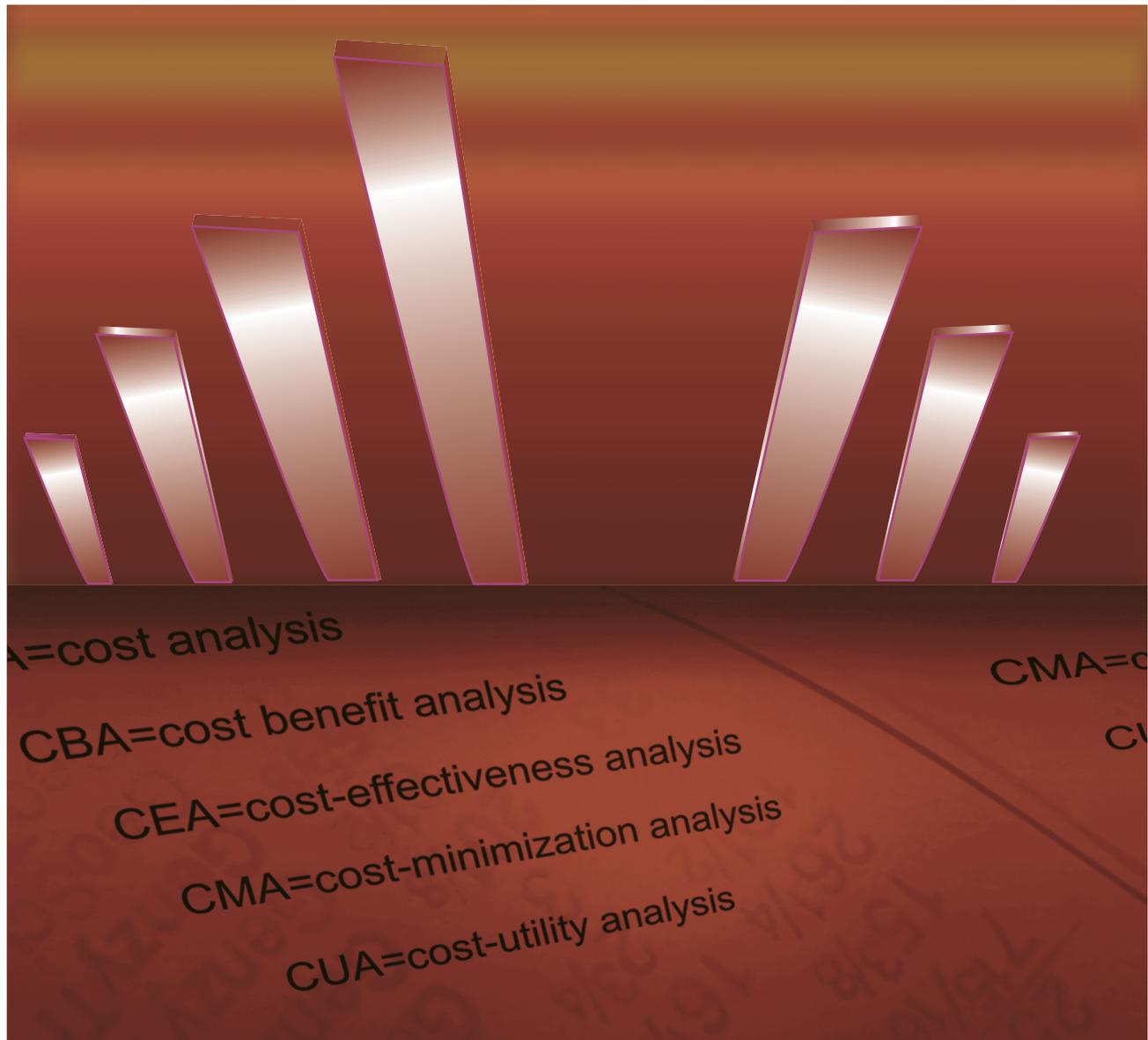


# Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



PHARMACOECONOMICS. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

ISSN 2070-4909

2016 Vol. 9 No3

[www.pharmacoeconomics.ru](http://www.pharmacoeconomics.ru)

- Оплата новых дорогостоящих технологий в здравоохранении на основе соглашений по разделению рисков: возможности применения в Российской Федерации
- Определение основных видов научной деятельности и разработок для целей государственной научной политики в странах ОЭСР и России

№3 Том 9  
2016

# Соплатежи населения в системе здравоохранения: международный опыт

Татаринов А. П.<sup>1</sup>, Лукьянцева Д. В.<sup>1</sup>, Мельникова Л. С.<sup>1</sup>,  
Омельяновский В. В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации, Москва

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

## Резюме

Все более серьезной проблемой во всем мире становится рост стоимости медицинского обслуживания. При отсутствии ограничений как с точки зрения объемов потребления, так и стоимости услуг, в связи с применением инновационных методов лечения, стоимость медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно, практически не имеет верхнего предела. Поэтому во всем мире идет поиск альтернативных стратегий более эффективного и справедливого финансирования здравоохранения, о которых и пойдет речь в данной статье.

## Ключевые слова

Совместные несения расходов, методы разделения затрат, регулятор объемов оказания медицинской помощи, соплатежи, сооплата, сострахование, франшизы, международный опыт, модель здравоохранения, система здравоохранения, финансирование и организация оказания медицинской помощи, источники финансирования здравоохранения, характеристика систем здравоохранения различных стран мира, гарантии безопасности.

Статья поступила: 14.06.2016 г.; в доработанном виде: 29.08.2016 г.; принята к печати: 24.10.2016 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

Татаринов А. П., Лукьянцева Д. В., Мельникова Л. С., Омельяновский В. В. Соплатежи населения в системе здравоохранения: международный опыт. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. 2016; 3: 60-67.

## COPAYMENTS OF THE CITIZENS IN HEALTHCARE SYSTEM: INTERNATIONAL PRACTICE

Tatarinov A. P.<sup>1,2</sup>, Lukyantseva D. V.<sup>2</sup>, Melnikova L. S.<sup>1</sup>, Omelyanovskii V. V.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Research Institute of Finance, Ministry of Finance of the Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup> Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow

## Summary

The growth of cost of healthcare services becomes more and more serious problem throughout the world. In the context of no limitations with respect to both scope of consumption and cost of the services, due to application of innovational treatment methods, the cost of medical aid, rendered to the citizens free of charge, has almost no upper limit. In light of this, the alternative strategies of more efficient and fair funding of healthcare, being the subject of this article, are searched throughout the world.

## Key words

Costs sharing, methods of cost sharing, regulator of medical aid scope, copayments, copays, coinsurance, deductibles, international practice, healthcare model, healthcare system, medical aid funding and management, sources of healthcare funding, characteristics of healthcare systems in various countries of the world, guarantees of safety.

Received: 14.06.2016; in the revised form: 29.08.2016; accepted: 24.10.2016.

## 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

Tatarinov A. P., Lukyantseva D. V., Melnikova L. S., Omelyanovskii V. V. Copayments of the citizens in healthcare system: international practice. FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2016; 3: 60-67 (in Russian).

## Corresponding author

Address: Nastasiinsky lane d. 3 p. 2, Moscow, Russia, 127006.  
E-mail address: lavrinenko-irina@mail.ru (Melnikova L. S.).

В настоящее время самым распространенным и наиболее обсуждаемым ограничителем объемов потребляемой медицинской помощи и дополнительным источником финансирования здравоохранения становится совместное несение расходов (разделения затрат, распределение затрат) – форма соучастия государства и населения в покрытии расходов на медицинскую помощь. Формы и методы (в т.ч. и цели) совместного несения расходов, используемые различными странами, разнообразны. Наиболее часто используются методы, применяющие различные схемы медицинского страхования. Распределение затрат в системе медицинского страхования является одним из важнейших направлений, которое будет влиять как на использование медицинской помощи, так и на финансовое бремя застрахованного населения. Среди методов совместного несения расходов выделяют:

1. Сострахование;
2. Франшизы;
3. Соплатежи [12]:
  - a. Фиксированный процент от стоимости одной единицы оказанной медицинской помощи;
  - b. Фиксированная доплата к стоимости одной единицы оказанной медицинской помощи.

В мировой практике главной формой прямой оплаты медицинских услуг из личных средств являются формальные соплатежи населения, то есть установленная законом оплата части стоимости посещения врача, госпитализации и прочее. Основная часть затрат покрывается из государственных средств, а пациент доплачивает определенную сумму [2].

В отличие от соплатежей при состраховании оплачивается доля стоимости, а средства перечисляются из страхового пула, куда были перечислены деньги данного и других застрахованных ранее.

Франшиза – определенная сумма, которую пациент должен внести один раз, в какой-либо ситуации или в течение периода (например, года); все расходы сверх франшизы покрываются из средств системы [1].

Также возможно использование смешанных методов: соплатеж и сострахование, соплатеж и франшиза, сострахование и франшиза.

Разные методы совместного несения расходов, по данным исследований [15], могут принести различную степень изменений в системе здравоохранения в зависимости от их использования.

На сегодняшний день в системе здравоохранения Российской Федерации отдельные услуги, не включенные в программы обязательного медицинского страхования, оказываются на платной основе. К таким услугам относятся:

1. Диагностика состояния здоровья пациента, а также профилактическое обследование, консультации и пр. процедуры, которые проводятся в домашних условиях (кроме лиц с тяжелым заболеванием или не имеющих возможности посетить врача по причине неудовлетворительного состояния).
2. Медицинское обследование или другие экспертизы, проводимые по личному желанию обратившегося гражданина.
3. Стационарное лечение больного в комфортных условиях – отдельная палата, средства коммуникации (телевизор, телефон и т.д.).
4. Оздоровление в санаториях, на курортах. Исключение составляют дети, инвалиды и другие, социально незащищенные категории граждан, направляемые в специальные лечебные медицинские учреждения.
5. Оказание услуг по анонимному обращению лиц, не предусмотренных законодательством РФ.
6. Косметологическое и гомеопатическое лечение.
7. Протезирование зубов, кроме граждан, имеющих право на получение бесплатных услуг, предусмотренных российским законодательством.
8. Дополнительная вакцинация лиц по собственной инициативе, помимо предусмотренных плановых прививок.

Страны, вошедшие в обзор: Норвегия, Нидерланды, Франция, Германия, Великобритания, США, Австралия, Канада. Выбор стран основывался на необходимости проанализировать внедрение методов разделения затрат в странах с различными экономическими моделями систем здравоохранения:

- государственная медицина с бюджетной системой финансирования (Норвегия, Великобритания);
- система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования (Нидерланды, Франция, Германия, Австралия, Канада);
- платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования (США).

Классическими представителями данных систем и являются выбранные страны.

Общая характеристика систем здравоохранения выбранных для анализа стран (система здравоохранения, охват населения медицинской помощью, финансирование, роль государственного/частного страхования, характеристика системы мер защиты населения), опубликованная London School of Economics and Political Science (Лондонская школа экономики и политических наук) и The Commonwealth Fund (Фонд содружества) [10], представлена в таблице 1.

## НОРВЕГИЯ

Врач общей практики и врач-специалист после амбулаторного приема в больнице и в тот же день операции требуют доплаты из расчета 141 NOK и 320 NOK<sup>1</sup> (около USD 16<sup>2</sup> и USD 35) за одну

единицу оказанной медицинской помощи соответственно. Также для физиотерапевтических посещений (различные количества). Покрытие отпускаемых по рецепту лекарств требует доплаты до 520 NOK (USD 57) за рецепт, а радиологические и лаборатор-

СТРАНА	Система здравоохранения, роль государственного/частного страхования			Характеристика системы мер защиты	
	характеристика управления	источники финансирования государственной системы	роль частного страхования (основные преимущества; совместное несение расходов; то, что не покрывает государственная система; частные учреждения или услуги; замена государственного страхования)	ограничения совместного несения расходов	льготы и защита населения с низким уровнем дохода
НОРВЕГИЯ	Национальная система здравоохранения, в некоторых случаях прямое финансирование и гарантии на уровне национального правительства, некоторые обязанности делегированы региональным органам управления здравоохранением и муниципалитетам	Общие налоговые поступления	~7% с дополнительным добровольным медицинским страхованием (VHI), в основном куплены работодателями для предоставления сотрудникам более быстрого доступа к дополнительным услугам	Общее годовое ограничение совместного несения расходов 2105 NOK [USD 234]	Исключения для детей до 16 лет при оказании медицинской помощи, до 18 лет при оказании психологической и стоматологической помощи, для беременных женщин, при наличии некоторых инфекционных заболеваний (ВИЧ/СПИД); группы населения с низкими доходами получают бесплатные лекарства и необходимый уход
НИДЕРЛАНДЫ	Система обязательного медицинского страхования, частное страхование, универсально уполномоченное (национальная база); правительство регулирует и субсидирует страхование	Целевой налог на заработную плату; объединенно рассчитанные страховые премии; общий доход от налогов	Частные планы предусматривают установленные законом льготы; 85% покупают дополнительное покрытие на исключенное из предусмотренного законом пакета	Ограничений нет, но годовая франшиза в размере €60 [436 USD] покрывает большую часть совместного несения расходов	Дети освобождаются от совместного несения расходов; премиальные субсидии населению с низким уровнем дохода
ФРАНЦИЯ	Система обязательного медицинского страхования (SHI), все страховщики SHI зарегистрированы в единой национальной базе	Работодатель/работник целевые поступления и налоги на заработную плату; общие налоговые поступления, целевые налоги	~90% покупают или получают государственные ваучеры для дополнительного покрытия (в основном разделение затрат, что-то не охваченное покрытием); ограниченное дополнительное страхование	Отсутствуют. €50 [USD 60] покрытия для франшизы (консультации и услуги)	Льготы для населения с низким уровнем дохода, хронически больных и инвалидов, а также детей
ГЕРМАНИЯ	Система обязательного медицинского страхования (SHI), 131 конкурирующий страховщик SHI («больничные кассы», национальная база); при высоком доходе можно отказаться от частного охвата	Работодатель/работник целевой налог с заработной платы; общий налог на доходы	~11% отказываются от обязательного страхования и покупают замещающее покрытие. Есть некоторые дополнения (незначительное преимущество исключения из государственной схемы, доплата) и дополнительное покрытие (улучшенные услуги)	2% от доходов семьи; 1% от дохода для хронически больных	Освобождаются от совместного несения расходов дети и подростки моложе 18 лет

<sup>1</sup> Данные по состоянию на 2014 год; NOK – норвежская крона.

<sup>2</sup> Все цифры в долларах США были переведены из норвежских крон в размере около 9.05 NOK за USD, коэффициент конверсии соответствия покупательной способности ВВП в 2013 году, сообщенного Организацией экономического сотрудничества и развития (2014 год) для Норвегии.

ные исследования – 227 NOK и 50 NOK (USD 25 и USD 6) соответственно.

Поставщики услуг не могут, пока они являются частью государственной системы, взимать плату с пациента более чем установленные суммы, за исключением платы за расходные материалы (бинты и др.).

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ	Национальная служба здравоохранения (NHS)	Общие налоговые поступления (в том числе страховые взносы, связанные работой)	~11% покупают дополнительное покрытие для обеспечения лучшего доступа (в том числе лечение в частных больницах)	Нет общего покрытия на ООП, предоплатный сертификат для тех, кто нуждается в большом количестве рецептов на лекарства: GBP 29 [USD 42] за три месяца или GBP 104 [USD 150] в год	Освобождение от разделения затрат на лекарства населения с низким уровнем дохода, пожилых людей, детей, беременных женщин и молодых матерей, некоторых нетрудоспособных с хроническими заболеваниями; финансовая помощь с транспортными расходами для обеспечения доступности медицинской помощи для населения с низкими доходами
США	Medicare: возраст 65+, некоторые инвалиды; Medicaid: некоторые с низким уровнем доходов; для тех, кто без покрытия работодателя; страховой охват с некоторыми исключениями (13,4% взрослых не застрахованы)	Medicare: налог на заработную плату, премии, доходы федерального налога; Medicaid: федеральный, государственный налоговый доходы	Основное частное страхование покрывает ~56% населения (за счет работодателя и индивидуальное); дополнительное страхование в Medicare	Для большинства частных страховых планов: 6 350 USD годового лимита для физических лиц; 12 700 USD – для семьи по состоянию на 2014 г.	Льготы для населения с низким уровнем доходов – Medicaid; для пожилых людей и некоторых инвалидов – Medicare; премиальные субсидии и более низкая стоимость покрытия для семей с низким и средним уровнем дохода; некоторые допустимые освобождение от установленного страхования
АВСТРАЛИЯ	Региональное управление, совместное (национальное и государственное) финансирование государственных больниц; универсальная государственная программа медицинского страхования (Medicare)	Общие налоговые поступления; целевой подоходный налог	~50% покупают дополнительное покрытие (например, частная больница, стоматологическая помощь, оптометрия) и дополнительный охват (увеличенный выбор)	Отсутствуют. Гарантии безопасности: 80% скидка на ООП для платежей выше AUD 1 248.70 [USD 827] ежегодно	Льготы для населения с низким уровнем дохода и пожилых людей, более низкая стоимость совместного несения расходов: 80% скидка на ООП для платежей выше AUD 624.10 [USD 413]
КАНАДА	Регионально управление универсальной программой государственного страхования, обеспечение видов и фондов в основном частное	Провинциальный/ федеральный общий налог на доходы	~67% покупают дополнительное покрытие не покрытое страховой льготой (например, частные палаты в больницах, лекарства, стоматологические услуги, оптометрия)	Отсутствуют	Нет разделения затрат на публично обеспечиваемые услуги; защита для людей с низким уровнем дохода распространяется на стоимость отпускаемых по рецепту лекарств и варьирует в зависимости от провинции

**Таблица 1.** Характеристика систем здравоохранения (система здравоохранения, охват населения медицинской помощью, финансирование, роль государственного/частного страхования, характеристика системы мер защиты) в восьми странах (Норвегия, Нидерланды, Франция, Германия, Великобритания, США, Австралия, Канада).

Примечание. ООП – *Out of program* (вне программы), € – евро, AUD – австралийский доллар, USD – доллар США, GBP – британский фунт.

Все заключенные в квадратные скобки цифры в долларах США были переведены из местной валюты с использованием коэффициента конверсии соответствия покупательной способности ВВП в 2013 г., сообщенного Организацией экономического сотрудничества и развития (2014).

Наличные платежи составляют менее 15% от общего бюджета здравоохранения.

Домашний и долгосрочный институциональный уход для пожилых людей и инвалидов требует высокого совместного несения расходов (до 85% от личного дохода), что может стать значительным бременем для этой категории людей.

Существует устанавливаемый парламентом годовой максимум совместного несения расходов (ограничение), свыше которого совместное несение расходов не применяется. В 2014 г. стоимость

максимума совместного несения расходов составила 2 105 NOK (USD 234). Другое ограничение, когда медицинская помощь включает в дополнение физиотерапию и некоторые стоматологические услуги, предусматривает максимум 2 675 NOK (USD 296). Длительный уход и отпускаемые по рецепту лекарства, не входящие в «blue list» [11] (синий список), не попадают под устанавливаемые парламентом ограничения.

Гарантии безопасности подразумевают, что определенные группы населения освобождаются от совместного несения расходов.

Дети в возрасте до 16 лет получают бесплатную медицинскую помощь и доступ к основным лекарственным средствам, включенным в «blue list», а дети в возрасте до 18 лет – психологическую и стоматологическую помощь. Беременные женщины получают бесплатные медицинские осмотры в течение беременности и после родов.

Жители имеют право на получение минимальной пенсии или пенсии по инвалидности, которые составляют около 176 000 NOK (USD 19 450) в год, а также на бесплатное получение основных лекарств и уход.

Лица, страдающие от таких инфекционных заболеваний, как ВИЧ/СПИД, а также пациенты с производственной травмой получают бесплатное медицинское лечение и лекарства. Налогоплательщики с высокими затратами в результате длительной болезни могут получить налоговый вычет.

### НИДЕРЛАНДЫ

Каждое застрахованное лицо старше 18 лет должно платить ежегодную франшизу 360€<sup>3</sup> (USD 436<sup>4</sup>) (по состоянию на 2014 г.) для медицинских расходов, включая расходы на госпитализацию и отпускаемые по рецепту лекарства, но за исключением некоторых услуг, таких как посещение врача общей практики.

Помимо общей франшизы пациенты должны нести совместные расходы (сооплата, сострахование или прямая оплата услуг) на отдельные услуги, такие как медицинский транспорт. Лимит возмещения устанавливается для препаратов эквивалентно группам лекарственных средств. Расходы выше этого предела не возмещаются. Провайдеры услуг не могут сбалансировать счета пациентов, то есть они не имеют права взимать плату выше установленной программой. Пациентам со страховым полисом добровольного медицинского страхования может потребоваться разделение расходов на медицинскую помощь с поставщиком услуг на услуги, не предусмотренные договором страховой компании.

Наличные расходы составили 11,9% общих расходов на здравоохранение в 2011 г.

Гарантии безопасности подразумевают, что медицинская помощь, оказываемая врачами общей практики и детское здравоохранение освобождаются от совместного несения расходов. Кроме того, правительство платит за охват детского населения до 18 лет и предоставляет субсидии («health care allowances» (пособия на здравоохранение)), чтобы покрыть общественные номинальные взносы семьям с низким уровнем дохода (одинокие люди с годовым доходом менее 28 482€ [USD 34.405] и семьи из нескольких человек с доходом менее 37 145€ [USD 44.956]); около 5 млн человек получают пособие.

С 2013 г. пособия в здравоохранении подлежат имущественному тестированию. Фактическое пособие рассчитывается по скользящей шкале в зависимости от дохода и составляет от 2,00€ (USD 2.50) до 72,00€ (USD 87.00) в мес.

### ФРАНЦИЯ

Применяются три метода разделения затрат: сострахование, сооплата и балансовые счета.

В 2012 г. общий объем наличных платежей составил 9,6% от общих расходов на здравоохранение (за исключением той части, которая охвачена дополнительным медицинским страхованием) (DREES, 2013) [9].

Официальные сборы за стоматологические и оптометрические услуги являются очень низкими, не более чем несколько евро для

очков или слуховых аппаратов, и не более 200€<sup>5</sup> (USD 237)<sup>6</sup> для зубных протезов.

Ставки сострахования применяются ко всем службам здравоохранения и лекарственным средствам, перечисленным в пакетах льгот и пособий, и различаются в зависимости от:

- типа ухода: стационарное лечение (20%), посещения врача (30%), стоматологическая помощь (30%);

- эффективности отпускаемых по рецепту лекарств: высокоэффективные препараты (0%); все остальные требуют сострахования по ставке от 40 до 100% в зависимости от их терапевтической ценности;

- соответствия недавно внедренной «gatekeeping system» (система привратника).

Следующие не возмещаемые доплаты применяются до годового ограничения 50€ (около USD 60): 18,00€ (USD 21.00) за каждый стационарный день госпитализации (13,50€ (USD 16.00) в психиатрических отделениях), 1,00€ (USD 1.20) за одно посещение врача, 0,50€ (USD 0.60) за рецептурный препарат, 2,00€ (USD 2.40) за вызов скорой помощи по телефону и 18,00€ (USD 21.00) за лечение в больнице выше 120,00€ (USD 142.00). Эти сооплаты не изменились с момента их введения в 2008 г.

Во Франции не используется метод разделения затрат – франшиза.

Гарантии безопасности подразумевают, что начиная с 2000 г. люди с низкими доходами имеют право на бесплатное или спонсируемое государством добровольное медицинское страхование, бесплатные офтальмометрические и стоматологические услуги. Освобождение от сострахования применяется к людям с любым из 32 хронических заболеваний (13% населения); физическим лицам, льготникам полного спонсируемого государством медицинского обслуживания (3% населения) или получающим ваучеры на дополнительное медицинское страхование (48% населения); а также к лицам, получившим инвалидность и льготы, связанные с травмой на производстве. В больницах сострахование относится только к первому 31 дню лечения, а некоторые хирургические вмешательства освобождены от сострахования. Дети и люди с низкими доходами освобождены от уплаты невозмещаемой доплаты. Порог для спонсируемого государством дополнительного медицинского страхования в соответствии с установленными требованиями был поднят в 2013 г. до 720€ (USD 852) в месяц на одного человека, чтобы обеспечить более 500 000 льготников (CMU фонд, 2014) [5].

### ГЕРМАНИЯ

До 2004 г. в системе обязательного медицинского страхования было мало примеров совместного несения расходов (в основном для фармацевтических препаратов и стоматологических услуг). В 2004 г. были введены доплаты, в т.ч. за амбулаторное посещение (для врачей общей практики, специалистов и стоматологов) для взрослых в возрасте от 18 лет и старше (10€<sup>7</sup> [USD 13]<sup>8</sup> для первого посещения в квартал или последующих визитов без направления), которые были удалены в 2013 г. Другие оставшиеся доплаты: от 5€ (USD 6.50) до 10€ за амбулаторный рецепт (до 30% базовой цены препарата, это означает, что более 5 000 препаратов, которые эффективны, без доплаты), 10€ день пребывания в стационаре и во время реабилитации (за первые 28 дней в год), от €5 до €10 за предписанные медицинские пособия.

<sup>5</sup> € – евро.

<sup>6</sup> Все цифры в долларах США были переведены из евро в размере около € 0.85 за USD, коэффициент конверсии соответствия покупательной способности ВВП в 2013 году, сообщенного Организацией экономического сотрудничества и развития (2014 год) для Франции.

<sup>7</sup> € – евро.

<sup>8</sup> Все цифры в долларах США были переведены из евро в размере около € 0.78 за USD, коэффициент конверсии соответствия покупательной способности ВВП в 2013 году, сообщенного Организацией экономического сотрудничества и развития (2014 год) для Германии.

<sup>3</sup> € – евро.

<sup>4</sup> Все цифры в долларах США были переведены из евро в размере около € 0.83 за USD, коэффициент конверсии соответствия покупательной способности ВВП в 2013 году, сообщенного Организацией экономического сотрудничества и развития (2014 год) для Нидерландов.

Больничные кассы предлагают выбор частоты и диапазона франшиз и не предъявляют претензий в виде бонусов. Профилактические услуги не учитываются франшизой. Врачам-субподрядчикам системы обязательного медицинского страхования не разрешается взимать плату за услуги обязательного медицинского страхования льготного каталога. Тем не менее, индивидуальные медицинские услуги, сверх включенных в систему обязательного медицинского страхования, могут быть предложены пациентам за наличный расчет.

Наличные платежи составили 12,9% от общего объема расходов на здравоохранение в 2013 г., в основном на дома престарелых, фармацевтические препараты и медицинские пособия.

Для взрослых есть ежегодный лимит на разделение расходов в размере 2% доходов семьи; часть дохода семьи исключается из этого расчета для дополнительных членов семьи. Около 0,5 млн застрахованных в системе обязательного медицинского страхования превысили 2% ограничение в 2012 г. и были освобождены от разделения затрат (Federal Statistical Office, 2014 (Федеральное статистическое управление)) [13].

Гарантии безопасности подразумевают, что дети до 18 лет освобождаются от совместного несения расходов. Годовой лимит разделения затрат снижается до 1% от годового валового дохода для хронически больных людей с установленным диагнозом (эти люди должны продемонстрировать, что они посещали рекомендуемые консультации или осуществляли скрининг до начала заболевания). Почти 7 млн человек получили эту льготу в 2012 г., что составляет около 10% всех людей, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. Безработные участвуют в системе обязательного медицинского страхования пропорционально их правам по безработице.

### ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Есть ограниченные механизмы совместного несения расходов для услуг государственного здравоохранения. Доплате подлежат амбулаторно отпускаемые по рецепту лекарства (в настоящее время доплата составляет 8.05 GBP<sup>9</sup> [USD 12.00]<sup>10</sup> за каждый рецептурный препарат в Великобритании). Препараты, предписанные в больницах Национальной службой здравоохранения (NHS), являются бесплатными. NHS услуги стоматологии подлежат доплате в размере максимум 219 GBP (USD 315) на курс лечения. Эти доплаты установлены на национальном уровне Департаментом здравоохранения.

Наличные платежи на здравоохранение (на основе данных OECD (Организация экономического сотрудничества и развития)) составили на 9% от общего объема расходов в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии в 2012 г. (OECD, 2014) [14]. В 2012 г. наибольшая доля наличных платежей (53%) была израсходована на медицинские приборы и оборудование (по показаниям), 30% – на фармацевтические препараты (Office for National Statistics, 2013 (Управление национальной статистикой)).

Гарантии безопасности подразумевают, что следующие люди освобождаются от доплаты на рецепт за лекарства: дети в возрасте до 16 лет, подростки в возрасте 16-18 лет, обучающиеся по очной форме обучения; люди в возрасте 60 лет и старше; люди с низким уровнем дохода; беременные женщины и родившие в течение последующих 12 мес.; люди с диагнозом рак, некоторыми другими длительно текущими заболеваниями и/или инвалидностью. Пациенты, которым требуется большое количество лекарств, отпускаемых по рецепту, могут купить предоплатный сертификат стоимостью 29.10 GBP (USD 42.00), действующий в течение 3 мес., или 104 GBP (USD 150), действующий в течение 12 мес. Пользователи сертификата не несут никаких дополнительных расходов на срок его

<sup>9</sup> GBP – британский фунт.

<sup>10</sup> Все цифры в долларах США были переведены из евро в размере около 0.70 GBP за USD, коэффициент конверсии соответствия покупательной способности ВВП в 2013 году, сообщенного Организацией экономического сотрудничества и развития (2014 год) для Великобритании.

действия, независимо от того, сколько рецептов им необходимо. В 2013 г. 90% рецептов в Великобритании были распределены бесплатно (Health and Social Care Information Centre, 2014 (Здоровье и информационный центр социальной помощи)). Молодые люди, студенты, беременные и недавно родившие женщины, заключенные и люди с низким уровнем доходов освобождены от доплаты за стоматологические услуги. Офтальмологические исследования являются бесплатными для молодых людей, тех, кто старше 60, и людей с низким уровнем доходов. Также финансовая поддержка доступна для молодых людей и лиц с низким уровнем доходов для покрытия расходов на корректирующие линзы. Льготы на транспортные расходы, связанные с оказанием медицинской помощи, лицам с низким уровнем доходов предоставляются в рамках Национальной службы здравоохранения.

### США

Условия совместного несения расходов в полисах добровольного медицинского страхования могут варьировать в широких пределах, в большинстве случаев требуя доплаты за посещения врача, больничные услуги и лекарства по рецептам.

Affordable Care Act (закон о доступном здравоохранении, ACA) включает предоставление субсидий совместного несения расходов для людей, приобретших планы через рыночную площадку, самые большие субсидии предоставляются людям с доходами ниже 250% от федерального уровня бедности (FPL) (FPL составляет 19 790 \$ для семьи из трех человек<sup>11</sup>). ACA также устанавливает пределы франшиз в малых группах рынка до 2 000 \$ для физических лиц и 4 000 \$ для семей. Medicare (Федеральная система медицинской помощи пожилому населению (старше 65 лет)) требует франшиз для госпитализации и амбулаторной помощи, а также доплат для посещения врача и других услуг, в то время как Medicaid (Федеральная система медицинской помощи нуждающимся (имеющим доход ниже официальной черты бедности)) требует минимизации совместного несения затрат. Большинство государственных и частных страховщиков запрещают поставщикам услуг выставлять счет больше («балансовые счета»), чем доплаты по их планам страхования, если у них есть соглашение с плательщиком, включающее набор услуг или согласованные суммы платежа.

На наличные платежи приходится 12% от общих расходов на здравоохранение в США (OECD, 2014) [15]. ACA устанавливает ограничение совместного несения расходов для большинства частных страховых планов 6 350 \$ для физических лиц и 12 700\$ для семей в год<sup>12</sup>.

Гарантии безопасности подразумевают, что программы обеспечивают уход за незастрахованными, населением с низким уровнем доходов и уязвимыми группами пациентов в Соединенных Штатах, в т.ч. в государственных больницах, бесплатных клиниках, с участием местных органов здравоохранения, а также в рамках Medicaid и Детской программы медицинского страхования (Children's Health Insurance Program). В рамках ACA около половины штатов имеют расширенное покрытие Medicaid, чтобы охватить лиц с годовым доходом до 133% от FPL, а также премии и субсидии совместного несения расходов для семей со средним и низким уровнем дохода на страховых биржах (премиальные субсидии на доход от 133% до 400% от FPL; субсидии совместного несения расходов на доход в размере от 100% до 250% от FPL).

Больницы, которые в большом проценте случаев оказывают медицинскую помощь пациентам с низким уровнем дохода и незастрахованным пациентам, получают Disproportionate Share Hospital (DSH, непропорциональная больничная доля) платежи от Medicare и Medicaid, чтобы частично компенсировать свое безвозмездное оказание медицинской помощи. Тем не менее, эти выплаты значительно уменьшились, так как ACA уменьшает количество незастрахованных.

<sup>11</sup> По состоянию на 2014 г.

<sup>12</sup> По состоянию на 2014 год.

Федеральное правительство также финансирует общинные медицинские центры, которые обеспечивают основной источник получения первичной медицинской помощи для незастрахованного населения. Частные поставщики также являются важным источником благотворительности и безвозмездного оказания медицинской помощи.

### АВСТРАЛИЯ

Medicare обычно возмещает от 85 до 100% от платы программы амбулаторного обслуживания. Medicare также возмещают 75% платы медицинской программы (но не проживание, хирургическое лечение, лекарства) для частных пациентов (стационарное лечение для пациентов государственных программ является бесплатным) в государственных и частных больницах, для любой суммы сверх франшизы, указанной в их страховом полисе. Врачи могут лечить пациентов и выставять счета Medicare непосредственно в размере субсидии без дополнительной платы пациента, такие счета называются «bulk-billing» («основная часть счетов», изменения в бюджете 2014 г., объявленные правительством, включают в себя доплату 7.00 AUD<sup>13</sup> (USD 5.00)<sup>14</sup> для врача общей практики, услуги радиологии и патологии оплачиваются по счетам, только если «bulk billing» полностью заполнен. Плата за услуги врачей не регулируется никак иначе, и врачи могут свободно взимать плату за медицинскую помощь свыше программы «Medicare». Тем не менее, предлагаются схемы стимулирования врачей дополнительной оплатой за использование «bulk-billing» за предоставляемую помощь держателям льготных карт (население с низким уровнем доходов, пожилые люди), детям в возрасте до 16 лет, а также жителям сельских и отдаленных районов.

Выписка фармацевтических препаратов, утвержденных The Australian Government's Pharmaceutical Benefits Scheme (Австралийские правительственные схемы фармацевтических льгот, PBS), сопровождается стандартной доплатой<sup>15</sup> из 36.90 AUD (около USD 24.00) для каждого препарата, установленного для основных групп населения, льготная доплата 6.00 AUD (USD 4.00) используется для держателей льготных карт [8]. Тариф доплаты не зависит от стоимости препарата, и если стоимость препарата меньше доплаты, то льгота на оплату не используется.

Годовой порог для льготной оплаты медицинской помощи по программе «Medicare» (85% стоимости) составляет 430.90 AUD (USD 285.00), далее оплата медицинской помощи производится в размере 100% от стоимости программы «Medicare» на оставшуюся часть календарного года, независимо от дохода. Extended Medicare Safety Net (Medicare расширенные гарантии безопасности) обеспечивают дополнительное покрытие для пациентов, которые несут высокие расходы на здравоохранение; как только порог наличных расходов достигает 624,10 AUD (USD 413.00) для лиц с льготными картами и семей с низким уровнем дохода, а также 1,248.70 AUD (USD 827.00) для остальных пациентов, они имеют 80% возмещение наличных расходов (пациента или членов его семьи) в течение оставшейся части календарного года (DHS, 2014). Примерно 4,5% населения (991 000 человек [3]) извлекли выгоду от расширенных гарантий безопасности в 2010 г. (DHS, 2012).

Люди, которые превышают годовой порог для фармацевтических расходов (PBS лекарственные препараты), имеют право на получение дополнительных субсидий; доплата пациента за выписку препарата снижается до льготной ставки 6.00 AUD (USD 3.98), как только расходы превышают 1 421.20 AUD (USD 941.00)

<sup>13</sup> AUD – австралийский доллар.

<sup>14</sup> Все цифры в долларах США были переведены из евро в размере около 1.51 AUD за USD, коэффициент конверсии соответствия покупательной способности ВВП в 2013 году, сообщенного Организацией экономического сотрудничества и развития (2014 год) для Австралии.

<sup>15</sup> По состоянию на 2014 год.

в течение календарного года. Для пациентов с льготами доплата не требуется, как только расходы на PBS препараты превышает 360 AUD (USD 238) [7].

Наличные платежи физических лиц составили 17,8% от общих расходов на здравоохранение в 2012–2013 гг. [4], из них 38,2% – на лекарства, 19,0% – на стоматологические услуги, 11,6% – на медицинские услуги.

Помимо общих ограничений совместного несения расходов, описанных выше, других программ гарантий безопасности нет.

### КАНАДА

Не предусмотрено разделение затрат для застрахованного в программе государственного страхования в случае посещения врача, диагностики и больничных услуг. Все рецептурные лекарства, предоставляемые в больницах, покрываются программой государственного страхования, для амбулаторных препаратов покрытие зависит от той или иной провинции или территории. Врачи не могут устанавливать пациентам цены выше установленной программой платы.

В 2012 г. наличные платежи составили около 15% от общих расходов на здравоохранение (OECD, 2014), в основном на отпускаемые по рецепту лекарства (22%), нахождение во внегоспитальных учреждениях (в основном дома престарелых длительного пребывания) (21%), стоматологическую помощь (16%), офтальмологическую помощь (11%), а также безрецептурные лекарства (10%) (Canadian Institute for Health Information, 2013 (Канадский институт медицинской информации)).

Гарантии безопасности освобождения от совместного несения расходов различаются в зависимости от провинций и территорий. Что касается лекарств, отпускаемых по рецепту, провинциальные планы содержат целый ряд программ для защиты групп с низкими уровнем дохода. Например, в Онтарио провинциальная программа охватывает всех людей в возрасте от 65 лет и старше; людей, находящихся в домах престарелых длительного пребывания; тех, кому предоставляются услуги по уходу и социальной помощи в домашних условиях; а также людей с высокими затратами на лекарства по отношению к уровню их доходов. Пожилые люди с низким уровнем доходов и те, кому оказывается социальная помощь, в Онтарио освобождаются от всех видов совместного несения расходов, кроме 2.00 CAD<sup>16</sup> (USD 1.60) доплаты за частый отказ аптекам. Низкий доход определяется как годовой доход ниже 16 018 CAD (около USD 12 950) для одиноких людей и ниже 24 175 CAD (USD 19,540) – для семьи. Не предусмотрено ограничений на наличные расходы. Тем не менее, Medical Expense Tax Credit предусматривает налоговые льготы для физических лиц, чьи медицинские расходы, для них самих или их иждивенцев, являются значительными (выше 3% дохода). Налоговые льготы также возможны по инвалидности или если есть расходы, сопровождающие уход за потерявшими трудоспособность вследствие длительных умственных или физических нарушений за вычетом оказания помощи, для физических лиц (или членов их семей), чтобы дать им возможность работать.

### Литература:

1. Селезнева Е. В. Развитие форм участия населения в оплате медицинской помощи. Дисс. ... канд. экон. наук. М. 2014; 31 с.
2. Шейман И. М. Платные медицинские услуги или фиксированные соплатежи? Здравоохранение. 2007; 1: 53–65.
3. Australian Institute of Health and Welfare (2014c). Health expenditure Australia 2012–13. Health and welfare expenditure series no. 52. Cat. no. HWE 61. Canberra: AIHW.
4. Australian Institute of Health and Welfare (2014c). Health expenditure Australia 2012–13. Health and welfare expenditure series no. 52. Cat. no. HWE 61. Canberra: AIHW.

<sup>16</sup> CAD – канадский доллар.

5. CMU Fund, 2014. URL: <http://www.cmu.fr/fichierutilisateur/fichiers/ReferencesCMU50.pdf>. Дата обращения: 02.05.2016.
6. Cost-sharing mechanisms in health insurance schemes: a systematic review. The Alliance for Health Policy and Systems Research. WHO. October 2011.
7. Department of Health, Australian Government (2014c). The Pharmaceutical Benefits Scheme. Who pays what? Retrieved 3 October 2014. URL: <http://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/front/fee>. Дата обращения: 02.05.2016.
8. Department of Health, Australian Government (2014a). GP Workforce Statistics, 1984-85 to 2013-14. Canberra: DoH. Retrieved 10 October 2014. URL: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/General+Practice+Statistics-1>. Дата обращения: 02.05.2016.
9. DREES, 2013. URL: [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011\\_premiers\\_resultats\\_juillet2013.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011_premiers_resultats_juillet2013.pdf). Дата обращения: 02.05.2016.
10. Elias Mossialos and Martin Wenzl London School of Economics and Political Science, Robin Osborn and Chloe Anderson The Commonwealth Fund, International Profiles Of Health Care Systems, 2014; January 2015.
11. European Blue List: European Drug Registrations.
12. Experience with medical savings accounts in selected jurisdictions. Canadian Health Services Research Foundation series of reports on financing models: paper 4, July 2011.
13. Federal Statistical Office. Statistisches Bundesamt. 2014. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: <http://www.gbe-bund.de>. Дата обращения: 02.05.2016.
14. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD. Stat (database). DOI: 10.1787/data-00285-en. Дата обращения: 06.10.2014.
15. Organization for Economic Cooperation and Development, OECD. Stat, (database). DOI: 10.1787/data-00285-en. Дата обращения: 06.10.2014.
2. Sheiman I. M. *Zdravookhraneni*. 2007; 1: 53-65.
3. Australian Institute of Health and Welfare (2014c). Health expenditure Australia 2012-13. Health and welfare expenditure series no. 52. Cat. no. HWE 61. Canberra: AIHW.
4. Australian Institute of Health and Welfare (2014c). Health expenditure Australia 2012-13. Health and welfare expenditure series no. 52. Cat. no. HWE 61. Canberra: AIHW.
5. CMU Fund, 2014. URL: <http://www.cmu.fr/fichierutilisateur/fichiers/ReferencesCMU50.pdf>. Accessed: 02.05.2016.
6. Cost-sharing mechanisms in health insurance schemes: a systematic review. The Alliance for Health Policy and Systems Research. WHO. October 2011.
7. Department of Health, Australian Government (2014c). The Pharmaceutical Benefits Scheme. Who pays what? Retrieved 3 October 2014. URL: <http://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/front/fee>. Accessed: 02.05.2016.
8. Department of Health, Australian Government (2014a). GP Workforce Statistics, 1984-85 to 2013-14. Canberra: DoH. Retrieved 10 October 2014. URL: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/General+Practice+Statistics-1>. Accessed: 02.05.2016.
9. DREES, 2013. URL: [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011\\_premiers\\_resultats\\_juillet2013.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011_premiers_resultats_juillet2013.pdf). Accessed: 02.05.2016.
10. Elias Mossialos and Martin Wenzl London School of Economics and Political Science, Robin Osborn and Chloe Anderson The Commonwealth Fund, International Profiles Of Health Care Systems, 2014; January 2015.
11. European Blue List: European Drug Registrations.
12. Experience with medical savings accounts in selected jurisdictions. Canadian Health Services Research Foundation series of reports on financing models: paper 4, July 2011.
13. Federal Statistical Office. Statistisches Bundesamt. 2014. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: <http://www.gbe-bund.de>. Accessed: 02.05.2016.
14. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD. Stat (database). DOI: 10.1787/data-00285-en. Accessed: 06.10.2014.
15. Organization for Economic Cooperation and Development, OECD. Stat, (database). DOI: 10.1787/data-00285-en. Accessed: 06.10.2014.

### References:

1. Selezneva E. V. The development of forms of public participation in health care payment. PhD diss. [*Razvitie form uchastiya naseleniya v oplate meditsinskoj pomoshchi: Dis. ... kand. ekon. Nauk (in Russian)*]. Moscow. 2014; 31 s.

### Сведения об авторах

Татаринов Антон Петрович – научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: Настасьинский переулок, д. 3, стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +7(495)6998965. E-mail: [tatarinov@hta-rus.ru](mailto:tatarinov@hta-rus.ru).

Лукьянцева Дарья Валерьевна – к.м.н., старший научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: Настасьинский переулок, д. 3, стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +7(495)6998965. E-mail: [lukdaria@yandex.ru](mailto:lukdaria@yandex.ru).

Мельникова Любовь Сергеевна – д.м.н., ведущий научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: Настасьинский переулок, д. 3, стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +7(495)6998965. E-mail: [lavrinenko-irina@mail.ru](mailto:lavrinenko-irina@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: Настасьинский переулок д. 3 стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +7(499)9569528.

### About the authors:

Tatarinov Anton Petrovich – Researcher 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: Nastasiinsky lane d. 3 p. 2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +7(495)6998965. E-mail: [tatarinov@hta-rus.ru](mailto:tatarinov@hta-rus.ru).

Lukyantseva Daria Valeryevna – PhD, Senior Researcher 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: Nastasiinsky lane d. 3 p. 2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +7(495)6998965. E-mail: [lukdaria@yandex.ru](mailto:lukdaria@yandex.ru).

Melnikova Lyubov Sergeevna – MD, Leading research fellow of Research Financial Institution of the Ministry of Finance of the Russian Federation. Address: Nastasiinsky lane d. 3 p. 2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +74956998965. E-mail: [lavrinenko-irina@mail.ru](mailto:lavrinenko-irina@mail.ru)

Omeljanovskiy Vitaliy 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: Nastasiinsky lane d. 3 p. 2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +74999569528. E-mail: [vitvladom@gmail.com](mailto:vitvladom@gmail.com).