
Материалы республиканского обучающего семинара «Опыт европейских стран в области медицинского страхования и систем компенсации лекарственных средств»

Минск, 19 февраля 2014 г.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ

Гинтарас Кацявичюс

Директор Департамента по развитию страхования
Национального фонда медицинского страхования Литвы,
г. Вильнюс, Литовская Республика

Представлен европейский опыт реализации страховой модели финансирования здравоохранения. Выделены основные характеристики социального медицинского страхования. Отмечается, что страховая модель может быть реализована в двух вариантах – при наличии нескольких (многих) плательщиков-страховщиков или в виде института единого плательщика (национальное медицинское страхование). Приведены доводы «за» и «против» конкуренции среди страховщиков при внедрении обязательного медицинского страхования. Описаны изменения, произошедшие за последнее десятилетие, в системе медицинского страхования ряда европейских государств (Нидерланды, Германия, Франция, Венгрия, Молдова и др.).

В финансировании здравоохранения можно выделить три фазы: сбор средств; накопление собранных средств в фонды/бюджеты и распределение накопленных средств. Исходя из особенностей построения в национальной практике этих трех фаз, реализуются модели финансирования здравоохранения, которые сводятся, в основном, к двум схемам – финансирование из общих налогов («бюджетная» модель) или социальное (обязательное) медицинское страхование («страховая» модель). В мировой практике реализуются также и другие (дополнительные) модели финансирования здравоохранения, такие как добровольное медицинское страхование, индивидуальные медицинские накопительные счета и прямые (частные) платежи.

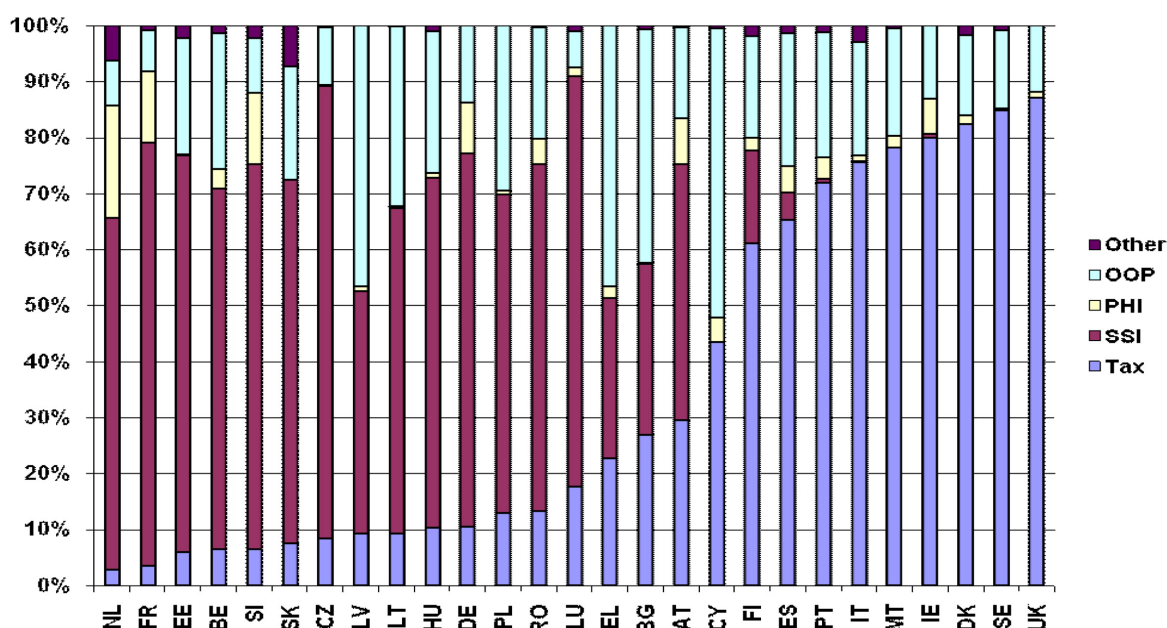
На рис. 1, по данным ВОЗ за 2007 г., представлены источники финансирования здравоохра-

нения в странах Евросоюза. На графике справа от Кипра (СY) расположены страны, в которых доминирует бюджетная медицина, слева – обязательное медицинское страхование (ОМС). При этом очевидно, что нет ни одной страны, где существует один вид финансирования, всегда присутствует комбинация: одна модель доминирует, другая ее дополняет.

В данном сообщении представлен европейский опыт реализации страховой модели финансирования здравоохранения.

Можно выделить следующие основные характеристики социального медицинского страхования:

обязательный характер (нет выбора, участвовать или не участвовать в системе – при проживании в стране, где реализована система ОМС, обязательно быть участником этой системы);



Тех – общие налоги; SSI – обязательное медицинское страхование; PHI – добровольное медицинское страхование; OOP – прямые (частные) платежи

Рис. 1. Источники финансирования здравоохранения в странах Евросоюза (ВОЗ, 2007)

страховые взносы связаны с получением дохода, то есть с платежеспособностью (на рис. 2 отражены страховые тарифы на обязательное медицинское страхование в некоторых странах Евросоюза);

взносы поступают в отдельный фонд (или фонды) (это сильная сторона медицинского страхования, потому что деньги по установленным в данной стране правилам собираются в отдельный фонд и используются только для оплаты медицинской помощи, то есть не могут быть использованы на другие цели);

собранные средства распределяются медицинским организациям на основе договоров с ними.

Данная модель может быть реализована в двух вариантах – при наличии нескольких (многих) плательщиков-страховщиков или в виде института единого плательщика (национальное медицинское страхование).

Система нескольких плательщиков функционирует в Нидерландах, Германии,

Швейцарии, Австрии, Бельгии, Чехии, Словакии. Например, в Германии существует около 200 плательщиков, в Словакии – 9.

Система единого плательщика представлена рядом стран Центральной и Восточной Европы – от Эстонии на севере и до Албании на юге. Следует понимать, что если в странах Западной Европы изначально развивалась страховая медицина по модели Бисмарка, то в центре и на востоке

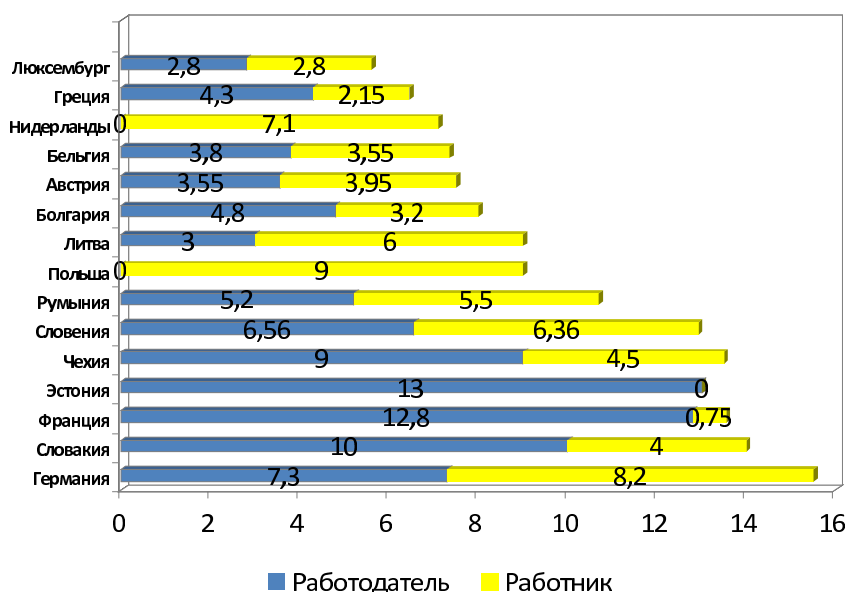


Рис. 2. Страховые тарифы на обязательное медицинское страхование в некоторых странах Евросоюза

континента система единого плательщика пришла на смену бюджетному финансированию по модели Семашко и представляет собой определенный компромисс между чистым страхованием по Бисмарку и бюджетным финансированием.

В табл. в сравнительном плане приведена характеристика обоих вариантов модели ОМС в зависимости от количества плательщиков.

В системе, где много страховщиков, они часто конкурируют между собой, но существуют страны, в которых при наличии нескольких страховщиков нет конкуренции (например, Австрия). В то же время единый плательщик, как правило, имеет региональные организации. В качестве примера: Национальный фонд медицинского страхования (НФМС) при Министерстве здравоохранения Литовской Республики является государственной организацией, ответственной за разработку и реализацию модели обязательного медицинского страхования в стране. НФМС управляет средствами Фонда обязательного медицинского страхования, а также средствами Министерства здравоохранения и Министерства финансов, предназначенными для реализации национальной модели ОМС. НФМС координирует деятельность пяти территориальных фондов медицинского страхования (Вильнюс, Каунас, Паневежис, Шауляй, Клайпеда). Распределение средств между этими фондами основано на количестве и половозрастной структуре населения указанных регионов.

Имеются доводы как в пользу создания конкурентной среды для страховщиков при обязательном медицинском страховании, так и против этого.

Так, в условиях конкуренции страховщик более внимательно реагирует на пожелания населения; стимулируются усилия по улучшению информированности потребителей; имеется возможность выбора разных пакетов медицинской помощи, кото-

рые отличаются охватом, качеством, размером взносов и доплат; страховщики заинтересованы во введении новшеств и поиске новых способов оказания медицинской помощи; политикам и медицинскому лобби сложнее оказывать влияние на страховщиков.

В то же время, конкуренция страховщиков предполагает более сложное и дорогое управление, так как медицинским организациям приходится иметь дело с разными страховщиками, работающими по разным правилам, а, соответственно, высоки административные расходы; выбор пациента ограничен: он может пользоваться только тем объемом медпомощи, который гарантирует выбранный страховщик; не гарантируется справедливость; страховщики могут отбирать пациентов; отмечается недостаточная интеграция и координация при оказании медицинской помощи; теряется «рыночная мощь» единого плательщика.

Реформирование системы медицинского страхования в некоторых европейских странах в начале XXI века

Нидерланды. В результате реформы 2006 г. изменен баланс страховых взносов: тариф, устанавливаемый в зависимости от дохода, уменьшен с 8 до 6,5%, при этом постоянный взнос увеличен с 239–455 (2005 г.) в среднем до 1050 евро (2006 г.). Дополнительно введено финансирование из общих налогов. Единая государственная система стала охватывать все население (до этого ОМС были охвачены 63% населения, а частным страхованием – 37%). В стране создан Национальный центр (фонд) накопления. В 2006 г. вводилась льгота по страховому взносу в размере до 255 евро для тех, кто в предыдущем году не обращался за медицинской помощью, однако в 2007 г. эта льгота была упразднена из-за неэффективности в отношении затрат.

Германия. В 2006–2009 гг. в стране осуществлена централизация системы ОМС, возросла

Таблица

Сравнительная характеристика вариантов модели обязательного медицинского страхования

Сравниваемый показатель	Вариант 1 (много плательщиков)	Вариант 2 (единый плательщик)
Количество фондов	Много (часто они конкурируют между собой)	Один
Охват	Страхованием охвачены только застрахованные и их иждивенцы	Индивидуальный охват: часть населения застрахована государством
Объем медицинской помощи	Может быть разным в разных фондах	Единый для всего населения
Управление	Высокая автономия фондов	Единые правила
Основные преимущества	Более приемлемый из-за гибкости при реагировании на потребности застрахованных	Более стабильный в долгосрочной перспективе

роль государства в финансировании. Так, до этого времени система финансирования здравоохранения в Германии была построена на модели Бисмарка в чистом виде. В 2006 г. федеральное правительство начало платить больничным кассам взносы за детей, то есть дети стали застрахованными за счет государства. С 2009 г. тарифы взносов устанавливает Федеральное бюро страхования, а их сбор постепенно переходит к новому Национальному фонду медицинского страхования, который, как планируется, будет ответственным за распределение собранных взносов, работая по схеме страхования рисков.

Франция. До реформы Франция также являлась «чистым» представителем модели Бисмарка. В 1990 г. из общего объема средств на здравоохранение взносы работников составляли 32,2%, взносы работодателей – 63,1%, средства, выделяемые из общих налогов – 1,6% и средства из других источников финансирования – 3,1%. После реформы (в 2000 г.) цифры кардинально изменились и составили соответственно 3,4, 51,1, 38,7 и 6,8%. Очевидно, что в настоящее время в области медицинского страхования во Франции действует смешанная система с существенной долей финансирования из общих налогов, что характерно для «бюджетной» модели.

Венгрия. Обязательное медицинское страхование, реализованное по варианту с единым плательщиком, было введено в стране в 1990 г. Хронический дефицит фонда ОМС (рис. 3) привел к тому, что на фоне острых дебатов среди политиков и в обществе в конце 2007 и первой половине 2008 г. дважды принимался закон, предусматри-

вающий переход к системе многих плательщиков при учреждении 22 конкурирующих страховых компаний, в которых 49% акций и право управления принадлежали бы частному капиталу. Однако, этот закон был практически сразу же отменен, и в стране по-прежнему действует система медицинского страхования с единым плательщиком.

Молдова. В стране действует система единого плательщика, около 60% населения застраховано государством. В силу этого постоянно проводится работа по обеспечению стабильности доходов национального фонда ОМС. Так, в 2004–2005 гг. взнос за одного застрахованного государством был равен взносу работающего лица (4% заработной платы). С 2006 г. подход к определению размера страховых взносов был изменен, и в настоящее время сумма взносов за всех застрахованных государством фиксирована на уровне 12,1% всех расходов государственного бюджета.

В последние годы в европейских странах происходит укрупнение фондов ОМС. Так, в *Эстонии* с 2001 г. центральный и региональные фонды объединены в одну организацию, с 2003 г. число региональных отделов национального фонда сокращено с 7 до 4. В *Польше* в 2003 г. 17 региональных фондов объединены в один национальный фонд с филиалами в каждом воеводстве.

В странах с реализованной схемой нескольких плательщиков происходит сокращение количества фондов. В *Чехии* их число сократилось с 27 до 9, в *Германии* – с более чем 1000 (1993 г.) до менее 200 (2008 г.).

Одной из наиболее технически сложных и политически чувствительных задач является оп-

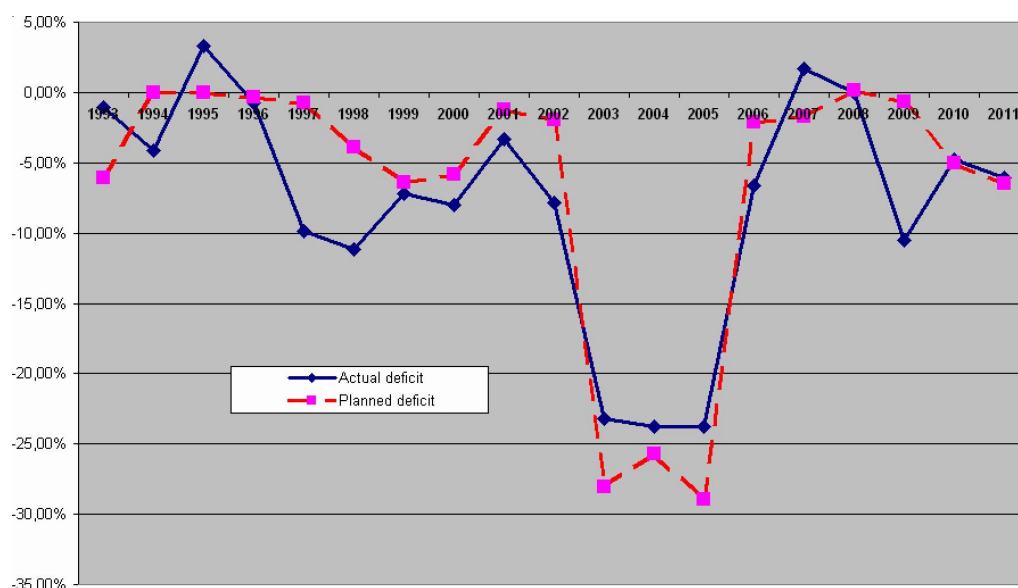


Рис. 3. Запланированный и фактический дефицит фонда обязательного медицинского страхования Венгрии в 1993–2011 гг. (в процентах)

ределение объема медицинской помощи, который оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

Общие подходы здесь таковы: устанавливаются критерии включения конкретных медицинских услуг в перечень (например, научно доказанная эффективность) и обязательные условия для предоставления медицинской помощи (например, направление семейного врача); на правительственном уровне формируется «отрицательный список», то есть перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются за счет средств ОМС. Так, в *Словакии* в 2003–2006 гг. были определены три категории медицинских услуг – полностью оплачиваемые за счет средств ОМС; частично оплачиваемые за счет средств ОМС (то есть предоставляемые при условии доплаты со стороны пациента) и не оплачиваемые за счет средств ОМС (платные услуги).

Выводы:

1. В мире вообще и в европейских странах, в частности, наблюдается общая тенденция к конвергенции «бюджетных» и «страховых» моделей финансирования здравоохранения:

страны с «бюджетной» системой перенимают страховые принципы распределения средств (договоры, оплата за услуги и т.п.);

страны со «страховой» системой перенимают бюджетные принципы сбора и накопления средств.

2. В странах, ранее являвшихся «чистыми» представителями модели Бисмарка, отмечено значительное возрастание роли государства (Франция, Германия и др.).

3. В странах со «страховой» моделью доминирует вариант единого плательщика, реализованный в большинстве стран Центральной и Восточной Европы как компромисс между чистым страхованием по Бисмарку и бюджетным финансированием.

4. При наличии нескольких плательщиков-страховщиков они часто конкурируют между собой.

5. Заметна тенденция к централизации и укрупнению фондов ОМС с целью увеличения эффективности, упрощения управления и сокращения неравномерности в распределении средств.

6. В настоящее время, как в системах с единым плательщиком, так и в системах с несколькими плательщиками, наиболее часто реализуется схема с централизацией сбора и накопления средств.

7. В системах с единым плательщиком, где взносы за часть населения, как правило, платит государство, особенно важно «увязывание» этих взносов с какими-нибудь экономическими параметрами (например, в Литве определение суммы взносов из средств государственного бюджета за

каждое лицо, застрахованное государством, осуществляется, исходя из размера средней заработной платы позапрошлого (по отношению к году, на который устанавливается данный страховой тариф) года; в Молдове сумма взносов за всех застрахованных государством фиксирована на определенном уровне по отношению ко всем расходам государственного бюджета).

8. Систему взносов ОМС важно построить так, чтобы соблюдать принципы социальной справедливости («вертикальная» справедливость – каждый платит пропорционально своему доходу (при этом до определенного установленного уровня доходов действует прогрессивная шкала, то есть тариф растет при росте дохода, а при достижении установленного уровня дохода вводится регрессивная шкала, и страховой тариф уже не увеличивается пропорционально доходу); «горизонтальная» справедливость – все лица с одинаковым доходом должны платить одинаковые взносы (этот принцип нарушается при установлении всяческих исключений и льгот)).

9. С целью более справедливого распределения финансовых средств по территориям применяются специальные расчетные формулы, основанные на учете количества и возрастно-половой структуры населения (в некоторых странах – также и на учете социально-экономических индикаторов).

10. Наиболее реалистичный способ определения объема медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств ОМС, – составление и утверждение «отрицательного списка».

COMPULSORY HEALTH INSURANCE: EUROPEAN EXPERIENCE

Gintaras Kacevicius

Director of the Department of Insurance Development

National Health Insurance Fund of Lithuania, Vilnius, Republic of Lithuania

The European experience in realizing the insurance model of health care financing was presented. Basic characteristics of the social health insurance were identified. It was noted that the insurance model could be realized in two variants, i.e. availability of several (many) payers-insurers or as an institute of a single payer (National Health Insurance). The arguments for and against the competition among insurers, while introducing the compulsory health insurance, were given. Changes, occurred over the past decade in the health insurance system of some European countries (the Netherlands, Germany, France, Hungary, Moldova, etc.) were described.