



ЕВРОПА

**Каковы последствия частного
финансирования служб здравоохранения
в странах Западной Европы с точки
зрения обеспечения справедливости,
эффективности, снижения затрат и
расширения возможностей выбора?**

Июль 2004 г.

РЕФЕРАТ

Вашему вниманию предлагается сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), посвященный проблеме частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы. За последние 20 лет во многих западноевропейских странах уровень расходов частных лиц на медицинскую помощь повысился, и последствия этого повышения вызывают тревогу. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что использование частных источников финансирования служб здравоохранения нередко носит регрессивный характер и создает финансовые барьеры для доступа к помощи. Это мало способствует успеху усилий по сдерживанию затрат и может фактически приводить к их росту.

Схемы долевого участия в расходах широко используются в системах здравоохранения стран Западной Европы для смягчения спроса и/или увеличения доходов. Однако теоретическое обоснование использования схем долевого участия в расходах малоубедительно, в особенности применительно к медицинской помощи, оказываемой по направлению или по предписанию врача.

Сеть СФДЗ, созданная по инициативе Европейского регионального бюро ВОЗ и координируемая им, является информационной службой, предназначенной для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ. Услугами СФДЗ также могут пользоваться и другие заинтересованные стороны.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

Thomson S, Mossialos E (2004). *Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/Document/E83334R.pdf>, по состоянию на [day month year]).

Ключевые слова

ФИНАНСИРОВАНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИВАТИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ – экономика
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ –
экономика
КОНТРОЛЬ ЗА УРОВНЕМ РАСХОДОВ
ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
МЕТОДЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИНЯТИЯ
РЕШЕНИЙ
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. 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 Всемирная организация 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 и буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	5
Существо вопроса	5
Фактические данные	5
Рекомендации в отношении политики	6
1. Введение	7
2. Частное медицинское страхование	8
2.1 Роль частного медицинского страхования.....	9
Преимущественное	10
Обязательное	10
Заменяющее	11
Дополняющее	11
Дополнительное альтернативное	11
2.2 Равноправие в финансировании медицинской помощи	13
2.3 Доступ к медицинской помощи	14
2.4 Сдерживание расходов	16
2.5 Эффективность	17
2.6 Возможности выбора	18
2.7 Обсуждение проблемы и идущие в настоящее время дебаты	19
Регулирование.....	20
Налоговые льготы	21
Выход из системы предусмотренного законом страхования и заменяющее частное медицинское страхование	21
Финансовая защита и доступ	23
2.8 Выводы	24
2.9 Соображения, относящиеся к выбору политики	25
3. Оплата наличными	25
3.1 Доводы за и против долевого участия в расходах	27
3.2 Результаты исследований, касающиеся принципа долевого участия в расходах	28
Равноправие в финансировании медицинской помощи.....	28
Доступность медицинской помощи	29
Результативность.....	29
Дифференцированная плата	31
Сдерживание расходов.....	31
Уровни денежных поступлений	33
3.3 Обсуждение проблемы и идущие в настоящее время дебаты	33
3.4 Выводы	35
3.5 Соображения, относящиеся к выбору политики	36
Приложение I. Глоссарий	37
Библиография	41

Резюме

Существо вопроса

За последние 20 лет уровень расходов частного сектора на службы здравоохранения во многих странах Западной Европы увеличился, что вызвало опасения в отношении связанных с этим последствий. Основными направлениями расходования частных средств служат полисы частного медицинского страхования и схемы долевого участия в расходах в рамках систем общественного здравоохранения.

Фактические данные

Имеющиеся данные указывают на то, что использование частных источников финансирования служб здравоохранения нередко носит регрессивный характер и создает финансовые барьеры для доступа. Это мало способствует успеху усилий по сдерживанию затрат и может фактически приводить к их росту.

Частное медицинское страхование

Роль частного страхования в системах здравоохранения стран Западной Европы определяется, главным образом, уровнем государственного медицинского страхования. Имеющиеся данные указывают на следующее:

- Предоставление людям возможности отказываться от государственного медицинского страхования представляет собой угрозу для его долгосрочной финансовой стабильности.
- Использование дополнительного частного медицинского страхования для защиты от уплаты законодательно установленных высоких сумм сборов с пользователей может усиливать неравенство в отношении доступа к медицинской помощи между теми, кто имеет и не имеет возможности получить такое страховое покрытие.
- Замещающее частное страхование усиливает неравенство в отношении доступа, в особенности в тех случаях, когда нет четких границ между предоставлением государственной и частной медицинской помощи.
- Налоговые льготы, предоставляемые в отношении частного медицинского страхования, неэффективны, поскольку они искажают представления о реальной цене страхования и приводят к образованию операционных издержек, и нарушают принцип справедливости, поскольку они обычно обеспечивают дополнительные преимущества группам населения с более высоким уровнем доходов.
- Частные компании медицинского страхования не имеют стимулов для повышения эффективности своей деятельности и обычно несут более высокие административные затраты, чем системы государственного медицинского страхования. Системы, предусматривающие общественное финансирование, обычно более успешно осуществляют контроль за уровнем издержек, чем системы, основанные преимущественно на частном финансировании.
- Частное медицинское страхование может расширять возможности выбора для некоторых лиц, но не в такой мере, в какой это часто предлагается, а при определенных обстоятельствах может даже ограничивать возможности выбора.

Долевое участие в расходах

Схемы долевого участия в расходах широко используются в системах здравоохранения стран Западной Европы для смягчения спроса и/или увеличения доходов. Однако теоретическое обоснование использования схем долевого участия в расходах малоубедительно, в особенности применительно к службам здравоохранения, основанным на специализированной помощи или предписанных рекомендациях. Имеющиеся данные указывают на следующее:

- Схемы долевого участия в расходах приводят к изменению структуры затрат в сторону увеличения индивидуальных расходов и к значительному уменьшению использования служб здравоохранения.
- Долевое участие в расходах снижает использование как надлежащей, так и ненадлежащей медицинской помощи, что оказывает отрицательное влияние на соблюдение принципа справедливости и эффективность деятельности.
- Долевое участие в расходах не является эффективным средством сдерживания затрат.
- Для стимулирования более эффективных с точки зрения затрат схем использования служб здравоохранения можно применять дифференцированную оплату.
- Поскольку схемы долевого участия в расходах создают финансовые барьеры в отношении доступа, они должны сопровождаться использованием механизмов, обеспечивающих защиту лиц, часто пользующихся услугами служб здравоохранения, а также групп с низкими доходами.
- Системы льгот требуют административных затрат, могут приводить к образованию значительных операционных расходов и могут ограничивать возможности увеличения доходов при использовании схем долевого участия.

Рекомендации в отношении политики

Частное медицинское страхование

Схемы частного медицинского страхования должны регулироваться в целях обеспечения доступа и защиты потребителей в соответствии с той ролью, которую они играют в данной стране, и в соответствии с законами Европейского союза. От частных компаний медицинского страхования необходимо требовать предоставления четкой и стандартизированной информации о ценах, охвате населения и условиях предоставления полисов. Должны существовать четкие границы между секторами частного и общественного здравоохранения в целях недопущения неправильного распределения государственных ресурсов и неравенства в отношении доступа. Налоговые льготы для схем частного медицинского страхования должны быть отменены.

Долевое участие в расходах

Системы льгот следует разрабатывать на основе четко определенных потребностей и последовательно использовать их. Для стимулирования более эффективного с точки зрения затрат использования служб здравоохранения можно применять дифференцированную оплату. Усилия по сдерживанию затрат должны быть ориентированы не на спрос, а на предложение услуг здравоохранения.

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Авторы данного сводного доклада СФДЗ:

Sarah Thomson

Научный сотрудник по вопросам политики здравоохранения, факультет медико-социальной помощи Лондонского института экономики

Научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения
Факультет медико-социальной помощи Лондонского института экономики (J301)

London School of Economics and Political Science

Houghton Street

London

WC2A 2AE

Тел.: +44-20-7955-6474

Факс: +44-20-7955-6803

Эл.почта: s.thomson@lse.ac.uk

Elias Mossialos

Профессор политики здравоохранения кафедры им. Брайана Абеля-Смита,
факультет социальной политики, Лондонский институт экономики

Директор научно-исследовательского отдела Европейской обсерватории по системам
и политике здравоохранения

Факультет медико-социальной помощи Лондонского института экономики (J413)

London School of Economics and Political Science

Houghton Street

London

WC2A 2AE

Тел.: +44-20-7955-7564

Факс: +44-20-7955-6803

Эл.почта: e.a.mossialos@lse.ac.uk

1. Введение

В Западной Европе системы здравоохранения финансируются главным образом из государственных источников поступлений, таких, как налоги или взносы по медико-социальному страхованию (МСС), что позволяет обеспечить высокий уровень защиты от финансовых последствий нездоровья и способствует равноправию и результативности медицинской помощи. В большинстве стран на долю частных расходов (связанных с частным медицинским страхованием и оплатой наличными "из своего кармана") приходится менее одной трети общей суммы расходов на здравоохранение. Наиболее заметное исключение составляют Греция и Швейцария (1).

В частных расходах на здравоохранение доля оплаты наличными обычно больше, чем доля частного медицинского страхования. Роль последнего редко бывает сколько-нибудь значительной как в финансировании медицинской помощи, так и в качестве средства получения доступа к ней. В 1999 году во всех странах, кроме Франции, Германии и

Нидерландов, на частное медицинское страхование приходилось менее 5% общей суммы расходов на здравоохранение (2).

За последние 20 лет во многих странах Западной Европы уровень частных расходов на медицинскую помощь вырос, что является следствием более частого обращения к оплате наличными и (в меньшей степени) увеличения использования частного медицинского страхования. Это два совершенно разных механизма финансирования, каждому из которых присущи свои стратегические цели и последствия. В настоящем сводном докладе обобщаются фактические данные о том, как отражаются оба эти механизма на достижении таких стратегических целей, как защита от финансового ущерба при нездоровье, обеспечение равноправия (с точки зрения финансового бремени и доступа к медицинской помощи), результативности, сдерживания расходов и возможности выбора. Большинство фактических данных относится к Западной Европе, но некоторые дополнительные факты взяты из опыта Соединенных Штатов Америки. Исследования, анализируемые в настоящем синтезированном докладе, были найдены в международных базах данных (PubMed, EconLit и IBSS), а также в результате библиотечного поиска и поиска в Интернете.

2. Частное медицинское страхование

Медицинское страхование предназначено для того, чтобы защитить людей от непредсказуемого и потенциально катастрофического финансового ущерба, связанного с нездоровьем. Этой цели оно достигает путем объединения в пул финансового риска среди множества людей во времени. Финансирование и организация медицинского страхования могут быть государственными или частными. Сторонники неоклассической экономической теории утверждают, что наилучшим механизмом распределения ресурсов является рынок, устанавливающий цены посредством взаимодействия между предложением и спросом. Однако рынок услуг здравоохранения не соответствует моделям идеальной конкуренции, главным образом из-за асимметричности информации между поставщиками и потребителями этих услуг. В результате асимметричности информации поставщик выступает в качестве агента потребителя, предоставляя те услуги, которые считаются нужными в соответствии с более полной информацией, имеющейся у поставщика. Рынки медицинского страхования также могут проявлять неэффективность как механизм регулирования в тех случаях, когда:

- риск того, что люди будут болеть и требовать выплаты страхового возмещения, не является независимым во всем населении;
- вероятность того, что люди будут болеть, высока или не вызывает сомнений, как это может быть в случае пожилых или уже больных людей;
- трудно оценить вероятность требований выплаты страхового возмещения в будущем;
- люди могут скрыть от страховщиков информацию, имеющую существенное значение (неблагоприятный отбор);

- наличие страховки стимулирует людей – пациентов или поставщиков медицинских услуг – вести себя так, что это поведение влияет либо на потребности в медицинской помощи, либо на стоимость медицинской помощи (моральный риск) (3).¹

Некоторые из этих проявлений неэффективности рыночного механизма могут быть исправлены путем регулирования рынка, но дело в том, что частное медицинское страхование часто регулируется недостаточно (5). Отчасти это объясняется тем, что регулирование – процесс сложный, требующий значительного технического и финансового потенциала, а отчасти тем, что большинство коррективных мер негативно сказываются на достижении стратегических целей, таких, как равноправие, результативность и возможность выбора. Недостаточное регулирование рынка ведет к неполноте страхового покрытия и к появлению проблем доступности страхования по стоимости для некоторых категорий населения, таких, например, как люди с уже имеющимися заболеваниями, инвалиды, лица пожилого возраста и малообеспеченные люди, особенно когда риски объединяются в пул на индивидуальной основе или на основе малых групп, а не на основе сообщества.

В большинстве стран медицинское страхование финансируется и организуется государством. С экономической точки зрения такая мера оправдывается наличием дефектов в механизме рыночного регулирования и проблем, связанных с регламентацией частного медицинского страхования. В то же время частное медицинское страхование может дать потенциальные преимущества по сравнению с государственным, которые выражаются в увеличении возможности выбора, мобилизации ресурсов на развитие инфраструктуры, поощрении инноваций и возможности направления государственных ресурсов целевым назначением на нужды наименее обеспеченных людей (5). Но будут ли эти преимущества реализовываться на практике – это уже зависит от структуры и поведения рынка частного медицинского страхования, от того, каким образом он регулируется и от его отношений с государственной системой здравоохранения.

2.1 Роль частного медицинского страхования

В разных обстоятельствах частное медицинское страхование выполняет разные функции. Можно выделить пять отчетливо различающихся между собой типов частного медицинского страхования: преимущественное, обязательное, заменяющее, дополняющее и дополнительное альтернативное.²

¹ Моральный риск также бывает в государственных системах медицинского страхования (4).

² В странах с низким уровнем доходов, которым трудно получать средства из государственных источников, или там, где произошло ослабление систем предусмотренного законом медицинского страхования, в качестве альтернативы преимущественной оплате наличными из своего кармана может быть принята та или иная форма предоплаты, исчисляемой для всего сообщества.

Преимущественное

В США частное медицинское страхование представляет собой основной способ финансирования медицинской помощи для работающего населения. Страховка покупается на добровольной основе, главным образом через работодателей. С 1966 года доступ к медицинскому страхованию, которое финансируется государством, имеют люди в возрасте 65 лет и старше ("Медикэйр") и малообеспеченные лица ("Медикэйд"). Система "Медикэйр" финансируется за счет взносов, выплачиваемых в период работы, общих налоговых поступлений и определенного долевого участия пациентов в оплате расходов. Система "Медикэйд" финансируется в равных долях федеральным правительством и правительствами штатов за счет общих налоговых поступлений. Кроме того, многочисленные категории населения напрямую обеспечиваются медицинскими услугами, которые финансируются за счет общих налоговых поступлений или через государственные и частные страховые компании. К таким категориям относятся военнослужащие, находящиеся на действительной службе и уволенные в запас, и члены их семей, ветераны войны и государственные служащие.

Одной и несколькими государственными программами охвачено около 40% населения США. Однако вследствие региональных различий в критериях установления права на пользование системой "Медикэйд", проблем доступности по стоимости частного страхования и низкого уровня пользования государственными программами или страхованием, которое обеспечивают работодатели, 16% населения в возрасте до 65 лет в любой данный момент времени не охвачено никаким видом медицинского страхования (6). Две трети общей численности незастрахованного населения – это бедные или лица, приближающиеся к уровню бедности, хотя 80% являются членами работающих семей. Основная группа, в которую входит примерно 3 процента населения, либо не может, либо не желает страховаться – это в основном взрослые молодые люди, работающие бедняки и лица из социально неблагополучных категорий (7). Для стимулирования этих людей к получению страхового полиса были введены налоговые льготы, но положительный эффект этой меры был меньше, чем ожидалось. Даже когда предлагается страхование, субсидируемое работодателем или страховщиком, многие отказываются от него (8).

На долю частного медицинского страхования приходится 35% суммарных расходов на здравоохранение, тогда как на долю государственных источников финансирования в 2000 году приходилось 43% (9).

Обязательное

В Швейцарии с 1996 года все резиденты обязаны покупать частную медицинскую страховку. Частное медицинское страхование было сделано обязательным для того, чтобы можно было решать проблемы, возникающие вследствие неблагоприятного отбора и селекции рисков. Деятельность частных медицинских страховых компаний, работающих в Швейцарии, осуществляется в режиме строгого регулирования, предполагающего открытый прием страхователей, страховые взносы, исчисляемые для всего сообщества, стандартный минимальный набор страховых выплат и механизм корректировки рисков. Однако, хотя обязательное частное медицинское страхование в Швейцарии и решает проблемы, связанные с неблагоприятным отбором, оно порождает обеспокоенность по

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

поводу равноправия и сдерживания расходов (10), а в странах, где потенциал регулирования ограничен, подобная обеспокоенность может быть еще сильнее.

За исключением Швейцарии, в Европе частная медицинская страховка всегда покупается на добровольной основе и, как показано в таблице 1, играет заменяющую, дополняющую или альтернативную роль.

Заменяющее

Заменяющее частное медицинское страхование предоставляет собой страховое покрытие, которое в противном случае было бы обеспечено государством. Частную медицинскую страховку покупают те, кто исключается из участия в некоторых или во всех аспектах обязательного медицинского страхования – например, лица, имеющие годовой доход свыше 30700 евро в Нидерландах, или лица, занятые собственным делом, в Бельгии, или же те, кто может выйти из системы предусмотренного законом медицинского страхования, например, работающие по найму с годовым заработком свыше 45900 евро в Германии.

Дополняющее

Дополняющее частное медицинское страхование обеспечивает покрытие услуг, исключенных или не полностью покрываемых предусмотренным законом медицинским страхованием. Иногда оно покрывает целые области медицинской помощи, такие, как стоматологическую помощь во многих западноевропейских системах здравоохранения или фармацевтические препараты для амбулаторного лечения в Канаде. Оно также может покрывать величину установленной законом пользовательской платы, как, например, в Дании, Франции, Италии и Словении. На страховые пособия, предоставляемые частным медицинским страхованием, явно влияет характер страховых пособий, покрываемых медицинским страхованием, которое предусмотрено законодательством, и поэтому эти пособия в разных странах могут быть разными.

Дополнительное альтернативное

Дополнительное альтернативное частное медицинское страхование обычно покрывает тот же спектр медицинских услуг, что и предусмотренное законом медицинское страхование, и поэтому его часто называют "двойным покрытием". Его главная цель заключается в том, чтобы расширить возможности выбора поставщика услуг (например, частные службы или частные отделения в государственных учреждениях) и повысить уровень удобства пребывания в стационаре (например, одноместная палата). Расширяя выбор поставщиков, дополнительное альтернативное медицинское страхование может также обеспечивать ускоренный доступ к медицинской помощи. Такой тип частного медицинского страхования встречается во всех странах Западной Европы. Оно часто продается в сочетании с дополняющим и/или заменяющим частным медицинским страхованием.

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Таблица 1. Роль частного медицинского страхования в системах здравоохранения Западной Европы

Роль	Покрытие	Примеры
Заменяющее	Для тех, кто исключен из предусмотренного законом медицинского страхования или кому разрешено выходить из него	<i>Исключаются:</i> семьи с годовыми доходами свыше 30700 евро в Нидерландах <i>Разрешено выходить:</i> семьям с годовыми заработками свыше 45900 евро в Германии
Дополняющее	Медицинские услуги, исключенные или лишь частично покрываемые государством, например, стоматологическая помощь или пользовательская плата	<i>Исключенные медицинские услуги:</i> Франция, Ирландия, Нидерланды, Испания, Соединенное Королевство <i>Долевое участие в расходах:</i> Бельгия, Дания, Франция, Ирландия, Италия, Люксембург, Португалия, Швеция
Дополнительное альтернативное	Расширяет возможности выбора поставщиков медицинских услуг и ускоряет доступ	Все страны; главная роль частного медицинского страхования в Финляндии, Греции, Португалии, Испании, Швеции и Соединенном Королевстве

Источник: (11)

Главным фактором, определяющим роль частного медицинского страхования в данной стране, является объем охвата предусмотренным законом медицинским страхованием. В свою очередь влияние частного медицинского страхования на достижение стратегических целей в огромной степени зависит от роли, которую оно играет. По этой причине изложение значительной части рассматриваемых ниже фактических данных исследований, касающихся частного медицинского страхования в Западной Европе, построено в соответствии с тем, какую роль оно играет – заменяющую, дополняющую или дополнительную альтернативную.

Объем фактических данных, касающихся влияния частного медицинского страхования в европейских странах, относительно ограничен, что отчасти объясняется низким уровнем научного интереса к тому, что представляет собой относительно малый источник общего финансирования медицинской помощи, а отчасти – трудностью получения данных, имеющих отношение к этому предмету. Большая часть фактических данных, обобщаемых в настоящем докладе, основана на проведенных недавно исследованиях (11, 12) и, в соответствующих случаях, на дополнительных данных, полученных из США. Факторы, определяющие спрос на частное медицинское страхование в Западной Европе, включают уровень дохода, возраст, пол, занятость, род занятий, уровень образования и район проживания. К лицам, кто с наибольшей вероятностью оказывается охваченным частным медицинским страхованием, относятся мужчины средних лет, занимающиеся умственным трудом и живущие в городах (11).

2.2 Равноправие в финансировании медицинской помощи

Взносы по частному медицинскому страхованию могут исчисляться в соответствии с риском нездоровья данного лица или на основании усредненных расходов, которые несет "сообщество" (фирма или географически определенная территория). Отдельные лица, покупающие частную медицинскую страховку, обычно платят взносы, исчисленные в соответствии с риском, тогда как группам людей – обычно работникам какой-либо фирмы – обычно предлагается платить взносы, исчисляемые для всего сообщества.

Поскольку нет никакой увязки между ценой страховых взносов и личным доходом, частное медицинское страхование приводит к регрессивному распределению финансового бремени, т.е. в пропорциональном отношении бедные платят больше, чем богатые. Страховые взносы, исчисляемые в соответствии с риском, носят более регрессивный характер, чем страховые взносы, исчисляемые для всего сообщества, и обеспечивают лишь ограниченную защиту от финансового риска, поскольку имеется зависимость между доходом и состоянием здоровья: в среднем, в менее обеспеченных категориях наблюдается более высокая заболеваемость и смертность, чем в более обеспеченных категориях.

Анализ того, как частное медицинское страхование влияет на равноправие в финансировании системы здравоохранения, показывает, что эта форма страхования носит чрезвычайно регрессивный характер в тех случаях, когда она является преимущественной или обязательной и когда большинство населения пользуется для страхования именно ею, как это происходит в Соединенных Штатах и Швейцарии (13). Дополняющее частное медицинское страхование тоже носит регрессивный характер, особенно когда страховку этого вида покупают группы со средним уровнем доходов и поэтому она охватывает относительно большую долю населения. Когда же частное медицинское страхование играет роль дополнительной альтернативной или заменяющей формы медицинского страхования и поэтому страховку покупают главным образом люди с более высоким уровнем доходов, влияние на финансирование оказывается умеренно прогрессивным. В период 90-х годов в большинстве стран частное медицинское страхование стало менее прогрессивным.

Результат исследования, показывающий, что в некоторых странах частное медицинское страхование способствует прогрессивному характеру финансирования систем здравоохранения, следует интерпретировать с осторожностью. Исследование, выполненное Wagstaff и соавторами (13), посвящено проблеме равноправия, которая рассматривается с точки зрения платы за медицинскую помощь; в нем не анализируется равноправие в распределении пособий на медицинскую помощь. Определенный прогрессивный эффект на финансирование медицинской помощи, по-видимому, оказывает дополнительное альтернативное частное медицинское страхование, поскольку те, кто им охвачен, продолжают платить взносы в систему предусмотренного законом медицинского страхования и поэтому их вклад в общее финансирование системы здравоохранения относительно высок. Однако страховые пособия, предоставляемые дополнительным альтернативным медицинским страхованием, выпадают исключительно

на долю тех, кто охвачен этой формой страхования, кто чаще всего относится к категориям населения с высоким уровнем доходов. Поэтому чистое влияние на равноправие в системах здравоохранения остается регрессивным. В случае же заменяющего частного медицинского страхования охваченные им лица более не платят взносов в систему предусмотренного законом медицинского страхования, и поэтому не только уменьшается способность государства объединять риски в пул, но и чистое влияние на равноправие скорее всего будет регрессивным.

2.3 Доступ к медицинской помощи

Экономическая проблема неблагоприятного отбора создает у частных медицинских страховых компаний сильную заинтересованность в селекции рисков, т.е. в привлечении людей с ожидаемым риском нездоровья ниже среднего и в отпугивании людей с ожидаемым риском выше среднего. Проблема неблагоприятного отбора наиболее успешно решается посредством введения обязательности медицинского страхования. Однако там, где частная медицинская страховка покупается на добровольной основе, страховые компании могут иметь возможность проводить селекцию рисков явно, отказывая в удовлетворении ходатайств, исключая из покрытия или требуя более высокие страховые взносы за покрытие уже имеющихся заболеваний и предлагая годовую страховку, а не пожизненную. Если явная селекция рисков запрещена нормативными требованиями, такими, как требования открытого приема страхователей, покрытия уже существующих заболеваний и исчисления взносов на основе усредненных расходов всего сообщества, частные медицинские страховые компании могут прибегнуть к скрытым формам селекции рисков, например, размещая рекламу в Интернете для привлечения молодежи или прилагая к частным медицинским страховкам абонементы спортивных клубов по сниженным ценам, чтобы тем самым привлекать людей, которые любят заниматься физкультурой. Поскольку исчисление страховых взносов на основе усредненных расходов всего сообщества повышает заинтересованность частных медицинских страховщиков в селекции рисков, может возникнуть необходимость в том, чтобы оно сопровождалось системой корректировки рисков.

В результате того, что на рынках частного медицинского страхования практикуется селекция рисков, некоторые категории населения могут оказаться не в состоянии обеспечить для себя приемлемый по стоимости уровень страхового покрытия или вообще хоть какое-нибудь покрытие. К числу тех, кто скорее всего будет сталкиваться с трудностями при покупке частной медицинской страховки, относятся взрослые молодые люди, лица пожилого возраста, люди со слабым здоровьем или имеющие инвалидность, а также входящие в категорию малообеспеченных. В то же время степень этих трудностей во многом зависит от того, насколько люди полагаются на частное медицинское страхование, чтобы защитить себя от финансового ущерба в случае заболевания.

В Германии и Нидерландах для некоторых категорий людей единственной или главной формой финансовой защиты на случай болезни является заменяющее частное медицинское страхование. Однако из-за того, что частные медицинские страховые компании занимаются селекцией рисков, лицам пожилого возраста, людям со слабым

здоровьем и людям, имеющим большую семью, трудно приобрести по приемлемой стоимости заменяющую страховку. Вот почему теперь в обеих указанных странах от частных медицинских страховых компаний требуется, чтобы они предоставляли лицам пожилого возраста определенный минимальный пакет страховых пособий за страховой взнос, размер которого устанавливает государство. В Нидерландах страховой взнос субсидируется за счет лиц более молодого возраста, обеспеченных заменяющим частным медицинским страхованием. В Германии частные медицинские страховые компании также обязаны предлагать пожизненное страхование. Для уменьшения финансовых трудностей доступа на рынках заменяющего частного медицинского страхования государственным органам необходимо применять гораздо более жесткие меры регулирования, чем обычно применяются на рынках дополняющего или дополнительного альтернативного частного медицинского страхования.

Дополняющее частное медицинское страхование, покрывающее установленную законом пользовательскую плату, создает финансовые барьеры на пути к доступу для малообеспеченных категорий, особенно для тех, чей доход лишь едва превышает порог, установленный для каких-либо форм освобождения от пользовательской платы. Так, во Франции, где дополняющее частное медицинское страхование расширилось и охватывает уже около 85% населения, вероятность и качество покрытия в большой степени зависит от принадлежности к социальному классу и возрастной группе, занятости и уровня доходов (14, 15). Исследования, проведенные во Франции и в Испании, показывают, что люди, застрахованные в системе дополняющего частного медицинского страхования, чаще обращаются к врачам и стоматологам, чем те, кто не имеет такой формы страхового покрытия (16, 17).

Дополнительное альтернативное частное медицинское страхование увеличивает проявления неравноправия в доступе в тех случаях, когда оно позволяет людям получать медицинскую помощь в государственном секторе вне очереди. Оно также может искажать распределение государственных ресурсов на медицинскую помощь, особенно если нет четкого определения границы между государственной и частной формами предоставления помощи – например, если поставщики могут работать в обоих секторах, если ограничены возможности или если частное медицинское страхование стимулирует поставщиков к тому, чтобы они по-разному относились к государственным и частным пациентам. В Ирландии, где люди, имеющие частную медицинскую страховку, могут пользоваться частными палатами в государственных больницах – при том, что государственные пациенты должны долго ждать, когда подойдет их очередь получить койку в этих больницах – исследования показывают, что пользование всеми типами стационарного лечения (плановым, экстренным и дневным уходом) частными пациентами растет быстрее, чем пользование государственными пациентами (18). Исследования также показывают, что на долю частных пациентов в 1999 и 2000 годах приходилось около 30% всех больных, выписываемых из стационаров, хотя официально для пользования частными пациентами было выделено лишь около 20% коек экстренной помощи.

Анализ, проведенный на международном уровне, позволяет предположить, что в странах ОЭСР частное медицинское страхование снижает равноправие в пользовании услугами врачей (19). Хотя в большинстве стран подобное влияние невелико, было установлено, что частное медицинское страхование оказывает значительное влияние на равноправие в пользовании услугами узких специалистов в Ирландии и Соединенном Королевстве – в странах, где дополнительное альтернативное частное медицинское страхование, главным

образом, позволяет получить ускоренный доступ к медицинской помощи, а также (в меньшей степени) в Австрии, Бельгии, Канаде, Дании, Италии и Испании.

2.4 Сдерживание расходов

В системах здравоохранения, для которых характерны высокие уровни покрытия предусмотренным законом медицинским страхованием, частное страхование часто существует для того, чтобы расширить возможности выбора для потребителей. В результате частные страховые компании в Западной Европе мало заинтересованы в сдерживании расходов. За исключением некоторых крупнейших страховых компаний в Испании и Соединенном Королевстве, большинство страховщиков неохотно идет на снижение себестоимости услуг и страховых взносов путем принятия стратегий "управляемой помощи", таких, как вертикальная интеграция,¹ сети предпочтительных поставщиков, выборочное заключение контрактов или контроль за поведением поставщиков (12). Отчасти это объясняется опасением, что ограничение выбора приведет к снижению спроса. Попытки ограничить выбор в обмен на снижение страховых взносов в Бельгии, Франции и Испании оказались безуспешными (12). У частных медицинских страховых компаний возможности применения стратегий управляемой помощи также могут быть ограничены отсутствием рыночной власти, особенно когда рынки раздроблены, а поставщики услуг хорошо организованы.

Еще одной причиной, по которой частные страховые компании мало заинтересованы в сдерживании расходов, является то обстоятельство, что частная медицинская страховка в основном покупается и оплачивается гражданами, а не работодателями. Однако за последние 15 лет в некоторых странах доля страховых полисов, приобретенных группами, резко увеличилась. На долю групповых полисов приходятся ныне почти все полисы в Греции, Ирландии, Португалии, Швеции и Соединенном Королевстве и свыше половины всех полисов во Франции и Нидерландах (12). В США большинство полисов покупается через работодателей. Обычно рынки групповых полисов частного медицинского страхования являются более конкурентными, так как у работодателей выше покупательная способность, чем у отдельных граждан, и они могут договориться о страховом покрытии по меньшей стоимости.

Как показывают фактические данные, системы здравоохранения, финансируемые государством, обычно более успешно сдерживают рост расходов, чем системы, финансируемые главным образом за счет частных источников (20). Кроме того, наиболее успешно удерживают самые низкие темпы ежегодного роста расходов те страны, которые увязывают повышение расходов на медицинскую помощь с заранее устанавливаемыми стандартами, такими, как ожидаемый рост валового внутреннего продукта (ВВП) или жесткий годовой бюджет – например, Канада и Соединенное Королевство.

¹ В Нидерландах вертикальная интеграция практически запрещена законом.

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

2.5 Эффективность

Частные медицинские страховые компании обычно несут более высокие управленческие и административные расходы, чем медицинские страховщики, предусмотренные законодательством, и объясняется это отчасти тем, что обычно частные пулы намного меньше, чем установленные законодательно, но прежде всего тем, что для оценки риска, исчисления размера страховых взносов, составления пакетов страховых пособий и рассмотрения, удовлетворения или отклонения заявлений о выплате страхового возмещения требуется обширный административный аппарат (см. таблицу 2). К дополнительным расходам также ведут реклама, маркетинг, сбыт продуктов, перестрахование и необходимость создавать прибыль или эксцедент.

Экономическая теория учит, что высокие издержки на совершение сделок малоэффективны, если их можно избежать при альтернативной системе финансирования и предоставления медицинской помощи (3). В Западной Европе эти дополнительные расходы не могут быть оправданы тем, что частные медицинские страховые компании более творчески и изобретательно, чем их коллеги из государственного сектора, подходят к созданию новых механизмов сдерживания расходов. На практике частные медицинские страховые компании в Западной Европе конкурируют скорее на основе селекции рисков, нежели на основе более гибкой системы закупок. Большинство попыток сдерживать расходы осуществляется на стороне спроса, посредством долевого участия в оплате расходов.

Снижения издержек на совершение сделок в результате повышения либерализации рынков частного медицинского страхования в Европейском Союзе с 1994 года не произошло, а в Ирландии из-за роста объемов рекламы после либерализации издержки на совершение сделок даже увеличились (12).

Таблица 2. Сравнение административных расходов частных и государственных страховых компаний

Страна	Частные компании (% от доходов за счет страховых взносов)	Государственные компании (% от государственных расходов на здравоохранение)
Австрия	22% (начало 90-х годов)	3,6% (2000 г.)
Бельгия	25,8% (коммерческие индивидуальные) 26,8% (коммерческие групповые)	4,8%
Франция	10%-15% (взаимные фонды) 15%-25% (коммерческие)	4-8%
Германия	10,2%	5,09% (2000 г.)
Греция	15%-18% (коммерческие страховщики пожизненного страхования)	
Ирландия	11,8% ("Медицинская помощь по ДМС", 2001 г.) 5,4% ("Медицинская помощь по ДМС", 1997 г.)	2,8% (1995 г.)

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Италия	27,8% (2000 г.)	0,4% (1995 г.)
Люксембург	10%-12% (взаимные фонды)	5%
Нидерланды	12,7%	4.4%
Португалия	Около 25%	-
Испания	Около 13%-15%	5%
Соединенное Королевство	Около 15%	3,5% (1995 г.)
США	Около 15%	Около 4%

Источник: (12). Примечание: если не указано иначе, цифры относятся к 1999 году.

В Соединенных Штатах Америки уровни административных расходов у частных медицинских страховых компаний такие же, как и в Западной Европе. Частично это объясняется тем, что многие американские страховые компании также организуют и предоставляют медицинскую помощь, и это ведет к увеличению их издержек на совершение сделок.

2.6 Возможности выбора

В зависимости от роли, которую играет частное медицинское страхование, оно может служить альтернативой государственному страхованию и расширять возможности выбора страховых компаний, поставщиков и видов лечения. В Западной Европе возможность граждан выбирать государственное или частное страхование имеется только в Германии у работающих и их иждивенцев при годовом заработке свыше 45900 евро, т.е. примерно у пятой части населения. Однако более трех четвертей из тех, кто имеет такую возможность выбора, предпочитают предусмотренное законом медицинское страхование, которое обычно дешевле частного медицинского страхования для лиц пожилого возраста, людей со слабым здоровьем и для больших семей. Выбор между государственным и частным страхованием в Германии усложняется неопределенностью в отношении потребностей в медицинской помощи, занятости и будущих доходов. С 2000 года в Германии люди в возрасте 55 лет и старше больше не имеют права вернуться в предусмотренную законом систему медицинского страхования после того, как они выбрали заменяющее частное медицинское страхование.

Смогут ли люди извлекать выгоду из выбора страховых компаний, зависит от структуры и регулирования рынка частного страхования. На рынках заменяющего частного страхования как в Германии, так и в Нидерландах выбор жестко ограничен для всех, кроме новых участников рынка и очень молодых людей, поскольку страховые взносы исчисляются на основе возраста при заключении первого страхового договора, а досье выплат страхового возмещения передаче от одного страховщика к другому не подлежат. Вследствие этого переход от одной частной медицинской страховой компании к другой связан с расходами, вытекающими из более высоких страховых взносов и/или исключения уже существующих заболеваний. Случаев перехода от одной частной страховой компании к другой в обеих указанных странах очень мало.

После того, как в 1993 году в Нидерландах, а в 1996 году в Германии возможность выбора фондов здравоохранения была распространена на большинство населения, люди, застрахованные по предусмотренной законом системе медицинского страхования, имеют больше возможности осуществлять выбор страховой компании по сравнению с теми, кто застрахован в частной системе. Однако разрешение фондам здравоохранения продавать дополняющую или дополнительную альтернативную частную медицинскую страховку может ограничить для некоторых людей выбор фонда, если фонды продают предусмотренную законом и частную страховку в едином пакете. Например, в Нидерландах в некоторых дополняющих/дополнительных альтернативных частных полисах указывается, что фонд здравоохранения автоматически прекращает договор, если владелец полиса переходит в другой фонд для оформления предусмотренной законом части своего медицинского страхования (12).

В некоторых странах частные страховые компании могут предлагать на выбор несколько пакетов страховых пособий. Теоретически предложение более одного продукта ("дифференциация продуктов") позволяет людям выбирать пакет пособий, наиболее соответствующий их потребностям. Но это также можно использовать для дробления рынка на сегменты, что дает частным медицинским страховым компаниям больше возможностей для селекции рисков. Потребители могут потерять ориентацию в широком спектре продуктов и им может быть трудно сравнивать ценность продуктов и их цену, особенно когда разные страховые компании используют разные термины для описания своих пакетов пособий. Частные страховщики могут уменьшить путаницу среди потребителей, если будут пользоваться унифицированной терминологией и предлагать стандартные пакеты страховых пособий. Мог бы помочь потребителям также и доступ к сопоставимой информации о ценах, качестве и условиях страхового полиса разных продуктов, например, если бы имелись сравнительные таблицы, составленные потребительскими ассоциациями или СМИ. К сожалению, частные страховщики в Западной Европе мало заинтересованы в повышении прозрачности; как показывают данные в нескольких странах, некоторые люди покупают не те полисы, которые им нужны, или не получают достаточного уровня страхования (12).

2.7 Обсуждение проблемы и идущие в настоящее время дебаты

Правительства многих стран Западной Европы полны решимости в принципе предоставлять медицинскую помощь, финансируемую государством, для всего населения или для большинства. В то же время повсеместно выражается обеспокоенность по поводу устойчивости государственного финансирования. Одним из стратегических ответов на эту обеспокоенность является содействие более активному пользованию частного страхования как средства перекладывания расходов на граждан, а в некоторых случаях и на работодателей. В настоящем разделе рассматриваются последствия расширения частного медицинского страхования в западноевропейских системах здравоохранения. Вначале анализируются два аспекта государственной политики в отношении частного медицинского страхования – регулирование и налоговые льготы, а затем рассматриваются вопросы, касающиеся его роли - заменяющей, дополняющей или альтернативной.

Регулирование

Западноевропейские рынки дополняющего и дополнительного альтернативного частного медицинского страхования обычно регулируются нестрого либо потому, что они традиционно играют незначительную роль по сравнению со предусмотренным законом страхованием, либо потому, что государство не желает вмешиваться по идеологическим соображениям. Однако с июля 1994 года государственное вмешательство в рынки частного медицинского страхования ограничено Третьей директивой Европейской Комиссии о страховании, кроме страхования жизни (21), целью которой является создание на территории Европейского Союза единого рынка для всех видов страхования, включая медицинское. Директива не позволяет государству:

- ограничивать продажу частной медицинской страховки одним страховщиком, например, предусмотренной законом организацией медицинского страхования, или определенными типами страховщиков, например, некоммерческими страховщиками или специалистами в области медицинского страхования;
- устанавливать разный режим для страховщиков в зависимости от их юридического статуса, если невозможно показать, что они предоставляют услуги, представляющие интерес для всех, и дифференцированный режим в отношении их пропорционален бремени предоставления таких услуг;
- требовать систематического предварительного уведомления о тарифах страховых взносов и условиях страховых полисов при частном медицинском страховании;
- устанавливать для частных страховщиков такие обязательные требования, как открытый прием страхователей, исчисление размеров страховых взносов на основе усредненных расходов сообщества, пожизненное страхование или корректировка рисков.

Данная директива значительно ограничивает возможность государства вводить меры регулирования, выходящие за пределы требования о платежеспособности. Тем не менее, у государства сохраняются некоторые остаточные полномочия по защите потребителей, когда частное медицинское страхование служит "частичной или полной альтернативой медицинскому страхованию, обеспечиваемому предусмотренной законом системой социального страхования". Это положение зафиксировано в статье 54, которая гласит, что государство для защиты потребителей может вводить следующие требования:¹

- открытый прием страхователей
- исчисление размеров страховых взносов на основе усредненных расходов сообщества
- пожизненное страхование
- полисы, унифицированные в соответствии с покрытием, обеспечиваемым предусмотренным законом медицинским страхованием, с предписанным максимальным тарифом страхового взноса
- участие в схемах корректировки рисков.

¹ Постольку, поскольку показана их необходимость и пропорциональность и поскольку они излишне не ограничивают права на открытие частной практики или свободы предоставления услуг и применяются идентично в отношении всех страховщиков, действующих на территории страны.

Тем не менее, в отношении применения мер регулирования к заменяющему частному страхованию имеются области неопределенности. Существуют также споры по вопросу о том, смогут ли государственные органы – и если смогут, то как – оправдать меры регулирования на рынках дополняющего и дополнительного альтернативного частного страхования. С одной стороны, было бы неправильно считать директиву ЕС главным препятствием, мешающим добиться достаточного уровня социальной защиты или защиты интересов потребителей на рынках частного медицинского страхования, а с другой стороны, нет никаких сомнений в том, что эта директива затрудняет для государственных органов принятие мер регулирования, предполагающих контроль продуктов и цен.

В отсутствие мер контроля продуктов и цен государственным органам необходимо добиваться наличия достаточной информации о цене, качестве и условиях страховых полисов частного медицинского страхования. Во многих странах Европейского Союза люди вынуждены рассчитывать на то, что информацию им дадут частные компании медицинского страхования и страховые маклеры, хотя источники сравнительной информации уже стали более доступными благодаря усилиям потребительских ассоциаций и СМИ. Государству следует избегать недооценки того, насколько трудно людям может быть сравнивать продукты частного медицинского страхования с точки зрения соотношения их ценности и денежной стоимости даже на рынках, где действуют всего два страховщика, как в Ирландии.

Налоговые льготы

Налоговые льготы, вводимые для поощрения людей к тому, чтобы они покупали частные медицинские страховки, обычно носят регрессивный характер, особенно когда они применяются по предельной налоговой ставке, поскольку они повышают величину льготы для людей, которые платят более высокие налоги (22). Они неэффективны потому, что искажают сигналы о реальной цене страховки и порождают издержки на совершение сделок. Данные, полученные в Соединенном Королевстве, показывают, что налоговые льготы обходятся дорого и с их помощью не удастся стимулировать спрос на частное медицинское страхование (23). В последние годы правительства многих стран Западной Европы либо уменьшили, либо совсем отменили налоговые льготы для частного медицинского страхования (12). Налоговые льготы широко применяются для стимулирования пользования частной системой страхования в Соединенных Штатах, но успехи, достигнутые с их помощью в сокращении числа незастрахованных, весьма умеренны, да и как способ расширения страхового покрытия они относительно неэффективны (24, 25). Налоговые льготы на страховые взносы, выплачиваемые работодателями, также служат материальным стимулом, поощряющим работников к покупке большего покрытия, чем они покупали бы без льгот.

Выход из системы предусмотренного законом страхования и заменяющее частное медицинское страхование

Иногда в адрес правительств раздаются призывы принять немецкую модель, позволяющую людям выходить из системы предусмотренного законом медицинского страхования. При этом утверждается, что это позволит снизить нагрузку на

государственные расходы и повысить эффективность работы системы здравоохранения, стимулируя конкуренцию между предусмотренными законом и частными страховщиками. В начале 90-х годов в Италии несколько групп выдвинули предложения о том, чтобы разрешить выходить из системы предусмотренного законом страхования, но эти планы были отвергнуты. Португалия и Австрия пошли по этому пути и приняли законодательство, разрешающее групповой выход из системы предусмотренного законом страхования, однако на сегодняшний день лишь немногие группы в каждой из этих стран решили сделать это. Из стран, не входящих в Западную Европу, законодательство, разрешающее выход, было принято в Российской Федерации, а в Чили он разрешен с 1981 года.

Как показывает опыт Германии и Нидерландов, выход из системы предусмотренного законом медицинского страхования ставит перед государством серьезные вопросы (12). Имеются также многочисленные данные о влиянии выхода из системы предусмотренного законом страхования в Чили (26, 27, 28). Если говорить в целом, возможность добровольного выхода из системы предусмотренного законом медицинского страхования ставит под угрозу ее долгосрочную финансовую устойчивость. Вследствие различий в том, как действуют предусмотренные законодательством и частные компании медицинского страхования, последние скорее всего привлекают более молодых и здоровых людей, оставляя на долю первых непропорционально большое число многодетных семей, лиц пожилого возраста и людей со слабым здоровьем. Ввиду имеющейся взаимосвязи между состоянием здоровья, возрастом и уровнем доходов, аналогичная ситуация может сложиться и в том случае, если из покрытия предусмотренным законом страхованием будут исключаться лица с более высокими доходами. В любом случае обеспечение достаточных поступлений для финансирования предусмотренного законом медицинского страхования ложится непропорционально тяжелым бременем на людей с более низкими уровнями доходов и худшим состоянием здоровья, если, конечно, эти поступления не финансируются за счет налогов или обязательных взносов тех, кто покрывается частным страхованием. Во всех трех странах предоставление людям права выхода из системы предусмотренного законом медицинского страхования обернулось финансовыми трудностями для государственной системы.

Кроме того, некоторые аспекты принятой среди частных страховщиков практики работы могут ограничивать возможности выбора и мешать людям в получении приемлемого по стоимости и адекватного по качеству уровня заменяющего страхового покрытия. Проблемы может не быть, если людям дано право возвращаться в систему предусмотренного законом медицинского страхования, как это сделано в Чили. Германия и Нидерланды два десятка лет принимают всевозможные меры для решения проблем добровольного и обязательного выхода из системы предусмотренного законом страхования. В 1986 году голландское правительство запретило добровольный выход из предусмотренного законом страхования и перешло к системе обязательного выхода, при которой лица с высоким уровнем доходов исключаются из системы предусмотренного законом страхового покрытия первичной и экстренной стационарной помощи. С 2000 года, согласно постановления правительства Германии, решение о выходе из системы предусмотренного законом страхования для людей от 55 лет и старше является окончательным и бесповоротным, а в 2002 году правительство повысило порог заработков для выхода с 41400 до 45900 евро. В результате заменяющее частное страхование не

является более привилегией лишь относительно состоятельных людей, и пришлось акцент нормативного регулирования переносить с защиты потребителей на защиту социальную.

Непростые отношения между предусмотренным законом и частным страхованием были одним из ключевых пунктов борьбы на выборах 2002 года в Голландии. В настоящее время правительство предлагает ввести систему обязательного частного медицинского страхования, в основу которой будет положена швейцарская модель. Раздаются призывы о введении аналогичной системы в Германии. Реформа в Голландии и дебаты по вопросам политики в Германии коренятся в неудовлетворенности системами, которые видятся чересчур сложными и подверженными влиянию порочных материальных стимулов. С одной стороны, такие мнения отражают веру в способность конкурентных рынков повышать эффективность, но с другой стороны, они также отражают резкое несогласие с предусмотренным законом всеобщим страхованием среди таких кругов, как частные страховщики, государственные чиновники и работодатели.

Введение обязательного частного медицинского страхования в странах Европейского Союза представляется весьма проблематичным ввиду наличия единого рынка страхового дела, который ограничивает возможность правительств вводить меры контроля над продуктами и над ценами частных страховых компаний (см. выше). Судебная практика Европейского суда свидетельствует о том, что система социального страхования, которую реализуют частные медицинские страховые компании, будет регламентироваться законодательством о едином рынке и о конкуренции. Это вызывает беспокойство по поводу равноправия и результативности медицинской помощи, ибо опыт Швейцарии показывает, что всякая система обязательного частного медицинского страхования требует значительного вмешательства со стороны государства.

Финансовая защита и доступ

В более богатых странах в дополняющем частном медицинском страховании можно видеть удобный способ, позволяющий государству перекладывать расходы на медицинскую помощь на плечи граждан и страховых компаний, не сталкиваясь со сколько-нибудь значительной политической оппозицией или противодействием со стороны общественности и не вызывая опасений по поводу равноправия (см. ниже).¹ Однако опыт Франции свидетельствует о том, что дополняющее частное медицинское страхование, покрывающее установленную законом пользовательскую плату, не является ни равноправным, ни эффективным и дважды ставит в невыгодное положение людей, входящих в категории малообеспеченных, которые могут не освободиться от внесения пользовательской платы и могут быть не в состоянии купить частную страховку. При таких обстоятельствах оплата медицинской помощи в месте пользования ею ложится непропорционально тяжелым бременем на тех, кто может больше всего нуждаться в ней.

Для устранения неравноправия в доступе к медицинской помощи, вытекающего из неравноправного доступа к дополняющему частному страхованию, французское государство в 2000 году приняло закон о всеобщем медицинском страховании (ВМС), по которому бесплатное дополняющее частное страхование было распространено примерно на пять миллионов человек, имеющих заработок менее 550 евро в месяц. Сегодня

¹ В более бедных странах вариантами выбора могут быть плата наличными непосредственно на месте потребления услуг или создание возможности осуществлять в какой-либо форме предоплату.

дополняющее частное медицинское страхование охватывает около 94% населения (29). Правительство Словении предпринимает попытки реформировать свою систему дополняющего частного страхования путем увеличения налоговых поступлений.

Государство может благосклонно относиться к дополняющему частному страхованию, покрывающему страховые пособия, исключенные из предусмотренного законом страхования, особенно если пакет предусмотренным законом пособий можно четко определить по критерию соотношения затрат и результатов и/или по другим явно формулируемым критериям. А безрезультатное или менее эффективное в сопоставлении с затраченными средствами лечение пусть покрывается частной страховкой, которую люди должны будут покупать сами, на добровольной основе. Однако на практике правительствам оказалось трудно по политическим, техническим и финансовым причинам определить минимальный уровень предусмотренных законом страховых пособий.

Опыт Нидерландов, Германии и Израиля, где попытались определить предусмотренные законом страховые пособия, основываясь частично на критериях соотношения затрат и результатов, показывает, что правительствам легче выводить из сферы страхового покрытия целые области медицинской помощи – особенно стоматологическую помощь и обеспечение лекарственными препаратами – чем исключать отдельные услуги. Помимо того, что имеется обеспокоенность по поводу равноправия доступа к некоторым видам помощи, при осуществлении такого подхода можно также столкнуться и с политическими трудностями; противодействие общественности вынудило правительство Германии в 1998 году вновь ввести предусмотренное законом страховое покрытие стоматологической помощи.

Дополнительное альтернативное частное страхование может быть сопряжено с меньшим числом проблем, чем заменяющее или дополняющее страхование, поскольку оно покрывает те же самые услуги, которые предлагаются в системе предусмотренного законом страхования, или более комфортные условия в стационаре. Однако и оно вызывает озабоченность, если при нем предусматривается более быстрый доступ к помощи и если оно искажает распределение государственных ресурсов. Как показывает представленный выше опыт Ирландии, доступность дополнительного альтернативного частного страхования может создавать для страховых компаний и поставщиков порочные стимулы, что ведет к различным формам неравноправия в доступе. Для того, чтобы частное страхование играло роль дополнительного альтернативного страхования, не влияя на доступ к медицинской помощи для людей, покрытых предусмотренным законом страхованием, необходимо четко определить границы между государственной и частной формами предоставления помощи.

2.8 Выводы

Для того, чтобы преодолеть недостатки в эффективности частного медицинского страхования, вызванные асимметричностью информации, и гарантировать доступ и защиту потребителей, требуется тщательно продуманное регулирование этого сектора. Главное в создании разумной системы регулирования – это понимание взаимосвязи между

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

частным страхованием и системой страхования, предусмотренной законом. Как средство финансирования медицинской помощи частное страхование обычно носит регрессивный характер и может создавать финансовые препятствия на пути доступа к медицинской помощи. Если не провести четкого разграничения между государственной и частной формами предоставления медицинской помощи, частное страхование может снизить уровень равноправия в системе здравоохранения в целом. Сегодня у частных страховых компаний в Европе нет достаточных материальных стимулов для того, чтобы работать эффективно, и это имеет определенные последствия для сдерживания расходов. Однако меры, стимулирующие более эффективное использование ресурсов, могут оказаться непопулярными, если они приведут к ограничению возможностей выбора для потребителей.

2.9 Соображения, относящиеся к выбору политики

- Регулирование частного медицинского страхования в пределах выполняемой им роли в данной стране и в рамках того, что разрешено законодательством ЕС, в целях обеспечения доступа и защиты потребителей, включая требование о том, чтобы страховые компании предоставляли ясную, унифицированную информацию о ценах, страховом покрытии и условиях страхового полиса.
- Установление четких границ между государственной и частной формами предоставления медицинской помощи, дабы частное страхование не вело к искажению в распределении государственных ресурсов и к неравноправию в доступе к помощи.
- Отмена налоговых льгот для частного медицинского страхования, которые действуют в ущерб государственному сектору.

3. Оплата наличными

В большинстве европейских стран от граждан требуется, чтобы они частично оплачивали стоимость медицинской помощи в месте пользования ею. В самом широком виде оплата наличными может осуществляться в трех формах (таблица 3). В настоящем синтезированном докладе главное внимание уделяется прямым формам долевого участия в оплате расходов (таблица 4). Во многих отношениях влияние прямых и неформальных платежей в общих чертах должно быть аналогично влиянию долевого участия в оплате расходов, хотя для поставщиков это влияние может различаться.

Таблица 3. Виды оплаты наличными

Форма	Определение
Прямая оплата	Оплата товаров и услуг, получаемых от частного сектора в "чисто

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

	частных" сделках – оплата товаров и услуг, не покрываемых никакой формой предоплаты или страхования
Долевое участие в расходах/ пользовательская плата	Предполагает, что застрахованное лицо должно оплачивать часть стоимости полученной им помощи
Неформальные платежи	Неофициальные платежи за товары и услуги, которые должны полностью финансироваться за счет поступлений в пул; иногда называются платежами в конверте или незаконными платежами.

Чаще всего долевое участие в оплате расходов в Европе применяется в отношении лекарственных препаратов и стоматологической помощи, но в некоторых странах также и в отношении амбулаторной и стационарной помощи (30). Между странами существуют значительные различия в применяемых типах и уровнях долевого участия в оплате расходов.

Таблица 4. Прямые формы долевого участия в оплате расходов

Форма	Определение
Сооплата	Пользователь платит фиксированный сбор (по единой ставке) за каждую позицию товара или услуги
Сострахование	Пользователь оплачивает фиксированную долю общей стоимости, а страховщик оплачивает остальное
Вычитаемая франшиза	Пользователь оплачивает фиксированную величину расходов, а страховщик оплачивает остальное; вычитаемые франшизы могут применяться к конкретным случаям или к некоторому периоду времени

Часто долевое участие в оплате расходов сопровождается механизмами защиты финансовых интересов граждан или домашних хозяйств (таблица 5).

Таблица 5. Механизмы защиты

Тип механизма	Примеры
Явный	Снижение тарифов
	Освобождение от оплаты
	Скидки на предоплату
	Годовые пределы расходов (максимальная сумма оплаты наличными)
Подразумеваемый	Дополняющее частное медицинское страхование
	Замена врачами государственных рецептов частными
	Замена врачами и/или фармацевтами патентованных лекарств лекарствами общего типа

Для повышения результативности можно прибегать к дифференцированной плате за один тип товаров или услуг, чтобы поощрять пользование другим типом товаров или услуг – например, устанавливать плату за патентованные лекарства для поощрения покупки или использования лекарств общего типа.

3.1 Доводы за и против долевого участия в расходах

Есть две главные причины, по которым следует вводить принцип долевого участия в оплате расходов. Первая – уменьшить чрезмерное пользование медицинскими услугами, облегчаемое медицинским страхованием, чтобы повысить результативность и сдержать общие расходы на медицинскую помощь. Вторая – увеличить объем поступлений денежных средств в систему здравоохранения, особенно в тех странах, где государственный бюджет испытывает чрезмерную нагрузку или где финансирование медицинской помощи другими средствами чревато политическими последствиями (31, 32). И хотя равноправие в финансировании медицинской помощи может из-за этого уменьшиться, равноправие в получении страховых пособий было бы сохранено, если бы при этом собираемые средства расходовались целевым назначением на нужды бедных или как-либо иначе использовались для уменьшения неравноправия в системе.

Последователи неоклассической экономической теории утверждают, что когда расходы на медицинскую помощь полностью покрываются за счет страховки, пользование медицинскими услугами превышает уровни социальной выгоды. Страхование снижает предельные затраты граждан на пользование медицинскими услугами, по существу снижая цену этих услуг до нуля. Как следствие, застрахованные граждане пользуются медицинской помощью в таком объеме, в каком пользовались бы ею, если бы она была бесплатной – это центральный вопрос морального риска (33, 4). Долевое участие в расходах восстанавливает ценовой сигнал, заглушаемый страхованием, и тем самым противодействует снижению уровня социального обеспечения, которое происходит вследствие такого чрезмерного пользования медицинскими услугами. В экономическом смысле чрезмерное пользование не относится исключительно к пользованию услугами, которые либо не нужны, либо потенциально вредны (32). Тем не менее, часто высказываются утверждения о том, что существование ценового сигнала выборочно отталкивает людей от пользования теми медицинскими услугами, которые не представляют большой ценности для данного человека, и предупреждает возникновение отрицательного влияния чрезмерного пользования медицинской помощью. Поэтому аргументация в пользу долевого участия в расходах строится на исходном допущении о том, что оно будет повышать эффективность на микроуровне (более результативная медицинская помощь) и на макроуровне (сдерживание расходов), при условии, что оно не будет ухудшать состояние здоровья или приводить к росту потребления других ресурсов здравоохранения. Долевое участие в расходах также можно использовать для поощрения более эффективной с точки зрения соотношения затрат и результатов структуры пользования медицинской помощью путем сообщения ценовых сигналов гражданам и поставщикам услуг (31).

В то же время разносторонний характер услуг здравоохранения и существование асимметрии информации на рынке привело некоторых экономистов к сомнениям как в отношении правильности использования неоклассической модели для измерения снижения уровня социального обеспечения, так и в отношении способности принципа долевого участия в затратах обеспечить повышение результативности помощи (32, 34, 35). Аргументы, касающиеся того, что низкая результативность вытекает из чрезмерного пользования медицинской помощью, основаны на посылке, согласно которой граждане хорошо знают свои собственные потребности в медицинской помощи и способны отличить результативное лечение от безрезультатного. Более того, неоклассическая модель предполагает, что предложение и спрос определяются независимо друг от друга, но, поскольку поставщики обычно информированы лучше, чем пациенты, они, часто выступая в качестве агентов пациентов, обладают значительными возможностями оказывать влияние на вид и объем потребляемых медицинских услуг (34). На практике большинство решений о пользовании медицинскими услугами принимается поставщиками и не основано на том, как оценивают потенциальную пользу сами пациенты (36). Неоклассическая модель также не учитывает расходов на дорогу, затрат времени и психологических издержек, которые могут нести граждане, пользуясь медицинскими услугами (31).

3.2 Результаты исследований, касающиеся принципа долевого участия в расходах

В этом разделе обобщаются данные о том, в чем и как проявляется влияние долевого участия в расходах в Северной Америке и Западной Европе. Данные по Северной Америке основаны на двух анализах принципа долевого участия в общих расходах преимущественно в США (37, 38) и на более позднем обзоре литературы, посвященной долевого участию в расходах на лекарственные препараты в странах ОЭСР (главным образом исследования, выполненные в США и Канаде) (39). Европейские фактические данные взяты из проведенных недавно обзоров реализации принципа долевого участия в расходах на общие цели и на лекарственные препараты в Западной Европе (40, 41). Объем исследований, посвященных долевого участию в расходах в Западной Европе, невелик по сравнению с исследованиями в этой области, проводимыми в Северной Америке. И хотя качество исследований, выражающееся в строгости применяемых методик, важнее количества, большинство европейских исследований по своей структуре являются наблюдательными, а не рандомизированными исследованиями в контролируемых условиях или экспериментами в естественных условиях, и в них не используются достаточные количества контрольных случаев, что снижает убедительность полученных в них данных.

Равноправие в финансировании медицинской помощи

Прямая оплата наличными во всех странах, как правило, является регрессивным средством финансирования медицинской помощи (13). Однако она носит менее

регрессивный характер в тех странах, где люди с низким уровнем доходов охвачены всеобъемлющим медицинским страхованием, предусмотренным законодательно, и освобождаются от долевого участия в оплате расходов в связи с их уровнем доходов, возрастом или состоянием здоровья.

Доступность медицинской помощи

Имеются убедительные факты, свидетельствующие о том, что в Северной Америке и Западной Европе доленое участие в расходах приводит к значительному сокращению пользования медицинской помощью (37, 38, 39, 40, 41). Исследования также показывают колебания в распределении сниженного пользования среди населения и позволяют предположить, что малообеспеченные люди реагируют на цены более чутко, чем другие.

Экспериментальными исследованиями, проведенными в Америке среди возрастных категорий моложе пожилого возраста, было установлено, что, в то время как доленое участие в расходах сокращает пользование медицинскими услугами во всех категориях населения по доходам, гораздо более сильное сдерживающее влияние этот фактор оказывает на обращения за помощью среди малообеспеченных категорий (42, 43, 37). В результате проведенного Lexchin и Grootendorst обзора исследований по изучению расходов на лекарственные препараты было установлено, что наименее чувствительны к ценам люди, не входящие в категории малообеспеченных и пожилых, более чувствительны люди пожилого возраста с низким уровнем доходов, и во всех проанализированных исследованиях установление платы за лекарства, отпускаемые по рецепту, для лиц моложе пожилого возраста с низким уровнем доходов приводит к значительному снижению пользования лекарствами (39). Однако в одном из исследований было установлено, что люди, входящие в нижнюю треть по распределению доходов, потребляют меньше всего антибиотиков, независимо от того, распространяется или не распространяется на них принцип долевого участия в оплате расходов, и это указывает на то, что доступ к лекарствам, выписываемым врачом, также может быть ограничен факторами нефинансового характера (44).

Исследования влияния долевого участия в расходах, проведенные в Западной Европе, тоже подтверждают вывод о том, что люди с низким уровнем доходов наиболее чувствительны к ценам (45, 46, 47, 48, 49).

Результативность

Один из главных аргументов в пользу долевого участия в расходах состоит в том, что оно может повысить результативность помощи за счет снижения "ненужного" пользования медицинскими услугами и поощрения более дешевой или более результативной в сопоставлении с затратами медицинской помощи. Теоретически, если доленое участие в оплате расходов только уменьшает пользование ненужной медицинской помощью, то оно не будет оказывать никакого влияния на состояние здоровья. Однако факты

свидетельствуют о том, что долевое участие в оплате расходов по своему действию неизбирательно. Исследованием RAND было установлено, что повышение уровня долевого участия в расходах оказывает одинаковое действие на пользование и результативной и безрезультатной или неправильной с медицинской точки зрения помощи, включая потребление выписываемых врачом лекарств (44, 50). Этот вывод подтверждают и другие исследования, проведенные в Северной Америке (37, 38, 39). Данные о способности платы за рецептурные лекарства уменьшать только ненужное потребление лекарств, полученные в Западной Европе, неубедительны, возможно, потому, что исследования не в состоянии различить реакции на долевое участие в оплате расходов со стороны пользователей и поставщиков (41).

Попыток количественно определить, как долевое участие в оплате расходов влияет на состояние здоровья, предпринималось немного. Одним из исключений является исследование RAND, в результате которого было установлено, что между взрослыми и детьми, которые получали "бесплатную" помощь, и теми, на кого распространялся принцип долевого участия в расходах, различия в состоянии здоровья лишь незначительны, хотя в этом исследовании не удалось измерить долгосрочное влияние на здоровье уменьшения пользования помощью в результате повышения уровня долевого участия в расходах (51, 52, 53). Было, однако, три области, в которых у лиц, пользовавшихся бесплатной помощью, исход лечения был лучше: диастолическое кровяное давление, коррекция зрения и риск смерти у тех, для кого этот риск уже был повышен. Кроме того, исследование показало, что долевое участие в расходах оказывает непропорционально большое влияние на людей с низким уровнем доходов и на людей со слабым здоровьем. Что касается лекарств, отпускаемых по рецепту, исследованием RAND было установлено, что люди с более высоким уровнем образования чаще пользуются лекарственными препаратами, отпускаемыми без рецепта, и расходуют больше денег из своего лекарственного бюджета на такие препараты. Это указывает на то, что менее обеспеченные люди могут сталкиваться с финансовыми и другими трудностями в доступе к лекарствам, отпускаемым без рецепта, и что плата за рецептурные лекарства, таким образом, может приводить к большему общему отрицательному влиянию на их состояние здоровья (54).

В обзоре, проведенном Lexchin и Grootendorst, было установлено, что влияние платы за рецептурные лекарства на потребление лекарственных препаратов первой необходимости и лекарств, принимаемых по усмотрению больного, и на пользование другими видами медицинской помощи может быть разное (39). Несколько исследований среди лиц пожилого возраста не показали, что плата за рецептурные лекарства каким-то образом влияет на пользование другими медицинскими услугами, однако одним исследованием в Канаде было установлено, что повышение платы за рецептурные лекарства ведет к снижению на 9% и 15% в потреблении, соответственно, лекарственных препаратов первой необходимости и лекарств, принимаемых больными по своему усмотрению, и что снижение в потреблении лекарственных препаратов первой необходимости приводит к увеличению числа случаев госпитализации и посещения врача на 117% и к росту на 77% числа обращений в отделения неотложной помощи (55). Исследование также показало, что относительно скромные повышения платы за рецептурные лекарства для малообеспеченных получателей, живущих на пособие по социальной помощи, ведет к более значительным сокращениям в потреблении лекарственных препаратов, чем наблюдались среди лиц пожилого возраста, и к одинаковому увеличению частоты

неблагоприятных событий. Rubin и Mendelson установили, что доленое участие в расходах неблагоприятно влияет на состояние здоровья безработных и бездомных людей (38).

В исследованиях, проведенных в Западной Европе, не делалось попытки измерить влияние долевого участия в расходах на состояние здоровья, хотя несколько обсервационных исследований и дают нам данные, не вполне убедительно свидетельствующие о том, что доленое участие в расходах сдерживает пользование профилактической медицинской помощью, особенно среди лиц, входящих в группы риска (56, 57, 58, 59, 60). Что касается экстренной помощи, исследование влияния введения платы за помощь при несчастных случаях и экстренную медицинскую помощь в Финляндии показало, что в результате введения платы частота обращений у детей старшего возраста снизилась примерно на 27% и у детей раннего возраста на 18% и что снижение частоты обращения за помощью также имеет выраженный характер при менее болезненных состояниях (61, 62). Однако авторы пришли к заключению, что при данной величине снижения спроса и зависимости снижения от диагноза плата за помощь не будет иметь серьезных долгосрочных последствий для состояния здоровья.

Дифференцированная плата

В некоторых странах для поощрения более рационального потребления рецептурных лекарственных препаратов применяется дифференцированная плата (иногда ее называют многоуровневой платой или выборочным долевым участием в расходах). В Западной Европе она обычно применяется в зависимости от терапевтической ценности лекарства и/или от тяжести заболевания, а не от оценок соотношения затрат и результатов. Хотя данных о влиянии такого рода дифференцированной оплаты на результативность на микроуровне нет, скорее всего это влияние невелико.

Дифференцированная плата также применяется для поощрения пользователей и поставщиков к тому, чтобы они заменяли патентованные лекарственные препараты препаратами общего типа. С такой целью дифференцированная плата широко применяется в Северной Америке, но не в Западной Европе (63). Однако имеющиеся в Северной Америке данные свидетельствуют о том, что введение такой платы может приводить к повышению результативности на микроуровне. Американские исследования по изучению влияния платы, применяемой исключительно к патентованным лекарственным препаратам, отпускаемым по рецепту врача, показали, что она ведет к снижению потребления патентованных препаратов и к росту потребления лекарств общего типа (64, 65, 66). Еще одним недавно проведенным исследованием было установлено, что дифференцированная плата также ассоциирует со значительным сдвигом от потребления безразлично каких препаратов к потреблению предпочтительных патентованных препаратов (67).

Сдерживание расходов

При изучении способности принципа долевого участия в расходах сдерживать расходы важно проводить различие между его применением к первичной или амбулаторной медицинской помощи и к медицинским услугам, требующим направления или рецепта

врача. Однако в целом долевое участие в расходах вряд ли может сдерживать расходы на медицинскую помощь в долгосрочном плане, поскольку затраты на медицинскую помощь определяются в первую очередь факторами, связанными с предложением, а не со спросом.

Способность принципа долевого участия в расходах уменьшать или сдерживать расходы ограничивается несколькими факторами, поэтому оценить его суммарное действие трудно. В американских исследованиях, обзор которых был выполнен Rice и Morrison, не было показано, что долевое участие в расходах в долгосрочном плане ведет к снижению расходов на медицинскую помощь, особенно в тех случаях, когда у страховых компаний и поставщиков медицинских услуг и без того имеется сильная заинтересованность в ограничении расходов и снижении уровня предоставления ненужной медицинской помощи (37). Исследования в Западной Европе показывают, что долевое участие в расходах вряд ли будет снижать расходы на медицинскую помощь в долгосрочной перспективе. Например, в Швеции значительное увеличение платы за рецептурные лекарства в 1997 году привело к однократному воздействию на расходы в 1998 году, после чего расходы продолжали расти такими же темпами, как и до повышения платы (68). Еще одно исследование показало, что в Исландии в предусмотренной законом системе медицинского страхования после введения повышенной платы за рецептурные лекарства существенного снижения в расходах на компенсацию не произошло (69). Анализ, проведенный в одной из областей Италии, показал, что введение принципа долевого участия в расходах было связано с некоторым снижением расходов на лекарственные препараты, но со временем это влияние уменьшилось (70).

Долевое участие в расходах может не приводить к сдерживанию расходов, если уменьшение в пользовании медицинскими услугами приводит к развитию заболеваний, лечить которые обходится еще дороже, или если увеличение оплаты подталкивает людей к неправильной структуре пользования медицинской помощью. Например, Lexchin и Grootendorst в своем обзоре установили, что, хотя плата за рецептурные лекарства и снижает потребление лекарств, дополнительные расходы в других секторах системы здравоохранения, таких, как посещение врачей, стационарное лечение, отделения неотложной помощи, дома престарелых и службы психического здоровья, намного перевешивают экономию на расходах на лекарства. Иными словами, долевое участие в расходах не только не приводит к чистому росту экономии издержек, но и может фактически увеличивать расходы на медицинскую помощь в целом (39). Данные, полученные во Франции, свидетельствуют о том, что среди людей, не имеющих достаточного медицинского страхового покрытия, больше вероятность регулярных обращений в отделения неотложной помощи больниц за обычной помощью (71).

Способность принципа долевого участия в расходах сдерживать расходы также может ограничиваться восприимчивостью поставщиков к финансовым стимулам, которые имеются у их пациентов. В нескольких странах Западной Европы поставщики медицинских услуг в ответ на долевое участие в расходах на лекарственные препараты увеличили количество лекарств, прописываемых в рецептах (41). Однако европейские исследования дали противоречивые ответы на вопрос о том, каким образом поставщики реагируют на долевое участие в расходах. В одном исследовании было показано, что повышение оплаты за рецептурные лекарства оказало значительное влияние на закономерности в выписывании рецептов врачами общей практики (72), в других же было установлено, что влияния на выписывание лекарств не было (45, 73), кроме рецептов, выдаваемых больным с низким уровнем доходов (74).

Когда долевое участие в расходах затрагивает доходы поставщиков, они могут в ответ увеличивать назначения лечения больным, на которых распространяются низкие уровни долевого участия в расходах или которым положена бесплатная помощь. Данные, полученные в США, показывают, что поставщики в ответ на снижение пользования помощью, вызванное долевым участием в расходах, стимулируют более активное пользование среди пациентов, не участвующих в оплате расходов (75).

Уровни денежных поступлений

Результаты исследований в Соединенном Королевстве указывают на то, что плата за рецептурные лекарства обладает пренебрежимо малым потенциалом сбора денежных поступлений, по крайней мере в тех случаях, когда существуют всеохватывающие механизмы защиты. Согласно оценкам, повышение платы за рецептурные лекарства в Соединенном Королевстве на 10% привело бы к увеличению объема поступлений за счет этого с 4,8% суммарных расходов Национальной службы здравоохранения (НСЗ) на лекарственные препараты в 1997 году до 5,1% (76). Но на долю платы за рецептурные препараты в Соединенном Королевстве приходится лишь малая часть суммарных расходов на медицинскую помощь; в других странах ситуация в этом отношении может быть иной. НСЗ также освобождает значительную часть населения от оплаты рецептурных лекарств. Тем не менее, дополнительные издержки на совершение сделок, связанные со сбором платы за рецептурные лекарства и реализацией механизмов защиты, будут, вероятно, еще больше уменьшать чистую сумму поступлений (31). В Нидерландах издержки, связанные с проведением в жизнь новой политики долевого участия в оплате расходов в 1997 году, были признаны слишком высокими, и в 1999 году от долевого участия в расходах отказались (74). Сдерживанию расходов или сбору поступлений за счет политики долевого участия в расходах может также мешать мошенничество.

3.3 Обсуждение проблемы и идущие в настоящее время дебаты

Следствием непрекращающихся дебатов о преимуществах и недостатках долевого участия в оплате расходов является то, что введение платы за медицинскую помощь в Западной Европе нередко сопровождается противодействием со стороны политиков, медицинских работников, других заинтересованных групп и населения (30). Но, несмотря на политическую оппозицию, приобретающую порой широкий размах, по всей Западной Европе правительства все больше и больше применяют принцип долевого участия в расходах в секторе здравоохранения, особенно к обеспечению лекарственными препаратами. Это отражает более широкие попытки сдерживать государственные расходы на медицинскую помощь, которые начались в конце 80-х годов и продолжались в течение всех 90-х годов (77). Применение принципа долевого участия в расходах на лекарственные препараты не наталкивалось на такую же активную политическую оппозицию, как в других секторах, что, возможно, объясняется тем, что пользователи более дорогостоящих лекарств – например, лекарств от хронических болезней – часто

освобождаются от платы за них. По аналогичным причинам не вызывал значительных политических дебатов и рынок безрецептурных лекарственных препаратов.

Директивные органы также сталкиваются с неопределенностью в отношении того, какой тип платы следует вводить и как лучше всего вводить механизмы, предназначенные для защиты наиболее уязвимых категорий населения от финансового бремени, связанного с долевым участием в расходах. Разные типы оплаты расходов могут по-разному сказываться на равноправии и результативности помощи. Назначение предельных издержек (сострахование) создает для пользователей больше стимулов к ограничению пользования медицинскими услугами. Любая форма долевого участия в расходах, при которой требуется, чтобы пользователь вначале заплатил, а компенсацию получал позже, может ставить в невыгодное положение людей с низким уровнем доходов. Этот эффект усугубляется, когда люди не могут позволить себе дополняющего частного медицинского страхования. Вычитаемые франшизы могут подрывать равноправие в большей степени, чем фиксированные сборы по единой ставке или сострахование, потому что малообеспеченные люди могут быть не в состоянии позволить себе требуемые первоначальные финансовые издержки. В то же время, сострахование связано с большей степенью финансового риска, поскольку стоимость лечения, а значит и сумма, которую пользователь должен заплатить, заранее может быть неизвестна. Однако денежные суммы, о которых тут идет речь, для рецептурных лекарств могут быть относительно невелики, по крайней мере для пользователей, не очень часто пользующихся ими. В некоторых случаях фиксированные сборы по единой ставке за каждый рецепт по существу превышают стоимость прописанных лекарств. Когда такое случается, поставщики уже могут прибегнуть к альтернативному средству защиты пользователей: например, в Соединенном Королевстве врачи общей практики заменяют рецепты НСЗ частными рецептами.

Имеющиеся факты указывают, что механизмы защиты должны быть нацелены на защиту людей с низким уровнем доходов и на людей со слабым здоровьем. Политика освобождения от платы должна строиться на четко определенном понятии нуждаемости и применяться последовательно. Примером непродуманной политики освобождения от оплаты, которая скорее усугубляет, чем ослабляет озабоченность по поводу равноправия, служит шведская практика установления вычитаемой франшизы на рецептурные лекарства для всех, кроме диабетиков (78). Регрессивный характер долевого участия в расходах может быть уменьшен освобождениями от платы на основании проверки нуждаемости. Однако, когда освобождения от платы по существу защищают неработающих, бремя оплаты медицинской помощи ложится на плечи работающего населения, которое, вероятно, и так уже вносит значительный вклад в финансирование здравоохранения.

Недавно французское правительство приняло меры по защите доходов беднейших слоев населения. Всеобщее медицинское страхование (ВМС) выгодно людям с низким уровнем доходов по двум причинам. Во-первых, с момента его введения цена взносов по дополняющему частному медицинскому страхованию во Франции теоретически больше не является препятствием для доступа к нему, за исключением людей с доходами, лишь едва превышающими пороговый уровень (см. выше). Во-вторых, ВМС требует от страховщиков предоставлять страховые пособия в натуральной форме, а не в денежной. В результате эти малообеспеченные люди по сути дела освобождены от необходимости вносить определенные платежи в порядке сооплаты. Обследования показывают, что

требование предоставлять страховые пособия в натуральной форме повысили равноправие во французской системе здравоохранения (12). То, что введение ВМС улучшило доступ к амбулаторной помощи, отражается в средних расходах на одного амбулаторного больного среди охваченных системой ВМС (695 евро) по сравнению с людьми того же возраста и пола, которые застрахованы по основной системе медицинского страхования (538 евро) (79). Это позволяет предположить, что состояние здоровья людей, охваченных ВМС, хуже, чем у других. К сожалению, имеются также данные, указывающие на то, что не каждый из тех, кто должен был получить выгоды от системы ВМС, получил их фактически – это особенно относится к людям, не имевшим доступа к информации об этой системе.

Дальнейшие дебаты вокруг принципа долевого участия в расходах ведутся по поводу его применения в качестве механизма сдерживания расходов на стороне спроса. Полное экономическое воздействие долевого участия в оплате расходов оценить трудно. Несмотря на то, что оно, по-видимому, сокращает пользование медицинской помощью, данных, указывающих на то, что оно способно в среднесрочной и долгосрочной перспективе стабилизировать расходы или привести к устойчивому снижению роста расходов, мало. Отчасти это объясняется подразумеваемыми и явными механизмами защиты, которые применяют врачи и другие медицинские работники, но может также быть связано с изменениями в структуре пользования помощью в ответ на введение долевого участия в расходах – например, с заменой другими товарами и услугами медицинской помощи – и с изменениями в состоянии здоровья, обусловленными недостаточной доступностью помощи.

Многие экономисты утверждают, что механизмы, используемые на стороне предложения медицинских услуг, гораздо более эффективны в плане сдерживания расходов, во многом потому, что большинство расходов на медицинскую помощь стимулируются факторами предложения, а рынок медицинских услуг страдает асимметричностью информации. Однако объяснением того, почему правительства столь многих европейских стран продолжают применять принцип долевого участия в расходах к тем видам медицинской помощи, которые преимущественно зависят от рецептов или направлений лицензированных поставщиков помощи, может быть политическая возможность введения мер регулирования на стороне предложения услуг и воздействия на поведение врачей.

Наконец, для реализации и мониторинга политики долевого участия в расходах и механизмов защиты требуется наличие немалого управленческого и административного потенциала – как в смысле кадров, так и в смысле финансовых ресурсов.

3.4 Выводы

Долевое участие в расходах широко применяется в системах здравоохранения Западной Европы для удержания спроса в рамках умеренности или для сбора поступлений или сразу и для того и другого. Однако теоретическая аргументация в пользу долевого участия в расходах слаба, особенно применительно к медицинской помощи, для получения которой требуется направление или рецепт врача. На практике оно перекладывает

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

расходы на граждан и уменьшает пользование как нужной, так и ненужной медицинской помощью, что отрицательно сказывается на равноправии и результативности. Поскольку долевое участие в расходах создает финансовые препятствия для доступа к медицинской помощи, оно должно сопровождаться механизмами защиты интересов тех, кто постоянно пользуется медицинской помощью, и людей, входящих в категории малообеспеченных. Системы освобождения от оплаты расходов требуют наличия административного потенциала и могут порождать значительные издержки на совершение сделок. Широкое применение освобождения от оплаты в сочетании с издержками на совершение сделок ограничивает потенциал долевого участия в расходах как средства сбора денежных поступлений. Данных, которые бы свидетельствовали о том, что долевое участие в расходах является реальным средством сдерживания расходов, мало. Напротив, долевое участие в расходах может стимулировать неэффективную структуру пользования медицинской помощью. Однако некоторые формы долевого участия в расходах – например, дифференцированную оплату фармацевтических продуктов – можно использовать для того, чтобы убедить людей не пользоваться такой медицинской помощью, которая требует больших затрат, но не дает желаемого эффекта.

3.5 Соображения, относящиеся к выбору политики

- Системы освобождения от оплаты медицинской помощи должны строиться на основе четко определенного понятия нуждаемости и применяться последовательно.
- Для поощрения пользования медицинской помощью, более эффективной с точки зрения соотношения затрат и результатов, можно применять дифференцированную плату.
- Усилия по сдерживанию расходов следует сосредоточивать на предложении медицинской помощи, а не на спросе на нее.

Приложение I. Глоссарий

Асимметричность информации (Information asymmetry): различие в информации между двумя сторонами; неоклассическая экономическая модель исходит из того, что покупатели и продавцы в сделке обладают "совершенной" или равной информацией, но в условиях некоторых рынков информация часто бывает крайне неравной, и поэтому совершающийся в результате сделки обмен может привести к нерациональному распределению ресурсов (дефект рыночного регулирования).

Вертикальная интеграция (Vertical integration): обязательное или добровольное медицинское страхование или финансирование третьей стороной, при котором как страхование, так и предоставление медицинской помощи осуществляется одной и той же организацией.

Выборочное заключение контрактов (Selective contracting): ситуация, при которой покупателям разрешается выбирать поставщиков, с которыми они намерены заключить контракт, а не обязаны заключать контракты со всеми поставщиками.

Выборочное долевое участие в расходах (Selective cost sharing): см. дифференцированная плата.

Выход из системы предусмотренного законом страхования (Opting out): ситуация, при которой гражданам разрешается выбирать между предусмотренным законом и частным медицинским страхованием; если они выбирают последнее, они освобождаются от выплаты взносов в предусмотренную законом систему страхования.

Дифференциация продуктов (Product differentiation): ситуация, при которой страховщики предлагают потребителям определенный спектр страховочных продуктов и пакетов страховых пособий.

Дифференцированная плата (Differential charges): плата, которая взимается по разным тарифам за разные товары и услуги или взимается за одни товары и услуги и не взимается за другие, чтобы поощрять или не поощрять пользование определенными товарами или услугами.

Дополнительное альтернативное частное медицинское страхование (Supplementary private health insurance): обычно охватывает тот же спектр услуг, что и *предусмотренное законом медицинское страхование*, и потому часто называется "двойным покрытием"; часто дает возможность расширить выбор поставщиков и ускорить доступ к медицинским услугам.

Дополняющее частное медицинское страхование (Complementary private health insurance): обеспечивает покрытие услуг, которые исключены из *предусмотренного законом медицинского страхования* или не полностью им покрываются.

Заменяющее частное медицинское страхование (Substitutive private health insurance): обеспечивает страховое покрытие, которое в противном случае было бы обеспечено

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

государством; оно покупается теми, кто вышел из системы *предусмотренного законом медицинского страхования* или исключен из участия в некоторых или всех аспектах *предусмотренного законом медицинского страхования*.

Издержки на совершение сделок (Transaction costs): издержки, возникающие в процессе переговоров между покупателем (плательщиком/покупателем-третьей стороной) и продавцом (поставщиком).

Многоуровневая плата (Tiered charges): см. *дифференцированная плата*.

Моральный риск (Moral hazard): когда услуги не оплачиваются напрямую гражданами, а покрываются третьей стороной, граждане могут идти на риск или действовать таким образом, что это повышает их спрос на медицинские услуги, в связи с чем объем медицинских услуг, оказываемых поставщиками, может быть чрезмерно большим.

Налоговая льгота (Tax subsidy): освобождение от уплаты налога с данной суммы дохода, которая используется для покупки определенных товаров или услуг, таких, как частная медицинская страховка; ценность для данного гражданина или корпорации заключается в сохранении у себя той части дохода, которая иначе была бы уплачена в виде налогов с этой суммы.

Неблагоприятный отбор (Adverse selection) - ситуация, при которой граждане могут купить страховой полис по ценам ниже справедливых цен в страховом деле благодаря тому, что страховщики не располагают сведениями, которые известны страхователям (см. *асимметричность информации*); ант. *селекция рисков*.

Объединение в пул (Pooling): процесс, при котором ресурсы, предназначенные для медицинской помощи, объединяются и передаются в распоряжение организаций-покупателей; благодаря объединению в пул риски финансирования медицинской помощи при неустановленной потребности покрываются всеми ресурсами пула, а не индивидуально каждым плательщиком взносов; это подразумевает три перераспределительных функции: от богатых к бедным, от здоровых к больным и от продуктивной к непродуктивной стадии жизненного цикла.

Обязательное частное медицинское страхование (Compulsory private health insurance): частная медицинская страховка, которая должна покупаться всем населением (определяемым как резиденты или граждане).

Открытый прием страхователей (Open enrolment): нормативное требование, согласно которому медицинские страховые компании не могут отказывать в удовлетворении заявлений о страховании.

Пожизненное страхование (Lifetime cover): ситуация, при которой граждане застрахованы пожизненно, а не на годичной основе.

Покрытие (Coverage): ситуация, при которой затраты гражданина на медицинскую помощь финансируются какой-либо третьей стороной, например, государством или больничным фондом или частным медицинским страховщиком; покрытие может быть частичным или всеобъемлющим.

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.

Пользовательская плата (User charges): общий термин, обозначающий официальные платежи, осуществляемые гражданами в месте пользования услугами; в данном синтезированном докладе этот термин используется как синоним термина *долевое участие в расходах*.

Преимущественное частное медицинское страхование (Dominant private health insurance): когда частная медицинская страховка, покупаемая на добровольной основе, является главным методом финансирования медицинской помощи, предоставляемой работающему населению, как, например, в США.

Проверка нуждаемости (Means-testing): процесс, при котором по уровню доходов граждан определяется их право на получение того или иного страхового пособия или на освобождение от платы.

Прогрессивное распределение (Progressive distribution): распределение, при котором богатые платят большую долю своего дохода, чем бедные.

Регрессивное распределение (Regressive distribution): распределение, при котором бедные платят большую долю своего дохода, чем богатые.

Сдерживание расходов (Cost containment): меры, предпринимаемые с целью снижения расходов или темпов роста расходов или себестоимости услуг.

Селекция рисков (Risk selection): процесс, при котором страховая компания стремится привлекать людей с ожидаемым риском нездоровья ниже среднего и отталкивать людей с ожидаемым риском выше среднего в целях увеличения своих прибылей; этот процесс может быть явным или скрытым.

Сети предпочтительных поставщиков (Preferred provider networks): ограниченный список поставщиков, к которому имеют доступ все те, кто застрахован у данного страховщика; если же они пользуются услугами других поставщиков, они могут нести дополнительные расходы.

Долевое участие в расходах (Cost sharing): положение, существующее в большинстве систем финансирования здравоохранения, согласно которому лицо, охваченное системой медицинской помощи, должно оплачивать часть затрат на полученную им помощь.

Предусмотренное законом медицинское страхование (Statutory health insurance): обязательное медицинское страхование, осуществляемое органами, определенными законом, или органами, выполняющими предписанную законом функцию.

Страховые взносы, исчисляемые в соответствии с риском (Risk-rated premiums): страховые взносы, исчисляемые в соответствии с риском нездоровья данного лица.

Страховые взносы, исчисляемые для всего сообщества (Community-rated premiums): страховые взносы, исчисляемые на основе усредненных расходов, которые несет "сообщество" (фирма или географически определенная территория)

Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Уже имеющиеся заболевания (Pre-existing conditions): медицинские проблемы, диагноз которых был поставлен или лечение которых проводилось еще до того, как данное лицо купило частную медицинскую страховку, и которые страховщик может не покрывать страховкой.

Установленная законом пользовательская плата (Statutory user charges): см. доленое участие в расходах.

Эластичность (Elasticity): эластичность спроса есть мера изменения спроса на товар или услугу, вызванного изменением цены этого товара или этой услуги (эластичность по собственной цене), изменением цены другого товара или услуги (перекрестная эластичность) или изменением в размере доходов лица, которому нужен данный товар или услуга (эластичность по доходу).

Библиография

1. Всемирная организация здравоохранения. База данных "Здоровье для всех". Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Data 2002. Paris.
3. Barr N. *The economics of the welfare state*. Oxford University Press, 1998.
4. Pauly MV. The economics of moral hazard: comment. *American economic review*, 1968, 58, 3:531-537.
5. Maynard A, Dixon A. Voluntary health insurance and medical savings account: theory and experience. In *Funding health care: options for Europe*. Mossialos A et al., eds. Buckingham, Open University Press, 2002.
6. Kaiser Family Foundation. Kaiser Commission on Medicaid and the uninsured: the uninsured and their access to health care, <http://www.kff.org/content/2003/142004/142004.pdf>, accessed 17 July 2003.
7. Committee on the Consequences of Uninsurance. *Insuring America's health: principles and recommendations*. Washington DC, Institute of Medicine, 2004.
8. Pauly MV, Herring B. Expanding coverage via tax credits: trade-offs and outcomes. *Health affairs*, 2001, 20, 1: 9-26.
9. Kaiser Family Foundation. Trends and indicators in the changing health care market place, 2002, http://www.kff.org/content/2002/3161/marketplace2002_finalc.pdf, accessed 17 July 2003.
10. Minder A, Schoenholzer H, Amiet M. *Health care systems in transition: Switzerland*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000.
11. Mossialos E, Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International journal of health services*, 2002, 32, 1:19-88.
12. Mossialos E, Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union: report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, available online at: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/index_en.htm. London School of Economics and Political Science, 2002.
13. Wagstaff A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of health economics*, 1999, 18, 3:263-290.
14. Blanpain N, Pan Ké Shon J-L. L'assurance complémentaire maladie: une diffusion encore inégale. *INSEE première* 1997, 523.

15. Bocognano A et al. Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France. Paris, CREDES, 2000.
16. Breuil-Genier P. Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquent. *INSEE première*, 2000, 709.
17. Rajmil L et al. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia. *Archives of disease in childhood*, 2000, 83, 3:211-214.
18. Wiley MM. Reform and renewal of the Irish health care system: policy and practice. In *Budget perspectives: proceedings of a Conference held on 9 October 2001*. Dublin, The Economic and Social Research Institute, 2001.
19. Van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? ECuity II Project Working Paper No 3. Rotterdam, 2001.
20. Boccuti C, Moon M. Comparing Medicare and private insurers: growth rates in spending over three decades. *Health affairs*, 2003, 22, 2: 230-237.
21. European Commission. Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (third non-life insurance directive). *Official journal of the European Communities* L 228(11 August 1992):1-23.
22. Evans RG. Financing health care: taxation and the alternatives. In: Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
23. Emmerson C, Frayne C, Goodman A. Should private medical insurance be subsidized? *Health care United Kingdom*, 2001, 51, 4:49-65.
24. Gruber J and Levitt L. Tax subsidies for health insurance: costs and benefits. *Health affairs*, 2000, 19: 72-85.
25. Gruber J. The impact of the tax system on health insurance coverage. *International journal of health care finance and economics*, 2001, 1: 293-304.
26. Puig-Junoy J. Managing risk selection incentives in health sector reforms. *International journal of health planning and management*, 1999, 14:287-311.
27. Barrientos A, Lloyd-Sherlock P. Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health policy and planning*, 2000, 15, 4:417-423.
28. Sapelli C. Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. *Social science and medicine*, 2004, 58, 2:259-265.

29. Sandier S et al. France. In: Dixon A, Mossialos E, eds. *Health care systems in eight countries: trends and challenges. Report commissioned by the Health Trends Review, HM Treasury*. London, European Observatory on Health Care Systems, 2002.
30. Robinson R. User charges for health care. In: Mossialos E, et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
31. Brandt A et al., eds. *Cost-sharing in health care*. Berlin, Springer-Verlag, 1980.
32. Kutzin J. The appropriate role for patient cost sharing. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
33. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American economic review*, 1963, 53, 5:941-973.
34. Evans RG. *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto, Butterworths, 1984.
35. Rice T. *The economics of health reconsidered*. Chicago, Health Administration Press, 1998.
36. Mooney G. *Key issues in health economics*. Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 1994.
37. Rice T, Morrison KR. Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform. *Medical care review*, 1994, 51, 3:235-287.
38. Rubin RJ, Mendelson DN. Cost sharing in health insurance. *New England journal of medicine*, 1995, 333, 11:733-734.
39. Lexchin J, Grootendorst P. *The effects of prescription drug user fees on health services use and health status: a review of the evidence*. University of Toronto Press, 2002.
40. Mossialos E, Thomson S. Access to health care in the European Union: the impact of user charges and voluntary health insurance. In: Gulliford M, Morgan M, eds. *Access to health care*. London, Routledge, 2003.
41. Thomson S, Mossialos E. Influencing demand for drugs through cost sharing: the impact of prescription charges on efficiency and equity in western European health care systems. In: Mossialos E, Mrazek M, Walley T, eds. *Regulating the cost and use of pharmaceuticals in Europe: containing costs while improving efficiency, quality and equity*. Buckingham, Open University Press, 2004.
42. Scitovsky A, Snyder N. Effect of co-insurance on use of physician services. *Social security bulletin*, 1972, 35, 6:3-19.
43. Manning WG et al. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American economic review*, 1987, 77, 3:251-277.

44. Foxman B et al. The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial. *Journal of chronic disease*, 1987, 40, 5:429-437.
45. Van Doorslaer E. The effects of cost sharing on the demand for prescription drugs in Belgium. *Acta hospitalia*, 1984, 24, 3:69-81.
46. Klavus J. User fees and fee policy in health care. In: Heikkilä M, Uusitalo H, eds. *The cost of cuts. Studies on cutbacks in social security and their effects in the Finland of the 1990s*. Helsinki, STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1997:119-129.
47. Elofsson S, Undén AL, Krakau I. Patient charges - a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care. *Social science and medicine*, 1998, 46, 10:1375-1380.
48. Jourdain A. Equity of a health system. *European journal of public health*, 2000, 10, 2:138-142.
49. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health policy*, 2002, 62, 2:117-129.
50. Lohr KN et al. Effect of cost sharing on use of medically effective and less effective care. *Medical care* 1986, 24 (9 Suppl):S31-38.
51. Brook RH et al. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. *New England journal of medicine*, 1983, 309, 23:1426-1434.
52. Lurie N et al. Termination from Medi-Cal--does it affect health? *New England journal of medicine*, 1984, 311(7): 480-4.
53. Lurie N et al. Termination of Medi-Cal benefits. A follow-up study one year later. *New England journal of medicine*, 1986, 314, 19:1266-1268.
54. Leibowitz A. Substitution between prescribed and over-the-counter medications. *Medical care*, 1989, 27, 1:85-94.
55. Tamblyn R et al. Adverse effects associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285, 4:421-429.
56. O'Grady KF et al. The impact of cost sharing on emergency department use. *New England journal of medicine*, 1985, 313, 8:484-490.
57. Laidlaw DP et al. The sight test fee: effect on ophthalmology referrals and rate of glaucoma detection. *BMJ*, 1994, 309:634-636.

58. Christensen B. Characteristics of attenders and non-attenders at health examinations for ischaemic heart disease in general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 1995, 13, 1:26-31.
59. Christensen B. Payment and attendance at general practice preventive health examinations. *Family medicine*, 1995, 27, 8:531-534.
60. Nexoe J, Kragstrup J, Ronne T. Impact of postal invitations and user fee on influenza vaccination rates among the elderly. A randomized controlled trial in general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 1997, 15, 2:109-112.
61. Ahlmaa-Tuompo J, Linna M, Kekomaki M. User charges and the demand for acute paediatric traumatology services. *Public health*, 1998, 112, 5:327-329.
62. Ahlmaa-Tuompo J, Linna M, Kekomaki M. Impact of user charges and socio-economic environment on visits to paediatric trauma unit in Finland. *Scandinavian journal of social medicine*, 1998, 26, 4:265-269.
63. Mrazek MF, Mossialos E. Increasing demand while decreasing costs of generic medicines. *Lancet*, 2000, 356, 9244:1784-1785.
64. Weiner JP et al. Impact of managed care on prescription drug use. *Health affairs (Millwood)*, 1995, 10, 1:140-154.
65. Hong SH, Shepherd MD. Outpatient prescription drug use by children enrolled in five drug benefit plans. *Clinical therapeutics*, 1996, 18, 3:528-545.
66. Motheral BR, Henderson R. The effect of a copay increase on pharmaceutical utilization, expenditures, and treatment continuation. *American journal of managed care*, 1999, 5, 11:1383-1394.
67. Rector TS et al. Effect of tiered prescription copayments on the use of preferred brand medications. *Medical care*, 2003, 41, 3:398-406.
68. Persson A, Guzelgun Z. Taxes, premiums, user charges: financing from the point of view of consumers. *Developments in health economic and public policy*, 1998, 7:255-272.
69. Almarsdottir AB, Morgall JM, Grimsson A. Cost containment of pharmaceutical use in Iceland: the impact of liberalization and user charges. *Journal of health services research and policy*, 2000, 5, 2:109-113.
70. Hanau C, Rizzi D. Econometria dei provvedimenti pubblici sull'assistenza farmaceutica: il caso dell'Emilia Romagna. *Economia pubblica*, 1986, 3:177-183.
71. Lang TA et al. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *European journal of epidemiology*, 1997, 13:223-228.
72. Steffensen FH et al. Changes in reimbursement policy for antibiotics and prescribing patterns in general practice. *Clinical microbiology and infection*, 1997, 3, 6:653-657.

73. Starmans B et al. The effect of a patient charge and a prescription regulation on the use of antihypertension drugs in Limburg, the Netherlands. *Health policy*, 1994, 26, 3:191-206.
74. Kasje WN et al. Dutch GPs' perceptions: the influence of out-of-pocket costs on prescribing. *Social science and medicine*, 2002, 55, 9:1571-1578.
75. Fahs MC. Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: the other side of the coin. *Health services research*, 1992, 27, 1:25-45.
76. Hitiris T. Prescription charges in the United Kingdom: a critical review. *Discussion Papers in Economics* No 2000/04. University of York Press.
77. Mossialos E, Le Grand J. Cost containment in the EU: an overview. In: Mossialos E, Le Grand J, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate, 1999.
78. Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health care systems in transition: Sweden. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2001.
79. Girard I, Merlière J. La consommation de soins de ville des bénéficiaires de la CMU au terme d'une année de remboursements. *Point STAT*, 2001, 31:1-8.