

Пересмотр системы социально-медицинского страхования

автор

Адам Уогстофф^а

^а Исследовательская группа в целях развития, Всемирный банк, Вашингтон, ОК, США

Резюме

Социально-медицинское страхование (СМС) в настоящее время переживает своё второе рождение в ряде развивающихся стран. Многие страны, которые в прошлом сильно опирались на налоговое финансирование (и платежи из личного кармана), к настоящему времени внедрили СМС или размышляют о том, чтобы это сделать. И страны, в которых СМС уже существует, предпринимают огромные усилия, чтобы расширить охват неофициального сектора. Иронично, но такое возрождение происходит в то время, когда европейские страны, практикующие вот уже долгое время СМС, либо уже снизили финансирование за счёт налогообложения заработной платы в пользу совокупного дохода или находятся в процессе на пути к нему. Этот документ изучает эффективность результатов СМС в медицинском обслуживании, сборе доходов, охвате официального сектора и его воздействии на рынок труда. Содержание документа утверждает, что СМС не обязательно подразумевает хорошее качество медицинского обслуживания при низких затратах, отчасти в силу плохого регулирования покупателей СМС. Предлагается, что затраты на сбор поступлений могут быть весьма существенными, даже в официальном секторе, где повсеместно происходит нестрахование и уклонение, и что в то время как СМС может охватить с относительной лёгкостью официальный сектор и бедное население, оно добивается неважных результатов в отношении охвата небедных работников неофициального сектора, до тех пор пока экономика не поднимется на высокий уровень экономического развития. Документ также утверждает, что СМС может возыметь негативный эффект на рынок труда, в том числе переход работников официального сектора в неофициальный сектор, и бедные домохозяйства при охвате за счёт налогоплательщиков попадают в ловушку бедности.

Связь с автором: Адам Уогстофф, Всемирный банк, 1818 H Street NW, Washington, D.C. 20433, USA. Тел. (202) 473-0566. Факс (202)-522 1153. Эл. почта: awogstoffs@worldbank.org.

Ключевые слова: социально-медицинское страхование; финансирование здравоохранения.

Благодарность: мне хотелось бы поблагодарить, не желая тем самым налагать какие-либо обязательства, Джена Бультмана (Jan Bultman), Пабло Готретта (Pablo Готтрет), Мэтью Джоуэтта (Matthew Джоуэтт) и Магнуса Линделоу (Magnus Lindelow) за полезные замечания к предыдущей редакции этого документа. Результаты, толкования и заключения содержащиеся в настоящем документе принадлежат автору и не обязательно отражают мнение Всемирного банка, его исполнительных директоров или стран, интересы которых они представляют.

Всемирный банк, рабочий документ № 4111 в области исследования политики, январь 2007 года

Серия рабочих документов по исследованию политики распространяет результаты проводимых исследовательских работ для содействия в обмене идеями о вопросах в области социально-экономического развития. Задача серии быстро распространить результаты, даже если доклады полностью не готовы. Документы содержат имена авторов цитат, которые следует приводить должным образом. Результаты, толкования и заключения содержащиеся в настоящем документе принадлежат его авторам и не обязательно отражают мнение Всемирного банка, его исполнительных директоров или стран, интересы которых они представляют. Библиотека рабочих документов по исследованию политики находится на электронной странице <http://econ.worldbank.org>.

Введение

Социально-медицинское страхование (СМС) в настоящее время переживает своё второе рождение в ряде развивающихся стран.¹ Многие страны, которые в прошлом сильно опирались на налоговое финансирование (и платежи из личного кармана), к настоящему времени внедрили СМС или подумывают о том, чтобы это сделать.² И страны, в которых СМС уже существует, прилагают огромные усилия, чтобы расширить охват неофициального сектора.³ Иронично, но такое возрождение происходит в то время, когда три страны: Франция, ФРГ и Нидерланды, практикующие СМС на протяжении многих лет, находятся в процессе, который позволит им не сильно опираться на поступления от заработной платы.⁴ Похоже, время даёт хорошую возможность провести переоценку выгод СМС, используемого в качестве механизма финансирования здравоохранения.

СМС и медицинское обслуживание

Один из аргументов в пользу СМС и против налогового финансирования заключается в том, что последнее неотделимо связано с моделью медицинского обслуживания, которое отличается плохим качеством и высокой, без особой на то нужды, себестоимостью. Обычно при данном механизме привлекается министерство

¹ Две недавно проведённые конференции, обе организованные совместно с агентством по оказанию помощи правительства ФРГ, сосредоточились на СМС в развивающихся странах и странах с экономикой переходного периода. Одна конференция была проведена в ноябре 2005 года в Берлине и вторая состоялась в Маниле в октябре 2006 года. За более подробной информацией обращайтесь <http://www.shi-conference.de/> и <http://www.shiconferencemania.info/>.

² Среди примеров можно назвать Вьетнам (1993), Нигерия (1997), Танзания (2001) и Гана (2005). Вопрос в процессе обсуждения в Южной Африке, Зимбабве, Кампучии и Лаосе. Недавно в Малайзии также начались дебаты о переходе к СМС.

³ Среди примеров можно назвать Колумбию, Мексику, Филиппины и Вьетнам.

⁴ Франция расширила налогооблагаемую базу на доходы, включая налог на доход с не основного места работы. ФРГ, как рассматривалось ниже, рассматривает возможность меньшего внимания на доход с основного места, в то время как в Нидерландах в 2005 году началась реформа, когда страховщик получает только половину своих доходов от прибыли с заработной платы (хотя и проведённых через центральный фонд), остальная часть поступает от стандартно нормированных прямых вкладов от членов (при возмещаемыми прибавками по доходу для групп с низкими доходами) (Готтрет и Шайбер [Gottret and Schieber] 2006; международное сотрудничество в области политики и реформ в здравоохранении 2006). В дополнение к этим изменениям стоит отметить, что Исландия и Испания в середине 80-х перешли от массового использования СМС на налоговое финансирование.

здравоохранения, обеспечивающее медицинское обслуживание через собственную сеть лечебно-профилактических учреждений, не располагающих значительной степенью автономии и финансируемых из комбинированного источника, включающего бюджеты и заработные платы. Утверждается, что СМС предлагает перспективу, позволяющую в некоторой степени отвоевать у министерства здравоохранения контроль над предоставлением медицинского обслуживания, либо посредством специализированной системы медицинского обслуживания через СМС, как например, в ряде стран Латинской Америки, или через вынужденное институциональное отделение функции «закупки» медицинского обслуживания со стороны страховщиков или органов СМС, и само медицинское обслуживание, которое могло бы оставаться функциональной обязанностью министерства здравоохранения, как во Вьетнаме, или обеспечиваться на договорной основе через частный сектор, как в Аргентине.

Фактически отсутствуют доказательства тому, что в странах Европы, где есть СМС, качество медицинского обслуживания лучше, чем в странах, где система охраны здоровья населения финансируется через налоги и сборы. Например, уровень выживания онкологических больных в Дании и Англии относительно низкий, тогда как тот же показатель демонстрирует хорошие результаты в Швеции и Исландии, в которых здравоохранение финансируется из налогов; на самом деле две последние страны отличаются лучшими уровнями, чем Франция, ФРГ и Нидерланды в которых работают системы СМС (Мишели и соавторы 2003). В любом случае, другие переменные величины системы вероятно тоже играют определённую роль; двумерные связи указывают, например, на лучшие перспективы выживания онкологических больных в Европе, если в стране высокий уровень благосостояния и страна расходует больше средств на здравоохранение. В Латинской Америке, где специализированные лечебно-

профилактические учреждения системы СМС или частные структуры обеспечивают медицинским обслуживанием держателей СМС страховки и лечебно-профилактические учреждения государственной системы (минздрава) обслуживают остальное население, обе системы критикуются за неудовлетворительное качество обслуживания. Система СМС, например, заполучила репутацию “непропорционально инвестирующей в высокие технологии и лечебную терапию и практически исключаящую первичное медико-санитарную помощь” (Фидлер 1996). А государственная система, между тем слышит нереагирующей и неудобной, а говоря о более низких уровнях – просто некачественной (цит. например, Льюис, Эскеланд и Траа-Валерецо 2004).

Рассматривая затраты (или, по меньшей мере, долю затрат на здравоохранение в структуре ВВП), из свидетельств ОЭСР вытекает, что источник поступлений не играет той главной роли, какую играют характеристики системы обслуживания: роль государственного сектора в работе по охране здоровья населения, как оплачивается труд медицинских работников, стоит ли ПМСП на страже здоровья населения и так далее. (Доктор и Оксли 2003). Всё больше становится ясно, что отсутствует соответствие один к одному между этими характеристиками и процессами формирования доходов: *финансирование через налоги и социальное страхование просто представляют собой различные процессы формирования доходов* (цит. Джонсон и Масгров 1997). Каждый из них может быть соотнесён с интегрированной системой обслуживания: в Великобритании при дореформенной системе финансирования через налоги, отсутствовало разделение между покупателями и поставщиками, которые представляли собой прямо подчинённую структуру при министерстве здравоохранения; в системе СМС Мексики присутствуют две государственные интегрированные системы, находящиеся рядом друг с другом: министерство здравоохранения и учреждение социального обеспечения. Но каждая из

систем может очень хорошо сосуществовать в паре с системой обслуживания на контрактной основе: система СМС Аргентины привлекает на подряд частные организации для оказания медицинского обслуживания, как это происходит и в системе Дании; в Канаде система медицинского обслуживания, финансируемая на средства налогоплательщиков, обеспечивается некоммерческими частными организациями; в новой системе Великобритании, всё более растущие автономные государственные учреждения (и ряд частных), оказывают медицинскую помощь по договору с государственным сектором, выступающим в роли покупателя; и системах Кампучии (Бушан, Келлер и Шварц 2002) и Уганды (Рейникка и Свенссон 2003), финансируемых из государственного бюджета, ряд медицинских услуг оказываются на контрактной основе через неправительственные организации.

Из подхода с разделением функций покупателя и поставщика, по меньшей мере, на бумаге, можно извлечь многое по сравнению с интегрированным подходом. Он обещает, что покупатель разработает передовую информационную систему, охватывающую данные по затратам, качеству и требованиям в сфере охраны здоровья, которые можно будет использовать при координации ресурсов и их адресной направленности на наиболее необходимые участки и имеющие максимальное воздействие. Могут существовать причины политэкономического характера, существование которых затрудняет разделение функций покупателя и поставщика в системе финансирования за счёт налогов и предоставление государственным поставщикам необходимой автономности, позволяющей им откликаться на стимулы, формируемые таким разделением, как например: нормативно-правовые аспекты, регулирующие государственную службу, казначейское регламентирование инвестиций и пр. Разработка схемы СМС может послужить способом внесения таких изменений. Но единственный ли это вариант? И самый ли он лучший?

Один важный вопрос в этом отношении касательно того, будут ли добиваться лучших результатов работы покупателя СМС, при сравнении с теми структурами, которые существуют в системах, финансируемых за счёт налогов, в отношении затрат и качества в силу большей подотчётности перед общественностью. На самом деле, возможно, что система с уплатой страховых взносов может привести к тому, что общественность будет склоняться к тому, чтобы начать задавать вопросы, когда качество обслуживания не отвечает её ожиданиям, в то время как общественность, существующая в условиях системы, финансируемой за счёт налогов, никогда не сможет перечислить конкретные налоги, которые были направлены на финансирование системы здравоохранения. На практике остаётся далеко не ясным, будут ли покупатели СМС более подотчётны перед держателями полисов медицинского страхования. При поверхностном рассмотрении орган СМС Филиппин, который называется «Филздрав» имеет хорошую структуру и организацию своей работы. Однако этот орган успешно отмахивается от призывов использовать избыточные накопления для финансирования более щедрого пакета услуг за счёт страховой суммы и поступали жалобы, что политики изыскивали возможность использовать своё влияние на результаты выборов через назначение сочувствующих на должности в «Филздраве» и бесплатно раздавать карточки медицинского страхования среди маргинального электората. Доклад Всемирного банка, выпущенный в конце 1990, о медицинском страховании в Аргентине (Всемирный банк, 1997 год), в своих замечаниях о покупательской способности медицинских страховщиков, отмечает, что «Аргентина признает, что личные связи и коррупция, вместо качества и экономичности, играют главную роль в присуждении поставщикам медицинских услуг генподрядных контрактов и других видов финансирования, а это значительно снижает эффективность и повышает стоимость здравоохранения в Аргентине» (ч.7). Всемирный

банк рекомендует усиленное регулирование медицинских страховщиков и конкуренцию между ними. Коррупция в органах СМС в более крупном масштабе недавно была отмечена в Армении, Казахстане, и Кении (Готтрет и Шайбер 2006).

Вероятная проблема общего характера в таких ситуациях это то, что взносы не всегда автоматически приводят к подотчётности. По контрасту, в налоговой системе, электорат обычно имеет возможность выразить своё мнение о том, как правительство расходует средства налогоплательщиков, через избирательную урну. Один способ совершенствования подотчётности в системе СМС – это позволить членам голосовать своими ногами — т.е. дать им возможность выбора страховщика. В ФРГ широко обсуждался этот вопрос и недавно проведенные реформы в Нидерландах предусмотрели создание такой конкуренции. Время покажет, приведёт ли конкурентный подход к СМС к получению выгод, на которые возлагаются надежды. Конечно же, существуют потенциальные недостатки, в том числе потеря силы монополии, масштаб «обезжиривания» и риск того, что страховщики будут игнорировать профилактические мероприятия (к тому времени, когда накопятся выгоды, человек может сменить страховщика) (Кенкель 2000).⁵ Определённо в ряде стран с СМС наблюдается тенденция, когда не просто нет конкуренции среди страховщиков, но даже нет фрагментации. В Австрии, где слабый покупательский потенциал также был отнесён к ряду проблем, предлагалось сократить влияние фондов на случай болезни, на покупательские решения и вместо этого создать национальные и федеральные государственные органы по закупкам медицинских услуг, когда целью будет служить «оптимизация использования ресурсов, совершенствование интеграции обслуживания и консолидация финансовых ресурсов для

⁵ Поэтому программы профилактической диагностики рака груди и других онкологических заболеваний в Нидерландах финансируются напрямую и перечисляются в учреждения, хотя они и финансируются из взносов СМС и прямого субсидирования из центральных фондов.

улучшения закупок” (Международное взаимодействие по вопросам политики и реформ здравоохранения 2006). Словения и Кыргызская Республика являются примерами стран, внедрившими СМС на основе модели одиночного плательщика. В такой модели, другие методы, за исключением вышеупомянутого, призваны содействовать подотчётности.

СМС предлагает больший объём и предсказуемость финансовых поступлений для здравоохранения

Другим аргументом в пользу СМС является то, что налоговых поступлений обычно не хватает для финансирования достаточного объёма качественного медицинского обслуживания, удовлетворяющего требованиям населения. Утверждается, что СМС предлагает перспективу большего объёма финансовых поступлений для систем, рассматривающих полный переход к СМС или дополнительных поступлений для тех, кто продвигается вперед на пути к комбинированной системе финансирования, когда по ряду причин невозможно добиться дополнительных доходов от налогов. Некоторые также видят в СМС путь, как они говорят, позволяющий обойти вменённую непредсказуемость налогового финансирования: утверждается, что, доходы от налогов увеличиваются и сокращаются в зависимости от состояния экономики, и доля министерства здравоохранения в общем объёме распределений государственного бюджета от налоговых поступлений является переменным показателем и зависит от результатов переговоров с правительством.

Наиболее очевидный вопрос, которого необходимо коснуться здесь - это только непосредственная налогооблагаемая база для СМС - это официальные заработные платы, и причем, если стоит реальная цель охватить всё население, то необходима большая доля в общем объёме бюджетных сборов и соответственно значительные субсидирования со

стороны заработных плат официальных работников в пользу работающих неофициально и других категорий. В настоящее время решается задача, как привлечь и увеличить сборы от неофициального сектора; достаточно только сказать, что на настоящее время это серьезная задача, что размер фактических сборов редко соответствует прогнозным оценкам, будь они на основе взносов, а сами затраты на сбор являются дорогостоящими.

Получается, что все эти вопросы, вызывающие озабоченность, являются также обременительными в контексте официального сектора. Иногда утверждается, что желание населения платить взносы в систему СМС вероятно будет сильнее, чем их желание платить налоги: они могут связать свой взнос с причитающимися для них последствиями этих взносов; и они пожелают внести больше в зачёт других, если их попросят проявить «солидарность» с коллегами в конкретной сфере промышленности или регионе страны, если будет необходимо продемонстрировать солидарность с населением в целом. В таком случае, не кажется, что собираемость отчислений в качестве взносов в СМС из официального сектора автоматически будет легче, чем собираемость налогов. В городах КНР только 24% работников частного и 50% государственных предприятий, включены в новую схему городского медицинского страхования (Чен 2004; Ву 2004). Во Вьетнаме на каждого официального работника включенного в СМС приходится по два работника, не включенных (Нгуен 2006). В дополнение к этой проблеме, также часто возникает проблема уклонения в тех странах, где население, при невключении в схему СМС, имеет возможность воспользоваться субсидированными лечебно-профилактическими учреждениями государственной системы. В Колумбии при наличии режима уплаты взносов (охватывающего официальных и неофициальных работников, не включенных в категорию «социально уязвимые»), уклонение от их уплаты называется как одна из самых обременительных проблем, с которыми сталкивается сектор здравоохранения, которая в

2000 году обошлась стране в 836 миллионов долларов США или 2.75% ВВП (Эскобар и Панополу 2003). Примерно $\frac{3}{4}$ этой суммы связана с недорегистрируемостью (плохой регистрацией), а $\frac{1}{4}$ вызвана злостным уклонением от уплаты. В противоположность ожиданиям, внедрение схем СМС в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза, фактически не привела к дополнительным поступлениям для здравоохранения, по причине плохой собираемости; в Казахстане, например, было фактически собрано только 40% от прогнозируемого дохода (Готтрет и Шайбер 2006). По контрасту, относительно трудно уклониться от уплаты ряда налогов—косвенных например—и относительно дешево обходится их собираемость. Затраты на сбор в системе СМС, по контрасту, являются ненулевыми; и конечно же, учитывая, что налоги необходимо собирать по разным причинам в любом случае, и что с учётом масштабов снижаются затраты на сбор налогов, затраты на сбор, связанные с СМС могли бы в большей мере быть сведены к минимуму, если бы здравоохранение финансировалось из общего дохода.

Сама идея, что правительства не могут увеличить общий доход для того, чтобы увеличить расходования в системе, финансируемой за счёт налогов, но *могут* внедрить систему взносов социального страхования (т.е. отчисления с заработной платы) стоит того, чтобы её изучить. При первом впечатлении она может показаться нецелесообразной. Если население оплачивает значительные суммы средств из личного кармана на медицинское обслуживание, основы экономики утверждают, что они бы предпочли преобразовать эти неопределённые платежи в определённое «вознаграждение», которое могло бы принять форму взноса социального страхования или дополнительного налога. Одна из причин, почему предпочтение может быть отдано взносу, это отсутствие среди населения доверия к правительству, исходя из того, то последнее потратит налоги, полученные сверх предусмотренных, на здравоохранение, или недоверия к самой системе

здравоохранения, что оно обеспечит качественным медицинским обслуживанием за счёт ресурсов, полученных сверх предусмотренных. Но это ставит много вопросов. Какая доля средств, полученных от взносов на страхование уйдёт на покрытие административных затрат, связанных с созданием и эксплуатацией системы СМС? Сможет ли преуспеть система СМС, проецируя доход на качество медицинского обслуживания? И не могут ли вопросы, вызывающие подозрительность среди граждан по отношению к правительству, также отражать слабость правительства регулировать схему СМС? Может быть более вероятно причина, что категории более состоятельного населения неудовлетворены ограниченным обслуживанием, предлагаемым посредством программы финансирования через налоги, и предпочли бы СМС вместо оплаты труда частного сектора или частного страхования, допуская, что их страховые взносы в СМС проецируются в улучшенное качество медицинского обслуживания и снижение оплаты из личных средств *для них самих*. Поэтому, вполне может статься, что скрытая программа внедрения СМС в системы, финансируемые за счёт налогов, предлагает возможность внедрения параллельной системы обслуживания для начала (или по меньшей мере, какая-то перспектива лучшего обслуживания при низких затратах), в направлении с системами Латинской Америки. Стоит изучить является ли это наилучшим вариантом для удовлетворения правомочного спроса на улучшение, которое может аргументировано рассматриваться как правомочное.

Налоги часто рассматриваются как приспособление, независимое от существования и масштабов какой-либо схемы СМС. Ни то, ни другое не является правдой. Встать на путь СМС и начать ему движение, вероятней всего облегчит задачу министерства финансов привлечь в госбюджет доходы от налогов на цели здравоохранения. Существует риск, что трудности достижения ВМС посредством СМС примут различные очертания

только с течением времени, когда министерство финансов начнёт видеть систему здравоохранения в качестве доходной, а не нуждающейся в субсидировании за счёт налоговых сборов. По контрасту, если министерство здравоохранения привлекает к участию министерство финансов (особенно если у него есть чёткий механизм для сдерживания затрат, обеспечения качественного обслуживания, минздрав формулирует и достигает поставленных целей), невозможно представить, что возникнет прецедент привлечения дополнительных ресурсов.

Это может обусловить необходимость дополнительных доходов от налоговых сборов. Но налоговые сборы в государстве не являются приспособлением. Многие развивающиеся страны снизили налогооблагаемую базу без какой-либо на то необходимости. Например, в КНР услуги не облагаются НДС и налогооблагаемая база недвижимости более узкая, чем она должна быть (Ахмад 2006). Налоговую базу можно увеличить посредством реформ и внести изменения к ставкам налогов. Такие реформы предлагают перспективу более высоких поступлений, некоторые из которых могут и ранее использовались для увеличения финансирования здравоохранения из государственного бюджета. Например, Боливия, посредством большой налоговой реформы подняла налоговые сборы от 3% ВВП в 1983 году до 17% к концу 1987 года (Уогстофф и Клэйсон 2004). Простая структура, состоящая из 6 налогов, заменила чрезмерно комплексную систему налогов, состоящую из более чем из 100 налогов (дифференцированные тарифы сбора на ввоз, адресные налоги, прогрессивный налог на доход и налоги с предприятий, с множеством исключений и лазеек).⁶ Сфера здравоохранения в Боливии получила выгоды

⁶ Сюда входит: 10% НДС на обширную базу, исключая только жилищные и финансовые службы; потребительские налоги на товары класса «люкс» (ликеро-водочные изделия, парфюмерия, косметика, табачная продукция и ювелирные изделия); 1% комиссия за финансово-хозяйственную операцию (налог с совокупного оборота); прогрессивный налог на транспортные средства (1.5%–5%) и городскую недвижимость (1.5%–3%); 2% налог (увеличен до 2.5% в 1988) на чистую стоимость государственных и частных предприятий (малые неофициальные предприятия платят фиксированный

от такого роста доходов от налогов: расходы государственного бюджета на здравоохранение в структуре ВВП выросли примерно на 10% в течение 1990-х. Недавно опубликованный доклад Всемирного банка (Всемирный банк 2006) содержит перечень других стран, в том числе Армению, Болгарию, Эстонию, Казахстан, Россию и Словакию, которые провели налоговые реформы для хозяйственников (в том числе налоги с заработной платы и НДС) и находятся на пути увеличения государственных доходов от налогов. Среди принятых мер следующие: упрощение налогов, ограничение стимулов и льгот, а также снижение налоговых ставок; такие меры имеют тенденцию стимулировать выполнения требований налогового законодательства со стороны налогоплательщиков и также предупреждают уход хозяйствующих субъектов в неофициальную экономику.

Доходы СМС иногда демонстрируют меньшие ежегодные колебания, чем расходы государственного бюджета на здравоохранение (цит. например, Ноннеман и ван Дорслаер 1994). Но системы СМС не защищены от финансовых кризисов, которые могут произойти при упадке и взлёте. Нынешний кризис здравоохранения в ФРГ произошёл отчасти потому, как по мере роста безработицы стали падать поступления в систему СМС (взносы работающих граждан ФРГ покрывают затраты безработных) и увеличилась доля пожилого населения. По контрасту, социальная система страхования Тайваня испытала финансовый кризис в течение периода резкого экономического роста, потому что взносы регулировались предельной суммой и уровень вкладов не соответствовал темпам роста дохода на душу населения. Только после ожесточённых политических дебатов были увеличены вклады (Лу и Хсияо 2003). В любом случае, остаётся не ясно, является ли автоматически хорошей новостью приток ресурсов в фонд СМС и что бюджет,

единовременный налог); и унифицированный сбор на возимый товар 20% (снижен до 10% в 1988). Все остальные налоги были ликвидированы, включая подоходный налог с физических или юридических лиц.

финансируемый через налоги, является «уязвимым» для результатов широкого обсуждения в правительстве—“капризный характер правительства”, как отметили два специалиста (Ноннеман и ван Дорслаер 1994)—всегда является плохим фактором. Выгода последнего механизма состоит в том, чтобы он позволяет проводить более открытые дебаты в поиске компромисса по государственным расходам на здравоохранение и другие отрасли и обеспечивает чёткий путь для тех, кто руководит, обеспечивая процесс отчётности по государственным расходам. Тенденция проведения таких дебатов по системе СМС ниже, за исключением до такой степени, когда орган СМС призвал, как в случае с Тайванем, внести изменения в сетку взносов для того, чтобы покрыть затраты. Часть вопроса, вызывающего озабоченность в ФРГ, например, что продолжается приток ресурсов в систему СМС, и соответственно так интенсивно растёт дороговизна медицинского обслуживания, что ФРГ занимает третье место в списке стран ОЭСР с высокой долей затрат на здравоохранение в общей структуре ВВП. Если бы в ФРГ продолжили постоянные политические дебаты о компромиссах при распределении средств на здравоохранение и другие сектора, дело вероятно закончилось бы тем, что уменьшилась бы доля расходов на здравоохранение в общей структуре ВВП. На Филиппинах орган СМС начал сталкиваться с трудными вопросами, задаваемыми Конгрессом, на предмет финансовых планов только после того, как была представлена его бедная программа финансирования через налоги.

Равенство в путях повышения доходов также имеет значение. Отчисления с заработной платы часто носит регрессивный характер по причине ограниченных величин таких отчислений; по контрасту, обычно общий доход пропорционален, если не прогрессивен (Уогстофф и соавторы 1992; Уогстофф и соавторы 1999; О’Донелл и соавторы 2005). В условиях системы с низкими доходами, когда более бедные

домохозяйства сами занимаются производством продуктов питания для себя, а товары класса «люкс» облагаются воле высокими ставками налогов, даже косвенные налоги могут носить характер прогрессивных; прямые налоги также, потому как они поступают только от официального сектора. В данном случае не только прогрессивность—или вертикальное равенство—играет роль: горизонтальное равенство тоже. В системе СМС для населения является обычным в различных схемах платить разные суммы для практически одного и того же пакета услуг, потому как они вписываются в конкретные схемы, привязанные либо к выполняемой работе или географии проживания, и государственные схемы уравнивания не обеспечивают достижения полного (горизонтального) равенства (Ван Дорслаер и соавторы 1999; Уогстофф 2006).

Что можно сказать о неофициальном секторе?

Основная концепция СМС состоит в том, что у работников на заработной плате существуют обязательные отчисления исходя из размеров заработной платы, когда затраты делятся между нанимателем и работником. В наши дни в развивающемся мире, большая—и всё увеличивающаяся (Готтрет и Шайбер 2006)—доля населения (иногда большинство) не работает в официальном секторе. В Латинской Америке, где СМС насчитывает самую длинную историю среди развивающихся стран, эксплуатируются параллельные системы, финансируемые за счёт налогов, и отдельные лечебно-профилактические учреждения, работающие через министерство здравоохранения, для того, чтобы охватить неофициальный сектор. Эти лечебно-профилактические учреждения имеют ограниченные ресурсы и по некоторым утверждениям отличаются плохим качеством обслуживания и ограниченным набором услуг. Стоимость обслуживания в пункте обслуживания обычно выше для тех, кто не является участником схемы СМС,

либо по той причине, что они должны сами частично оплатить услугу или потому, что страховой пакет включает только ряд услуг, а остальные услуги должны оплачиваться из личных средств. Поэтому только лишь удивляет, что Хи и др. (2003) обнаружили высокий уровень расходов на здравоохранение в бюджете домохозяйств в нескольких (хотя не во всех) странах Латинской Америки (особо отмечается Аргентина, Бразилия, Колумбия, Парагвай, и Перу), и почему участие в СМС в ряде стран (Джоуэтт, Контоянис и Вин 2003) таких как Вьетнам связано с разительными, более низкими расходами домохозяйств из личных средств.

Поэтому не удивляют предпринимаемые усилия для привлечения неофициально работающих и членов их семей под эгидой СМС, целью является обеспечить всеобщий и *равный* охват. Многие страны добились успеха в формировании схемы для бедных, финансируя своего членства СМС из общего дохода. Однако большинство делают большие ошибки исключения, по большей части, потому что бедные домохозяйства не могут подать заявку. В Колумбии в 2003 году (десять лет после проведения реформ), менее 50% основной целевой группы (домохозяйства в категориях 1 и 2 инструмента тестирования средств 'SISBEN') фактически охвачено схемой, без внесения взносов (Гавирия, Медина и Мехья 2006). В Вьетнаме примерно 40% тех, кто должны получать покрытие из средств медицинского страхования (или бесплатную карточку медицинского обслуживания) в силу своей бедности фактически проделали такое в 2004 году (Уогстофф 2007). Также часто встречаются ошибки при включении. В Колумбии более ¼ домохозяйств в категории 4 SISBEN охвачены субсидированной программой, но сейчас согласно новым правилам они исключены (только категории 1 и 2 охвачены всеобщей схемой); некоторые муниципалитеты также охватывают некоторые категории домохозяйств в категории 3 SISBEN) (Гавирия, Медина и Мехья 2006). В Мексике только

43% охваченных за счёт налогоплательщиков в *Seguro Popular*⁷ представляют фактически самые беднейшие 20% населения—официальная точка разрыва (Скотт 2006).

Доказано, что регистрация небедных работников неофициального сектора и членов их семей в СМС задача не из лёгких. Это несомненно отражает недостаток привлекательности условий на которых регистрируются домохозяйства неофициального сектора. Часто взносы рассчитываются по единой ставке и поэтому представляют бремя для населения на грани бедности. Зарегистрированные часто используют те же самые государственные ЛПУ, которые бы они использовали будучи не зарегистрированными, и в то время как они могут платить меньше из личных средств, они обычно не падают до нуля при регистрации. Более того, население не зарегистрированное в системе СМС, обычно платит стоимость в государственных ЛПУ, которые субсидируются и часто в значительной степени. Во многих странах, население, наверное, бы предпочло использовать частных поставщиков, в том числе продавцов лекарств, и такие структуры часто не включены в схему СМС. Население рассматривает те лекарства, которые покрываются схемой страхования, как более низкого качества, чем те которые они могут купить сами—часто без рецепта—в аптеке. И в завершение, в ряде стран, повсюду используются неофициальные платежи и они также не покрываются; на самом деле, поставщики могут ожидать более щедрых неофициальных платежей застрахованных, используя страховой статус в качестве сигнала готовности к оплате.

Вьетнам является одной из многих стран, где многие—если не все—эти факторы помогают объяснить, почему добровольная регистрация в схеме СМС среди работников неофициального сектора и семьи работников официального сектора составляют примерно

⁷ Схема «*Seguro Popular*» является полу-СМС схемой министерства здравоохранения, которая работает в параллели с схемой СМС института социального страхования и направлена на неофициальный сектор. Две десятые самого бедного населения освобождены от взносов. Остальная часть населения вносит в соответствии с оцениваемым доходом.

20% целевой группы (Нгуен 2006). 13 процентных точек из них приходится на страхование школьников, которые вынуждены страховаться по указанию властей. На Филиппинах, только 14% целевой группы добровольно страхуются “Филздрав”ом, и это спустя десять лет после начала программы (Нгуен 2006). В Колумбии где страхование для небедных работников неофициального сектора является обязательным, страхование через уплату взносов среди самых состоятельных 60% слоёв населения—*в том числе работников официального сектора*—составляет только 52%, десять лет спустя после реформ обязательного страхования для небедных работников неофициального сектора (Топо 2006). В Танзании общий уровень страхования в новой схеме СМС составляет только 3% населения, пять лет спустя после разработки схемы (Нгуен 2006). В Кыргызской Республике, уже в большинстве своём увенчались неудачей попытки застраховать неофициальный сектор. В Гане год спустя после запуска схемы, уровень страхования сохраняется на 21% населения, но только 5% из 21% приходится на страховые взносы работников неофициального сектора. В ряде стран предпринимаются усилия для страхования неофициального сектора посредством групповых ассоциаций (например, микрокредитные организации), но ход работ продвигается болезненно медленно. Единственная страна, которая добилась успеха, по крайней мере, к настоящему времени, там где у других не получилось - это КНР, где охват в новой национальной схеме субсидированного и добровольного медицинского страхования на селе составляет примерно 80% в пилотных провинциях (Уогстофф и соавторы 2007). Однако такой высокий уровень страхования похоже является результатом давления со стороны местных органов государственного управления, стремящегося выполнить план по страхованию; некоторые были настолько в этом заинтересованы, что они аннулировали страховой взнос с домохозяйства и профинансировали страховой взнос из местного бюджета. И охват

настолько поверхностный, что некоторые застрахованные домохозяйства до сих пор оплачивают большую часть затрат на здравоохранение из личных средств. Устойчивость такого подхода, даже в условиях КНР выглядит сомнительной, и не особо подходит к условиям большинства развивающихся стран.

Там где население застраховано в схеме СМС существуют доказательства, что возникают самые худшие риски. Такой неблагоприятный выбор, похоже, существует на Филиппинах, например, и утверждается, что он ставит задачи в области финансовой устойчивости “Филздрав”а (Джоуэтт 2006). Такая ситуация похоже складывается в сельской системе КНР (Уогстофф и соавторы 2007). Было бы, на самом деле, удивительно если бы именно это и не являлось проблемой во всех схемах, которые по характеру, если не по названию, добровольные, учитывая собранные по всему миру доказательства по существу.

Более того, среди работников неофициального сектора, которые *регистрируются* предстоящие взносы часто меньше, чем они должны быть, согласно регламенту уплаты взносов. На Филиппинах, где физические лица платят единый взнос, фактически собираемость доходов составляет только 75% (Оберманн и соавторы 2006). В мексиканской программе *Seguro Popular*, где взносы связаны с уровнем дохода, только 8% регистрирующихся в самых богатых 60% населения фактически заплатили свои взносы (в соответствии с правилами все должны так делать), и те, кто в среднем сделал меньше взносов, чем должны были сделать (Скотт 2006). И как уже отмечалось ранее, весьма существенны затраты связанные со сбором этих меньше-чем-ожидаемых взносов.

Трудности с которыми сталкиваются на сегодняшний день развивающиеся страны в расширении охвата и включения небедных работников неофициального сектора и в

увеличении их вкладов указывают на длинный и утомительный путь к всеобщему охвату в рамках СМС. Около 100 лет понадобилось странам Европы, использующим СМС, и изученным Карин и Джеймс (2004) (Австрия, Бельгия, ФРГ и Люксембург) для достижения всеобщего медицинского страхования (ВМС). Коста-Рике, Японии и Корее добившимся ВМС в 1991, 1958 и 1989 гг. соответственно понадобился значительно меньший срок, хотя и в 1991 охват в Коста-Рике был на уровне только 85%, и Япония и Корея находились на передовом этапе экономического развития, когда смогли добиться ВМС (доход на душу населения в Японии составлял 7876 долларов США в 1961 году в ценах 2000 года, в то время как в Корее этот же показатель составил 6133 долларов США в 1989 году) (Карин и Джеймс 2004; Уогстофф 2006). В начале 1980, когда Корея расширяла охват, включая неофициальный сектор, она столкнулась с аналогичными проблемами при сборе взносов, сравнимых с теми, которые сейчас встают на пути развивающихся стран: общества, использующие медицинское страхование, столкнулись с трудностью выявления уровня дохода работников неофициального сектора, собирая платежи и определяя количество членов семьи (для населения имелся стимул заявить, что другие тоже являются членами семьи, чтобы можно было воспользоваться гарантиями без оплаты); они также столкнулись с проблемой, неплатежеспособности некоторых домохозяйств (Андерсон 1989). Даже в настоящее время правительство Кореи субсидирует около половины взносов самозанятых. В Японии, где финансирование через налоги играет большую роль, примерно 20% всех расходов на здравоохранение сравнивается с 10% в Корее (О'Донелл и соавторы 2005).

Ясно, что весьма малы шансы на то, что охват СМС станет всеобщим в странах, где существует большое количество работников неофициального сектора: чем больше неофициальный сектор, тем больше пробел в охвате. В странах с такой экономикой, СМС

не рассматривается как многообещающий маршрут на пути к достижению всеобщего охвата, вне зависимости от того, будет ли пакет включать только «базисные» экономичные мероприятия или еще будет дополнен рядом «катастрофичных» мер. Такое заключение помогает объяснить, почему Таиланд, который серьезно привержен делу достижения ВМС, опирается на отчисления с заработной платы только 12% населения (те, кто занят частной хозяйственной деятельностью), и охватывает остальную часть населения посредством налогообложения.⁸ Это также объясняет почему КНР рассматривает возможность использования доходов от налогов для финансирования всеобщего пакеты «базисных» услуг.

СМС, безработица и формирование неофициальной экономики

Вопросы, играющие такую же важную роль, как и те которые отмечаются выше, они не вошли в недавние дебаты по реформам здравоохранения в самых старых странах, где существует СМС—ФРГ. Скорее этот вопрос является воспринимаемым воздействием взносов СМС (в настоящее время около 14% заработков) по незарплатному компоненту трудовых затрат, которые, по утверждениям, снизили конкурентоспособность немецких фирм за рубежом, препятствующий притоку иностранных инвестиций в немецкую промышленность и внося вклад в высокий уровень безработицы. Это связано с воспринимаемым негативным эффектом, который министр здравоохранения ФРГ охарактеризовал как исключительную взаимосвязь финансирования здравоохранения и скорее заработком, чем доходом, в более общих чертах как «Ахиллесова пята» немецкой системы социального страхования (Шмидт 2006). Две главные политические партии в

⁸ В 2002 году правительство увеличило охват от 80% до 96% через внедрение схемы финансирования через налоги с небольшой частичной оплатой (30 бат) для тех, кто ранее не был охвачен (13% населения) и те, кто ранее был охвачен за счёт налогоплательщиков, за исключением действующих и вышедших на пенсию государственных служащих и их иждивенцев (61% населения).

ФРГ подтверждают свою приверженность делу изменения финансирования здравоохранения, социал-демократы относятся благожелательно к домохозяйствам, выплачивающим взносы по сумме доходов из всех источников, и христианские демократы относятся благожелательно к взносам по единой ставке с субсидированием низкодоходных домохозяйств (Шмидт 2006). Было внесено компромиссное предложение, по которому еще не было достигнуто соглашения среди партнёров коалиции (Der Spiegel 2006)— согласно которому взносы сокращаются и передаются в центральный фонд здравоохранения, отчасти финансируемый через налоги (для формирования необходимых дополнительных доходов от налогов, налоговые обязательства будут увеличены на 8%, или эквивалентно на 3% будет увеличен подоходный налог) (Международное взаимодействие по вопросам политики и реформ здравоохранения 2006).

Идея, что сильный упор на налоги с заработной платы в финансировании здравоохранения будет иметь негативные последствия для трудоустройства, соответствует рекомендациям, разработанным ОЭСР по стратегии труда для стран-участниц с целью снижения налогов с заработной платы (ОЭСР 1999). Однако, это не бесспорно. Потому как налоги с заработной платы финансируют программу, выгоды которой начисляются на налогоплательщика, эффект трудоустройства на практике может приглушен. Это возникает, как утверждает Саммерс (1989), потому что налоги с заработной платы стимулируют не только уход влево кривой спроса на рабочую силу, но также и уход вправо кривой предложения рабочей силы (рабочие ценят получаемые выгоды, финансируемые через налоги и поэтому хотят обеспечить больший объем рабочей силы при этой денежной заработной плате), производя меньший эффект вынужденного сокращения рабочей силы, чем в стандартном случае и большее сокращение в заработной плате после налогообложения. Эмпирические доказательства воздействия налогов с

заработной платы на заработную плату и занятость весьма разные. В Колумбии реформы здравоохранения в 1990-х подняли уровень налогов с заработной платы на 5 процентных точек; такое в соответствии с недавно проведенным исследованием по переложению налогового бремени с заработной платы в Колумбии (Кюглер и Кюглер 2003), снизило бы заработные платы на уровень между 0.7% и 1.1%, и занятость на уровень между 2% и 2.5%. По контрасту, Вауэр и Рифан (2002) обнаружили, что налоги с заработной платы в ФРГ имели незначительный эффект на занятость.

Эффекты налогов с заработной платы на занятость в любом случае являются только одна сторона вопроса. Если использовать меньше налоги с заработной платы, то тогда придётся использовать другие налоги. Вопрос стоит таким образом: другие налоги имели меньшее воздействие на занятость. Повышение подоходного налога снизит поступления на работу и, как следствие, сместит кривую предложения труда влево, также вызывая сокращение в занятости. Повышение косвенных налогов снизит реальные заработные платы, снижая желание народа работать при данной номинальной оплате труда, опять-таки потенциально снижая занятость. В обоих случаях, можно утверждать, что в той мере, пока доходы используются для финансирования программ, которые вознаграждают налогоплательщика, кривая предложения труда может смещаться вправо, вдоль линий, как утверждает Соммерс, налогов с заработной платы; это спровоцирует эффект вынужденного сокращения рабочей силы. Однако, кажется, вероятно, что по причине связи между уплаченными налогами и полученными выгодами программы медицинского страхования program вероятно будут восприниматься как менее тесная в случае, когда поступления формируются за счёт подоходного и косвенных налогов, чем в случае когда они формируются посредством налога с заработной платы, смещение вправо кривой предложения труда похоже будет гораздо меньше в первом, а не последнем случае и

может быть незначительно. Поэтому невероятным кажется, что эффект вынужденного сокращения рабочей силы, возникающий в результате налогов с заработной платы может фактически быть *меньшим*, чем тот который связан с подоходным и косвенными налогами.

На практике кажется, что, по меньшей мере, касается стран-участниц ОЭСР, налоги с дохода, заработной платы и потребления – все они в широком понимании имеют аналогичные эффекты на занятость (цит. Никкель 2004; Никкель, Nunziata и Ochel 2005). Дания, например, в которой нет налогов с заработной платы, недавно зарегистрировала аналогичный уровень безработицы, что и в других странах Европы (Никкель 1997). Как говорит об этом Никкель (1997): “Говоря широко, ключевая ставка налога для рынка труда представляет собой сумму ставки налогов с заработной платы, ставки подоходного налога с физического лица и ставку потребительского налога. Маневрирование между этими налогами не повлечет за собой значительных последствий, так как налоги с заработной платы сами по себе имеют незначительные последствия.” (р.68). Менее ясно насколько применимо такое утверждение, когда рассматриваются другие формы доходов государственного бюджета. Похоже на то, что вероятно ряд других налогов—сборы на возимый товар—могут иметь ещё меньший эффект на занятость, когда уход от налогов с заработной платы в сторону общего дохода может более широко помочь в снижении безработицы.

Однако, что может *показаться* определённым, это то что СМС может спровоцировать нежелание населения присоединяться и сохранять своё место работы в рамках официальной занятости; поэтому СМС может не поднять уровень безработицы, но увеличить долю населения, работающего в неофициальном секторе. На эти вопросы

обращалось внимание в Латинской Америке, а также в Европе (Белев 2003; Баеца и Пакард 2006; Datta 2006). Стимул вероятней всего будет особенно велик в случае, когда страхование в схеме СМС является добровольным или только слабо подталкиваемым среди работников неофициального сектора (что есть норма), так что население может принять решение воспользоваться механизмами неофициального трудоустройства и столкнуться с риском более высокой (хотя и субсидированной) стоимости обслуживания в государственной системе ЛПУ при министерстве здравоохранения или требованием (или решением) воспользоваться частным страхованием. В странах, где неофициальные работники платят единую ставку взносов (Вьетнам например), или где взносы должны быть привязаны к доходу, но на практике могут быть только слабо связаны (мексиканская схема *Seguro Popular*, например), некоторые работники могут понять, что соглашаясь на механизмы неофициальной занятости, они могут сохранить своё страховое покрытие (несмотря на возможно менее «щедрое» покрытие) и платить значительно меньшие взносы. В ФРГ от самозанятых требуется покупка частного страхового полиса или полиса СМС, но обычно предпочтение отдаётся первой форме потому, что частная страховка часто дешевле СМС, особенно для тех, у кого нет иждивенцев и кто приобрёл частную страховку по молодости (после того, как человек застраховался, страховой взнос сохраняется таким, который был утвержден для возрастной когорты страхуемого на момент страхования—они повышаются только при повышении общих затрат на здравоохранение). Такие стимулы ставят даже больше вопросов, если официальная занятость значит участие в налоговой системе и вклады на пенсионную схему, которая в силу ограниченной продолжительности жизни может только пригодится в течение нескольких лет, если вообще такое будет иметь место. Поэтому СМС потенциально вносит вклад в увеличение неофициальности экономики, со всеми вытекающими отсюда

последствиями, в том числе сокращение возможности правительства поднимать налоги. Это одна из причин, почему недавно увидевшая свет книга по системам здравоохранения в Латинской Америке содержит рекомендацию к поэтапному переходу от финансирования через налоговые отчисления с заработной платы на финансирование с отчислений по общему доходу (Баеца и Пакард 2006).

Это не просто официальная-неофициальная маржа, которая создаёт не те стимулы. Особенно, если бесплатное участие в схеме СМС для бедных связано с другими выгодами сетки социальной защищённости, бедные столкнутся с ловушкой бедности—зарабатывая больше можно потерять участие в СМС (и вероятно для всех членов семьи), а также другие связанные выгоды. Доказательства, полученные в Колумбии (Гавирия, Медина и Мехья 2006), предлагают, что участие в субсидированной программе СМС, снижает участие рабочей силы женского пола на 34 процентные точки. Поэтому СМС может одновременно внести свой вклад в усилия, предпринимаемые государством, по борьбе с бедностью через страхование бедных, но также может и подорвать эти усилия через сокращение стимулов для самого населения побороть бедность.

Резюме и обсуждение

СМС является просто одним из вариантов финансирования здравоохранения. Оно не всегда, но может быть связано с разделением «покупатель-поставщик». Однако такая же ситуация распространяется на системы здравоохранения, финансируемые через налоги. На самом деле, наблюдается всё большее увеличение такого разделения в системах, финансируемых за счёт налогов. Отсутствует бесспорное доказательство тому, что покупатели СМС более эффективны, чем покупатели, финансируемые через налоги; на самом деле, есть специалисты, утверждающие обратное. И так остаётся неясным, что

поставщики СМС обеспечивают хороший путь увеличения больших и более предсказуемых доходов. База отчислений (налогов) с заработной платы (зарботок работников в официальном сектор) мала в развивающихся странах и незастрахованность существует повсюду, так как скрываются заработки и существует уклонение тех, кто застраховался. Отчасти по этой причине и отчасти оттого, налоги необходимо собирать в любом случае и предельная затрата увеличения *дополнительных* налогов вероятней всего будет низкая, затраты на сбор в системе СМС вероятней своего буду значительно выше, чем системе, финансируемой за счёт налогов. Увеличение дополнительных налогов, конечно же, не прямое. Но и это невозможно, как показали налоговые реформы в ряде развивающихся стран. Вычленение финансирования здравоохранения из перечислений министерства финансов может также привести к тому, что снизится давление по проведению налоговой реформы: это вполне может подразумевать предшествование возможностей для налогового реформирования, которая может привести к устойчивым уровням финансирования здравоохранения с всеобщим охватом coverage. Управление работой органов СМС в развивающихся странах часто оставляет желать лучшего, что приводит к высоким затратам и плохой покупательской практике. Утверждается, что конкуренция некоторым образом улучшает отчётность перед членами, но связана с собственными проблемами, в том числе выбор риска. Утверждается, однако, что основная задача СМС это неофициальный сектор. Приобретение страхового покрытия для бедных посредством налогового финансирования является относительно легким, хотя повсеместно встречаются ошибки включения и невключения. Гораздо тяжелее представляется решение задачи по охвату небедных работников неофициального сектора, чья доля в общей численности населения *растёт*, а не увеличивается; страны, которые включили их в схему СМС, обычно добились такого успеха на достаточно передовом

этапе своего экономического развития. СМС также сталкивается с задачами в контексте занятости и снижения уровня бедности. Предполагается, что также это влияет на безработицу, хотя в странах-участницах ОЭСР остаётся далеко неясным, насколько это хуже, чем подоходный и косвенные налоги в этом отношении стимулируют всё большую неофициальность экономики, предоставляя работникам стимул для выхода из трудоустройства в официальном секторе. Схемы для охвата бедной категории населения также препятствуют стремлениям домохозяйств повысить свои доходы.

Поэтому СМС далеко не является той панацеей, какой она часто представляется. Финансирование через налоги, конечно же, тоже не без своих проблем. Одно направление, где оно является уязвимым – это однородность медицинской службы: она несостоятельна в деле предоставления механизма для реагирования на потребность в более передовых методах здравоохранения или лучших средствах и вынужденно приводит каждого к единому стандарту. Один путь реагирования, не самый лучший, реагирования на решение такой задачи – это дать возможность и политически связанный доступ к дорогостоящему медицинскому обслуживанию за счёт налогоплательщика в лечебно-профилактических учреждениях, которые недоступны для большей части остального населения (т.е. городская стационарная служба). Это сейчас практикуется в Африке и, наверное, объясняет распределения государственных расходов в пользу богатых (Кастро-Леаль и соавторы 2000). Такой процесс происходит в ряде стран бывшего Советского Союза. Такой подход почти определённо влечёт за собой более высокий уровень «утечки» государственных средств к небедным, чем требуется для получения их политической поддержки в системах, финансируемых за счёт налогов. Утверждается, что лучше себя зарекомендовала модель, в которой поставщики получают перечисления из государственного бюджета, который проверяет степень модернизации медицинского

обслуживания и условия лечебно-профилактических учреждений, которые его обеспечивают и вынуждают улучшать свою состоятельность, позволяющую пользоваться более модернизированным обслуживанием или лучшими условиями у частного сектора. Несмотря на неравенство в пользовании услугами, они будут ниже, чем если бы они были в иных условиях. В основном именно такая модель была взята на вооружение в таких странах как Бразилия, Великобритания, Ирландия, Малайзия, Шри-Ланка и Швеция, где частный сектор работает в качестве ограниченного предохранительного клапана.

Конечно же, на пути систем, финансируемых за счёт налогов, возникают и другие задачи, в том числе внедрение разделения функций «покупатель-поставщик» и наделение поставщиков определённой степенью автономии. Но такие задачи решаемы. И система, финансируемая за счёт налогов, располагает хорошими возможностями не оставлять большую часть населения с низким страховым покрытием, в то время как система здравоохранения медленно продвигается на длинном пути к всеобщему охвату, избегая перекосов на рынке труда, связанных с финансированием из заработной платы, и увеличивая доходы в равной степени. Это важные преимущества, во-первых особо значимо для развивающихся стран и стран с переходным этапом в экономике. Но как показывают последние события в странах, практикующих уже долгое время систему СМС, такие соображения играют важную роль даже на передовом этапе экономического развития.

References

Ahmad, E. (2006). Taxation reforms and sequencing of intergovernmental reforms in China--preconditions for a xiaokang society. Washington DC, World Bank, Mimeo.

Anderson, G. F. (1989). "Universal health care coverage in Korea." Health Aff (Millwood) 8(2): 24-34.

- Baeza, C. and T. Packard (2006). Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America. Washington, DC, World Bank.
- Bauer, T. and R. T. Riphahn (2002). "Employment Effects of Payroll Taxes--An Empirical Test for Germany." Applied Economics **34**(7): 865-76.
- Belev, B., Ed. (2003). The Informal Economy in the EU Accession Countries: Size, Scope, Trends and Challenges o the Process of EU Enlargement. Sofia, Center for the Study of Democracy.
- Bhushan, I., S. Keller and B. Schwartz (2002). Achieving the twin objectives of efficiency and equity: Contracting health services in Cambodia. Manila, Asian Development Bank, ERD Policy Brief Series #6.
- Carrin, G. and C. James (2004). Reaching universal coverage via social health insurance. Geneva, WHO, Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation Discussion Paper #2.
- Castro-Leal, F., J. Dayton, L. Demery and K. Mehra (2000). "Public spending on health care in Africa: do the poor benefit?" Bulletin of the World Health Organization **78**(1): 66-74.
- Chen, J. (2004). "A Ten-year review and prospects of Chinese medical insurance system." China Medical Insurance Research(3): 6-8.
- Datta, S. (2006). Is Germany gearing up for health care reform?, Frost & Sullivan.
- Der Spiegel (2006). A Sickly Compromise for German Healthcare Reform. SPIEGEL ONLINE.
- Docteur, E. and H. Oxley (2003). Health care systems: Lessons from the reform experience. Paris, OECD, OECD Health Working Papers 9.
- Escobar, M.-L. and P. Panopolou (2003). Health. Colombia : the economic foundation of peace. M. Giugale, O. Lafourcade and C. Luff. Washington, DC, World Bank: 653-707.
- Fiedler, J. L. (1996). "The privatization of health care in three Latin American social security systems." Health Policy Plan **11**(4): 406-17.
- Gaviria, A., C. Medina and C. Mejía (2006). Evaluating The Impact Of Health Care Reform In Colombia: From Theory To Practice. Bogota, Universidad de Los Andes-CEDE, Documentos CEDE 002682.
- Gottret, P. E. and G. Schieber (2006). Health financing revisited : a practitioner's guide. Washington, DC, World Bank.
- International Network on Health Policy & Reform (2006). Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

- Jonsson, B. and P. Musgrove (1997). Government financing of health care. Innovations in health care financing : proceedings of a World Bank conference, March 10-11, 1997. G. Schieber. Washington, DC, World Bank: vii, 255.
- Jowett, M. (2006). Group enrolment into SHI in the Philippines: the conceptual framework. Manila, Presentation at Conference on Extending Social Health Insurance to Informal Economy Workers Manila, Philippines 18th - 20th October 2006.
- Jowett, M., P. Contoyannis and N. D. Vinh (2003). "The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam." Soc Sci Med **56**(2): 333-42.
- Kenkel, D. S. (2000). Prevention. Handbook of health economics. A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam ; New York, Elsevier: 2 v.
- Kugler, A. and M. Kugler (2003). The Labour Market Effects of Payroll Taxes in a Middle-Income Country: Evidence from Colombia, C.E.P.R. Discussion Papers, CEPR Discussion Papers: 4046.
- Lewis, M., G. Eskeland and X. Traa-Valerezo (2004). "Primary health care in practice: is it effective?" Health Policy **70**(3): 303-25.
- Lu, J. R. and W. C. Hsiao (2003). "Does Universal Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons from Taiwan." Health Affairs **22**(3 (May/June 2003)): 77-88.
- Micheli, A., J. W. Coebergh, E. Mugno, E. Massimiliani, M. Sant, W. Oberaigner, J. Holub, H. H. Storm, D. Forman, M. Quinn, T. Aareleid, R. Sankila, T. Hakulinen, J. Faivre, H. Ziegler, L. Tryggvadottir, R. Zanetti, M. Dalmas, O. Visser, F. Langmark, M. Bielska-Lasota, Z. Wronkowski, P. S. Pinheiro, D. H. Brewster, I. Plesko, V. Pompe-Kirn, C. Martinez-Garcia, L. Barlow, T. Moller, J. M. Lutz, M. Andre and J. A. Steward (2003). "European health systems and cancer care." Ann Oncol **14 Suppl 5**: v41-60.
- Nguyen, T. K. P. (2006). Extending Social Health Insurance to Informal Economy Workers – The Case of Vietnam. Manila, Presentation at Conference on Extending Social Health Insurance to Informal Economy Workers Manila, Philippines 18th - 20th October 2006.
- Nickell, S. (1997). "Unemployment and Labor Market Rigidities: Europe versus North America." Journal of Economic Perspectives **11**(3): 55-74.
- Nickell, S. (2004). Employment and Taxes, Centre for Economic Performance, LSE, CEP Discussion Papers.
- Nickell, S., L. Nunziata and W. Ochel (2005). "Unemployment in the OECD Since the 1960s: What Do We Know?" Economic Journal **115**(500): 1-27.
- Nonneman, W. and E. van Doorslaer (1994). "The role of the sickness funds in the Belgian health care market." Soc Sci Med **39**(10): 1483-95.

- Obermann, K., M. R. Jowett, M. O. Alcantara, E. P. Banzon and C. Bodart (2006). "Social health insurance in a developing country: the case of the Philippines." Soc Sci Med **62**(12): 3177-85.
- O'Donnell, O., E. Van Doorslaer, R. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S. R. Adhikari, B. Akkazieva, D. Harbianto, C. G. Garg, P. Hanvoravongchai, A. N. Herrin, M. N. Huq, S. Ibragimova, A. Karan, S.-M. Kwon, G. M. Leung, J.-F. R. Lu, Y. Ohkusa, B. R. Pande, R. Racelis, K. Tin, L. Trisnantoro, C. Vasavid, Q. Wan, B.-M. Yang and Y. Zhao (2005). Who pays for health care in Asia? EQUITAP Working Paper # 1, Erasmus University, Rotterdam and IPS, Colombo.
- OECD (1999). The OECD Jobs Strategy Implementing the OECD Jobs Strategy: Assessing Performance and Policy. Paris, OECD.
- Reinikka, R. and J. Svensson (2003). Working for God? Evaluating Service Delivery of Religious Not-for-Profit Health Care Providers in Uganda. Washington DC, World Bank, Policy Research Working Paper Series #3058.
- Schmidt, U. (2006). Health policy and health economics in Germany. Washington DC, Friedrich Ebert Foundation, Speech.
- Scott, J. (2006). Seguro Popular Incidence Analysis. Decentralized Service Delivery for the Poor Vol. II. World Bank. Washington DC, World Bank.
- Summers, L. H. (1989). "Some Simple Economics of Mandated Benefits." American Economic Review **79**(2): 177-83.
- Tono, T. (2006). Director Health Care Reform Ministry of Social Protection Colombia.
- Van Doorslaer, E., A. Wagstaff, H. van der Berg, T. Christiansen, G. Citoni, R. Di Biase, U. Gerdtham, M. Gerfin, L. Gross, U. Häkkinen and J. John (1999). "The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries." Journal of Health Economics **18**(3): 291-314.
- Wagstaff, A. (2006). "Health Systems in East Asia: What Can Developing Countries Learn From Japan and the Asian Tigers?" Health Economics **in press**.
- Wagstaff, A. (2007). Health Insurance for the Underprivileged: Initial Impacts of Vietnam's Health Care Fund for the Poor. Washington DC, World Bank, Mimeo.
- Wagstaff, A. and M. Claeson (2004). The Millennium Development Goals for Health, Rising to the Challenges. Washington DC, World Bank.
- Wagstaff, A., M. Lindelow, J. Gao, L. Xu and J. Qian (2007). Extending Health Insurance to the Informal Sector: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme. Washington DC, World Bank, Mimeo.

- Wagstaff, A., E. van Doorslaer, S. Calonge, T. Christiansen, M. Gerfin, P. Gottschalk, R. Janssen, C. Lachaud, R. E. Leu, B. Nolan and et al. (1992). "Equity in the finance of health care: some international comparisons." J Health Econ **11**(4): 361-87.
- Wagstaff, A., E. van Doorslaer, H. van der Burg, S. Calonge, T. Christiansen, G. Citoni, U. G. Gerdtham, M. Gerfin, L. Gross, U. Hakinnen, P. Johnson, J. John, J. Klavus, C. Lachaud, J. Lauritsen, R. Leu, B. Nolan, E. Peran, J. Pereira, C. Propper, F. Puffer, L. Rochaix, M. Rodriguez, M. Schellhorn, O. Winkelhake and et al. (1999). "Equity in the finance of health care: some further international comparisons." J Health Econ **18**(3): 263-90.
- World Bank (1997). Argentina: Facing the Challenge of Health Insurance Reform. Washington DC, World Bank, Report No. 16402-AR.
- World Bank (2006). Paying Taxes: The Global Picture. Washington DC, World Bank
- Wu, R. (2004). "Try to perfect the system." China Medical Insurance Research **1,2**: 16-19.
- Xu, K., D. B. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavus and C. J. Murray (2003). "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis." Lancet **362**(9378): 111-7.