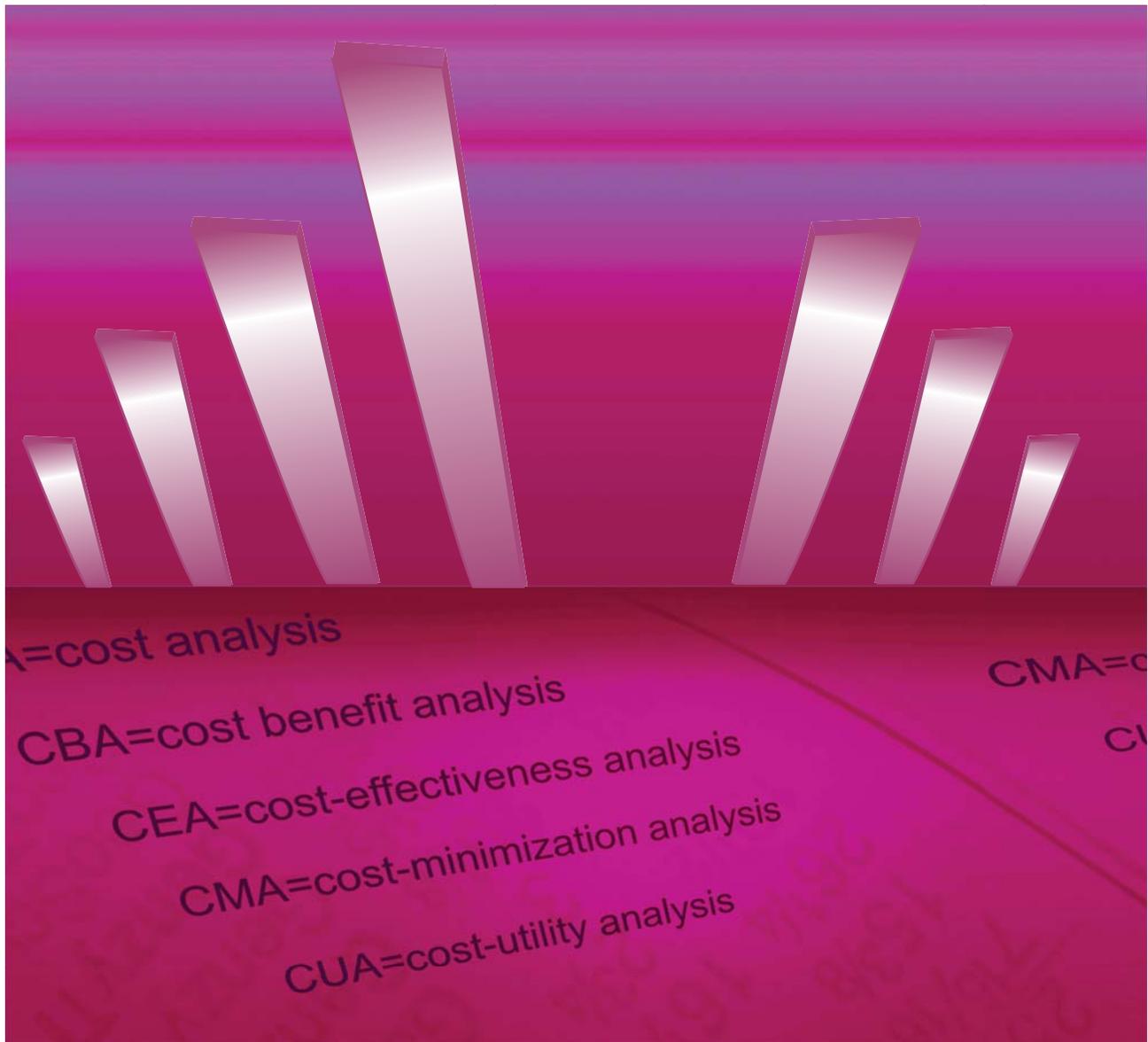


Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



PHARMACOECONOMICS. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

ISSN 2070-4909

2015 Vol. 8 No2

www.pharmacoeconomics.ru

- Клинико-экономический анализ использования различных систем венозного доступа при лечении детей с онкологическими заболеваниями
- Оценка экономической эффективности применения ралтегравира у пациентов без опыта терапии ВИЧ-инфекции типа 1 в России

№2

Том 8

2015

Обзор международной практики использования механизма разделения затрат в национальных системах здравоохранения

Сисигина Н.Н.^{1,2}, Омеляновский В.В.^{1,2}, Авксентьев Н.А.

¹ ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт, Москва

² ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва

Резюме

В статье проводится обзор международного опыта использования механизма разделения затрат в целях предотвращения риска недобросовестного поведения потребителя медицинских услуг. Рассмотрены теоретические предпосылки и формы участия пациента в оплате, методы защиты уязвимых категорий населения, примеры национальных моделей разделения затрат.

Ключевые слова

Вычитаемая франшиза, моральный риск, платежи из личных средств, разделение затрат, соплатежи, сострахование.

Статья поступила: 30.04.2015 г.; в доработанном виде: 20.05.2015 г.; принята к печати: 30.06.2015 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Сисигина Н.Н., Омеляновский В.В., Авксентьев Н.А. Обзор международной практики использования механизма разделения затрат в национальных системах здравоохранения. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2015; 2: 62-69.

REVIEW OF THE INTERNATIONAL PRACTICE OF COST-SHARING MECHANISM IN NATIONAL HEALTH CARE SYSTEMS

Sisigina N.N.^{1,2}, Omel'yanovskii V.V.^{1,2}, Avxentyev N.A.^{1,2}

¹ Research Financial Institution of the Ministry of Finance of the Russian Federation, Federal State Budget Institution, Moscow

² Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Federal State Educational Institution of Higher Professional Education, Moscow

Summary

The article gives a review of international experience of using of cost-sharing mechanism to prevent the risk of patient's moral hazard. Theoretical background and types of cost-sharing, protection mechanisms for vulnerable social groups, national cost-sharing models are considered.

Key words

Cost-sharing, deductible, coinsurance, copayments, moral hazard, out-of-pocket payments.

Received: 30.04.2015; in the revised form: 20.05.2015; accepted: 30.06.2015.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript. All authors contributed equally to this article.

For citation

Sisigina N.N., Omel'yanovskii V.V., Avxentyev N.A. Review of the international practice of cost-sharing mechanism in national health care systems. FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2015; 2: 62-69 (in Russian).

Corresponding author

Address: Nastasyinsky per., 3-2, Moscow, Russia, 127006.

E-mail address: sisiginann@mail.ru (Sisigina N.N.).

Одной из важнейших задач систем здравоохранения в современном мире признается обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи на условиях, не приводящих к тяжелым финансовым последствиям для пациента и членов его семьи. Необходимым условием реализации всеобщего охвата является наличие развитой подсистемы финансового обеспечения здравоохранения, гарантирующей:

- наличие достаточного объема ресурсов для предоставления необходимого объема услуг всем, нуждающимся в медицинской помощи;
- исключение значительных расходов потребителя непосредственно при обращении за медицинской помощью.

В большинстве развитых стран обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи стало возможным благодаря переходу от прямой оплаты медицинских услуг потребителем при получении к предоплатному механизму финансирования, основанному на объединении и перераспределении индивидуальных рисков. Ключевые характеристики данного подхода включают в себя:

- обязательный характер финансирования системы здравоохранения. Налоги или целевые страховые взносы уплачиваются всем населением, независимо от текущего состояния здоровья и уровня финансовой обеспеченности населения;
- объединение индивидуальных средств в общий пул, средства которого расходуются на оплату медицинской помощи всем участникам системы здравоохранения, в соответствии с принципами социальной солидарности: здоровый платит за больного, богатый – за бедного, работающий – за неработающего;
- исключение или сокращение до незначительного уровня прямых расходов потребителя при обращении за медицинской помощью.

В 2005 г. Всемирная организация здравоохранения приняла резолюцию, содержащую обязательство государств-участников развивать национальные системы здравоохранения в соответствии с целями обеспечения всеобщего охвата на условиях финансовой доступности медицинской помощи для конечного потребителя [1].

В то же время, в последние десятилетия Всемирная организация здравоохранения и иные экспертные сообщества неоднократно отмечали парадоксальный рост популярности концепции прямых платежей населения в странах, где всеобщий охват населения бесплатной медицинской помощью уже был достигнут ранее [1,3]. Основной причиной вновь возникшего интереса к этому инструменту стало стремление повысить эффективность использования средств национальной системы здравоохранения, сократив объем необоснованного потребления медицинских услуг вследствие недобросовестного поведения потребителей.

Понятие морального риска или риска недобросовестного поведения впервые возникло в сфере страхового дела, где использовалось для обозначения риска изменения поведения участника экономических отношений при страховании от наступления определенных неблагоприятных последствий (страхового события).

Основным проявлением морального риска в условиях страхования становится выбор держателем страховки заведомо более рискованного поведения, увеличивающего вероятность реализации страхового события.

В здравоохранении аналогом приобретения страховки является получение гарантий бесплатного медицинского обеспечения, независимо от финансового источника такого обеспечения, в роли которого могут выступать страховые средства обязательного или добровольного медицинского страхования, бюджетные средства, средства иных заинтересованных сторон (работодателя, благотворительного фонда и т.д.). Моральный риск в сфере здравоохранения может проявляться в изменении поведения потребителя в повседневной жизни (риск выбора поведения, увеличивающего вероятность наступления заболевания) или при потреблении медицинской помощи (стремление получить помощь, не являющуюся необходимой по медицинским показаниям, несоблюдение врачебных рекомендаций) [5].

В соответствии с неоклассической экономической теорией основной причиной неоправданного потребления медицинской помощи и, как следствие, роста затрат на здравоохранение в системах гарантированного бесплатного медицинского обеспечения стало исключение воздействия ценового механизма на потребителя. При нулевой стоимости получения дополнительной единицы медицинской помощи потребитель склонен обращаться к врачу даже в том случае, если полезность полученной услуги воспринимается как относительно низкая или вовсе находится под сомнением. Кроме того, потребитель в этой ситуации не заинтересован в поиске лучшего соотношения цены и эффективности лечения, тогда как поставщики медицинских услуг сохраняют мотивацию к увеличению стоимости лечения и могут предлагать избыточные услуги [5].

Традиционным решением проблемы морального риска является ограничение возможностей злоупотребления правом на бесплатную медицинскую помощь, которое может осуществляться путем:

- осуществления контроля обоснованности предоставления медицинской помощи (предоставление специализированной медицинской помощи по направлению врача первичного контакта, контроль со стороны плательщика);
- конкретизации и ограничения видов и услуг бесплатной медицинской помощи;
- ограничения стоимости и условий предоставления бесплатной медицинской помощи (стандарты оказания медицинской помощи, маршрутизация, листы ожидания);
- внедрения системы ограничительных перечней лекарственных препаратов и медицинских услуг;
- ограничения общего объема ресурсов системы здравоохранения (сокращения объемов подготовки медицинских специалистов, приобретения оборудования и иных капитальных вложений, текущего финансирования).

Общим недостатком мер этого типа является снижение доступности бесплатной медицинской помощи, иногда – до уровня, приводя-

щего к увеличению доли запущенных случаев заболеваний или полной невозможности получить необходимое лечение бесплатно.

Альтернативным решением проблемы морального риска может стать восстановление ценовых сигналов для потребителя медицинской помощи через механизм разделения затрат. При частичной оплате услуги из личных средств потребитель получает мотивацию к контролю и сокращению расходов, тогда как оплата основной части медицинских расходов из страховых или бюджетных средств позволяет сохранить достаточно высокую финансовую доступность медицинской помощи. В отличие от ранней практики использования соплатежей размер участия пациента в этом случае может быть незначительным, поскольку целью разделения затрат является не получение дополнительных средств для системы здравоохранения, а воздействие на поведение пациента, для которого достаточно декларации ценности услуги.

Значительный вклад в популяризацию идеи участия пациента в оплате внесло масштабное исследование медицинского страхования, проведенное корпорацией RAND в 1971-1982 гг. Между участниками проекта (2750 семей, более 7700 человек) случайным образом были распределены пять разновидностей медицинских страховых планов, четыре из которых представляли собой классические страховые планы с различным уровнем участия потребителя (0%, 25%, 50%, 95%), пятый страховой план не предполагал участия потребителя в затратах, но ограничивал возможности получения помощи услугами единого медицинского объединения. Результаты исследования, наряду с ожидаемым сокращением объемов потребления медицинской помощи среди пользователей страховых планов с наиболее высоким уровнем участия, показали отсутствие значимых отличий в уровне здоровья и удовлетворенности качеством медицинской помощи между основной частью держателей различных типов страховых планов. Сокращение общего объема расходов на медицинскую помощь в сравнении с расходами при полностью бесплатном медицинском обеспечении составило в среднем 20% среди держателей страхового плана с 25% долей участия пациента и 30% среди держателей страхового плана с 95% участием. При этом снижение доступности медицинской помощи отметила лишь наименее обеспеченная категория участников [4].

Публикация результатов страхового эксперимента положила начало массовому распространению частных страховых медицинских планов с использованием различных механизмов разделения затрат, включая такие механизмы как:

- вычитаемая франшиза: потребитель оплачивает расходы на медицинскую помощь из личных средств до достижения уровня франшизы, последующие расходы оплачиваются из страховых средств. Уровень франшизы может определяться для общего объема расходов в течение периода,

расходов на определенную категорию услуг или лечение отдельного заболевания;

- соплатежи (сооплата): потребитель оплачивает фиксированную сумму расходов при приобретении каждой единицы медицинской помощи (например, обращения к врачу, дня пребывания в стационаре) или лекарственного препарата;
- сострахование: потребитель оплачивает долю стоимости при приобретении каждой единицы медицинской помощи или лекарственного препарата;
- ограничение предела возмещения расходов: потребитель оплачивает расходы на медицинскую помощь в размере разницы между установленным пределом возмещения из страховых или бюджетных средств и фактической стоимостью единицы медицинской помощи или лекарственного препарата [2].

На рисунке 1 представлено соотношение расходов на медицинскую помощь, оплачиваемых пациентом, и общей стоимости фактически оказанной медицинской помощи с использованием указанных выше механизмов разделения затрат. Диагональная линия, проходящая через начало координат под углом 45°, отражает ситуацию, когда вся стоимость медицинской помощи оплачивается пациентом из личных средств, то есть страховое возмещение отсутствует.

При использовании франшизы пациент оплачивает полную стоимость лечения вплоть до суммы a (см. рис. 1), после чего все дальнейшие расходы на медицинскую помощь подлежат возмещению. При использовании соплатежа пациент вносит фиксированный платеж размера c (см. рис. 1), после чего ему оказывается медицинская помощь в необходимом объеме, определяемом относительно размера внесенных средств. При последующих обращениях пациент обязан произвести следующий платеж. Использование принципа сострахования подразумевает, что пациент обязан профинансировать определенную долю расходов на лечение за счет собственных средств. Графически степень участия пациента в оплате лечения при использовании сострахования определяется величиной угла α (см. рис. 1), который может находиться в пределах от 0° (все расходы на медицинскую помощь подлежат возмещению) до 45° (все расходы на лечение подлежат оплате за счет личных средств пациента). Наконец, при установлении верхнего предела возмещения расходов пациент не участвует в оплате медицинской помощи вплоть до достижения общей суммы расходов определенного уровня l (см. рис. 1), после которого все расходы на лечение оплачиваются за счет личных средств пациента.

В частном медицинском страховании периода 1975-1985 гг. также появляются первые попытки использования механизма разделения затрат для регулирования поведения и защиты добросовестного потребителя от избыточно жесткого сдерживания расходов, в т.ч. обеспечение полного страхового покрытия расходов на

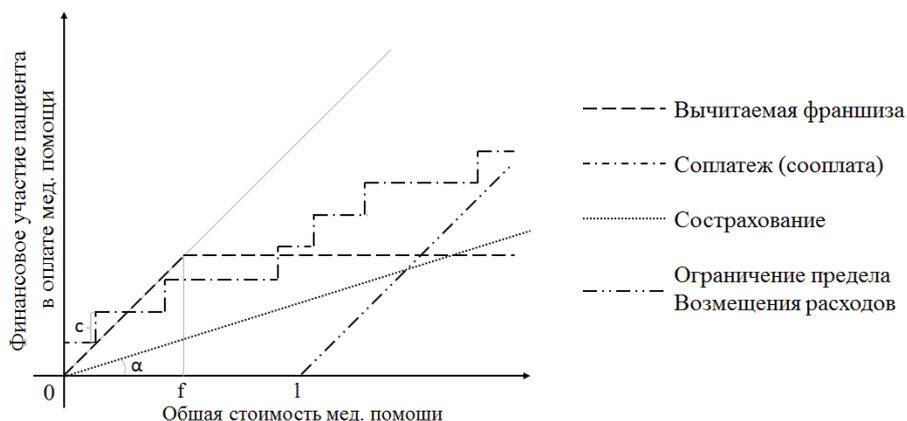


Рисунок 1. Формы участия пациента в оплате медицинской помощи.

Источник: составлено авторами.

профилактические меры и меры, направленные на раннее выявление заболеваний, медицинскую помощь при хронических заболеваниях.

Вплоть до последних десятилетий национальные системы здравоохранения не включали механизмы разделения затрат в программы гарантированного медицинского обеспечения, поскольку возвращение прямых платежей потребителя за медицинские услуги ассоциировалось с неизбежным снижением доступности медицинской помощи и сопутствующими рисками: невозможностью получить медицинскую помощь для лиц с низким доходом, сокращением объема потребления профилактических услуг и увеличением доли запущенных заболеваний. Публикация результатов страхового эксперимента и последующий опыт использования механизма разделения затрат в частном медицинском страховании позволили изменить отношение к данному инструменту. Кроме того, эксперты общественных систем здравоохранения значительно расширили спектр методов защиты наиболее уязвимых категорий населения, включая:

- ограничение стоимости медицинских услуг (запрет на выставление счета по цене, превышающей уровень согласованного прейскуранта);
- полное или частичное освобождение от оплаты для отдельных типов услуг (профилактические меры, диагностика, лечение хронических заболеваний) и категорий населения (дети и подростки, лица пожилого возраста, беременные женщины, лица с низким доходом);
- установление предельных объемов расходов из личных средств (для общего объема расходов или расходов на отдельную категорию услуг за период, случай заболевания);
- дополняющее частное медицинское страхование [2].

Кроме того, в развитых странах получила популярность идея использования различных уровней участия в оплате для поощрения рационального поведения потребителя в повседневной жизни (отказ от вредных привычек, занятия спортом) или при потреблении медицинских услуг (обращение к врачам-специалистам по направлению врача первичного контакта, прохождения школы хронического заболевания, регулярное прохождение медицинского осмотра).

Сочетание целей, разрешенных форм и условий участия пациента в оплате и механизмов защиты населения формирует национальную модель разделения затрат при оплате медицинской помощи (см. табл. 1)

Как следует из таблицы 1, наиболее сложные модели разделения затрат на национальном уровне были созданы государствами со страховой моделью здравоохранения (Германия, Франция, Нидерланды, Швейцария), общей задачей которых было расширение действия рыночных стимулов в сфере обязательного медицинского страхования при максимальном сохранении доступности медицинской помощи. В то же время в каждом из этих случаев формирование модели разделения затрат происходило под сильным влиянием сложившихся особенностей национальной системы здравоохранения.

Германия. Длительное время Германия оставалась единственной европейской страной, сохранявшей классическую модель обязательного медицинского страхования, практически исключавшую любые воздействия действия ценового и конкурентного механизмов:

- отсутствие возможности свободного выбора страхового фонда для населения (прикрепление по профессиональному признаку);
- некоммерческий характер деятельности страховых фондов;
- единые условия участия в программе обязательного медицинского страхования;
- отсутствие участия населения в оплате гарантированного объема страховой медицинской помощи (за исключением

приобретения лекарственных препаратов и отдельных услуг стоматологической помощи).

С середины 1990-х гг. по настоящее время Германия продолжает реформы, направленные на поиск оптимальных механизмов мотивации для участников обязательного медицинского страхования, сохраняющих принципы социальной солидарности. С 1996 г. населению было предоставлено право свободного выбора фонда (за исключением фондов, созданных и поддерживаемых частными компаниями, и отдельных профессиональных фондов (моряков, фермеров, шахтеров) и выхода из системы обязательного медицинского страхования (лицам с доходом выше определенного уровня при условии приобретения добровольного медицинского страхования, отменено в 2009 г.). Одновременно с этим страховым фондам было предоставлено право устанавливать дополнительную ставку страхового взноса (отменено в 2011 г.).

В 2004 г. впервые были введены соплатежи за большинство услуг страховой медицинской помощи, в т.ч.:

- за первичное посещение врача или последующие посещения без получения направления – \$13,75 (были отменены в 2013 г.);
- за назначение лекарственных препаратов (за исключением препаратов, цена которых по меньшей мере на 30% ниже референтной цены) при амбулаторном лечении и иных медицинских средств – \$6,75-\$13,5;
- за день пребывания в стационаре или реабилитационном центре (в течение первых 28 дней) – \$13,5.

Для защиты населения от катастрофических расходов, связанных с высоким уровнем потребления медицинских услуг, было введено также ограничение предельного годового объема расходов из личных средств в размере 2% от дохода домохозяйства. Пациенты с хроническими болезнями, соблюдавшие рекомендации врача и проходившие необходимые обследования до наступления заболевания, могут претендовать на снижение предельного объема расходов из личных средств до 1% от дохода.

Франция. Особенностью финансового обеспечения системы здравоохранения Франции является широкое использование дополнительных источников средств для поддержки программы обязательного медицинского страхования. По данным на 2012 г., доля расходов, финансируемых из средств обязательного медицинского страхования, составляла 77% от общих медицинских расходов, из которых:

- 49,3% – страховые взносы, выплачиваемые работником и работодателем;
- 12,3% – средства целевого налога на здравоохранение;
- 9,2% – отчисления из средств ряда общих налогов (акцизы на алкогольные и табачные изделия, налоги на фармацевтические и частные страховые медицинские компании);
- 6,2% – государственные субсидии и трансферты от иных органов социального обеспечения.

Кроме того, французская система здравоохранения характеризуется традиционно высоким уровнем распространения частного дополняющего медицинского страхования – в 2012 г. его держателями являлись 92% населения, а доля этого источника в общей сумме расходов составляла 13%. Основными направлениями использования дополняющего медицинского страхования являются оплата офтальмологической и стоматологической помощи, тарифы обязательного медицинского страхования для которых остаются необоснованно низкими, и покрытие обязательного уровня участия пациента в оплате, включающего:

- сострахование;
- соплатежи;
- оплату разницы между утвержденным пределом возмещения и фактической стоимостью услуги.

Сострахование распространяется на все виды медицинской помощи и лекарственного обеспечения, доля участия пациента в оплате которых определяется:

Страна	Тип ¹	Формы участия пациента в оплате	Защищенные категории населения
Австралия	Бюдж.	<p>Сострахование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 0-15% для амбулаторной медицинской помощи; 25% для медицинской помощи, оказываемой частными врачами. <p>Соплатежи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – за единицу лекарственного препарата (\$6 независимо от стоимости); – за обращение к врачу общей практики, лучевые и лабораторные исследования (\$5) 	<p>Лица с низким доходом, лица пожилого возраста, дети до 16 лет, жители сельских и удаленных территорий (поставщики медицинских услуг поощряются за отказ от оплаты сострахования, снижение соплатежей за лекарственные препараты до \$4).</p> <p>Ограничение предельного годового уровня расходов на сострахование (\$285)</p>
Канада	Бюдж.	<p>Для медицинской помощи, включенной в программу бесплатного медицинского обеспечения, не применяется.</p> <p>Для лекарственных препаратов – устанавливается региональными властями</p>	<p>Для лекарственных препаратов – определяются региональными властями</p>
Дания	ОМС	<p>Для амбулаторной и стационарной медицинской помощи не применяется.</p> <p>Сострахование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – для стоматологической помощи лицам старше 18 лет (35-60%); – для лекарственных препаратов (15-100%, в зависимости от общего годового уровня расходов) 	<p>Дети до 18 лет (отмена сострахования). Лица пожилого возраста (85% возмещение стоимости лекарственных препаратов при низком уровне дохода (\$10020), полное возмещение – при неизлечимой болезни). Больные хроническими заболеваниями (полное возмещение стоимости лекарственных препаратов при превышении годовым объемом расходов \$488)</p>
Англия	Бюдж.	<p>Соплатежи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – для лекарственных препаратов (\$12 за единицу); – для стоматологической помощи (с установленным пределом оплаты до \$315 за курс лечения) 	<p>Дети до 16 лет, учащиеся в возрасте 16-18 лет, лица с низким доходом, беременные женщины и женщины в течение года после родов, больные определенными хроническими болезнями и инвалиды (отмена соплатежей за лекарственные препараты).</p> <p>Дети и подростки, учащиеся, беременные женщины и женщины в течение года после родов, заключенные и лица с низким доходом (отмена соплатежей за стоматологическую помощь).</p> <p>Лица с высоким уровнем расходов на лекарственные препараты (возможность осуществить предоплату на период, с возмещением остальной части стоимости необходимых лекарств за счет бюджетных средств)</p>
Франция	ОМС	<p>Сострахование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – для медицинской помощи (20% для стационарной помощи, 30% – для амбулаторных посещений врача и стоматологической помощи с учетом первоначального обращения к врачу общей практики); – для лекарственных препаратов (0%, 40%, 100% – в зависимости от оценки эффективности препарата). <p>Соплатежи (с учетом наличия направления врача, не могут быть оплачены из страховых средств):</p> <ul style="list-style-type: none"> – за день пребывания в стационаре (\$16-\$21); – за посещение врача (\$1,2); – за получение рецепта (\$0,6); – за вызов скорой помощи (\$2,4); – за дорогостоящую стационарную помощь (\$21 за лечение стоимостью более \$142). <p>Доплата по счету</p>	<p>От сострахования освобождаются пациенты с определенными хроническими болезнями (для помощи, оказываемой в связи с хроническим заболеванием), лица, получающие медицинскую помощь по дополнительным государственным программам медицинского обеспечения, держатели дополнительного медицинского страхования, лица, получившие производственную травму или инвалидность. Лица с низким доходом получают дополнительное медицинское страхование за счет государства. Сострахование для стационарной помощи применяется только для первых 31 дней госпитализации, для последующего пребывания и некоторых видов хирургических вмешательств не используется.</p> <p>Дети и лица с низким доходом освобождаются от уплаты соплатежей.</p> <p>Определение предельного годового объема соплатежей (\$60)</p>
Германия	ОМС	<p>Соплатежи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – за назначение лекарственных препаратов (\$6.5, исключая лекарства, стоимость которых ниже референтной цены на 30% и более); – за день пребывания в стационаре (\$3.25, в течение первых 28 дней в течение года). <p>Страховые фонды могут предлагать использование безусловной франшизы (за исключением профилактических мер) и премии за отсутствие обращений.</p> <p>Доплата по счету при обращении к частному врачу, формально не участвующего в программе бесплатного медицинского обеспечения</p>	<p>Дети до 18 лет (отмена всех форм разделения затрат). Ограничение общего объема платежей из личных средств в рамках разделения затрат 2% от ежегодного дохода домохозяйства (1% – для больных определенными хроническими заболеваниями, подтвердившими выполнение врачебных рекомендаций и прохождение скрининга)</p>

Страна	Тип ¹	Формы участия пациента в оплате	Защищенные категории населения
Италия	Бюдж.	Соплатежи: – за направление к узким специалистам и на процедуры (до \$48); – за необоснованное обращение за экстренной помощью (\$33)	Лица старше 65 лет и дети младше 6 лет, семейный доход которых ниже установленного минимума, заключенные (отмена всех форм разделения затрат). Лица с хроническими заболеваниями и ВИЧ, беременные женщины освобождаются от участия в оплате профильных услуг. Большинство видов скрининга не требуют участия в оплате. При превышении общим объемом годовых расходов из личных средств определенного уровня (\$170) предоставляется налоговый вычет в размере 20% от объема расходов из личных средств
Япония	ОМС	Сострахование: – 30% на все виды услуг и товаров медицинского назначения. Доплата по счету за отдельные виды услуг (пребывание в стационаре повышенной комфортности или дольше 180 дней, экспериментальное лечение, получение амбулаторной помощи в крупных многопрофильных больницах, получение помощи вне стандартного рабочего дня)	Снижение уровня сострахования для детей до 3 лет (20%), лиц в возрасте от 70 до 74 лет (20%), лиц старше 75 лет (10%). При превышении общим объемом годовых расходов из личных средств определенного уровня (\$967-\$19334) на эту сумму предоставляется налоговый вычет при условии сохранения после вычета минимальной налоговой базы (\$967). Ограничение предельного уровня годовых расходов из личных средств. Субсидии для лиц с низким доходом
Нидерланды	ОМС	Безусловная франшиза: – обязательный минимум (\$436), который может быть увеличен по решению страховой компании; Соплатежи и сострахование для отдельных категорий услуг. Доплата по счету для лекарственных препаратов	Механизмы разделения затрат не распространяются на детей младше 18 лет и услуги врачей общей практики. Субсидии для лиц с низким доходом
Новая Зеландия	Бюдж.	Соплатежи: – за посещение врачей общей практики и услуги медицинских сестер (до \$12); – за назначение лекарств (\$3,4 после первых двадцати назначений на семью в год)	Соплатежи не распространяются на детей младше 6 лет. Субсидии для пациентов, получающих медицинское обслуживание в медицинских объединениях (98% населения). Субсидии для покрытия расходов при необходимости долгосрочной помощи
Норвегия	Бюдж.	Соплатежи: – за посещение врача общей практики и узких специалистов, услуги амбулаторной хирургии (\$16-\$35); – за назначение лекарственных препаратов (до \$57); – за лучевые (\$25) и лабораторные исследования (\$6)	Дети до 16 лет (отмена соплатежей за терапевтическую помощь и наиболее значимые лекарства), дети до 18 лет (отмена соплатежей за психологическую и стоматологическую помощь), беременные женщины (отмена соплатежей на услуги во время и после беременности), получатели минимального пособия по нетрудоспособности (отмена соплатежей на наиболее значимые лекарства и услуги медицинских сестер), больные отдельными инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ, пациенты с производственными травмами и заболеваниями (отмена соплатежей на профильные медицинские услуги и лекарства). Предел расходов из личных средств на соплатежи (\$234-\$296). Налоговый вычет для лиц с высокими расходами из личных средств
Сингапур	Частн.	Сострахование (из личных средств или средств сберегательных счетов): – для стационарной помощи (от 20% до 100% в зависимости от суммы счета). Сострахование (только из личных средств): – для услуг по лечению хронических заболеваний (15%). Безусловная франшиза. Оплата полностью из личных средств или средств сберегательного счета всех видов амбулаторной помощи, включая диагностические услуги и услуги амбулаторной хирургии, и лекарственных средств	Государственный благотворительный фонд, оказывающий поддержку лицам не способным самостоятельно оплатить помощь

Страна	Тип ¹	Формы участия пациента в оплате	Защищенные категории населения
Швеция	Бюдж.	Соплатежи: – за посещение врача-терапевта (\$14-\$34); – за посещение врача специалиста (\$23-\$40); – за день пребывания в стационаре (\$10-\$11). Лекарственные препараты оплачиваются полностью из личных средств (до достижения общим объемом годовых расходов \$126, после чего доля оплаты из личных средств поэтапно снижается)	Лица до 18 лет (в отдельных регионах – до 20 лет) освобождаются от платы за посещения врача. Лица до 20 лет также получают бесплатную стоматологическую помощь (лица старше 20 лет – при превышении определенного уровня расходов). Дети, подростки, беременные женщины и пожилые освобождаются от соплатежей или получают компенсации для оплаты определенных услуг. Предел годовых расходов из личных средств (\$126)
Швейцария	ОМС	Безусловная франшиза: – обязательный минимум (\$216). Сострахование: – 10% для всех медицинских услуг; – 20% для оригинальных лекарств, имеющих дженерики. Соплатежи: – за день пребывания в стационаре (\$11)	Механизмы разделения затрат не распространяются на услуги по ведению беременности, помощи при родах и отдельные профилактические меры. Несовершеннолетние освобождаются от уплаты франшизы и соплатежей за стационарную помощь. Субсидии для лиц с низким доходом. Предел расходов из личных средств (\$504 – для взрослых, \$252 – для лиц младше 19 лет)
США	Частн.	Определяется страховой компанией. Распространенными формами являются соплатежи и вычитаемая франшиза	Благотворительные организации и государственные программы для поддержки незастрахованных лиц, лиц с низким доходом и уязвимых категорий населения

Таблица 1. Национальные модели разделения затрат при оплате медицинской помощи² [6].

- видом медицинской помощи (20% – для стационарной помощи, 30% – для амбулаторного посещения врача и стоматологической помощи);
- соблюдением принципа прикрепления к врачу общей врачебной практики (30% – при посещении врача прикрепления, 50% – при посещении другого врача без направления, причем данная разница в уровне сострахования не может быть покрыта из средств дополнительного медицинского страхования);
- признанным уровнем эффективности лекарственного средства (0% для наиболее эффективных препаратов, 40% или 100% для остальных лекарственных средств).

От участия в состраховании освобождаются больные определенными хроническими заболеваниями, получающие пособия по инвалидности и производственной травме, беременные женщины.

Соплатежи в фиксированной сумме оплачиваются за сутки пребывания в стационаре – \$21, сутки пребывания в психиатрическом стационаре – \$16, посещение врача – \$1,2, назначение лекарства – \$0,6, вызов скорой помощи – \$2,4, стационарное лечение стоимостью выше \$142-\$21. Соплатежи не могут быть оплачены из средств дополняющего медицинского страхования. Общая сумма соплатежей в течение года ограничена предельным уровнем \$60, несовершеннолетние и лица с низким доходом освобождаются от соплатежей.

Оплата разницы между установленным пределом возмещения из страховых средств и фактической стоимостью является следствием права поставщиков медицинских услуг устанавливать стоимость услуг самостоятельно, без учета официальной ставки возмещения. В большинстве случаев возникшая разница оплачивается из средств дополняющего медицинского страхования, которое предоставляет страховое покрытие в размере до 200-300% от официального тари-

фа обязательного медицинского страхования. Тем не менее, даже этого уровня покрытия может быть недостаточно для оплаты счета, в частности, для стоматологической и офтальмологической помощи, тарифы по которым являются наиболее низкими и могут составлять менее 10% от фактической стоимости услуги.

Лица с доходом ниже определенного уровня получают государственное дополняющее медицинское страхование, полностью покрывающее расходы на сострахование.

Нидерланды. Систему здравоохранения Нидерландов часто определяют как рыночно-страховую, подчеркивая особую роль рыночных инструментов в регулировании сферы медицинского страхования. Реформа 2006 г. наделила страховые компании обширными полномочиями в области определения условий обязательного медицинского страхования, сохранив за государством порядок регулирования базового страхового плана. Страховые компании не вправе отказывать потребителю в приобретении базового страхового плана или изменять его условия с учетом индивидуальных медицинских рисков, но могут предлагать дополнительный объем страхового обеспечения, условия которого регулируются ими самостоятельно. Большая часть населения приобретает дополняющее медицинское страхование для оплаты услуг, не включенных в базовый пакет (например, стоматологической помощи, изготовления линз и очков, услуг альтернативной медицины, физиотерапии и др.), а также покрытия доли участия пациента в оплате лекарственных препаратов.

На национальном уровне устанавливается минимальный уровень вычитаемой франшизы (\$436), условия соплатежей и сострахования для отдельных категорий услуг (например, транспортировки больного) и лекарственных препаратов (по группам). Действие механизмов разделения затрат не распространяется на

¹ Здесь и далее данные о величине соплатежей и предельном уровне расходов приводятся в переводе в доллары США по данным на 2014 г.

² Тип системы определяется в соответствии с классификацией ОЭСР (1987), включающей три основных модели систем здравоохранения:
– бюджетная, в рамках которой основным источником средств являются общие налоговые сборы, покупателем медицинских услуг выступают органы государственной власти, поставщиками медицинских услуг – государственные медицинские организации;
– страховая, в рамках которой основным источником средств являются взносы обязательного медицинского страхования, покупателем медицинской помощи – страховые компании (как коммерческие, так и некоммерческие страховые фонды), поставщиками медицинских услуг могут быть как государственные, так и частные медицинские организации;
– частная, в рамках которой основным источником средств являются взносы добровольного медицинского страхования, покупателем медицинской помощи – частные страховые компании, поставщиками медицинских услуг – частные медицинские услуги.
При одновременном наличии нескольких признаков различных моделей определяется преобладающий источник финансирования.

медицинскую помощь, оказываемую несовершеннолетним лицам, и часть медицинских услуг для взрослых (например, обращение к врачу ОВП).

Швейцария. Система здравоохранения Швейцарии, также как и Нидерландов, является смешанной рыночно-страховой моделью, но с сохранением значительно большей роли государства. В частности, государство устанавливает следующие обязательные формы участия пациента в оплате медицинской помощи:

- минимальный уровень годовой вычитаемой франшизы (\$216). Страховые компании вправе предлагать базовый страховой план с увеличенным уровнем франшизы (\$1800) и сниженной ставкой страховых взносов;
- сострахование в размере 10% счета для большинства медицинских услуг (пределный годовой объем этого типа сострахования установлен в размере \$504 для взрослых, \$252 для несовершеннолетних), 20% счета для оплаты оригинальных лекарств, имеющих дженерики;
- соплатеж в размере \$16 за сутки для пребывания в стационаре.

При этом поставщики медицинских услуг не вправе устанавливать цены выше объема возмещения по ОМС. Никакие виды участия пациента (в т.ч. вычеты) не распространяются на медицинскую помощь по беременности и родам и некоторые профилактические меры. Без учета франшизы и соплатежей оплачивается стационарная помощь, оказанная несовершеннолетним. Конфедерация и кантоны предоставляют субсидии малообеспеченному населению для оплаты страховых взносов. Для лиц, в течение определенного времени не обращавшихся за медицинской помощью, оплачиваемой из страховых средств, стоимость страхового плана может быть снижена (в зависимости от сроков неиспользования страховых средств и страховой компании скидка может достигать до 45%).

Таким образом, механизмы разделения затрат между пациентом и держателями средств бюджета системы здравоохранения можно рассматривать как вероятные подходы к формированию мотивации пациентов к здоровому образу жизни и как существенный фактор сдерживания роста затрат при оказании медицинской помощи.

Литература:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010.

Сведения об авторах:

Сисигина Наталья Николаевна – мл. науч. сотрудник Центра налоговой политики Научно-исследовательского финансового института, научный сотр. Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС. Адрес: Настасьинский пер. д. 3 стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +74956997414. E-mail: sisiginann@mail.ru.

Омельяновский Виталий Владимирович – д.м.н., профессор, директор Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, руководитель Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: 117335, Москва, а/я 90. Тел.: +74999569528. E-mail: journal@hta-rus.ru.

Авксентьев Николай Александрович – научный сотрудник Центра исследований региональных реформ Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, младший научный сотрудник Центра перспективно-го финансового планирования, макроэкономического анализа и статистики финансов Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: Настасьинский пер. д. 3 стр. 2, 127006, Москва, Россия. Тел.: +74956997414. E-mail: na@nifi.ru.

About the authors:

Sisigina Natalia Nikolayevna – Junior Researcher of the Tax Policy Center, Financial Research Institute, Research Fellow of the Institute for social analysis and forecasting, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Address: Nastasyinsky per., 3-2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +74956997414. E-mail: sisiginann@mail.ru.

Omel'yanovskii Vitalii Vladimirovich – MD, Professor, Director of the Center for Technology Assessment in Health Care of the Institute of Applied Economic Research of RANEP, Head of the Health Care Finance Center of the Research Financial Institute of the Ministry of Finance of the Russian Federation. Address: 117335, Moscow, p / 90. Tel.: +74999569528. E-mail: journal@hta-rus.ru.

Avxentyev Nikolay Alexandrovich – research fellow of Centre for regional reforms research of Applied economic research Institute of Russian academy of national economy and public administration and junior research fellow of Centre for perspective financial planning, macroeconomic analysis and financial statistics of Research Financial institution of Ministry of Finance. Address: Nastasyinsky per., 3-2, Moscow, 127006, Russia. Tel.: +74956997414; E-mail: na@nifi.ru.

2. Томсон С. Моссиалос Э. Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74695/E83334R.pdf (дата обращения: 20.04.15).

3. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. М. 2002.

4. Brook R. et al. The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care. 2006. URL: http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.htm/ (дата обращения: 20.04.15).

5. Farnsworth D. Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer? *Annals of Health Law*. 2006; 15 (2): 251-273.

6. Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Anderson C. International Profiles Of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, 2015.

References:

1. Report on World Health, 2010. Health systems financing: the path to universal coverage of health care. Geneva: World Health Organization, 2010 [*Doklad o sostoyanii zdavookhraneniya v mire, 2010. Finansirovanie sistem zdavookhraneniya: put' k vseobshchemu okhvatu naseleniya mediko-sanitarnoi pomoshch'yu. Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya, 2010. (In Russian)*].

2. Tomson S. Mossialos E. Kakovy posledstviya chastnogo finansirovaniya sluzhb zdavookhraneniya v stranakh Zapadnoi Evropy s tochki zreniya obespecheniya spravedlivosti, effektivnosti, snizheniya zatrat i rasshireniya vozmozhnoei vybora? Kopenhagen: Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ, 2004. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74695/E83334R.pdf (accessed 20.04.15).

3. Mossialos E., Dikson A., Figeras Zh., Kuttzin D. Funding health care: options for Europe [*Finansirovanie zdavookhraneniya: al'ternativy dlya Evropy (In Russian)*]. Moscow. 2002.

4. Brook R. et al. The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care. 2006. URL: http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.htm/ (accessed 20.04.15).

5. Farnsworth D. Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer? *Annals of Health Law*. 2006; 15 (2): 251-273.

6. Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Anderson C. International Profiles Of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, 2015.