

## Оригинальное исследование

# МОНИТОРИНГ ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГРЕССА НА ПУТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА МЕДИКО-САНИТАРНЫМИ УСЛУГАМИ В ЕВРОПЕ

Sarah Thomson<sup>1</sup>, Tamás Evetovits<sup>1</sup>, Jonathan Cylus<sup>2</sup>, Melitta Jakab<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Барселонский офис Всемирной организации здравоохранения по укреплению систем здравоохранения, Барселона, Испания

<sup>2</sup> Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Исследовательский центр Лондонской школы экономики и политических наук (LSE), Лондон, Соединенное Королевство

Автор, отвечающий за переписку: Sarah Thomson (адрес электронной почты: thomsons@who.int)

## АННОТАЦИЯ

Европейские страны возглавили движение на пути к всеобщему охвату медико-санитарными услугами в XX веке. Экономический кризис и другие факторы бросили вызов этому достижению в некоторых странах, подчеркивая необходимость приложения постоянных усилий для поддержания прогресса. Для оценки всеобщего охвата медико-санитарными услугами обычно используются критерии эффективности системы здравоохранения по двум направлениям: 1) в какой степени люди не могут пользоваться услугами из-за барьеров для доступа (неудовлетворенный спрос на медицинские

услуги); 2) в какой степени люди защищены от финансовых трудностей при пользовании медико-санитарными услугами (финансовая защита). Европейский союз регулярно отслеживает показатели неудовлетворенного спроса, но в Европе не имеется достаточно полного набора показателей финансовой защиты, хотя при этом необходимые данные для этого вполне доступны в большинстве стран. Для устранения этого пробела Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения инициировало проект для получения актуальных оценок финансовой

защиты с использованием нового подхода, более приемлемого для стран региона с высоким и средним уровнем дохода. Мы объясняем, почему важны меры финансовой защиты, вкратце рассматриваем обычные пути ее измерения, демонстрируем, каким образом адаптированные методы измерения Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения способствуют повышению эффективности, и описываем, как мониторинг с учетом конкретных условий позволяет получать данные, применимые для выработки политики.

**Ключевые слова:** ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ МЕДИКО-САНИТАРНЫМИ УСЛУГАМИ, НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫЙ СПРОС

## СОСТОЯНИЕ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА МЕДИКО-САНИТАРНЫМИ УСЛУГАМИ В ЕВРОПЕ

Всеобщий охват медико-санитарными услугами (ВОМСУ) означает, что каждый человек может пользоваться эффективными медицинскими услугами по мере необходимости, не испытывая финансовых затруднений (1). Движение в направлении ВОМСУ включает в себя достижение трех различных целей:

i) обеспечение доступа к необходимым медицинским услугам; ii) обеспечение достаточного качества услуг для того, чтобы они были эффективными; iii) обеспечение финансовой защиты (тема этой статьи). Всеобщий характер и обеспечение справедливости занимают центральное место в каждой из этих целей.

В течение XX века европейские страны возглавляли работу по обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами, предложив другим странам пример для подражания. Однако лишь не-

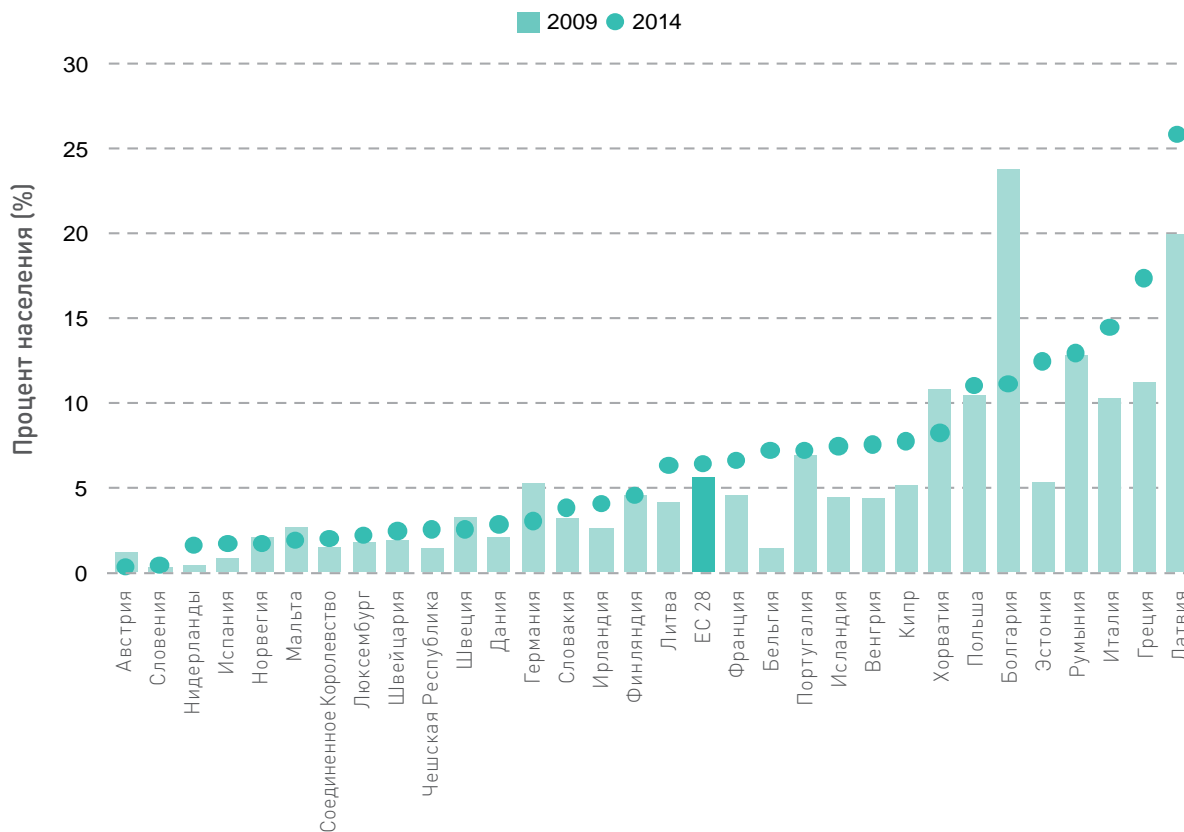
многие европейские политики могли бы заявить, что они полностью удовлетворены прогрессом в достижении всех трех целей. Более того, в условиях экономического кризиса немногие могут утверждать, что достижения ВОМСУ безоговорочны.

Деятельность по отслеживанию прогресса в деле ВОМСУ направлена на обеспечение эффективности системы здравоохранения в двух областях: доступность медико-санитарных услуг и финансовая защита. Доступность обычно оценивается путем изучения того, в какой степени люди не могут воспользоваться медико-санитарными услугами (например, отказываются от услуг и имеют неудовлетворенную потребность) вследствие барьеров, связанных с ценой, расстоянием до медицинских учреждений или долгим временем ожидания. Страны Европейского союза имеют определенное представление о том, насколько хорошо они действуют с точки зрения доступа к услугам здравоохранения, поскольку показатели неудовлетворенных потреб-

ностей отслеживаются с 2005 г. в рамках ежегодного Европейского опроса об уровне доходов и жизненных условиях (EU-SILC), который проводится в 28 государствах-членах ЕС, плюс в Исландии, Норвегии и Швейцарии). Эти данные показывают, что неудовлетворенная потребность в медико-санитарных услугах в общем невысока – в среднем, ее испытывают менее 4% населения ЕС, хотя имеются и заметные отличия как между странами, так и внутри стран (2). Наиболее важной причиной неудовлетворенной потребности является цена.

Данные ЕС по неудовлетворенной потребности также позволяют предположить, что в течение определенного времени произошли существенные изменения в эффективности. Между 2005 и 2009 гг. неудовлетворенная потребность оставалась на одном уровне или сокращалась в подавляющем большинстве стран, но этот позитивный тренд поменялся на обратный с началом экономического кризиса (2). На рисунке 1 показано, что показатели

**РИСУНОК 1. НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВСЛЕДСТВИЕ СТОИМОСТИ, БОЛЬШОГО РАССТОЯНИЯ И ВРЕМЕНИ ОЖИДАНИЯ СРЕДИ МАЛОИМУЩИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ В ЕВРОПЕ ДО И ПОСЛЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА**



ЕС28: среднее значение для 28 государств-членов; данные по беднейшей пятой части населения.

Источник: Eurostat (2).

неудовлетворенной потребности среди беднейшей пятой части населения были выше в 2014 г., чем в 2009 г. в 21 из 28 стран ЕС. Тот факт, что такое большое число стран с высоким уровнем дохода не смогли обеспечить доступ к медико-санитарным услугам во время и после кризиса, особенно для наиболее уязвимых групп населения, должен вызвать озабоченность среди лиц, вырабатывающих национальную и международную политику (3,4). Это подчеркивает важность уделения постоянного внимания для обеспечения устойчивого прогресса на пути к ВОМСУ.

В то же время большинство европейских стран не имеют актуальной информации о том, насколько успешно они действуют в сфере финансовой защиты. Это удивительно, учитывая важность финансовой защиты для ВОМСУ, наличия надежных показателей для оценки финансовой защиты и планового доступа к данным, необходимым для подготовки оценок.

Для устранения этого пробела Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения разработало новый подход к мониторингу показателей финансовой защиты. Мы адаптировали обычные методы измерения таким образом, что они стали более пригодны для стран региона с высоким и средним уровнем доходов, и мы тесно работаем с национальными специалистами для проведения оценок с учетом специфики каждой страны.

В этой статье мы хотим показать, что систематический мониторинг финансовой защиты очень важен для оценки продвижения на пути ВОМСУ на уровне страны и региона в целом и может обеспечить действенные фактические данные для формирования политики. Мы объясним, почему так важен анализ финансовой защиты, сделаем обзор нескольких способов измерения этого показателя и опишем дополнительные преимущества нашего нового подхода. Путем сочетания актуальных оценок финансовой защиты с подробным национальным анализом возможно получить новые фактические данные, повысить осведомленность о важном показателе эффективности системы здравоохранения и предусмотреть конкретные меры для облегчения финансовых затруднений.

## АНАЛИЗ ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ

Финансовые трудности возникают вследствие необходимости использования медицинских услуги и платить за них на месте их оказания. Расчеты наличными – официальные или неофициальные платежи, которые делают люди в момент пользования каким-либо медицинским товаром или услугой – вряд ли вызывают проблемы, если они невелики и платятся людьми, имеющими достаток. Тем не менее, даже небольшие платежи могут вызвать финансовые затруднения у малоимущих людей и у тех, кто должен оплачивать частично или полностью постоянное лечение – например, покупать лекарства при хронических заболеваниях. Финансовые трудности, вызванные необходимостью платить наличными за медицинские услуги могут лишить домохозяйства возможности тратить достаточно средств на другие основные потребности, такие как еда, жилье и отопление. В долгосрочной перспективе это может привести к еще большим лишениям и ухудшению здоровья.

Системы здравоохранения, которые обеспечивают высокую степень финансовой защиты, сводят наличные платежи к минимуму, используя комбинацию разных стратегий (1). Они включают в себя обеспечение адекватного и стабильного государственного финансирования; обеспечение всеобщего права граждан на доступ к широкому спектру услуг здравоохранения, финансируемых государством, с ограниченным количеством доплат (платы за пользование); обеспечивая равный и своевременный доступ к услугам высокого качества, предоставляемых по самой низкой цене; и реализацию политики для защиты уязвимых групп населения. Поскольку на покупку лекарств при амбулаторном лечении приходится значительная доля наличных платежей (5), политика, направленная на расширение перечня лекарственных средств, финансируемых государством, снижение стоимости лекарственных средств и обеспечение малозатратного назначения, отпуска и использования лекарственных средств играют жизненно важную роль в укреплении финансовой защиты.

Частота возникновения финансовых трудностей, как правило, выше в более бедных, чем в более богатых странах (6,7), отчасти потому, что доля государ-

ственных затрат на здравоохранение в национальном богатстве (т.е., валовом внутреннем продукте) гораздо ниже в более бедных странах. Тем не менее, финансовая защита также является проблемой в странах с высоким доходом, по причинам, представленным во вставке 1.

Анализ на национальном или субнациональном уровне позволяет подготовить информацию для лиц, вырабатывающих политику, о количестве, распределении и причинах финансовых затруднений.

*Масштабы* – число людей, которые испытывают финансовые трудности в результате платежей наличными.

*Распределение* – кем являются эти люди, и являются ли некоторые группы постоянно неблагополучными. Наборы данных всегда допускают разбивку по статусу семейного дохода (потребления) и зачастую по другим характеристикам домохозяйства, таким как размер, состав, место проживания, а также возраст, пол и профессиональный статус главы домохозяйства.

*Причины* – роль различных типов медико-санитарных услуг в возникновении финансовых трудностей. Большинство наборов данных допускают разбивку по стационарному и амбулаторному лечению, лекарственным средствам, товарам медицинского назначения, диагностическим тестам и затратам на стоматологическое обслуживание.

Анализ временных трендов в каждой стране позволяет облегчить нахождение корреляций между социально-экономическими условиями, системой здравоохранения и распространенностью, распределением и движущими силами финансовых трудностей. Например, можно связать изменение (или отсутствие изменений) финансовых трудностей с изменениями (или отсутствием изменений) в системе здравоохранения или в политических мерах за пределами системы здравоохранения.

Для того чтобы подготовить оценки, аналитикам необходим доступ к данным опросов об уровнях и характере расходов домохозяйств, включая затраты на медицинские товары и услуги. От государств-членов ЕС обычно требуется проведение опросов о бюджетах домохозяйств как минимум

### ВСТАВКА 1. ПЯТЬ ПРИЧИН ТОГО, ПОЧЕМУ ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА ВАЖНА ДЛЯ СТРАН С ВЫСОКИМ ДОХОДОМ

1. Обеспечение финансовой защиты является ключевой задачей системы здравоохранения (т.е. центральным компонентом в оценке эффективности системы здравоохранения) равным образом в богатых и бедных странах. Ее глобальная значимость проявляется во включении ВОМСУ в качестве одной из целей устойчивого развития. Все страны взяли на себя обязательства по достижению целей устойчивого развития.
2. Не все страны с высоким доходом обеспечивают всеобщий доступ населения к широкому ряду финансируемых государством медико-санитарных услуг. Почти все из них предусматривают дополнительную оплату на местах. Финансируемое государством страхование стационарного лечения зачастую недостаточно.
3. Во многих странах с высоким уровнем доходов до сих пор широко используется наличная оплата услуг. В Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения, например, на оплату наличными приходилось более одной пятой части всех расходов на медицинские услуги в 15 из 34 стран с высоким уровнем дохода в 2014 г. (8).
4. Политические решения имеют значение. Даже страны с высоким уровнем дохода испытывают бюджетные ограничения и должны идти на компромисс при распределении ресурсов. В них также существуют малообеспеченные люди или группы, ставшие уязвимыми по другим причинам. Неспособность распределить ограниченные ресурсы и обеспечить эффективную защиту уязвимых групп (например, путем освобождения от доплат), скорее всего, усугубит финансовые трудности.
5. Политические достижения могут оказаться недолговечными. Многие люди оказались в неблагоприятных условиях после ослабления системы медико-санитарных услуг вследствие недавнего экономического кризиса, наряду с неблагоприятными последствиями для доступа к этим услугам (3, 4). Медико-санитарное обслуживание также ухудшилось во многих странах вследствие распада Советского Союза в начале 1990-х (9).

Источник: составлено на основе статьи, написанной Thomson и др. (10).

раз в пять лет, хотя некоторые страны проводят их каждый год. Многие другие страны в регионе также проводят регулярные опросы о бюджетах домохозяйств. Они собирают данные об уровне и составе наличных платежей за медицинские товары и услуги, включая официальные и неофициальные платежи (хотя не всегда возможно отличить официальные платежи от неофициальных).

## ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ

Финансовая защита традиционно оценивается с использованием двух показателей, связанных с использованием медико-санитарных услуг: разорительные и катастрофические наличные платежи (6, 11–13). Оба показателя оценивают число домохозяйств, в которых уровень наличных платежей на медицинское обслуживание превышает определенный порог. В обоих случаях важна не абсолютная величина потраченных наличных средств, но, скорее, то влияние, которое она оказывает на уровень жизни домохозяйств.

Пороговое значение, используемое для оценки частоты возникновения разорительных наличных выплат – это черта бедности, которая может быть определена различными способами. Определение масштабов разорения включает в себя выявление домохозяйств, которые изначально находились выше черты бедности (небедные домохозяйства), но после оплаты медицинских услуг наличными оказались ниже черты бедности (и теперь перешли в разряд малообеспеченных домохозяйств).

Порогом катастрофических наличных платежей является часть бюджета домохозяйства или платежеспособность домохозяйства. Простой подход заключается в том, наличную выплату можно считать катастрофическим расходом, если она превышает, например, 25% бюджета домашнего хозяйства, при этом бюджет определяется как общий доход или общая сумма потребления (т. е., фактические расходы) (12, 14). Уровень потребления часто рассматривается как более стабильный индикатор уровня жизни, чем доход, особенно в случаях, когда доходы нерегулярны или частично поступают в неденежной форме. Между тем, очевидный недостаток подхода к оценке на основании доли бюджета заключается в том, что он недооценивает финансовые трудности более бедных домохозяйств: после выплаты 25% своего бюджета на медицинские услуги, у бедного домохозяйства останется гораздо меньше денег на другие потребности в сравнении с богатым домохозяйством, и ему будет необходимо тратить большую часть бюджета на другие основные потребности, такие, как еда, жилье и отопление (15).

Более точные подходы определяют выплаты наличными как катастрофические, если они превышают некоторую долю от платежеспособности домохозяйства (бюджет домохозяйства, остающийся после вычета сумм на покрытие основных потребностей). Эта сумма может быть нормативной (одной и той же для всех домохозяйств аналогичных размеров) (6) либо учитывать реальные затраты домашнего хозяйства на основные потребности (12). Исследования, которые учитывают платежеспособность, традиционно использовали нормативные или фактические расходы на питание как косвенную оценку затрат на основные потребности. Основным недостатком такого подхода является то, что затраты на питание не обязательно являются хорошей косвенной оценкой затрат на основные потребности в странах с высоким и средним доходом, потому что домохозяйства (и страны) тратят меньше на еду по мере того, как становятся богаче. Также это не является хорошей косвенной оценкой в странах с холодным климатом, где необходимо отопление. В результате, общепринятые подходы оценки на основе измерения «способности платить», вероятно, недооценивают финансовые трудности в более богатых странах, и, наряду с подходом «доля в бюджете» – и в более бедных домохозяйствах.

В ответ на эти ограничения и ввиду отсутствия актуальных оценок финансовой защиты в европейских системах здравоохранения (13, 14), Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения приняло новый подход к мониторингу финансовой защиты, который вносит три важных вклада в знания и установленные факты. Во-первых, в нем адаптированы общепринятые единицы измерения уровня финансовой защиты таким образом, что они стали более пригодны для стран с высоким и средним уровнем дохода. Во-вторых, он позволяет получать актуальные оценки для широкого круга стран региона, включая страны, в которых ранее оценки были вообще недоступны. Это поможет повысить уровень информированности о финансовой защите на национальном и региональном уровнях. В-третьих, совместная работа с национальными экспертами над проведением подробных оценок с учетом местных условий приведет к получению фактических данных для принятия конкретных мер.

## АДАПТАЦИЯ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛЯ СТРАН С ВЫСОКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА

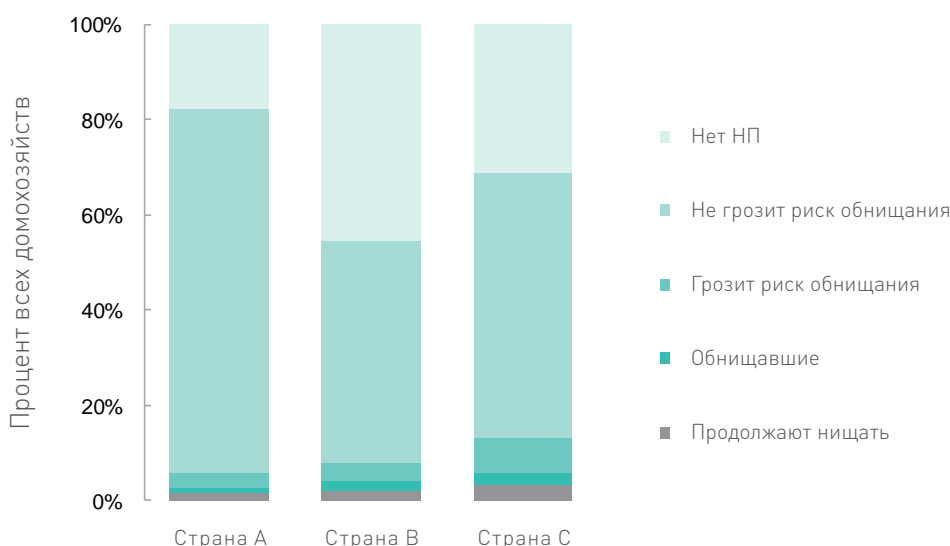
Ниже мы кратко опишем основные изменения, которые мы применили к обычным методам измерения в нашем подходе к анализу финансовой защиты, а также отметим некоторые последствия для политики. Во-первых, при таком подходе мы используем специфичный для каждой страны уровень бедности, основанный на измерении затрат домохозяйств на удовлетворение основных потребностей. Он расширяет понятие основных потребностей путем включения стоимости жилья и коммунальных услуг (вода, газ, электричество и отопление) в дополнение к расходам на питание. Мы начинаем с расчета нормативного показателя, который отражает затраты на питание, жилье и коммунальные услуги среди относительно бедных домохозяйств (таковые находятся между 25-м и 35-м процентилем распределения домохозяйств по уровню потребления) в данной стране. Предварительные

результаты показывают, что наша линия основных потребностей проходит всегда выше, чем линия, основанная на оценке затрат на питание и используемая в обычных методиках, но ниже, чем черта бедности, широко используемая в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения. Например, она существенно ниже, чем черта бедности ЕС, находящаяся на уровне 60% от среднего дохода.

Затем мы делим население на пять взаимоисключающих групп в соответствии с тем, как домохозяйства расположены относительно линии основных потребностей, опираясь на работу Wagstaff и Eozenou (16), как показано на рисунке. 2:

- домохозяйства, которые вообще не ведут расчеты наличными – *беззатратные*;
- домохозяйства, которым *не грозит опасность обнищания*, поскольку они не подходят вплотную к черте основных потребностей после выплат наличными;
- домохозяйства, которым *грозит опасность обнищания*, поскольку они подходят вплотную к черте основных потребностей после выплат наличными;

**РИСУНОК 2. РАЗБИВКА НАСЕЛЕНИЯ ПО СТЕПЕНИ РИСКА ОБНИЩАНИЯ ПОСЛЕ ОПЛАТЫ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ УСЛУГ НАЛИЧНЫМИ**



НП: наличные платежи.

НП включают официальные и неофициальные платежи. Риск обнищания грозит домохозяйствам, относящихся к группе, в которой стоимость базовых потребностей после оплаты медицинских услуг наличными составляет 120% их дохода.

Источник: оценки авторов с использованием данных из трех стран.

- домохозяйства, которые *обнищали* после выплат наличными, следовательно, у них осталось недостаточно средств для оплаты основных потребностей;
- домохозяйства, которые *обнищают еще больше*, поскольку они уже находились ниже черты основных потребностей до выплаты наличными.

Это изменение (показателей) привлекает внимание к людям, которые редко заметны при использовании обычных методик: домохозяйства, которые обнищают еще больше, рискуют разориться либо не тратят ничего на заботу о своем здоровье. Выделение затрат на оплату наличными для категории людей, уже живущих ниже уровня основных потребностей, полезно, учитывая то внимание, которое многие системы здравоохранения уделяют защите бедных людей, например, освобождая их от доплат. Лицам, вырабатывающим политику, это также будет полезно для понимания того, как оплата наличными влияет на риск домохозяйств остаться без достаточных средств для оплаты расходов на основные потребности.

Аналогичным образом следует отметить беззатратную категорию домохозяйств, некоторые из которых сталкиваются с финансовыми барьерами при доступе к услугам. К сожалению, большая часть наборов данных не отражает информации о том, отказывается ли беззатратная категория от медицинских услуг, но обеспечение их заметности уже позволяет нам поднять вопрос о возможном наличии неудовлетворенной потребности, в частности, в системах здравоохранения, которые не освобождают людей от доплат.

Для определения частоты случаев катастрофических платежей наличными, мы подсчитываем число всех домохозяйств, в которых оплата наличными превышает определенную долю платежеспособности. Как и при обычных подходах с учетом «доли в бюджете» и «платежеспособности», выбор порогового значения произволен, но мы обычно представляем результаты с использованием порога в 40%. Наш подход различается в нашей трактовке домохозяйств, живущих ниже уровня основных потребностей до выплат наличными. По причине того, что эти домохозяйства вообще не обладают платежеспособностью – для них она отрицательна, – мы исходим из предположения, что все они платят наличными, при расчете масштаба катастрофических затрат. В противоположность

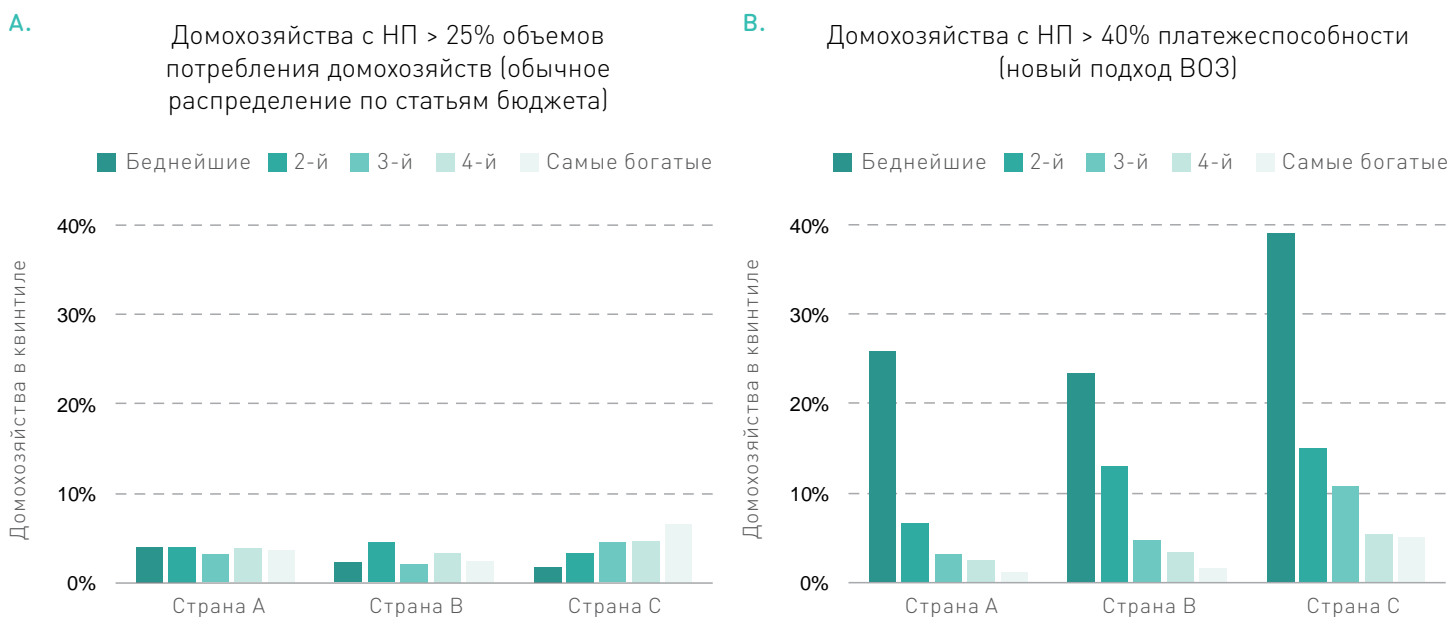
этому, а рамках обычных методик не допускается, что домохозяйства могут иметь отрицательную платежеспособность, и, следовательно, используются различные пороговые значения для людей, живущих ниже и выше черты бедности или уровня базовых потребностей, до того как они платят наличными, что приводит к недооценке финансовых трудностей среди более бедных домохозяйств.

Такой отход от общепринятых методик имеет два важных результата. Во-первых, мы относимся к очень бедным домохозяйствам так же, как и к обеспеченным домохозяйствам, и это позволяет учесть поправку на недооценку и делает более заметными финансовые трудности, которые испытывают более бедные домохозяйства по сравнению с более богатыми. Во-вторых, это косвенным образом позволяет предположить, что наличные затраты на оплату расходов на медицину у более богатых домохозяйств представляют большую долю их бюджета по сравнению с более бедными домохозяйствами, прежде чем они будут классифицированы как катастрофические.

Первый результат представлен на рисунке. 3. При использовании обычных методов (рис. 3а) распределение домохозяйств с катастрофическими наличными платежами либо является пропорциональным (страна А; то есть все домохозяйства в равной степени испытывают финансовые трудности), либо прогрессивным (страна С; то есть, более богатые домохозяйства скорее всего столкнутся с финансовыми трудностями). В некоторых случаях четкая модель не прослеживается (страна В). В нашей новой методике (рис. 3b) распределение последовательно регрессивно (неуклонно убывающее), что означает, что более бедные домохозяйства скорее всего испытывают финансовые трудности. Это создает интуитивное понимание и немедленно сигнализирует о том, на что следует обратить внимание в политике для улучшения финансовой защиты.

Рисунок 4 иллюстрирует второй результат. При обычной методике (рис. 4а), размер катастрофических расходов на медицинское обслуживание как доля бюджета домашнего хозяйства, аналогичен для всех домохозяйств, или может быть даже слегка нисходящим, что значит, что бедные должны потратить большую долю своего бюджета на оплату медицинских расходов наличными, чем богатые,

### РИСУНОК 3. ДОМОХОЗЯЙСТВА С КАТАСТРОФИЧЕСКИМИ РАСХОДАМИ ПО КВИНТИЛЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗНЫХ МЕТОДОВ

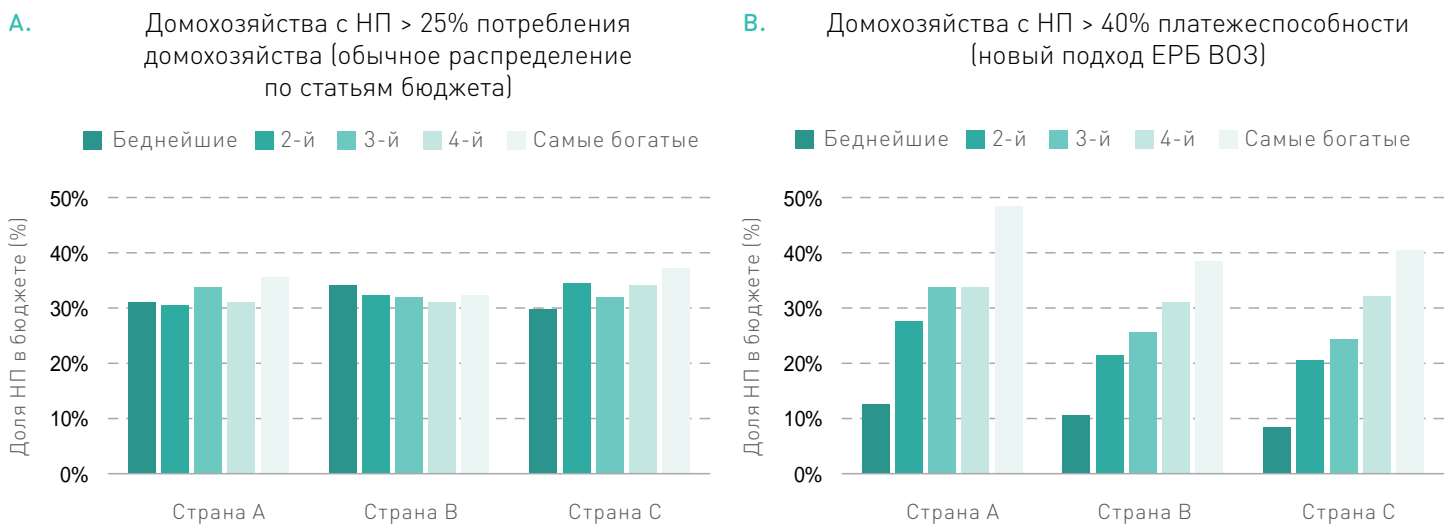


НП: наличные платежи.

НП включают официальные и неофициальные платежи.

Источник: оценки авторов с использованием данных из трех стран.

### РИСУНОК 4. НП КАК ДОЛЯ БЮДЖЕТА ДОМОХОЗЯЙСТВА СРЕДИ ДОМОХОЗЯЙСТВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ КАТАСТРОФИЧЕСКИЕ ПЛАТЕЖИ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗНЫХ МЕТОДОВ



НП: наличные платежи.

НП включают официальные и неофициальные платежи.

Источник: оценки авторов с использованием данных из трех стран.

прежде чем это будет классифицировано как катастрофические расходы (страна В). В нашем новом подходе (рис. 4б) распределение является неуклонно восходящим в соответствии с законодательно

закрепленными целями обеспечения справедливости и практическими задачами политики. Как уже было отмечено, многие системы здравоохранения освобождают бедных людей от доплат, чтобы гаран-



тировать меньшие затраты на оплату наличными в сравнении с более богатыми группами населения.

Некоторые могут возразить, что это изменение в методике оценки искусственно увеличивает частоту катастрофических платежей наличными, поскольку при этом все платежи наличными любых домохозяйств, живущих ниже уровня основных потребностей, классифицируются как катастрофические, даже если такие платежи очень малы. Однако с нашей точки зрения это изменение согласуется с законодательно определенными и практическими политическими целями. Предварительные результаты также показывают, что средние затраты на здравоохранение для этой группы варьируются в пределах примерно от 3% до 10% бюджета домашнего хозяйства. Таким образом, даже если абсолютная величина расходов может показаться в некоторых случаях малой, она не является несущественной долей бюджета для уже очень бедных домохозяйств.

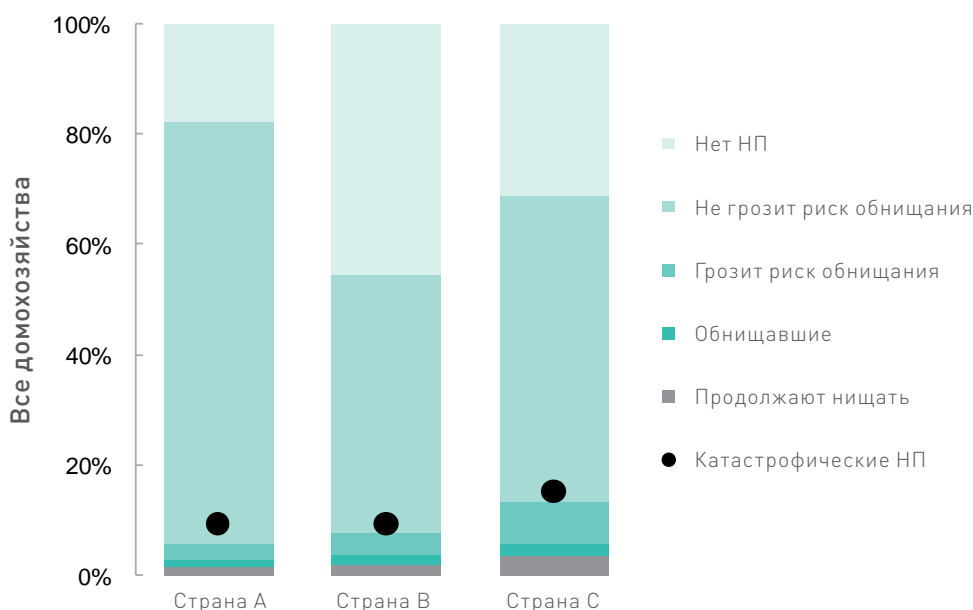
В заключение, мы можем в обобщенном виде представить на едином графике разбивку населения по риску обнищания и по частоте катастрофических платежей наличными (рис. 5).

## ПОЛУЧЕНИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ, ПРИМЕНИМЫХ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИТИКИ

В прошлом международные исследования финансовой защиты были сосредоточены на получении цифровых данных о частоте обнищания или катастрофических расходов по многим странам. Они не представляли результаты ни по распределению финансовых трудностей – возможно потому, что не было четкой модели в разных странах – или данных о коренных причинах финансовых трудностей. Также не предлагался анализ на уровне стран (6, 7, 14, 17). Акцент на цифровых данных служит целям информационно-разъяснительной работы путем привлечения внимания к масштабам проблемы, с которой сталкиваются страны или регионы. Однако это не дает действенных рекомендаций лицам, вырабатывающим политику.

Целью нашего подхода является обеспечение лиц, принимающих политические решения, фактически данными, на основании которых они могут дей-

**РИСУНОК 5. ДОМОХОЗЯЙСТВА, КОТОРЫМ ГРОЗИТ РИСК ОБНИЩАНИЯ ПОСЛЕ ОПЛАТЫ УСЛУГ НАЛИЧНЫМИ, И ЧАСТОТА КАТАСТРОФИЧЕСКИХ НАЛИЧНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ**



НП: наличные платежи.

НП включают официальные и неофициальные платежи. Риск обнищания грозит домохозяйствам, относящимся к группе, в которой стоимость базовых потребностей после оплаты медицинских услуг наличными составляет 120% их дохода.

Источник: оценки авторов с использованием данных из трех стран.

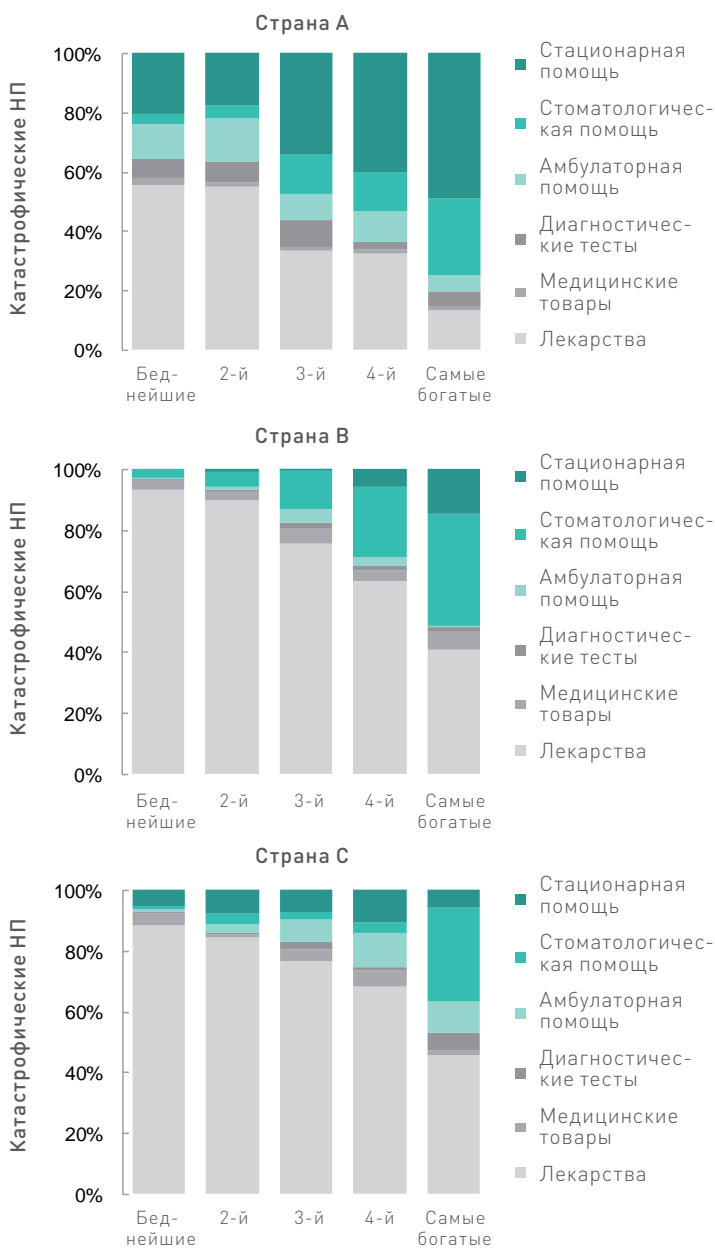
ствовать. Для выработки таких данных Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения работает в тесном контакте с одним или несколькими экспертами в каждой стране изучения для подготовки всеобъемлющей национальной оценки частоты, распределения и движущих сил финансовых трудностей, используя данные как минимум за два отдельных года, что позволяет провести анализ за определенный период времени, либо до и после реформ.

В ходе национальной оценки проводится анализ финансовой защиты в контексте факторов системы здравоохранения, таких как изменения в расходах на здравоохранение, изменения в охвате медико-санитарными услугами и данные о наличии неудовлетворенных потребностей. При этом также учитывается роль факторов за пределами системы здравоохранения, которые негативно влияют на платежеспособность людей производить оплату наличными, включая изменения в уровне занятости и политике социальной защиты. Этот тип анализа позволяет определить политические аспекты и виды медицинских услуг, связанные с финансовыми трудностями для различных групп людей, что, в свою очередь, дает лицам, вырабатывающим политику, хорошее представление о том, на что следует обратить особое внимание.

Национальные оценки используются при составлении региональных обзоров. Несмотря на то, что проведение сравнительного анализа затруднительно вследствие различий в качестве данных опросов домохозяйств, вполне возможно выявить характерные особенности в разных странах. Предварительные результаты наших исследований показывают, что финансовые трудности постоянно сосредоточены вокруг двух беднейших квинтилей (рис. 3), и неизменно вызваны наличными расходами на амбулаторное лечение, особенно для более бедных домохозяйств (рис. 6). В более богатых домохозяйствах финансовые трудности чаще всего вызваны расходами на стоматологические услуги и стационарное лечение (наряду с лекарственными препаратами), что, вероятно, отражает расширенный доступ этой группы к стоматологической помощи или лечению в частных учреждениях.

Предварительные результаты также показывают, что частота катастрофических платежей налич-

**РИСУНОК 6. ДВИЖУЩИЕ СИЛЫ ОБНИЩАНИЯ И КАТАСТРОФИЧЕСКИХ НАЛИЧНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ С РАЗБИВКОЙ ПО КВИНТИЛЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ**



НП: наличные платежи.

НП включают официальные и неофициальные платежи.

Источник: оценки авторов с использованием данных из трех стран.

ными значительно варьируется между странами, затрагивая от 1% до 18% населения в обследованных странах. Согласно данным более ранних исследований, мы обнаружили, что финансовые трудности связаны с наличными платежами как доля общих расходов на здравоохранение (6, 7, 13), но это также

подвергается влиянию действующей политики. Страны могут извлечь уроки из различий в медико-санитарных услугах в других странах, включая способы использования совместной оплаты (в соответствии с условиями страхования) и механизмы, используемые для защиты людей от дополнительных выплат, особенно за лекарственные препараты.

## ОТ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ К ФОРМИРОВАНИЮ ПОЛИТИКИ

Равный доступ к эффективному медико-санитарному обслуживанию и финансовая защита являются ключевыми целями для ВОМСУ и для систем здравоохранения. Многие страны в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения уже отслеживают неудовлетворенные потребности в медико-санитарном обслуживании, но регион нуждается в полноценном наборе сравнимых оценок финансовой защиты, даже при том, что необходимые данные обычно доступны.

Регулярный мониторинг финансовой защиты в широком круге стран, совмещенный с глубоким национальным анализом, позволит повысить осведомленность об уровне финансовых трудностей в Европе. Это приведет к лучшему пониманию факторов и политических аспектов, которые являются причиной финансовых трудностей, и позволит странам определить конкретные направления улучшения финансовой защиты, особенно для уязвимых групп населения. Следующим преимуществом является то, что программы, направленные на смягчение финансовых трудностей, также, вероятно, уменьшат неудовлетворенные потребности.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения готово работать со государствами-членами для обеспечения гарантии того, что фактические данные, наработанные нашими исследованиями, будут положены в основу политических изменений, направленных на усиление финансовой защиты и содействия обеспечению равного доступа к медицинско-санитарному обслуживанию. С этой целью мы стремимся способствовать национальному и международному диалогу в целях обмена достигнутыми результатами, содействия изучению опыта других стран и поддержке разработки политики, основанной на фактических данных.

**Выражение признательности:** мы благодарны двум анонимным рецензентам за их комментарии к предыдущему черновому варианту этой статьи и 25 экспертам, принявшим участие в техническом семинаре «Измерение уровней финансовой защиты в системах здравоохранения: новый подход для Европейского региона Всемирной организации здравоохранения», проходившем в Барселоне 21–22 октября 2015 г. Мы принимаем на себя ответственность за какие бы то ни было ошибки.

**Источники финансирования:** правительство Автономной области Каталония, Испания, и Департамент международного развития Соединенного Королевства.

**Конфликт интересов:** не указан.

**Отказ от ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/gi/>, по состоянию на 8 июля 2016 г.).
2. Eurostat. EU-SILC data on unmet need: 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat>, accessed 8 July 2016).
3. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения Европы. Последствия и значение для политики. Краткое изложение принципов. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy-policy-summary-2015>, по состоянию на 8 июля 2016 г.).
4. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения Европы. Последствия и значение для политики. Издательство: Open University Press; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe.-impact-and-implications-for-policy-2015>, по состоянию на 8 июля 2016 г.).
5. Health at a glance. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2015

- (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, accessed 8 July 2016).
6. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362:111–17. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5).
  7. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26:972–83. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972.
  8. Global health expenditure database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>, accessed 7 July 2016).
  9. Под редакцией: Kutzin J, Cashin C, Jakab M. Осуществление реформы финансирования здравоохранения: Уроки из опыта стран с переходной экономикой. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения/Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition-2010>, по состоянию на 8 июля 2016 г.).
  10. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Generating evidence for UHC: systematic monitoring of financial protection in European health systems. *Eurohealth*. 2016; 22:23–7.
  11. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Econ*. 2003;12:921–34. doi:10.1002/hec.776.
  12. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analysing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington (DC): The World Bank; 2008.
  13. Saksena P, Hsu J, Evans D. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med* 2014;11:e1001701. doi:10.1371/journal.pmed.1001701.
  14. World Health Organization and World Bank. Tracking universal health coverage. First global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/), accessed 8 July 2016).
  15. Ataguba J. Reassessing catastrophic health care payments with a Nigerian case study. *Health Econ Policy Law*. 2012;7:309–26. doi:10.1017/S1744133110000356.
  16. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV. A unified approach to measuring financial protection in health. Policy Research Working Paper 6861. Washington (DC): The World Bank; 2014.
  17. Health equity and financial protection datasheet: Europe and central Asia. Washington (DC): The World Bank; 2012 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/08/16630664/health-equity-financial-protection-datasheet-europe-central-asia>, accessed 8 July 2016).