

Людмила Панова, Анастасия Панова

ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОССИИ И ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН

Работа посвящена сравнительному анализу финансовой защиты домохозяйств при использовании медицинских услуг в России и ряде стран, входящих в ЕС. Эмпирическую базу исследования составили индикаторы, определяющие уровень защищенности семей от финансовых нагрузок при использовании услуг, связанных с сохранением здоровья. В их число, согласно концепции финансовой защиты в сфере здравоохранения, входят разные показатели, но здесь изучаются в особенности расходы из собственных средств домохозяйств на медицинское обслуживание: так называемые «разорительные выплаты» и «катастрофические личные платежи», операционализированные в статье. Для определения уровня доступности населению медицинской помощи используется индекс эффективного охвата основных медицинских услуг. Сравнительный анализ финансовой защиты в РФ и странах Евросоюза проведенный на базе перечисленных индикаторов фиксирует следующие результаты. Показатели финансовой защиты в России выглядят при сравнении со странами Европы удовлетворительно – это в особенности касается двух используемых в исследовании показателей, «катастрофических расходов» и «обнищание населения из-за расходов на медицину». Между тем в нашей стране расходы из собственных средств домохозяйств в общем объеме затрат на финансирование здравоохранения за последние два десятилетия неуклонно возрастают. Это сопровождается уменьшением значимости базового пакета медицинской помощи, предоставленного программой государственных гарантий, и все меньше отвечает

Людмила Васильевна Панова – к.экон.н., ст.н.с., Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН, Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: l_panova@list.ru

Анастасия Юрьевна Панова – к.экон.н., доцент, кафедра экономики предприятия природопользования и учетных систем, Российский государственный гидрометеорологический университет, Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: n_panova08@list.ru

потребностям российского населения. Гражданам приходится платить по растущим личным платежам за медицинское обслуживание. В этой связи удовлетворительные показатели по катастрофическим расходам и по индикатору обнищания населения объясняются не столько финансовой защищенностью и государственной поддержкой населения, сколько тем, что большое число домохозяйств не может позволить себе тратить деньги на медицинские услуги. Низкий индекс эффективности охвата услугами здравоохранения подтверждает, что значительное число людей не пользуются медицинской помощью, даже когда она необходима.

Ключевые слова: финансовая защита, медицинские услуги, катастрофические платежи, Россия, ЕС

DOI: 10.17323/727-0634-2022-20-3-491-504

Под финансовой защитой населения в сфере здравоохранения часто понимается отсутствие денежных трудностей при получении необходимой медицинской помощи, т.е. минимальный размер платежей из собственных средств за полученные услуги. Соответственно, системы здравоохранения, обеспечивающие финансовую защиту, обычно используют расходы домохозяйств из собственных средств на минимальном уровне при широком спектре медицинских услуг, финансируемых государством. Именно в этом случае гарантируется равный и своевременный доступ к услугам высокого качества и реализуется политика финансовой защиты граждан. В то же время слабая финансовая защита в сфере здравоохранения может заставить домохозяйства меньше тратить на лечение и другие потребности (например, здоровое питание), что в дальнейшем приводит к плохому состоянию здоровья, к лишениям, касающимся базовых потребностей, а в итоге, к болезням и нищете (WHO 2010). Цель нашего исследования состоит в компаративном анализе финансовой защиты населения в сфере здравоохранения в России и странах ЕС. Рассматривается, как финансовые трудности способствуют возникновению и распространению неудовлетворенных потребностей населения в медицинской помощи.

Для достижения этой цели анализируются четыре индикатора: собственные средства домохозяйств на медицинское обслуживание; катастрофические личные платежи; разорительные выплаты, которые ведут к обнищанию семей; в качестве параметра неудовлетворенных потребностей, используется прокси показатель – индекс эффективности охвата услугами здравоохранения. Такой широкий набор индикаторов хорошо определяется в рамках концепции барьеров доступа к медицинской помощи (Allin et al. 2007; Wörz et al. 2006). Наряду с географическими и социокультурными препятствиями, организационными трудностями самой системы здравоохранения, экономические барьеры и, в первую очередь, объемы финансирования и распределение денежных ресурсов занимают решающее место в формировании доступа к медицинским услугам (Thomson et al. 2019;

Watkins et al. 2018). Такой широкий набор индикаторов хорошо определяется в рамках концепцией формирования доступа к медицинским услугам.

Информационную базу исследования составили статистические данные ВОЗ, России и сведения Глобального мониторинга по всеобщему охвату услугами здравоохранения, проведенного в 133 странах (2017) под патронажем Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения.

Расходы из собственных средств домохозяйств

Расходы из собственных средств домохозяйств определяются как выплаты, осуществленные непосредственно пациентом. В государствах, входящих в Евросоюз, в 2017 г. 18% расходов на здравоохранение покрывается непосредственно домохозяйствами и, если сравнить с 2000 г., когда эта величина составляла 17,6%, можно заметить устойчивость личных затрат на протяжении этого периода, объем расходов такого рода почти не изменился. Однако по доле средств, вносимых населением в обеспечение ресурсов здравоохранения, наблюдаются довольно существенные различия между отдельными странами (рис. 1). Рассмотрим страны, в которых реализована сильная финансовая защита и личные расходы не превышают 15% от суммарного объема расходов на здравоохранение рекомендованные ВОЗ.

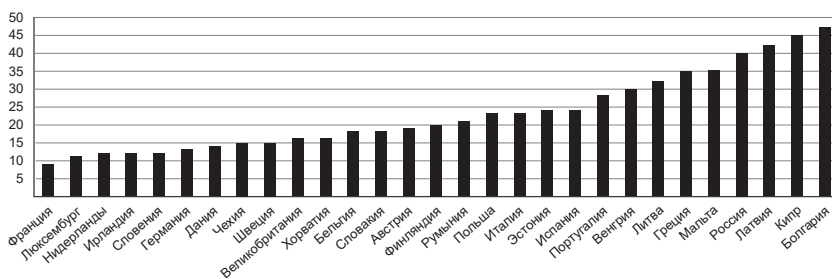


Рис. 1. Доля общих расходов на здравоохранение, финансируемых за счет личных платежей домохозяйств, 2017. Источник: WHO 2019 а.

Как видно (рис. 1), самые низкие личные расходы наблюдались в странах, использующих различные модели здравоохранения. Небольшая финансовая нагрузка отмечается во Франции, Нидерландах, Германии, где используется модель всеобъемлющего страхования здоровья или модель Бисмарка. В таких же пределах до пятнадцати процентов личных расходов демонстрируют Ирландия и Великобритания, относящиеся к другой системе, ее называют государственной (бюджетной, госбюджетной) или моделью Бевериджа. Дания и Швеция имеют примерно ту же долю прямых платежей населения и входят в скандинавскую модель, которая несколько видоизменяет государственную модель.

Следует сказать, что исследователи, рассматривавшие особенности институциональной специфики моделей систем здравоохранения, склонны считать, что приверженность к той или другой модели не играет существенной роли в выделении государством средств на здравоохранение (Kutzin 2000: 4; WHO 2010: 4). Основные аргументы сводятся к тому, что системы здравоохранения сегодня намного разнообразнее и сложнее, их различия выходят за рамки тех, которые были выделены Бевериджем и Бисмарком. Вместе с тем можно найти сходство между выделенными странами. Все они относятся к классу высокодоходных, кроме того, их объединяет укоренившаяся традиция участия в коллективной, общественной ответственности за поддержание здоровья. Но главная причина заключается в наличии политической воли, направленной на укрепление здоровья нации (SPC 2020; Thomson et al. 2019).

Возвращаясь к анализу личных расходов на медпомощь надо сказать, что по классификации ВОЗ, более чем у половины стран ЕС отмечается достаточно низкий уровень финансовой защищенности населения по этому индикатору (WHO 2020: 34). Больше всего платит из собственного кармана на нужды здравоохранения население Латвии, Кипра и Болгарии, их личные платежи приближаются к половине всех расходов на медпомощь. Ситуация в России по этому показателю приближается к этим странам: оплата из собственного кармана 40% в общем объеме финансирования здравоохранения. Процесс роста личных средств в общем объеме финансирования этой отрасли шел чрезвычайно быстро. В 2000 г. личные расходы составляли менее трети от общего объема финансирования здравоохранения, к концу десятилетия этот показатель возрос еще на 6%, а в 2019 г. собственные средства домохозяйств составили уже 40% всех расходов на здравоохранение (WHO 2019a).

Такое возрастание личных платежей свидетельствует о том, что рост экономического развития и увеличение государственных ресурсов страны за почти два десятилетия мало способствовали укреплению и развитию здравоохранения. Увеличение доходов россиян в значительной мере изымалось за счет оплаты медицинских услуг. Базовый пакет медицинских услуг, обеспечиваемый программой государственных гарантий, все меньше удовлетворял потребностям населения, что не удивительно, когда расходы государства на здравоохранение составляют 3,1% от ВВП (WHO 2019a). Финансовая защита улучшается по мере увеличения государственных расходов, а для того чтобы эта функция реализовывалась и распространялась на большинство населения, по мнению исследователей, необходимо чтобы расходы государства составляли не менее 5% ВВП (Xu et al. 2018: 17).

Отметим, что расходы домохозяйств на медицинскую помощь наиболее негативно сказываются на людях с низким доходом. Пациенты из этой группы обычно выбирают две стратегии: из-за высокой стоимости услуг отказываются от необходимой помощи; либо получают медицинские услуги, но платят за это ценой «катастрофических платежей», т.е. лишая себя других базовых потребностей. Следует признать, что высокие личные платежи имеют далеко

идущие социальные последствия, они могут способствовать тому, что менее обеспеченные группы не имеют такого же доступа к медицинским услугам, как более состоятельные люди, меньше обращаются за медицинской помощью, даже в случае необходимости. По мере оплаты медицинских услуг доход семьи может значительно снижаться. В этой ситуации люди делают выбор между здоровьем и другими важными потребностями.

Катастрофические расходы домохозяйств на медицинскую помощь

Обращаясь к методам измерения катастрофических расходов на медицинскую помощь, следует выделить две наиболее часто используемые концепции, в зависимости от того, как определяется платежеспособность домохозяйства (Wagstaff et al. 2003; Xu et al. 2003). Согласно одной из них, личные расходы на медицинские услуги относятся к совокупному потреблению или доходу семьи (Wagstaff et al. 2003). Второй подход состоит в том, что платежеспособность должна измеряться с помощью реально располагаемых доходов семьи за исключением расходов на базовые потребности (Xu et al. 2003). Пороговые значения для катастрофических медицинских расходов при первом подходе обычно равны 10–25% от общего дохода домохозяйств; вторая концепция требует большего порогового значения, оно равно примерно 40%. В нашей работе использован показатель совокупного потребления домохозяйств, в соответствии с официальным показателем финансовой защиты, обозначенным в документе «Цели в области устойчивого развития (ЦУР)» ООН (United Nations 2015). Показатель определяется как доля населения страны, тратящего на медицинские услуги, включая приобретение лекарств, более 10 или 25% своего дохода. Данные пороговых значений являются официальным показателем катастрофических расходов (раздел 3.8.2 ЦУР), использовавшимся для определения доли населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме доходов домохозяйств (WHO, World Bank 2017: vii).

В европейском регионе, несмотря на относительно высокий уровень финансовой защиты по показателю катастрофических расходов, этот индикатор заметно различается между странами. Так, в Европейском союзе (рис. 2) распространенность катастрофических расходов на здравоохранение в 22 странах, представивших такие сведения, варьируется от 1,6% до 18,4% домохозяйств, при среднем показателе равном 6,7%, при пороге 10% (WHO 2019b: 98–104).

Во многих странах ЕС финансовая защита организована таким образом, что только небольшое число домохозяйств испытывает катастрофические трудности с личной оплатой медицинских услуг. В семи странах менее четырех процентов домохозяйств сообщают о трате 10% своего дохода на услуги здравоохранения. К их числу относятся Чехия, Хорватия, Дания, Словения, Люксембург, Словакия. Но есть страны, где число домохозяйств,

несущих катастрофические расходы довольно велико, в целом население шести стран ЕС испытывает значительные трудности при необходимости прибегать к услугам здравоохранения. Так, в Португалии почти каждый пятый житель несет катастрофические расходы, на Кипре число таких людей чуть меньше. Мальта и Греция насчитывают 15,8% и 14,6% жителей, испытывающих финансовые трудности, если приходится платить больше 10% своего дохода. При пороге четверти дохода, затрачиваемого на медицинские услуги, картина несколько меняется, но в целом остается похожей. Для стран ЕС с низкой и высокой численностью населения с катастрофическими платежами видна общая закономерность, говорящая о том, что большая доля личных расходов в общем объеме финансирования здравоохранения приводит к слабой финансовой защите населения. Если у стран, входящих в первую группу с численностью населения с катастрофическими расходами до четырех процентов, личные расходы составили 10–18% от общего финансирования здравоохранения, то в группе стран, где большое число жителей испытывают значительные финансовые трудности (16–18%), личные расходы были равны 35–45%.

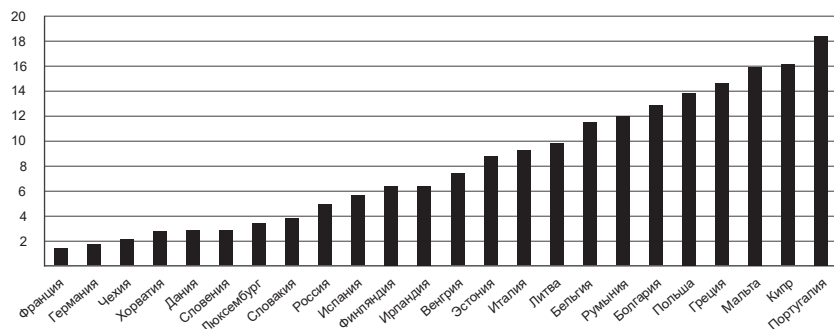


Рис. 2. Доля домохозяйств с катастрофическими расходами на здоровье, 2016. (при пороге 10% дохода домохозяйств). Источник: WHO 2019b.

В России платежи из собственных средств на услуги здравоохранения, превышающие 10% дохода семьи, оплатили в 2018 г., согласно приведенным данным, 4,9% населения страны, что составляет 7,1 млн чел., больше четверти дохода тратят на эти цели 0,6% жителей или 879 тыс. чел. Сравнительно небольшие доли населения с катастрофическими платежами при значительных личных расходах населения в финансировании здравоохранения, составляющими до 40%, позволяют предположить, что многие люди не тратят свои невысокие доходы на медицинскую помощь, даже тогда, когда они в ней нуждаются и тем самым пополняют число людей с неудовлетворенными потребностями в медуслугах. Еще в процессе формирования показателей финансовой защиты отмечались определенные недостатки этих индикаторов и, в частности, трудности с учетом

количества людей – особенно из бедных слоев населения – неспособных платить и пользоваться медицинскими услугами, т.е. не имеющих доступа к ним (Cavagnero et al. 2006). Индекс эффективного охвата, рассмотренный ниже, подтверждает справедливость такого предположения.

Следует заметить, что распространенность катастрофических расходов на здравоохранение варьирует между людьми с различным уровнем доходов, но при этом наблюдается стабильно высокая концентрация подобных платежей среди представителей самого бедного населения. В таких странах, как Франция, Германия, Словения, Чехия менее 10% домохозяйств в самом бедном квинтиле сталкиваются с катастрофическими расходами на здравоохранение. Высокие общие показатели этой группы приводят к значительно большей концентрации катастрофических платежей в бедном населении: так, Греция, Польша и Португалия имеют в бедном квинтиле до 30% домохозяйств (WHO Regional Office for Europe 2019). В России в открытых источниках отсутствует информация о доле населения с катастрофическими расходами по квинтильным доходным группам населения, однако расчет авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ показывает, что в наиболее бедном квинтиле встречаются с катастрофическими расходами те же 28% семей.

Разорительные платежи

Разорительные платежи домохозяйств за медицинскую помощь считаются еще одним индикатором, характеризующим финансовую защищенность населения (Wagstaff et al. 2018; Tomini et al. 2013). Он предполагает оценку того, насколько расходы домохозяйств на медицинскую помощь способны привести к бедности и нищете. Такая угроза возникает в тех случаях, когда платежи на поддержание здоровья вынуждают домохозяйства сократить траты на покрытие немедицинских статей бюджета – питание, жилье и одежду – до такой степени, что потребление семьи оказывается ниже уровня бедности. В настоящее время при проведении исследований финансовой защиты и, в частности, при проведении Мониторинга всеобщего охвата услугами здравоохранения, используются международные пороги бедности. Крайняя бедность составляет 1,9 долл. в день, умеренная бедность 3,1 долл. в день при покупательной способности 2011 г. (WHO, World Bank 2017). Частота обнищания определяется как разность между числом лиц, признанных проживающими в нищете при учете их платежей за услуги здравоохранения из собственных средств в общем объеме доходов их домохозяйства, и числом лиц, признанных проживающими в нищете без учета этих платежей в общем объеме доходов. То есть домохозяйство, доведенное до обнищания расходами, оплачиваемыми из собственных средств из-за болезни кого-либо из его членов, вынуждено расходовать средства, предназначенные для покрытия немедицинских статей бюджета в таком объеме, что остающийся доход оказывается ниже черты бедности.

По данным Мониторинга всеобщего охвата медико-санитарными услугами, частота платежей из собственных средств, приводящих к обнищанию, при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, для европейских стран не актуальна. Страны с высокими и средними доходами, при такой минимальной черте бедности практически не имеют людей, живущих в нищете. Что же касается второго порога нищеты, составляющего умеренную бедность – 3,1 долл. в день, то только семь стран Евросоюза и Россия имеют разорительные наличные платежи от 0,01 до 0,3% населения (рис. 3). В России доля населения, пребывающего ниже черты бедности в размере 3,1 долл. в день, составила в 2018 г. 1,5 млн чел.

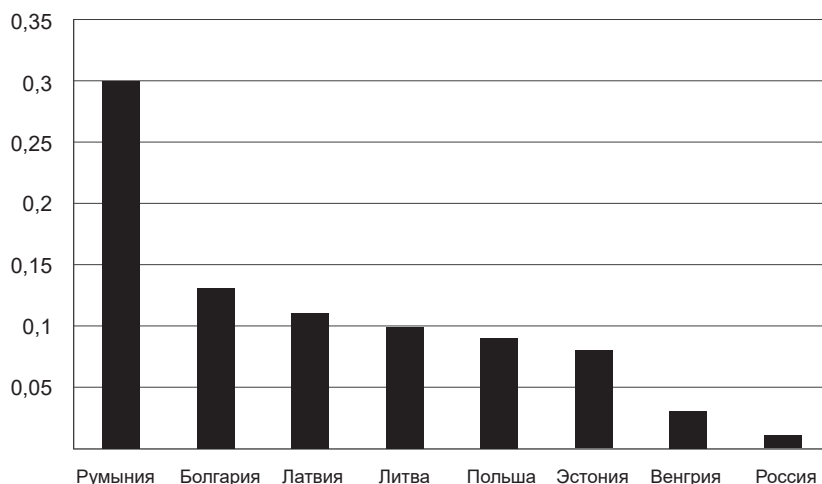


Рис. 3. Доля домохозяйств с разорительными платежами за медицинскую помощь, 2016 (умеренная бедность). Источник: WHO, World Bank, 2019.

Индекс эффективного охвата основных медицинских услуг

Анализируя обстоятельства, вызывающие низкий уровень финансовой защиты, большинство исследователей (Hogan et al. 2018; Ng et al. 2014) отмечают, что такое явление может быть связано с ограниченным доступом к медицинской помощи, в связи с неполным охватом населения страны в силу разных причин (территориальная недоступность, пробелы в организации доступа к определенным врачам, недостаток высокотехнологической помощи и т.п.), не случайно защита от финансовых рисков является также задачей 3.8 ЦУР, предполагающей использование двух показателей: долю населения, имеющего доступ к основным качественным медико-санитарным услугам (3.8.1), и долю населения, расходующего значительную часть семейных доходов на здравоохранение (3.8.2). Эти показатели должны оцени-

ваться одновременно для получения четкого представления об индивидах, не имеющих доступа к медицинскому обслуживанию, и лицах, сталкивающихся с финансовыми трудностями в связи с расходами на медицинскую помощь. Поэтому индекс, охватывающий все основные области здравоохранения, включает четыре категории показателей, по которым оценивается: качество репродуктивного здоровья и здоровье матерей, новорожденных и детей; лечение инфекционных болезней; лечение неинфекционных заболеваний; оборудование и доступность лечебных учреждений. В свою очередь каждая категория разбивается еще на три-четыре индикатора и, таким образом, 14 показателей оценивают эффективность охвата услугами здравоохранения. В их число входят важнейшие для здоровья медицинские услуги, в частности родовспоможение; иммунизация детей; лечение туберкулеза; лечение ВИЧ; профилактика сердечно-сосудистых заболеваний; борьба с табаком; доступ к больницам; доступ к основным лекарственным средствам. Именно их и включили в индекс эффективного охвата основных медицинских услуг, который измеряется по шкале от 0 до 100%.

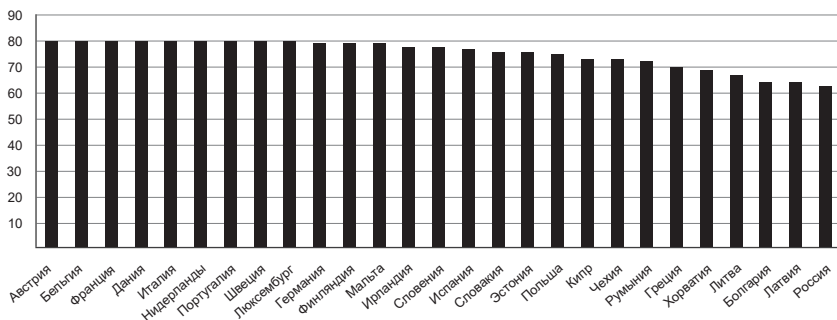


Рис. 4. Индекс эффективного охвата основных медицинских услуг, 2016. Источник: WHO, World Bank, 2017.

Обращение к этому показателю в странах ЕС и России, показывает значительное отставание нашей страны в доступности медицинских услуг по сравнению с большинством европейских стран. В соответствии с данными (рис. 4), девятнадцать стран ЕС демонстрируют высокий охват медицинской помощью, более 80% населения имели в 2016 г. доступ к здравоохранению по всем четырем категориям медицинской помощи. Минимальное значение индекса было зарегистрировано в Болгарии, Латвии и России. В нашей стране индекс эффективности охвата населения составляет 63%, особенно низкий показатель по эффективному лечению туберкулеза – 60%, еще хуже обстоит дело с лечением ВИЧ – лица, с данным заболеванием, получающие антиретровирусную терапию, составляют только 28% от всех больных ВИЧ. Распространенность курения, как косвенный показатель эффективных мер по борьбе с табаком, очень высока, почти половина (47%) населения от 15 лет и выше курят. Все это означает, что при довольно хороших показателях

финансовой защиты, значительная часть населения России при серьезных заболеваниях не пользуется услугами здравоохранения.

По этим данным трудно определить, какая часть из 37% населения, не обращается к медицинской помощи из-за финансовых трудностей. Согласно результатам исследований, в период экономического спада 2014–2016 гг. почти пятая часть населения (17,3%) полностью отказалась от платных медицинских услуг (Овчарова, Селезнева 2018: 12). Особенно остро сказывается на бюджете домохозяйств приобретение лекарств во время болезни. По данным другого исследования после вычета расходов на приобретение лекарственных средств доля семей, находящихся за чертой бедности, увеличивается в следующих пропорциях. В семьях с детьми доля бедных возрастает с 28 до 30%, в домохозяйствах, имеющих инвалидов, с 9 до 12%, в домохозяйствах с пенсионерами – с 8 до 10% (Назаров и др. 2019: 12).

Заключение

Проведенный анализ финансовой защиты домохозяйств при использовании медицинских услуг в России и европейских странах в рамках концепции барьеров позволяет выделить и рассмотреть основные препятствия для доступности медицинской помощи и, как следствие, рост неудовлетворенных потребностей населения в ней. Финансовая защита характеризуется, прежде всего, тем, что расходы домохозяйств из собственных средств присутствуют на минимальном уровне, при широком спектре медицинских услуг, финансируемых государством. Именно в этом случае реализуется политика защиты уязвимых групп населения и уменьшается объем неудовлетворенных медицинских потребностей. В основе финансовой защиты находится система финансирования здравоохранения и главным образом политика распределения денежных ресурсов между государством и собственными средствами населения. Высокий уровень траты личных средств населения скорее свидетельствует о слабости финансовой защиты, проводимой в стране. В России наблюдается значительное и неуклонное возрастание за последние двадцать лет личных расходов российских граждан в общем объеме затрат на поддержание здоровья, тогда как в большинстве стран ЕС эти затраты оставались стабильными и гораздо меньшего размера. Такая тенденция неизбежно приводит к углублению неравенства в доступности услуг здравоохранения, формируя все более выраженные финансовые барьеры в обеспечении здоровья для низкостатусных слоев общества с небольшими доходами, и способствует высокому уровню неудовлетворенных потребностей. После снижения угроз в виде пандемии, когда расходы на здравоохранение увеличились в 2021 г. до 4% от ВВП, снова предусматривается снижение госрасходов на следующие два года (Министерство финансов РФ 2021).

В европейских странах отмечается тесная взаимосвязь между распространенностью катастрофических расходов на здравоохранение и долей выплат

из собственных средств в расходах на здравоохранение. Это отчетливо видно на примере Болгарии, Греции, Мальты, где катастрофические расходы очень велики, и Франции, Германии, где этот показатель довольно низкий (ВОЗ 2021). В России наблюдается другая закономерность. Небольшая доля людей с катастрофическими расходами при значительном объеме личных платежей в объеме затрат на здравоохранение свидетельствует о заметном уровне неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи. Слабая финансовая защита в нашей стране проявляется не столько в индикаторах катастрофических и разорительных расходов, сколько в высоком уровне неудовлетворенных потребностей. Что и подтверждается низким значением показателя эффективности охвата. Сравнение индекса в странах ЕС и России показывает значительное отставание нашей страны в доступности медицинских услуг по сравнению с большинством европейских стран. Отметим особенно низкий показатель по классу инфекционных и неинфекционных заболеваний. Это значит, что именно по этим видам болезней наблюдается высокий уровень неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи.

Следует сказать, что ВОЗ дает хорошую ориентацию на усиление политики в области финансовой защиты (ВОЗ 2021). Политика охвата должна быть разработана таким образом, чтобы минимизировать барьеры в доступе к услугам здравоохранения и, следовательно, уменьшать неудовлетворенные потребности в медуслугах. Не менее важным считается надлежащее государственное финансирование систем здравоохранения, поскольку оно обеспечивает своевременный доступ к широкому спектру услуг здравоохранения, а выплаты из собственных средств должны составлять менее или около 15% от расходов на услуги здравоохранения. Именно в таком ключе мы провели это исследование.

Выражение признательности

Редакция благодарит программу «Университетское партнерство» за поддержку и возможность опубликовать данную статью.

Материалы для анализа

ВОЗ Европейское региональное бюро (2021) Цели в области устойчивого развития: задачи в области здравоохранения. Финансовая защита и Цели в области устойчивого развития. *Информационный бюллетень*. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340810> (дата обращения: 10 Мая 2022).

Министерство финансов РФ (2021) *Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов*.

United Nations (2015) *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. (A/70/1).

WHO (2010) *The World Health Report Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva.

WHO (2019a) *Global Health Expenditure Database WHO. Health System Financing Profile by country*. Available at: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (access 15 December 2020).

WHO (2019b) *World Health Statistics 2019: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2020) *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2019) Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. Available at: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019> (access 10 May 2022).

WHO, World Bank (2017) *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. Geneva.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

Назаров В. С., Авксентьев Н. А., Сисицина Н. Н. (2019) *Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, разработки, сценарии*. М.: Дело.

Овчарова Л. Н., Селезнева Е. В. (2018) Потребление медицинских услуг и лекарств в период экономического спада. *Мониторинг НИУ ВШЭ*. Доступно по ссылке: <https://inlnk.ru/kXMKNZ> (дата обращения: 31 июля 2022).

Allin S., Masseria C., Sorenson C., Papanicolas I., Mossialos E. (2007) *Measuring Inequalities in Access to Health Care. A Review of the Indices*. Available at: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/rn_access_to_care.pdf (accessed 10 May 2022).

Cavagnero E., Carrin G., Xu K., Aguilar-Rivera A. (2006) Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization. *WHO. Innovations in Health Financing: Working Paper Series*, 8.

Hogan D., Stevens G., Hosseinpoor A., Boerma T. (2018) Monitoring Universal Health Coverage within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services. *Lancet Global Health*, (6): e152–168.

Kutzin J. (2000) Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. *HNP discussion paper series*. Washington: World Bank.

Ng M., Fullman N., Dieleman J., Flaxman A., Murray C., Lim S. (2014) Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage. *PLoS Medicine*, (11): e1001730.

SPC (2020) *Annual Review of the Social Protection Performance Monitor (SPPM) and developments in social protection policies. Report on key social challenges and key messages*. Available at: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23150&langId=en> (accessed 10 May 2022).

Tomini S., Packdar T., Tomini F. (2013) Catastrophic and Impoverishing Effects of Out-of-pocket Payments for Health Care in Albania: Evidence from Albania Living Standards Measurement Surveys 2002, 2005 and 2008. *Health Policy Plan*, (28): 419–28.

Thomson S., Cylus J., Evetovits T. (2019) *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2003) Catastrophe and Impoverishment in Paying in Health Care: With Applications to Vietnam 1993–98. *Health Economics*, 12 (11): 921–34.

Wagstaff A., Flores G., Smits M., Hsu J., Chepynoga K., Eozenou P. (2018) Progress on Impoverishing Health Spending in 122 Countries: A Retrospective Observational Study. *Lancet Glob Health*, (6): e180–92.

Watkins D., Jamison D., Mills A., Atun R. K., Glassman A., Horton S., Jha F., Kruk M., Norheim O., Qi J., Soucat A., Verguet S., Wilson ., Danforth D., Alwan A. (2018) Chapter 3. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. In: D. T. Jamison, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan, C. N. Mock, R. Nugent (eds.) *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. Washington, DC: World Bank: 43–69.

Wörz M., Foubister T., Busse R. (2006) Access to Health Care in the EU Member States. *Euro Observer*, 8 (2): 1–4.

Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C. (2003) Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *Lancet*, (362): 111–17.

Xu K., Soucat A., Kutzin J., Brindley C., Maele N. V., Touré H., Garcia M. A., Li D., Barroy H., Flores G., Roubal T., Indikadahena Ch., Cherilova V., Siroka A. (2018) *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Geneva: WHO.

Ludmila Panova, Anastasiya Panova

FINANCIAL PROTECTION IN RUSSIA AND EUROPEAN COUNTRIES

This article is devoted to a comparative analysis of the financial protection of households when using medical services in Russia and in a number of European Union countries. The purpose of our study was to analyze the main indicators of the financial hardship of households when they need to save for health services. Among the key indicators that determine the level of protection of families from financial burdens when using health-related services, the following are selected: out-of-pocket spending on health care, catastrophic out-of-pocket payments and impoverishing payments, and index of essential health services. The indicators of financial protection in Russia, when compared with many EU countries, look satisfactory both in terms of catastrophic spending and in terms of the indicator of the impoverishment of the population due to personal expenses for medical care. However, the out-of-pocket health spending amounts to 40% in Russia. Such a burden on households points at a weak financial protection in the country. The satisfactory performance of the two indicators above is explained not so much by the financial wealth of the households or by the state support of the population, but by the fact that many households cannot afford to spend money on medical services. The low index of essential health services confirms this conclusion. The index is 63% in Russia, and it is more than 80% in the EU countries. This means that with fairly good indicators of financial protection, a significant part of the Russian population does not use healthcare services at all, even when confronted with serious illnesses.

Key words: financial protection, medical services, personal expenses, catastrophic payments

DOI: 10.17323/727-0634-2022-20-3-491-504

References

Allin S., Masseria C., Sorenson C., Papanicolas I., Mossialos E. (2007) *Measuring Inequalities in Access to Health Care. A Review of the Indices*. Available at: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/rn_access_to_care.pdf (accessed 10 May 22).

Ludmila V. Panova – Cand. Sci. (Econ.), Senior Researcher, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences – branch of the Federal Scientific Research Center of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russian Federation. Email: l_panova@list.ru

Anastasiya Yu. Panova – Cand. Sci. (Econ.), Assoc. Prof., Department of Economics of the Enterprise of Environmental Management and Accounting Systems, Russian State Hydrometeorological University, St. Petersburg, Russian Federation. Email: n_panova08@list.ru

- Cavagnero E., Carrin G., Xu K., Aguilar-Rivera A. (2006) Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization. *WHO. Innovations in Health Financing: Working Paper Series*, 8.
- Hogan D., Stevens G., Hosseinpoor A., Boerma T. (2018) Monitoring Universal Health Coverage within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services. *Lancet Global Health*, (6): e152–168.
- Kutzin J. (2000) Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. *HNP discussion paper series*. Washington: World Bank.
- Nazarov V. S., Avksent'ev N. A., Sisigina N. N. (2019) *Osnovnye napravleniya razvitiya sistemy zdavoohranenija Rossii: trendy, razvilki, scenarii* [The Main Directions of Development of the Healthcare System in Russia: Trends, Forks, Scenarios]. Moscow: Delo.
- Ng M., Fullman N., Dieleman J., Flaxman A., Murray C., Lim S. (2014) Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage. *PLoS Medicine*, (11): e1001730.
- Ovcharova L. N., Selezneva E. V. (2018) Potreblenie medicinskih uslug i lekarstv v period ekonomicheskogo spada [Consumption of Medical Services and Drugs during the Economic Downturn]. *Monitoring NIU VSHE* [HSE Monitoring]. Available at: <https://inlnk.ru/kXMKNZ> (accessed 31 July 2022).
- SPC (2020) *Annual Review of the Social Protection Performance Monitor (SPPM) and developments in social protection policies. Report on key social challenges and key messages*. Available at: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23150&langId=en> (accessed 10 May 2022).
- Tomini S., Packdar T., Tomini F. (2013) Catastrophic and Impoverishing Effects of Out-of-pocket Payments for Health Care in Albania: Evidence from Albania Living Standards Measurement Surveys 2002, 2005 and 2008. *Health Policy Plan*, (28): 419–28.
- Thomson S., Cylus J., Evetovits T. (2019) *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2003) Catastrophe and Impoverishment in Paying in Health Care: With Applications to Vietnam 1993–98. *Health Economics*, 12 (11): 921–34.
- Wagstaff A., Flores G., Smitz M., Hsu J., Chepynoga K., Eozenou P. (2018) Progress on Impoverishing Health Spending in 122 Countries: A Retrospective Observational Study. *Lancet Glob Health*, (6): e180–92.
- Watkins D., Jamison D., Mills A., Atun R. K., Glassman A., Horton S., Jha F., Kruk M., Norheim O., Qi J., Soucat A., Verguet S., Wilson ., Danforth D., Alwan A. (2018) Chapter 3. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. In: D. T. Jamison, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayanm, C. N. Mock, R. Nugent (eds.) *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. Washington, DC: World Bank: 43–69.
- Wörz M., Foubister T., Busse R. (2006) Access to Health Care in the EU Member States. *Euro Observer*, 8 (2): 1–4.
- Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C. (2003) Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *Lancet*, (362): 111–17.
- Xu K., Soucat A., Kutzin J., Brindley C., Maele N. V., Touré H., Garcia M. A., Li D., Barroy H., Flores G., Roubal T., Indikadahena Ch., Cherilova V., Siroka A. (2018) *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Geneva: WHO.