

Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения

Аннотация

В статье рассматривается развитие механизмов финансового обеспечения страховых систем здравоохранения начиная со второй половины XX в. На основе анализа опыта зарубежных стран показано, что по мере расширения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи роль взносов ОМС в структуре финансирования здравоохранения сокращается в пользу дополнительных источников средств. В ходе анализа выделены основные дополнительные источники средств, задачи и формы их использования, механизмы стабилизации страхового финансирования.

Ключевые слова:

бюджетное финансирование, добровольное медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, социальное страхование, страховая модель здравоохранения, финансирование здравоохранения

JEL: I18

Финансирование медицинской помощи полностью или преимущественно за счет средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование (далее — ОМС) обычно рассматривается как определяющий признак страховой модели [1; 2]. С использованием собственного специфического источника средств принято связывать ряд производных характеристик модели, наиболее важными среди которых являются:

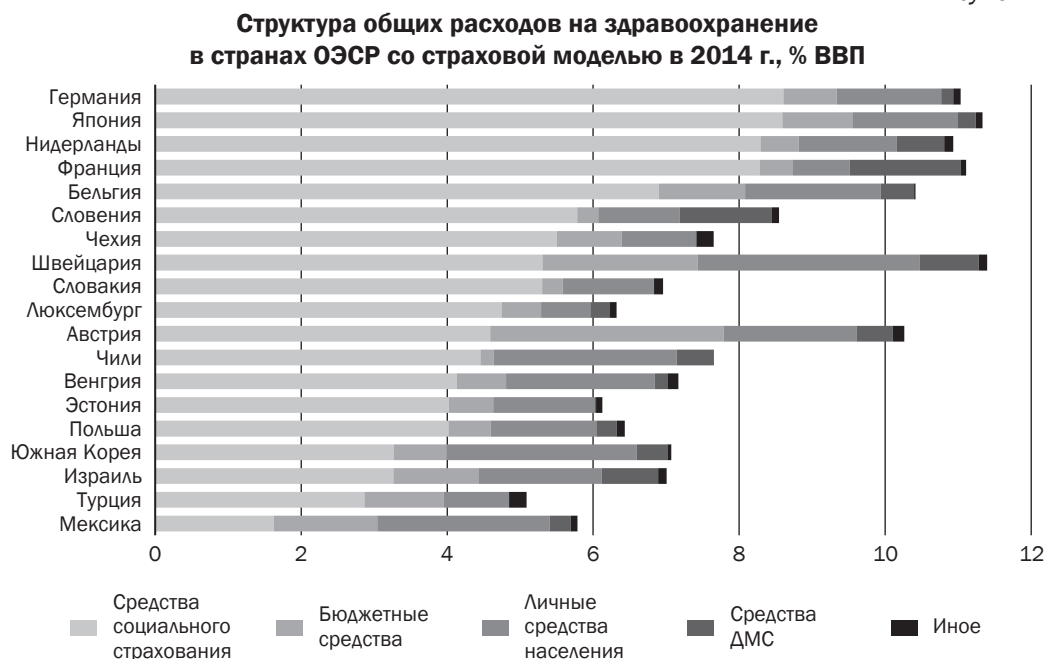
— **большая прозрачность финансовых потоков и лучшая защита собранных средств от перенаправления на иные цели государственной политики.** Сочетание этих характеристик предопределяет в среднем менее негативное восприятие населением страховых взносов по сравнению с общим налогами, направления использования средств которых неочевидны [1]. Прозрачность страховых взносов также позволяет населению адекватно оценивать уровень финансовой нагрузки, создаваемой системой здравоохранения на экономику, что обеспечивает лучшую поддержку политики ограничения расходов [3]. В то же время наличие собственной системы сбора и перераспределения средств создает дополнительные административные издержки, а защищенность средств ОМС от перенаправления на иные цели может привести к снижению общей эффективности государственных расходов в силу невозможности оперативного перераспределения средств в соответствии с текущими приоритетами развития [4];

— **ограниченность доходной базы.** На этапе становления ОМС выбор заработной платы в качестве базы уплаты взносов гарантировал страховым системам достаточный объем и высокую стабильность поступлений, а также справедливое распределение финансового бремени в соответствии со способностью участников платить. Позднее, с расширением гарантий медицинского обеспечения и изменением общих экономических условий (соотношение работающего и неработающего населения, развитие альтернативных форм занятости, сокращение доли заработной платы в структуре национального дохода), ограниченность доходной базы превратилась в источник рисков недостаточности средств и чрезмерно неравномерного распределения финансовой нагрузки [1]. Особенно уязвимым страховое финансирование становится в период экономических кризисов,

сопровождающихся сокращением официальной занятости и заработной платы. Кроме того, высокий уровень ставок обязательного страхования может дополнительно усилить экономический спад, стимулируя сокращение рабочих мест и снижая конкурентоспособность национального производства на мировом рынке [4].

Перечисленные производные характеристики страхового финансирования часто ошибочно рассматривают как неотъемлемые свойства страховой модели. В действительности степень выраженности преимуществ и рисков страхового финансирования может изменяться в широких пределах в зависимости от фактического соотношения источников финансового обеспечения (см. рис. 1).

Рисунок 1



Примечание: данные по Японии приведены на 2013 г., по Израилю — на 2012 г. Показатель доли расходов добровольного медицинского страхования (ДМС) для Словакии и Турции недоступен. Источник: OECD Health Statistics 2016 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

Общий объем средств, перераспределяемых через систему социального страхования, в развитых страховых системах стран ОЭСР в 2014 г. варьировался от 2,9 % ВВП (Турция) до 8,6 % ВВП (Германия). В структуре общих расходов на здравоохранение доля расходов фондов социального страхования составляла от 44,7 % (Австрия) до 78,0 % (Германия). Значительные отличия также наблюдались в структуре вспомогательных источников расходов: бюджетных средств (2,3 % — Чили, 31,1 % — Австрия), личных средств населения (7,0 % — Франция, 36,8 % — Южная Корея) и средств ДМС (0,2 % — Чехия, 14,8 % — Словения) [5]¹.

Необходимо отметить, что данные международной статистики не вполне отражают реальную структуру источников финансового обеспечения, поскольку применяемая при расчете страновых показателей единая система национальных счетов здравоохранения использует упрощенное определение источника расходов по конечному плательщику.

¹ В ходе сравнения не учитывались показатели Мексики, поскольку формирование страховой системы всеобщего охвата в этой стране остается незавершенным.

В частности, к расходам социального страхования относят все расходы на здравоохранение, осуществляемые как фондами ОМС, так и иными фондами обязательного страхования (например, страхования от несчастных случаев, профессиональных заболеваний и травм на производстве), независимо от исходного источника средств, в роли которого могут выступать как страховые взносы ОМС, так и трансферты в систему ОМС из иных источников (например, бюджетной системы или иных видов социального страхования). Как следствие, заявленная доля расходов социального страхования может значительно превышать реальный вклад взносов ОМС в финансовое обеспечение здравоохранения.

Более точная оценка фактической доли взносов ОМС в структуре финансового обеспечения может быть получена на основе внутренней государственной статистики. В то же время использование национальных данных осложняется ограниченной доступностью исходных статистических форм и различиями в наборе и методиках расчета показателей, результатом которых могут стать искажения в сравнительной оценке отдельных стран. Работа по приведению национальных данных о внутренней структуре финансирования к единому формату проводится, в частности, в серии страновых обзоров Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ВОЗ «Системы здравоохранения: время перемен». Уточненная структура расходов на здравоохранение по источникам финансирования, полученная на основе свода данных внутригосударственной статистики, представленных в соответствующих выпусках серии обзоров ВОЗ, приведена в табл. 1.

Таблица 1

**Структура финансирования здравоохранения
в страховых системах стран — членов ОЭСР по данным
национальной статистики, % общих расходов на здравоохранение**

	Общие расходы, % ВВП (\$ по ППС* на душу населения)	Основные ставки страховых взносов (целевых налогов)	Расходы системы ОМС	в т. ч. за счет взносов ОМС	в т. ч. за счет субсидий из госбюджета	Расходы иных видов соцстрахования	Прямые расходы из госбюджета	Расходы ДМС	Расходы из личных средств (в т. ч. участие в оплате ОМС)
I. «Старые» страховые системы									
Австрия, 2010	11 (4236)	7,65 (медпомощь + пособие**)	46,2	39,9	6,4	н/д	26,3	3,7	18,9 (2,9)
Бельгия, 2006	10,2 (3595)	7,35 (медпомощь) + 3,5 (пособие)***	60,6	44,4	16,2	6,7	3,5	5,1	23,3 (5,7)
Германия, 2012	11,4 (4695)	15,5 (медпомощь + пособие) + 2,35 (ДУ****)	57,4	51,5	5,5	10,7	4,8	9,3	13,5 (2)
Люксембург, 2015	6,9 (6341)	5,6 (медпомощь) + 0,5 (пособие) + 1,4 (ДУ)	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	4,5	11 (н/д)
Нидерланды, 2014	12,9 (5277)	~€100 (~5 % среднего дохода) + 6,95 (медпомощь) + 9,65 (крупные медриски)	н/д	72	н/д	н/д	н/д	5	9 (н/д) *****
Франция, 2013	11,6 (4292)	18,65 (медпомощь + пособие) + 0,3 (ДУ) + 0,5 (покрытие долга)	73,7	34,6	36,6	н/д	5	12,9	6,7 (н/д)
Швейцария, 2012	10,9 (6289)	~F406 (~6,6 % среднего дохода, медпомощь)	35,8	30	5,8	10,7	20,3	7,2	26 (5,5)
Япония, 2005	8,2 (~3700)	8,2 (медпомощь) + 1,2 (ДУ)	63,6	39,6	24	н/д	5,3	2,5	17 (11,6)

	Общие расходы, % ВВП (\$ по ППС* на душу населения)	Основные ставки страховых взносов (целевых налогов)	Расходы системы ОМС	в т. ч. за счет взносов ОМС	в т. ч. за счет субсидий из госбюджета	Расходы иных видов соцстрахования	Прямые расходы из госбюджета	Расходы ДМС	Расходы из личных средств (в т. ч. участие в оплате ОМС)
II. «Новые» страховые системы западного типа									
Южная Корея, 2007	6,8 (1688)	5,08 (медпомощь)	42,6	34,1	8,5	н/д	12,3	4,1	35,6 (22,4)
Израиль, 2012	7,3 (2304)	5 (медпомощь) + 4,78 (ДУ)	н/д	24,5	н/д	н/д	н/д	13,6	25,6 (~3,5)
Турция, 2008	6,1 (902)	12,5 (медпомощь)	60	43,9	16,1	н/д	13	н/д	17,4 (н/д)
Чили, 2006	5,3 (н/д)	7 (медпомощь)	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Мексика, 2013	6,2 (1048)	20,4 % МРОТ + 2,375 % зарплаты + 1,5 % зарплаты > МРОТ*3	28,7	~19,1	~9,6	н/д	22,4	н/д	н/д
III. «Новые» страховые системы стран Центральной и Восточной Европы									
Венгрия, 2009	7,4 (1511)	5,5 (медпомощь) + 2,5 (пособие)	56,5	32,5	24	2,3	10,9	2,7	23,7 (н/д)
Польша, 2008	7 (1265)	9 (медпомощь) + 2,45 (пособие)	60,3	~56,3	~4	н/д	11,9	0,6	22,4 (н/д)
Словакия, 2010	7,3 (1710)	14 (медпомощь) + 2,8 (пособие)	71,2	43,8	27,4	н/д	4,1	0	23,3 (н/д)
Словения, 2014	8,9 (2595)	13,45 (медпомощь) + пособие	55,4	52,3	1,9	10,4	6,4	14,8	12,7 (н/д)
Чехия, 2012	7,5 (2046)	13,5 (медпомощь) + 4,4 (пособие)	77,9	57,6	20,3	н/д	4,5	1,7	14,2 (н/д)
Эстония, 2011	5,9 (1190)	13 (медпомощь) + пособие	68,6	64,5	4,1	н/д	10,7	0,3	17,6 (н/д)

Примечания: * домаров по паритету покупательной способности;

** пособие по болезни, выплачиваемое в денежной форме;

*** в Бельгии с 1995 г. действует единая ставка взносов социального страхования, отдельная ставка взносов на ОМС на практике не выделяется;

**** ДУ — страхование потребности в долгосрочном уходе. Действует как отдельный вид обязательного страхования, соответствующие средства отражены в графе «Расходы иных видов соцстрахования»;

***** в Нидерландах в составе расходов из личных средств не учитываются расходы на участие в оплате в рамках ОМС, в т. ч. в части вычитаемой франшизы.

Источники: составлено автором по данным European Observatory on Health Systems and Policies [6–24].

Уточненная оценка структуры финансового обеспечения подтверждает первоначальное предположение о фактическом переходе страховых систем к смешанному финансированию. Взносы ОМС остаются формально преобладающим источником средств (более 50 % общих расходов) лишь в отдельных странах: Нидерланды — 72 %, Эстония — 64,5 %, Чехия — 57,6 %, Словения — 52,3 %, Германия — 51,5 %. Управление соотношением средств ОМС и дополнительных источников позволяет современным страховым системам в значительной степени корректировать рассмотренные ранее риски страхового финансирования. Конкретные задачи и инструменты политики смешанного финансового обеспечения отдельных стран определяются достигнутым уровнем и историческими особенностями развития ОМС, спецификой социально-экономической ситуации, политическими предпочтениями правящей элиты. Обобщенно можно выделить три крупные группы стран, характеризующихся сходной внутригрупповой политикой в области финансов здравоохранения: «старые» страховые системы, «новые» страховые системы западного типа, а также «новые» страховые системы стран Центральной и Восточной Европы.

«СТАРЫЕ» СТРАХОВЫЕ СИСТЕМЫ

Первую группу страховых систем образуют западноевропейские страны (Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Нидерланды, Франция, Швейцария) и Япония. Определяющим признаком данной группы является относительно ранний выбор ОМС в качестве основного механизма гарантированного медицинского обеспечения (конец XIX — пер. пол. XX в.) и его последующее постепенное расширение по мере роста ожиданий населения и возможностей финансового обеспечения. В настоящий момент страны группы характеризуются высоким уровнем экономического развития и обширными социальными гарантиями, получившими отражение в высоком уровне общих расходов на здравоохранение как в относительном (в 2014 г. 10–11 % ВВП²), так и в абсолютном выражении (в 2014 г. — более \$4 тыс. по ППС).

В то же время «старым» страховым системам также свойственна особенно высокая потребность в средствах, порождаемая ожиданиями граждан, увеличением доли населения в пожилом и престарелом возрасте, а также относительно высокой стоимостью ресурсов системы здравоохранения. В условиях опережающего роста спроса на медицинскую помощь страны группы оказались вынужденными искать пути балансировки страхового механизма путем повышения ставок страховых взносов ОМС, ограничения состава и глубины страхового покрытия (т. е. доли расходов на медицинскую помощь, покрываемой за счет средств ОМС) в части медицинской помощи, не являющейся жизненно важной, расширения использования средств ДМС и иных видов обязательного социального страхования, прежде всего — страхования потребности в долгосрочном уходе. За счет бюджетных средств покрываются расходы на охрану здоровья населения, обучение медицинских специалистов, содержание больниц (в части капитальных расходов), а также предоставление услуг долгосрочного ухода (при отсутствии соответствующего страхования). Применение бюджетных средств для софинансирования программы ОМС и/или оплаты рутинной медицинской помощи в большинстве стран остается ограниченным.

Наиболее близкую к классической страховой модели структуру финансового обеспечения здравоохранения сохраняет Германия. В 2012 г. взносы ОМС покрывали 89,8 % расходов системы ОМС, или 51,5 % общих расходов, что превышает показатели большинства западноевропейских стран, за исключением Нидерландов. Бюджетные трансферты системе ОМС остаются незначительными (9,6 % расходов системы ОМС) и предназначаются для компенсации выпадающих доходов от пониженных ставок (сельскохозяйственные работники, самозанятое население творческих профессий), а также оплаты ряда услуг в области планирования семьи и репродуктивного здоровья (например, выплата пособий по материнству и родам, уходу за ребенком во время болезни, экстракорпоральное оплодотворение). Страховое обеспечение населения, не имеющего собственного дохода (24 % населения), финансируется без участия государства, за счет взносов работающего населения (61 % населения)³.

В отличие от большинства западноевропейских стран Германия отказалась от значимого сокращения состава и глубины страхового покрытия. Из покрытия ОМС исключены только малозначимые медицинские изделия (например, бинты) и лекарственные препараты (например, безрецептурные препараты, препараты для улучшения качества

² Формальным исключением является Люксембург, общие расходы на здравоохранение в котором в 2014 г. оценивались на уровне 6,3 % ВВП. Однако причина формально низкой доли расходов в ВВП — значительно более высокий уровень ВВП Люксембурга по сравнению со среднеевропейским, а общие расходы на душу населения в абсолютном выражении (\$4479 по ППС) сопоставимы с остальными западноевропейскими странами.

³ Среди остального населения 11 % воспользовались правом выхода из ОМС с приобретением замещающего ДМС (лица с доходом выше установленного предела, государственные служащие, самозанятое население), 4 % получают медицинское обеспечение в рамках государственных программ (военнослужащие, полицейские, получатели социальной помощи, беженцы)

жизни, препараты, признанные неэффективными), а также средства коррекции зрения (с 2004 г.). Соплатежи в рамках ОМС носят символический характер, составляя около 2 % общих расходов на здравоохранение, или 3 % расходов системы ОМС.

Следствием сохранения преимущественно страхового финансирования при практически полном объеме страхового покрытия стало неуклонное повышение базовой ставки страховых взносов: с 12,7 % в 1992 г. до 14,6 % в 2005 г., с 2011 г. и по настоящее время — 15,5 %. В 1996 г. дополнительно было введено обязательное страхование потребности в долгосрочном уходе (7,7 % общих расходов в 2012 г.), что позволило сократить бюджетные расходы на здравоохранение с 10,8 % в 1996 г. до 4,8 % общих расходов в 2012 г. Обсуждается возможность выделения в отдельный вид обязательного страхования стоматологической помощи [6].

Во Франции стабилизация финансового обеспечения ОМС длительное время обеспечивалась за счет сокращения глубины страхового покрытия для амбулаторной помощи (к 2010 г. — до 63 %), компенсируемой за счет дополняющего ДМС, держателями которого являются 95 % населения (в 2013 г. — 13,8 % общих расходов). С 2000 г. лицам с доходом ниже установленного минимума дополняющее ДМС предоставляется бесплатно, что фактически превратило дополняющее ДМС в квазиобщественный источник средств. Финансирование программы осуществляется за счет налога на деятельность страховых организаций, предоставляющих ДМС.

В 1990-е гг. во Франции также была проведена масштабная реформа, направленная на расширение доходной базы ОМС. Ключевой мерой реформы стало замещение доли страхового взноса, уплачиваемой работником (6,8 % из общей ставки 19,6 %), целевым социальным налогом, охватывающим все виды доходов, установленная часть которого направляется на здравоохранение. Основные ставки социального налога составляют:

- 7,5 % для дохода от труда (5,1 % направляется в систему ОМС);
- 8,2 % для дохода от капитала (5,95 % направляется в систему ОМС);
- 6,6 % для пенсий (4,95 % направляется в систему ОМС).

Ставка взносов ОМС для работодателя в ходе реформы осталась неизменной. Дополнительно к ставке ОМС работодатель уплачивает взнос в Национальный фонд солидарности, совместно с системой ОМС финансирующий медицинскую и социальную помощь, предоставляемую пожилым людям и инвалидам (0,3 % заработной платы), и дополнительный взнос на покрытие долга системы социального страхования (0,5 % заработной платы).

Дополнительными налоговыми источниками целевого финансирования здравоохранения также стали отчисления из акцизов на алкоголь и табак, налог на деятельность организаций медицинского страхования. В результате принятых мер доля страховых взносов в структуре расходов системы ОМС снизилась до 47,0 % в 2013 г., тогда как государственные субсидии системе ОМС достигли 49,6 %, в т. ч. 35,1 % — отчисления из целевого социального налога, 13,7 % — отчисления из акцизов на алкоголь и табак, целевого налога на организации медицинского страхования, 0,8 % — субсидии из средств общего налогообложения, предназначенные для компенсации пониженных ставок взносов ОМС для низкооплачиваемых работников [7].

Особая политика финансового обеспечения здравоохранения характерна для рыночно-страховых моделей Нидерландов и Швейцарии. Общей исторической особенностью этих стран является длительное сохранение ограниченного охвата ОМС (в Нидерландах — только для работающего населения с доходом ниже установленного предела, в Швейцарии — только в отдельных кантонах), компенсируемого развитым рынком замещающего ДМС для обеспеченного населения. Введение всеобщего охвата в этих странах удалось реализовать относительно поздно (Швейцария — 1996 г., Нидерланды — 2006 г.), с отказом от концепции единой программы ОМС в пользу установления законодательного обязательства населения по приобретению частного ОМС, минимальные требования к которому регулируются государством.

Политика финансового обеспечения рыночно-страховых систем сохраняет большое число инструментов, обычно применяемых в коммерческом страховании, в т. ч. разрешение страховым организациям самостоятельно изменять размер страховой премии и состав страхового покрытия с учетом требований законодательства, определение размера страховых премий в фиксированной сумме (в Нидерландах действует смешанная ставка, сочетающая фиксированный платеж, размер которого устанавливается страховой организацией, и общегосударственную пропорциональную ставку), исключение из страхового покрытия части услуг, традиционно включаемых в ОМС (например, рутинной стоматологической помощи для взрослых, выплаты пособия по нетрудоспособности), установление вычитаемой франшизы в целях стимулирования сокращения необоснованного обращения за страховой помощью. Результатом данных мер становится высокий уровень расходов из личных средств (в Швейцарии — 26 %, внутренние данные Нидерландов (9,0 %) не учитывают расходы на участие пациента в оплате медицинской помощи в рамках ОМС, в т. ч. в части вычитаемой франшизы).

Государственные субсидии системе ОМС носят незначительный характер. В Швейцарии государство полностью или частично субсидирует расходы на приобретение ОМС для лиц с доходом ниже установленного предела, в Нидерландах — также выплачивает страховые взносы за детей до 18 лет. Кроме того, Нидерланды являются единственной западноевропейской страной, где средства на покрытие капитальных расходов больниц включены в тариф ОМС. В сочетании с действовавшей до 2015 г. преимущественно страховой моделью финансирования крупных медицинских рисков, включая потребность в долгосрочном уходе, это обеспечивало наиболее низкий уровень прямых бюджетных расходов на здравоохранение и наиболее высокий уровень расходов из средств страховых взносов среди рассматриваемых стран [8; 9].

Среди мер стабилизации финансового обеспечения ОМС, принимавшихся другими «старыми» страховыми системами, следует отметить:

- переход к общей ставке взносов социального страхования (Бельгия) с последующим распределением собранных взносов по отдельным видам, в т. ч. ОМС, в соответствии с текущими потребностями [10];

- введение обязательств по дофинансированию бюджета системы ОМС до расчетного уровня (Бельгия) или в размере определенной доли собранных взносов (Люксембург) [10; 11];

- введение государственных субсидий для муниципальных фондов, предоставляющих ОМС лицам с низким доходом, пенсионерам и неработающему населению (Япония) [12];

- организация сокращенной программы ОМС для самозанятого населения с пониженной ставкой страховых взносов (Бельгия, 1968–2008 гг.) [10].

Высокий уровень прямых бюджетных расходов на здравоохранение (33,8 % общих расходов) в Австрии объясняется исторической традицией финансирования за счет бюджетных средств не только капитальных, но также значительной доли текущих расходов стационарных больниц (16,5 % общих расходов на здравоохранение), а также сохранение преимущественно бюджетного финансирования помощи, предоставляемой больным, нуждающимся в долгосрочном уходе (11,3 % общих расходов) [13].

«НОВЫЕ» СТРАХОВЫЕ СИСТЕМЫ ЗАПАДНОГО ТИПА

В ряде стран (Южная Корея, Израиль, Турция, Чили) формирование страховых систем началось существенно позднее, чем в «старых» страховых системах, но осуществлялось сходным эволюционным путем, что позволяет определить их как «новые» страховые системы западного типа. К этой же группе может быть условно отнесена Мексика, где формирование страховой системы к настоящему моменту еще не завершено.

Для «новых» страховых систем характерен в среднем значительно более низкий уровень расходов на здравоохранение в абсолютном и относительном выражении, что

связано как с более низким уровнем экономического развития в целом, так и с меньшим объемом социальных гарантий, в т. ч. в части медицинского обеспечения. В большинстве стран группы продолжается первоначальный рост общественных расходов на здравоохранение, связанный с расширением программ гарантированного медицинского обеспечения по охвату населения и составу покрываемых услуг, в отдельных странах проходят реформы, направленные на централизацию программ ОМС.

Стремление обеспечить полный охват населения необходимой медицинской помощью в условиях относительно низкой заработной платы и/или официальной занятости предопределило широкое использование большинством стран группы бюджетного софинансирования системы ОМС или отдельных государственных программ медицинского обеспечения для нуждающихся групп населения. Дополнительные инструменты финансовой политики отличаются по странам в зависимости от текущих задач развития ОМС.

Приоритетом формирования страховой системы здравоохранения Южной Кореи в 1977–1989 г. являлось сохранение высоких темпов экономического роста. Следствием ориентации на снижение возможных рисков для экономики стало расширение охвата ОМС «сверху вниз»: от населения с наиболее высоким и устойчивым доходом к менее обеспеченному; установление низких ставок страховых взносов и отказ от государственных субсидий системе ОМС (были разрешены в ограниченном размере в конце 1980-х гг. в целях компенсации пониженной ставки страховых взносов для самозанятого населения). Сохранение низких ставок страховых взносов обеспечивалось за счет сокращения состава страхового покрытия (в частности, были исключены медицинская помощь при незначительных заболеваниях, ряд дорогостоящих услуг, пособие по болезни) и его глубины, составляющей для различных видов услуг от 40 до 70 %, при получении медицинской помощи третичного звена пациент дополнительно оплачивает работу врачей). В целях повышения сбора средств в Южной Корее также был установлен особый порядок определения размера страховых взносов для населения, доход которого трудно оценить формальным путем (самозанятое население, пенсионеры, безработные) с использованием балльной оценки суммарных активов застрахованного лица, учитывающей его официальный доход, собственность, уровень жизни и участие в экономической деятельности. Доступность медицинской помощи для лиц с доходом ниже прожиточного минимума и ряда иных льготных категорий (суммарно 3–4 % населения) обеспечивается программой бесплатной медицинской помощи, финансируемой и управляемой государством.

Начиная с 2000 г. проводится политика централизации и расширения системы ОМС: в 2000 г. создан единый национальный фонд ОМС; в 2003 г. определен порядок государственного софинансирования бюджета национального страхового фонда, размер которого составляет около 20 % бюджета ОМС (в т. ч. 14 % — отчисления из средств общего налогообложения, 6 % — средства целевого табачного акциза, предназначенные для проведения профилактических мероприятий); в 2008 г. введено обязательное страхование потребности в долгосрочном уходе [14].

В Израиле к концу 1980-х гг. был достигнут близкий к всеобщему охват населения (95 %) частным добровольным медицинским страхованием, действовавшим при поддержке государства, которое финансировало мероприятия по охране здоровья, отдельные виды медицинской помощи, значительную часть медицинских организаций. В этой ситуации основными мотивами введения ОМС (1995 г.) стали стремление защитить население от возможного отказа в приобретении медицинской помощи и оптимизация расходов на здравоохранение путем централизации управления текущими расходами на уровне больничных касс. Созданная система ОМС финансируется за счет целевого налога, взимаемого с дохода от труда и социальных пособий и полностью замещающего классические взносы ОМС, и государственных субсидий из средств общего налогообложения, предоставляемых на дофинансирование бюджета системы ОМС до расчетного объема. Следствием исторической традиции государственной поддержки больничной сети

стало сохранение прямого государственного финансирования медицинской помощи по беременности и родам, а также профилактической помощи для детей.

Ежегодное планирование бюджета используется для сдерживания роста расходов на здравоохранение. Бюджет системы ОМС на душу населения в 2012 г. по абсолютной величине равнялся бюджету 1995 г., а при исключении дополнительных ассигнований на покрытие позднее добавленных услуг оказывался на 12 % ниже. Государство рассматривает устойчивый низкий уровень расходов на здравоохранение как положительный результат реформы, но экспертные оценки менее однозначны. Реализация жесткой политики сдерживания расходов привела к увеличению сроков ожидания медицинской помощи и снижению доверия к системе ОМС и в конечном итоге — к увеличению доли частных расходов по сравнению с периодом до введения ОМС [15].

В Турции отдельные программы ОМС для профессиональных групп (государственных служащих, работников физического труда, самозанятого населения) создавались начиная с середины XX в., но серия реформ, направленных на обеспечение всеобщего охвата, была проведена лишь в 1990–2000-х гг. В 1992 г. профессиональные программы ОМС были дополнены государственной программой ограниченного медицинского обеспечения для лиц, находящихся за чертой бедности, которая покрывала расходы на стационарную помощь — Green Card (Yeşil Kart). В 2003–2011 гг. был осуществлен переход к единой программе ОМС, включавший выравнивание страхового покрытия отдельных программ и централизацию управления программами ОМС. Государство выплачивает страховые взносы за государственных служащих, а также предоставляет средства на медицинское обеспечение пользователей Green Card (в 2007 г. — 17,9 % населения) и покрытие дефицита бюджета системы ОМС. Результатом расширения охвата и выравнивания состава ОМС в последние десятилетия стало значительное сокращение доли расходов из личных средств населения: с 27,6 % (2000 г.) до 17,4 % общих расходов (2008 г.) [16].

Особенность модели Чили — двойная государственно-частная страховая система, созданная в 1979–1981 гг. в рамках политики «поддерживающего» государства, основанного на неолиберальной доктрине. Население вправе выбирать между приобретением единого страхового плана в государственном фонде или у частных страховых организаций, самостоятельно определяющих условия и стоимость страховых планов. Государственный страховой фонд получает бюджетные средства на предоставление страхового обеспечения лицам с доходом ниже установленного минимума, а также на проведение мер по охране здоровья граждан.

Одновременное существование государственного и частного обязательного страхования привело к хроническому дефициту государственного фонда ОМС, предоставляющего страхование преимущественно лицам с низким доходом и/или серьезными проблемами со здоровьем. С 2000 г. в Чили начата реформа гарантированного медицинского обеспечения, составными частями которой выступают определение в явной форме государственных гарантий медицинского обеспечения и выделение дополнительных средств на покрытие расходов по лечению приоритетных нозологий за счет средств от увеличения НДС на 1 %, табачного акциза, таможенных пошлин, продажи государственных долей в учреждениях здравоохранения, не обеспечивающих государственного контроля над деятельностью учреждения [17].

Наконец, в Мексике развитию системы ОМС препятствует обширный теневой сектор экономики (в 2012 г. — 57,5 % занятого населения трудоспособного возраста), ограничивающий возможности как страхового, так и налогового финансирования. Государство стремится стимулировать развитие отдельных программ ОМС в тех сферах, где уровень официальной занятости и размер заработной платы позволяют обеспечивать достаточный размер сборов (в частности, действуют программы ОМС для официальных работников частного сектора, федеральных и региональных государственных служащих, работников отдельных крупнейших компаний, военнослужащих). В целях поддержки развития частных

программ ОМС государство отказывается от регулирования ставок страховых взносов и условий медицинского обеспечения. Кроме того, в 2000-х гг. в Мексике была создана государственная программа медицинского обеспечения (в 2014 г. охватывала 49 % населения), софинансируемая за счет бюджетных средств. Размер взносов для участия в государственной программе определяется доходом населения, для 20 % беднейшего населения она является бесплатной [18].

«НОВЫЕ» СТРАХОВЫЕ СИСТЕМЫ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ

Особую однородную группу «новых» страховых систем образуют постсоциалистические страны Центральной и Восточной Европы, осуществившие переход к страховой модели в 1980–1990-е гг. (Венгрия, Польша, Словакия, Словения⁴, Чехия, Эстония). В отличие от рассмотренных ранее систем в странах данной группы на момент введения ОМС уже существовал всеобщий полный охват населения гарантированным медицинским обеспечением, достигнутый на основе государственного здравоохранения. Общим мотивом перехода к страховой модели стала неудовлетворенность результатами деятельности бюджетной модели здравоохранения, в т. ч. неспособностью обеспечить бездефицитное финансирование. В ряде стран введение ОМС также рассматривалось как восстановление исторической традиции.

Сходные мотивы и экономические условия проведения реформ преопределили ряд общих особенностей формирования программ ОМС в странах группы:

- необходимость сохранения всеобщего охвата населения достаточно полным медицинским обеспечением;
- ограниченность доступных финансовых ресурсов ОМС в силу низкого уровня ВВП и заработных плат, развития теневого сектора экономики;
- высокую идеологическую ценность страховой реформы.

Сочетание обширных государственных гарантий и ограниченных возможностей страхового финансирования привело к изначальной ориентации на бюджетное софинансирование системы ОМС. В большинстве стран бюджетные трансферты системы ОМС приняли форму государственных взносов за экономически неактивное население, что позволило отказаться от принципа солидарности (т. е. покрытия расходов на страховое обеспечение неработающего населения за счет взносов работающего населения) и снизить ставки страховых взносов для работающего населения. Исключение составляет Эстония, где государство уплачивает страховые взносы за сравнительно ограниченный перечень категорий населения (лица в отпуске по уходу за ребенком или осуществляющие уход за инвалидами, зарегистрированные безработные, суммарно 5,3 % застрахованных лиц), тогда как основная часть экономически неактивного населения (дети, учащиеся, пенсионеры по старости и инвалидности, суммарно 48,9 % застрахованных лиц) получают страховое покрытие за счет взносов работающего населения (45,6 % застрахованных лиц) [24].

Помимо государственных страховых взносов бюджетное финансирование в «новых» постсоциалистических страховых системах используется для покрытия расходов на мероприятия по охране здоровья населения, подготовку медицинских специалистов, содержание больниц (капитальные расходы), а также предоставление услуг социальной помощи, в т. ч. в учреждениях постоянного пребывания (медицинские услуги обычно оплачиваются из

⁴ Формально Словения на протяжении социалистического периода сохраняла смешанную модель, объединявшую государственную собственность на учреждения здравоохранения и страховое финансирование. Тем не менее, поскольку смешанная модель Словении обладала теми же недостатками, что и другие постсоциалистические системы — неудовлетворительным качеством услуг, ориентацией на экстенсивное развитие, недостаточным объемом финансового обеспечения, в 1992 г. в стране также была проведена реформа здравоохранения, направленная на усиление страхового финансирования и развитие экономической ответственности участников.

средств ОМС), и отдельных дорогостоящих медицинских услуг. В настоящий момент ни одна из стран группы не реализовала отдельное обязательное страхование потребности в долгосрочном уходе, что объясняется как меньшей долей населения престарелого возраста, так и ограниченными возможностями увеличения нагрузки на заработную плату.

Попытка замещения страхового финансирования целевым налогообложением предпринималась в Венгрии. Средства целевого налога предназначались для компенсации снижения ставок страховых взносов (с 23,5 % в 1995 г. до 8 % в 2010 г.), проведенного в рамках политики увеличения официальной занятости. Первоначально целевой налог на здравоохранение был введен в форме фиксированного взноса за каждого работника и предназначался для покрытия расходов на страховое обеспечение участников ОМС, не являвшихся плательщиками взносов. С 1999 г. фиксированный взнос был дополнен пропорциональной подоходной ставкой 11 %, распространявшейся на все виды дохода, не подлежащие уплате страховых взносов ОМС (дивиденды, выплаты в натуральной форме и т. д.), с 2010 г. фиксированная часть налога была упразднена. В 2009 г. в структуре доходов системы ОМС средства страховых взносов составляли 32,5 %, тогда как средства общего и целевого налогообложения суммарно — 34,9 % (включая средства целевого налога на здравоохранение, а также налогов на деятельность фармацевтических компаний и оптовых продавцов). Тем не менее в целом налог не смог обеспечить полноценную компенсацию доходов, выпавших в результате снижения ставки страховых взносов⁵, и система ОМС продолжает испытывать значительный дефицит бюджета [19].

В большинстве стран также сохраняется полное покрытие всех медицински значимых услуг, попытки ограничения состава или глубины которого сталкиваются с резким общественным и политическим противостоянием. Так, в Чехии большинство соплатежей за медицинские услуги, введенных в 2008 г., были отменены в 2015 г. при смене парламентского большинства [23]. Кроме того, ограничение покрытия порождает риск недоступности медицинской помощи в силу низкого дохода населения. Попытка исключения из состава страхового покрытия рутинной стоматологической помощи, предпринятая в Венгрии в 1995 г., привела к настолько резкому сокращению потребления стоматологических услуг, что уже в 1996 г. стоматологическая помощь была возвращена в состав ОМС с условием соплатежа со стороны пациента, позднее также отмененного (в 2001 г.). На сегодня в Венгрии из состава страхового покрытия исключены только эстетические процедуры и курортное лечение, а также лечение заболеваний и травм, полученных вследствие занятий экстремальными видами спорта, негативных последствий прививок, не включенных в государственную программу вакцинации [19].

В большинстве других стран из состава страхового покрытия также исключены только услуги и лекарственные препараты, не являющиеся жизненно значимыми, сокращение глубины покрытия не применяется или незначительно. Как правило, символические соплатежи устанавливаются для лекарств и медицинских товаров, а также за «обход» системы управляемой медицинской помощи (обращение за медицинской помощью без направления врача первичного звена, получение услуг в большем объеме или иного качества по сравнению с направлением). При этом на практике часто отмечается фактическое сокращение страхового покрытия в форме недоступности или необходимости длительного ожидания отдельных услуг из-за дефицита ресурсов. Косвенным признаком скрытого сокращения общественных гарантий медицинского обеспечения может служить высокий уровень расходов из личных средств населения, средняя доля которых в структуре общих расходов значительно выше, чем в «старых» страховых системах.

⁵ Предполагалось, что снижение страховой ставки на 1 % позволит увеличить официальную занятость на 0,15 %. Однако за период 1998–2008 гг. официальная занятость увеличилась с 53,6 % лишь до 56 % населения трудоспособного возраста. Общий размер теневой экономики в Венгрии в данном периоде оценивался на уровне 25 %.

Результатом сохранения практически полного по составу и глубине страхового покрытия стало слабое развитие ДМС. Практически полное отсутствие ДМС отмечается в Словакии, где в 2010 г. доля ДМС оценивалась на уровне 0,02 % общих расходов на здравоохранение [21]. В Венгрии, где доля ДМС на момент оценки составляла 2,7 % общих расходов, большинство частных страховых планов фактически представляли собой индивидуальные медицинские сберегательные счета, не предполагающие перераспределения средств вне отдельной семьи [19]. Исключением является Словения, где по состоянию на 2014 г. держателями ДМС являлись 71 % населения (95 % населения, не освобожденного от участия в оплате), а расходы ДМС составляли 14,8 % расходов на здравоохранение — наиболее высокий уровень среди европейских страховых систем. Распространение дополняющего ДМС в данном случае объясняется введением в начале 1990-х гг. относительно высокого уровня сострахования (от 10 до 90 % расходов в зависимости от медицинской значимости и стоимости услуг и товаров), распространяемого на большую часть страхового обеспечения по ОМС.

РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТРАХОВЫХ СИСТЕМ

Ключевым направлением развития финансового обеспечения страховых систем здравоохранения в последние десятилетия выступает расширение доходной базы за счет дополнительных источников средств, в качестве которых могут использоваться бюджетные средства (общего или целевого налогообложения), средства иных видов социального страхования, средства ДМС и личные средства населения.

В качестве самостоятельного источника оплаты бюджетные средства обычно используются для финансирования капитальных расходов на поддержание и развитие больницы, реализацию образовательных и исследовательских программ, мероприятий по охране здоровья, организацию долгосрочного ухода, а также программ государственного медицинского обеспечения для отдельных категорий граждан (государственных служащих, социально уязвимых категорий). В отдельных странах государство под влиянием исторической традиции сохраняет дополнительные обязательства, например по финансированию части текущих расходов стационарных больниц (Австрия), медицинской помощи по беременности и родам (Израиль).

При недостаточности страховых взносов для покрытия текущих расходов на медицинскую помощь бюджетные средства также могут использоваться для поддержки системы ОМС. Бюджетное софинансирование может предоставляться в форме:

- нецелевой субсидии в виде общей суммы. Наиболее простая форма, обычно применяемая для покрытия расчетного дефицита бюджета системы ОМС. Характеризуется высоким риском финансовой нестабильности системы;
- целевых налогов или отчислений из средств общего налогообложения (например, доля НДС). Применяются для расширения доходной базы ОМС с сохранением целевого характера средств и высокого уровня устойчивости финансового обеспечения;
- нецелевой субсидии в виде взносов ОМС за экономически неактивное население. Размер бюджетных страховых взносов может определяться на основе плановой потребности (аналогично субсидии на покрытие дефицита) или рассчитываться с использованием установленных ставок страховых взносов и условной доходной базы (например, среднего размера заработной платы или социальных пособий). Позволяет снизить ставки страховых взносов для работающего населения, что особенно важно в условиях развивающейся экономики;
- целевых субсидий на покрытие расходов по определенным категориям услуг (например, государственные субсидии на оплату мер профилактической помощи, услуг в области планирования семьи и репродуктивного здоровья).

Средства иных видов обязательного социального страхования также могут использоваться для оплаты отдельных категорий услуг (например, лечения последствий несчастного случая на производстве) в качестве самостоятельного источника финансирования или с передачей средств в систему ОМС. Кроме того, средства отдельных страховых фондов могут служить источником уплаты страховых взносов ОМС (например, для зарегистрированных безработных, пенсионеров). В последние десятилетия наметилась тенденция выделения в отдельные виды обязательного страхования наиболее дорогостоящих видов помощи: потребности в долгосрочном уходе, крупных медицинских рисков, стоматологической помощи.

В ряде стран значимым источником дополнительного финансирования стали средства ДМС (Словения — 14,8 %, Израиль — 13,6 %, Франция — 12,9 %). Как правило, ДМС получает широкое распространение в странах, применяющих ограничение глубины страхового покрытия. Полнота страхового покрытия в значительной степени определяет также уровень расходов из личных средств населения, при этом наиболее высокий уровень расходов из личных средств характерен для стран, где сокращение страхового покрытия носит скрытый характер, возникая в силу фактического дефицита ресурсов при формальном заявлении о полном составе медицинского обеспечения.

Наряду с мерами, направленными на расширение доходной базы здравоохранения, современные страховые системы проводят политику по расширению и стабилизации страхового финансирования, включающую управление:

- формами и размером ставок страховых взносов (например, введение страховых премий в фиксированной сумме в целях стабилизации объема поступлений, уточненной формулы расчета доходной базы в целях повышения сборов);
- порядком участия пациента в оплате в целях сокращения необоснованного потребления медицинской помощи, привлечения дополнительного объема средств в систему (установление соплатежей, сострахования или вычитаемой франшизы);
- охватом населения (например, запрет на выход из программы ОМС, введение взносов в ОМС для добровольно неработающего населения);
- административными издержками сбора средств (например, централизация сбора взносов социального страхования).

Библиография

1. Mossialos E., Dixon A., Figueras J. et al. Funding Health Care: Options for Europe / European Observatory on Health Care Systems Series, 2002.
2. Bohm K., Schmid A., Götze R. et al. Classifying OECD Healthcare Systems: A deductive approach / TranState Working Papers. 2012. № 165.
3. Mossialos E. Citizens and health systems: Main results from a Eurobarometer survey / Luxembourg: European Commission, 1998.
4. Wagstaff A. Social Health Insurance Reexamined [Электронный ресурс] / World Bank Policy Research Working Paper 4111, January 2007. Режим доступа: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/01/09/000016406_20070109161148/Rendered/PDF/wps4111.pdf.
5. OECD Health Statistics 2016 [Электронный ресурс] / OECD. Режим доступа: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
6. Busse R., Blumel M. Germany: Health system review // Health Systems in Transition. 2014. № 16 (2). P. 1–296.
7. Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I. et al. France: Health system review // Health Systems in Transition. 2015. №17 (3). P. 1–218.
8. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M. et al. The Netherlands: Health system review // Health Systems in Transition. 2016. № 18 (2). P. 1–239.
9. De Pietro C., Camenzind P., Sturny I. et al. Switzerland: Health system review // Health Systems in Transition. 2015. № 17 (4). P. 1–288.
10. Gerkens S., Merkur S. Belgium: Health system review // Health Systems in Transition. 2010. № 12 (5). P. 1–266.
11. Berthet F., Calteux A., Wolter M. et al. Luxembourg: Health system review [Электронный ресурс] // Health Systems in Transition / Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287943/Mini-HIT_Luxembourg-rev1.pdf.

12. Tatar K., Okamoto E. Japan: Health system review // Health Systems in Transition 2009. № 11 (5). P. 1–164.
13. Hofmarcher M., Quentin W. Austria: Health system review // Health Systems in Transition. 2013. № 15 (7). P. 1–291.
14. Chun C-B., Kim S-Y., Lee J-Y. et al. Republic of Korea: Health system review // Health Systems in Transition. 2009. № 11 (7). P. 1–184.
15. Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. Israel: Health system review // Health Systems in Transition. 2015. № 17 (6). P. 1–212.
16. Tatar M., Mollahaliloglu S., Sahin B. et al. Turkey: Health system review // Health Systems in Transition. 2011. № 13 (6). P. 1–186.
17. Missoni E., Solimano G. Towards Universal Health Coverage: the Chilean experience / World Health Report (2010). Background Paper. 4. World Health Organization.
18. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016 / OECD Publishing, Paris, 2016.
19. Gaál P., Szigeti S., Csere M. et al. Hungary: Health system review // Health Systems in Transition. 2011. № 13 (5). P. 1–266.
20. Sagan A., Panteli D., Borkowski W. et al. Poland: Health system review // Health Systems in Transition. 2011. № 13 (8). P. 1–193.
21. Szalay T., Pažitný P., Szalayová A. et al. Slovakia: Health system review // Health Systems in Transition. 2011. № 13 (2). P. 1–200.
22. Albreht T., Pribaković Brinovec R., Jošar D. et al. Slovenia: Health system review // Health Systems in Transition. 2016. № 18 (3). P. 1–207.
23. Alexa J., Rečka L., Votápková J. et al. Czech Republic: Health system review // Health Systems in Transition. 2015 № 17 (1). P. 1–165.
24. Lai T., Habicht T., Kahur K. et al. Estonia: Health system review // Health Systems in Transition. 2013. № 15 (6). P. 1–196.

Автор



Сисигина Наталья Николаевна, мл. науч. сотр. Центра налоговой политики Научно-исследовательского финансового института; науч. сотр. Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС
(e-mail: sisiginann@mail.ru)

N. N. Sisigina

Financing of Modern Health Insurance Systems

Abstract

The article deals with the development of financing mechanisms for health insurance systems since the second half of the 20th century. On the basis of the analysis of foreign countries experience the author shows that as state guarantees for free medical care are evolving compulsory health contributions role in the health financing structure is decreasing in favor of supplementary financial sources of funding. In the course of the research the author also highlights main supplementary financial sources, objectives and forms of their usage, mechanisms for stabilization of insurance financing.

Keywords:

budgetary funding, voluntary health insurance, compulsory health insurance, social insurance, health insurance model, health financing

JEL: I18

Sisigina Natalia N., Junior Researcher, Tax Policy Center, Financial Research Institute¹;
Research Fellow at the Institute for Social Analysis and Forecasting,
Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA)²

Author's affiliation:

1 – Financial Research Institute, Moscow 127006, Russian Federation

2 – Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration,
Moscow 119571, Russian Federation