

Глава 8. Искать правильные стимулы в здравоохранении

Очень плохо, что врачам нельзя полностью доверять, а без них не знаешь, как себе помочь
Иоганн Вольфганг Гетте

Исторически в повседневных заботах и страхах людей здоровье и пища играли элементарную роль. Об обоих этих благах молились – за избавление от болезней и за наш хлеб насущный. Оба блага жизненно необходимы и не заменимы. Когда этих благ нет, за них готовы заплатить дорого; спрос на них неэластичен. На этом схожесть данных благ с экономической точки зрения заканчивается. Хлеб по низким ценам предлагается на рынках, а обеспечение людей здоровьем является предметом постоянных политических дискуссий. Врачи демонстрируют в Берлине с предложением отложить реформу здравоохранения на потом.

Структура стимулов в здравоохранении

Для индивида существует большой риск, что для восстановления здоровья от него потребуются значительные затраты. Они могут даже истощить его имущество. Поэтому необходима система страхования, которая принимает на себя этот большой риск. В связи с этим производство такого блага, как здоровье наряду с медицинскими издержками требует издержек страхования. Речь идет о взаимодействии пациента, он же страхуемый, врача (включая больницы) и системы страхования. Возникают два различных рынка – рынок медицинских и рынок страховых услуг. Соответственно в здравоохранении существуют сложные отношения между оказанием медицинских услуг и страхованием. Структура системы представлена на рис. 8.1. Врач предоставляет пациенту медицинс-

кие услуги, на эти услуги пациент застрахован либо в одной из 400 государственных¹ медицинских касс, либо в одной из 50 частных страховых компаний. В 1998 г. расходы в этой системе равнялись почти 271 млрд евро.

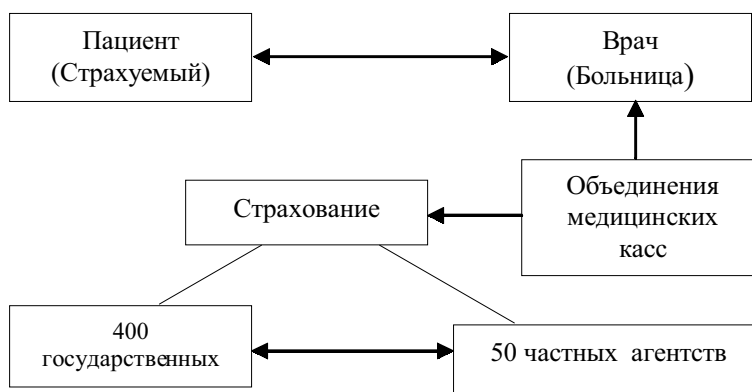


Рис. 8.1. Структура системы здравоохранения

Как в частном, так и в государственном здравоохранении обнаружился ряд проблем², которые интенсивно обсуждаются в литературе (см. рис. 8.2).

¹ Дословно: *gesetzlichen* – законные; в Германии государство в области здравоохранения берет на себя только законодательные и контролирующие функции, а исполнителями являются самостоятельные организации - больничные кассы, ассоциации врачей. Больничные кассы – это самоуправляемые независимые организации, структура которых определена законодательно; управляются собранием представителей, включающим 50% работодателей и 50% работников. На территории земель существуют местные и производственные (автомобилестроителей, моряков, сельскохозяйственных работников, горняков) кассы; местная (территориальная) больничная касса обязана застраховать всех, проживающих в данной местности, производственные кассы отбирают клиентов по профессиональному принципу. Врач, желающий работать в системе обязательного медицинского страхования, обязан вступить в ассоциацию кассовых врачей – независимую самоуправляемую организацию, действующую на основании соответствующего закона. Ассоциация заключает соглашение с больничными кассами об общем размере средств, выделяемых на врачебно-амбулаторный сектор, при участии органов управления здравоохранением; оплату услуг врачей осуществляет ассоциация. – *Прим. перев.*

² См. Доклад Совета экономических экспертов за 2000/2001 г.

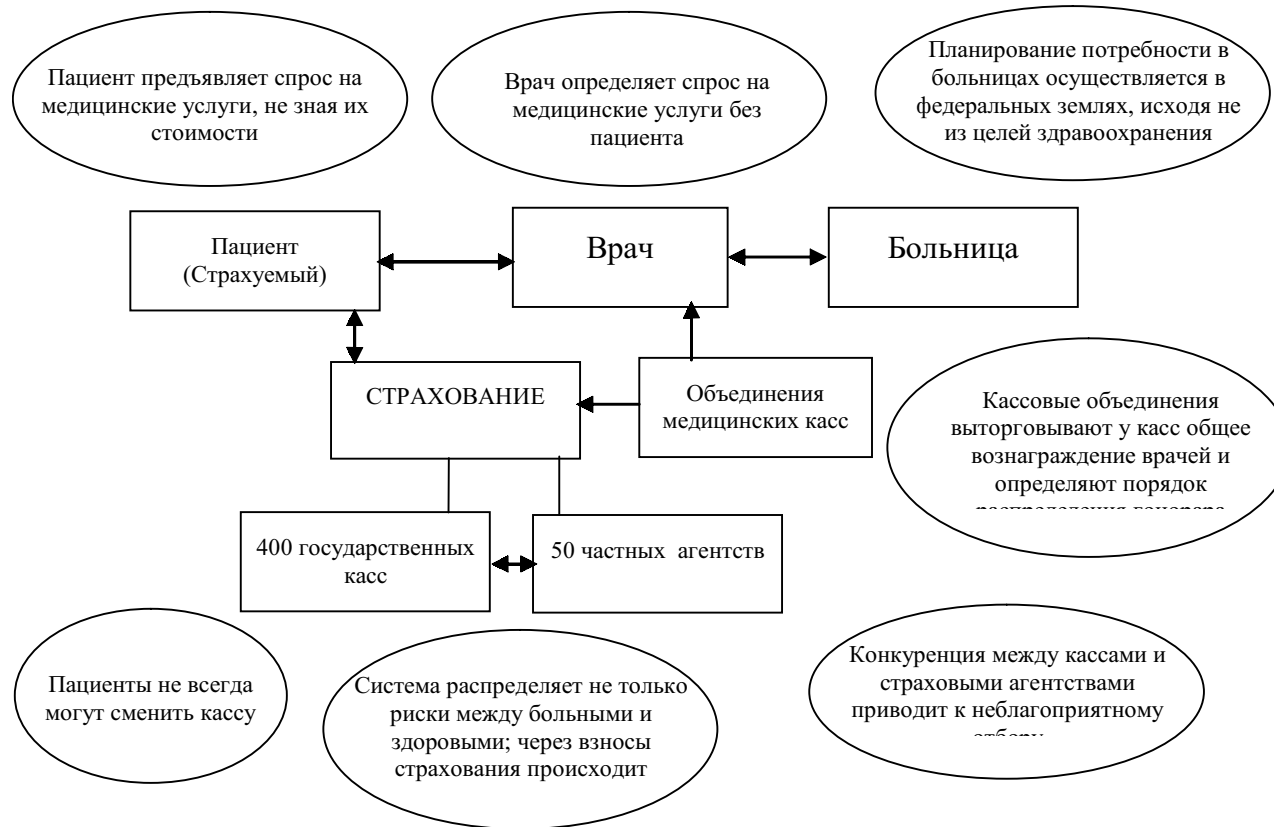


Рис. 8. 2. Ложные стимулы в системе здравоохранения

1. Пациент определяет свой спрос на медицинские услуги, не зная точно их стоимость. Поэтому пациенты могут попытаться предъявить чрезмерный спрос (*moral hazard*). Такое поведение пациентов приводит к избыточному совокупному спросу на медицинские услуги и росту издержек.

2. Врач определяет спрос на медицинские услуги пациентов, так как последние не имеют необходимой информации о том, что медики в настоящее время могут предложить. Это значит, что продавец влияет на спрос и не только в интересах покупателя, но и в собственных интересах. Такое поведение врачей (*moral hazard*) может подталкивать издержки вверх.

3. Федеральные земли при планировании потребностей больничных коек преследуют не только здравоохранительные цели, но и другие регионально-политические соображения.

4. Кассовые объединения врачей выторговывают у касс общую сумму вознаграждения и определяют распределение гонорара. Они представляют интересы врачей и этим похожи на профсоюз. В отличие от профсоюзов членство в кассовых объединениях принудительное. Им вменяется в обязанность предоставлять гарантированные медицинские услуги.

5. Застрахованные пациенты фактически ограничены в выборе государственных медицинских касс; это, прежде всего, относится к уже застраховавшимся пациентам.

Конкуренция между государственными кассами и страховыми агентствами может приводить к недоброкачественному отбору. Страховые учреждения конкурируют за хорошие (низкие) риски, т. е. за привлечение молодых пациентов. Если какой-то кассе это удастся, то она сможет снизить страховые взносы. Соответственно в результате такой конкуренции плохие риски соберутся у других касс, которые будут вынуждены повысить страховые взносы. Такие кассы станут менее привлекательны и ее члены постараются сменить кассу. В результате процесс неблагоприятного отбора ускорится. Конкуренция между страхователями станет разрушительной. В конечном счете, кассы с плохими рисками будут вытеснены с рынка.

7. Организация медицинского страхования содержит в себе не только перераспределение рисков от отдельного человека к группе людей, между больными и здоровыми. В системе страховых взносов содержится аспект перераспределения. Это усиливает проблемы риска недобросовестности.

Административное управление контроля за издержками

Поскольку в нынешней системе страхования заложены ошибочные стимулы, то неизбежно происходит взрывной рост затрат на здравоохранение. Это проявилось в росте средних ставок страховых взносов в кассы с 8,2% в 1970 г. до 14% в 2000 г. По одним прогнозам к 2040 г. эта ставка возрастет до 15,4-15,9%, по другим с учетом стареющего населения – до 23%.

Разумеется рост затрат в здравоохранении сам по себе не является показателем того, что в здравоохранении дела идут плохо. Увеличение ожидаемого срока жизни, изменение предпочтений людей в пользу здоровья, более дорогое, но и более эффективное медицинское оборудование – все это вместе взятое повышает затраты. Речь идет о том, что нужно создать эффективную систему здравоохранения. Эта система организована неэффективно, если в ней заложены неверные стимулы, приводящие к чрезмерному росту затрат. Реформа, направленная на устранение ложных стимулов, трудна потому, что не достаточно известно, как люди прореагируют на институциональные преобразования. Насколько трудно создать систему здравоохранения с приемлемыми затратами, свидетельствует то, что другие страны обременены такими же проблемами. В США, где нет принудительного страхования, около 44 млн людей (18% населения) вообще не застрахованы. В Великобритании, где расходы по здравоохранению на душу населения вдвое меньше, чем в США, система функционирует неэффективно; это проявляется, в частности в том, что нужно ждать долгие очереди на операции, что свидетельствует об избытке спроса.

Немецкая политика здравоохранения до последнего времени пыталась посредством мероприятий административного контроля предотвратить чрезмерный рост издержек. При этом, прежде всего, корректировался не рынок страховых услуг, а рынок медицинских услуг и преимущественно административно-бюрократическими средствами: ограничение возможностей врача выходить на рынок медицинских услуг, установление верхнего предела расходов на лекарство и гонорары врачей, причем размер бюджета, за пределы которого отдельный врач не может выйти, варьируется вместе с общими издержками. Механизм похож на тот, который когда-то приме-

нялся в аграрной политике применительно к закупочным ценам.

Вернемся еще раз к сравнению двух благ – здоровья и хлеба. Представьте себе, что государство ограничивает вход на рынок пекарям и им предписывается, сколько муки и других компонентов они должны использовать для выпечки хлеба и сколько они должны получать, причем о размерах своего фактического дохода они узнают лишь через определенное время. Все это напоминает мне примеры долгосрочного воздействия ошибочных стимулов в централизованно планируемом хозяйстве, которые я слышал, будучи начинающим студентом в кельнском университете, со ссылкой на труды австрийского политэконома Людвиг фон Мизеса. Политики должны себе ясно представлять, что нельзя долго управлять системой здравоохранения бюрократическими методами. Опыт неоднократно показывал, что такое вмешательство действует только в коротком периоде: издержки здравоохранения сокращаются или стабилизируются лишь в течение 1-2 лет, а затем снова обнаруживается тенденция их роста. Политика должна основываться на другой концепции. Однако при этом возникает комплекс сложных вопросов, связанных с проблемой стимулов в системе здравоохранения, которые мы кратко рассмотрим.

Конкурентно организованная система

Нет сомнения в том, что система здравоохранения содержит ряд ошибочных инструментов регулирования и нуждается в реформировании. К реформе ведут два пути: поворот к конкурентно организованной системе и частичная корректировка существующей системы.

В конкурентно-организованной системе четко должны быть отделены друг от друга распределительные цели, которые содержатся в нынешней системе, от целей сохранения здоровья. Каждый индивид обязан застраховаться в минимальном объеме. Страховой взнос должен соответствовать риску всех членов страховой кассы; это принцип эквивалентности. Существующие в современной системе элементы перераспределения – за исключением перераспределения от здоровых к больным – должны быть переложены на налогово-трансфертную систему. Кто не может платить страховой взнос из собственного дохода, тот получает от государства дотацию. Выравнивание материального положения семей тоже должно

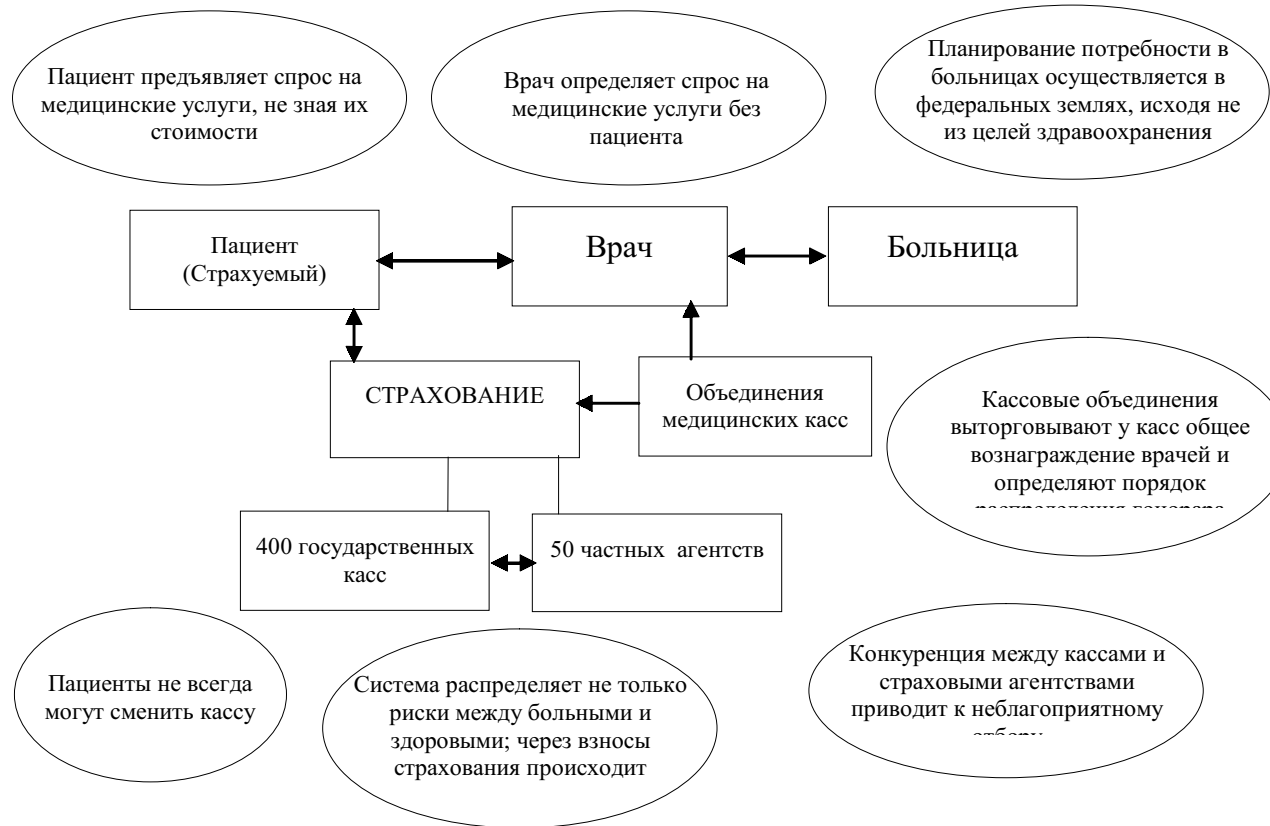


Рис. 8. 2. Ложные стимулы в системе здравоохранения

осуществляться посредством налогово-трансфертной системы. Государственные и частные больничные кассы вступают друг с другом в эффективную конкуренцию за оказание основных и дополнительных медицинских услуг. В перспективе следовало бы финансирование страхования по болезни решать в системе трудовых отношений. Для работодателя брутто зарплата (зарплата с социальными начислениями) должна повыситься, но и рабочий должен делать отчисления. Эта концепция требует решения следующих вопросов:

1. Необходимо определить, что является для индивида большим риском, от которого он должен быть застрахован в некотором минимальном объеме обязательно через систему страхования, и что такое маленький риск, страховать от которого он может сам. Должен существовать свободный выбор страхователя и при обязательном минимальном страховании. Страхователи обязаны заключать договор со всеми желающими, никому не может быть оказано. Для этого нужно очертить круг больших рисков либо посредством четкого перечня обязательных медицинских услуг, либо, наоборот, однозначно определить, что исключается из обязательного страхования и является предметом дополнительного добровольного страхования.

2. Важнейшим элементом реформирования является уменьшение асимметричности распределения информации между пациентом и врачом и снижения риска недобросовестного поведения (*moral hazard*) со стороны пациента. Так, практикуемые в Голландии методы лечения в рамках базирующейся на статистике медицины улучшает информированность пациента. Когда в приемной врача выложена информация о 70 наиболее часто встречающихся болезнях с рекомендациями о поведении при их возникновении, тогда пациент в меньшей мере зависит от превосходства врача в знаниях. Альтернативная медицина тоже может привести к лучшему познанию себя пациентом. И, разумеется, у пациента должны быть стимулы, побуждающие его к осознанию издержек лечения. Нужно уйти от принципа натуральных услуг и придти к принципу самооплаваемости. Правильные стимулы будут формироваться и через возвращение страховых взносов, в тех случаях, когда застрахованные услуги не были востребованы. При этом должны быть разные механизмы в минимальном и дополнительном страховании.

3. Для врача следует ввести такие стимулы, которые заинтере-

совывали бы его в обслуживании пациента с наиболее благоприятными для последнего затратами. Этого нельзя добиться планово-административными методами. Вероятно, здесь может помочь переход от сдельной оплаты к окладам. Нужно искать дорогу к тому, чтобы врач, исходя из собственных интересов, заботился об эффективном обслуживании пациента. Этого можно добиться лишь тогда, когда врачу достается часть сэкономленных в ходе реформы здравоохранения издержек. Здесь уместно вспомнить слова Адама Смита о том, что не от доброй воли булочника зависит, получим ли мы от него хлеб, а от его материальной заинтересованности.

В основном речь идет о том, чтобы развить конкуренцию между врачами не только по качеству обслуживания (как это сейчас имеет место), но и по издержкам лечения. У объединений медицинских касс не должно быть возможностей сдерживать эту конкуренцию. Корпоративные интересы или предпочтения подпольных врачей не должны иметь шансов воспрепятствовать этому. В целом нужно более интенсивно бороться с различными формами объединений медицинских касс.

Средством укрепления конкуренции является интегрированное обслуживание (Health Management Organization), при котором медицинское страхование предлагает интегрированная сеть поликлиник и больниц. Для того, кто обязуется пользоваться только такой сетью, взнос обязательного страхования снижается. Данные обследования в Швейцарии показывают, что в интегрированных системах издержки ниже до 30%; разумеется, нельзя исключать, что в этих экспериментах участвовали в основном лица с маленькими рисками. Предприниматели тоже могли бы заключать договоры страхования своих работников с теми сетями поликлиник и больниц, в которых застраховались эти работники; в США так и происходит.

Кроме таких объединений нужно искать и другие договорные и рыночные механизмы вертикальной интеграции. Так можно было бы снижать страховой взнос в тех случаях, когда врачи устанавливают определенный стандарт оплаты своих услуг и пациенты обязуются обращаться только к этим врачам.

4. Особая проблема, как организовать конкуренцию между страховыми учреждениями. Одной из предпосылок для этого является возможность страхующихся переходить от одной страховой компании к другой. Это особенно сложно для пожилых людей, так как

страхование их здоровья связано с повышенным риском. В швейцарской модели это решено так: при медицинском страховании все страхующиеся платят одинаковый взнос независимо от своего возраста; при обязательном страховании индивиды могут менять страховые компании. В Германии страховые взносы дифференцированы по возрасту. Если страхование по старости осуществляется по накопительной системе, то пациент при смене медицинской кассы должен иметь возможность перевести накопленные средства в другую кассу, как это делают частные страховые агентства.

5. Допустим, что проблема перевода накопленного взноса решена и пациент может менять страховщика, как это имеет место в Швейцарии. Тогда встает другой вопрос, приведет ли конкуренция между страхователями к тому, что все большие риски сосредоточатся в одной страховой компании. В конечном счете, было бы желательно исключить конкуренцию между страховщиками за плохие риски и ограничить ее соревнованием за снижение издержек и увеличение услуг. Поэтому кассам нужно предоставить право заключать трудовые договоры с отдельными врачами и отделять их услуги от услуг минимального страхования.

Решению проблемы неблагоприятного отбора должно помочь выравнивание структуры рисков. Страховщики с плохими рисками получают компенсацию, а страховщики с хорошими рисками – платят. Но ни в коем случае это не должно быть организовано так, что кассы с высокими ставками взноса напрямую компенсируют кассы с низкими ставками; это противоречит идеи конкуренции.

В большей мере нужно прибегать к трансфертам при страховании специфических рисков. Это можно было бы сделать посредством пулов высоких рисков. При этом каждая касса оплачивает каждому пациенту лишь базовую сумму, например, 15000 евро. Все издержки свыше этой суммы на 70% возмещаются пулом. Например, при расходах 65000 евро касса получает доплату из фонда пула 35000 евро, а 30000 выплачивает сама. Все кассы вносят в пул паевой взнос. Для поддержания конкуренции государство не должно посредством налогов выравнивать экономическое положение касс.

Идея состоит в том, чтобы страховщики не конкурировали за хорошие риски, а соревновались в предоставлении страховых услуг. Проблема имеет два аспекта. С одной стороны процесс выравнивания структуры рисков или образования пулов высоких рисков за-

висит от средств выравнивания, т. е. от размеров компенсаций и паевых взносов; будет трудно рассчитать эти величины таким образом, чтобы все кассы имели одинаковые стартовые условия. С другой стороны на практике трудно разделить издержки и услуги страхования и профиль риска страхующегося индивида.

Наряду с выравниванием структуры рисков между кассами и образованием пулов высоких рисков можно было бы использовать третью возможность – позволить конкуренции вытеснить с рынка кассы и страховые агентства с неэффективными издержками и высокими рисками. Все кассы обязаны принимать вновь тех клиентов, чьи контракты закончились. Поэтому кассам следует с самого начала принимать в расчет риски потенциальных новичков.

Взгляд на систему в целом

Почтительно взглянуть на финансовые потоки в здравоохранении. Из различных источников финансирования в 1997 г. в систему поступило 264 млрд евро, в том числе, от домашних хозяйств 118 млрд евро, от работодателей – 98 млрд евро, от государства, т. е. от налогоплательщиков, – 49 млрд евро. Из этих средств на различного рода страхование ушло 179 млрд евро. Медицинские учреждения получили 198 млрд евро, из них 71 стационары и 48 амбулатории. Домашние хозяйства получили в виде прямых денежных выплат 54 млрд евро; в основном в виде заработной платы во время болезни и пенсий по нетрудоспособности.

Показательно также распределение расходов государственных больничных касс. В 2000 г. из 134 млрд евро общих расходов 45 млрд евро ушли на оплату за обслуживание пациентов в больнице, 22 млрд евро – на оплату врачей, 20 млрд евро – на лекарства и 11 млрд евро – на стоматологию.

Одной из немалых статей издержек здравоохранения является страхование на случай болезни. В первые 6 недель болезни фирмы выплачивают 100% номинальной зарплаты; это около 26 млрд евро в год. Затем больничные кассы выплачивают 70% номинальной зарплаты. Срок этих выплат не определен, но при длительной болезни устанавливается потеря трудоспособности с соответствующим этому состоянию пособием. По существу такой порядок противоречит принципу: важнее сначала застраховаться от больших рисков, чем от маленьких, поскольку можно полагать, что продол-

жительная болезнь больше беспокоит индивида. Это, однако, не является аргументом в пользу повышения пособия по болезни, наоборот, следует снизить размер зарплаты, выплачиваемой во время болезни. Издержки можно было бы также сократить за счет того, что первые 2-3 дня болезни в году не будут оплачиваться. Это благоприятно сказалось бы на трудоспособности. Предлагалось в первые две недели болезни выплачивать лишь 80 прежней номинальной зарплаты. Сэкономленные таким образом средства можно передать рабочим и предпринимателям посредством возврата части страхового взноса. Еще дальше идущие предложения состоят в том, чтобы нынешние расходы предприятий по оплате больничных листов – они составляют 5% выплачиваемой зарплаты – записывать на специальный сберегательный счет рабочего. Рабочий в обязательном порядке с использованием этих средств должен застраховаться на минимальном уровне, например, в размере, необходимом для получения пособия по безработице, но при желании может застраховаться и на всю свою прежнюю зарплату. Кто решит довольствоваться минимальным уровнем страхования, должен платить меньший страховой взнос и оставшиеся на сберегательном счете средства получает в дополнение к своему трудовому доходу.

Корректировка шаг за шагом

В соответствии с концепцией «шаг за шагом» существующую систему здравоохранения пытаются постепенно совершенствовать и внедрить элементы конкуренции. Так, делается попытка определить каталог услуг в минимальном объеме страхования либо посредством перечисления самого необходимого, либо, наоборот, указанием того, что в этот объем услуг не входит. Другими словами, из страхования предлагается исключить услуги, связанные с маленькими рисками. Возврат (в определенных случаях) уплаченных взносов, самострахование, участие в оплате счетов за лечение и лекарства – это тоже возможные инструменты конкуренции, как и рекомендации по самолечению в рамках основанной на статистике медицине и переход от оплаты врача за услуги конкретного индивида к оплате общего объема его работы. В рамки этого подхода вписывается и создание интегрированных учреждений медицинского обслуживания (Health Management Organization) и выравнива-

ние структуры рисков государственных больничных касс.

При этом, однако, нужно считаться с тем, что отдельные шаги не затрагивают ядро проблемы и скорее могут отдалить конкуренцию, чем приблизить ее. Это могло бы, например, произойти в случае перехода к системе здравоохранения, финансируемой в основном за счет налогов. Тогда из системы был бы вытеснен принцип эквивалентности, который нелегко будет потом вернуть назад. Будут также пытаться защитить государственные больничные кассы от обязанности иметь дело с новыми членами, например, с индивидуальными предпринимателями.

Имеется также предложение, исключить возможность перехода от государственных касс к частному страхованию. Такую возможность до сих пор имели те члены касс, доход которых превышает определенную границу. Посредством запрета хотят удержать побольше плательщиков в официальном медицинском страховании. Тем самым у застрахованных в государственных кассах отнимается право решения и эти кассы становятся обязательными для всех. Такой реформистский шаг означает ограничение свободы выбора индивидов. Кроме того, учитывая, что люди начинают свою трудовую деятельность с низкого дохода, который повышается с годами профессиональной деятельности, то оказывается, что от частного страхования будет отсечена часть рынка. Отмена права ухода из государственных касс вытеснит из системы страхования частную компоненту и ослабит в ней конкуренцию. Общество будет тогда иметь меньше знаний относительно того, как частное страхование может помочь найти эффективное решение реформы здравоохранения. Наконец, важно обратить внимание на то, что отмена права ухода из легальных касс закрепляет нынешнюю систему и уводит реформирование системы здравоохранения от основополагающего принципа эквивалентности. В общем, это шаг в неверном направлении.

Исходя из такой же мотивации, предлагают за счет расширения границ ставки страховых взносов включить в систему медицинского страхования все виды доходов, а не только заработную плату. Это принесло бы системе медицинского страхования увеличение доходов необходимость реформы будет представляться менее насущной. Наоборот, для создания предпосылок конкуренции нужно отвязать страховые взносы от заработной платы и других видов доходов и связать их с услугами страхования. Кто имеет

незначительный доход, получал бы дотацию.

Движением в неправильном направлении является установление минимального (ограниченного снизу) размера взноса в больницы для того, чтобы исключить конкуренцию. Тем самым были бы оштрафованы наиболее эффективные кассы, а менее эффективные – поддержаны. Кассы тогда не имели бы стимула заботиться об эффективности. Скорей всего в своих расчетах на будущее они были бы озабочены тем, чтобы не было избытка над предусмотренными законом минимальными страховыми взносами. Поскольку им запрещено законом передавать эти избытки своим клиентам, они должны учитывать, что государство заберет их себе в рамках перераспределения дохода. Почему в таких условиях кассы должны заботиться об эффективности? Тогда вместо того, чтобы заботиться о расходах, лучше построить на доходы от взносов представительное здание для своего офиса. Установление минимального страхового взноса есть объявление банкротства политики. Из опыта аграрной политики должно быть известно, как влияют минимальные цены. На рынке благ они позаботились о создании гор мяса и масла. В данном случае возникнет избыточное предложение неэффективных услуг страхования. Поскольку минимальный взнос будет принудительным, то потребитель не сможет от него уклониться. И в системе здравоохранения государство не понимает эффекта кобры.