

ИНДИВИД, СЕМЬЯ, ОБЩЕСТВО

DOI: 10.25990/socinstras.pss-15.yjeh-nn48

Л. В. ПАНОВА, Л. А. КУПРИАНОВ

ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА ДОМОХОЗЯЙСТВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

Работа посвящена анализу финансовой защиты домохозяйств при использовании медицинских услуг в России. К числу ключевых индикаторов, определяющих уровень защищенности семей от финансовых нагрузок при использовании услуг, связанных с сохранением здоровья, выбраны следующие: расходы из собственных средств домохозяйств на медицинское обслуживание, катастрофические личные платежи и разорительные выплаты, которые ведут к обнищанию семей, а также индекс эффективного охвата основных медицинских услуг. Анализ финансовой защиты в России на основе этих показателей позволил прийти к следующим выводам. Показатели финансовой защиты в России выглядят вполне удовлетворительно — и по катастрофическим расходам, и по индикатору обнищания населения из-за личных расходов на медицинскую помощь. Однако это объясняется 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 в нашей стране свидетельствует о том, что значительное число людей не пользуются медицинской помощью, даже когда она необходима.

Ключевые слова: финансовая защита, медицинские услуги, личные расходы, катастрофические платежи, разорительные выплаты.

LYUDMILA V. PANOVA, LEONID A. KUPRIYANOV

FINANCIAL PROTECTION IN HEALTH IN RUSSIA

The work is devoted to the analysis of the financial protection of households when using medical services in Russia. Among the key indicators that determine the level of protection of families from financial burdens when using health-related services, the following were selected: out-of-pocket spending on health care, catastrophic

personal payments and wasteful payments that lead to family impoverishment, and index of essential health services. Analysis of financial protection in Russia based on these indicators led to the following conclusions. The indicators of financial protection in Russia look quite satisfactory — both in terms of catastrophic spending and in terms of the indicator of impoverishment of the population due to personal expenses for medical care. However, this is due not so much to financial security and government support of the population, but to the fact that a large number of households cannot afford to spend money on medical services. The low index of essential health services in our country indicates that a significant number of people do not use medical care, even when it is needed.

Keywords: financial protection, medical services, personal expenses, catastrophic payments, ruinous payments.

Введение

В поздний период Новейшего времени здравоохранение считается одним из обязательств успешно проводимой государственной политики, осуществляемой в любой стране. Но проблемы финансовой защиты населения при использовании необходимых медицинских услуг начали рассматриваться относительно недавно. В 2000 г. доклад Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) об эффективности систем здравоохранения привлек внимание к вопросу о финансовой защите в более широком контексте, а именно при обсуждении вопроса справедливого финансирования здравоохранения (WHO 2000). В 2005 г., на 58-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, были сформулированы обязательства государств — членов ВОЗ по развитию национальных систем здравоохранения (WHO 2005). Один из решающих тезисов ассамблеи заключался в расширении доступности медико-санитарных услуг для всех людей, нуждающихся в медицинской помощи, так, чтобы они не испытывали финансовых барьеров при оплате. В настоящее время считается, что система здравоохранения рассматривается как эффективная, если она не только заботится о здоровье людей, но и защищает их от финансовых трудностей при использовании необходимой медицинской помощи. То есть при получении услуг здравоохранения общество гарантирует каждому человеку получение качественных услуг, в которых тот нуждается, при условии финансовой защиты со стороны государства (WHO 2010). Внимание к данной проблеме и реальная работа по улучшению медицинской помощи, проводимая во многих странах в течение десяти — пятнадцати лет, позволили продвинуться к более

широкому охвату услугами здравоохранения и обеспечению надежной финансовой защиты населения при использовании медицинского обслуживания (Wagstaff et al. 2018).

Финансовая защита населения в сфере здравоохранения подразумевает отсутствие значительных трудностей в денежных средствах при получении необходимой медицинской помощи, речь идет о минимальных размерах платежей из собственных средств домохозяйств за полученные услуги в момент их использования. Как правило, во всех странах, где население охвачено государственным медицинскими услугами, при любой организации здравоохранения — страховой или непосредственно из бюджета, личные платежи обязательно присутствуют. Но важно понимать, какая доля общих расходов на здравоохранение финансируется за счет личных платежей домохозяйств, учитывать необходимость постоянного использования подобных платежей в случае длительного или хронического заболевания и анализировать объем этих выплат относительно общего дохода семьи.

Классическое определение сильной финансовой защиты состоит в том, что расходы домохозяйств из собственных средств присутствуют 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 защиты уязвимых групп населения. Слабая финансовая защита в сфере здравоохранения складывается тогда, когда отмечается недостаточная деятельность государства по выделению средств для финансирования медицинских услуг за счет общего налогообложения (бюджета) или взносов обязательного медицинского страхования. Причины такой ситуации кроются или в низком уровне экономического развития, или в политике, при которой здравоохранение не ставится в приоритеты развития страны. В результате невысокого уровня выделенных государственных средств значительно увеличиваются собственные расходы домохозяйств на оплату медицинских услуг. Это приводит к тому, что домохозяйства должны больше тратить на лечение в случае болезни, и меньше расходовать на другие базовые потребности (например, питание), что может сопровождаться ухудшением состояния здоровья или отказу от медицинской помощи (WHO 2010: 4).

Обычно слабая финансовая защита граждан характерна для бедных стран, поскольку там правительство не может выделять значительные средства из скудного бюджета на здравоохранение. Но всеобщим мнением считается позиция, что и страны с высокими и средними доходами

нуждаются в постоянном анализе финансовой защиты в сфере использования медицинской помощи своего населения (Thomson et al. 2016).

Сложность измерения финансовой защиты делает чрезвычайно трудной разработку единого показателя. Поэтому в исследованиях, посвященных изучению данной тематики, используют довольно широкий спектр показателей, к их числу относятся: расходы из собственных средств домохозяйств на медицинское обслуживание; катастрофические платежи; разорительные выплаты, которые ведут к обнищанию семей; и индекс эффективности охвата услугами здравоохранения (Wagstaff et al. 2018; Hogan et al. 2017; Saksena et al. 2014; Xu et al. 2003).

Мы пытались проанализировать финансовую защиту населения в сфере здравоохранения России по указанным индикаторам. Информационную базу исследования составили статистические данные ВОЗ, России и сведения Глобального мониторинга по всеобщему охвату услугами здравоохранения, проводящегося в 133 странах (2017 г.), под патронажем Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения.

Расходы из собственных средств домохозяйств

Расходы из собственных средств домохозяйств определяются как платежи, осуществленные непосредственно пациентом, в которых ни обязательное страхование, ни частное не покрывает полную стоимость медицинских услуг. Они включают плату по совместным платежам (так называемые соплатежи) и другие расходы, оплачиваемые домохозяйствами, в том числе и неформальные платежи, если их удастся оценить. Нерегулируемые прямые платежи часто представляют собой серьезный барьер в доступе к необходимой медицинской помощи и способствуют созданию финансовых трудностей для населения.

Проблема личных платежей является предметом исследовательского интереса по многим аспектам. В отечественной литературе много авторов занималось анализом становления и особенностями практики оплаты населением медобслуживания в российской системе здравоохранения, а также вопросами доступности услуг, предназначенных для сохранения здоровья (Чубарова 2020; Шишкин 2014). Европейскими аналитиками значительное внимание уделяется вопросам экономических изменений и их влиянию на финансовое положение здравоохранения. В частности, исследование давления глобального финансового и экономического кризиса на изменение бюджетной политики и, как следствие, особенностей формирования финансирования

здравоохранения. Особенно много внимания уделяется политическим действиям по уменьшению финансовой нагрузки в кризисные годы на уязвимые группы населения (Thomson et al.: 17–50 2015). Американские исследователи считают, что личные расходы являются ключевой проблемой организации здравоохранения в стране в силу отсутствия широко развитой системы государственных гарантий для значительной части населения (Kwon et al. 2018).

Финансовые трудности возникают тогда, когда объем личных платежей становится велик относительно платежеспособности домохозяйств. Обоснованием необходимости исследования финансовой защиты во всех странах, независимо от уровня экономического благополучия, является то, что все способы организации системы здравоохранения в той или иной степени используют личные средства семей в виде соплатежей, оплаты лекарств или в других формах. Следовательно, финансовые трудности, возникающие у семей из-за трат на медицинскую помощь, могут стать проблемой в любой стране с низкими, средними и высокими доходами в т. ч. и в России. Объем личных расходов значительно различается в разных системах здравоохранения, собственные расходы домохозяйств зависят в большей степени от того, насколько полно потребность населения финансируется системой государственных гарантий, разработанной в стране.

Проведенный анализ положения с собственными средствами, расходуемыми населением на поддержание здоровья, показывает следующую картину.

Прежде всего, надо отметить постоянное наращивание личных средств в общем объеме финансирования здравоохранения начиная с 2000 г. В это время расходы из собственных средств домохозяйств составляли менее трети от общего объема финансирования этой отрасли, но продолжающаяся политика оплачиваемых непосредственно пациентами расходов способствовала наращению объема этих платежей. К концу десятилетия этот показатель возрос еще на 6%, а в 2017 г. собственные средства домохозяйств еще раз увеличились и составили уже 40% всех расходов на здравоохранение (WHO 2019a).

Такое длительное и неуклонное возрастание личных расходов российского населения в общем объеме затрат на поддержание здоровья свидетельствует об определенной политике в сфере здравоохранения, когда расходы государства на здравоохранение составляют 3,1% от ВПП (Там же). В таких условиях основной пакет медицинских услуг, обеспечиваемый программой государственных гарантий, все меньше удовлетворял потребностям населения. Следует отметить, большинство

исследователей указывают, что финансовая защита улучшается по мере увеличения государственных расходов, а для того, чтобы эта функция реализовалась и была распространена на большинство населения, необходимо, чтобы расходы государства составляли не менее 5% ВВП (Xu et al. 2018: 17).

Тот факт, что домохозяйства с более низкой материальной обеспеченностью, как правило, имеют более высокие потребности в медицинской помощи, еще более усиливает регрессивный характер личных платежей. Высокие личные платежи могут способствовать тому, что менее обеспеченные группы населения меньше пользуются медицинскими услугами по сравнению с более состоятельными людьми, а это значит, что сама система здравоохранения ограничивает возможности для устранения равенства в здоровье (Thomson et al. 2015: 118). Кроме того, по мере оплаты медицинских услуг доход семьи может значительно уменьшиться, и пациенты, возможно, делают выбор между здоровьем и другими важными потребностями, и наконец, могут подтолкнуть домохозяйство к бедности. Учитывая все предпосылки, можно сказать, что в России, финансирующей за счет личных платежей населения почти половину (40%) объема расходов на здравоохранение, ждать в ближайшее время улучшения качества, доступности медицинских услуг и финансовой защищенности населения довольно трудно.

Катастрофические расходы

Считается, что первое и весьма удачное определение катастрофических расходов было дано в 1986 г. Леоном Вышевянским в процессе научного обсуждения политики финансирования здравоохранения, для того чтобы четко разграничивать катастрофические и дорогостоящие расходы на здравоохранение. Термин «финансово-катастрофические расходы» был предложен для описания случаев, когда медицинские расходы были слишком велики по сравнению с платежеспособностью семьи. По рекомендации автора, личные платежи, превышающие 15% годового дохода семьи, следует считать катастрофическими расходами (Wyszewianski 1986: 382).

Период 70–80-х гг. прошлого века, как считается многими аналитиками, был успешным для исследователей, занимавшихся обоснованием теоретических основ финансовой защиты и прикладными поисками, направленными на измерение катастрофических расходов на медуслуги (Hsu et al. 2018: 70). И если концепция финансовой защиты опирается

на основы страхования и экономической ценности уменьшения финансового риска при больших расходах домохозяйств на здравоохранение (Arrow 1963), то катастрофические расходы определяются как платежи семей, превышающие определенную долю денежных ресурсов домохозяйств (Berki 1986: 139).

Следуя современным методам измерения катастрофических расходов на медицинские услуги, выделяют две наиболее часто используемых концепции, зависящие от того, как определяется платежеспособность домохозяйства. При первом подходе платежеспособность относится ко всем финансовым ресурсам, находящимся в распоряжении домохозяйства, в этом случае личные расходы на медицинские услуги относятся к совокупному потреблению или доходу семьи. Второй подход состоит в том, что денежные средства семьи должны направляться на удовлетворение других базовых потребностей (питание, оплата жилья и пр.), т. е. не все ресурсы домохозяйства могут быть использованы для оплаты услуг здравоохранения. Если придерживаться такого подхода, то платежеспособность должна измеряться с помощью реально располагаемых доходов семьи за исключением расходов на базовые потребности.

Пороговые значения для катастрофических медицинских расходов при первом подходе (отношение к совокупному потреблению семьи или доходу) обычно равны 10–25% от общего дохода домохозяйств; вторая концепция требует большего порогового значения, и оно равно примерно 40% оставшихся доходов после вычета расходов на базовые потребности. В нашей работе использован показатель совокупного потребления домохозяйств в соответствии с официальным показателем финансовой защиты, обозначенным в документе «Цели в области устойчивого развития (ЦУР)», принятом Генеральной Ассамблеей ООН в сентябре 2015 г. (United Nations 2015). Этот показатель определяется как удельный вес 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).

В России прямые личные платежи домохозяйств за услуги здравоохранения, превышающие 10% дохода семьи, платили в 2016 г., согласно Мониторингу, 4,9% населения страны, что составляет 7,1 млн чел.; больше четверти дохода тратили на эти цели 0,6% жителей, или 879 тыс. чел. (WHO, World Bank 2017: 52). Примерно такая доля домохозяйств с катастрофическими платежами на медицинские услуги сохранялась с 2000-х гг., усугубляя застойную бедность (Моссиалос 2019: 78).

Небольшая численность российских домохозяйств с катастрофическими платежами при значительных прямых расходах населения в финансировании здравоохранения, составляющих до 40%, заставляет думать о том, что значительное число населения не пользуется медицинской помощью из-за невозможности тратить свои невысокие доходы на лечение, реабилитацию и другие услуги здравоохранения. На возможность такого выбора между здоровьем и удовлетворением базовых потребностей указывали ряд исследователей (Cavagnero et al. 2006; Pradhan et al. 2002).

Разорительные платежи домохозяйств за медицинскую помощь

Второй подход к измерению финансовой защищенности населения состоит в том, что рассматривается вопрос, насколько тяжелы расходы домохозяйств на медицинскую помощь, способны ли они привести к бедности и нищете. Опасность такой ситуации может возникнуть в тех случаях, когда расходы на поддержание здоровья вынуждают домохозяйства сократить траты на покрытие базовых потребностей до такой степени, что потребление семьи оказывается ниже уровня бедности.

Первые исследования по поводу разорительных платежей или обнищания домохозяйств из-за медицинских расходов проводились в конце прошлого века. Исследование, охватывающее 89 стран, было проведено группой ученых в 1997 г. вместе с изучением катастрофических расходов (Xu et al. 2003), вторая работа включала одиннадцать азиатских стран с низким и средним уровнем дохода в 1999–2000 гг. (Doorslaer et al. 2008). В первом исследовании домашнее хозяйство определялось как бедное, если его доходы были меньше расходов на питание. Последний показатель был установлен на уровне, равном средним расходам на питание среди домохозяйств, т. е. расходы составляли 45–55% от общего потребления. В странах с низким и средним уровнем доходов потребление продуктов питания в среднем составляло 2000 ккал. Полученные результаты показали, что 100 млн чел. по всему миру ежегодно (1,7% населения) попадают за черту бедности из-за личных расходов на здоровье.

В анализе данных по одиннадцати азиатским странам использовали общенациональные репрезентативные опросы для определения выплат на медицинские нужды, ресурсов семей на потребление продуктов питания и прочие базовые расходы. Семья считалась бедной, если

ее доходы были ниже черты бедности, определяемой Всемирным банком по двум международным показателям: абсолютной бедности, или показателю крайней нищеты — 1,08 долл. США, и умеренной бедности, составляющей 2,15 долл. на душу населения в день (скорректированных с учетом паритета покупательной способности в ценах 1993 г. в каждой стране). Полученные результаты этого исследования показали, что оценка общей распространенности абсолютной бедности в странах была на 14% выше, чем обычно при оценке, не учитывающей расходы из собственных средств домохозяйств на медицинское обслуживание.

При проведении исследований в настоящее время используются новые международные пороги бедности, 1,9 долл. в день считаются крайней бедностью, 3,1 долл. в день — умеренная бедность. Расчет ведется при покупательной способности 2011 г. (WHO, World Bank 2017).

Количество обнищавших определяется как разность между числом домохозяйств, проживающих в нищете, при учете их платежей за услуги здравоохранения и числом признанных как проживающие в нищете без учета этих платежей.

По данным Мониторинга всеобщего охвата медико-санитарными услугами (ВОМСУ), анализ платежей из собственных средств, приводящих к обнищанию, при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, для стран с высокими и средними доходами, а Россия относится к государствам со средними доходами, не актуален. Это объясняется тем, что страны с высокими и средними доходами при минимальной черте бедности (1,90 долл.) практически не имеют людей, живущих в такой нищете. Что же касается второго порога нищеты, составляющего умеренную бедность — 3,1 долл. в день, то в России незначительная доля населения, пребывающего ниже черты бедности, составила в 2016 г. сотую долю процента, или 1,5 млн чел.

Индекс эффективного охвата основных медицинских услуг

Рассматривая причины, вызывающие катастрофические расходы или платежи за медицинскую помощь, приводящие к обнищанию, большинство исследователей отмечает, что такое явление может быть связано не только со слабой финансовой защитой населения, но и с ограниченным доступом к медицинской помощи в связи с неполным охватом населения страны в силу разных причин. Чтобы избежать этого, анализ финансовой защиты должен быть дополнен

показателями охвата населения услугами здравоохранения. Именно сочетание основных показателей финансовой защиты и уровня обеспеченности услугами медицинской помощи дает полную картину эффективности системы здравоохранения.

В процессе подготовки индикаторов Мониторинга по оценке достижения охвата был создан показатель эффективного охвата, который дает представление не только о взаимодействии пациентов с врачами и другим медицинским персоналом, но и отражает качество получаемой помощи и результаты пользования услугами здравоохранения. В итоге был сформирован индекс, охватывающий все основные области медицинских услуг (Voetma et al. 2014). Этот индекс включает 16 основных медико-санитарных услуг, разбитых на четыре категории, в качестве показателей уровня и справедливости охвата населения. Эти категории охватывают качество репродуктивного здоровья, здоровье матерей и новорожденных; лечение инфекционных болезней; неинфекционных заболеваний; оборудование и доступность лечебных учреждений. В свою очередь, каждая категория разбивается еще на четыре индикатора, таким образом, шестнадцать 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; выявление и лечение рака; борьба с курением табака; 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%. Разработчики мониторинга справедливо отмечают, что конечная цель универсального покрытия состоит в обеспечении всего населения необходимыми услугами здравоохранения, т. е. речь идет о 100-процентном охвате. Но для достижения этой конечной, идеальной цели важно поставить промежуточные задачи, основанные на реальном положении дел. Оценка нынешних условий состоит в том, что на практике целевые установки могут лучше соответствовать критерию «амбициозные, но достижимые», в отличие от идеальных. Поэтому реальные цели в настоящее время состоят в охвате 80% населения основными услугами здравоохранения независимо от уровня благосостояния, места проживания и пола (WHO, World Bank 2014: 6). Следует сказать, что в базе данных верхняя граница охвата обозначена именно так — 80% и выше.

В соответствии с данными Мониторинга всеобщего охвата медико-санитарными услугами индекс эффективности охвата населения

в нашей стране составляет 63% (в странах, входящих в ЕС, — порядка 78–95%). Особенно низкий показатель по эффективному лечению туберкулеза, он составляет 60%, еще хуже обстоит с лечением ВИЧ — лица с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию, составляют только 28% от всех больных этим заболеванием; распространенность курения как косвенный показатель эффективных мер по борьбе с табаком очень высока, почти половина населения в России от 15 лет и выше (47%) курят (WHO, World Bank 2017: 60). Это подтверждает наше предположение о том, что при довольно хороших показателях финансовой защиты значительная часть населения России при серьезных заболеваниях не пользуется услугами здравоохранения.

Заключение

Анализ финансовой защиты домохозяйств при использовании медицинских услуг в России по следующим индикаторам: личные расходы домохозяйств в средствах, выделяемых на здравоохранение, катастрофические и разорительные платежи семей за медицинскую помощь и индекс эффективного охвата основных медицинских услуг позволил прийти к следующим выводам.

Изучение российских данных о трендах личных средств домохозяйств, затраченных на поддержание здоровья, свидетельствует о том, что последние двадцать лет происходит существенный рост прямых личных затрат на содержание здравоохранения. Высокий уровень расходов из собственных средств домохозяйств подтверждает, что средства, обеспечиваемые программой государственных гарантий, так называемый базовый пакет медицинских услуг, слишком малы для того, чтобы удовлетворить потребности населения в медицинской помощи. Государственная политика в нашей стране, сохраняя такие пропорции затрат на здравоохранение, способствует дальнейшему формированию все более выраженных финансовых трудностей в обеспечении здоровья для групп населения с небольшими доходами. В основном, можно сказать, что показатели финансовой защиты в стране демонстрируют неплохие значения и по катастрофическим расходам, и по индикатору обнищания населения из-за трат собственных средств на медицинскую помощь. Но расходы из собственных средств, непрерывно растущих и составляющих уже 40% объема расходов на здравоохранение, и индекс охвата населения медико-санитарными услугами (63%) говорят о том, что финансовая защита российских домохозяйств слабая.

Источники

Моссиалос Э. Обзор глобальных тенденций в развитии здравоохранения // Оргздрав: новости, мнения, обучение // Вестник ВШОУЗ. — 2019. — Т. 5, № 2. — С. 57–79.

Чубарова Т. В. Доходы и потребление медицинских услуг: опыт анализа с позиции теории опекаемых благ // Журнал новой экономической ассоциации. — 2020. — Т. 47, № 3. — С. 190–196.

Шишкин С. В., Потанчик Е. Г., Селезнева Е. В. Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения. — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014.

Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care // The American Economic Review. — 1963. — No. 53. — P. 941–973.

Berki S. A look at catastrophic medical expenses and the poor // Health Affairs. — 1986. — Vol. 5, no. 4. — P. 138–145. — DOI: 10.1377/hlthaff.5.4.138.

Boerma T., Abou Zahr C., Evans D., Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage // PLoS Med. — 2014. — Vol. 9, no. 11. — P. 1001728. — DOI: 10.1371/journal.pmed.1001728.

Cavagnero E., Carrin G., Xu K., Aguilar-Rivera A. Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization // WHO. Innovations in Health Financing: Working Paper Series: 8. — 2006.

Doorslaer E., O'Donnell O., Rannan-Eliya R., Somanathan A., Adhikari S., Harbianto D., Herrin A., Huq M., Ibragimova S., Karan A., Pande B., Racelis R., Tao S., Tin K., Tisayaticom K., Trisnantoro L., Vasavid C., Zhao Y. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data // Lancet. — 2006. — No. 368. — P. 1357–1364. — DOI: 10.1002/hec.1209.

Hogan D., Stevens G., Hosseinpoor A., Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services // Lancet Global Health. — 2017. — No. 6. — P. e152–168. — DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30472-2.

Hsu J., Flores G., Evans D., Mills A., Hanson K. Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring // International Journal for Equity in Health. — 2018. — No. 17. — P. 69–72.

Jowett M., Brunal M., Flores G., Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva // WHO. Health Financing Working Paper No. 1. — 2016. — DOI: 10.1186/s12939-018-0749-5.

Kwon E., Park S., McBride T. Health Insurance and Poverty in Trajectories of Out-of-Pocket Expenditure among Low-Income Middle-Aged Adults // Health Services Research. — 2018. — Vol. 53, No. 6. — P. 4332–4352.

Pradhan M., Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia // Health Economics. — 2002. — No 11. — P. 431–446.

Saksena P., Hsu J., Evans D. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges // PLoS med. — 2014. — Vol. 11, No. 9. — P. e1001701. — DOI: 10.1371/journal.pmed.1001701.

Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky P., Maresso A., Cylus J., Karanikolos M., Kluge H. Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and implications for policy // WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. — Copenhagen: Open University Press, 2015.

Thomson S., Evetovits T., Cylus J., Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe // Public health panorama. — 2016. — Vol. 2, No. 3. — P. 249–400.

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

Wagstaff A., Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying in health care: with applications to Vietnam 1993-98 // Health Economics. — 2003. — Vol. 12, No. 11. — P. 921–934. — DOI: 10.1002/hec.776.

Wagstaff A., Flores G., Hsu J., Smitz M., Chepynoga K., Buisman L., Wilgenburg K., Eozenou P. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study // Lancet Global Health. — 2018. — Vol. 6, No. 2. — P. e169–179. — DOI: org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1.

WHO. World Health Report — Health systems: improving performance. — Geneva, 2000.

WHO. Fifty-eighth world health assembly. Social health insurance Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Report by the Secretariat. — Geneva, 2005.

WHO. The World Health Report Health systems financing: the path to universal coverage. — Geneva, 2010.

WHO, World Bank. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. Framework, measures and targets. — Geneva, 2014.

WHO, World Bank. Tracking Universal Health Coverage: Global Monitoring Report. — Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. Global Health Expenditure Database WHO. Health System Financing Profile by country. 2019a. — URL: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (access date: 10.05.2021).

WHO World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2019b.

Wyszewianski L. Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation // Inquiry. — 1986. — Vol. 23, No. 4. — P. 382–394.

Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis // Lancet. — 2003. — No. 362, Iss. 9378. — P. 111–117.

Xu K., Soucat A., Kutzin J., Brindley C., Maele N., Touré H., Garcia M., Li D., Barroy H., Flores G., Roubal T., Indikadahena C., Cherilova V., Siroka A. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization. 2018.

References

Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 1963, no. 53, pp. 941–973.

Berki S. A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Affairs*, 1986, vol. 5 (4), pp. 138–145. DOI: 10.1377/hlthaff.5.4.138.

Boerma T., Abou Zahr C., Evans D., Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. *PLoS Med*, 2014, vol. 11 (9), p. e1001728.

Cavagnero E., Carrin G., Xu K., Aguilar-Rivera A. Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization. *WHO. Innovations in Health Financing: Working Paper Series*, 8, 2006.

Chubarova T. V. Dokhody i potreblenie meditsinskikh uslug: opyt analiza s pozitsii teorii opekaemykh blag [Income and consumption of medical services: an analysis experience from the perspective of the theory of trusteeship]. *Zhurnal novoy ekonomicheskoy assotsiatsii [Journal of the New Economic Association]*, 2020, vol. 47 (3), pp. 190–196. (In Russian)

Doorslaer E., O'Donnell O. et al. *Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data*, 2006, no. 368, pp. 1357–1364. DOI: 10.1002/hec.1209.

Hogan D., Stevens G., Hosseinpoor A., Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Global Health*, 2018, no. 6, p. e152–168. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30472-2.

Hsu J., Flores G., Evans D., Mills A., Hanson K. Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *International Journal for Equity in Health*, 2018, no. 17, pp. 69–72.

Jowett M., Brunal M., Flores G., Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva. *WHO. Health Financing Working Paper*, 2016, no. 1. DOI: 10.1186/s12939-018-0749-5.

Kwon E., Park S., McBride T. Health Insurance and Poverty in Trajectories of Out-of-Pocket Expenditure among Low-Income Middle-Aged Adults. *Health Services Research*, 2018, vol. 53 (6), pp. 4332–4352.

Mossialos E. Obzor global'nykh tendentsiy v razvitiy zdravookhraneniya [Review of Global Trends in Healthcare Development]. *Vestnik VShOUZ*. [Bulletin of the High School of Organisation and Health Management], 2019, vol. 5 (2), pp. 57–79. (In Russian)

Pradhan M., Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002, no. 11, pp. 431–446.

Saksena P., Hsu J., Evans D. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS med*, 2014, vol. 11 (9), p. e1001701. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001701.

Shishkin S. V., Potapchik E. G., Selezneva E. V. *Oplata patsientami meditsinskoy pomoshchi v rossiyskoy sisteme zdravookhraneniya [Payment by patients for medical care in the Russian health care system]*. Moscow: Ed. House of the HSE, 2014. (In Russian)

Thomson S., Figueras J. et al. Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and implications for policy. *WHO/European Observatory on Health Systems and Policies*. Copenhagen, Open University Press, 2015.

Thomson S., Evetovits T., Cylus J., Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public health panorama*, 2016, vol. 2 (3), pp. 358–400.

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

Wagstaff A., Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying in health care: with applications to Vietnam 1993–98. *Health Economics*, 2003, vol. 12 (11), pp. 921–934. DOI: 10.1002/hec.776.

Wagstaff A., Flores G., Hsu J., Smitz M., Chepynoga K., Buisman L., Wilgenburg K., Eozenou P. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Global Health*, 2018, vol. 6 (2), pp. e169–179. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30429-1.

WHO. *World Health Report — Health systems: improving performance*. Geneva, 2000.

WHO. *Fifty-eighth world health assembly. Social health insurance Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Report by the Secretariat*. Geneva, 2005.

WHO. *The World Health Report Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, 2010.

WHO, World Bank. *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. Framework, measures and targets*. Geneva, 2014.

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

WHO. *Global Health Expenditure Database WHO. Health System Financing Profile by country*. URL: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (access date: 10.05.2021).

WHO. *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization. 2019b.

Wyszewianski L. Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. *Inquiry*, 1986, vol. 23 (4), pp. 382–394.

Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003, vol. 362 (9378), pp. 111–117. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13861-5.

Xu K., Soucat A., Kutzin J., Brindley C., Maele N., Touré H., Garcia M., Li D., Barroy H., Flores G., Roubal T., Indikadahena C., Cherilova V., Siroka A. *Public spending on health: a closer look at global trends*. Geneva: World Health Organization. 2018.

Панова Людмила Васильевна, кандидат экономических наук, старший научный сотрудник. Социологический институт Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия.

Panova Lyudmila V., PhD in Economy, Senior Researcher. Sociological Institute, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russian Federation.
l_panova@list.ru

Куприянов Леонид Александрович, научный сотрудник. Социологический институт Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия.

Kupriyanov Leonid A., Researcher, Sociological Institute of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russian Federation.
l.kupriyanov@socinst.ru