



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

Цели в области устойчивого развития: задачи в области здравоохранения

Финансовая защита и Цели в области устойчивого развития

Финансовая защита имеет принципиальное значение для всеобщего охвата населения услугами здравоохранения и является одним из ключевых аспектов деятельности систем здравоохранения



Когда люди вынуждены напрямую платить за услуги здравоохранения,



некоторые лишаются доступа к услугам и отказываются от лечения



некоторые платят и испытывают финансовые затруднения



некоторые сталкиваются и с той, и с другой проблемой

Нехватка финансовой защиты со стороны систем здравоохранения может снизить доступ к услугам здравоохранения, ухудшить состояние здоровья, углубить бедность и усугубить неравенство

В Европейском регионе ВОЗ

доля домашних хозяйств, несущих катастрофические расходы на услуги здравоохранения, варьируется от 1% до 17%



основными источниками финансовых затруднений являются покупка лекарственных средств для амбулаторного лечения и оплата услуг стоматологической помощи



домашние хозяйства, несущие катастрофические расходы на услуги здравоохранения, могут испытывать трудности с удовлетворением других базовых потребностей, таких как еда, жилье и отопление



Страны могут улучшить финансовую защиту за счет

- ✓ пересмотра политики охвата в целях снижения неудовлетворенных потребностей и финансовых затруднений для людей, в наибольшей степени нуждающихся в защите
- ✓ поддержки изменений в области политики охвата на фоне надлежащего государственного финансирования системы здравоохранения

Финансовая защита и Цели в области устойчивого развития

-  Финансовая защита является одним из ключевых аспектов деятельности систем здравоохранения и имеет первостепенное значение для всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Цель всеобщего охвата услугами здравоохранения состоит в том, чтобы обеспечить каждому человеку возможность пользоваться качественными услугами здравоохранения, не испытывая при этом финансовых затруднений (1).
-  Люди испытывают финансовые затруднения, когда выплаты из собственных средств велики в сравнении с их возможностями оплачивать услуги здравоохранения. Небольшие выплаты из собственных средств могут стать причиной финансовых затруднений для бедных домохозяйств и тех, кто оплачивает долгосрочное лечение, например покупая лекарственные средства в случае хронического заболевания. Значительные выплаты из собственных средств могут привести к финансовым затруднениям не только для бедных, но и для богатых домохозяйств.
-  Поскольку все системы здравоохранения предполагают те или иные выплаты из собственных средств, финансовые затруднения, связанные с обращением за услугами здравоохранения, могут быть проблемой в любой стране.
-  Недавно проведенное ВОЗ исследование финансовой защиты в 24 странах Европейского региона ВОЗ выявило факты катастрофических и приводящих к обеднению расходов на здравоохранение (два показателя, обычно используемых для мониторинга финансовой защиты; см. ключевые определения) даже в самых богатых странах Региона (2). В ходе исследования были определены люди, которые чаще всего сталкиваются с финансовыми затруднениями, и системы здравоохранения, которые приводят к финансовым затруднениям.
-  Страны могут усилить финансовую защиту путем изменения политики охвата услугами здравоохранения в целях сокращения неудовлетворенных потребностей и финансовых затруднений для людей, в наибольшей степени нуждающихся в защите, а также по мере необходимости содействуя изменениям в области политики охвата услугами здравоохранения при надлежащем государственном финансировании систем здравоохранения.



Факты и цифры

Финансовая защита влияет на осуществление многих Целей в области устойчивого развития (ЦУР), в частности:

1.1: ликвидировать крайнюю нищету для всех людей во всем мире

10.1: постепенно достичь и поддерживать рост доходов наименее обеспеченного населения

1.2: сократить долю мужчин, женщин и детей всех возрастов, живущих в нищете, согласно национальным определениям, по крайней мере наполовину

10.2: поддержать законодательным путем и поощрять активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни

3.8: обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков и доступ к качественным основным медико-санитарным услугам

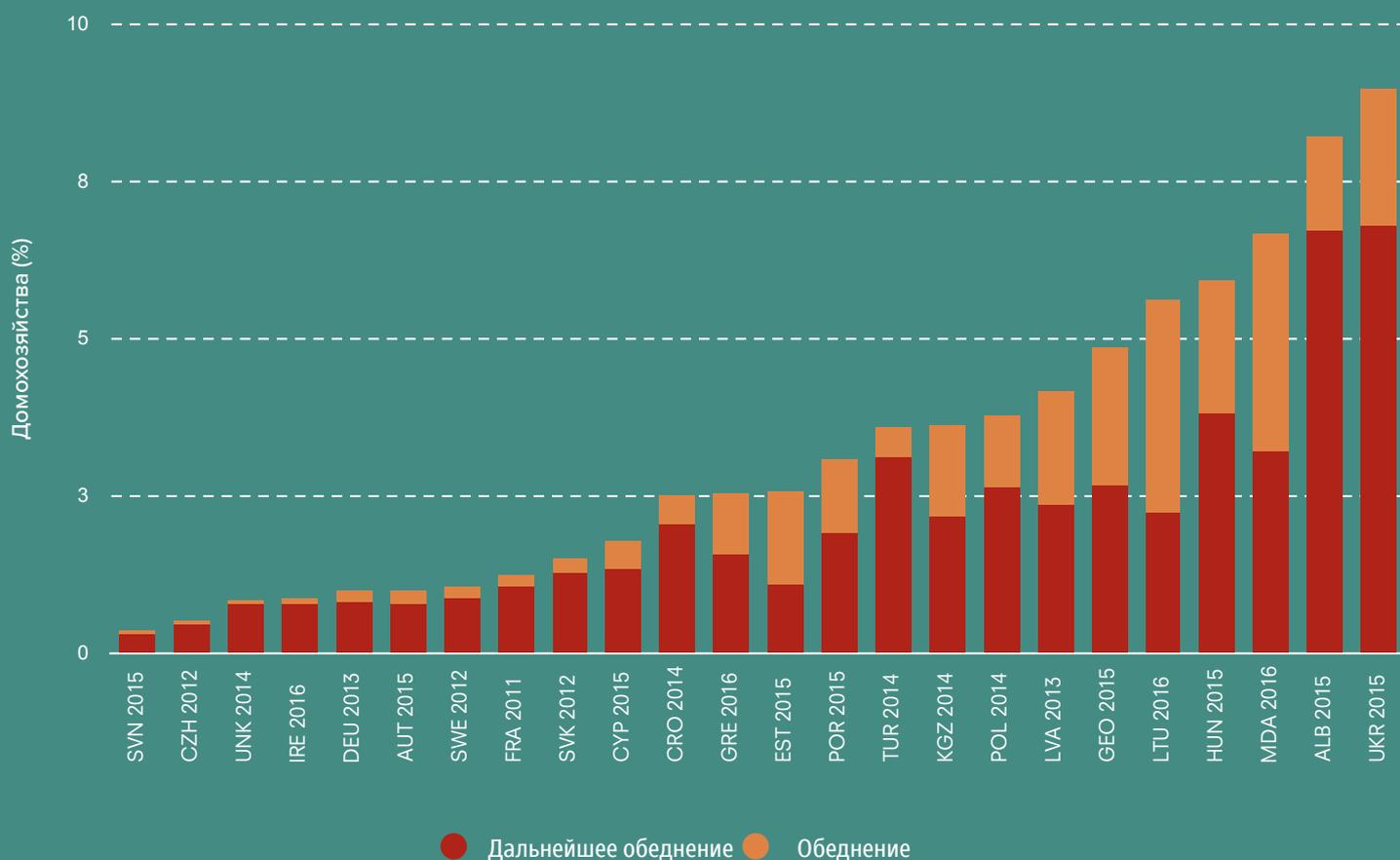
Показатель 3.8.2 для ЦУР 3.8 позволяет оценить долю населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств



Платежи из собственных средств приводят к обеднению или дальнейшему обеднению людей

- В Европейском регионе ВОЗ распространенность приводящих к обеднению расходов на здравоохранение охватывает от 0,3% до 9,0% домохозяйств (рис. 1). Наблюдаются большие различия как между странами Европейского союза (ЕС) (от 0,3% до 5,9%), так и между странами, не входящими в Европейский союз (от 3,6% до 9,0%).

Рис. 1. Доля домохозяйств с приводящими к обеднению расходами на здравоохранение, последние имеющиеся данные



ALB: Албания	GEO: Грузия	POL: Польша
AUT: Австрия	GRE: Греция	POR: Португалия
CRO: Хорватия	HUN: Венгрия	SVK: Словакия
CYP: Кипр	IRE: Ирландия	SVN: Словения
CZH: Чехия	KGZ: Кыргызстан	SWE: Швеция
DEU: Германия	LTU: Литва	TUR: Турция
EST: Эстония	LVA: Латвия	UKR: Украина
FRA: Франция	MDA: Республика Молдова	UNK: Соединенное Королевство

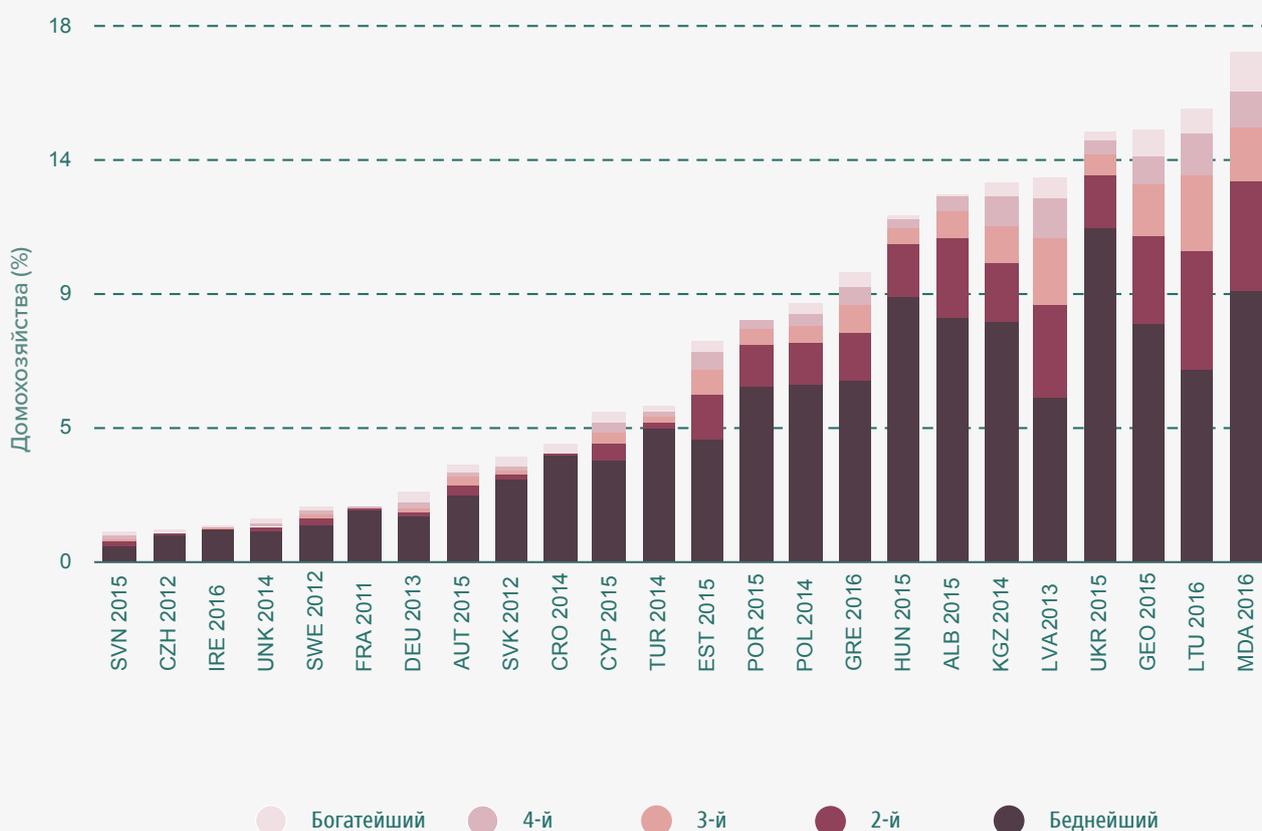
Примечания: домохозяйство относится к числу обедневших, если его совокупное потребление оказывается ниже черты бедности после выплат из собственных средств (то есть такое домохозяйство больше не может удовлетворять свои базовые потребности); дальнейшее обеднение фиксируется в тех случаях, когда совокупное потребление домохозяйства ниже черты бедности (то есть домохозяйство уже не может удовлетворять свои базовые потребности), и домохозяйство вынуждено оплачивать услуги здравоохранения из собственных средств.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 (2).

Платежи из собственных средств с большой вероятностью приводят к финансовым затруднениям для наиболее бедных домохозяйств

- ☞ Распространенность катастрофических расходов на здравоохранение среди домохозяйств Региона варьируется от 1% до 17% (рис. 2). Значительные различия по данному показателю наблюдаются между странами ЕС. Среди стран, не являющихся членами ЕС, указанная распространенность в принципе стабильно высока (более 12%). В целом по Региону чаще всего с катастрофическими расходами на здравоохранение сталкиваются домохозяйства из беднейшего квинтиля (рис. 2).

Рис. 2. Доля домохозяйств с катастрофическими расходами на здравоохранение по квинтилям потребления, последние имеющиеся данные



Примечания: квинтили потребления рассчитаны на основании потребления на человека с использованием шкалы эквивалентности (Организации экономического сотрудничества и развития). Первый квинтиль именуется «беднейшим», а пятый квинтиль – «богатейшим». Некоторые домохозяйства могут казаться более богатыми, чем являются в действительности, поскольку брали деньги в долг для оплаты расходов на здравоохранение (или на удовлетворение иных потребностей), однако домохозяйства в беднейшем квинтиле можно вполне обоснованно считать действительно бедными. Коды стран см. в примечании к рис. 1.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 (2).

Оплата стоимости лекарственных средств за свой счет амбулаторными пациентами является главным источником возникновения финансовых затруднений

- ⊞ Выплаты из собственных средств, осуществляемые домохозяйствами, которые несут катастрофические расходы на здравоохранение, в основном относятся к лекарственным средствам для амбулаторного лечения, вслед за которыми идет стоматологическая помощь (рис. 3).
- ⊞ Доля катастрофических расходов на здравоохранение в связи с приобретением лекарственных средств амбулаторными пациентами существенно выше среднего в беднейшем quintиле (рис. 3).

Рис. 3. Структура выплат из собственных средств среди домохозяйств с катастрофическими расходами на здравоохранение



Примечания: страны ранжированы по распространенности катастрофических расходов на здравоохранение от наиболее низкой до наиболее высокой; расходы на оплату услуг по охране психического здоровья не выделены в отдельную статью; исключены также расходы на оплату услуг длительного ухода; под лекарственными средствами подразумеваются лекарственные средства для амбулаторного лечения; продукция медицинского назначения включает такие продукты, как корректирующие очки, слуховые аппараты, костыли и кресла-каталки; диагностические тесты включают услуги, предоставляемые парамедицинским персоналом. Коды стран см. в примечании к рис. 1

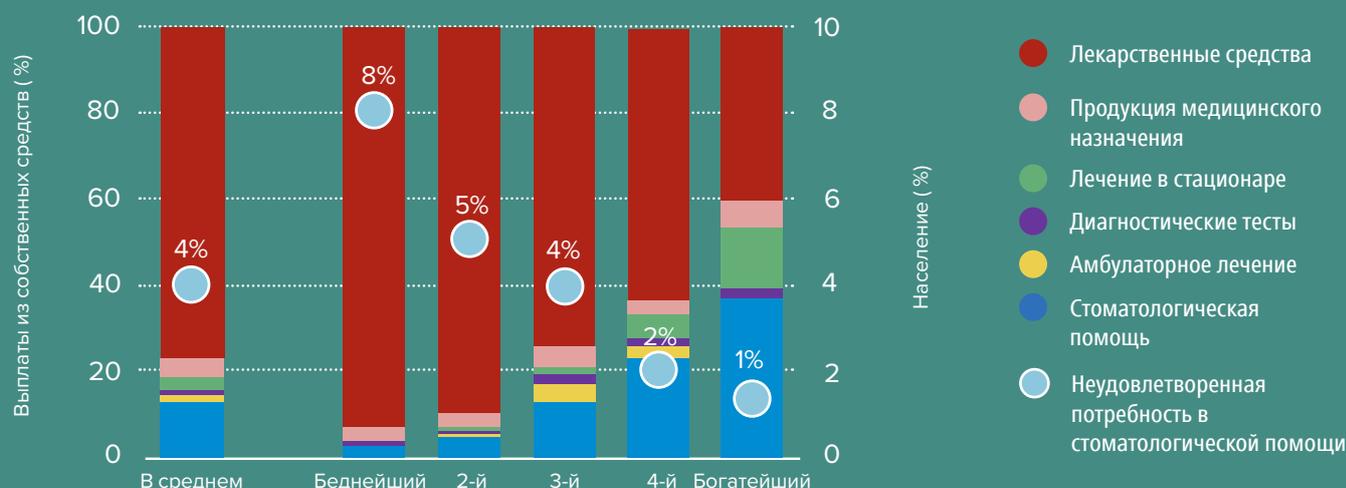
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 (2).

Неудовлетворенные потребности также подлежат анализу

Показатели финансовой защиты отражают финансовые затруднения, возникающие в результате использования услуг здравоохранения, но не показывают, создают ли выплаты из собственных средств препятствия для доступа, результатом чего становятся неудовлетворенные потребности. Обобщение данных о финансовых затруднениях и неудовлетворенных потребностях позволяет сделать следующие выводы:

- ☛ В странах с низкой распространенностью катастрофических расходов на здравоохранение неудовлетворенные потребности обычно также низки и не приводят к существенному неравенству доходов. Во многих странах и распространенность катастрофических расходов на здравоохранение и уровень неудовлетворенных потребностей относительно высоки, и неравенство доходов в разрезе неудовлетворенных потребностей также является высоким, что свидетельствует о том, что услуги здравоохранения далеко не всегда доступны по цене, особенно для наиболее бедных домохозяйств.
- ☛ Некоторые услуги здравоохранения, особенно стоматологическая помощь, зачастую являются более существенным источником финансовых затруднений для более обеспеченных домохозяйств, чем для более бедных домохозяйств (рис. 4). Этот факт служит отражением того, что в большинстве стран более бедные домохозяйства в большей степени стремятся избежать расходов на стоматологическую помощь (т.е. налицо более высокий уровень неудовлетворенных потребностей) по сравнению с более обеспеченными домохозяйствами.
- ☛ Неудовлетворенная потребность в назначенных врачом лекарственных средствах выше в странах с более высокой распространенностью катастрофических расходов на здравоохранение, что указывает на то, что оплата лекарств из собственных средств обуславливает для более бедных людей как финансовые затруднения, так и неудовлетворенные потребности.

Рис. 4. Структура выплат из собственных средств, в разбивке по услугам здравоохранения, среди домохозяйств с катастрофическими расходами на здравоохранение и доля населения, сообщающего о неудовлетворенной потребности в стоматологической помощи



Примечание: данные по Литве за 2012 г. для возрастной группы от 16 лет и старше; квинтили рассчитаны на основе потребления относительно катастрофических расходов на здравоохранение и дохода относительно неудовлетворенной потребности; данные о неудовлетворенной потребности почерпнуты из EU Statistics on Income and Living Conditions(3).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 (2).

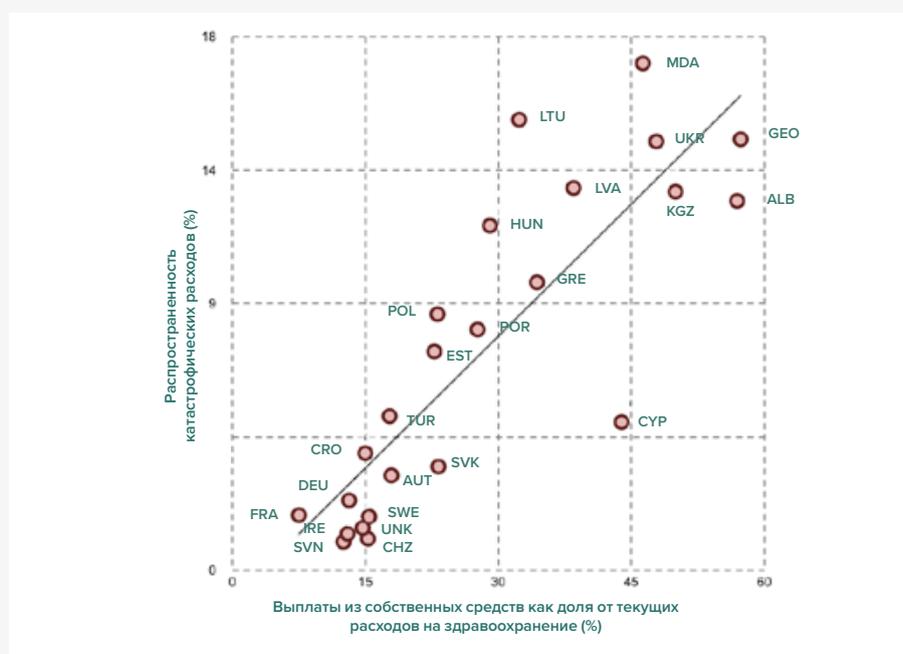
Факторы, способствующие повышению финансовой защиты населения

В системах здравоохранения с высокой финансовой защитой и низким уровнем неудовлетворенных потребностей выделяются ряд факторов, способствующих повышению финансовой защиты, включая следующие:

- ☞ отсутствие крупных разрывов в охвате услугами здравоохранения;
- ☞ политика охвата (то есть то, каким образом сформирован и осуществляется охват услугами здравоохранения) позволяет свести к минимуму препятствия для доступа к услугам здравоохранения и выплаты из собственных средств, особенно для бедного населения и людей, регулярно пользующихся услугами здравоохранения;
- ☞ государственные расходы на здравоохранение достаточно высоки для того, чтобы обеспечивался своевременный доступ к широкому спектру услуг здравоохранения;
- ☞ выплаты из собственных средств являются низкими и составляют менее или около 15% от текущих расходов на услуги здравоохранения.

Тесная взаимосвязь между распространенностью катастрофических расходов на здравоохранение и долей выплат из собственных средств в текущих расходах на здравоохранение (рис. 5) позволяет предположить, что доля выплат из собственных средств может использоваться как косвенный индикатор уровня финансовой защиты при отсутствии данных о финансовой защите. Однако сам по себе этот показатель не обеспечивает действенных фактических данных, которые можно было бы использовать в целях принятия политических решений.

Рис. 5. Распространенность катастрофических расходов на здравоохранение и выплаты из собственных средств как доля от текущих расходов на здравоохранение, последние имеющиеся данные



Примечания: данные о выплатах из собственных средств относятся к тому же году, что и данные о распространенности катастрофических расходов; зависимость между распространенностью катастрофических расходов и долей выплат из собственных средств, исключая выплаты из собственных средств за услуги долгосрочного ухода, почти идентична. Коды стран см. в примечании к рис. 1

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 (2).

Приверженность действиям

В *Таллинской хартии: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния*, подписанной всеми государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ в 2008 г., сказано: «Сегодня является недопустимым, чтобы люди оказывались за чертой бедности в результате ухудшения здоровья» (4). Хартия призвана способствовать обеспечению справедливости, солидарности, финансовой защиты и улучшению здоровья путем мониторинга, оценки и улучшения систем здравоохранения. Государства-члены подтвердили свою приверженность ценностям Хартии в 2018 г. (5).

В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., принятой Организацией Объединенных Наций в 2015 г., содержится призыв к мониторингу финансовой защиты и отчетности по ней как части обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (6). ЦУР 3.8 заключается в «обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе защиты от финансовых рисков, доступа к качественным основным медико-санитарным услугам и доступа к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех» (6). В резолюции Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC67/R3 о дорожной карте по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. содержится призыв к ВОЗ поддержать государства-члены в их усилиях по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения (7); ВОЗ ответила на этот призыв в своей *Тринадцатой общей программе работы на 2019–2023 гг.* (8).

Поддержка ВОЗ государствам-членам подкреплена Европейской программой работы на 2020–2025 гг. (Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы), которая включает продвижение к всеобщему охвату услугами здравоохранения в качестве первого из трех приоритетов для Региона (9). В рамках Программы Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает поддержку национальным должностным органам в сокращении финансовых затруднений и неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения (включая лекарственные средства) путем выявления пробелов в охвате услугами здравоохранения и изменения политики охвата для устранения этих пробелов.

Во всех странах государственные расходы на здравоохранение оказываются гораздо более эффективными в плане сокращения выплат из собственных средств пациентов, чем добровольное медицинское страхование (2,10). Однако увеличения государственных расходов на здравоохранение или сокращения выплат из собственных средств пациентов недостаточно для того, чтобы повысить финансовую защищенность во всех контекстах. Финансовые затруднения определяются не только формами финансирования услуг здравоохранения, ключевую роль играет также и политика охвата услугами здравоохранения (2).

Пробелы в охвате услугами здравоохранения возникают из-за недоработок в трех областях политики: основания для права населения на получение гарантированных услуг здравоохранения оставляют некоторых людей без доступа к услугам здравоохранения, финансируемым из государственного бюджета; пакет гарантированных услуг здравоохранения узок, или существуют проблемы с доступностью, качеством и своевременностью оказания таких услуг; существуют платежи, осуществляемые пользователем, (соплатежи) за услуги из пакета гарантированных услуг здравоохранения.

Первым шагом на пути к повышению финансовой защищенности является выявление пробелов и разрывов в охвате услугами здравоохранения (таблица 1). Следующим шагом должно стать устранение таких разрывов и пробелов путем изменения политики охвата. Опыт стран в Европейском регионе ВОЗ позволяет предположить, что перечисленные ниже меры политики с наибольшей вероятностью позволят защитить людей от неудовлетворенных потребностей и финансовых затруднений, связанных с выплатами из собственных средств (2):

- охват всего населения, включая беженцев и мигрантов; устранение какой-либо связи между гарантированным правом на получение услуг и внесением платежей;
- использование справедливых и прозрачных процессов при определении широкого пакета гарантированных услуг, включая основные лекарственные средства и стоматологическую помощь;
- наличие такой политики сооплаты, которая обеспечивает защиту уязвимых групп населения: исключение малообеспеченного населения и лиц, постоянно пользующихся услугами медико-санитарной помощи, из схемы соплатежей, ограничение верхнего предела соплатежей, замена соплатежей, осуществляемых на процентной основе, небольшими фиксированными соплатежами;
- снижение ожиданий в отношении добровольного медицинского страхования, поскольку оно обычно ведет к усугублению неравенств;
- поддержка изменений в целях обеспечить политику охвата услугами здравоохранения с надлежащим государственным инвестированием в систему здравоохранения.

В Европейском регионе ВОЗ достаточно примеров передовой практики. Можно извлечь уроки из опыта стран с сильной финансовой защитой и стран, где финансовая защита в целом является слабой, но предпринимаются меры по повышению защищенности малообеспеченного населения (2).

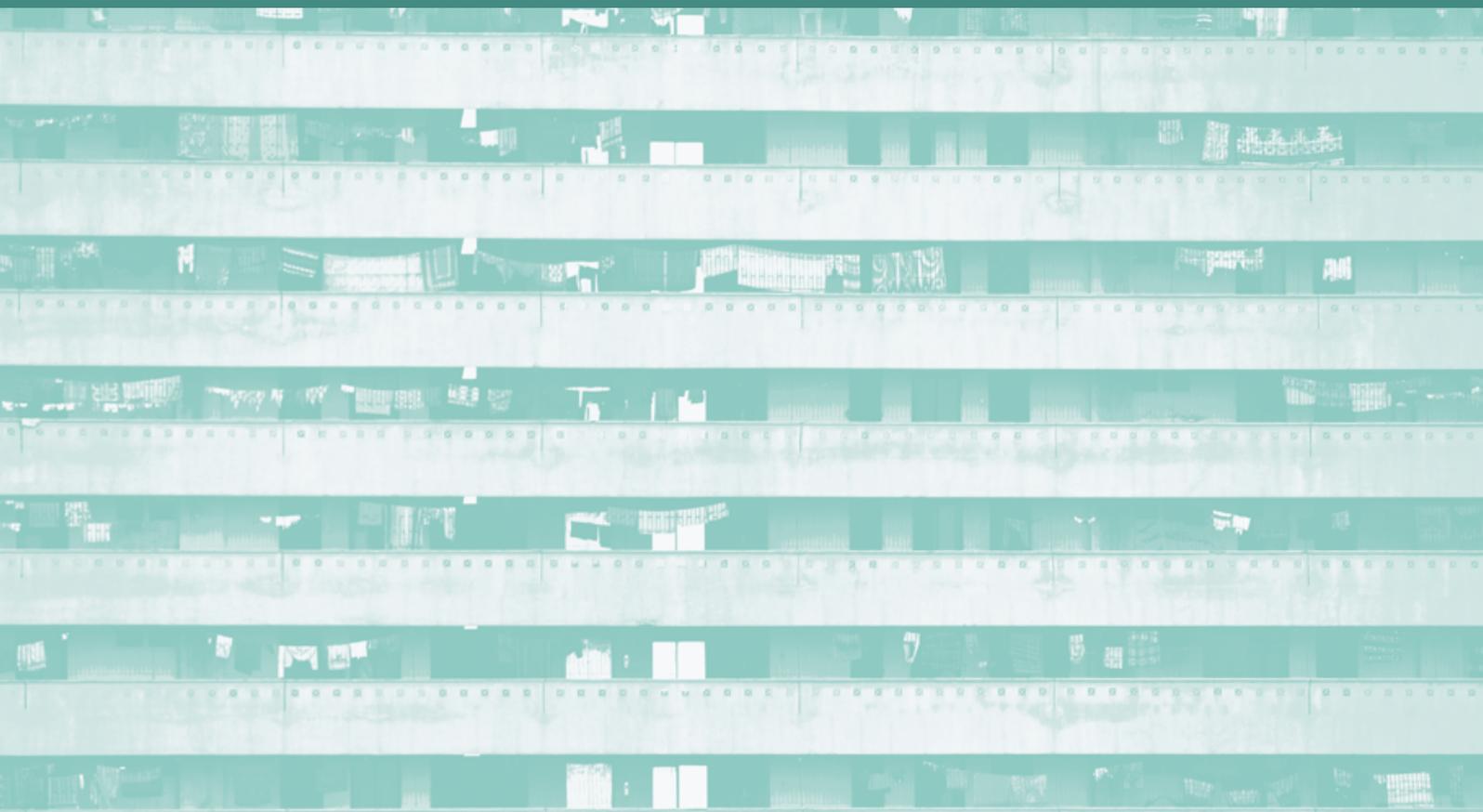
Таблица 1. Пробелы в охвате услугами здравоохранения в системах здравоохранения государств-членов в Европейском регионе ВОЗ

ОБЛАСТЬ ПОЛИТИКИ	ВОПРОСЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ГОСУДАРСТВЕННЫМ ОХВАТОМ	ОСНОВНЫЕ ПРОБЕЛЫ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ОХВАТЕ	УСТРАНЯЮТСЯ ЛИ ПРОБЕЛЫ ЗА СЧЕТ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДМС)?
<p>ПРАВО НАСЕЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ГАРАНТИРОВАННЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p>	<p>В основе права на получение услуг лежит трудоустройство или уплата отчислений, а не проживание</p> <p>Право на получение услуг может варьироваться в зависимости от дохода, возраста или состояния здоровья</p> <p>Ограниченное право на получение услуг для беженцев и мигрантов</p>	<p>Люди трудоспособного возраста, в особенности безработные, самозанятые и не имеющие постоянного места работы</p> <p>Беженцы и мигранты</p>	<p>Нет; ДМС может быть в наличии, но обычно указанные группы людей не могут позволить себе приобретение полиса ДМС</p>
<p>ПАКЕТ ГАРАНТИРОВАННЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p>	<p>Пакет гарантированных услуг здравоохранения слишком узок для удовлетворения потребностей населения</p> <p>Пакеты гарантированных услуг не подкреплены надлежащим государственным финансированием расходов на здравоохранение, что приводит к наличию нефинансируемых обязательств, скрытому нормированию и неформальным платежам</p> <p>Отсутствие или ограниченность процессов определения приоритетов, отсутствие или ограниченность использования практических методов оценки медицинских технологий и прочих инструментов идентификации экономически эффективных услуг</p> <p>Отсутствие или неадекватное регулирование системы направления к специалистам; недостаточный контроль за назначением и распределением лекарственных средств; непоследовательность в сфере стимулирования поставщиков услуг в рамках системы</p> <p>Отсутствие гарантий в отношении времени ожидания</p>	<p>Стоматологическая помощь для взрослых</p> <p>Продукция медицинского назначения</p> <p>Лекарственные средства для амбулаторного лечения, в том числе рекомендованные или назначенные безрецептурные лекарственные средства</p> <p>Длительное ожидание приема врача-специалиста и лечения в стационаре</p> <p>Проблемы в области предложения и качества заставляют людей обращаться к услугам частных поставщиков</p>	<p>В некоторых странах ДМС покрывает стоматологическую помощь, но люди, которые не могут позволить себе стоматологическую помощь, обычно не приобретают полис ДМС</p> <p>Очень немногие продукты ДМС предусматривают охват лекарственных средств для амбулаторного лечения</p> <p>Во многих странах ДМС позволяет сократить время ожидания лечения</p> <p>ДМС в основном приобретается представителями более обеспеченных социально-экономических групп населения, что усугубляет неравенства в отношении доступа к услугам здравоохранения</p>

Таблица 1. Продолжение

ОБЛАСТЬ ПОЛИТИКИ	ВОПРОСЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ГОСУДАРСТВЕННЫМ ОХВАТОМ	ОСНОВНЫЕ ПРОБЕЛЫ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ОХВАТЕ	УСТРАНЯЮТСЯ ЛИ ПРОБЕЛЫ ЗА СЧЕТ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДМС)?
<p>ОФИЦИАЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ (СОПЛАТЕЖИ)</p>	<p>Слабая проработка политики сооплаты: отсутствие исключений для малообеспеченных групп населения и постоянных пользователей услуг; отсутствие или неоптимальность лимитов сооплаты; соплатежи на процентной основе, а не низкая фиксированная сооплата</p> <p>Разрешено выставление счетов на оплату остаточного баланса</p> <p>Дополнительные начисления недостаточно хорошо регулируются</p>	<p>Лекарственные средства, назначенные в рамках амбулаторного лечения</p> <p>Стоматологическая помощь</p>	<p>ДМС, покрывающее соплатежи, имеется в нескольких странах, но большинство тех, кто нуждается в финансовой защите, охвачено лишь в Словении, Франции и Хорватии; но даже в названных странах наблюдаются пробелы в охвате ДМС</p>

Источник: Sagan & Thomson, 2016 (10); Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 (2).



Мониторинг прогресса

ВОЗ использует глобальные и региональные показатели для мониторинга финансовой защиты в Европейском регионе ВОЗ (2). Все показатели опираются на сходные источники данных, как правило, на обследования бюджетов домохозяйств; определяют выплаты из собственных средств пациента в соответствии с единым международным стандартом как формальные и неформальные платежи, осуществленные во время пользования любыми товарами медицинского назначения или услугами здравоохранения, предоставленными поставщиком любого типа; измеряют финансовую защиту на уровне системы здравоохранения в целом, а не на уровне различных видов медико-санитарной помощи, различных заболеваний или различных групп пациентов.

Мониторинг на глобальном уровне основан на показателях, определенных в рамках ЦУР. Хотя эти показатели позволяют сравнивать страны Европейского региона ВОЗ со странами в других регионах мира, они не лишены недостатков, ограничивающих актуальность их использования в целях формирования политики.

Показатель ЦУР 3.8

- 3.8.2. Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств

ЦУР 3.8 (обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения) включает защиту от финансовых рисков и доступ к качественным основным медико-санитарным услугам.

В основу оценки **катастрофических расходов на здравоохранение**, как определено показателем 3.8.2, положен подход на основе доли бюджета: крупные расходы домохозяйства на здравоохранение как доля в общем объеме расходов или доходов домохозяйства (более 10% или 25% от общего объема расходов и доходов домохозяйства) (11). Данный показатель не отражает различий в способности домохозяйств оплачивать услуги здравоохранения (2,11).

Приводящие к обеднению расходы на здравоохранение не включены в число показателей ЦУР в качестве конкретного показателя. Тем не менее, ВОЗ и Всемирный банк ведут глобальный мониторинг приводящих к обеднению расходов на здравоохранение с использованием абсолютной черты бедности в 1,90 долл. США и 3,20 долл. США в день (для крайней и умеренной бедности, соответственно, по паритету покупательной способности); исходя из этого показателя, во многих государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ распространенность приводящих к бедности расходов на здравоохранение является нулевой (11).

Для устранения указанных ограничений Европейское региональное бюро ВОЗ разработало новые показатели для мониторинга финансовой защиты (12,13). В соответствии с общепризнанными методами (14–16), новые показатели предназначены для мониторинга финансовой защиты таким образом, чтобы мониторинг мог осуществляться всеми странами в Европейском регионе ВОЗ и позволял получить фактические данные, имеющие практическую значимость для формирования политики и содействия в реализации мер политики, направленных на разрыв связи между нарушениями здоровья и бедностью.

Глобальные показатели и показатели, используемые Европейским региональным бюро ВОЗ для оценки катастрофических расходов на здравоохранение, основаны на различных допущениях, отражающих различные нормативные принципы.

Катастрофические расходы на здравоохранение: доля домохозяйств, у которых выплаты из собственных средств превышают 40% возможности домохозяйства платить за услуги здравоохранения. Возможность платить за услуги здравоохранения определяется как то, что остается в бюджете домохозяйства после вычета стандартной суммы на удовлетворение базовых потребностей (питание, жилье и коммунальные услуги) (17).

Приводящие к обеднению расходы на здравоохранение: домохозяйства, которые оказываются ниже черты бедности или еще ниже черты бедности в результате выплат из собственных средств. Доля домохозяйств с приводящими к обеднению расходами на здравоохранение (домохозяйства, которые обеднели или еще сильнее обеднели вследствие выплат из собственных средств), измеренная с использованием относительной черты бедности, отражающей базовые потребности (питание, жилье, коммунальные услуги) (17).

Глобальный показатель катастрофических расходов на здравоохранение (ЦУР 3.8.2, подход на основе доли бюджета). Данный показатель основан на том допущении, что для оплаты услуг здравоохранения доступны все ресурсы домохозяйства. Как для богатых, так и для бедных домохозяйств применяется один и тот же эффективный порог (10% или 25%) (доля бюджета). Это означает, что бедные домохозяйства (даже те, которые живут в крайней бедности) должны потратить не менее 10% (или 25%) своего бюджета на оплату услуг здравоохранения, чтобы считаться испытывающими финансовые затруднения. В результате, согласно ЦУР 3.8.2, катастрофические расходы на здравоохранение зачастую в большей степени сконцентрированы среди богатых, чем среди бедных (11,13,18), что затрудняет анализ ситуации в отношении социальной справедливости и осуществление мер политики в интересах бедных.

Показатель катастрофических расходов на здравоохранение, разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ (подход на основании возможности заплатить за услуги здравоохранения) Данный показатель основан на том допущении, что домохозяйствам необходимо тратить некоторые минимальные суммы на удовлетворение базовых потребностей, таких как питание, жилье и коммунальные услуги, прежде чем они смогут оплачивать услуги здравоохранения (17). В рамках этого подхода катастрофические расходы на здравоохранение постоянно концентрируются среди бедных слоев населения (рис. 2), что дает четкий сигнал о необходимости принятия соответствующих мер политики (2,13).

Показатель расходов на здравоохранение, приводящих к обеднению, используемый Европейским региональным бюро ВОЗ имеет два отличия от глобального показателя, используемого ВОЗ и Всемирным банком.

- ☞ Для расчета показателя используется относительная черта бедности (черта базовых потребностей), которая лучше отражает национальные уровни бедности, чем наиболее низкие абсолютные черты бедности, используемые на глобальном уровне, поскольку выводится из структуры расходов домохозяйств, наблюдаемой в каждой из стран.
- ☞ Глобальный показатель учитывает только людей, которые пересекают черту бедности после оплаты услуг здравоохранения из собственных средств: *обедневшие домохозяйства*. Показатель, используемый Европейским региональным бюро ВОЗ, также учитывает людей, которые уже бедны и чья бедность усугубляется за счет того, что они вынуждены оплачивать услуги здравоохранения из собственных средств: *домохозяйства, переживающие дальнейшее обеднение* (рис. 1).

Жизненно важным аспектом ЦУР является обязательство никого не оставить без внимания (19). Для решения этой задачи необходимы данные, индикаторы и показатели, позволяющие проводить анализ справедливости, такие как показатели, которые разработаны и используются Европейским региональным бюро ВОЗ (вставка 1). Данные показатели позволяют привлечь внимание к тем домохозяйствам, которые остаются незамеченными при использовании глобальных показателей. Благодаря таким показателям становится возможным принятие ответных мер политики, которые в большей степени направлены на защиту бедного населения, а также людей, подвергающихся высокому риску столкнуться с неудовлетворенными потребностями и финансовыми затруднениями в связи с оплатой услуг здравоохранения из собственных средств.

Вставка 1. Никого не оставить без внимания

Прогрессивный универсализм: данный подход призван сделать так, чтобы никто не остался без внимания, путем последовательного принятия мер, направленных в первую очередь на благо наиболее обездоленных людей (20). Такой подход жизненно важен в условиях значительной ограниченности государственных ресурсов. Преимущества могут быть получены и теми странами, которые не испытывают серьезных бюджетных ограничений, поскольку данный подход позволяет им решить непростую задачу, состоящую в том, чтобы никого не оставить без внимания, путем предоставления бедным как минимум таких же льгот, как и более состоятельным гражданам, на каждом этапе пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения. Прогрессивный универсализм зависит от способности выявлять услуги здравоохранения, которые могут с наибольшей вероятностью привести к финансовым затруднениям, людей, которые с наибольшей вероятностью пострадают от этого, а также первопричины пробелов в охвате услугами здравоохранения (таблица 1).

Политика сооплаты является одной из ключевых детерминант финансовой защиты в рамках систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (2). Данный фактор имеет наибольшую важность в тех странах, где финансовые затруднения связаны с необходимостью приобретения лекарственных средств для амбулаторного лечения, а объем гарантированного пакета услуг здравоохранения достаточно велик. Страны могут улучшить ситуацию в области сооплаты за счет введения исключений для бедного населения, ограничения предельных значений для всех соплатежей, а также путем замены соплатежей на процентной основе на низкую фиксированную сооплату. Более эффективная политика сооплаты играет важную роль в сокращении финансовых затруднений, поскольку позволяет системе здравоохранения ориентироваться на людей, наиболее нуждающихся в защите.



ПРОГРЕССИВНЫЙ УНИВЕРСАЛИЗМ

Выявление услуг
здравоохранения,
с наибольшей вероятностью
приводящих к финансовым
затруднениям

Выявление
людей, которые
с наибольшей
вероятностью
пострадают

Борьба
с первопричинами
пробелов
в охвате услугами
здравоохранения

Обеспечение того,
чтобы пользу
в первую очередь
получили наиболее
обездоленные люди

Поддержка ВОЗ для государств-членов

Европейское региональное бюро ВОЗ стремится предоставлять лицам, формирующим политику, надежные, учитывающие конкретные условия и могущие быть использованными при формировании политики фактические данные, которые позволяют двигаться дальше по пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Поддержка государств-членов осуществляется посредством:

- ☞ разработки и использования актуальных для формирования политики показателей, позволяющих отслеживать ситуацию в области финансовой защиты;
- ☞ анализа финансовой защиты на страновом уровне, который проводится совместно с национальными экспертами и имеет целью выявление факторов, которые способствуют повышению или ослаблению финансовой защиты, а также предоставление рекомендаций в отношении политики с учетом странового контекста;
- ☞ регионального анализа ситуации в области финансовой защиты; результаты первого сопоставительного анализа финансовой защиты в 24 странах были опубликованы в 2019 г. (2), а результаты второго анализа, охватывающего ситуацию в 35 странах, предполагается опубликовать в 2022 г.;

Результаты проведенного Европейским региональным бюро ВОЗ анализа ситуации в области финансовой защиты широко используются Европейской комиссией, Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения, Организацией экономического сотрудничества и развития, а также штаб-квартирой ВОЗ (11,21–24).

Партнеры

На пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения путем повышения финансовой защиты Европейское региональное бюро ВОЗ сотрудничает с широким кругом партнеров, в числе которых:

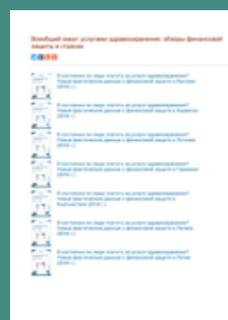
- ☞ Европейская комиссия
- ☞ Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
- ☞ Организация экономического сотрудничества и развития
- ☞ Группа организаций Всемирного банка

Ресурсы



В состоянии ли люди платить за услуги здравоохранения? Новые фактические данные о финансовой защите в Европе (2019 г.)

<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2019/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>



Всеобщий охват услугами здравоохранения: обзоры финансовой защиты в странах

<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection/universal-health-coverage-financial-protection-country-reviews>

Ключевые определения

Возможность платить за услуги медико-санитарной помощи

Измеряется путем вычета нормативной (стандартной) суммы на покрытие таких базовых потребностей, как питание, жилье и коммунальные услуги, из общих расходов домохозяйства. Указанная сумма вычитается одинаково для всех домохозяйств. Она называется чертой бедности или чертой базовых потребностей.

Всеобщий охват услугами здравоохранения

Обеспечение всем людям возможности пользоваться качественными услугами здравоохранения, не испытывая при этом финансовых затруднений.

Выплаты из собственных средств (расходы домохозяйства на здравоохранение)

Любая оплата, произведенная людьми во время использования любого товара медицинского назначения или услуги здравоохранения, предоставляемых поставщиком любого типа. Выплаты из собственных средств включают официальные соплатежи (официальные платежи, осуществляемые потребителями) за покрываемые товары и услуги, официальные платежи за частную покупку товаров и услуг и неофициальные платежи за покрытые или приобретенные частным образом товары и услуги. Такие выплаты не включают предоплату (например налоги, взносы или страховые взносы) и возмещение домохозяйству расходов третьей стороной, такой как правительство, фонд медицинского страхования или частная страховая компания.

Катастрофические расходы на здравоохранение (катастрофические выплаты из собственных средств)

Один из показателей, используемых для мониторинга ситуации в области финансовой защиты, который может измеряться по-разному. Европейское региональное бюро ВОЗ определяет его как выплаты из собственных средств, превышающие 40% от возможности домохозяйства платить за услуги медико-санитарной помощи, что включает домохозяйства, подвергшиеся обеднению, и домохозяйства, подвергшиеся дальнейшему обеднению.

Неформальный платеж

Прямая выплата в дополнение к любым прочим выплатам, предусмотренным условиями получения права на гарантированные услуги здравоохранения, осуществляемая пациентами или прочими лицами, выступающими от их имени, в денежном или в неденежном виде поставщикам услуг здравоохранения за услуги, на получение которых пациент имеет право.

Расходы на здравоохранение, приводящие к обеднению (приводящие к обеднению выплаты из собственных средств)

Показатель, используемый для мониторинга финансовой защиты, при которой выплаты из собственных средств приводят людей к бедности или усугубляют их бедность. Домохозяйство считается обедневшим, если его общие расходы были выше национальной или международной черты бедности или черты базовых потребностей до выплат из собственных средств и опустились ниже этой черты после выплат из собственных средств.

Сооплата (официальные платежи, осуществляемые потребителями)

Денежные суммы, которые людям приходится выплачивать в месте оказания услуг медико-санитарной помощи, покрываемых третьей стороной, например государством, фондом медицинского страхования или частной страховой компанией. Фиксированная сооплата представляет собой выплату некой фиксированной суммы за товар или услугу; сооплата на процентной основе (называемая также дополнительными страховыми взносами) предполагает оплату потребителем определенной части цены; франшиза предусматривает уплату пользователем определенной фиксированной суммы прежде, чем третья сторона покроет какие-либо расходы. Другие виды пользовательских сборов включают балансировый биллинг (система, в которой провайдером разрешено взимать с пациентов сумму превышения цены или тарифа, определенных третьей стороной-плательщиком), дополнительные платежи (плата за услуги, которые не включены в обязательный пакет) и референтное ценообразование (система, в рамках которой люди должны оплатить разницу между ценой или тарифом, определенным третьей стороной-плательщиком (референтной ценой) и розничной ценой).

Финансовая защита

Предотвращает возникновение финансовых затруднений при использовании услуг здравоохранения. Если системы здравоохранения не могут обеспечить адекватную финансовую защиту, домохозяйства могут страдать от нехватки средств на оплату услуг здравоохранения или удовлетворение других базовых потребностей. Нехватка финансовой защиты может повлечь за собой широкий спектр отрицательных последствий медицинского и экономического характера, потенциально снизить доступ к услугам здравоохранения, ухудшить состояние здоровья, углубить бедность или усугубить неравенство.

Финансовые затруднения

Возникают в тех случаях, когда выплаты из собственных средств велики по сравнению с возможностью оплачивать услуги здравоохранения.

Библиография

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<https://www.who.int/whr/2010/ru/>, по состоянию на 7 марта 2021 г.).
2. В состоянии ли люди платить за услуги здравоохранения? Новые фактические данные о финансовой защите в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>, по состоянию на 7 марта 2021 г.).
3. Eurostat: European Union statistics on income and living conditions [online database]. Brussels: European Commission; 2020 (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>, accessed 28 April 2020).
4. Таллинская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (<https://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 7 марта 2021 г.).
5. Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (Итоговое заявление Совещания высокого уровня в Таллине, Эстония, 13–14 июня 2018 г.; <https://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2018/06/health-systems-for-prosperity-and-solidarity-leaving-no-one-behind/documents/meeting-documents/outcome-statement-health-systems-for-prosperity-and-solidarity-leaving-no-one-behind.-tallinn,-estonia,-13-14-june-2018-2018>, по состоянию на 7 марта 2021 г.).
6. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>, по состоянию на 7 марта 2021 г.).
7. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC67/R3. Дорожная карта по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на европейскую политику в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/publications/2017/eurrc679-roadmap-to-implement-the-2030-agenda-for-sustainable-development,-building-on-health-2020,-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 7 марта 2021 г.).
8. Тринадцатая общая программа работы на 2019–2023 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 27 ноября 2020 г.).
9. Европейская программа работы (2020-2025 гг.): Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/about-the-european-programme-of-work/european-programme-of-work-20202025-united-action-for-better-health-in-europe>, по состоянию на 7 февраля 2021 г.).
10. Sagan A, Thomson S. Добровольное медицинское страхование в Европе: роль и регулирование. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ от лица Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; 2016 (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2016/voluntary-health-insurance-in-europe-role-and-regulation-2016>, по состоянию на 7 марта 2021 г.).

11. Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге, 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк; 2017 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/, по состоянию на 7 марта 2021 г.).
12. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Мониторинг финансовой защиты для оценки прогресса на пути обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами в Европе. *Панорама общественного здравоохранения*. 2016;2(3):367–378.
13. Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ*. 2018;96:589–664. doi: 10.2471/BLT.18.209031.
14. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111–177. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13861-5.
15. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington (DC): World Bank; 2008 (WBI Learning Resources Series 42480; <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6896>, accessed 28 April 2020).
16. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Washington (DC): World Bank; 2014 (Policy Research Working Paper 6861; <http://documents.worldbank.org/curated/en/114091468149393397/pdf/WPS6861.pdf>, accessed 28 April 2020).
17. Global Health Observatory indicator metadata registry list [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4989>, accessed 1 May 2020).
18. WHO, World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf?sequence=1, accessed 28 April 2020).
19. Leaving no one behind: the imperative of inclusive development. Report on the world social situation 2016. New York: United Nations; 2016 (<https://www.un.org/development/desa/socialperspectiveondevelopment/2016/09/06/world-social-situation-2016-leaving-no-one-behind-the-imperative-of-inclusive-development/>, accessed 21 December 2020).
20. Gwatkin D, Ergo, A. Universal health coverage: friend or foe of health equity. *Lancet*. 2011; 377(9784):2160–2161. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62058-2.
21. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and World Bank; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/, accessed 21 December 2020).
22. State of health in the EU companion report 2019. Brussels: European Commission; 2019 (https://ec.europa.eu/health/state/summary_en, accessed 21 December 2020).
23. Health system reviews (HiT series). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>, accessed 28 April 2020).
24. OECD, European Union. Health at a glance: Europe 2020: state of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2020. doi: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.



20



EURO
EYPO



Mistaghni

20

© BCE ECB EIB EZB EKP EKT EKB BÇE EBC 2015

50

© BCE ECB EIB EZB EKP EKT EKB BÇE EBC 2015

Авторы:

Sarah Thomson, Ilaria Mosca и Tamás Evetovits
(Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения)

Координация и пересмотр:

Emilia Aragón de León, Amine Lotfi и Bettina Menne
(программа «Здоровье и устойчивое развитие», Европейское региональное бюро ВОЗ)

Макет и обложка: **Pellegrini**

URL: https://www.euro.who.int/en/SDG_factsheets

© Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.
Некоторые права защищены.

Данная работа распространяется на условиях лицензии CC BY-NC-SA 3.0 IGO license. [CC BY-NC-SA 3.0 IGO license.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл.адрес: sdgeurope@who.int

