

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Л. В. ПАНОВА

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК КОНТЕКСТУАЛЬНЫЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ

В статье рассматривается финансирование здравоохранения за период коренного трансформирования социально-экономических процессов в России и по настоящее время. Анализируется четыре финансовых индикатора, наилучшим образом отражающих степень насыщенности материальными ресурсами сферы медицинской помощи: общие расходы на здравоохранение в объеме ВВП; затраты, выделяемые государством на медицинскую помощь; доля расходов государства на здравоохранение от общих расходов государственного бюджета; личные расходы населения для получения услуг по поддержанию здоровья. Исследование выделенных индикаторов способствует применению многоуровневой методологии, позволяющей изучить совместное влияние индивидуальных и контекстуальных переменных, в частности материальных ресурсов здравоохранения на здоровье населения России.

Ключевые слова: здоровье, финансирование здравоохранения, общие расходы на медицинскую помощь, государственные затраты, личные платежи населения, финансовые риски, катастрофические расходы.

Введение

Система здравоохранения, как известно, включена в число детерминант здоровья населения. По данным ВОЗ, влияние медицинской помощи на состояние общественного здоровья составляет 10–15%, тогда как вклад медицины в снижение смертности достигает 40%

(Щепин, Медик 2012). Последнее обстоятельство особенно важно в связи с высоким уровнем смертности в трудоспособном возрасте в нашей стране. Несмотря на заметное сокращение этого показателя в последние годы с 8,3 на тысячу человек населения в 2005 году до 5,8 в 2012 году, его величина намного выше по сравнению с европейскими странами. Это отчетливо видно при сопоставлении коэффициентов смертности среди взрослого населения (Демографический ежегодник 2013). Так, по данным ВОЗ, в 2011 году вероятность смерти мужчин от 15 до 60 лет (на тысячу населения) в России составила 351 человек, в то время как среди старых членов Евросоюза, величина этого показателя была значительно меньше — 94 человека. В странах же, вступивших в ЕС после 2004 года и прошедших путь общественной трансформации, подобный нашему, коэффициент смертности в зрелом возрасте составлял 193 человека на тысячу населения (World Health Statistics 2013). Приведенные данные подтверждают, что современное состояние системы здравоохранения в нашей стране оценивается многими экспертами как кризисное, и это касается, прежде всего, жизненно важного вопроса увеличения инвестиций для наращивания потенциала медицинской помощи (Римашевская, Мигранова, Молчанова 2011; Чубарова 2011; Suhrcke, McKee, Rocco 2008). Следует отметить, что в ряде международных и российских исследований было показано прямое влияние на здоровье ресурсов здравоохранения. Так, в работе, использовавшей агрегированные данные по 22 европейским странам, была обнаружена связь между национальными ресурсами, предназначенными для медицинской помощи, и здоровьем населения (Castilla 2004). Исследование трендов государственных расходов и личных платежей населения, проведенное по данным опросов российского мониторинга экономического положения и здоровья за период 1994–2009 годов, показало, что при использовании многоуровневой методологии средства, расходуемые лично населением на получение медицинской помощи, сопряжены с улучшением здоровья женщин (Русинова, Сафронов 2012).

В свете вышеизложенного свою задачу мы видели в анализе и обобщении финансовых ресурсов системы здравоохранения за весь период рыночных трансформаций. По классификации ВОЗ четыре финансовых индикатора наилучшим образом отражают степень насыщенности материальными ресурсами сферы медицинской помощи: общие расходы на здравоохранение в объеме ВВП; затраты, выделяемые государством на медицинскую помощь; доля расходов государства

на здравоохранение от общих расходов государственного бюджета; личные расходы населения для получения услуг по поддержанию здоровья. Рассмотрим, как изменялись эти показатели в процессе реформирования здравоохранения.

Общие расходы на здравоохранение в объеме ВВП

Обращаясь к советскому периоду, важно отметить, что в последние годы существования СССР финансирование здравоохранения претерпело значительное сокращение. Это было связано с замедлением темпов развития экономики, и следовательно, оскудением государственного бюджета, на который были почти полностью возложены затраты на содержание здравоохранения. Значительную роль сыграл и остаточный принцип распределения ресурсов, здравоохранение не относилось к отраслям приоритетного финансирования. По данным авторов того периода, если в 1960-е годы общие расходы на здравоохранение были вполне удовлетворительными и составляли 6–6,5% ВВП, то в конце 1980-х этот показатель сократился до 3–3,5% (Экономика здравоохранения 2004).

После распада страны общие затраты на финансирование здравоохранения резко сократились, в первый же год реформ (1992) их объем составил 2,5% ВВП. Введение в 1993 году системы обязательного медицинского страхования позволило несколько увеличить объем затрат, их величина стала равна 3,7% ВВП. И уже с 1995 года совокупные расходы на здоровье превышают 5% ВВП (Global Health).

Однако это не улучшило ситуации с объемом финансирования системы здравоохранения в целом: в сопоставимых ценах расходы на медицинскую помощь значительно упали по сравнению с предыдущим годом, общий объем финансирования в 1995 году был почти на 20% меньше, чем в 1994 году (Шишкин 2000). Такое положение дел возникло, прежде всего, из-за коллапса экономики. По итогам предшествующего года ВВП снизился на 14,5% (Data The World Bank. GDP growth). По базе данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ расходы на медицинскую помощь выросли в 1997 году до 7,1% ВВП, а в сопоставимых ценах их величина вернулась к уровню 1994 года. Безусловно, эту сложную ситуацию в финансировании здравоохранения усугубил кризис 1998 года, в результате которого произошло постепенное снижение доли расходов на меди-

цинскую помощь, их доля относительно ВВП составила 6,6%, особенно пострадали бюджетные отчисления на здравоохранение.

Общепризнанно, что производство в России катастрофически упало в 1990-е годы. По свидетельству публикаций тех лет приводятся данные о том, что реальное сокращение ВВП за период 1991–1998 годов до возобновления экономического роста составило 40% (Глазьев, Кара-Мурза и др. 2003; Shleifer, Treisman 2004). Соответственно сокращались и душевые затраты на медицинскую помощь. По данным ВОЗ, в 1991 году этот показатель составлял 236,5 долларов (в текущих ценах), постепенно снижаясь к 1995 году почти наполовину (47,8%) (Европейская база данных 2014). Характерно, что самое большое уменьшение затрат на душу населения наблюдалось в пики смертности и заболеваемости — 1994 и 2000 год.

С 1999 года начался стабильный рост российской экономики. С этого времени вплоть до 2009 года, когда Россия была вовлечена в мировой финансовый кризис, темпы роста ВВП составляли в среднем 6,5% ежегодно. Данные Росстата свидетельствуют о довольно быстром росте затрат на охрану здоровья в России, в номинальном выражении с 2000 по 2008 год они выросли с 1827 до 15 531 рубля на душу населения в год, или в 8,5 раза, что составило к концу этого периода 1030 долларов по паритету покупательной способности (Российский статистический ежегодник 2012; Global Health).

Прослеживая макроситуацию в стране после финансового кризиса 2009 года, следует заметить, что, несмотря на снижение темпов экономического роста в последние годы, ВВП растет в среднем ежегодно на 4%, в то же время объем финансирования здравоохранения до сего времени продолжает оставаться на уровне 5–6% ВВП. Сравнение общих расходов на здравоохранение, исчисляемых в процентах от ВВП, в нашей стране с другими странами Европейского региона и СНГ в 2012 году показывает, что этот ключевой показатель обеспечения медицинской помощи ниже, чем в среднем по государствам бывшего Советского Союза, и значительно отстает от аналогичного показателя Европейского союза. Среди двенадцати государств СНГ Россия занимает седьмое место по доле расходов в ВВП, страны же, входящие в объединенную Европу, почти все, кроме Румынии, тратят на здравоохранение больше, чем мы (Date the World Bank. Health expenditure total). Такую же картину показывает и анализ расходов на душу населения, правда, по этому показателю мы занимаем первое место среди стран СНГ, но сравнение со странами семерки, где соответствующие

затраты составляют больше пяти тысяч долларов, свидетельствует, что российские затраты на охрану здоровья выглядят более чем скромными (Data the World Bank. Health expenditure per capita). В целом можно сделать вывод о том, что Россия занимает очень низкие места в международных рейтингах по доле общих затрат на здравоохранение в ВВП.

Между тем подчеркнем еще раз, что здоровье населения любой страны в значительной мере определяется уровнем развития здравоохранения. В своих обзорах ВОЗ приводит линейную зависимость между общими расходами на здравоохранение на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни. Так, при показателе общих расходов на здравоохранение на душу населения 100–500 долларов ожидаемая продолжительность жизни составляет 47–67 лет; при увеличении затрат до 1000 долларов средняя продолжительность жизни увеличивается до 70–75 лет, а в промежутке 1000–3000 долларов средняя величина рассматриваемого показателя увеличивается до 75–80 лет (World health statistics 2010).

Результаты многочисленных эмпирических исследований показывают, что уровень общих расходов на здравоохранение в стране, как правило, увеличивается с ростом ВВП (Borger, Smith et al. 2006; Bloom, Canning 2000). Так, по оценке экспертов, в развитых странах расходы на здравоохранение находятся в прямой зависимости от объемов ВВП, в то время так в странах, проводящих экономические и политические преобразования, уровень расходов на здравоохранение в значительной мере зависит от принятых политических приоритетов развития (Tompson 2006). Общая практика состоит в следующем алгоритме: страны с валовым внутренним продуктом ниже 10 тыс. долларов на душу населения выделяют на здравоохранение менее 6% ВВП. По мере роста национального богатства на душу населения государства с более высокими уровнями доходов тратят на здравоохранение 7–10% ВВП (World health statistics 2012). Россия довольно сильно отклоняется от общей траектории, характеризующей связь экономического развития с расходами на медицинское обслуживание не только в период трансформационного кризиса, но и в период экономического подъема.

В Стратегии социально-экономического развития страны до 2020 года, разработанной по заказу российского правительства, экспертами Высшей школы экономики рассматривается и раздел, касающийся политики охраны здоровья в ближайшей перспективе (Стратегия 2020... 2013). В этом документе предлагается увеличение

доли расходов на здравоохранение в ВВП с ориентацией на страны, лидирующие в области охраны здоровья. Например, во Франции, Швейцарии, Австрии, Германии показатель продолжительности жизни приближается к 80 годам, и именно в этих странах общие расходы на медицинскую помощь составляют больше 11% от ВВП. В нашей же стране общий объем финансирования медицинских услуг не увеличивается на протяжении последних лет, и в ближайшей перспективе, несмотря на настойчивые и весьма аргументированные предложения специалистов, по-прежнему в лучшем случае составит примерно 6% (Европейская база 2014; Основные направления 2013).

Государственные расходы

Традиционная классификация систем здравоохранения по признаку организации и методов финансирования оказания медицинских услуг обычно представлена в виде трех моделей. Это так называемые бюджетная модель, при которой расходы на медицину финансируются за счет налогов, поступающих в бюджет; социально-страховая, где ресурсы здравоохранения формируются за счет страховых взносов организаций, предприятий, и частное медицинское страхование, которое финансируется или работодателями, или самими гражданами. В нашей стране с момента рыночных преобразований, как известно, была введена бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, которая, по сути дела, включает все три способа ресурсного обеспечения медицинской помощи. Следует отметить, что реформы здравоохранения в 1990-е годы были направлены на разрушение государственной модели, основанной почти исключительно на бюджетном финансировании, и создание новой системы, включающей кроме затрат из бюджетных источников и принцип обязательного медицинского страхования. Основная причина создания двухканальной системы обеспечения затрат состояла в недостаточности государственных средств, в силу чего нужно было мобилизовать ресурсы из других источников. Предполагалось, что создание новой системы, основанной на принципах медицинского страхования, поможет исправить положение. И, начиная с 1993 года, была введена бюджетно-страховая модель финансирования, то есть общие расходы государства на здравоохранение складывались из двух источников: бюджетов разных уровней и средств фонда обязательного медицинского страхования.

Достаточно распространенная и убедительная позиция, на наш взгляд, состоит в том, что системы финансирования, в большей степени опирающиеся на государственные затраты, как правило, легче достигают поставленных целей в сфере охраны здоровья населения, обеспечивают контроль над расходами и значительно лучше реализуют достижение общенациональных приоритетов, и прежде всего, равный доступ населения к медицинской помощи, что полностью соответствует принципам социальной справедливости (Kutzin 2008; Чубарова 2011; Реформы финансирования 2011). Таким образом, государственное финансирование медицинских услуг соответствует одновременно экономической эффективности и социальной справедливости, обеспечивая достижение баланса между ними. Очевидно, что в качестве ключевых контекстуальных факторов объема затрат, выделяемых на поддержку здравоохранения, выступает размер национального дохода и бюджетная обеспеченность, но не меньшую роль играют и приоритеты распределения ресурсов, в частности, соотношение между государственными затратами и частными источниками в деле обеспеченности здоровья населения.

Первые годы реформирование системы здравоохранения происходило в условиях постоянного сокращения бюджетов различных уровней, в силу макроэкономической ситуации, сложившейся в стране. Падение ВВП почти на 40% уменьшило источники финансирования всех социальных программ, в том числе и выделенных средств на медицинскую помощь. Частично оскудение бюджетных ресурсов в незначительной степени компенсировалось взносами работодателей на обязательное медицинское страхование. Однако в целом введение двухканального финансирования (через бюджет и фонды ОМС) не оправдало ожиданий по увеличению финансовых потоков, направлявшихся в здравоохранение. Затяжной экономический и бюджетный кризисы обусловили сокращение финансирования государством медицинской помощи. По данным С. Шишкина, в 1993 году, когда были установлены взносы на ОМС, собранные средства, действительно, стали дополнением к бюджетным ассигнованиям, но уже в 1994 году объем государственного финансирования здравоохранения уменьшился. В постоянных ценах падение составило 9% по сравнению с 1993 годом, а в 1995 году — больше чем на четверть (26%) по отношению к предыдущему году (Шишкин 2000). Произошло не дополнение бюджетного финансирования обязательными страховыми платежами, а частичное замещение одного другим. Оценивая ситуацию с финансированием

из бюджета, эксперты отмечают, что оно никогда больше не достигало уровня 1991 года (Tragakes, Lessof 2003). Взносы на ОМС скорее заместили, чем дополнили бюджетное финансирование. Государственные затраты, которые в реальном выражении в 1993 году возросли, отчасти благодаря введению ОМС, продолжали сокращаться — к 1999 году их величина составила лишь две трети от уровня 1991 года (Государственные расходы 2008).

По данным ВОЗ, начиная с 1995 года, на протяжении десяти лет (по 2004 г.) доля расходов федерального и местных бюджетов и средств обязательного медицинского страхования в общем объеме затрат на здравоохранение значительно уменьшилась — с 73,9 до 60%. В годы бурного роста экономики государственные расходы несколько увеличились: так, в 2009 году их величина составила 67% от общих затрат на здравоохранение. Но этот тренд не сохранился, в последние годы наблюдается активное уменьшение роли правительства в обеспечении здоровья населения, и вновь государственные затраты находятся на уровне начала 2000-х годов: их величина в 2011 году равна 59,8% от общих затрат на здравоохранение (Европейская база 2014). Сравнение со странами Европейского региона показывает, что доля общественных расходов там значительно больше, чем в нашей стране, государственные затраты этих государств составляют три четверти (74,9%) общих расходов на медицинскую помощь (World health statistics 2011). Причем важно отметить, что свою задачу они видят в оптимизации не только государственных, но и личных расходов граждан на здравоохранение.

Неблагоприятное впечатление оставляет и динамика государственных затрат относительно ВВП. Начиная с 1995 года и по настоящее время государство расходовало на здравоохранение не больше 4% ВВП, а в лучшие годы экономического подъема (2005—2007 гг.) всего лишь 3% (Европейская база 2014). По прогнозу бюджетной политики, составленному Министерством финансов РФ на 2015—2016 годы, этот показатель планируется уменьшить до 3,4% от ВВП (Основные направления бюджетной политики 2013). Такое положение свидетельствует о постоянном снижении участия государства в заботе о здоровье населения. Это особенно отчетливо видно при сравнении с большинством стран ЕС, где расходы государства составляют 7—9% от ВВП, а в ряде восточноевропейских стран, проходивших путь модернизации системы здравоохранения, схожий с реформами в нашей стране, общественные расходы на содержание медицины составляют 5—6% (Global Health).

Следует обозначить еще один аспект незначительного объема государственных затрат относительно ВВП. Специалисты ВОЗ считают, что во всех странах часть населения нуждается в защите от финансовых рисков при использовании медицинской помощи за счет государственных расходов в сфере здравоохранения, но действие такой защиты редко распространяется на большинство населения, когда эта доля составляет менее 5% ВВП (Доклад о состоянии здравоохранения 2013).

Обычно ключевым фактором в объеме государственных расходов на здравоохранение является благоприятная финансовая ситуация в стране. Ряд международных исследований демонстрирует, что более богатые страны обычно более эффективно мобилизуют налоговые поступления, это позволяет формировать высокий уровень государственных расходов в процентах от ВВП (Schieber, Maeda 1997; Gottret, Schieber 2006). Такая связь между национальным доходом и бюджетной обеспеченностью, безусловно, чрезвычайно важна для государственных расходов на здравоохранение. Однако, как свидетельствуют данные, полученные при анализе финансирования здравоохранения стран с переходной экономикой, существуют значительные отклонения от общей тенденции. Так, при близком уровне ВВП на душу населения в Венгрии и Эстонии общие государственные расходы в Венгрии были почти на 18 процентных пунктов выше. Аналогично государственные расходы в Белоруссии были приблизительно в 2,1 раза выше, чем в Казахстане (47% по сравнению с 22% ВВП) (Реформы финансирования здравоохранения 2011). Это означает, что изменения в бюджетной обеспеченности здравоохранения объясняются не только общими финансовыми условиями, одновременно большую роль играют приоритеты, которые расставляет правительство при распределении ресурсов, или, иначе говоря, на уровень государственных расходов на здравоохранение влияет то обстоятельство, насколько здоровье населения оценивается как важный приоритет социального и экономического развития. Известно, что в советской экономике здравоохранение, так же как и вся социальная сфера, финансировалось по остаточному принципу, то есть считалось сектором с низким приоритетом, в отличие от оборонной и тяжелой промышленности. Анализ динамики государственных расходов на здравоохранение в общих затратах государства, куда входят финансирование военных расходов, национальной безопасности и отраслей социальной сферы, показывает, что этот показатель составлял в середине 1990-х около 9%. К 2000 году он несколько вырос (12,7%) и с тех пор начал падать до значения сере-

дины 90-х годов. К 2010 году доля расходов правительства на здравоохранение уменьшилась до 9,7% от общих государственных расходов, в 2012 году наблюдалось небольшое повышение (10,3%), однако, начиная с 2013 года, доля рассматриваемого показателя в общих расходах правительства продолжает снижаться. По данным Министерства финансов, на здравоохранение в 2013 году было выделено 9,8% общих затрат бюджета, а прогнозные цифры на 2015–2016 годы указывают на очередное снижение средств, выделяемых на поддержание здоровья, в общем объеме государственных расходов рассматриваемый показатель снижается до 9,6% (Основные направления 2013).

Сравнение расходов на здравоохранение и других бюджетных затрат показывает, что темпы роста затрат, в частности на оборону, значительно опережают аналогичные показатели в сфере поддержания здоровья. Так, по данным Мирового банка, расходы федерального бюджета за 2013 год сократились, прежде всего, за счет расходов на социальную сферу на 2,8%, в том числе и за счет уменьшения федеральных ассигнований в бюджет ФОМС в размере 0,3% ВВП (Ежемесячные тенденции 2014). В то же время расходы на оборонный комплекс увеличились на 0,2% и составили в 2013 году 3,4% ВВП, и в дальнейшем намечается увеличение этих затрат (Основные направления 2013). Для сравнения — в США общие затраты на здравоохранение приближаются к 18% ВВП, в то время как военные расходы составляют 3,8% от общей суммы национального богатства страны (Trends in world 2013). Именно к такому соотношению военных расходов и всех товаров и услуг, произведенных за год во всех отраслях экономики, мы стремимся в ближайшее время (2015–2016), доля затрат на национальную оборону в ближайшем будущем составит 3,8% ВВП. Напомним, что доля всех расходов (государственных и частных, в т.ч. личных) на здравоохранение в нашей стране равна 6,3% ВВП.

Разумеется, государственные расходы на здравоохранение составляют большую нагрузку на финансовую систему в любой стране. По данным исследований Международного валютного фонда (МВФ), совокупные расходы на здравоохранение в странах с развитой экономикой и государствах с формирующимся рынком существенно выросли в последние десятилетия (Clements, Coady et al. 2011). В качестве основных причин этого роста рассматриваются, главным образом, во-первых, увеличение продолжительности жизни населения многих стран, что естественно сопровождается старением населения, и, во-вторых, развитие самого здравоохранения, именно в эти

годы наблюдался взрывной рост научно-технических достижений, внедряемых в медицину. Стремительное увеличение затрат заставляет правительства практически всех стран стремиться к сдерживанию государственных расходов. Наиболее многообещающие стратегии по экономии расходов государства связаны с сочетанием механизмов сдерживания затрат и реформами по повышению эффективности осуществления расходов. К их числу относятся бюджетные ограничения для стационаров и других медицинских учреждений; координация между врачами общей практики и специалистами с целью предотвращения ненужных услуг; рacionamento использования высокотехнологического оборудования. Большую роль в этом процессе отводят применению различных рыночных механизмов, и в частности, развитию конкуренции между страховщиками и организациями здравоохранения, использованию в большем объеме частных услуг. Последнему направлению, касающемуся расширения объема частных услуг, уделяется особое внимание, так же как и реформам, которые увеличивают долю расходов, оплачиваемых пациентами, за счет повышения соплатежей или расширения частного страхования. Столь пристальное внимание к этой стратегии объясняется полученными исследовательскими результатами, свидетельствующими о том, что внедрение рыночных механизмов может оказать мощное влияние на экономию государственных расходов, это сокращение может составлять примерно до половины процента в объеме ВВП (Thomson, Busse et al. 2013). То есть такая стратегия может значительно уменьшить величину расходов правительства на здравоохранение. Однако авторы исследования справедливо отмечают, что во всех государствах механизмы по участию населения в расходах в виде личных платежей или соучастия в оплате медицинской помощи вызывают опасения, касающиеся принципа справедливости, и должны сопровождаться мерами, обеспечивающими сохранение доступа малоимущих и хронических больных к медицинскому обслуживанию.

Странам с формирующимся рынком, а Россия относится именно к этому классу стран, где здоровье населения значительно хуже по сравнению со странами с развитой экономикой, рекомендуются другие стратегии. Прежде всего, необходимо более широкое проведение реформ по повышению эффективности системы здравоохранения. Задача правительства в этих условиях состоит в увеличении доли государственных расходов на медицинскую помощь, в частности для

улучшения деятельности первичной помощи, укрепления профилактической работы и контроля неинфекционных заболеваний.

Подводя некоторый итог анализу государственного обеспечения здравоохранения в нашей стране, можно сказать, что его доля в общих расходах за период 1995–2012 годов сократилась с 73,9% до 61,0%. Оценивая же величину затрат государства, следует отметить, что Россия расходует не только меньше средств на государственную систему поддержки здоровья, чем страны ЕС, но и значительно меньше, чем позволяет экономический уровень развития страны.

Между тем, как показал ряд исследований, именно государственные расходы являются важной детерминантой уровня личных платежей населения в момент получения медицинской помощи (Gottret, Schieber 2006; Kutzin 2008). Степень такой зависимости имеет важные последствия для политических целей, и в частности, для финансовой защиты населения.

Личные расходы населения

Личные платежи населения широко используются при финансировании здравоохранения практически во всех странах. В менее развитых обществах личные платежи применяются в силу ограниченности ресурсов, когда правительство не может увеличить финансирование здравоохранения и часто не занимается разработкой и применением схем предварительной оплаты. Ключевой проблемой такого регулирования является вопрос, каким способом будет решаться проблема несоответствия между государственными гарантиями бесплатного оказания медицинской помощи населению и реальными условиями ее получения. Довольно часто в такой ситуации медицинские работники оказываются в тяжелом положении, получая низкую зарплату, дополняемую иногда неформальными платежами. При таком сценарии многие правительства выбирают использование личных расходов пациентов для поддержания, главным образом, уровня заработной платы работников здравоохранения и обеспечения большей доступности медицинских услуг. В развитых странах обычно использование личных платежей применяется как инструмент сдерживания роста расходов. Экономические основания применения платежей с потребителя состоят в том, что затраты пациентов, возможно, снижают спрос на медицинские услуги в рамках бюджетного и страхового финансирования медицинского обслуживания. Вместе с тем анализ полемики,

посвященной пользе более широкого применения личных платежей в системе финансирования здравоохранения, свидетельствует о различных подходах к их оценке. Как утверждает ряд экономистов, полный переход к государственному финансированию ведет к чрезмерному пользованию услугами («риск недобросовестности»), а это наносит ущерб медицинским учреждениям, они становятся менее рентабельными (Wagstaff, Doorslaer et al. 1999). С чисто экономической точки зрения любое сокращение пользования услугами здравоохранения, обусловленное распределением затрат между государством и потребителями, повышает рентабельность системы, независимо от влияния на здоровье. Однако другие исследователи поставили под сомнение уместность использования понятия «рентабельность» применительно к здравоохранению (Horne, Abells 2004). Они полагают, что рентабельность в здравоохранении следует оценивать относительно какого-то внешнего критерия, например выигрыша в здоровье. Иными словами, получение рентабельного результата при введении личных платежей можно считать только в том случае, когда не происходит ухудшения здоровья. Следовательно, распределение затрат между государством и населением сокращает расходы, не нанося ущерба здоровью, только в том случае, если предусмотрены механизмы, освобождающие бедные слои населения от частичной оплаты медицинской помощи (Thomson, Busse et al. 2013). Надо сказать, многочисленные исследования, проведенные в странах ЕС, не приводят убедительных данных, свидетельствующих о том, что введение личных платежей не ведет к долгосрочному сдерживанию расходов (Thomson, Foubister, Mossialos 2010).

Попробуем в свете вышеизложенного посмотреть на введение личных платежей в нашей стране с момента реформирования системы здравоохранения. Исследователи, пытающиеся обрисовать финансирование системы медицинской помощи в начальный период преобразований, сталкивались с большими трудностями. Отмечалось, что не всегда удавалось найти необходимые данные о зарегистрированных финансовых потоках и в силу этих обстоятельств довольно трудно было оценить действительный объем личных средств, поступающих в здравоохранение. Кроме того, в начальный период реформирования здравоохранения отсутствовал ряд показателей, принятых ВОЗ для характеристики расходов на здравоохранение, особенно личные затраты населения (Шишкин 2000; Tragakes, Lessof 2003). Это привело к тому, что упорядоченная статистика личных затрат населения на медицинскую помощь ведется только с 1995 года.

Сведения Европейской базы данных «Здоровье для всех» позволяют оценить рост затрат на платные медицинские услуги и приобретение медикаментов только с 1995 года. Так, в начале реформы доля личных расходов граждан на медицинскую помощь и лекарства составляла 17% от общих затрат на медицинскую помощь, но к 2000 году этот показатель вырос почти в два раза и стал равен 30% всей суммы расходов на поддержание здоровья населения России. Причины такого стремительного роста заключались в том, что государство при столь резком падении экономики (напомним, что глубокий экономический спад продолжался до 1998 года) не могло обеспечить государственными гарантиями бесплатное оказание медицинской помощи населению. Слишком большой разрыв наблюдался между обещанными услугами здравоохранения и реальными условиями их получения населением, об этом многократно упоминается в исследованиях тех лет (Шишкин, Богатова и др. 2002; Шейман 2000; Стародубов, Зелькович и др. 1996). Отметим, что доля государственных затрат в общих расходах на медицинскую помощь за это же время снизилась почти на одну пятую, в 1995 году они составляли почти три четверти всех затрат (73,5%), а уже к 2000 году их величина стала равна чуть больше половины (59,8%). Следующий период относительного благополучия в экономике, когда страна была на подъеме, вплоть до 2009 года, характеризуется незначительными колебаниями доли личных расходов в общем объеме затрат на здравоохранение, они составляют в среднем за эти годы 27,3%, то есть объемы прямого участия населения в финансировании даже несколько сократились. Однако после глубокого кризиса, настигшего нашу экономику в 2009 году, когда падение ВВП составило 7,8%, проводившаяся политика правительства вновь привела к увеличению личных платежей семей за медицинскую помощь, и в 2012 году их величина составила 34,3% от общей суммы расходов на здравоохранение. В целом за этот период (1995–2012) доля личных платежей в структуре общих расходов на здравоохранение увеличилась более чем в два раза. В странах ЕС за эти годы, несмотря на мировой кризис, наблюдалось даже некоторое снижение этого показателя от 17,4% до 16,3% (Европейская база 2014). Представляется правомерным сделать вывод о том, что политика, проводимая правительством нашей страны в любых условиях, будь это глубокий кризис 1990-х, или вполне благополучная ситуация 2000-х, нацелена на значительное и растущее участие населения в оплате медицинских услуг.

Сравнение абсолютных затрат населения по паритету покупательной способности за период рыночных трансформаций показывает значительное увеличение личных затрат семей на медицинское обслуживание, то есть подтверждает тот же вывод. Если в 1995 году этот показатель был равен 55,8 долларов на душу населения, уже к 2000 году он вырос в 2,2 раза. По мере ускоренного восстановительного роста экономики и доходов населения увеличивались и личные расходы на медицинскую помощь: так, в 2012 году их величина достигла 505,5 доллара (Европейская база 2014). В целом за рассматриваемый период затраты семей из собственных средств на услуги здравоохранения выросли практически в 10 раз, при этом государственные расходы увеличились только в 4 раза. Иначе восстанавливались доходы населения. По данным Центра уровня жизни, реальные денежные доходы достигли предреформенного уровня только для представителей двух верхних квинтилей общего распределения дохода к 2005 году, а третий квинтиль перешагнул этот порог в 2007 году. Люди же, находившиеся в двух нижних доходных группах, а это составляет 40% населения, не смогли восстановить доходы дореформенного периода даже к 2012 году (Овчарова 2014).

Исследователи финансирования здравоохранения в Европейском союзе выражают озабоченность по поводу того, что в некоторых странах, входящих в этот союз, например в Бельгии, Болгарии, Греции, Латвии, Литве, Словакии, Эстонии, отмечается рост личных платежей на 5% за период между 1996 и 2005 годами (Thomson, Foubister Mossialos 2010). Тем не менее, как указывают авторы исследования, эта тенденция (рост личных расходов) вызывает беспокойство, особенно с учетом негативного влияния личных затрат на финансовую защиту семей.

Во всех странах, развитых и развивающихся, проблема финансовых рисков напрямую связана с объемом личных расходов семей на медицинскую помощь. Введение понятия «катастрофические расходы на медицинскую помощь» помогает определить, какая часть населения находится на грани финансового краха и обнищания в связи с прямыми платежами за медицинское обслуживание. Работы такого рода весьма широко представлены в научной литературе (McIntyre, Thiede, et al. 2006; Wagner, Graves, et al. 2011; Tambor, Pavlova, et al. 2013). Общепринятое определение катастрофических расходов на медицинскую помощь рассматривается как такая плата за услуги, связанные со здоровьем, в результате которой уровень потребления в семье опускается ниже минимального (Wagstaff, Doorslaer 2003). В качестве ко-

личественного критерия ВОЗ использует 40% суммы общих доходов домохозяйств. Обнищание домохозяйств является другим показателем непосильных расходов на медицинскую помощь, этот показатель измеряется долей населения, оказывающегося за чертой бедности в результате оплаты полученных медицинских услуг.

Исследования основных детерминант финансовой катастрофы домохозяйств показывают, что основным фактором, способствующим распространению непосильных затрат, выступает доля личных платежей в общем объеме затрат на здравоохранение. На обширном материале, охватывающем данные по 59 странам, показано, что в ситуации, когда прямые личные платежи за медицинское обслуживание составляют выше 15–20% от общих расходов на здравоохранение, вероятность наступления финансового краха домохозяйств резко возрастает (Ху, Evans et al. 2003). Иначе говоря, чем выше доля личных платежей в общем объеме расходов на здравоохранение, тем больше семей сталкиваются с катастрофическими расходами и феноменом бедности.

На российских данных осуществлен ряд попыток оценить значение прямых личных платежей, направленных на получение медицинской помощи, в общем объеме доходов домохозяйств. Первые попытки были предприняты Институтом социальных исследований и Центром международного здравоохранения Бостонского университета во время проведения мониторингового исследования расходов населения на медицинские услуги и лекарства. Эта работа выполнялась в 1997 году, и данные, полученные на основании опроса, показали, что доля расходов на медицинскую помощь в общих семейных доходах составила шестнадцать процентов. Причем в первой квинтильной группе (с наименьшими доходами) платежи на получение платной медицинской помощи и лекарств были почти равны трети семейного дохода (31,7%) — это близко к катастрофическому уровню расходов. Не удивительно, что в этой группе отказались от медицинского обследования 43,3%, от госпитализации — 13,4% респондентов, но самый большой отказ наблюдался от лекарств, рекомендованных врачом: больше половины (58,1%) нуждавшихся в лечении. В целом по всей выборке отказы от лекарств, рекомендованных врачом, и медицинских услуг из-за недостатка денег составляли 50,4% и 36,4% соответственно (Бойков, Фили и др. 1998). По мере развития общероссийских обследований бюджетов домашних хозяйств (НОБУС-2003) и мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) появилась новая

информация, которая позволила оценить катастрофические расходы на медицинскую помощь с использованием разных пороговых значений этого показателя. По данным российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, предпринимались попытки дважды оценить долю домохозяйств, испытывающих тяжелое бремя расходов на лечение. При исследовании катастрофических расходов в ряде стран, предпринятом различными авторами, в их число была включена и Россия. По данным РМЭЗ за 1998 год, при пороговом значении затрат на медицинскую помощь, равном 40% от доходов домохозяйств за вычетом трат на питание, было рассчитано, что доля населения, страдающего от непосильных расходов, составила 7,2% (Xu, Evans et al. 2007). Использование результатов опроса, проведенного в 2002 году, показало, что за эти годы несколько уменьшилось количество людей с катастрофическими расходами: их доля стала равна 5,6% (Xu, Saksena et al. 2010). Наблюдаемая тенденция вполне объяснима: за эти годы (1998–2002 гг.) реальные доходы населения выросли довольно значительно — на 44,8% (Овчарова 2014).

Последний расчет этого показателя, который нам удалось обнаружить, касался опроса РМЭЗ, проведенного в 2011 году (Селезнева 2012). Методика расчета несколько отличалась от предшествующих исследований: в данном случае учитывались катастрофические расходы отдельно на амбулаторную и стационарную помощь. Полученные результаты показали, что доля людей, испытывающих серьезные финансовые трудности при пользовании поликлинической помощью, составила 6,4%, а пребывание в больнице поставило на грань катастрофы 11,6% домохозяйств. Результаты комплексного наблюдения условий жизни населения во всех субъектах Российской Федерации, проведенного Федеральной службой статистики в 2011 году, показывают, что ограничения доступа к необходимым услугам медицинской помощи из-за финансовых проблем значительно уменьшились по сравнению с концом 1990-х. Отказ от лечения в медучреждениях в случае предоставления медицинских услуг только на платной основе составил 5,7%, но почти каждый пятый (17,1%) отказывался от покупки лекарств из-за отсутствия денежных средств (Причины необращения... 2011).

Обычно степень изменения финансовой защиты населения видна по оценке доли семей, сообщающих о катастрофическом размере расходов на медицинскую помощь за определенный период времени. В России, судя по приведенным данным за рассматриваемый период

с 1998-го по 2011 год, показатель, характеризующей долю населения, стоящего на грани финансовой катастрофы из-за расходов на лечение, изменился в лучшую сторону. Но следует заметить, что при сравнении этого индикатора с аналогичным показателем других стран напрашивается неутешительный вывод. Исследование, посвященное выявлению численности семей, испытывающих катастрофические расходы, которое охватывало восемьдесят пять стран, относящихся к различным регионам мира, показало, что Россия занимает 79-е место по возрастающей шкале численности домохозяйств, несущих непомерные расходы на лечение (Xu, Saksena et al. 2010). В нашей стране наблюдается самый высокий уровень катастрофических расходов по сравнению со странами, входящими в СНГ, за исключением Азербайджана, где почти каждый десятый (7,25%) испытывает финансовые риски, связанные с лечением. В Белоруссии риски финансовых угроз составляют полпроцента (0,56%), в Армении, Казахстане, Киргизии — чуть больше 2%. В Молдавии и Таджикистане доля людей, находящихся в тяжелом материальном положении из-за расходов на медицинскую помощь, была равна 4,8% и 4,3% соответственно, но все-таки этот индикатор меньше, чем в России. Большинство развитых стран продвинулись в создании институтов социального страхования или налогообложения, предназначенных для финансирования системы здравоохранения, которые защищают домохозяйства от катастрофических затрат в случае необходимости получения медицинской помощи. Среди этих стран только небольшое количество государств (например, Португалия, Греция, Швейцария и США) имели полпроцента домохозяйств, стоящих на пороге катастрофических затрат на здравоохранение (там же).

Попытка оценить финансовые риски населения по критерию удельного веса личных платежей в общем объеме затрат на здравоохранение показывает примерно ту же картину. За пять лет, с 1995-го по 2000 год, доля личных расходов в общем объеме средств, потраченных на медицинскую помощь, выросла с 16,9 до 30%, то есть почти треть затрат к концу 1990-х оплачивалась населением в момент получения медицинской услуги. Действия правительственных органов в области финансирования здравоохранения не изменились к лучшему и в последующие годы. Прямые расходы домохозяйств в 2012 году составляют 34,3% от общих вложений в здравоохранение, то есть снова наблюдается, после краткого периода уменьшения личных затрат

домохозяйств, увеличение финансирования охраны здоровья за счет расходов населения (Европейская база 2014).

Безусловно, наши показатели сильно отличаются от значений 15–20% к общим затратам на охрану здоровья, которые ВОЗ предписывает в качестве эффективных мер защиты населения от финансовых рисков при формировании государственной политики в области обеспечения ресурсами здравоохранения. По расчетам исследователей, если доля личных платежей в общем объеме расходов на здравоохранение достигает 30–40%, то количество домохозяйств, терпящих финансовую катастрофу, достигает не меньше 5%, а около 2% попадают за черту бедности (Доклад о состоянии здравоохранения 2010). Уместно, на наш взгляд, привести результаты исследования, проведенного в 92 странах, где проживают 89% населения мира, которые говорят о том, что ежегодная частота случаев катастрофических расходов на здравоохранение приближается к нулю в странах со сложившимися системами социальной защиты, но доходит до 11% в странах, лишенных таких систем. В 37 из 92 обследованных стран ежегодная частота возникновения финансового краха превышала 2%, а в 15 странах она составляла более 4% семей (Доклад о состоянии здравоохранения 2013). Более трети (34,3%) личных прямых расходов на здравоохранение в общем объеме средств, идущих на поддержание здоровья нации, относят нас к небольшой группе стран, в которых наблюдается слабая защита населения от финансовых рисков в связи с получением медицинской помощи.

Мы не раз отмечали общую позицию специалистов, заключающуюся в том, что расходы на здравоохранение в нашей стране являются низкими по сравнению со странами с аналогичным уровнем ВВП на душу населения, и ситуация с личными расходами, на наш взгляд, подтверждает эту оценку (Bloom, Malaney 1998; Русинова, Панова, Сафронов 2008; Лангенбруннер, Гиуффрида, Салахутдинова 2011; Партнерство Всемирного банка 2013, 2014). Можно сказать, что общая макроэкономическая политика по-прежнему не только создает условия для роста личных платежей населения, но и способствует существованию больших объемов катастрофических затрат домохозяйств на получение медицинской помощи. Вопрос о том, как обеспечить и поддерживать должный уровень защиты от финансовых рисков, является для нашей страны актуальным до сих пор.

Заключение

Общий вывод, который позволяет сделать проведенный анализ, состоит в том, что расходы на здравоохранение в нашей стране не соответствуют уровню экономического развития не только в период трансформационного кризиса, но и в период экономического подъема. Уровень расходов в объеме ВВП длительное время составляет не больше 6%. Оценивая вклад государства в заботу о здоровье населения, важно отметить, что Россия расходует меньше средств на государственную систему здравоохранения по сравнению с другими странами подобного уровня развития. Характеризуя связь экономического развития страны с расходами на медицинское обслуживание, прежде всего следует отметить чрезвычайно низкий приоритет здоровья в общественном сознании и политике государства.

Личные расходы населения на медицинскую помощь выросли с начала 1990-х более чем в два раза и составили больше трети общих расходов на здравоохранение. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что политика, проводимая правительством нашей страны в любых условиях, будь это глубокий кризис 1990-х или вполне благополучная ситуация 2000-х, нацелена на значительное и растущее участие населения в оплате медицинских услуг. Это означает, что ресурсная обеспеченность здравоохранения объясняется не только общими финансовыми условиями страны, одновременно большую роль играют приоритеты, которые расставляет правительство при распределении ресурсов.

Источники

- Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С.* Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. 1998. № 10. С. 101–117.
- Глазьев С.Ю., Кара-Мурза С. Г., Батчиков С.А.* Белая книга. Экономические реформы в России 1991–2001 гг. М.: Эксмо, 2003.
- Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения. Всемирный Банк. 2008. URL: http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf
- Демографический ежегодник России. 2013 год. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_16/main.htm

- Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ. 2010, 2013.
- Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB). Европейское региональное бюро ВОЗ. Обновлено: апрель 2014 г. URL: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html
- Ежемесячные тенденции экономического развития России. 2014.
URL: <http://www.worldbank.org/ru/country/russia/brief/monthly-economic-developments>
- Лангенбруннер Д., Гиуффрида А., Салахутдинова С.* Комментарии специалистов Всемирного банка к докладу о результатах работы экспертной группы «Здоровье и среда обитания человека». 2011 г.
URL: http://strategy2020.rian.ru/g11_news/20111202/366215519.html
- Овчарова Л.Н.* Динамика монетарных и немонетарных характеристик уровня жизни российских домохозяйств за годы постсоветского развития: аналитический доклад / рук. авт. кол. Л.Н. Овчарова, А.Я. Бурдяк, А.И. Пишняк, Д.О. Попова, Р.И. Попова, А.М. Рудберг. М.: Фонд «Либеральная Миссия», 2014. URL: <http://www.hse.ru/data/2014/04/10/1320216966/ovcharova.pdf.pdf>
- Основные направления бюджетной политики на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов. 2013. URL: <http://government.ru/media/files/41d47b423d16db7f8be6.pdf>
- Партнерство Всемирного банка и Российской Федерации. Краткая характеристика российской программы. 2013, 2014 гг.
URL: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Russia-Snapshot-rus.pdf>
- Причины необращения за медицинской помощью в медучреждения и получение медицинской помощи из других источников. 2011.
URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ/survey0/data/3-10_1-46.doc
- Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой / под ред. J. Kutzin, С. Cashin, М. Jakob. ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011.
- Римашевская Н.М., Мигранова Л.А., Молчанова Е.В.* Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. 2011. № 1. С. 38–49.
- Российский статистический ежегодник. 2012.
- Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В.* Кризис здоровья в современной России: цена реформ и последствия для развития общества // Глобализация в российском обществе: сб. науч. трудов / отв. ред. И.И. Елисеева. СПб.: Нестор-История, 2008. С. 266–349.
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В.* Социальная стратификация здоровья в России: тенденции в 1990-е и 2000-е гг. Социологический журнал. 2012. № 1. С. 28–46.
- Селезнева Е.В.* Участие различных групп населения России в оплате медицинской помощи // XII апрельская международная научная конференция

- по проблемам развития экономики и общества / отв. ред. Е.Г. Ясин. Т. 4. М.: Изд. дом Высш. шк. экономики, 2012. С. 192–202.
- Стародубов В.И., Зелькович Р.М., Исакова Л.Е., Комаров Ю.М., Кручини-на С.С., Макарова Т.Н., Михайлова Ю.В., Шейман И.М.* Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации // Экономика здравоохранения. 1996. № 10/11. С. 10–34.
- Стратегия-2020: Новая модель роста — новая социальная политика. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. Кн. 2 / под науч. ред. В.А. Мау, Я.И. Кузьмина. М.: Дело, 2013.
- Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / ред. Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин / пер. с англ. М.: Весь Мир, 2002.
- Чубарова Т.В.* Финансирование здравоохранения в России: проблемы и решения // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2011. № 20 (432). http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF_NEW201112071104/VSF_NEW201112071104_p_007.htm
- Шейман И.М.* Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000. № 5, 6. С. 47–55.
- Шишкин С.В.* Реформа финансирования российского здравоохранения. Институт экономики переходного периода. Научные труды. 2000. № 25. С. 43–50.
- Шишкин С.В., Богатова Т.В., Потанчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С.* Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Независимый институт социальной политики. М., 2002. URL: <http://www.socpol.ru/publications/pdf/book4.pdf>
- Шишкин С.В.* Вызовы системе здравоохранения России и возможные ответы // Высшая школа экономики. Гайдаровский форум «Россия и мир: 2012–2020» Москва, 20 января 2012 г. URL: <http://acig.ru/gaidar/files/shis>
- Щепин О.П., Медик В.А.* Общественное здоровье и здравоохранение. 2012. ГЭОТАР-Медиа.
- Экономика здравоохранения / под общ. ред. А.В. Решетникова. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР–МЕД, 2004.
- Bloom D., Canning D.* The Health and Wealth of Nations // Science. 2000. Vol. 287(5456). P. 1207–1209.
- Bloom D., Malaney P.* Macroeconomic Consequences of the Russian Mortality Crisis // World Development. 1998. Vol. 26 (11). P. 2073–2085.
- Borger C., Smith S., Truffer C., Keehan S., Sisko A., Poisal J. and Kent V.C.* Health Spending Projections Through 2015: Changes On The Horizon // Health Affairs 2006. Vol. 25. № 2. P. 61–73.
- Castilla E.J.* Organizing health care — A comparative analysis of national institutions and inequality over time. International sociology. 2004. Vol. 19 (4). P. 403–435.

- Clements B., Coady D., Shang B., Tyson J.* Healing Health Care Finances // Finance & Development. 2011. Vol. 48. № 1. P. 42–45.
- Data The World Bank. GDP growth (annual%) URL: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>
- Data The World Bank Health expenditure, total (%of GDP) URL: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Data The World Bank. Health expenditure per capita (current US\$) URL: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>
- Global Health Expenditure Database WHO URL: <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>
- Gottret P., Schieber G.* Health financing revisited: a practitioner's guide. World Bank. 2006. URL: <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>
- Horne T., Abells S.* Public Remedies, Not Private Payments. Parkland Institute. 2004. URL: http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/parklandinstitute.ca/Content/Pages/2469256337.pdf
- Kutzin J.* Health financing policy: guide for decision-makers. WHO. Health Financing. Policy Paper. 2008. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf
- McIntyre D., Thiede M., Dahlgren G., Whitehead M.* What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? Social Science and Medicine. 2006. Vol. 62(4). P. 858–65.
- Schieber G., Maeda A.* A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. // Schieber G. Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank Conference. 10–11 March 1997. Washington, DC, World Bank. Discussion paper 1997. № 365 URL: http://www-ds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/1997/07/01/000009265_3971113151206/Rendered/PDF/multi_page.pdf
- Shleifer A., Treisman D.* Нормальная страна // Transition — Экономический вестник о вопросах переходной экономики. 2004. № 2. URL: <http://siteresources.worldbank.org/INTDECBEYTRANEWLET/Resources/April-June.pdf>
- Suhrcke M., McKee M., Rocco L.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. ВОЗ, 2008.
- Tambor M., Pavlova M., Rechel B., Golinowska S., Sowada C., Groot W.* The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries // European Journal of Public Health. 2013. Vol. 24. № 3. P. 378–385.
- Thomson S., Busse R., Crivelli L., Van de Ven W., Van de Voorde C.* Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. Health Policy. 2013. Vol. 109 (3). P. 209–225.

- Thomson S., Foubister T., Mossialos E.* Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2010. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf
- Tompson W.* Healthcare reform in Russia: problems and prospects. Economics Department. Working papers. 2006. No. 538. URL: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2006\)66](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2006)66)
- Tragakes E., Lessof S.* Health care systems in transition: Russian Federation. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. 2003. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/95936/e81966.pdf
- Trends in world military expenditure. 2013. URL: <http://books.sipri.org/files/FS/SIPRIFS1404.pdf>
- Wagner A., Graves A., Reiss S., LeCates R., Zhang F., Degnan D.* Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey // Health Policy. 2011. Vol. 100. P. 151–158. URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18754en/s18754en.pdf>
- Wagstaff A., Doorslaer E., Burg H., Calonge S., Christiansen T., Citoni G., Gerdttham U., Gerfin M., Gross L., Hakinnen U., Johnso P., John J., Klavue J., Lachaud C., Lauritsen J., Leu R., Nolan B., Peran E., Pereira J., Propper C., Puffer F., Rochaix L., Rodriguez M., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O.* Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of Health Economics. 1999. Vol. 18(3). P. 263–290. URL: http://www.researchgate.net/publication/12762549_Equity_in_the_finance_of_health_care_some_further_international_comparisons
- Wagstaff A., Doorslaer E.* Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. Health Economist. 2003. Vol. 12. P. 921–934.
- WHO. Global Health Expenditure Database. URL: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=1&d=1>
- World health statistics. WHO. 2010, 2011, 2013, 2014.
- Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C.* Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. Lancet. 2003. Vol. 362. P. 111–117.
- Xu K., Evans D., Carrin G., Aguilar-Rivera A., Musgrove P., Evans T.* Protecting Households From Catastrophic Health Spending // Health Affairs. 2007. Vol. 26. № 4. P. 972–983.
- Xu K., Saksena P., Jowett M., Indikadahena C., Kutzin J., Evans D.* Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World Health Report. 2010. Background Paper. № 19.