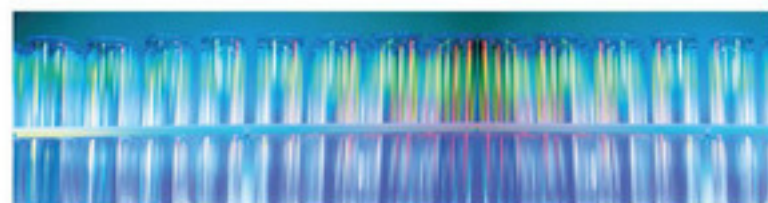


В. С. НАЗАРОВ  
К. М. ДЭВИС  
Н. Н. СИСИГИНА



Анализ зарубежного  
опыта использования  
медицинских  
сберегательных счетов  
и возможности  
их применения  
в Российской Федерации



Россия: вызовы модернизации

Владимир Назаров

**Анализ зарубежного опыта  
использования медицинских  
сберегательных счетов и  
возможности их применения  
в Российской Федерации**

«РАНХиГС»

2015

УДК 336.722.14  
ББК 65.271.316

**Назаров В. С.**

Анализ зарубежного опыта использования медицинских  
сберегательных счетов и возможности их применения в Российской  
Федерации / В. С. Назаров — «РАНХиГС», 2015 — (Россия:  
вызовы модернизации)

ISBN 978-5-7749-1071-7

В условиях недостаточного государственного финансирования здравоохранения особое значение приобретает поиск новых механизмов оплаты медицинской помощи, способных привлечь в отрасль дополнительные ресурсы и повысить эффективность расходов. Медицинские сберегательные счета представляют интерес для российского здравоохранения как один из возможных инструментов обеспечения доступности лекарственных средств для населения, а в перспективе – участия населения в оплате медицинской помощи. В работе рассматриваются возможные области применения и национальные модели медицинских сберегательных счетов, а также особенности российского рынка медицинских услуг, определяющие возможности и результаты использования данного инструмента. В заключительной главе работы приводятся общие рекомендации по включению медицинских сберегательных счетов в систему государственного здравоохранения Российской Федерации. Издание подготовлено на основе исследования «Анализ зарубежного опыта использования медицинских сберегательных счетов и возможности их использования в Российской Федерации», выполненного в соответствии с государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2013 г.

УДК 336.722.14  
ББК 65.271.316

ISBN 978-5-7749-1071-7

© Назаров В. С., 2015

© РАНХиГС, 2015

## Содержание

1. Медицинские сберегательные счета и их роль в решении проблемы морального риска в здравоохранении	7
1.1. Сущность и задачи МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ	7
1.2. Типология моделей медицинских сберегательных счетов	14
Конец ознакомительного фрагмента.	15

**Владимир Станиславович  
Назаров, Кристофер Марк Дэвис,  
Наталья Николаевна Сисигина  
Анализ зарубежного опыта  
использования медицинских  
сберегательных счетов и возможности  
их применения в Российской Федерации**



РАНХиГС  
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА И ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



# 1. Медицинские сберегательные счета и их роль в решении проблемы морального риска в здравоохранении

## 1.1. Сущность и задачи МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ

Медицинские сберегательные счета (МСС, в зарубежной литературе часто используются аббревиатуры *MSA – Medical Savings Accounts* или *HSA – Health Savings Accounts*) – механизм финансового обеспечения медицинской помощи, при котором средства, предназначенные для покрытия медицинских расходов, закрепляются непосредственно за индивидом и могут быть им использованы по собственному усмотрению в пределах ограничений, установленных законодательством. С юридической точки зрения МСС представляют собой разновидность целевых сберегательных счетов, средства которых могут расходоваться держателем счета исключительно на оплату медицинских услуг и товаров медицинского назначения. Как правило, для МСС устанавливаются также дополнительные правила сбережения (минимальный размер обязательных взносов, максимальный и минимальный остаток) и расходования средств (перечень допустимых направлений расходования и лимиты по направлениям, возможность перераспределения средств между семейными счетами, порядок сочетания с иными способами оплаты).

Поскольку средства МСС остаются собственностью держателя счета и не подлежат горизонтальному перераспределению между застрахованными, характерному для классического медицинского страхования<sup>1</sup>, этот механизм финансового обеспечения обычно рассматривают как разновидность платежей из личных средств пациента. МСС могут также рассматриваться как форма индивидуального медицинского страхования, поскольку возможность накопления средств в благоприятные периоды на случай необходимости значительных расходов в будущем позволяет перераспределять во времени индивидуальные риски, связанные с заболеванием и утерей трудоспособности (рис. 1).

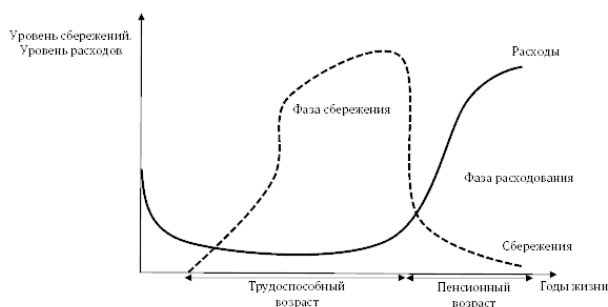


Рис. 1. Перераспределение рисков при использовании медицинских сберегательных счетов

Источник: Hcinvoravongchai P. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. Discussion Paper. No. 52. World Health Organization, Geneva, 2002.

<sup>1</sup> Различные сочетания принципов «здоровый платит за больного», «богатый за бедного», «работающий за нетрудоспособного».

Сочетание признаков платежей из личных средств и индивидуального страхования является ключевой особенностью МСС как механизма оплаты медицинской помощи (табл. 1) и определяет основные задачи его применения:

- снижение риска недобросовестного поведения со стороны потребителя медицинских услуг;
- расширение охвата населения гарантированным медицинским обеспечением;
- усиление роли потребителя в системе здравоохранения;
- привлечение дополнительных средств в систему здравоохранения.

Таблица 1. Сходство и отличия медицинских сберегательных счетов и классического медицинского страхования, платежей из личных средств

	Классическое медицинское страхование	Платежи из личных средств
Сходные элементы	<ul style="list-style-type: none"> <li>— целевой характер использования средств;</li> <li>— перераспределение рисков во времени</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— сохранение права собственности на средства МСС за держателем счета;</li> <li>— непосредственная оплата медицинской помощи пациентом без участия третьей стороны</li> </ul>
Отличия	<ul style="list-style-type: none"> <li>— отсутствие горизонтального перераспределения средств между застрахованными лицами;</li> <li>— отсутствие участия третьей стороны в принятии решений об использовании средств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— обязательный характер сбережений;</li> <li>— ограничение допустимых направлений использования средств МСС</li> </ul>

### ***Снижение риска недобросовестного поведения со стороны потребителя медицинских услуг***

Под риском недобросовестного поведения (моральным риском) в общем случае принято понимать риск изменения поведения одного из участников экономических отношений, связанный с изменением условий его деятельности. Чаще всего моральный риск возникает при получении участником страховки, компенсирующей последствия определенных неблагоприятных событий, и проявляется в выборе более рискованного поведения, увеличивающего вероятность наступления страхового события.

В здравоохранении под моральным риском со стороны потребителя понимается изменение поведения при приобретении медицинской страховки или получении права на иное бесплатное медицинское обеспечение, финансируемое за счет третьей стороны (например, бюджетных средств, средств работодателя). Моральный риск со стороны потребителя медицинских услуг может проявляться в поведении, увеличивающем риск возникновения заболевания, или потреблении услуг, не являющихся необходимыми по объективным показаниям.

Основным следствием морального риска в здравоохранении является увеличение неоправданных расходов на оплату медицинской помощи, вызванное следующими причинами<sup>2</sup>:

<sup>2</sup> Farnsworth D. Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer?//Annals of Health Law. 2006.



- отсутствие предельных издержек обращения за медицинской помощью. Поскольку потребитель не несет дополнительных расходов при получении каждой отдельной медицинской услуги, для него выгодно обращаться к врачу даже в том случае, если полезность услуги невысока или находится под сомнением<sup>3</sup>;

- отсутствие заинтересованности потребителя в поиске лучшего соотношения затраты – эффективность. В результате потребитель может выбирать услуги более высокого уровня или по более высокой цене, чем в действительности необходимо;

- давление со стороны поставщиков медицинских услуг. Для рынка медицинских услуг характерен высокий уровень информационной асимметрии, при котором потребитель, как правило, не обладает достаточными знаниями для оценки действительной необходимости медицинских услуг. Как следствие, поставщики, заинтересованные в увеличении стоимости лечения, могут навязывать потребителю избыточные услуги или услуги по завышенной цене. Поскольку потребитель не заинтересован в оптимизации затрат, он с высокой вероятностью будет поддерживать избыточные назначения.

Снизить неблагоприятное влияние морального риска на систему здравоохранения можно путем ограничения последствий его реализации (объемов неоправданного потребления, расходов на медицинскую помощь) или частичного восстановления первоначальной структуры экономических отношений (применительно к моральному риску со стороны потребителя – восстановление действия ценового регулирования).

Меры по ограничению последствий реализации морального риска во многом пересекаются с мерами политики сдерживания расходов и включают в себя:

- контроль обоснованности предоставления медицинских услуг;
- регулирование цен и условий оказания медицинской помощи в рамках гарантированного бесплатного медицинского обеспечения (стандартизация медицинской помощи, легализация листов ожидания и иных ограничений на получение медицинской помощи);
- ограничение набора услуг, включаемого в бесплатное медицинское обеспечение, наиболее эффективными с медицинской, социальной и экономической точек зрения;
- ограничение ресурсов здравоохранения (объемов подготовки медицинских специалистов, приобретения оборудования, общих текущих и капитальных расходов на здравоохранение).

Меры по ограничению последствий реализации морального риска получили широкое распространение в развитых странах, финансирующих здравоохранение из средств бюджетной системы или обязательного медицинского страхования, но дальнейшее использование этой стратегии вызывает серьезные опасения. В странах, где политика сдерживания расходов применялась наиболее активно, ее результатом стало снижение доступности медицинской помощи, иногда – создающее риски для здоровья населения<sup>4</sup>. Кроме того, активное использование инструментов ограничения потребления привело к тому, что часть населения вынуждена обращаться за платными медицинскими услугами, одновременно выплачивая обязательные

---

No. 15 (2). P. 251–273.

<sup>3</sup> Ряд исследователей считает такую трактовку предельных издержек чрезмерно упрощенной, поскольку она не учитывает иные издержки потребителя: временные, сопутствующие расходы (например, на дорогу, на лекарственные препараты в тех странах, где они не входят в страховку, и т. д.). Таким образом, на практике обращение за медицинской помощью обычно содержит скрытые издержки для потребителя, которые могут быть достаточными для сдерживания нерационального потребления. См., напр., *Brandt A. et al. Cost-sharing in health care*. Berlin, Springer-Verlag, 1980.

<sup>4</sup> Например, в Канаде средний срок ожидания специализированной медицинской помощи на три недели превышает рекомендуемый с точки зрения медицинской эффективности. См. *Skinner B.J., Rover M. Canada's Medicare Bubble: Is Government Health Spending Sustainable without User-based Funding?* Fraser Institute; 2011. URL: <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/re-search-news/research/publications/canadas-medicare-bubble.pdf>

взносы на содержание бесплатной системы медицинского обеспечения, что нарушает принцип социальной справедливости.

Восстановление действия ценового регулирования для потребителя осуществляется через различные формы долевого участия пациента в оплате, в том числе<sup>5</sup>:

- вычитаемую франшизу: пользователь оплачивает расходы из личных средств до достижения уровня франшизы, который может устанавливаться из расчета на отдельный случай заболевания, категорию услуг, общие расходы в течение определенного периода. После превышения суммой расходов уровня франшизы дальнейшие расходы оплачиваются из средств медицинского страхования или бюджетного финансирования;
- соплатежи в фиксированной сумме (также употребляется термин «сооплата»): пользователь оплачивает фиксированную сумму при приобретении каждой единицы медицинской помощи (например при обращении к врачу) или единицы товара (например упаковки препарата);
- соплатежи в виде процента от суммы счета (также употребляется термин «сострахование»): пациент оплачивает фиксированную долю стоимости при приобретении каждой единицы медицинской помощи или единицы товара.

Кроме того, разделение затрат может осуществляться через установление предела возмещения расходов третьей стороной при приобретении услуги или товара. В этом случае пациент оплачивает разницу между гарантированным возмещением и фактической стоимостью выбранного товара или услуги.

Сторонники использования разделения затрат в качестве средства противодействия моральному риску подчеркивают адресный характер этого механизма, в отличие от мер, направленных на сокращение общего потребления. Предоставление потребителю права самостоятельно принимать решение о приобретении услуги или товара на основе соотнесения ее предполагаемой полезности и стоимости позволяет сократить преимущественно потребление услуг, не являющихся объективно необходимыми. Крупнейшим исследованием, подтверждающим эффективность механизма разделения затрат в управлении моральным риском, стал страховой эксперимент (*HIE – Health Insurance Experiment*), проведенный исследовательской корпорацией *RAND* в 1971–1982 гг.<sup>6</sup>

Участниками исследования проекта стали 2750 семей (более 7700 чел.), между которыми случайным образом были распределены пять разновидностей страховых планов. Четыре страховых плана классического типа предполагали оплату предоставленных застрахованному лицу медицинских услуг различным уровнем соплатежей со стороны пациента (0 %, 25 %, 50 %, 95 %). Пятый страховой план носил некоммерческий характер и позволял получить медицинские услуги бесплатно, но в пределах единого медицинского объединения (*HMO – health maintenance organization*). Результаты исследования показали сокращение объемов потребления медицинской помощи среди пользователей страховых планов, предусматривавших соплатежи, по сравнению с получателями бесплатной медицинской помощи, в том числе:

- сокращение объемов потребления медицинских услуг (амбулаторно-поликлинических услуг – в среднем на два визита ко врачу общей практики в год, стационарной медицинской помощи – на 20 % от общего числа госпитализаций);

---

<sup>5</sup> См.: 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](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74695/E83334R.pdf)

<sup>6</sup> 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.html](http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html)

- сокращение общих расходов на медицинскую помощь на 20 % (для страхового плана с 25 %-ным участием), на 30 % (для страхового плана с 95 %-ным участием).

При этом эксперимент не показал существенных отличий в уровне здоровья и удовлетворенности качеством медицинской помощи между пользователями различных типов страховых планов (за исключением малообеспеченной категории участников). Публикация результатов страхового эксперимента привела к росту популярности страховых планов с различными механизмами распределения затрат в 1980-х гг.

Концепция МСС первоначально также разрабатывалась в качестве инструмента преодоления морального риска, позволяющего сохранить одновременно финансовую ответственность пациента и доступность медицинской помощи. Ранние наброски концепции предполагали создание банков здоровья, финансируемых работодателями. Средства счетов банков здоровья должны были принадлежать работникам и использоваться ими для оплаты первоначальных расходов на медицинские услуги; расходы при заболеваниях, требующих дорогостоящего лечения, предполагалось оплачивать за счет средств классического медицинского страхования, также оплачиваемого работодателем. Средства банков здоровья освобождались от налогообложения и могли использоваться работником после выхода на пенсию, что должно было создать стимул к рациональному использованию средств в течение жизни<sup>7</sup>. В дальнейшем концепция МСС в США развивалась под влиянием опыта реализации индивидуальных пенсионных счетов (*IRA – individual retirement accounts*), но практическое воплощение получила только к началу 1990-х гг., когда страховая компания *Golden Rule* впервые предложила страховые медицинские планы с повышенным уровнем франшизы и МСС. Необходимо отметить, что на тот момент (1993 г.) МСС еще не были признаны федеральным законодательством<sup>8</sup>.

Первые опыты реализации МСС на государственном уровне (Сингапур, 1984 г.; Китай, 1994 г.) также преследовали в качестве основной задачи снижение морального риска. Ли Куан Ю, комментируя переход от бюджетного к преимущественно частному финансированию здравоохранения, отмечал низкую эффективность бесплатной медицинской помощи, вызванную отсутствием заинтересованности пациента в соблюдении врачебных рекомендаций<sup>9</sup>. Китай при разработке пилотного проекта ставил целью объединить преимущества немецкой страховой медицины и сингапурского опыта МСС, призванного предотвратить нерациональное потребление медицинских услуг<sup>10</sup>.

### ***Расширение охвата населения гарантированным медицинским обеспечением***

МСС как форма индивидуального медицинского страхования обеспечивают большую доступность медицинской помощи для населения по сравнению с оплатой из личных средств, одновременно являясь более доступными и привлекательными для незастрахованного населения, чем классическое медицинское страхование. МСС, дополненные страховкой на случай заболеваний, требующих дорогостоящего лечения, обеспечивают полноценные гарантии меди-

---

<sup>7</sup> Worthington P.N. Alternatives to prepayment finance for hospital services//Inquiry. 1978. No. 15 (3). P. 246–254.

<sup>8</sup> Dranove D. Code Red: An Economist Explains How to Revive the Healthcare System without Destroying It. Princeton University press, 2008. P. 122–125.

<sup>9</sup> «Идеал бесплатного медицинского обслуживания сталкивался с реалиями человеческой природы, по крайней мере в Сингапуре. Свой первый урок я получил в правительственных клиниках и госпиталях. Когда доктора приписывали пациентам бесплатные антибиотики, пациенты принимали лекарства пару дней, не чувствовали улучшений и выбрасывали оставшиеся таблетки. После этого они обращались к частным докторам, платили за лекарства сами, проходили полный курс лечения и выздоравливали». Ю Ли Куан. Из третьего мира – в первый. История Сингапура (1965–2000). М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 90.

<sup>10</sup> Kong X., Yang Y, Gong F., Zhao M. Problems and the potential direction of reforms for the current individual medical savings accounts in the Chinese health care system //Journal of Medicine and Philosophy. 2012. No. 37. P. 556–567.

цинского обслуживания. При этом страховые планы с МСС сохраняют большую привлекательность для потребителей, по ряду причин незаинтересованных в приобретении классической медицинской страховки:

- для лиц с низким доходом. Страховые планы с МСС обычно предлагают высокий уровень франшизы и, как следствие, более низкие страховые взносы, что делает их доступней для малообеспеченного населения;
- для лиц с относительно небольшими потребностями в медицинской помощи. Средства МСС позволяют полностью покрыть текущие расходы этих потребителей на медицинскую помощь, при этом не требуя дополнительного согласования трат со страховой компанией. В то же время страховые планы с МСС предоставляют те же налоговые льготы, что и классическое медицинское страхование, и гарантируют медицинскую помощь в случае заболеваний, требующих дорогостоящего лечения, что может сделать их привлекательней для этой категории населения, чем оплата медицинских услуг напрямую из личных средств;
- для лиц, которых не устраивает качество или порядок предоставления услуг, предлагаемых классическим медицинским страхованием. Поскольку расходование средств МСС предполагает наибольшую свободу выбора поставщика медицинских услуг, методов лечения и используемых лекарственных препаратов, эта разновидность страховых планов может быть привлекательна для пациентов, предпочтения которых отличаются от сложившегося страхового предложения.

Использование МСС в целях расширения охвата населения гарантированным медицинским обеспечением характерно для стран с преимущественно частной системой здравоохранения (США, ЮАР).

### ***Усиление роли потребителя в системе здравоохранения***

В странах, где финансирование медицинской помощи осуществляется преимущественно третьей стороной, поставщики медицинских услуг в значительной степени утрачивают ориентацию на потребителя. Несмотря на то что в последние десятилетия большинство развитых стран отказались от жесткого прикрепления населения к конкретным поставщикам медицинских услуг, проблема недостаточного учета интересов пациента сохраняется в силу:

- общего дефицита предложения медицинских услуг в рамках гарантированного бесплатного медицинского обеспечения и, как следствие, необходимости обращаться в определенные медицинские организации;
- частичного административного регулирования распределения ресурсов между поставщиками (например, принятия решения о создании новых медицинских организаций, открытии новых направлений деятельности в действующих организациях, распределения оборудования и т. д.);
- отсутствия у пациентов механизмов воздействия на поведение поставщиков.

Пациенты в таких системах не обладают ни мотивацией, ни возможностями для выбора наиболее эффективных методов лечения и поставщиков медицинских услуг. Наделение пациента собственными ресурсами через систему МСС позволяет преодолеть эти проблемы путем создания мотивации:

- для пациентов – к осознанному выбору поставщика медицинских услуг и методов лечения;
- для поставщиков медицинских услуг – к привлечению пациентов и максимально полному удовлетворению их потребностей, включая немедицинские аспекты качества услуг (ком-

фортность предоставления, информирование о возможных методах и последствиях лечения, соответствие ценностям и образу жизни пациента и др.).

Идея изменения роли пациента в системе здравоохранения с передачей ему ресурсов, предназначенных для поощрения наиболее эффективных поставщиков медицинских услуг, являлась составной частью моделей реализации МСС в Сингапуре и США.

### ***Привлечение дополнительных средств в систему здравоохранения***

Несмотря на проводимую политику сдерживания расходов, объем общественных затрат на здравоохранение в развитых странах, использующих бюджетную и социально-страховую модели, неуклонно растет, зачастую превышая темпы экономического роста. В этих условиях важным дополнительным источником финансирования становятся личные средства граждан, как правило, используемые для приобретения медицинских услуг и лекарственных препаратов в частном порядке. Во многих странах личные расходы граждан негласно признаны в качестве основного источника финансирования отдельных направлений и услуг медицинской помощи, полностью или частично исключенных из финансирования в рамках системы гарантированного медицинского обеспечения (например, стоматология, косметология, лекарственное обеспечение).

В то же время использование личных средств граждан для приобретения услуг и товаров медицинского назначения в частном порядке ведет к росту неравенства в доступе к медицинской помощи. Другим негативным аспектом расширения прямой покупки услуг и товаров непосредственным потребителем становится слабость позиции покупателя, которая не позволяет влиять на цены и порядок предоставления услуг. Как следствие, личные средства граждан используются менее эффективно, чем средства общественной системы здравоохранения.

МСС позволяют одновременно привлечь дополнительные средства в систему здравоохранения и повысить эффективность их использования за счет:

- обязательного характера МСС и установления минимальных требований к уровню взносов и общему размеру сбережений;
- регулирования третьей стороной требований к стоимости и порядку предоставления услуг.

Кроме того, МСС, в отличие от прямых платежей из личных средств населения, также позволяют сохранить определенный уровень гарантированной доступности медицинской помощи. В мировом опыте МСС в качестве дополнительного источника средств, призванного снизить нагрузку на бюджет, были использованы в реформах Сингапура и Китая.

## 1.2. Типология моделей медицинских сберегательных счетов

Базовыми признаками МСС, позволяющими отделить этот механизм финансового обеспечения медицинской помощи от классического медицинского страхования и прямой оплаты из личных средств пациента, являются:

- сохранение средств в собственности держателя счета и отсутствие принудительного перераспределения средств между счетами населения;
- целевой характер средств, допускающий их использование исключительно для оплаты медицинских услуг и товаров медицинского назначения.

Данные признаки достаточны для выделения МСС как особого механизма финансирования системы здравоохранения, но не исчерпывают все возможные варианты его организации. Включение МСС в практику системы здравоохранения также подразумевает принятие решений в части определения:

- охвата населения;
- порядка пополнения счета;
- порядка использования средств;
- сочетания с иными источниками финансирования;
- порядка управления средствами.

Выбор возможных решений элементов национальной модели определяется задачами реформы и особенностями действующей системы здравоохранения.

### *Охват населения*

По порядку участия национальные модели МСС могут быть разделены на обязательные и добровольные, охватывающие все население страны или отдельные категории граждан. Как правило, обязательный характер программа МСС получает в тех странах, где она пришла на смену или в дополнение к действующим ранее бюджетной модели или модели ОМС, в частности:

- в Сингапуре обязательная программа *Medisave* была разработана в качестве альтернативы действовавшей ранее бюджетной модели. Участие в программе *Medisave* является обязательным для всего работающего населения (до 1992 г. не распространялось на samozанятое население);
- в Китае обязательная программа *UE-BMI* была создана в целях замещения предшествующей страховой модели медицинского обеспечения городского работающего населения. Участие в программе доступно и является обязательным только для данной категории населения (в настоящий момент за работодателями сохраняется право выбора между предшествующей системой медицинского обеспечения и *UE-BMI*).

Добровольные модели МСС характерны для стран с преимущественно частной системой здравоохранения. В целях предотвращения злоупотреблений государство может устанавливать ограничения на участие в добровольных частных страховых планах с МСС. Например, в США участие в программе *Archer MSA*,

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.