранение в 1996 г. до 2,1% в 2005 г.), в то время как доля прямых платежей немного сократилась.

**Рисунок А29.** Расходы на здравоохранение на Мальте, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

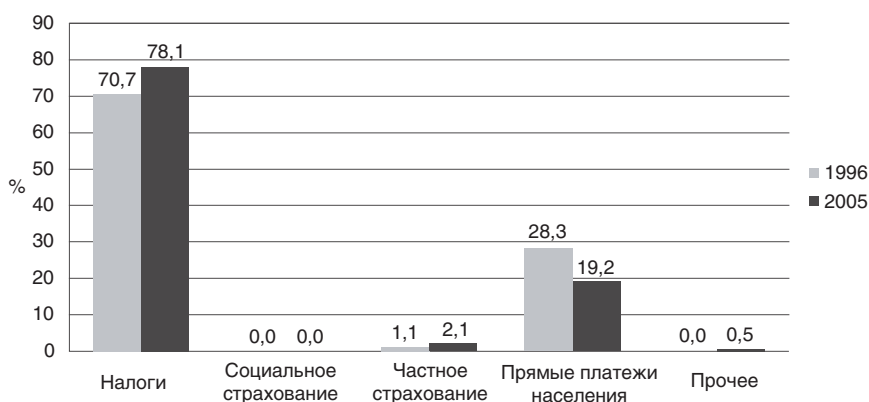
## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственная система здравоохранения охватывает всех постоянных жителей и обеспечивает широкий набор медицинских услуг, в основном бесплатных. Частичная оплата применяется в отношении офтальмологического и стоматологического лечения, а также амбулаторно назначаемых лекарственных средств, за исключением лиц с низким доходом (держатели «розовых карточек»), лиц с определенными заболеваниями и некоторых других групп населения (заключенные, члены религиозных орденов, некоторые сотрудники полиции, военнослужащие и др.). Частное медицинское страхование играет незначительную дополнительную альтернативную роль.

## Сбор средств

Государственное здравоохранение финансируется в основном правительством через центральное налогообложение (см. рис. А30). Хотя оно обеспечивает довольно широкий перечень медицинских услуг, многие люди предпочитают прибегать к услугам частного сектора, чтобы избежать очередей в государственных учреждениях. В частном секторе в основном приняты прямые платежи, хотя в последнее время более заметную роль начинает играть дополнительное альтернативное частное медицинское страхование. Однако оно в основном охватывает плановые хирургические операции и лечение за границей.

**Рисунок А30.** Распределение общих расходов на здравоохранение на Мальте по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007б.



## Объединение средств

Общие налоговые поступления собираются Министерством финансов. Бюджетные средства переводятся Министерству здравоохранения, которое занимается закупкой медицинских услуг.

## Закупка медицинских услуг

Министерство здравоохранения распределяет средства по различным секторам главным образом на основе прошлых расходов. Разделения между финансированием медицинской помощи и ее предоставлением в государственном секторе нет. Больные могут выбирать врача первичной медицинской помощи, но для получения специализированной помощи необходимо направление.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

В 1999 г. было введено (взамен существовавшей ранее ретроспективной оплаты) финансирование больниц посредством общих бюджетов, формируемых на основе прошлогодних бюджетов. Работники государственных медицинских учреждений получают фиксированный оклад; многие из них для получения дополнительного дохода работают также в частном секторе. В частном секторе врачам платят по объему оказанных услуг, при этом в частных больницах существуют доплаты по числу койко-дней.

## Основные реформы финансирования

- 1991 г.: введен институт семейных врачей – частично с целью заменить для врачей общей практики жалование оплатой по числу больных в сочетании с дополнительными выплатами.
- 1998 г.: введены фиксированные доплаты за амбулаторно назначаемые лекарственные средства, однако вновь избранное правительство в сентябре того же года отменило их.
- 1999г.: введено финансирование больниц на основе общих бюджетов.

## Литература

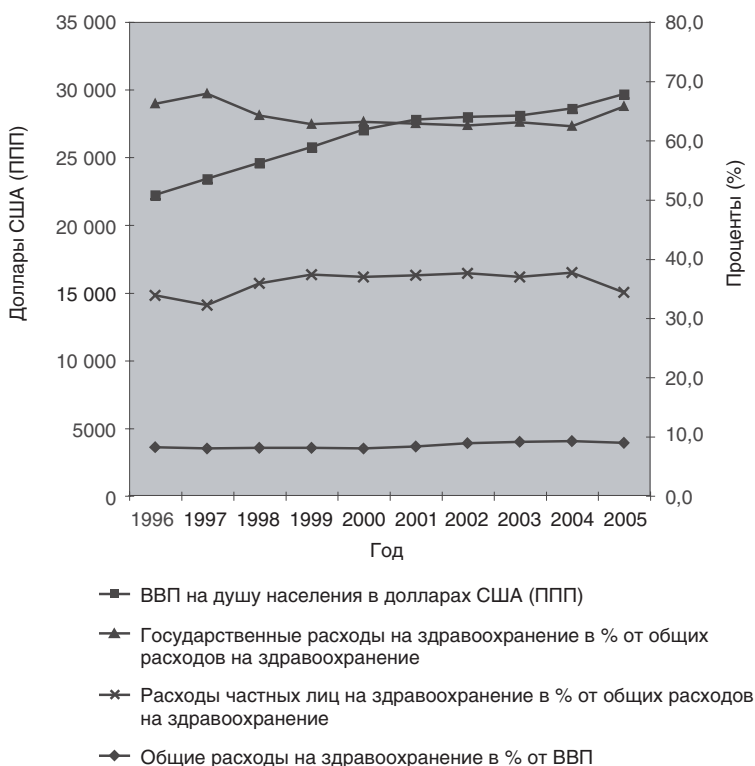
Muscat N (1999). *Health care systems in transition: Malta*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

## Финансирование здравоохранения в Нидерландах

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли с 8,2% в 1996 г. до 8,9% в 2005 г. (см. рис. А31). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение сократилась с 67,8% в 1997 г. до 62,3% в 2004 г., однако в 2005 г. снова увеличилась.

**Рисунок А31.** Расходы на здравоохранение в Нидерландах, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; PPP – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

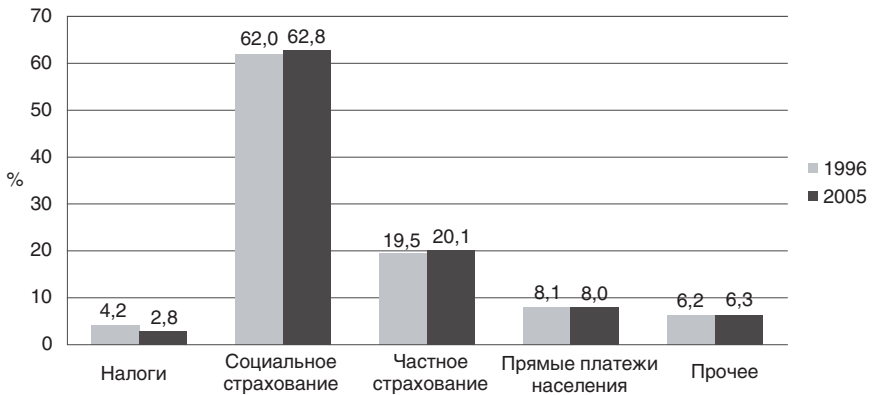
До 2006 г. программа государственного медицинского страхования не включала тех, чьи заработки превышали примерно 30 000 € (и их иждивенцев). Они в основном пользовались заменяющим частным

медицинским страхованием (что объясняет довольно высокие показатели для частного медицинского страхования на рис. А31). В 2006 г. Закон о медицинском страховании (*Zorgverzekeringswet*) распространил страхование на всех. Возмещение страхования гарантируется государством, однако обеспечивается частными страховыми компаниями и регулируется нормами гражданского права. Страховые компании обязаны регистрировать всех постоянных жителей своего региона (хотя многие из них уже действуют на территории всей страны) и предлагать стандартный набор медицинских услуг, определяемый законом. Закон о медицинском страховании охватывает первичное и специализированное амбулаторное обслуживание, стационарное и стоматологическое лечение (последнее – лишь до возраста 18 лет). Закон об исключительных медицинских расходах (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*) регулирует обеспечение всего населения долговременным уходом и психиатрической помощью. В отношении некоторых услуг применяется частичная оплата (но не к услугам врачей общей практики, ведению беременности и акушерской помощи). Большая часть населения имеет также полис дополняющего медицинского страхования, покрывающего услуги, не предусмотренные Законом о медицинском страховании и Законом об исключительных медицинских расходах.

### Сбор средств

Новая программа государственного страхования финансируется на смешанной основе: отчисления согласно величине дохода плюс страховые взносы, выплачиваемые застрахованными (50%). Так как страхованием охвачены все, доля финансирования здравоохранения за счет взносов государственного страхования (ранее взносов социального страхования) с 2005 г., вероятно, выросла (см. рис. А32). Отчисления с дохода взимаются с дохода до 30 000 € в год и установлены на уровне 6,5%. Работодатели обязаны возмещать работникам эти отчисления; возмещение облагается налогом. Размер взносов с безработных, не получающих пособия по безработице, составляет 4,4%. Взносы устанавливаются и собираются централизованно. В 2006 г. среднегодовой страховой взнос составлял 1050 €. Правительство выплачивает взносы за лиц в возрасте до 18 лет, а также предоставляет «пособие на медицинскую помощь» взрослым, если величина среднего страхового взноса превышает 5% от их дохода. Страховые компании имеют право самостоятельно устанавливать размер страховых взносов дополняющего частного медицинского страхования. Они могут также отказывать в регистрации.

**Рисунок А32.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Нидерландах по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

### Объединение средств

Взносы собираются централизованно и распределяются между страховыми компаниями по числу застрахованных с учетом степени риска. Страховую компанию можно выбирать свободно, а также менять ее 1 раз в год.

### Закупка медицинских услуг

Страховые компании занимаются закупкой медицинских услуг для застрахованных, заключая контракты с врачами и больницами (которые в основном являются частными некоммерческими организациями). Перечень медицинских услуг, которые должны обеспечивать страховые компании, устанавливается законом, однако они вправе сами определять, кто и как будет предоставлять эти услуги.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачам общей практики платят по числу больных, а также за каждую консультацию; кроме того, по согласованию им дополнительно платят за иные услуги. Большинство врачей-специалистов работают в больницах и либо являются самостоятельно занятыми (примерно две трети) и им платят по объему оказанных услуг, либо они являются наемными работниками, получающими фиксированный оклад. Бюджеты больниц составляются по формуле, в основе которой — фиксированная сумма на койку, число больных и число ли-

цензированных специалистов, а также другие факторы. Сейчас вводится новая система оплаты в зависимости от интенсивности работы с применением голландской версии системы клинико-статистических групп. В настоящее время на основе этой системы возмещаются расходы за 10% всех больничных услуг (а в некоторых больницах – до 100%). Ожидается, что в будущем стационарное обслуживание в основном будет финансироваться на основе этой системы.

### Основные реформы финансирования

- 2000 г.: введена оплата больничных услуг с учетом их объема.
- 2001 г.: в больницах введена система поправок к оплате по объему оказанных услуг для врачей-специалистов в больницах.
- 2005 г.: введена новая государственная система финансирования больниц на основе системы клинико-статистических групп.
- 2006 г.: введена единая система государственного медицинского страхования, которое обеспечивается частными страховыми компаниями и регулируется гражданским правом; эта система фактически упразднила заменяющее частное медицинское страхование, которое охватывало примерно треть населения.
- 2007 г.: отменены скидки за отсутствие страховых случаев, которые были введены в 2006 г. (скидки предоставлялись тем, кто не обращался за медицинской помощью).

### Литература

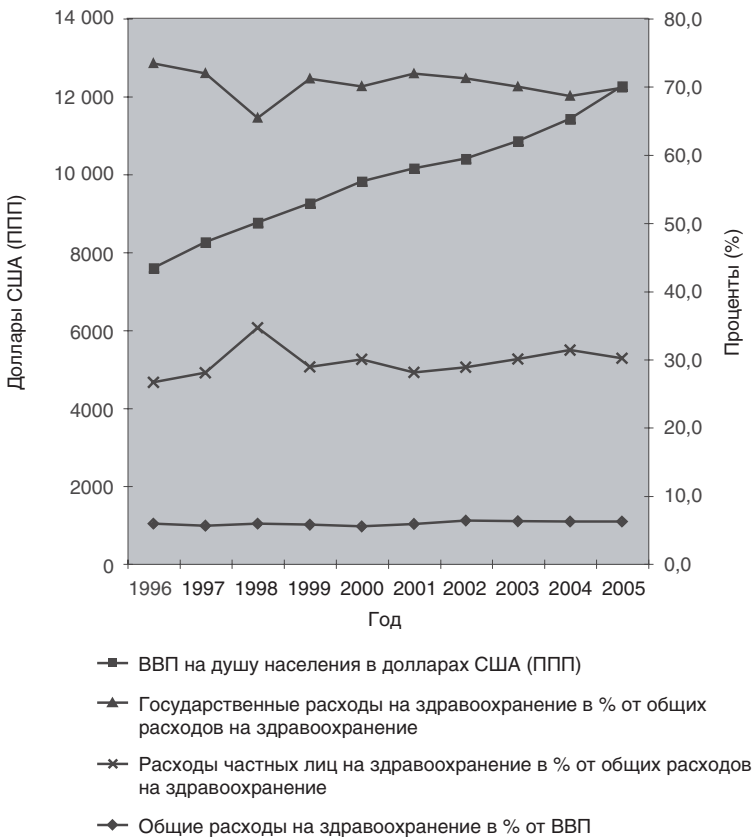
- den Exter A, Hermans HE, Dosljak M (2004). Health care systems in transition: the Netherlands. *Health Systems in Transition*, 6(6):1–151.
- Klazinga N (2008). *The health system in the Netherlands*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Netherlands\\_Country\\_Profile\\_2008.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Netherlands_Country_Profile_2008.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).

## Финансирование здравоохранения в Польше

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП за последние годы практически не менялись, оставаясь примерно на уровне 6% (см. рис. А33). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение резко сократилась с 73,4% в 1996 г. до 69,8% в 1998 г., увеличилась в период с 1999 г. по 2001 г. и затем снова упала.

Рисунок А33. Расходы на здравоохранение в Польше, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

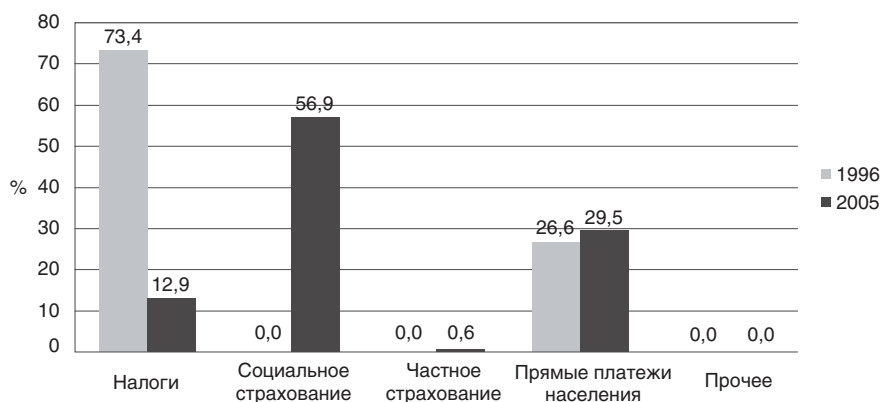
## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственная система здравоохранения охватывает всех граждан, обеспечивая доступ к широкому спектру медицинских услуг. Недавно из этого перечня исключили реабилитацию, курортное лечение, «нестандартное» стоматологическое лечение и некоторые другие услуги (например, косметическую хирургию). Частичная оплата применяется в отношении амбулаторно назначаемых лекарственных средств, диагностических исследований, ортопедических устройств, оплаты питания и проживания в домах престарелых и реабилитационных центрах, а также некоторых расходов на транспортировку. Уровни частичной оплаты имеют верхний предел, который зависит от дохода семьи. Частное медицинское страхование организуется в основном работодателями и предоставляет собой дополнительное альтернативное страхование, обеспечивающее более быстрый доступ к амбулаторной помощи. Существует также коммерческое частное медицинское страхование, однако оно играет крайне малую роль.

## Сбор средств

Основные механизмы сбора средств в польской системе здравоохранения – взносы социального страхования и прямые платежи населения. Централизованно устанавливаемые взносы социального страхования взимаются с той же налоговой базы, что и подоходный налог с физических лиц (а не только с заработной платы), при этом нет предельной ставки (см. рис. А34). Размер взносов несколь-

**Рисунок А34.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Польше по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

ко раз повышался — с 7,5% в 1999 г. до 9,0% в 2007 г. Средства, выделяемые центральным правительством и местными властями, идут в Национальный фонд медицинского страхования и используются для уплаты взносов за определенные группы населения (например, безработных, получающих пособия, фермеров, ветеранов войны и некоторых категорий пенсионеров) и для оплаты расходов тех, кто не охвачен программой страхования, а также для возмещения катастрофических медицинских расходов и мероприятий общественного здравоохранения. Частичная оплата государственных медицинских услуг составляет лишь малую часть от общих прямых платежей населения, большую часть которых составляют расходы на медицинскую помощь в частном секторе.

### Объединение средств

Взносы на здравоохранение собираются налоговым агентством и передаются в Национальный фонд медицинского страхования, где объединяются с отчислениями на здравоохранение из центрального и местных бюджетов.

### Закупка медицинских услуг

Покупкой медицинских услуг и планированием государственного медицинского обслуживания занимается Национальный фонд медицинского страхования.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачам первичной медицинской помощи платят по числу больных с учетом их возрастного состава, а специалистам в амбулаторных учреждениях — по объему оказанных услуг. Врачи больниц получают фиксированный оклад. С 2000 г. финансирование больниц осуществляется по числу случаев госпитализации (по клинико-статистическим группам).

### Основные реформы финансирования

- 1998—1999 гг.: взносы социального страхования становятся основным механизмом финансирования здравоохранения.
- 2000 г.: размер взносов увеличен до 7,75% (с 7,5%), а затем до 8,0% в 2003 г. и до 9,0% в 2007 г.



- 2003 г.: 17 региональных фондов объединены в единый национальный фонд.
- 2004 г.: Парламент принимает Закон о финансировании здравоохранения из государственных источников (предусматривает новые правила заключения контрактов в сфере здравоохранения). Согласно Закону, Национальный фонд медицинского страхования вправе исключать услуги из существующего набора, а также возмещать расходы на лекарственные средства и формировать списки лекарственных средств; одновременно создано Польское агентство по оценке медицинских технологий.

## **Литература**

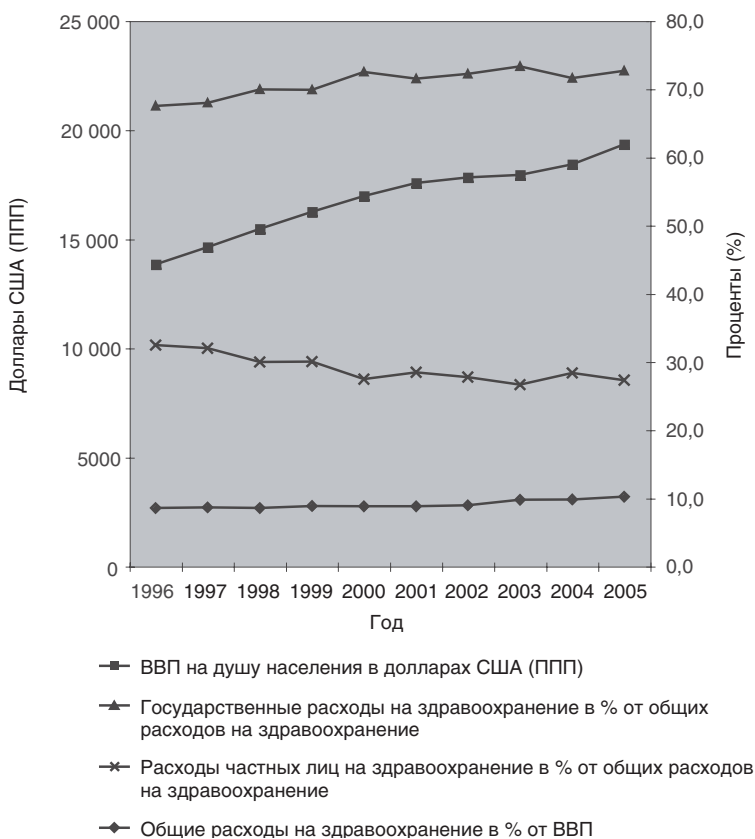
Kuszevski K, Gericke C (2005). Health systems in transition: Poland. *Health Systems in Transition*, 7(6):1–106

## Финансирование здравоохранения в Португалии

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП возросли с 8,6% в 1996 г. до 10,2% в 2005 г. (см. рис. А35). Это один из самых высоких показателей в ЕС (на одном уровне с Австрией и чуть ниже, чем во Франции и в Германии). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение увеличилась с 67,5% в 1996 г. до 72,7% в 2005 г. Доля частного медицинского страхования в структуре общих расходов на здравоохранение также возросла с 1,3% в 1996 г. до 3,8% в 2005 г.

**Рисунок А35.** Расходы на здравоохранение в Португалии, 1996–2005 гг.



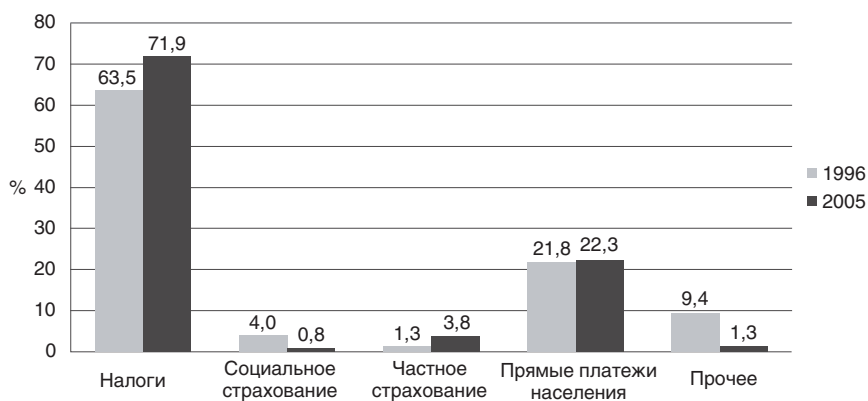
Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП — валовый внутренний продукт; ППП — паритет покупательной способности.

## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственная система здравоохранения, созданная в 1979 г., охватывает всех жителей Португалии и обеспечивает широкий набор медицинских услуг, большей частью оказываемых бесплатно. Сюда не входит стоматологическая помощь. В связи с нехваткой государственных средств примерно 60% всех консультаций врачей-специалистов приходится на частный сектор. Частичная оплата применяется в отношении большинства медицинских услуг как в государственном, так и в частном секторе, однако довольно значительная доля населения освобождена от нее или имеет право на сниженный уровень оплаты. В 2007 г. была введена частичная оплата госпитализаций и амбулаторного хирургического лечения. Государственные и частные системы, предоставляющие дополнительные услуги, финансируются за счет взносов работодателей и работников, покрывая примерно 9% всех затрат на здравоохранение. Частное медицинское страхование, играющее дополнительную альтернативную роль, охватывает примерно 10% населения. Взносы частного медицинского страхования исключаются из налогообложения; налоговые вычеты покрывают примерно 7% всех расходов на здравоохранение.

**Рисунок А36.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Португалии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

## Сбор средств

Государственная система здравоохранения финансируется в основном из налоговых поступлений (см. рис. А36), примерно 60% составляют косвенные налоги. Общественное здравоохранение фи-

нансирруется из взносов работающих (1,5% от общего заработка), однако на практике 90% средств поступает из государственного бюджета.

### Объединение средств

Министерство финансов ежегодно выделяет Министерству здравоохранения общий бюджет. Государственная система здравоохранения имеет также собственные источники дохода – например, от сборов за предоставление отдельных палат и дополнительных услуг. Министерство здравоохранения перечисляет средства 5 региональным службам здравоохранения на основе прошлогодних расходов (40%), а для первичной медицинской помощи – по числу застрахованных с учетом пола, возраста и индекса заболеваемости четырьмя хроническими заболеваниями (60%). Бюджеты не являются жесткими.

### Закупка медицинских услуг

Государственная система здравоохранения перечисляет средства больницам и региональным службам здравоохранения. Последние переводят средства центрам первичной медицинской помощи. Реформы 1998 г. были направлены на увеличение роли региональных служб в закупке медицинских услуг посредством создания при каждой такой службе региональных агентств по заключению контрактов. Со временем эти агентства стали более зависимыми от региональных служб и в большей степени занялись контролем качества деятельности. Контракты с больницами обычно заключаются на год, при этом региональные службы перечисляют средства центрам первичной медицинской помощи по средневзвешенному числу больных. Отдельные системы здравоохранения и частные страховые компании активной закупкой медицинских услуг не занимаются. Вместо этого они в основном возмещают расходы больных.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Министерство здравоохранения формирует бюджеты больниц с помощью Института финансового управления и информатики. Государственные больницы в настоящее время финансируются с помощью общих бюджетов, основанных на контрактах с Министерством здравоохранения. С 1997 г. контракты все чаще основываются на данных по клинико-статистическим группам (10% в 1997 г. и уже

50% в 2002 г.) и на нескорректированном объеме амбулаторного обслуживания на базе больницы. Расходы на амбулаторное хирургическое лечение определяются с учетом числа законченных случаев. Врачи государственной системы здравоохранения получают фиксированный оклад, но могут заниматься частной практикой, которая оплачивается по объему оказанных услуг. В 1999 г. была введена новая система для оплаты врачей общей практики и семейных врачей, включающая фиксированный оклад, оплату по числу больных и по результатам лечения.

### Основные реформы финансирования

- 1997 г.: введение системы клинико-статистических групп для финансирования больниц.
- 1998 г.: введен подушевой принцип для перечисления средств региональным службам здравоохранения (для первичной медицинской помощи); создание агентств по заключению контрактов при региональных службах здравоохранения.
- 1999 г.: введена оплата первичной медицинской помощи по числу больных и результатам лечения.
- 2005 г.: снижен размер частичной оплаты лекарственных средств.
- 2007 г.: введена частичная оплата лечения в стационаре и амбулаторного хирургического лечения.

### Литература

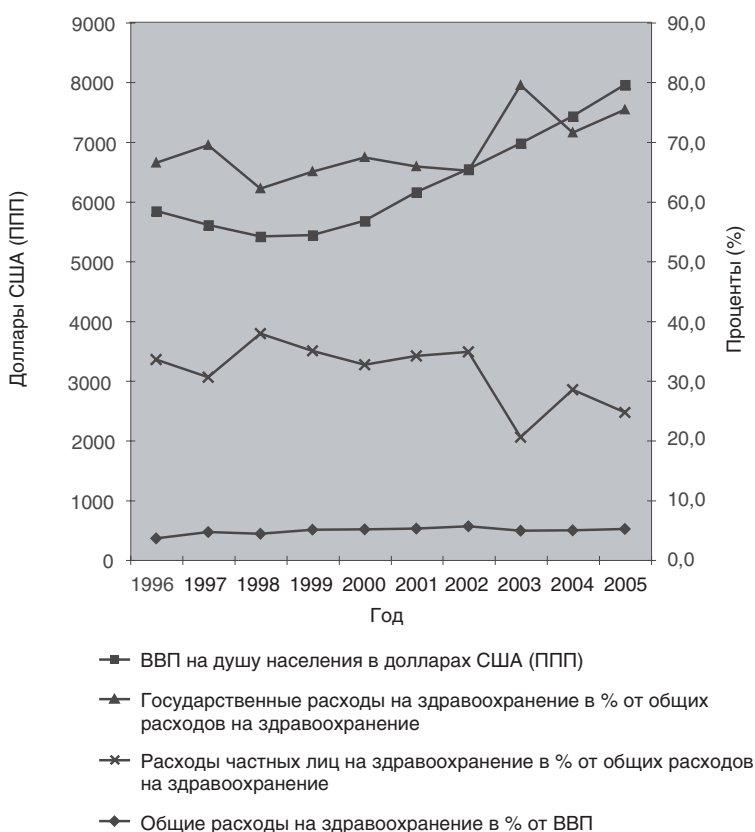
Barros P, de Almeida Simões J (2007). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5):1–140.

## Финансирование здравоохранения в Румынии

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП увеличились с 3,6% в 1996 г. до 5,1% в 2005 г. (см. рис. А37). За тот же период существенно возросла доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение — с 66,5 до 75,3%. Доля прямых платежей в структуре расходов частных лиц на здравоохранение сократилась — со 100% в 1996 г. до 80,6% в 2005 г.

**Рисунок А37.** Расходы на здравоохранение в Румынии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007б.

Примечания. ВВП — валовый внутренний продукт; ППП — паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

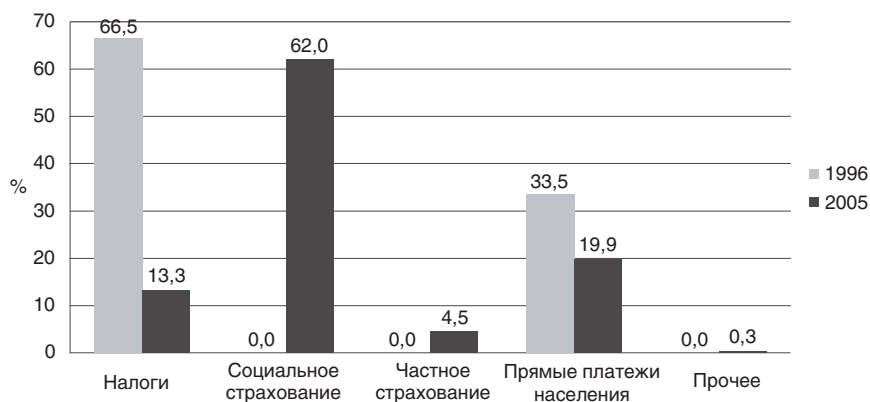
Государственная система здравоохранения охватывает всех граждан и постоянных жителей, обеспечивая их широким набором меди-

цинских услуг. Добровольно застрахованным и не имеющим страховки доступен более узкий набор услуг, включающий неотложную медицинскую помощь, лечение инфекционных заболеваний и планирование семьи. В набор услуг не входят экстракорпоральное оплодотворение, косметическая хирургия у взрослых и некоторые виды стоматологического лечения. Частичная оплата применяется в отношении амбулаторно назначаемых лекарственных средств, длительного курортного лечения и обращений к специалистам без направления. Следует отметить использование неофициальных платежей для того, чтобы обеспечить более качественное лечение или более быстрый доступ к медицинской помощи.

### Сбор средств

С 1999 г. здравоохранение финансируется в основном за счет взносов социального страхования и частично – центральных налоговых поступлений (см. рис. А38). Размер взносов социального страхования устанавливается централизованно, а сами взносы выплачиваются работниками (6,5%) и работодателями (7,0%). Работники выплачивают взносы с дохода (а не только с заработков). Взносы собираются налоговым агентством и перечисляются в Национальный фонд медицинского страхования. С самостоятельно занятых взносы собирают 42 окружных фонда медицинского страхования. Размер взносов для самостоятельно занятых и пенсионеров составляет 7%, а дети, подростки, инвалиды с низким доходом, ветераны войны и иждивенцы от уплаты взносов освобождены. Центральное

**Рисунок А38.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Румынии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

правительство вносит средства за некоторые другие категории населения, такие как военнослужащие, заключенные, безработные и лица, получающие пособия. Центральные налоговые поступления идут также на оплату служб общественного здравоохранения и капиталовложения. Частное медицинское страхование играет небольшую дополнительную альтернативную роль.

### Объединение средств

Взносы, собираемые центральным налоговым агентством, и отчисления от центральных налоговых поступлений идут в Национальный фонд медицинского страхования и распределяются по числу застрахованных с учетом степени риска 42 окружным фондам медицинского страхования и 2 общенациональным профессиональным фондам медицинского страхования (для служащих Министерства юстиции и Министерства транспорта и связи). До 2002 г. все фонды медицинского страхования собирали взносы самостоятельно и лишь 25% средств поступали за счет перераспределения.

### Закупка медицинских услуг

Условия годового рамочного договора согласуются между Национальным фондом медицинского страхования и Министерством здравоохранения, а затем утверждаются правительством. В договоре определяются перечень услуг, условия оказания помощи и механизмы оплаты. За выполнением условий договора следят Национальный и окружные фонды медицинского страхования. Условия контрактов одинаковы для государственных и частных медицинских учреждений, но конкуренции между учреждениями почти нет, так как окружные фонды медицинского страхования обычно заключают коллективные контракты со всеми учреждениями округа.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

До 1994 г. все врачи получали фиксированный оклад. В настоящее время врачам первичной медицинской помощи платят по смешанной схеме – по числу больных (85%) и по объему оказанных услуг. Специалистам амбулаторных учреждений также платят по объему оказанных услуг. Врачи государственных больниц получают фиксированный оклад. Финансирование больниц осуществляется на основе бюджетов, учитывающих интенсивность деятельности, объем оказанных услуг и число случаев госпитализации (клинико-стати-



стические группы в настоящее время применяются в 276 больницах общего профиля).

### Основные реформы финансирования

- 1994 г.: введена оплата труда врачей общей практики по числу больных и объему оказанных услуг.
- 1997 г.: Закон о медицинском страховании (введен в действие в 1999 г.) устанавливает в качестве основного механизма финансирования взносы социального страхования; созданы независимые фонды медицинского страхования.
- 1998 г.: учреждены 2 профессиональных фонда медицинского страхования – фонд для работников министерств и агентств, связанных с национальной безопасностью, и фонд для работников Министерства транспорта, строительства и туризма.
- 1999 г.: введение системы оплаты по объему оказанных услуг для специалистов в амбулаторных учреждениях.
- 2000 г.: впервые опробовано финансирование некоторых больниц на основе клинико-статистических групп.
- 2002 г.: срочный указ заменяет Закон о медицинском страховании и предусматривает создание единого Национального фонда медицинского страхования; размер взносов снижен с 14 до 13,5%; введена частичная оплата услуг; ответственность за сбор взносов передана от 42 окружных фондов медицинского страхования и 2 профессиональных фондов центральному налоговому агентству; взносы объединяются централизованно Национальным фондом медицинского страхования, который распределяет средства другим фондам медицинского страхования.
- 2003 г.: правительство вводит частичную оплату госпитализаций, однако в силу спорного характера предложения на практике оно так и не реализовано.
- 2004 г.: разрешено частное медицинское страхование, однако надлежащая законодательная база не создана.
- 2006 г.: Закон о реформировании здравоохранения разрешает коммерческим страховым организациям предлагать дополняющее медицинское страхование для покрытия расходов на частичную оплату и услуги, не охваченные государственным страхованием; с 2007 г. должны быть реорганизованы и приватизированы оба про-

фессиональных фонда медицинского страхования; медицинским учреждениям разрешено вводить частичную оплату услуг.

## Литература

Vladescu C et al. (2000). *Health care systems in transition: Romania*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

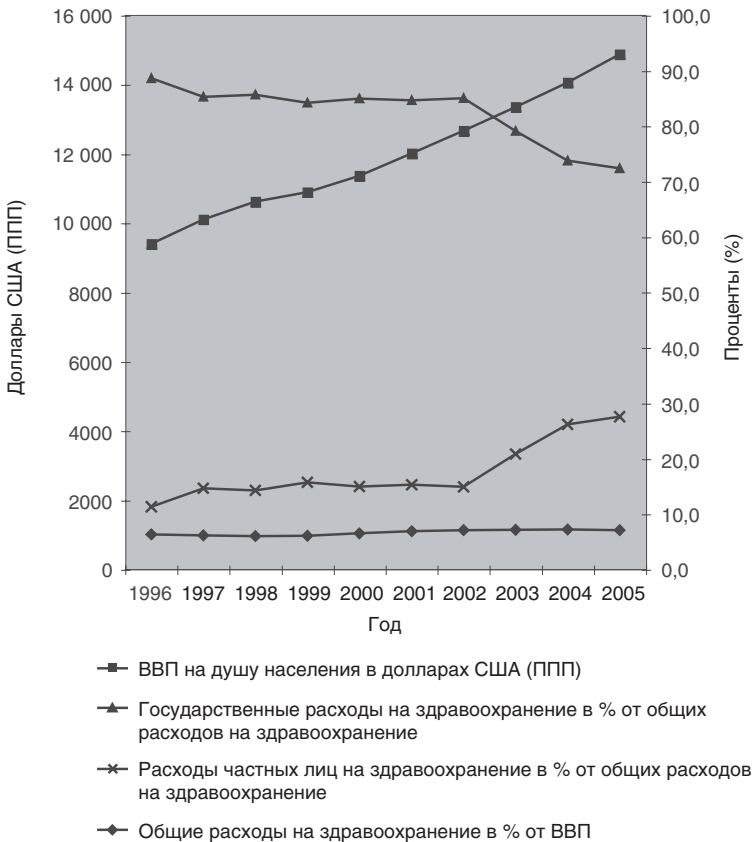
Vladescu C, Scintee S, Olsavsky V (2008). Romania: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(3):1–181.

## Финансирование здравоохранения в Словакии

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП увеличились с 6,4% в 1996 г. до 7,1% в 2005 г. (см. рис. А39). Однако доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение за тот же период упала с 88,7 до 72,4%. Это падение может быть связано со значительным ростом прямых платежей населения, которые увеличились более чем в 2 раза – с 8,3% в 1996 г. до 20,2% в 2005 г.

**Рисунок А39.** Расходы на здравоохранение в Словакии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

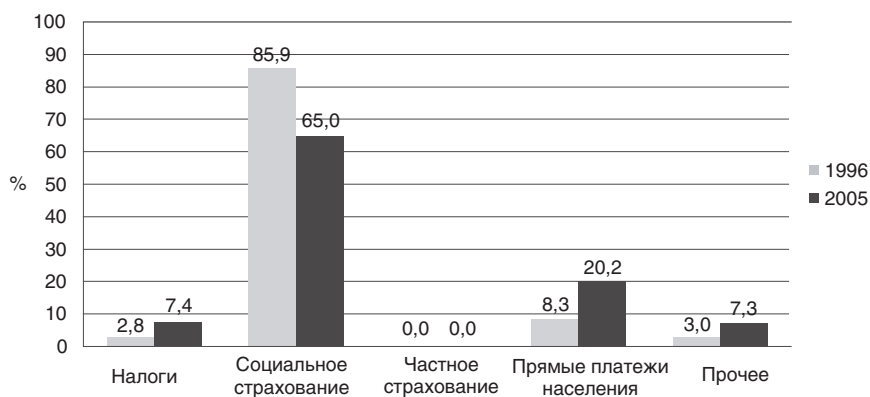
## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Программа государственного медицинского страхования в Словакии охватывает всех постоянных жителей и предлагает широкий, законодательно установленный набор услуг, включающих профилактическую, лечебную и реабилитационную помощь. Частичная оплата посещений врачей и стационарного лечения была введена в 2003 г., но в 2006 г. отменена. В начале 2007 г. введены доплаты за обращения в отделения неотложной помощи, амбулаторно назначаемые лекарственные средства, транспортировку до больницы, курортное и стоматологическое лечение.

## Сбор средств

Здравоохранение финансируется в основном через государственную программу медицинского страхования (см. рис. А40); основным механизмом сбора средств являются взносы с заработка и отчисления центрального правительства за неработающих. Размер взносов устанавливается централизованно и составляет 14% от общего заработка для работающих по найму и занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью (4% платят работающие, а 10% — работодатели), для инвалидов ставка снижена до 7%. Максимальный размер взносов ограничен. Добровольное частное медицинское страхование играет в здравоохранении Словакии крайне незначительную роль. Реформа 2004 г. предусматривала для него до-

**Рисунок А40.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Словакии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

полняющую роль – покрытие расходов на частичную оплату услуг. Однако большого развития этот рынок не получил.

### Объединение средств

За сбор и накопление взносов и закупку медицинских услуг для своих членов отвечают 6 конкурирующих фондов медицинского страхования. Два крупнейших фонда принадлежат государству и охватывают около 68% населения. Примерно 85% средств фондов подлежат перераспределению с учетом возраста и пола застрахованных.

### Закупка медицинских услуг

Фонды медицинского страхования заключают с медицинскими учреждениями контракты, основанные на объеме услуг; фонды обязаны контролировать качество деятельности поставщиков услуг. Врачи общей практики регулируют направление больных к специалистам. Больные могут самостоятельно выбирать медицинское учреждение.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Система финансирования медицинских учреждений пережила ряд реформ, перейдя от преимущественно ретроспективной системы оплаты к системе проспективной оплаты. В 1998 г. введены бюджеты для больниц и амбулаторных учреждений. С 2002 г. при финансировании больниц применяется также система клинико-статистических групп. С 2001 г. оплата первичной медицинской помощи по числу больных была скорректирована с учетом возрастного состава больных и дополнена выплатами по объему оказанных услуг за профилактическое обслуживание.

### Основные реформы финансирования

- 1998 г.: установлен предельный размер расходов для отдельных больниц и специализированных амбулаторных учреждений.
- 2002 г.: введено финансирование больниц по числу случаев госпитализации (на основе клинико-статистических групп).
- 2003 г.: введены небольшие доплаты в отношении большинства медицинских услуг; установлен предельный размер расходов на лекарственные средства и медицинские приспособления на уров-

не отдельных медицинских учреждений; фонды медицинского страхования обязаны заключать четкие контракты со всеми медицинскими учреждениями и контролировать качество медицинского обслуживания.

- 2005 г.: фонды медицинского страхования вместо некоммерческих организаций становятся частными акционерными компаниями.
- 2006 г.: доплаты за посещения врачей отменены, а за амбулаторно назначаемые лекарственные средства снижены; размер административных расходов страховых компаний ограничен 4% от их общих расходов; приняты законы об изменении правового статуса двух государственных фондов медицинского страхования – вместо акционерных компаний они становятся государственными агентствами; НДС для большинства лекарственных средств снижен с 19 до 10%; размер государственных отчислений, вносимых в медицинские страховые компании за неработающее население (пенсионеров и безработных), увеличен с 4 до 5% от минимальной заработной платы.

## Литература

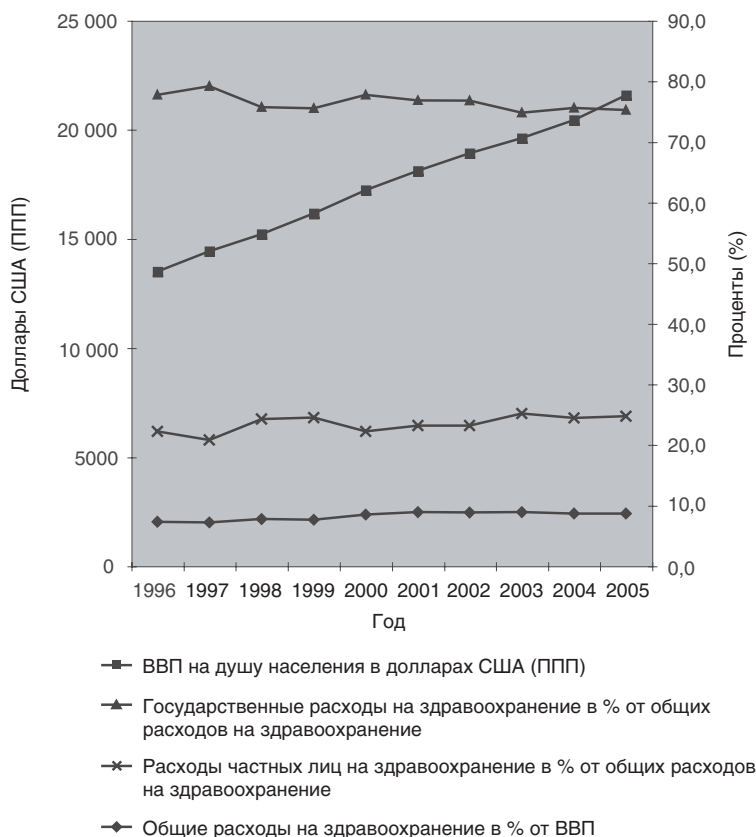
- Hlavacka S, Wágner R, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Slovakia. *Health Systems in Transition*, 6(10):1–118.
- Verhoeven M, Gunnarsson V, Lugaresi S (2007). *The health sector in the Slovak Republic: efficiency and reform*. Washington, DC, International Monetary Fund (IMF Working Paper WP/07/226).

## Финансирование здравоохранения в Словении

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП возросли с 7,3% в 1996 г. до 8,7% в 2005 г. (см. рис. А41). ВВП на душу населения за тот же период увеличился почти на 60%. Однако доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение сократилась на 2,5% (с 77,8% в 1996 г. до 75,3% в 2005 г.).

**Рисунок А41.** Расходы на здравоохранение в Словении, 1996–2005 гг.



Источник: ВНО 2007б.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

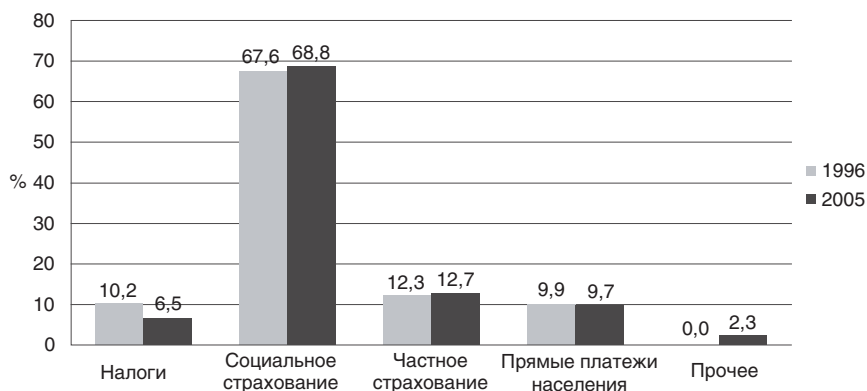
Программа государственного медицинского страхования охватывает всех граждан Словении, обеспечивая их широким набором меди-

цинских услуг, а также компенсирует заработную плату за период нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы, расходы на похороны и предоставляет пособия в случае смерти застрахованного. При этом широко распространена частичная оплата услуг. Доступно дополняющее частное медицинское страхование, покрывающее расходы на частичную оплату и охватывающее более 74% населения (98% лиц, подлежащих частичной оплате).

### Сбор средств

Здравоохранение в Словении финансируется в основном за счет взносов социального страхования (см. рис. А42). Взносы взимаются с общего заработка и уплачиваются работниками и работодателями либо правительством или фондом страхования по безработице. Дополнительные взносы за иждивенцев не взимаются. В связи со сравнительно высоким уровнем частичной оплаты значительную роль играет дополняющее частное медицинское страхование, и его доля в структуре общих расходов на здравоохранение — одна из самых высоких в ЕС (на втором месте после Франции). Помимо частичной оплаты больные сами оплачивают лекарственные средства и услуги, не входящие в программу страхования, а также услуги частных врачей.

**Рисунок А42.** Распределение расходов на здравоохранение в Словении по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007б.

### Объединение средств

Взносы государственного медицинского страхования собираются Национальным фондом медицинского страхования (Институт ме-



дицинского страхования Словении). Частное медицинское страхование предоставляется 3 страховыми компаниями, крупнейшая из которых является обществом взаимопомощи (ранее она входила в состав Национального фонда медицинского страхования).

### Закупка медицинских услуг

Национальный фонд медицинского страхования отвечает за закупку услуг, гарантированных государством. Ежегодно Министерство здравоохранения, Национальный фонд медицинского страхования и медицинские учреждения определяют перечень услуг, которые должны войти в государственный набор, и общую стоимость услуг, покрываемых государственным медицинским страхованием. Они определяют также общий уровень государственного финансирования здравоохранения. Далее согласуются права, обязанности, нормативы, стандарты и методы оплаты для каждого вида медицинских учреждений. Затем Национальный фонд медицинского страхования организует государственные торги на заключение контрактов с медицинскими учреждениями. Контракт определяет тип и объем оказываемых услуг, а также цены, методы расчета, оплаты и контроля, права и обязанности сторон.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Финансирование первичной медицинской помощи осуществляется по числу больных (50%) и по объему оказанных услуг (50%). Специалистам амбулаторных учреждений платят по объему оказанных услуг. Неотложная помощь в больницах оплачивается с учетом клинико-статистических групп. Плановое стационарное лечение финансируется по числу койко-дней, при этом ставки согласовываются раз в год. Врачи, заключившие договор с Национальным фондом медицинского страхования, получают фиксированный оклад.

### Основные реформы финансирования

- 1992 г.: вступили в действие Закон о здравоохранении и медицинском страховании, Закон об оказании медицинской помощи и Закон о фармацевтической деятельности; новое законодательство предусматривает новые методы финансирования и перекладывает часть расходов на население; вводит систему государственного медицинского страхования и частичную оплату услуг, а также позволяет развиваться частному медицинскому страхованию.

- 1993 г.: введено дополняющее частное (добровольное) медицинское страхование.
- 1995 г.: увеличен уровень частичной оплаты.
- 1996 г.: увеличен уровень частичной оплаты.
- 2000 г.: Закон о медицинском страховании определяет частное медицинское страхование как отвечающее интересам населения; разрешено выравнивание рисков среди частных страховых компаний.
- 2004 г.: Закон о медицинском страховании приведен в соответствие с директивами ЕС.
- 2005 г.: введено финансирование больниц на основе клинико-статистических групп.
- 2005 г.: введено выравнивание рисков среди частных страховых компаний.

## Литература

Albreht T et al. (2002). Health care systems in transition: Slovenia. *Health Systems in Transition*, 4(3):1–89.

Health Insurance Institute of Slovenia (2006) [интернет-сайт]. Ljubljana, Health Insurance Institute of Slovenia ([www.zzzs.si](http://www.zzzs.si), accessed 16 November 2007).

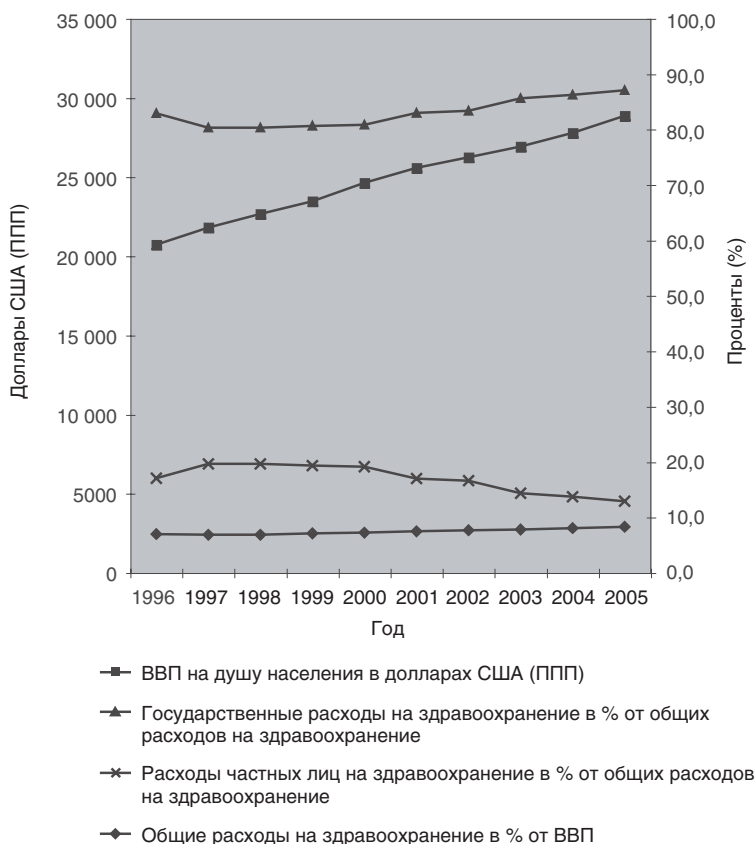
Ministry of Health of the Government of the Republic of Slovenia [интернет-сайт]. Ljubljana, Ministry of Health of the Government of the Republic of Slovenia ([www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si), accessed 16 November 2007).

## Финансирование здравоохранения в Соединенном Королевстве<sup>15</sup>

### Расходы на здравоохранение

С 2000 по 2005 г. общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП возросли с 7,3 до 8,4% (см. рис. А43). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение сократилась с 89% в 1980 г. до 81% в 2000 г., однако затем вновь поднялась до 87%.

**Рисунок А43.** Расходы на здравоохранение в Соединенном Королевстве, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

<sup>15</sup> Передача в 1999 г. ряда политических полномочий странам, входящим в состав Соединенного Королевства (Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсу), привела к разнообразию подходов в организации здравоохранения. Далее приведены данные по расходам на здравоохранение по Соединенному Королевству в целом, однако разделы, посвященные охвату медицинским обслуживанием и финансированию, относятся только к Англии.

## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

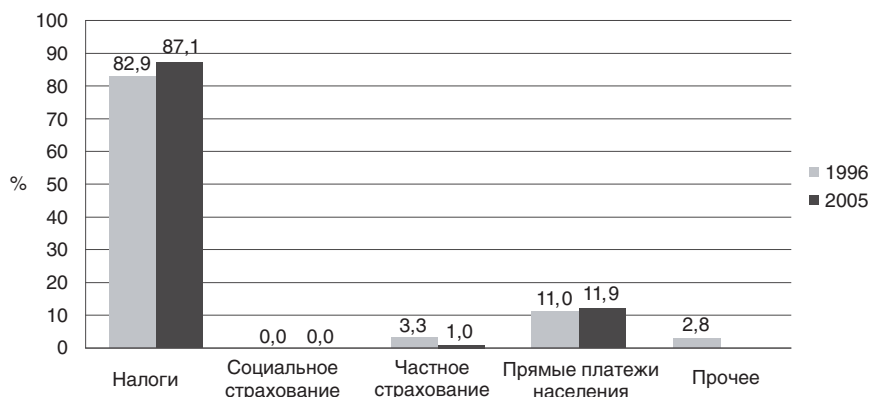
Государственная система здравоохранения обеспечивает профилактической и первичной медицинской помощью, а также стационарным лечением всех, проживающих в Англии. Утвержденного перечня услуг нет, однако Национальный институт здравоохранения и усовершенствования клинической медицины выпускает обязательные к применению рекомендации, которые устанавливают, какие медицинские услуги Государственная система здравоохранения должна оказывать, а какие нет. Дополнительное альтернативное частное медицинское страхование охватывает примерно 12% населения, обеспечивая в основном доступ к плановому лечению в частном секторе, а также покрывая некоторые расходы на стоматологическую помощь и дополняющие и альтернативные методы лечения. Со временем предлагаемый Государственной системой здравоохранения набор стоматологических услуг сократился.

## Сбор средств

Здравоохранение в Англии финансируется в основном за счет общих налоговых поступлений (включая отчасти взносы государственного страхования), а большинство услуг оказывается бесплатно по месту обращения<sup>16</sup> (см. рис. А44). Больные вносят фиксированную доплату за каждый рецепт на лекарственные средства, назначаемые вне больницы (6,85 фунта стерлингов в момент составления данного обзора), хотя многие категории населения от этого освобождены (например, дети, лица с низким доходом, беременные, люди в возрасте 60 лет и старше, а также больные некоторыми хроническими заболеваниями). Существует также доплата за стоматологическое лечение, предоставляемое Государственной системой здравоохранения (до годового максимума в 200 фунтов стерлингов), и оптометрические услуги. За консультации врачей общей практики и стандартные больничные услуги сборы с потребителей не взимаются. Некоторым больным с низким доходом покрываются расходы на транспортировку в медицинское учреждение и обратно. Сборы Государственной системы здравоохранения покрывают 8% от государственных расходов на здравоохранение. Доля населения, охваченная дополнительным альтернативным частным страхованием, за последние годы практически не меняется (12%). Прямые платежи населения в частном секторе составляют примерно 90% всех частных расходов на здравоохранение.

<sup>16</sup> Взносы государственного страхования, выплачиваемые работодателями и работниками, в бюджете здравоохранения учитываются как общие государственные поступления.

**Рисунок А44.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Соединенном Королевстве по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

### Объединение средств

Общие налоговые поступления собираются Казначейством (Министерством финансов), которое раз в 3 года согласует бюджет с Департаментом здравоохранения.

### Закупка медицинских услуг

Департамент здравоохранения перечисляет 85% бюджета Государственной системы здравоохранения 152 фондам первичной медицинской помощи, организованным по территориальному принципу. Средства перечисляются по числу застрахованных с учетом численности населения и различных показателей потребности в медицинской помощи. Большинство гарантированных государством медицинских услуг приобретается фондами первичной медицинской помощи. С 2005 г. закупкой услуг иногда занимаются врачи общей практики. Фонды первичной медицинской помощи в основном покупают медицинские услуги у государственных больниц и самостоятельно работающих врачей общей практики. Совсем недавно они также стали заключать контракты в частном секторе.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Больницы в прошлом финансировались через общие бюджеты, формируемые на основе ежегодных рамочных договоров. В 2003 г. правительство ввело новую систему оплаты, известную как «оплата

по результатам», в основе которой лежит единый государственный тариф для каждой «группы финансирования медицинских услуг». В 2006 г. на долю этой системы оплаты приходилось примерно 30% бюджета фондов первичной медицинской помощи. Сотрудники больниц в основном получают фиксированный оклад. Большинство врачей общей практики работают самостоятельно и получают оплату по числу больных и по объему оказанных услуг в зависимости от результата. Более трети врачей общей практики предпочитают работать в фондах первичной медицинской помощи, получая фиксированный оклад.

### Основные реформы финансирования

- 1997 г.: отменены налоговые льготы для частного медицинского страхования.
- 1999 г.: созданы 303 фонда первичной медицинской помощи – основные покупатели медицинских услуг в рамках Государственной системы здравоохранения.
- 2000 г.: правительство объявляет об увеличении инвестиций в Государственную систему здравоохранения.
- 2000 г.: правительство подписывает договор с представителями частного сектора; для увеличения объема услуг фондам первичной медицинской помощи предлагается покупать медицинские услуги у частных медицинских учреждений.
- 2002 г.: рекомендации Национального института здравоохранения и усовершенствования клинической медицины относительно того, какие услуги оказывать, а какие нет, становятся обязательными для фондов первичной медицинской помощи.
- 2003 г.: правительство увеличивает финансирование Государственной системы здравоохранения, подняв размер взносов государственного страхования.
- 2003 г.: введена система финансирования больниц по клинико-статистическим группам.
- 2004 г.: согласно новому договору для врачей общей практики оплата связывается с высоким качеством медицинской помощи, результатами лечения и достижением других показателей (система оценки качества и результатов деятельности).

- 2005 г.: введена система закупки медицинских услуг врачами общей практики.
- 2005 г.: число фондов первичной медицинской помощи сокращено с 303 до 152.

## **Литература**

Robinson R (1999). *Health care systems in transition: United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

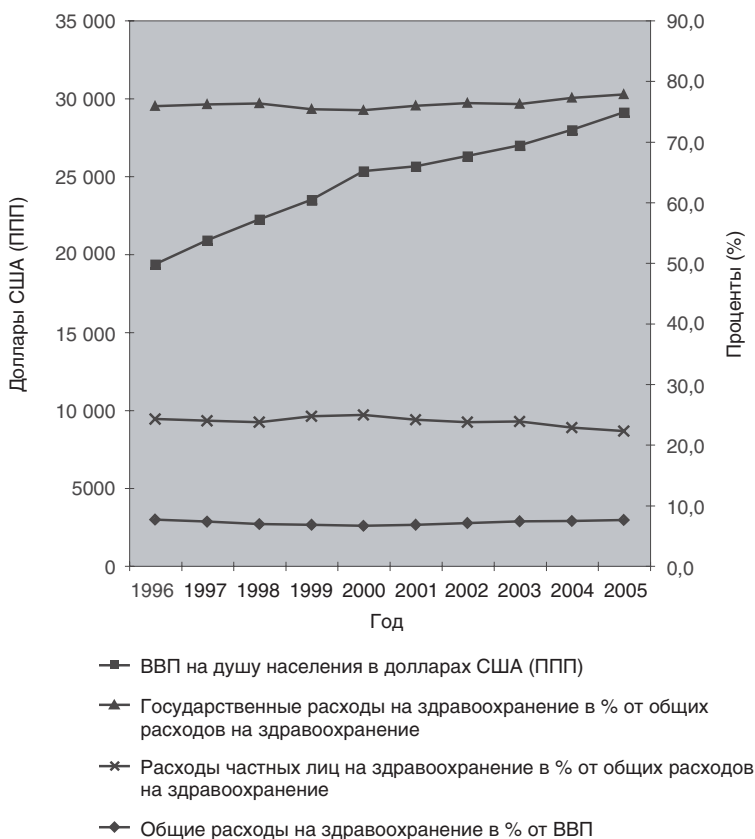
Boyle S (2007). *The UK health system*. New York, Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/UK\\_Country\\_Profile\\_2008.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).

## Финансирование здравоохранения в Финляндии

### Расходы на здравоохранение

Финляндия — одна из двух стран ЕС (наряду с Эстонией), где общий уровень расходов на здравоохранение в процентах от ВВП сократился с 7,6% в 1996 г. до 7,5% в 2005 г. (см. рис. А45). Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение несколько увеличилась, с 75,8% в 1996 г. до 77,8% в 2005 г. Доля прямых платежей населения в структуре общих расходов сократилась примерно с 20% в 1996 г. до 18% в 2005 г.

**Рисунок А45.** Расходы на здравоохранение в Финляндии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП — валовый внутренний продукт; ППП — паритет покупательной способности.



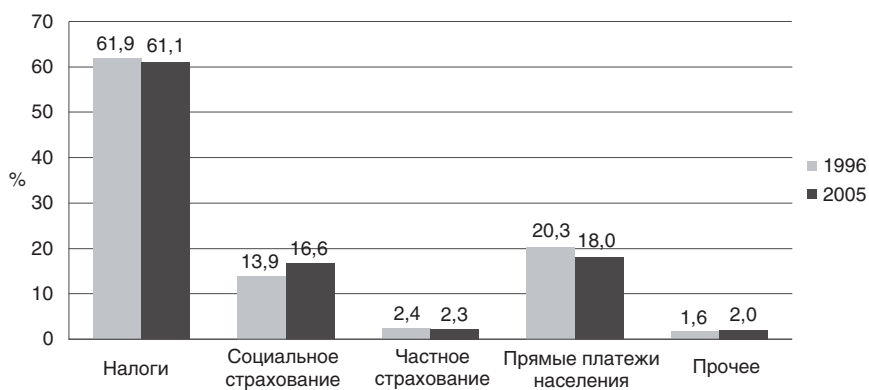
## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Государственная система здравоохранения охватывает всех постоянных жителей и предоставляет широкий набор медицинских услуг. Частичная оплата применяется в отношении большинства медицинских услуг, но в 2000 г. был введен годовой предел суммы прямых платежей, а дети до 18 лет освобождены от оплаты первичной медицинской помощи. Дополнительное альтернативное частное медицинское страхование охватывает в основном детей и играет весьма незначительную роль.

## Сбор средств

Система здравоохранения финансируется в основном из центральных и местных налогов (см. рис. А46). В 2004 г. 416 муниципалитетов покрывали примерно 40% государственных расходов на здравоохранение, центральное правительство – 20%, а система государственного медицинского страхования – около 17%. Экономический спад в начале 1990-х гг. привел к увеличению доли финансирования со стороны муниципалитетов и государственного медицинского страхования. Средства в систему государственного медицинского страхования поступают от работодателей и работающих.

**Рисунок А46.** Распределение расходов на здравоохранение в Финляндии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

## Объединение средств

Размер бюджетов здравоохранения определяется на государственном и местном уровнях. Государственные средства переводятся муниципалитетам по числу застрахованных с учетом степени риска,

однако различиях в подушевых расходах на здравоохранение между муниципалитетами остаются проблемой. Средства государственного медицинского страхования собираются отдельно и в основном используются для оплаты амбулаторной медицинской помощи, оказанной частными врачами и стоматологами, а также за амбулаторно назначаемые лекарственные средства.

### Закупка медицинских услуг

Так как муниципалитеты владеют большинством больниц и центров первичной медицинской помощи, то реального разделения финансирования медицинской помощи и предоставления услуг, покрываемых налоговыми поступлениями, нет. Организацией специализированного медицинского обслуживания занимаются больничные округа, охватывающие несколько муниципалитетов (от 6 до 58). Государственное медицинское страхование покрывает часть расходов за частную амбулаторную помощь, стоматологическое лечение и лекарственные средства. Больные ограничены в выборе медицинского центра, но могут свободно выбирать частных врачей. Для получения государственной специализированной помощи необходимо направление.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Центры первичной медицинской помощи финансируются на основе предварительных бюджетов. В больничных округах финансирование больниц все чаще осуществляется на основе клинико-статистических групп. Врачи в больницах и большинстве муниципальных служб получают фиксированный оклад (с некоторыми дополнительными выплатами по объему оказанных услуг); часть врачей в больницах дополнительно занимается частной практикой. В медицинских центрах, предоставляющих персональные врачей, оплата производится по смешанной схеме, включающей фиксированный оклад, оплату по числу больных и по объему оказанных услуг. Частично оплачиваемые койки в государственных больницах должны быть упразднены в 2008 г., так как они позволяют больным обходить очереди. Частным врачам платят по объему оказанных услуг.

### Основные реформы финансирования

- 1993 г.: введена система частичной оплаты амбулаторной помощи; с этого времени ее доля возросла по всем направлениям.

- 2000 г.: для финансирования больниц начинает применяться система клинико-статистических групп; принято решение, что к концу 2002 г. государственная стоматологическая помощь будет предоставляться всему населению.

## **Литература**

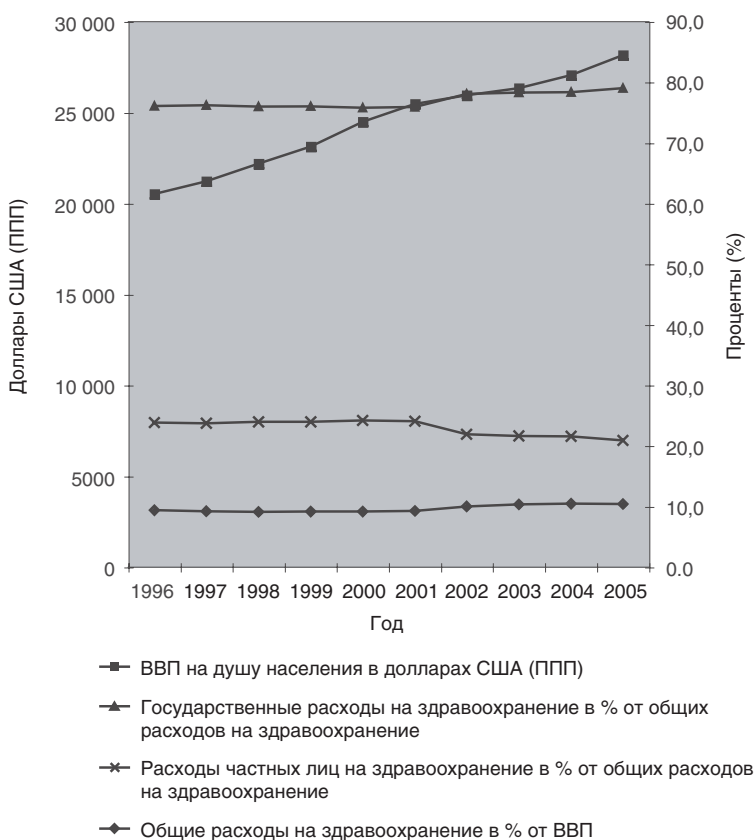
Järvelin J (2002). Health care systems in transition: Finland. *Health Systems in Transition*, 4(1):1–92.

## Финансирование здравоохранения во Франции

### Расходы на здравоохранение

С 1996 по 2005 г. общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли с 9,4 до 10,5% (см. рис. А47). В настоящее время это второй по величине показатель в ЕС (после Германии). За тот же период доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение увеличилась с 76,1 до 79,1%.

**Рисунок А47.** Расходы на здравоохранение во Франции, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП — валовый внутренний продукт; ППП — паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

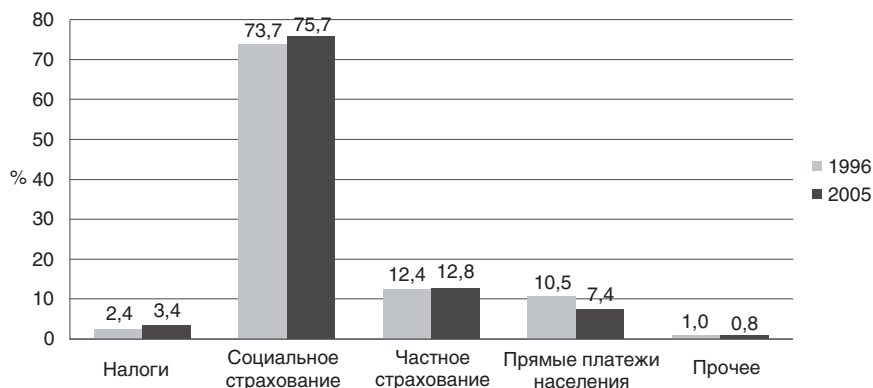
В 2000 г. во Франции введено всеобщее медицинское страхование, и с этого времени государственная система здравоохранения охваты-

вает всех постоянных жителей Франции. Государственное медицинское страхование охватывает работающих и лиц, состоящих на их иждивении, а центральное правительство оплачивает расходы тех, кто не подлежит включению в систему страхования; существует также государственная программа, покрывающая медицинское обслуживание нелегальных иммигрантов (Aide Médicale d'État). Государственный набор медицинских услуг определяется Национальным союзом фондов медицинского страхования<sup>17</sup> в соответствии с рекомендациями Государственного управления здравоохранения<sup>18</sup>, независимого государственного органа. Дополнительное частное медицинское страхование, возмещающее государственные сборы с потребителей, охватывает более 92% населения.

### Сбор средств

Государственная программа медицинского страхования финансируется из взносов социального страхования, выплачиваемых работодателями и работниками (43%), подоходного налога с физических лиц (33%), введенного в 1990 г., чтобы увеличить поступления в систему социального обеспечения, поступлений от акцизных сборов за табак и алкоголь (8%), перечисления средств из других подразделений социального обеспечения (8%) и государственных субсидий (2%) (см. рис. А48). Размеры взносов устанавливаются централизованно; средства собирают местные агентства социального обеспе-

**Рисунок А48.** Распределение общих расходов на здравоохранение во Франции по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

<sup>17</sup> Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, создан в 2004 г.

<sup>18</sup> Haute Autorité de Santé, создано в 2004 г.

чения. Предельный размер взносов не определен. Пациенты оплачивают примерно 30% всех расходов на лечение, в том числе стоматологическое, по месту оказания помощи. Люди с хроническими заболеваниями и низкими доходами освобождены от частичной оплаты медицинских услуг. Дополняющее частное медицинское страхование покрывает частичную оплату услуг и в основном предоставляется некоммерческими обществами взаимопомощи, построенными по профессиональному принципу. С 2000 г. лица с низкими доходами имеют право на бесплатное дополняющее страхование. В 2004 г. правительство ввело невозмещаемую доплату за посещение врача в размере 1 €. С 2008 г. вводятся и другие подобные доплаты, за рецептурные лекарственные средства (0,5 €) и вызов скорой помощи (2 €); они не могут превышать 50 € в год. Беременные, дети и лица с низким доходом от невозмещаемых доплат освобождены.

### Объединение средств

Взносы социального страхования собираются на государственном уровне каждой схемой медицинского страхования, крупнейшая из которых (общая страховая схема) охватывает большинство населения. Отнесение к определенной программе строится в зависимости от рода деятельности. Конкуренции между государственными фондами медицинского страхования нет.

### Закупка медицинских услуг

Государственные фонды медицинского страхования приобретают медицинские услуги у государственных и частных некоммерческих больниц (две трети всех коек), а также у частных коммерческих клиник. В 2004 г. было введено добровольное регулирование направлений к врачам-специалистам (*médecin traitant*) для контроля потребности в медицинской помощи.

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Больницы финансируются через единую государственную систему тарифов на основе клинко-статистических групп в сочетании с бюджетами и дополнительными выплатами за некоторые услуги. Раздельные системы финансирования для государственных и частных больниц предполагается объединить в 2008 г. (первоначально это планировалось к 2012 г.), когда все больницы будут финансироваться в зависимости от интенсивности их деятельности. Врачам в

амбулаторных учреждениях платят по объему оказанных услуг. Врачи в государственных и некоммерческих частных клиниках получают жалование.

### Основные реформы финансирования

- 1990 г.: введен государственный подоходный налог для увеличения поступлений в сектор социального обеспечения.
- 1996 г.: установлен (мягкий) предел (Общенациональный предел расходов системы медицинского страхования; ONDAM)<sup>19</sup> роста расходов в государственной схеме медицинского страхования; он ежегодно утверждается по результатам голосования в парламенте.
- 1998 г.: подоходный налог увеличен с целью замещения большей части отчислений работающих на здравоохранение (они упали с 6,8 до 0,75%).
- 2000 г.: введено всеобщее медицинское страхование и бесплатное дополняющее частное страхование для лиц с низкими доходами.
- 2002 г.: начато финансирование больниц на основе клинико-статистических групп (постепенное введение вплоть до 2012 г.).
- 2004 г.: введена невозмещаемая доплата за посещение врача в размере 1€.
- 2004 г.: созданы две новые ассоциации: Национальный союз фондов медицинского страхования, представляющий все государственные фонды медицинского страхования, и Национальный союз организаций добровольного медицинского страхования<sup>20</sup>, представляющий частные страховые компании; Национальный союз фондов медицинского страхования разрабатывает набор медицинских услуг, устанавливает цены и уровни частичной оплаты.
- 2008 г.: введены невозмещаемые доплаты за амбулаторно назначаемые лекарственные средства и вызов скорой помощи.
- 2008 г.: система предварительной оплаты с учетом клинико-статистических групп должна быть введена во всех больницах и медицинских учреждениях (ранее планировалось к 2012 г.).

<sup>19</sup> Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie.

<sup>20</sup> Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.

## Литература

Durand-Zaleski I (2008). *The French health care system*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/France\\_Country\\_Profile\\_2008.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/France_Country_Profile_2008.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).

Sandier S et al. (2004). Health care systems in transition: France. *Health Systems in Transition*, 6(2):1–145.

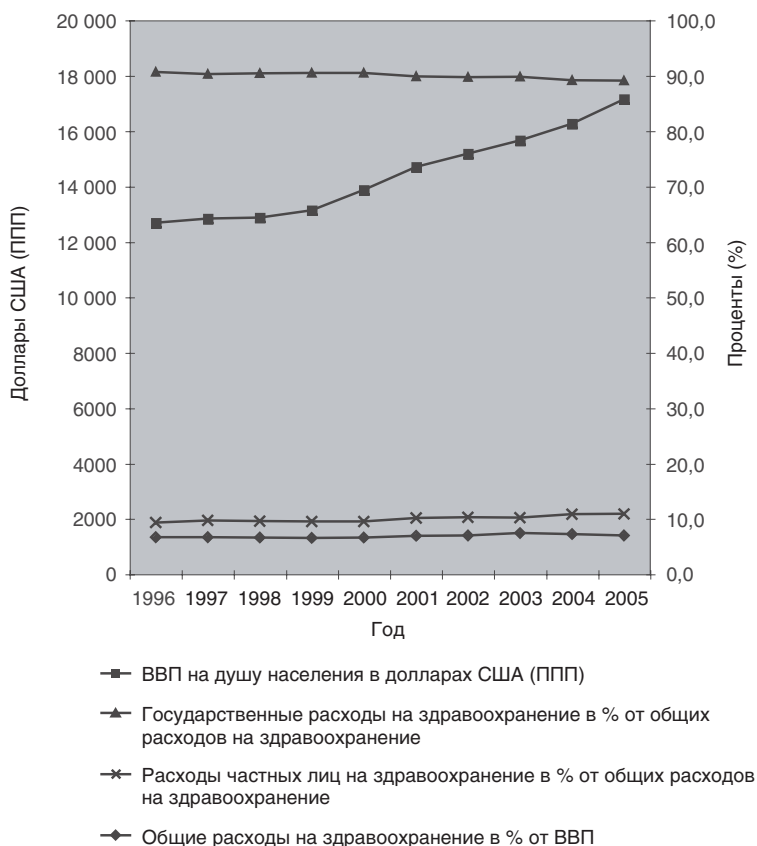


## Финансирование здравоохранения в Чешской Республике

### Расходы на здравоохранение

С 1996 по 2005 г. общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП немного выросли – с 6,7 до 7,0% (см. рис. А49). За этот же период доля расходов населения в структуре общих расходов на здравоохранение также слегка увеличилась.

**Рисунок А49.** Расходы на здравоохранение в Чешской Республике, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

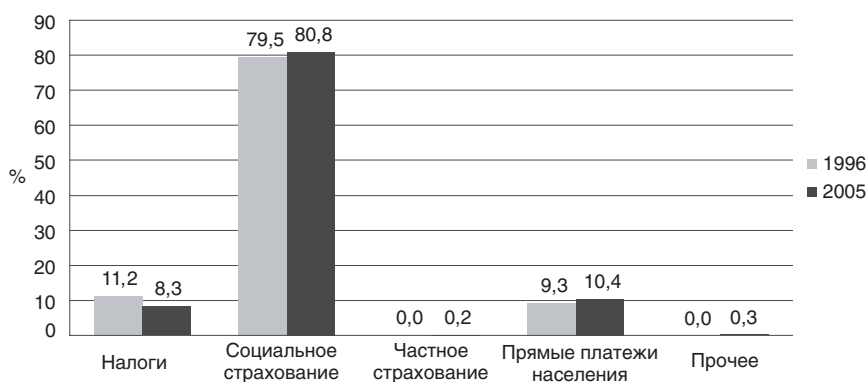
Государственная система здравоохранения охватывает всех граждан, которые должны быть зарегистрированы в одном из 9 фондов

медицинского страхования. В рамках государственной системы предоставляется широкий набор медицинских услуг; частичной оплате подлежат только амбулаторно назначаемые лекарственные средства и стоматологическое лечение. С 2008 г. вводится частичная оплата посещений врача, госпитализаций и неотложной медицинской помощи, за исключением беременных, больных хроническими заболеваниями и людей с низким доходом. Частное медицинское страхование в чешской системе здравоохранения играет лишь незначительную дополнительную альтернативную/дополняющую роль, покрывая расходы на бытовые удобства при лечении и стоматологическую помощь.

### Сбор средств

Здравоохранение финансируется в основном из взносов социального страхования, а также за счет центральных и муниципальных налогов (см. рис. А50). Взносы социального страхования взимаются с заработка по централизованно установленной ставке, равной 13,5% (при этом 9% вносят работодатели, а 4,5% — работники). Взносы с самостоятельно занятых взимаются только с половины их чистого дохода и имеют верхний предел. Каждый фонд медицинского страхования сам собирает взносы. Центральное правительство выплачивает взносы за детей, безработных, военнослужащих и пенсионеров. Общий фонд медицинского страхования (государственная страховая компания) предоставляет также частное медицинское страхование, в основном тем, кто не проживает в Чешской Рес-

**Рисунок А50.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Чешской Республике по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

публике постоянно, а также гражданам Чешской Республики, путешествующим за границей.

### Объединение средств

Каждый может самостоятельно выбрать фонд медицинского страхования. Количество фондов сократилось с 27 в конце 1990-х гг. до 9 на момент написания этого обзора. Общий фонд медицинского страхования обязан принимать всех, а потому является самой крупной страховой компанией, охватывающей примерно 75% населения. Все фонды сами собирают взносы. Однако Общий фонд медицинского страхования перераспределяет примерно 60% всех поступлений, основываясь на числе застрахованных с учетом доли тех, кто старше 65 лет. С 2008 г. планируется применить схему выравнивания рисков к 100% всех поступлений, а также ввести дополнительные факторы риска. Службы общественного здравоохранения финансируются непосредственно из центрального и муниципальных бюджетов.

### Закупка медицинских услуг

Фонды медицинского страхования конкурируют за закупку медицинских услуг для застрахованных, заключая контракты с врачами и медицинскими учреждениями. Общий фонд медицинского страхования приобретает медицинские услуги через свои региональные отделения (всего 77). Срок действия контракта обычно составляет 2 года. Тарифы на услуги согласуются раз в полгода в ходе переговоров между фондами медицинского страхования и ассоциациями медицинских работников и утверждаются центральным правительством. Реформы 1994 и 1997 гг. усилили возможности фондов медицинского страхования влиять на закупку медицинских услуг, позволив им согласовывать предельные объемы оказания услуг и использовать иные методы оплаты помимо оплаты по объему оказанных услуг (например, оплату по числу больных).

### Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

С 1993 г. по 1997 г. основным методом финансирования медицинских учреждений была оплата по объему оказанных услуг. С 1997 г. врачам общей практики платят по числу больных с учетом возраста (70%) с дополнительными выплатами за деятельность по профилактике и укреплению здоровья. Специалистам в амбулаторных учреж-

дениях платят по объему оказанных услуг с верхним пределом суммы выплат; в 1997 г. была введена система бюджетов, однако в 2001 г. вернулись к оплате по объему оказанных услуг. Врачи больниц получают фиксированный оклад. С 1997 г. финансирование больниц осуществляется на основе общих бюджетов с некоторой корректировкой (с 2001 г.) по уровню интенсивности работы. В качестве эксперимента в ряде больниц введена оплата по клинико-статистическим группам.

### Основные реформы финансирования

- 1992 г.: введена государственная система медицинского страхования; созданы Общий фонд медицинского страхования и его региональные отделения.
- 1994 г.: фондам медицинского страхования разрешено ограничивать объемы оказываемых услуг, подлежащих возмещению (однако не ниже установленного уровня).
- 1997 г.: фондам медицинского страхования разрешено использовать иные методы оплаты помимо оплаты по объему оказанных услуг. Основным методом оплаты для врачей общей практики становится оплата по числу больных вместо оплаты по объему оказанных услуг. Тарифы на услуги, установленные в результате переговоров, должны утверждаться Министерством финансов.
- 2001 г.: проведено дальнейшее реформирование системы финансирования медицинских учреждений с усилением контроля за объемом услуг, оказываемых специалистами в амбулаторных учреждениях и стационарах.
- 2008 г.: предложено ввести частичную оплату обращений к врачам общей практики, стационарного лечения и неотложной медицинской помощи, а также распространить схему выравнивания рисков на все поступления в фонды медицинского страхования и ввести дополнительные факторы риска.

### Литература

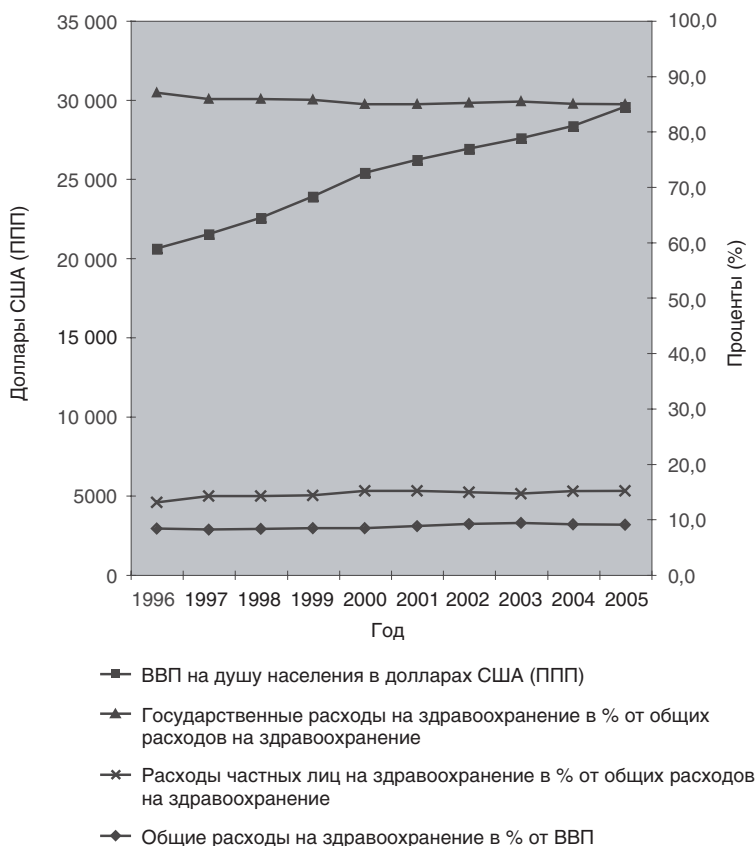
Rokosová M et al. (2005). Health care systems in transition: Czech Republic. *Health Systems in Transition*, 7(1):1–100.

## Финансирование здравоохранения в Швеции

### Расходы на здравоохранение

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП с 1996 по 2005 г. изменились мало, слегка увеличившись с 8,3 до 9,0% (см. рис. А51). За этот же период ВВП на душу населения существенно вырос. Доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение составляет более 80%.

**Рисунок А51.** Расходы на здравоохранение в Швеции, 1996–2005 гг.



Источник: ВНО 2007б.

Примечания. ВВП – валовый внутренний продукт; ППП – паритет покупательной способности.

### Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Согласно Закону о здравоохранении и медицинском обслуживании от 1982 г. государственная система здравоохранения охватывает всех

постоянных жителей страны, обеспечивая широкий набор услуг. Установленного перечня услуг нет, но разработаны и внедрены рекомендации, позволяющие расставить приоритеты. Частичная оплата применяется в отношении большинства медицинских услуг, однако дети освобождены от нее, а общий размер доплат не может превышать 900 шведских крон в год для медицинских услуг и 1800 шведских крон в год для рецептурных лекарственных средств. Существуют небольшие пособия на стоматологическое лечение для взрослых.

### Сбор средств

Здравоохранение финансируется в основном за счет центральных и местных налогов (см. рис. А52). Помимо централизованно собираемых налогов окружные советы и муниципалитеты имеют право взимать пропорциональный налог с дохода. Местные налоговые поступления дополняются центральными. Правительство также предоставляет окружным и местным властям субсидии для покрытия социально-экономических различий между регионами. Частное медицинское страхование играет дополнительную роль (обеспечивая более быстрый доступ к медицинской помощи) и охватывает 2,5% населения.

**Рисунок А52.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Швеции по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

### Объединение средств

Отчисления из общих налогов поступают в Министерство здравоохранения, а региональные и местные налоги собирают окружные советы (всего их 21) и муниципалитеты (всего 290).

## Закупка медицинских услуг

Окружные советы отвечают за финансирование первичной медицинской помощи, стационарного лечения и психиатрической помощи. Муниципалитеты отвечают за финансирование помощи на дому и сестринского ухода на дому. Большинство центров первичной помощи и больниц владеют и руководят окружные советы, хотя растет число частных медицинских учреждений первичной медицинской помощи (достигая в некоторых городских округах 60%). Некоторыми окружными советами созданы центральные или местные закупочные организации (принцип разделения финансирования медицинской помощи и ее предоставления). Возможности выбора учреждения первичной медицинской помощи в Швеции расширяются. Система первичной медицинской помощи формально не регулирует направление к специалистам, однако введены финансовые стимулы (более высокий размер доплат), побуждающие больных перед посещением специалиста обращаться к врачу общей практики. Частные больницы обычно специализируются на плановом хирургическом лечении и работают по контракту с окружными советами.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Медицинские учреждения финансируются в основном через систему общих бюджетов (больницы и центры первичной медицинской помощи примерно в половине округов). Персонал, как правило, получает фиксированный оклад. Некоторым врачам общей практики платят по числу больных с ограниченными выплатами по объему оказанных услуг. В некоторых округах введена оплата на основе клинико-статистических групп с предельным ограничением по цене или объему услуг (таким образом, есть некоторый стимул к повышению интенсивности деятельности).

## Основные реформы финансирования

- 1994 г.: принятие Закона о семейных врачах и Закона о свободе частной медицинской практики – впоследствии законы были отменены, но привели к реформе, которая дала населению возможность выбирать врача общей практики (семейного врача) и внесла изменения в оплату по числу больных.
- 1995 г.: согласно Закону о психиатрической помощи местные муниципалитеты должны оказывать финансовую поддержку больным после выписки из психиатрического стационара.

- 1997–1998 гг.: введена новая государственная схема льготного лекарственного обеспечения, в том числе регулирование доплат за лекарственные средства, при этом советы округов несут полную ответственность за расходы на рецептурные препараты.
- Конец 1990-х гг.: объединение больниц и окружных советов в целях сдерживания затрат и повышения эффективности.
- 1999 г.: реформа стоматологической помощи; разрешено свободное установление цен, введены незначительные фиксированные субсидии в отношении различных видов услуг.
- 2002 г.: проведена реформа льготного лекарственного обеспечения: создан Совет по льготному лекарственному обеспечению, который будет решать, включать ли тот или иной препарат в льготный список (оценка основывается на экономической эффективности и иных критериях), и, соответственно, согласовывать цену с производителями.

## Литература

Glenngård AH et al. (2005). Health systems in transition: Sweden. *Health Systems in Transition*, 7(4):1–128.

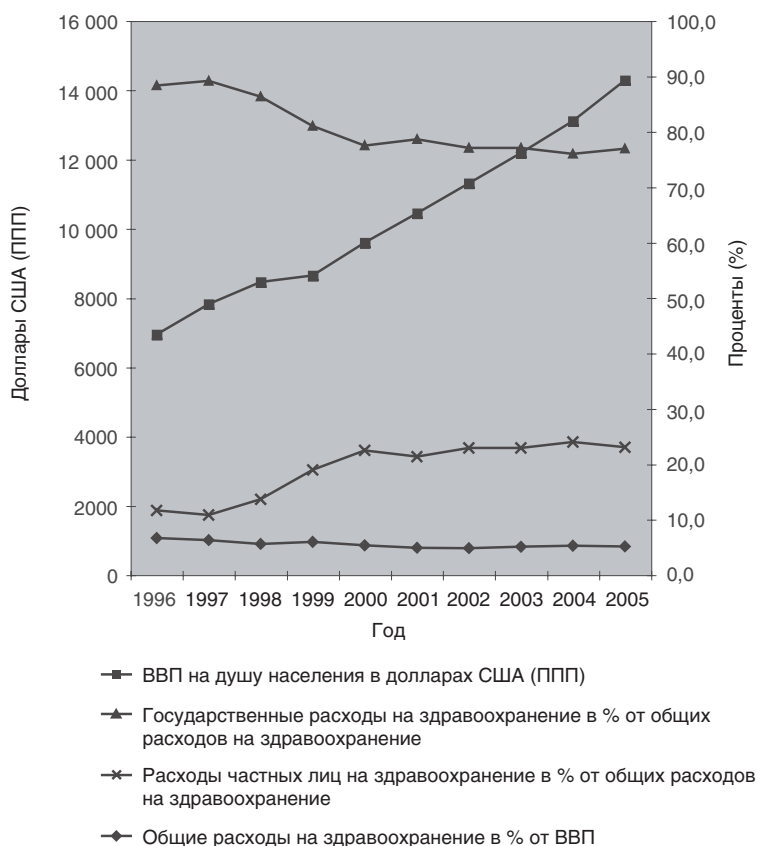


## Финансирование здравоохранения в Эстонии

### Расходы на здравоохранение

Уровень общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП в последние годы относительно стабилен и составляет примерно 5% (см. рис. А53). Однако доля государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение с 1996 по 2000 г. существенно снизилась и в настоящее время составляет 77%. Доля прямых платежей населения в структуре общих расходов на здравоохранение с 1996 по 2005 г. практически удвоилась.

**Рисунок А53.** Расходы на здравоохранение в Эстонии, 1996–2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

Примечания. ВВП — валовый внутренний продукт; ППП — паритет покупательной способности.

## Охват медицинским обслуживанием и набор услуг

Охват медицинским обслуживанием основывается на постоянном проживании и принадлежности к определенным группам. Эстонский фонд медицинского страхования охватывает 94% населения. За медицинское обслуживание заключенных отвечает Министерство юстиции. Как правило, страхового полиса не имеют неработающие взрослые. У них есть доступ к государственной экстренной медицинской помощи, а за все остальные медицинские услуги они должны платить. Эстонский фонд медицинского страхования предоставляет широкий, четко определенный набор медицинских услуг, однако не покрывает расходы на офтальмологические услуги и стоматологическое лечение взрослых. Обязательная частичная оплата услуг была введена в 1990-е гг., и с тех пор сфера ее применения расширилась. Частичная оплата услуг применяется к посещениям врачей на дому, амбулаторно назначаемым лекарственным средствам, посещениям врачей-специалистов и стационарной помощи, с введенными некоторое время назад освобождениями от нее или сниженными ставками оплаты для маленьких детей, беременных, пожилых (в отношении рецептурных лекарственных средств) и больных в реанимационных отделениях (оплата госпитализации).

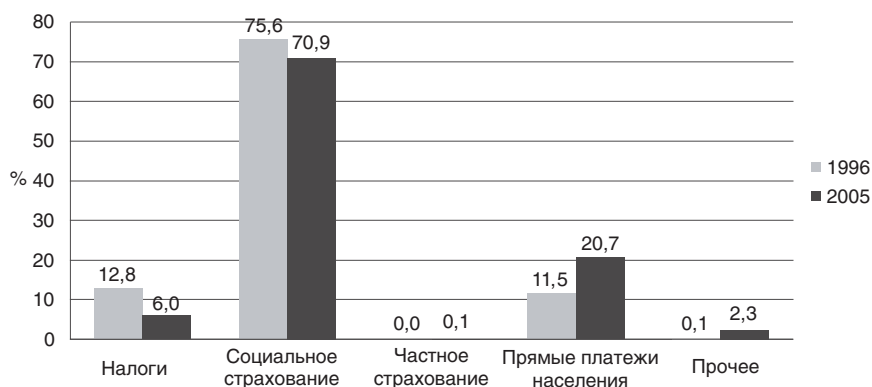
## Сбор средств

Эстонская система здравоохранения финансируется в основном государством. С 1992 г. основным источником финансирования является целевой подоходный налог, который покрывает примерно 65% всех расходов на здравоохранение (см. рис. А54). Другие государственные источники финансирования включают средства государственного и муниципальных бюджетов (8 и 2% общих расходов на здравоохранение соответственно). Подоходный налог составляет 13% от общего заработка, выплачивается работодателями за работников и собирается центральным государственным налоговым агентством. Частное медицинское страхование играет незначительную роль, охватывая менее 2% населения. Оно включает тех, кто не имеет права на страхование в Эстонском национальном фонде медицинского страхования (в основном не граждане Эстонии, обратившиеся за видом на жительство в стране), и предоставляет более быстрый доступ к ряду услуг.

## Объединение средств

Средства целевого подоходного налога, собираемого центральным налоговым агентством, и средства, выделяемые из государственно-

**Рисунок А54.** Распределение общих расходов на здравоохранение в Эстонии по основным источникам поступления средств, 1996 и 2005 гг.



Источник: WHO 2007b.

го бюджета за тех, кто не платит налог (например, за безработных, лиц, ухаживающих за инвалидами, и родителей, находящихся в отпуске по уходу за ребенком), поступают в Эстонский фонд медицинского страхования. Бюджетные средства на лечение заключенных собираются отдельно Министерством юстиции. Министерство социального обеспечения формирует фонд из средств государственного бюджета для финансирования экстренной помощи и служб общественного здравоохранения. Муниципалитеты финансируют социальную помощь.

### Закупка медицинских услуг

Основным покупателем медицинских услуг является Эстонский фонд медицинского страхования. Он переводит средства 4 региональным отделениям по числу застрахованных, а в отношении первичной медицинской помощи – с учетом возраста. Эстонский фонд медицинского страхования ежегодно заключает контракты с медицинскими учреждениями. Общие условия оговариваются самим фондом и национальными ассоциациями медицинских учреждений, а детали уточняются между региональными отделениями и отдельными медицинскими учреждениями. Контракты имеют юридическую силу, определяют обязанности по платежам, объему услуг и максимальному времени ожидания и контролируются региональными отделениями фонда. К медицинским учреждениям, не соблюдающим условия контракта, применяются штрафные санкции.

## Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников

Врачам и медицинским сестрам общей практики платят по смешанной схеме, включающей оплату по числу больных с учетом их возрастного состава, оплату по объему оказанных услуг (максимально — до 18,4% от оплаты по числу больных) и базовое пособие. Врачи больниц, как правило, получают фиксированный оклад. Врачам амбулаторных учреждений платят по объему оказанных услуг в пределах максимума, определенного их контрактом. Больницы согласуют стоимость и объем услуг с Эстонским фондом медицинского страхования на основе перечня максимальных цен за услугу или процедуру. В 2004 г. введены платежи, учитывающие интенсивность деятельности (скандинавская система финансирования на основе клинико-статистических групп).

### Основные реформы финансирования

- 1994 г.: создан Центральный фонд медицинского страхования, координирующий деятельность 22 фондов медицинского страхования.
- 1999 г.: на центральное налоговое агентство возложена обязанность по сбору целевого подоходного налога (ранее собирался фондами медицинского страхования, на тот момент — 17 фондов).
- 2000 г.: согласно Закону о фонде медицинского страхования как независимый государственный орган создан Эстонский фонд медицинского страхования.
- 2001 г.: Эстонский фонд медицинского страхования заменил собой Центральный фонд нетрудоспособности; 17 региональных фондов объединены в 7 региональных подразделений Эстонского фонда медицинского страхования (а с 2003 г. в 4 региональных подразделения).
- 2002 г.: Закон о медицинском страховании определил функции системы медицинского страхования, включая набор медицинских услуг, перечни возмещения затрат за конкретные услуги и лекарственные средства, максимальные пределы частичной оплаты услуг для застрахованных в Эстонском фонде медицинского страхования, договорные отношения между фондом и медицинскими учреждениями; стоматологическая помощь взрослым исключена из набора услуг и заменена (более ограниченными) денежными выплатами.

- 2003 г.: Эстонский фонд медицинского страхования включил в программу страхования долговременный медицинский уход, сестринский уход и некоторые виды помощи на дому.
- 2004 г.: введена скандинавская система финансирования больниц на основе клинико-статистических групп.
- 2004 г.: установлено освобождение от частичной оплаты амбулаторно назначаемых лекарственных средств и первичной медицинской помощи для детей до 4 и 2 лет соответственно, а также для беременных.

## Литература

Couffinal A, Habicht T (2005). *Health system financing in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Foubister T, Thomson S, Mossialos E (2004). *Health care financing in ten central and eastern European countries*. Неопубликованные данные.

Jesse M et al. (2004). Health care systems in transition: Estonia. *Health Systems in Transition*, 6(11):1–142.

Системы здравоохранения в масштабе всего Европейского союза сталкиваются с одной общей проблемой: высокая стоимость услуг здравоохранения. Правительства стран ЕС стремятся к тому, чтобы растущее бремя расходов не ставило под угрозу основные ценности – такие как всеобщий охват медицинским обслуживанием, а также соблюдение принципов социальной справедливости в отношении финансирования и доступности услуг.

Данный обзор, сосредоточенный на задачах финансирования здравоохранения (сбор средств, их объединение и закупка услуг), а также на вопросах охвата медицинским обслуживанием, содержит анализ организации финансирования здравоохранения в странах Европейского союза, обзор основных тенденций в реформах финансирования за последние годы, а также способность этих реформ обеспечить достижение финансовой устойчивости.

Книга включает приложение с подробным описанием систем финансирования здравоохранения каждой из 27 стран Европейского союза.

Данное исследование выполнено по заказу и на средства Комитета Европарламента по занятости и социальным вопросам.

## Авторы

**Sarah Thomson** – научный сотрудник Лондонской школы экономики и политических наук, отделение здравоохранения, и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

**Thomas Foubister** – научный сотрудник Лондонской школы экономики и политических наук, отделение здравоохранения.

**Elias Mossialos** – профессор кафедры политики здравоохранения Брайана Абель-Смита Лондонской школы экономики и политических наук и содиректор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

