

Обоснование приоритетности здравоохранения:

Руководство по аргументации для мобилизации внутренних ресурсов стран

ПОДГОТОВЛЕНО В РАМКАХ ПАРТНЕРСТВА С





Стандартная оговорка

Настоящее Руководство подготовлено специалистами Сети совместного обеспечения изучения проблем всеобщего охвата услугами здравоохранения (Сеть JLN), которая является инновационной платформой для взаимодействия специалистов и руководителей из разных стран мира в целях совместного формирования глобальной базы знаний, прежде всего, о практических подходах и возможностях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. По всем вопросам, касающимся настоящего Руководства, следует обращаться к специалистам Технической инициативы по пересмотру подходов к финансированию здравоохранения (HFTI) Сети совместного изучения проблем обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения по адресу: JLN@worldbank.org.

Выводы, толкования и заключения, содержащиеся в настоящем документе работе, могут не отражать мнений Всемирного банка, его Совета исполнительных директоров или правительств представляемых ими стран. Всемирный банк не гарантирует точности данных, использованных в настоящей работе. Ничто в настоящем документе не является и не может считаться ограничением или отменой привилегий и иммунитетов Всемирного банка, которые в полном объеме сохраняются за Банком. Выводы, толкования и заключения представителей стран, участвовавших в работе по подготовке настоящего документа, могут не совпадать с позициями организаций, учреждений или правительств которые они представляют.

Права и разрешения

Настоящая работа предоставляется на условиях лицензии Creative Commons «Атрибуция-Сохранение условий» (Attribution-ShareAlike)

4.0 Всемирная лицензия (СС BY-SA 4.0).

Копию этой лицензии можно увидеть на вебсайте: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.

В соответствии с этой лицензией содержание настоящего документа разрешается бесплатно использовать и адаптировать при условии указания авторства в следующей форме: Making the Case for Health: A Messaging Guide, Copyright © 2021, Joint Learning Network for Universal Health Coverage, The World Bank Group.

Упоминаемые здесь названия продуктов и компаний могут являться торговыми марками их владельцев.

Рекомендуемая ссылка на источник

Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu Eozenou, Patrick; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. Making the Case for Health: A Messaging Guide for Domestic Resource Mobilization. Joint Learning Network for Universal Health Coverage.

Авторы и участники работы

Настоящее Руководство по аргументации подготовлено совместными усилиями следующих специалистов Сообщества экспертов по мобилизации внутренних ресурсов и Группы технических редакторов Сети совместного изучения проблем ВОУЗ (Сеть JLN) из стран, участвующих в работе Сети JLN:

ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕДАКТОРЫ

Эйджей Тэндон, Всемирный банк Даниэль Блум, Всемирный банк Лорен Оливейра Хашигучи, Всемирный банк Патрик Хоанг-Ву Иозену, Всемирный банк Джуэлуэйн Кейн, Всемирный банк Адити Нигам, Всемирный банк Сомил Нагпал, Всемирный банк

АВТОРЫ

Чандара Сом, Камбоджа Цеганех Амсалу Гураха, Эфиопия Даниел Асаре Адин-Дарко, Гана Насруддин Джоко Сурджоно, Индонезия Агнес Джумба Накато, Кения Эмико Масаки, ЛНДР Сапхаб Панякеу, ЛНДР Виравонг Вьенгсай, ЛНДР Хай-Сьюнг Ви, Южная Корея

ОСОБАЯ БЛАГОДАРНОСТЬ

Группа специалистов Технической инициативы по пересмотру подходов к финансированию здравоохранения (HFTI) благодарит профильные группы Сети JLN по странам, а также Координационную группу Сети JLN за постоянную поддержку в работе по вопросам мобилизации внутренних ресурсов как одного из наиболее важных направлений для Сети JLN.

Мы также выражаем благодарность Сообществу экспертов по МВР в целом и его специалистам и руководителям, которые активно содействовали подготовке Руководства с 2018 года, когда эта публикация только обсуждалась в ходе многочисленных очных встреч и виртуального взаимодействия. Это Субрата Пол (Бангладеш), Нхим Кхемара (Камбоджа), Франсуа Сирилл Эффила Нджемена (Камерун), Лидия Дсейн-Селби (Гана), Алок Саксена (Индия), Атика Адьяс (Индонезия), Вахью Нуграхени (Индонезия), Пуджиянто (Индонезия), Мерси Мванганги (Кения), Эстер Вабьюдж (Кения), Суливат Суванначумкхам (ЛНДР), Розита Халина Тун Хуссейн (Малайзия), Кеннет Лим (Малайзия), Хузаини Рамли (Малайзия), Юченна Юлайк (Нигерия), Модупе Огундиму (Нигерия), Нейка Орджи (Нигерия), Арт Алакантра (Филиппины), Юсуфа Нджай (Сенегал), Вон Ван (Южная Корея), Амар Абдельрахман (Судан), Уильям Ндолерире (Уганда), Нуэн Тхай Ку Кук (Вьетнам) и еще более 50 человек, которые внесли ценный вклад в подготовку первоначальных версий аннотированного плана настоящего документа и участвовали во встречах, помогая обеспечить целесообразность, содержательность и практическую ориентированность Руководства.

Мы благодарим многочисленных экспертов из Всемирного банка и других организаций за поддержку в ходе дискуссий на совещаниях Сообщества экспертов по МВР, включая Кэтрин Гилман Эндрюс, Шину Чабра, Хорхе Коараса, Зелалема Йилма Дебебе, Рим Хафис, Эла Хамеда, Мохамеда Османа, Тоомаса Палу, Морица Пиатти, Ирину Постоловску, Джорджа Шибера (консультант), Федерику Сеччи, Андреаса Сейтера, Хуэй Син Тео, Вала Юлепа, Дэвида Вилсона и Абейю А. Аль-Омер из Всемирного банка, Триин Хабихт из ВОЗ, Патрика Петита из МВФ и других технических партнеров Сообщества экспертов по МВР. Авторы выражают особую благодарность Мари Евгении Бонилье Часин за ведение технической работы, большой конструктивный вклад на начальном этапе и работу по организации взаимодействия между Сетью JLN и Глобальным фондом финансирования (ГФФ).

Ценные указания и рекомендации на всех этапах подготовки публикации – от разработки концепции до рецензирования финального варианта – предоставляла Группа глобальных решений Всемирного банка по вопросам финансирования здравоохранения под руководством Кристофа Куровски, а также другие представители руководства Всемирного банка из Департамента здравоохранения, питания и народонаселения. Команда технических редакторов выражает особую признательность Фэну Чжао, который любезно согласился возглавить масштабную работу по рецензированию настоящего документа, а также Эллену Ван Де Поэлу, Кристофу Куровски, Саре Алкенбрак, Оуэну Смиту из Всемирного банка и Геиру Ли из Глобального фонда, которые потратили много времени и сил на углубленное рецензирование настоящего документа, подготовку комментариев и уточнений по содержанию, назначению, объему и форме представления информации.

Авторы настоящего Руководства выражают искреннюю признательность Австралийскому агентству международного развития, Правительству Японии, Фонду Билла и Мелинды Гейтс, Глобальному фонду и Фонду Рокфеллера за содействие и финансовую поддержку деятельности Сообщества экспертов по МВР, без которых было бы невозможно подготовить это Руководство. Мы также признательны специалистам компании Management Sciences for Health, которая в настоящее время является Администратором Сети JLN, а также специалистам организации Results for Development, которые выполняли эту функцию ранее, за оказанную поддержку в подготовке настоящей работы, ценные советы и взгляд со стороны.

Группу технических редакторов Руководства по аргументации возглавлял Эйджей Тэндон, а в ее состав входили: Даниэль Блум, Лорен Оливейра Хашигучи, Патрик Хоанг-Ву Иозену, Адити Нигам и Сомил Нагпал из Всемирного банка. За коммуникации и управление знаниями отвечали Мартин Мпангу Лутало и Филлис Ким. Мы также благодарим Лидию Ндебеле за помощь в организации коммуникаций и управлении знаниями на начальном этапе. Хотим выразить искреннюю благодарность Энни Миланзи за административную поддержку. Мы также выражаем особую признательность Нейне Алувалиа за техническую помощь и поддержку со стороны Сообщества экспертов по повышению эффективности.

Участниками Сообщества экспертов по МВП также опубликованы следующие информационно-аналитические материалы:

«Обновляемый список ресурсов и инициатив по MBP» (Dynamic Inventory of DRM Resources and Efforts): Это перечень существующих баз данных, тематических исследований и других ресурсов для использования при формулировании аргументов для обоснования необходимости инвестиций в здравоохранение. Документ содержит документальную практико-ориентированную информацию об усилиях стран по МВР для здравоохранения с описанием реформ и их воздействия, включая сведения о том, обеспечили они устойчивый рост государственных расходов на здравоохранение и другие эффекты или нет.

Обзоры «Динамика государственных расходов на здравоохранение» (Narrative Summaries on Public Expenditure for Health) – ряд публикаций по финансированию здравоохранения в разных странах с анализом динамики структуры государственных расходов. Каждый обзор включает бюджетные данные по странам, проанализированные и предоставленные ведомствами этих стран, отвечающими за формирование политики в области здравоохранения. Эти данные при необходимости дополняются ссылками на глобальные информационные ресурсы и описанием тенденций в государственной политике, которая дает результаты. В целом, эти обзоры являются примером того, как страны могут использовать исторические данные для выстраивания диалога с представителями финансовой сферы.

«Инструментарий для выстраивания диалога по государственной политике» (Policy Dialogue Toolkit).

(доступен пользователям, зарегистрированным на портале MyJLN). Это сборник хорошо себя зарекомендовавших материалов различных семинаров, совещаний и мероприятий Сообщества экспертов по MBP; данные материалы используют в своей работе более ста руководителей, отвечающих за формирование политики, в 20 африканских и азиатских странах с низким и средним уровнем доходов. Сборник «Инструментарий для выстраивания диалога по государственной политике» будет полезен специалистам в странах, заинтересованных в мобилизации внутренних ресурсов для здравоохранения, при планировании семинаров по финансированию здравоохранения с участием представителей финансовых ведомств.

«Приоритизация здравоохранения: предварительный анализ» (On Prioritizing Health: A Background Analysis).

Публикация включает глобальную оценку доли здравоохранения в государственных расходах 20 странах с низким, среднимивысокимуровнемдоходовспримерамиуспешной работы поповышению приоритетностиз дравоохранения. Здесь представлена общая картина мировых тенденций приоритизации здравоохранения, вывяленных по итогам глобальной оценки доли здравоохранения в государственных расходах. Документ создает методологическую основу для выявления успешного опыта перераспределения приоритетов в пользу здравоохранения и последующего углубленного анализа опыта тех стран, которым в последнее время это неизменно удается.

Обоснование приоритетности здравоохранения:

Руководство по аргументации для мобилизации внутренних ресурсов стран

Оглавление

АВТОРЫ И УЧАСТНИКИ РАБОТЫ ПРЕДИСЛОВИЕ		8
Блок 2.	Инвестиции в здравоохранение необходимы для роста человеческого капитала страны	25
Блок 3.	Сохранение или увеличение объемов инвестиций в здравоохранение во время экономических спадов может давать долгосрочные положительные эффекты в бюджетнофинансовой сфере	30
Блок 4.	Улучшение состояния здоровья людей способствует расширению перспектив на рынках труда, особенно для женщин	34
Блок 5.	Социальное медицинское страхование требует привлечения внутренних бюджетных средств для обеспечения прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения	38
Блок 6.	Внутреннее государственное финансирование здравоохранения обеспечивает сокращение масштабов бедности и неравенства	42
Блок 7.	Финансирование за счет личных средств граждан не обеспечивает эффективность и равнодоступность	46
Блок 8.	Инвестирование в здравоохранение улучшает результаты работы других отраслей	51
Блок 9.	Инвестиции в систему профилактической и первичной медико-санитарной помощи могут обеспечивать экономию затрат в ближайшей и долгосрочной перспективе	55
Блок 10.	Инициативы с донорским финансированием могут предусматривать увеличение, а не сокращение финансирования здравоохранения за счет внутренних государственных средств	59
Блок 11.	Рациональное расходование средств в системе здравоохранения помогает экономить государственные ресурсы	63
Блок 12.	Сильные системы управления государственными финансами могут обеспечивать повышение эффективности использования финансовых ресурсов и продвижение вперед по пути к ВОУЗ	67
Блок 13.	Инвестирование в здравоохранение для выполнения обоснованных приоритетных задач обеспечивает рациональное расходование государственных средств	71
Блок 14.	Здравоохранительные налоги могут обеспечивать отказ от нездорового образа жизни и формирование доходов	75
Блок 15.	Объединение усилий с частным сектором может помочь максимизировать эффективность использования государственных средств	79
Блок 16.	Инвестиции для обеспечения готовности к вспышкам массового распространения болезней повышают стрессоустойчивость систем здравоохранения и уровень экономической безопасности	83

Предисловие

Наиболее справедливым, рациональным и эффективным подходом к финансированию всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ), и усилий по достижению других целей в области здравоохранения является использование государственных средств, обязательных программ и обеспеченных финансированием внутренних источников стран (Врезка Р.1). 1-4, а Когда доходы страны растут, ей, как правило, удается увеличивать расходы на здравоохранение, финансировать их преимущественно за счет государственных средств, сокращая долю финансирования за счет личных средств граждан (ЛСГ) и средств донорских организаций (Рисунок П.1). Но такие сдвиги не происходят сами по себе: на фоне увеличения средних доходов в стране важную роль в обеспечении роста государственных расходов на здравоохранение играют успешные усилия по быстрому повышению здравоохранения формирования государственного бюджета. И, конечно, необходимо учитывать особенности контекста в каждой стране. Те, кто уполномочен принимать решения, должны учитывать все обстоятельства на местном уровне, чтобы вынести «правильный вердикт» о том, в каком сочетании следует использовать разные внутренние источники для государственного финансирования здравоохранения, например, налоги, и такие частные источники, как

Врезка П.1. Всеобщий охват услугами здравоохранения

ВОУЗ означает, что все люди и сообщества могут получать необходимую оздоровительную, профилактическую, лечебную, реабилитационную и паллиативную медпомощь, достаточно качественную, чтобы быть эффективной, не испытывая из-за этого в финансовых затруднений. ВОУЗ имеет три стратегических «измерения», а именно: кто охватывается, какими услугами и насколько? Финансирование здравоохранения связано, прежде всего, с объемами («насколько») и структурой (какие организационные схемы финансирования следует создавать для оптимизации обеспечения ВОУЗ и достижения других целей в области здравоохранения). В этой связи необходимо рассмотреть три отдельных вопроса: какие финансовые ресурсы привлекаются и как; как эти ресурсы объединяются для достижения таких целей, как обеспечение равнодоступности и рационализация; и практикуется ли стратегическое использование этих ресурсов для закупки медицинских услуг или товаров.⁷

страховые премии и со-платежи. Они также должны обеспечить эффективность мер, систем и процессов, призванных объединять и направлять эти финансовые потоки для закупки услуг и товаров и, в итоге, для предоставления качественной медико-санитарной помощи населению без негативных последствий. 4,5

При всей важности форм предоставления средств и того, как направляются финансовые потоки, точно определить «правильный» уровень расходов страны, необходимый для обеспечения ВОУЗ, невозможно 6. Тем не менее, расходы на здравоохранение должны всегда ⁶ыть достаточными: Известно, что, по прогнозам, экономические шоки, вызванные пандемией COVID-19, должны привести к сокращению государственных расходов на душу населения на протяжении

а В издании ВОЗ 2011 года «Система счетов здравоохранения» (WHO SHA2011) и Глобальной базе данных ВОЗ по расходам на здравоохранение государственные средства на здравоохранение определяются как «общие государственные расходы на здравоохранение» (категории, соответствующие следующим схемам финансирования в Глобальной базе данных по расходам на здравоохранение: СФ 1, СФ 2 и СФ 3), которые включают расходы, финансируемые за счет: общих бюджетных доходов из таких внутренних источников, как внутренние трансферты, дотации, субсидии и перечисления от имени конкретных структур (СФ1), государственные доходы из внешних источников – от правительств других стран – поступающие через государственную систему (СФ2), и средства, которые образуются в результате авансовых отчислений или взносов работодателей, работников и самозанятых граждан в системы социального страхования; но не со-платежи граждан (СФ3). Общие государственные расходы на здравоохранение, финансируемые за счет средств из внутренних источников, включают расходы, покрываемые с использованием СФ 1 и СФ 3 (внутренние государственные), и поэтому они включают все государственные средства, за исключением средств из внешних источников. Таким образом, когда в настоящем документе идет речь о государственных расходах, они включают расходы по СФ1 СФ2 и СФ3. Когда говорится о расходах, финансируемых за счет «внутренних государственные средств», имеются в виду только расходы по СФ 1 и СФ 3. Но там, где упоминаются «внутренние бюджетные средства», имеются в виду расходы, финансируемые за счет общих внутренних бюджетных доходов (СФ1).

всего 2022 года, и это больнее всего ударит по странам с исходно низкими уровнями расходов на здравоохранение или большой долей расходов, покрываемых за счет личных средств граждан (ЛСГ) и внешнего финансирования, несмотря на увеличение финансирования в начале пандемии⁷. До пандемии COVID-19 в качестве инструментов для создания стимула к увеличению потока ресурсов в здравоохранение использовались многочисленные глобальные и региональные обязательства в отношении внутреннего финансирования. Согласно Абуджийской декларации 2001 года, главы африканских государств обязались предоставлять системе здравоохранения 15% своего годового бюджета. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2010 года для обеспечения ВОУЗ предлагается установить необходимый минимум государственного финансирования на уровне 4-5% ВВП^b, а принятой в 2015 году Аддис-Абебской программе действий подчеркивается необходимость мобилизации и эффективного использования внутренних средств. В 2019 году министры финансов и главы центральных банков стран Группы двадцати подчеркнули первостепенное значение государственных финансов для «высокоэффективного финансирования здравоохранения» в целях обеспечения ВОУЗ в развивающихся странах, и крайнюю важность того, как направляются финансовые потоки на достижение целевых показателей по ВОУЗ и общеэкономических целей.^с

Многие страны могут продвигаться к ВОУЗ при меняющихся уровнях расходов, если при этом финансирование остается высокоэффективным, т.е. адекватным, устойчивым, достаточным, рациональным и равнодоступным. Например, в Таиланде, когда в 2004 году вводилась схема ВОУЗ, государственные расходы на здравоохранение составляли 2,2% ВВП, а к 2016 году их доля в ВВП увеличилась до 4%6. В 2011 году 24 страны, которые осуществляли программы перехода к ВОУЗ, ориентированные на малоимущее население, в среднем тратили на здравоохранение по 39 долларов США на душу населения или 1,4% подушевого ВВП8. Общим для этих стран было то, что они начинали с обеспечения доступа к медпомощи для малоимущего населения, а, следовательно, с усилий по избавлению населения от финансовых трудностей, связанных с медицинскими расходами. Эти страны также финансировали меры по расширению диапазона услуг для малообеспеченного населения с использованием системы, не предусматривающей страховых отчислений и финансируемой за счет налогов, при этом финансирование зависело от результатов, а не от ретроспективных бюджетов или других схем финансирования на основе затрат8.

Определение путей предоставления внутренних ресурсов для здравоохранения, которые могут обеспечить высокоэффективное финансирование, крайне важно для достижения ВОУЗ и других целей, включая обеспечение экономического роста, умножение человеческого капитала и защиту от экономических и эпидемических шоков 2. Эта задача приобретает еще большее значение в условиях стагнации или спада экономики стран, когда медицинские потребности населения возрастают, вынуждая людей делать трудный выбор в отношении приоритетов.

b Авторы доклада определяют этот необходимый минимум, исходя из того, что немногим странам удавалось приблизиться к ВОУЗ, если их расходы на здравоохранение за счет общих доходов и обязательного страхования составляли менее 5-6% ВВП, поскольку в этом случае было трудно адекватно субсидировать малоимущее население.

с Характеристики высокоэффективной системы финансирования ВОУЗ включают: адекватное и устойчивое финансирование, объединение средств, которых должно быть достаточно для распределения финансовых рисков ухудшения состояния здоровья, и эффективное и справедливое расходование ресурсов для достижения желаемых уровней охвата, качества медпомощи и финансовой защиты для всех людей. Еще одна крайне важная характеристика состоит в том, что система предусматривает регулярную переоценку прогресса и рисков и корректировку с учетом возникающих проблем, а также учитывает различия между странами в части финансовых и экспертно-технических ограничений.

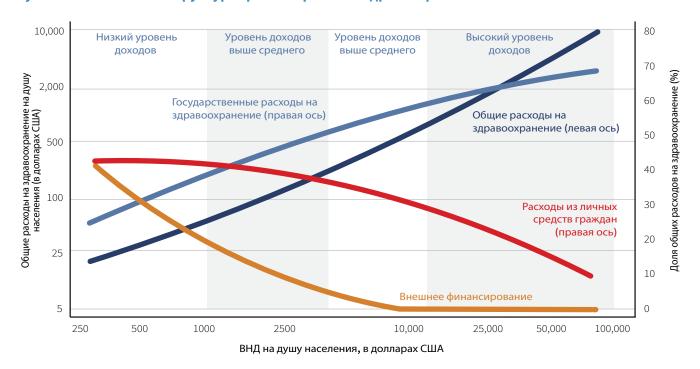


Рисунок П.1. Изменения структуры финансирования здравоохранения¹⁸

Источник: Расчеты авторов на основе данных из Глобальной базы данных ВОЗ по расходам на здравоохранение (2020 год)

Обоснование приоритетности финансирования здравоохранения

Выбор приоритетных направлений для мобилизаций государственных ресурсов зависит от лиц, уполномоченных принимать решения в финансовой сфере, которые также должны обеспечивать баланс разных целей бюджетнофинансовых процессов, включая образование доходов и распределение средств между конкурирующими и взаимосвязанными приоритетами. Еще они отвечают за формирование благоприятных условий для рационального и стратегически ориентированного осуществления закупок и контроля расходования средств, что необходимо для обеспечения социальной справедливости, финансовой защиты и снижения уровня бедности, и все это должно сочетаться с устойчивым ростом и экономической стабильностью.

Сейчас все более очевидной становится необходимость активизации диалога между разными отраслями экономики в целях формирования запросов на ресурсы так, чтобы они были убедительными для лиц, принимающих решения по финансированию, и чтобы их приоритеты принимались во внимание. Помимо лиц, принимающих решения по финансированию, политэкономия финансирования здравоохранения охватывает население территорий, общественность и научно-образовательное сообщество, а также представителей исполнительной и законодательной власти, включая президентов, премьер-министров и парламентариев, и каждая из этих сторон призвана играть свою важную роль в определении уровня инвестирования в здравоохранение. Однако, возможно, не все из этих сторон в полной мере осознают политическую значимость инвестирования в здравоохранение, поэтому крайне важно установление связей между разными сторонами в здравоохранении в рамках формирования общего видения.

Соотвествующие должностные лица под воздействием технических и политических аргументов должны принимать решения в поддержку внутренних инвестиций в здравоохранение, особенно, когда эти аргументы выстраиваются на основе экономических интересов^{9, 10}. Традиционно представители систем здравоохранения использовали доводы, связанные, преимущественно, с положительными эффектами инвестиций в здравоохранение в плане защиты прав человека и улучшения показателей состояния здоровья населения (Врезка П.2). При всей важности таких аргументов они могут оказаться недостаточно убедительными для лиц, принимающих решения о финансировании, которым нужна аргументация, где во главе угла стоят такие показатели, как экономический рост, производительность и человеческий капитал, для экономического обоснования использования внутренних бюджетных доходов страны в качестве основного источника финансирования здравоохранения.

В условиях все большей ограниченности бюджетных ресурсов системе здравоохранения также по-прежнему приходится конкурировать с другими «бюджетными» отраслями, включая систему образования и оборонную

промышленность. В связи с этим ей необходимо демонстрировать свои преимущества в плане экономической значимости и обеспечивать максимально эффективное использование ресурсов с точки зрения общих социальных приоритетов и с учетом ограничений.

Помимо этого, система здравоохранение иногда выдвигает благонамеренные предложения по формированию доходов. Но при отсутствии углубленных знаний о налоговой политике и уже принимаемых мерах по мобилизации бюджетных доходов такие предложения могут не соответствовать оптимальной практике в области государственных финансов, национальными принципам макроэкономического управления, реалиям существующих систем управления государственными финансами (УГФ) или общепризнанным принципам образования доходов.

Лица, уполномоченные принимать ПО решения финансированию, могут хорошо понимать преимущества инвестирования в здравоохранение, но они также должны стремиться минимизировать возможности для неэффективного (нерационального) использования средств в системе здравоохранения. Из-за фактически предполагаемых существующих проявлений неэффективности возникает вопрос о том, сможет ли система здравоохранения эффективно осваивать дополнительные ресурсы. Поэтому представители здравоохранения обязательно должны знать возможностях нерационального использования средств в системе здравоохранения и предварительно продумать, как эти вопросы можно конструктивно обсудить с теми, кто уполномочен принимать решения по финансированию. Иначе система здравоохранения может невольно оказаться не в состоянии обосновать свой запрос на предоставление дополнительных ресурсов или, хуже того, это может подорвать доверие к ней, несмотря на все благие намерения и достойные цели.

Врезка П.2. Здоровье относится к правам человека: убедительный аргумент в пользу инвестиций в здравоохранение?

Согласно принятой в 1948 году Всеобщей декларации прав человека, охрана здоровья относится к правам человека¹⁵. Дальнейшие договоренности и обязательства включают Резолюцию Генеральной ассамблеи ООН (2015) год) по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Сегодня конституции более 70% стран мира содержат положения о гарантии права граждан на охрану здоровья, и многие из этих стран имеют ограниченные ресурсы, или их возможности для принятия решений ограничены в силу специфики контекста¹⁶. Включение в конституцию гарантий права на охрану здоровья медпомощь относится к стратегически необходимым актам И официальным обязательствам, которые в будущем могут обеспечить принятие законодательных и административных мер и помочь обосновать необходимость привлечения дополнительных ресурсов, хотя таковые также могут делать решения по предоставлению средств системе здравоохранения объектами правосудия16. Однако гарантирование этого права может быть первым шагом к повышению потенциала страны для финансирования и предоставления медицинской помощи. В некоторых случаях право человека на охрану здоровья успешно используется для привлечения государственных и стимулирования действий. инвестиций Заинтересованные стороны могут в целом согласиться с тем, что охрана здоровья граждан относится к стратегическим бюджетным приоритетам, но для обоснования необходимости устойчивого инвестирования нужны более конкретные аргументы.

Вэтой связи для обоснования необходимости инвестирования в здравоохранение можно успешно использовать более сильные, более убедительные экономические аргументы в пользу увеличения финансирования здравоохранения. Проекты, осуществляемые в мире в последнее время, помогли создать хороший фундамент для дальнейшей работы. Благодаря взаимодействию между представителями финансового сектора и здравоохранения на высоком уровне и совместным усилиям этих сторон (например, в рамках разработки Группой двадцати концепции высокоэффективной системы финансирования здравоохранения и реализации Проекта развития человеческого капитала) удалось сформулировать аргументы, которые позволяют акцентировать внимание на связи между здравоохранением, ВОУЗ и устойчивым инклюзивным экономическим ростом. И их можно использовать в качестве базовых ориентиров для аргументации.

Для чего предназначено настоящее Руководство?

Документ «Обоснование приоритетности здравоохранения» содержит набор аргументационных блоков с соответствующими примерами из опыта разных стран в поддержку принципов высокоэффективного финансирования здравоохранения. Представленные здесь аргументы включают описание концепций развития человеческого капитала и предназначены для информационно-аналитического обеспечения процессов взаимодействия между системой здравоохранения и финансовым сектором в целях обоснования необходимости

инвестирования в здравоохранение для выполнения задач данной отрасли, включая достижения целей всеобщего охвата услугами здравоохранения. Эти материалы не предназначены для использования в качестве инструмента для общей или гипертрофированной «агитации» за то, что здравоохранению нужно больше денег. Наоборот, данный документ расширяет лексикон представителей здравоохранения, показывая, каким образом следует формулировать обоснование необходимости инвестирования в здравоохранение, представляя аргументы и описывая соответствующие функции здравоохранения и его финансирования в связи с его местом в бюджетном пространстве и ссылаясь на экономические принципы, что оказывается более убедительным для представителей финансовой сферы.

Для кого предназначено настоящее Руководство?

Настоящее Руководство предназначено, прежде всего, для должностных лиц министерств здравоохранения, которые участвуют в диалоге с лицами, уполномоченными принимать решения по финансированию, включая парламентариев и других высокопоставленных фигур, и стремятся найти более целесообразные формы представления своих доказательств и обоснования необходимости инвестирования в здравоохранение для вышеназванных сторон. Качество настоящего Руководства удалось повысить благодаря участию высокопоставленных представителей здравоохранения и финансового сектора из стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ (Сеть JLN), которые помогли отобрать наиболее актуальные и веские аргументы и доработать их с ориентацией на заполнение коммуникационного пробела.

Что содержит Руководство?

Используя формат инструмента для аргументации и коммуникации, авторы настоящего Руководства попытались сделать его, по возможности, простым и кратким. В нем нет ни детальных аналитических рекомендаций по использованию и максимально убедительному представлению данных для обоснования необходимости инвестирования в здравоохранение, ни «вводного курса» по принципам стратегических коммуникаций. Сеть JLN уже предоставляет доступ к другим аналитическим продуктам. Для получения такой дополнительной информации. В Руководстве содержатся «быстрые» ссылки на имеющиеся ресурсы и источники информации для ознакомления с отдельными основополагающими концепциями. Это позволит читателю, при необходимости, получить углубленные знания и доказательные данные для обоснования запросов на финансирование с учетом реалий конкретной страны.

Руководство также не предусматривает цитирования обширного ряда публикаций по практическим вопросам финансирования здравоохранения и ВОУЗ. Вместе с тем, здесь показано, что процесс обоснования и доказательная база имеют значение, равно, как и политэкономические аспекты¹¹. Во многих случаях подходы к принятию решений, касающихся здравоохранения, почти не связаны с представлением «правильных» данных, фактов или аргументов, а возможности для их получения могут быть ограничены, прежде всего, из-за правил доступа к данным. Такие решения иногда также трудно принимать в силу других контекстуальных или политических факторов, относящихся к барьерам для действия. Поэтому Руководство подготовлено с учетом того, что эти факторы являются важнейшим фрагментом общей картины. Это нашло свое отражение в его структуре, а также в нем указывается на необходимость проведения другой работы по детализации опыта или описанию примеров последовательных усилий по выработке эффективных решений о мобилизации внутренних ресурсов стран (МВР), и факторов, которые, в итоге, способствовали принятию решений.

Концептуальная основа

Для установления связей между финансированием здравоохранения, системами здравоохранения, политэкономией и целями высокого порядка в области обеспечения ВОУЗ и здравоохранения в целом имеется много разных общих концептуальных подходов¹²⁻¹⁴. Вместо того, чтобы начинать с нуля, авторы настоящего Руководства по аргументации, опираясь на ранее выполненную работу, используют эти концепции в комплексе и связывают их с общими экономическими и социальными задачами на основе модели высокоэффективной системы финансирования здравоохранения для ВОУЗ, предложенной министрами финансов стран Группы двадцати. Эта модель заставляет сосредоточить внимание на связи между тремя базовыми элементами финансирования

d См. перечень продуктов Сообщества экспертов по MBP на стр. 5 настоящего Руководства, а также Практические руководство и Инструмент планирования стратегических коммуникаций по BOУ3: https://www.jointlearningnetwork.org/type/strategic-communications-for-uhc/



здравоохранения: образованием доходов, объединением средств и закупкой в рамках концепции ВЭФЗ. Она также связана с концепцией использования и мобилизации внутренних ресурсов, ориентированной на максимизацию бюджетного пространства или перспектив инвестирования в систему здравоохранения за счет установления баланса между мобилизацией внутренних ресурсов и повышением эффективности.^е

То, как страны финансируют свои системы здравоохранения, имеет значение. При этом эффективная модель финансирования здравоохранения, предусматривающая мобилизацию, объединение и распределение финансовых ресурсов, безусловно, является лишь одним из компонентов эффективной системы. Но эффективная система финансирования здравоохранения относится к абсолютно необходимым механизмам обеспечения отрасли другими ресурсами для предоставления медпомощи, включая кадровые ресурсы, инфраструктуру, лекарственные средства и расходные материалы, от которых напрямую зависят результаты медобслуживания населения и благополучие людей, и это дополняется благотворным воздействием на другие сферы экономики. ВЭФЗ означает адекватную и устойчивую обеспеченность ресурсами для финансирования ВОУЗ в объемах, достаточных для распределения риска, их рациональное использования и равнодоступность, но это также должно способствовать продвижению по пути к ВОУЗ и достижению общих экономических целей на шести направлениях (Рисунок П.2). 15

Рисунок П.2. Руководство по аргументации: блоки аргументов на основе концепции высокоэффективного финансирования здравоохранения



Блок 6: Финансирование здравоохранения за счет внутренних государственных средств способствует снижению уровня бедности и неравенства

Блок 7: Финансирование за счет ЛСГ не обеспечивает эффективность и равнодоступность

Блок 8: Инвестирование в здравоохранение улучшает показатели других отраслей

Блок 9: Инвестиции в систему профилактической и первичной медико-санитарной помощи могут обеспечивать экономию затрат в ближайшей и долгосрочной перспективе

Блок 10: Инициативы с донорским финансированием могут предусматривать увеличение, а не сокращение финансирования здравоохранения за счет внутренних государственных средств

е Пять базовых элементов бюджетного пространства для здравоохранения: благоприятные макроэкономические условия, повышение уровня приоритетности здравоохранения в государственном бюджете, отраслевые ресурсы здравоохранения, эффективность расходов в здравоохранении и целевые отраслевые дотации и внешняя помощь для здравоохранения.

Значение компонентов высокоэффективной системы финансирования здравоохранения

- **1. Человеческий капитал.** Улучшение состояния здоровья населения способствует росту человеческого капитала, который определяется как совокупность показателей здоровья, образованности, способностей и навыков, что, в свою очередь, повышает производительность труда на протяжении всей жизни человека.
- **2. Трудовые ресурсы и рынки труда.** Улучшение состояния здоровья населения обеспечивает формирование более производительного, инновационного кадрового потенциала с повышенной трудовой мобильностью и увеличение доли формальной занятости.
- **3. Сокращение бедности и социальная справедливость.** Благодаря расширению охвата услугами здравоохранения и повышению финансовой защищенности, ВОУЗ может способствовать снижению уровня бедности и неравенства доходов.
- **4. Общеэкономические положительные эффекты.** ВОУЗ уменьшает потребность в сбережениях на случай возникновения чрезвычайных ситуаций, требующих экстренной мед помощи, и повышает конкуренто способность страны на рынках за счет роста человеческого капитала и повышения эффективности.
- **5. Рациональность, финансовая дисциплина.** Неуклонное повышение доступности и качества медпомощи и финансовой защищенности в сочетании с контролем затрат и совершенствованием системы образования доходов, безусловно, улучшает общие бюджетно-финансовые перспективы государства.
- **6. Здоровье и безопасность человека.** Повышение уровня готовности и потенциала для борьбы со вспышками массового распространения болезней, повышение уровня безопасности людей за счет социальной сплоченности и равнодоступности возможностей в обществе.

Структура Руководства

В основе настоящего Руководства лежат 16 блоков аргументов по этим шести траекториям, соответствующим ключевым принципам и функциям финансирования здравоохранения. Лаконичное изложение каждого аргумента позволяет «высветить» самые важные концепции. Простые и четкие формулировки используются для упрощения восприятия и использования представленной информации с учетом местного контекста. По каждому аргументу подобрана справочная литература, а ее источники указываются в ссылках, что позволит, при необходимости, углубленно изучать эти концепции.

В каждый блок включена врезка «От принципов к практике» с практико-ориентированными примерами концепций, лежащих в основе данных аргументов, или со ссылками на дополнительную литературу. Примеры практического применения принципов взяты из опыта стран с низким и средним уровнем доходов; но, в основном, это примеры из опыта стран со средним уровнем доходов с большим контекстуальным разнообразием ландшафта финансирования здравоохранения и управления. Сеть совместного изучения проблем ВОУЗ в дальнейшем будет использоваться ее участниками для выявления и документирования новых примеров применения этих принципов и использования получаемых данных для актуализации Руководства по аргументации.

Каждый довод может использоваться автономно, т.е. читатели могут изучать и использовать отдельные доводы по мере необходимости. Поэтому, концепции, используемые в рамках разных аргументов, могут частично совпадать. Все аргументационные блоки, представленные в Руководстве, содержат перекрестные ссылки; это должно помочь читателю увидеть связь между идеями и познакомиться с другими блоками аргументов для углубления понимания.

Основные направления аргументации

Блок 1. Всеобщий охват услугами здравоохранения невозможно обеспечить без привлечения внутренних государственных средств

- Внутренние государственные источники можно использовать для финансирования всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ), обеспечивая достаточность, устойчивость, эффективность и равнодоступность такого финансирования
- Внутренние государственные расходы играют решающую роль в обеспечении ВОУЗ, но точно определить «правильный» уровень расходов стран на здравоохранение невозможно
- Для обеспечения ВОУЗ крайне важно выявить разные траектории увеличения потока внутренних бюджетных средств в здравоохранение

Блок 2. Инвестиции в здравоохранение необходимы для роста человеческого капитала страны

- Здравоохранение и образование являются краеугольными камнями человеческого капитала
- Инвестиции в здравоохранение оказывают сильнейшее положительное воздействие на динамику роста человеческого капитала и производительности труда
- Улучшение состояния здоровья населения ведет к положительным изменениям демографической динамики, что обеспечивает прирост человеческого капитала
- Улучшение состояния здоровья детей раннего возраста создает фундамент для роста человеческого капитала в будущем
- Улучшение состояния здоровья школьников может способствовать повышению успеваемости и приросту человеческого капитала
- Рост человеческого капитала взрослого населения обеспечивает повышение продуктивности, расширяя перспективы на рынке труда
- Инвестиции в человеческий капитал могут не обеспечивать равнодоступность их положительных результатов для людей разных полов и разных социально-экономических уровней

Блок 3. Сохранение или увеличение объемов инвестиций в здравоохранение во время экономических спадов может давать долгосрочные положительные эффекты в бюджетно-финансовой сфере

- В периоды экономической стабильности выделение необходимых средств для здравоохранения в рамках национального бюджета может обеспечивать защиту внутреннего государственного финансирования здравоохранения от будущих экономических шоков
- Во время экономических спадов необходимо продолжать инвестировать в здравоохранение во избежание возникновения ситуаций, требующих увеличения затрат на здравоохранение
- Во время экономических спадов инвестиции в рамках программ развития здравоохранения и общих социальных программ могут защитить население от опустошительных потерь человеческого капитала и производительности труда

Блок 4. Улучшение состояния здоровья людей способствует расширению перспектив на рынках труда, особенно для женщин

- Улучшение охраны здоровья матери и ребенка может оказывать сильнейшее положительное воздействие на экономическую активность женщин
- Всеобщий охват услугами здравоохранения обеспечивает охрану здоровья и сохранение производительности труда неформально занятых женщин, которые не имеют доступа к услугам здравоохранения по программам социального медицинского страхования для формально занятого населения
- Инвестиции в здравоохранение могут многократно улучшать положение работников здравоохранения, среди которых преобладают женщины

Блок 5. Социальное медицинское страхование требует привлечения внутренних бюджетных средств для обеспечения прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения

- Государственное страхование лучше всего работает, когда основную часть средств составляют внутренние бюджетные ресурсы, и когда право на получение медпомощи не обусловлено платежеспособностью человека
- Налоги на фонд заработной платы, включая отчисления в систему социального медицинского страхования (СМС), могут снижать темпы формализации рынков труда, поскольку они повышают стоимость труда
- В случае создания системы СМС могут возникать проблемы, связанные с ее функционированием и использованием
- Взимание вносов с неформально занятого населения может оказаться трудной задачей из-за проблем в таких областях, как идентификация, администрирование и правоприменение

Блок 6. Внутреннее государственное финансирование здравоохранения обеспечивает сокращение масштабов бедности и неравенства

- Средства внутреннего государственного финансирования не всегда расходуются на тех, кто в этом больше всего нуждается
- Растет доля тех, кто стал бедным из-за медицинских расходов, в общемировой численности малоимущего населения
- Внутреннее государственное финансирование может помочь уйти от зависимости между использованием медицинских услуг и платежеспособностью
- Внутреннее государственное финансирование медицинского обслуживания населения может способствовать снижению уровня бедности
- Адресное использование внутренних государственных средств в интересах приоритетных категорий населения может усилить положительное воздействие и обеспечить защит населения

Блок 7. Финансирование за счет личных средств граждан не обеспечивает эффективность и равнодоступность

- Финансирование за счет личных средств граждан (ЛСГ) не обеспечивает эффективности расходования средств, поскольку оно ограничивает возможность установления справедливых цен, не позволяет объединять риски и может выступать в качестве сдерживающего фактора для покупки услуг
- Финансирование за счет ЛСГ не обеспечивает равнодоступности, поскольку несоразмерно сильнее ухудшает положение малоимущего населения
- Экономический рост может быть катализатором перемен в сфере финансирования здравоохранения, включающих сокращение финансирования за счет ЛСГ, и способствовать формированию благотворных процессов, ведущих к умножению человеческого капитала
- Пока не обеспечен достаточный рост или пересмотр приоритетов, для ухода от оплаты услуг из ЛСГ и потребительских платежей, в частности, необходимы дополнительные меры государственной поддержки

Блок 8. Инвестирование в здравоохранение улучшает результаты работы других отраслей

- Здоровье работников относится к ключевым детерминантам производительности труда, особенно в тех отраслях, где используется, преимущественно, физический труд
- Улучшение состояния здоровья ведет к увеличению численности работающего населения и продолжительности трудовой деятельности
- Улучшение здоровья детей и пожилых людей ведет к увеличению численности экономически активного населения трудоспособного возраста

Блок 9. Инвестиции в систему профилактической и первичной медико-санитарной помощи могут обеспечивать экономию затрат в ближайшей и долгосрочной перспективе

- Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи влечет за собой снижение смертности от всех причин, что может приводить к значительному улучшению экономической ситуации
- Высококачественные системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) могут обеспечивать повышение экономической эффективности, позволяя избежать будущих затрат
- Система первичной медико-санитарной помощи призвана обеспечивать равнодоступность медицинских услуг, что может сокращать материальные потери
- Распределение или перераспределение внутренних государственных ресурсов в пользу ПМСП сопряжено с техническими и политическими трудностями, но это абсолютно необходимо для продвижения вперед по пути к ВОУЗ

Блок 10. Инициативы с донорским финансированием могут предусматривать увеличение, а не сокращение финансирования здравоохранения за счет внутренних государственных средств

- Доноров, целенаправленно предоставляющих финансирование для укрепления систем здравоохранения, мало, что может вести к дальнейшей фрагментации и вертикализации
- Предоставление донорских средств для целей, четко соответствующих процессам и приоритетам страны, может обеспечивать повышение эффективности использования денежных средств и способствовать дальнейшему привлечению и освоению государственных средств
- Переходная экономика дает возможность для перспективного планирования использования внутренних ресурсов в целях повышения его эффективности и устойчивости
- Подходы, ориентированные на обеспечение прозрачности и контролируемости потоков ресурсов, и использование финансовых стимулов могут способствовать максимизации привлечения государственных ресурсов

Блок 11. Рациональное расходование средств в системе здравоохранения помогает экономить государственные ресурсы

- Между тем, что расходуется на здравоохранение, и какие блага образуют эти расходы в стране (для здоровья людей и не только), не всегда существует прямая зависимость
- Неизбежные сбои на рынке, обусловленные спецификой системы здравоохранения, ведут к неэффективному использованию средств и требуют госрегулирования и господдержки
- Устранение основных причин неэффективности может помочь системе здравоохранения более продуктивно использовать то, что у нее есть
- Создание благоприятных условий для реформирования системы финансирования здравоохранения, особенно, механизмов закупки, может помочь изменить то, как используются эти ресурсы
- Некоторые меры по повышению эффективности являются прерогативой исключительно самой системы здравоохранения

Блок 12: Сильные системы управления государственными финансами могут обеспечивать повышение эффективности использования финансовых ресурсов и продвижение вперед по пути к ВОУЗ

- Укрепление связей между процессом формирования бюджета и доказательно обоснованными приоритетами политики повышает эффективность работы отрасли и использования средств
- При исполнении бюджета повышение гибкости закупок в результате изменения правил управления государственными финансами (УГФ) позволяет системе здравоохранения выбирать наиболее рациональные и эффективные решения
- Укрепление связи между тем, как контролируются ресурсы здравоохранения, и тем, как они распределяются, способствует повышению ответственности и прозрачности, что позволяет минимизировать потери ресурсов
- В итоге, системы УГФ, построенные с учетом целей финансирования здравоохранения, могут обеспечивать улучшение итоговых показателей работы систем здравоохранения

Блок 13: Инвестирование в здравоохранение для выполнения обоснованных приоритетных задач обеспечивает рациональное расходование государственных средств

- Одним из основных условий для обеспечения эффективности системы здравоохранения является приоритизация закупаемых услуг и их соотнесение с имеющимися финансовыми ресурсами
- Многие инвестиции в систему здравоохранения демонстрируют высокую экономическую эффективность
- Оценка медицинских технологий (ОМТ) на основе доказательных данных может быть источником информации для формирования программ государственных гарантий (ПГГ) с оптимальным использованием государственных средств
- Крайне важно обеспечить, чтобы ОМТ проводилась с использованием доказательных данных по экономической эффективности, а также критериев финансовой защищенности и местных источников фактической информации
- Количественная оценка результатов инвестирования в здравоохранение в сравнении с другими отраслями позволяет формулировать доводы в пользу бюджетных предложений, ориентированных на максимизацию пользы и социально-экономического благополучия для общества

Блок 14. Здравоохранительные налоги могут обеспечивать отказ от нездорового образа жизни и формирование доходов

- Здравоохранительные налоги могут становиться причиной отказа от нездоровых привычек, относимых к факторам риска заболевания и смерти от COVID-19, и способствовать облегчению нагрузки на систему здравоохранения в будущем
- Здравоохранительные налоги образуют доходы, которые можно в первоочередном порядке использовать для финансирования здравоохранения
- Определенные негативные заявления против этих налогов были, в основном, опровергнуты
- Там, где в рамках стандартных бюджетных процессов не удается обеспечить приоритетность здравоохранения, можно предусмотреть осторожное целевое ассигнование какой-то части здравоохранительных налогов системе здравоохранения, это может способствовать выполнению задач в области борьбы с бедностью

Блок 15: Объединение усилий с частным сектором может помочь максимизировать эффективность использования государственных средств

- Привлечение частного сектора посредством создания государственно-частных партнерств (ГЧП) в сфере здравоохранения может помочь более эффективно использовать государственные ресурсы.
- Субъектов частого сектора можно привлекать на контрактной основе в целях расширения охвата услугами, что помогает максимизировать эффективность использования государственных ресурсов.
- Государство может привлекать частный сектор для продвижения по пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения, но при этом оно должно создавать благоприятные условия на уровне госуправления и нормативного регулирования

Блок 16. Инвестиции для обеспечения готовности к вспышкам массового распространения болезней повышают стрессоустойчивость систем здравоохранения и уровень экономической безопасности

- Пандемия COVID-19 нанесла огромный экономический ущерб и стала причиной утраты достигнутого в области развития из-за неготовности к пандемии
- Инвестирование в обеспечение готовности позволяет избегать более значительных будущих затрат на медицинскую помощь
- У многих стран нет ресурсов для обеспечения готовности, особенно, если им приходится балансировать между инвестиционными потребностями для борьбы с COVID-19 и другими потребностями здравоохранения и «перезапускать» свою экономику

Ссылки

- 1. United Nations. 2015. United Nations General Assembly Resolution 69/13. In Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development.
- G20. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version /2019. doi:10.1596/31930.
- 3. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
- 4. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. World Bank, Washington DC:
- 5. G20. 2019. G20 Shared Understanding on the Importance of UHC Financing in Developing Countries: Towards Sustainable and Inclusive Growth.
- 6. Jowett, M., Brunal, M. P., Flores, G., and Cylus, J. 2016. Spending Targets for Health: No Magic Number. http://www.who.int/health_financing
- Kurowski, C., Evans, D. 2021., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska,
 I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19.
 Washington DC: World bank.
- 8. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up Vol. 53. Washington DC: World Bank,. https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22011/9781464806100.pdf?sequence=4
- 9. Nakhimovsky, S., and Baruwa, E. 2018. Securing Domestic Financing for Universal Health Coverage: Lessons in Process. file:///Users/idcvlhas/Downloads/HFG-Advances-Brief_DRM_Final.pdf
- 10. Brown, A., Moor, M., and Barber S.. 2016. The Public Impact Fundamentals: Helping Governments Progress from Idea to Impact. The Public Impact Fundamentals.pp.1-40. Center for Public Impact: BCG.
- 11. Sparkes, S. P., Bump, J. B., Ozcelik, E. A., Kutzin, J., and Reich, M. R. 2019. Political Economy Analysis for Health Financing Reform. Heal. Syst. Reform, 5: 183–194.
- 12. Maeda, A. et al. 2014. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies Human Development. http://documents.worldbank.org/curated/en/575211468278746561/pdf/888620PUB0REPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf
- 13. Kutzin, J. 2013. Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy. WHO Bull. 91: 602–611.
- 14. World Health Organization. (2010). The World Health Report: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. WHO. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371
- 15. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- 16. Backman, G. et al. Health Systems and the Right To Health: An Assessment of 194 Countries. www.thelancet.com doi:10.1016/S0140.
- 17. Kinney, E. D., and Clark, B. A. 2004. Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World. Cornell International Law Journal, Vol. 37. http://scholarship.law.cornell.edu/ciljhttp://scholarship.adu/ciljhttp://scholarship.adu/ciljhttp://scholarship.adu/ciljhttp://scholarship.adu/ciljhttp://scholarship.adu/ciljhttp://scholarship.
- 18. Fan, V. Y., and W. D. Savedoff. 2014. "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence." Social Science and Medicine 105: 112–121.

Блок 1. Всеобщий охват услугами здравоохранения невозможно обеспечить без привлечения внутренних государственных средств

Внутренние государственные финансы жизненно необходимы для продвижения вперед по пути ко всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ)1. Однако не все государственные средства поступают из внутренних источников: к государственным финансам относятся все средства государственных бюджетов (национального и территориальных), расходуемые на здравоохранение, включая средства внешнего содействия, поступающие в государственный бюджет, а также авансовые отчисления в системы социального медицинского страхования там, где они существуют, но они не включают со-платежи, взимаемые с граждан.^{1, 2, а} Ни одной стране не удавалось приблизиться к всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ) без использования внутренних бюджетных средств, т.е. той составляющей государственных средств, которая образуется за счет таких общих бюджетных доходов, как налоговые доходы. Бюджетные доходы являются основным источником финансирования в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД), которые осуществляют успешные программы ВОУЗ.³ Точно и «правильно» определить, сколько страны должны расходовать на здравоохранение, невозможно⁴, но то, как государственные средства из разных источников объединяются и используются, имеет решающее значение для продвижения вперед по пути к ВОУЗ. В соответствии с концепцией высокоэффективной системы финансирования здравоохранения для обеспечения ВОУЗ, крайне важно обеспечить адекватное и устойчивое выделение ресурсов с объединением достаточных объемов средств для распределения финансовых рисков заболевания и с рациональным и справедливым расходованием средств, чтобы гарантировать необходимые уровни качество и охвата.^{5,6} Таким образом, продвижение к ВОУЗ может способствовать укреплению других траекторий, ведущих к экономическому росту, включая повышение качества человеческого капитала, формирование сильных рынков труда, сокращение доли бедного населения и повышение равнодоступности возможностей, безопасности человека и экономической эффективности. Выявление разных путей увеличения объемов государственных ресурсов для здравоохранения с фокусировкой на привлечение внутренних бюджетных доходов является лучшим средством для достижения этих целей.

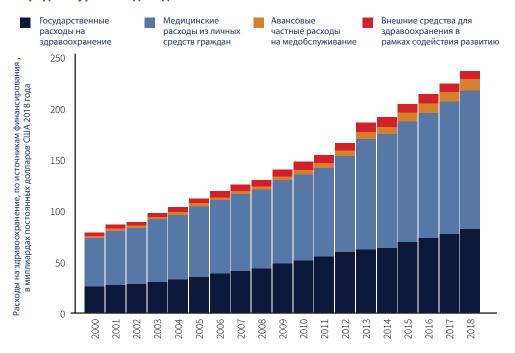
а В издании ВОЗ 2011 года «Система счетов здравоохранения» (WHO SHA2011) и Глобальной базе данных ВОЗ по расходам на здравоохранение государственные средства на здравоохранение определяются как «общие государственные расходы на здравоохранение» (категории, соответствующие следующим схемам финансирования в Глобальной базе данных по расходам на здравоохранение: СФ 1, СФ 2 и СФ 3), которые включают расходы, финансируемые за счет: общих бюджетных доходов из таких внутренних источников, как внутренние трансферты, дотации, субсидии и перечисления от имени конкретных структур (СФ1), государственные доходы из внешних источников – от правительств других стран – поступающие через государственную систему (СФ2), и средства, которые образуются в результате авансовых отчислений или взносов работодателей, работников и самозанятых граждан в системы социального страхования; но не со-платежи граждан (СФ3). Общие государственные расходы на здравоохранение, финансируемые за счет средств из внутренних источников, включают расходы, покрываемые с использованием СФ 1 и СФ 3 (внутренние государственные), и поэтому они включают все государственные средства, за исключением средств из внешних источников. Таким образом, когда в настоящем документе идет речь о государственных расходах, они включают расходы по СФ 1 и СФ 3. Когда говорится о расходах, финансируемых за счет «внутренних государственные средств», имеются в виду только расходы по СФ 1 и СФ 3. Но там, где упоминаются «внутренние бюджетные средства», имеются в виду расходы, финансируемые за счет общих внутренних бюджетных доходов (СФ1).





Внутренние государственные источники средств можно использовать для обеспечения финансирования ВОУЗ с соблюдением принципов адекватности, устойчивости, эффективности и равнодоступности. Экономическое обоснование господдержки системе здравоохранения является убедительным и базируется на таких факторах, как социальная справедливость, положительное воздействие на другие сферы и сбои на рынке (см. Блок 11). ^ь Механизмы частного финансирования, включая расходы из личных средств граждан (ЛСГ) на оплату медпомощи в момент ее получения, играют важную роль в финансировании систем здравоохранения (Рисунок 1.1), но не могут обеспечивать адекватное и устойчивое финансирование ВОУЗ (см. Блок 15). Из-за относительно низких уровней государственных расходов на здравоохранение в странах с низким и средним уровнем доходов граждане вынуждены сами финансировать необходимые им медицинские услуги, поэтому там уровни расходов из ЛСГ выше. 7, ^{8,9} Это ведет к обострению проблем неэффективности в результате фрагментации пула средств. По той же причине не обеспечивается равенство возможностей для получения медпомощи, которые зависят от платежеспособности человека, люди отказываются от медпомощи, и повышается риск несения катастрофических медицинских расходов для уязвимых категорий населения, что может вести к росту бедности и снижению экономической активности граждан по состоянию здоровья (см. Блок 7).10 Программы добровольного медицинского страхования (ДМС), включая схемы с государственным финансированием и управлением, играют незначительную роль в образовании доходов для системы здравоохранения, а их доля в общих расходах на здравоохранение в странах с низким и средним уровнем доходов редко превышает 5%.^{3,11,12} Уровни внешнего содействия для здравоохранения не только не повышаются, но и являются непредсказуемыми, а также зависят от внешнеполитических приоритетов и экономической ситуации в мире (см. Блок 10). Внутренние государственные ресурсы являются самым предсказуемым и стабильным источником финансирования, позволяющим обеспечивать более эффективное использование средств. ¹³

Рисунок 1.1. Распределение расходов на здравоохранение по источникам финансирования, в целом по группе стране с низким и средним уровнем доходов



Источник: Глобальная база данных ВОЗ по расходам на здравоохранение (Global Health Expenditure Database, 2020).

Ь К таким факторам могут относиться: (1) информационная асимметрия, когда у поставщиков услуг больше информации, чем у пациентов, что создает возможность для корыстного использования этого преимущества; (2) неблагоприятный отбор, когда страховщики могут, например, выбирать граждан с низким уровнем риска, а граждане с высоким уровнем риска сами ищут более дорогостоящие, щедрые варианты медицинского страхования; (3) моральный риск, когда страховое покрытие может стимулировать более высокие затраты и использование почти бесполезных услуг; (4) непредсказуемость видов и объемов необходимой помощи, что затрудняет организацию «потока производства» с учетом потребительского спроса.

Внутренние государственные расходы играют решающую роль в обеспечении ВОУЗ, но точно и «правильно» определить, сколько страны должны расходовать на здравоохранение, невозможно. 14 Многочисленные глобальные и региональные обязательства предусматривают использование внутренних государственных средств^{с, d} и включают целевые показатели по государственным расходам на здравоохранение в расчете на одного человека.^{е,} ^{15, 16-21} Расчеты по одному сценарию показывают, что доля внутренних ресурсов, необходимых для соответствия целевым показателям достижения ЦУР, может составлять 85%.22 Однако то, сколько страны должны тратить и тратят на здравоохранение, зависит от многих факторов, включая эффективность системы здравоохранения, гибкость и соответствие системы государственных финансов целям системы здравоохранения и политическую волю в отношении обеспечения охвата малоимущего населения.²³ Некоторым странам удается продвигаться к ВОУЗ без достижения целевых уровней расходов, но показатели качества ВОУЗ сильно варьируют в зависимости от государственных расходов, когда уровни расходов низкие, и это варьирование зависит от того, сколько тратится и какие виды помощи предоставляются (Врезка 1.1). $^{14, 26}$ В 2011 году расходы на здравоохранение в 24 странах, осуществлявших программы ВОУЗ, в среднем составляли 39 долларов США на душу населения, что эквивалентно 1,4% ВВП.²⁴ Все эти страны начали с мер по улучшению положения малоимущего населения, направленных на обеспечение доступа и облегчения финансового бремени своего населения. Они также финансировали меры по расширению доступа для малоимущего населения с использованием не требующей взносов системы, финансируемой за счет налогов, с дополнительным программным финансированием по результатам, а не на основе бюджетов прошлых лет или других подходов к финансированию на основе затрат. Несмотря на эти примеры хороших результатов работы систем здравоохранения при низких затратах, для решения таких проблем, как неэффективность, неравенство доступа и финансовая незащищенность, обусловленных большой долей ЛСГ, по-прежнему необходимо увеличение внутренних бюджетных инвестиций в здравоохранение.²⁵

Для обеспечения ВОУЗ критически необходимо выявлять разные пути увеличения объемов внутренних государственных ресурсов для здравоохранения. В периоды экономического роста страны могут привлекать и выделять больше внутренних бюджетных ресурсов для системы здравоохранения. Когда растет финансирование из этих средств, страны становятся менее зависимыми от внешнего и частного финансирования. Сегодняшний бюджетно-финансовый контекст требует изыскания альтернативных каналов, чтобы привлекать больше внутренних бюджетных ресурсов для здравоохранения. Ключевые стратегии включают улучшение мобилизации ресурсов за счет здравоохранительных налогов (см. Блок 10) и совершенствование процессов приоритизации, выделения/распределения и использования имеющихся средств. Для достижения этих целей можно изучить механизмы УГФ, которые позволяют улучшать закупку услуг или объединение средств, чтобы определить, до какой степени их применение может способствовать обеспечению ВОУЗ (см. Блок 13). В этой связи также можно посмотреть, как приоритизация помогает перенаправлять средства в поддержку усилий по достижению целей ВОУЗ: внутренние государственные средства часто направляются на покрытие недискреционных (обязательных) расходов здравоохранения и расходов на высокотехнологичную медпомощь, а не на предоставление услуг, которые необходимы для обеспечения социальной справедливости и финансовой защищенности.

с Согласно Абуджийской декларации 2001 года, главы африканских государств обязались предоставлять системе здравоохранения 15% своего годового бюджета, а в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2010 года для обеспечения ВОУЗ предлагается установить необходимый минимум государственного финансирования на уровне 4-5% ВВП. В принятой в 2015 году Аддис-Абебской программе действий подчеркивается необходимость мобилизации и эффективного использования внутренних средств.

d В 2019 году министры финансов и главы центробанков стран Группы двадцати подчеркнули первостепенное значение государственных финансов для «высокоэффективного финансирования здравоохранения» в целях обеспечения ВОУЗ в развивающихся странах.

е См. также публикацию: Jowett et al. (2016), где представлено краткое описание мер, принятых в 1980-2014 годах. По оценкам Комиссии по макроэкономике и здравоохранению 2001 года и Целевой группы высокого уровня по инновационному международному финансированию систем здравоохранения 2009 года, потребности в финансировании в расчете на душу населения к 2015 году составят, соответственно, 38 долларов США (в долларах США 2002 года) и 54 доллара США (в долларах США 2005 года). Авторы публикации: McIntyre et al. (2017) используют цифру 54 доллара США на душу населения в долларах США 2012 года, что соответствует 86 долларам США на душу населения. Эта цифра выбрана в связи с комплектностью основополагающих допущений, включавших стоимость лекарств, затраты на повышение кадрового потенциала и другие меры по укреплению ПМСП, а также полный набор видов ПМСП. В рамках исследования по прогнозированию мировых цен (Global Price Tag) 2017 года анализ показал, что к 2030 году потребуется еще 274 миллиарда долларов США, а по более смелому сценарию – 371 миллиард долларов США, что соответствует еще 41 доллару США или 58 долларам США на душу населения к завершающим годам расширения охвата18. В 2019 году МВФ прогнозировал дополнительные расходы в 2030 году на уровне ,5 триллионов долларов США для стран с низким уровнем доходов и на уровне 2,1 долларов США для стран с формирующейся рыночной экономикой.²⁰

Врезка 1.1. От принципов к практике Примеры из опыта разных стран: Камбоджа и Камерун

В Камбодже и Камеруне уровни государственного финансирования здравоохранения примерно одинаковые, но разница в показателях ВОУЗ свидетельствует о влиянии того, как эти средства распределяются и используются. В рамках проведенного в 2016 году анализа²³ Камбоджа и Камерун рассматривались как две страны с одинаково низкими уровнями государственных расходов на здравоохранение в 2016 году (примерно 41 доллар по ППС 2016 года) и с хорошими, но очень разными показателями ВОУЗ. В частности, в Камбодже были значительно лучше все показатели охвата услугами, предусматриваемыми ВОУЗ (однако показатели финансовой защищенности в обеих странах были низкими из-за низких абсолютных значений уровней расходов на здравоохранение). Хотя в Камеруне выделялось больше бюджетных средств на здравоохранение, чем в Камбодже, Камбодже удалось достигнуть более высоких показателей ВОУЗ при таком же уровне государственных расходов, возможно, благодаря внедрению стимулирующей системы с поощрительными выплатами акушеркам за результаты работы и использованию ваучеров для стимулирования развития системы охраны материнства. В Камеруне в 2013 году была внедрена система программно-целевого бюджетирования, но на момент проведения анализа исполнение бюджета было неудовлетворительным, равно как и распределение ресурсов в системе здравоохранения.⁴

Ссылки

- Tandon, A. 2020. Global Landscape: Fiscal Space for Health. Domestic Resource Mobilization Collaborative. Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
- 2. Gaudin, S., Smith, P. C., Soucat, A., and Yazbeck, A. S. 2019. Common Goods for Health: Economic Rationale and Tools for Prioritization. Heal. Syst. Reform 5: 280–292.
- 3. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universals Health Coverage Reforms from the Bottom Up. Washington DC: World Bank, vol. 53.
- 4. Jowett, M., Brunal, M. P., Flores, G., and Cylus, J. 2016. Spending Targets For Health: No Magic Number. Health Systems Governance and Finance Working Paper No 1. Geneva: WHO
- 5. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage.
 World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371.
- 7. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- 8. Barroy, H., Vaughan, K., Tapsoba, Y., Dale, E., and Maele, N. Van de. 2017. Towards UHC: Thinking Public Overview of Trends in Public Expenditure on Health (2000-2014). Health Financing Working Paper.
- 9. Hernandez-Pena, P. 2020. Global Spending on On Health: Weathering the Storm 2020. Working paper. Health Financing Working Paper. Geneva: World Health Organization.
- 10. Jowett, M., and Kutzin, J. 2012. Raising Revenues for Health in Support of UHC: Strategic Issues For Policy Makers. Heal. Financ. Policy Br. Vol 1.
- 11. World Health Organization. (2013). Arguing for universal health coverage. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/204355
- 12. Mathauer, I., and Kutzin, J. 2018. Voluntary Health Insurance: Potentials and Limits in Moving Towards UHC. doi:CC BYNC-SA 3.0 IGO
- 13. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
- 14. Jowett, M., and Cylus, J. 2016. Spending Targets for Health: No Magic Number. Health Financing Working Paper No. 1.
- 15. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development. Tokyo, Japan, June 2019
- 16. McIntyre, D., Meheus, F., and Rottingen, J. A. 2017. What Level of Domestic Government Health Expenditure Should We Aspire To for Universal Health Coverage? Heal. Econ. Policy Law 12: 125–137.
- 17. Sachs, J. D. 2002. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Rev. Panam. Salud Publica 12: 143–144.
- 18. Stenberg, K. et al. 2017. Financing Transformative Health Systems Towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries. Lancet Glob. Heal. 5: e875–e887.
- 19. Lienert, I. 2010. Role of the Legislature in Budget Processes. Technical Notes and Manuals. Washington DC: International Monitary Fund.
- 20. Gaspar, V., Amaglobeli Amaglobeli, D., Garcia-Escribano, M., Prady, D., and Soto, M. 2019. Fiscal Policy and Development: Human, Social, and Physical Investment for the SDGs. IMF Staff Discussion Note 19/03 45.
- 21. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. 2009. More Money for Health, and More Health for the Money. Int. Heal. Partnersh. pp. 1–28.
- 22. Hanssen, O., Lauer, J., Edejer, T., Stenberg, K., and Soucat, A. 2018. Investing Global, Investing Local: Supporting Value for Money Towards the Health SDGs. Technical Report. Department of Health Systems Governance and Financing. Geneva: World Health Organization.
- 23. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J., O'Dougherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. World Health Organization Working Paper, No. 4.
- 24. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0
- 25. Reeves, A., Gourtsoyannis, Y., Basu, S., McCoy, D., McKee, M., Stuckler, D. 2015. Financing Universal Health Coverage Effects of Alternative Tax Structures on Public Health Systems: Cross-National Modelling in 89 Low-Income and Middle-Income Countries. Lancet 386: 274–80.
- 26. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle, WA: IHME, 2020.

Блок 2. Инвестиции в здравоохранение необходимы для роста человеческого капитала страны

Составляющими человеческого капитала являются: знания, навыки и здоровье, которые люди накапливают в течение своей жизни и которые позволяют им реализовывать свой потенциал в качестве полезных членов общества. ^{1,2} Инвестиции в человеческий капитал дополняют инвестиции в физический капитал, природный капитал и другие виды капитала, которые можно использовать для обеспечения развития национальной и глобальной экономики. ³ В таких странах, как Южная Корея, стартовые инвестиции в человеческий капитал оказались одним из важнейших факторов, способствующих постоянному ускорению роста. ⁴ Рост человеческого капитала ассоциируется с более высокими заработками людей и более высокими доходами стран и является двигателем устойчивого роста. ⁵ Инвестирование в здравоохранение и образование на всех этапах жизненного цикла – с младенчества, в раннем детстве и во взрослой жизни – обеспечивает накопление человеческого капитала, что в будущем приводит к повышению производительности. Поэтому, здоровье является одной из важных составляющих человеческого капитала.

Здравоохранение и образование являются краеугольными камнями человеческого капитала. Человеческий капитал измеряется с помощью Индекса человеческого капитала (ИЧК)^а, отражающего запас человеческого капитала, который родившийся сегодня ребенок может накопить к 18 годам с учетом текущего состояния здравоохранения и образования в каждой стране (см. Врезку 2.1). ИЧК складывается из трех компонентов: выживаемость детей, образование и здоровье. В период с 2010 по 2020 годы более половины прироста человеческого капитала обеспечивалось положительными изменениями в показателях выживаемости в детском возрасте, задержки роста детей и выживаемости взрослых (Рисунок 2.1)⁵. Улучшение показателей выживаемости и состояния здоровья населения благодаря инвестициям в здравоохранение помогает оптимизировать инвестиции в систему образования, обеспечивая улучшение подготовки детей к обучению. Охрана здоровья и образование детей вместе обеспечивают формирование более сильных трудовых ресурсов, что в дальнейшем приводит к повышению производительности.

а Индекс человеческого капитала (ИЧК) используется в дополнение к разработанному ПРООН Индексу человеческого развития, который является интегральным показателем человеческого развития, отражающим следующие аспекты: здоровая жизнь, образование и достойные условия жизни. ИЧК тоже является интегральным показателем человеческого развития, который отражает те же аспекты − здоровую жизнь и образование, но в дополнение охватывает производительность и уровни доходов для использования в поддержку экономических аргументов для обоснования инвестиций в интересах человеческого развития.²⁴





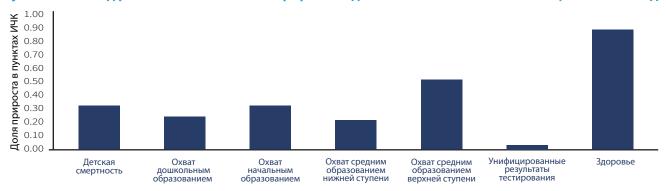


Рисунок 2.1. Вклад разных компонентов в прирост Индекса человеческого капитала, 2010-2020 годы

Источник: Обновленные данные по Индексу человеческого капитала 2020 года: Человеческий капитал во время пандемии COVID-19 (Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19)3 с данными Всемирного банка.

Инвестиции в человеческий капитал также обеспечивают умножение социального капитала, который образуют общие нормы, ценности и договоренности, обеспечивающие возможность для взаимодействия внутри и между групп, тем самым способствуя эконмическому росту. Социальный капитал появляется благодаря вложению сил и средств в формирование человеческого капитала посредством улучшения здоровья и образования людей, поскольку хорошее здоровье позволяет приобретать когнитивные и социально-поведенческие навыки для дальнейшего повышения уровня образования и развития гражданских навыков, необходимых для формирования социального капитала.²

Инвестиции в здравоохранение оказывают сильное положительное воздействие на рост человеческого капитала и будущую производительность труда. Для материализации отдачи от инвестиций в человеческий капитал, в том числе в системе здравоохранения, требуется больше времени по сравнению с инвестициями в физический капитал, например, в строительство мостов и дорог. Здоровье оказывает существенное воздействие на человеческий капитал, но для его проявления требуется больше времени, чем для непосредственного воздействия улучшения состояния здоровья населения на производительность труда работающего населения (см. Блок 4). Участники процесса формирования бюджета часто хотят быстро получить отдачу от инвестиций или должны направлять ресурсы на удовлетворение неотложных материальных потребностей, что может быть причиной недостаточности инвестирования в систему здравоохранения и утраты возможностей для наращивания человеческого капитала и обеспечения будущего экономического роста из-за ухудшения состояния здоровья населения. Человеческий капитал аккумулируется и формируется в течение длительного времени, а это значит, что небольшие различия в краткосрочной перспективе в будущем превращаются в огромные пробелы. Отдача, которую получает человек от инвестирования в человеческий капитал, оборачивается большими выгодами для стран за счет положительного влияния на другие аспекты жизнедеятельности общества.² Если бы темпы роста инвестиций в человеческий капитал, наблюдаемые в странах с высокими показателями, были бы достигнуты в каждой из других стран мира, то общемировой ВВП к 2050 году вырос бы на 12% – при этом основная часть этого прироста приходилась бы на долю стран с низком уровнем доходов.⁸

Улучшение состояния здоровья населения ведет к положительным изменениям демографической динамики, что обеспечивает прирост человеческого капитала. Инвестиции, которые позволяют снизить детскую смертность и, в свою очередь, способствуют снижению фертильности, могут приводить к улучшению показателей развития человеческого капитала за счет получения «демографического дивиденда». Демографический дивиденд образуется там, где на уровне здравоохранительной и социальной политики своевременно принимаются эффективные меры по использованию изменений в возрастной структуре населения для производства экономических благ. В Южной Корее, Гонконге и Сингапуре в связи с демографическими изменениями, происходящими в результате изменения здоровья населения, осуществлялись инвестиции в планирование семьи и образование, и принимались меры в рамках экономической политики, направленные на укрепление рынка труда и получение демографического дивиденда. 13

Улучшение состояния здоровья детей раннего возраста создает фундамент для будущего прироста человеческогокапитала. LPазвитиедетей раннеговозраста оказывает непосредственное влияние на экономические, медицинские и социальные показатели на уровне отдельных граждан и общества в целом. Неблагоприятные условия жизни в детстве являются причиной дефицита навыков и способностей, что ведет к снижению производительности и повышению социальных издержек, тем самым обостряя дефицит финансовых средств у населения. Критически важным периодом для закладки фундамента производительности является возраст от рождения до пяти лет, когда мозг ребенка стремительно развивается и создается основа для формирования когнитивных и личностных навыков,

необходимых для успешного обучения в школе, здоровья, профессиональной деятельности и жизни. В процессе обучения детей раннего возраста формируются когнитивные навыки, а также такие личностные качества, как внимательность, мотивация, самоконтроль и общительность, которые «превращают» знания в умения и позволяют людям стать полезными членами общества (Рисунок 2.2). По существу, снижение детской смертности создает возможности умножения человеческого капитала для большей численности детей более раннего возраста в течение всей ихжизни. Улучшение состояния здоровья детей раннего возраста обеспечивает для них не только выживаемость, но и перспективы успешного обучения в школе, поскольку оно способствует формированию когнитивных навыков.

Рисунок 2.2. Кривая Хекмана: экономическое воздействие инвестирования в обучение детей раннего возраста^ь



Задержка роста наблюдается у детей в возрасте до двух лет из-за плохого питания, частных инфекционных заболеваний и отсутствия необходимой психосоциальной стимуляции и имеет необратимые пагубные последствия для когнитивного и физического развития. Задержка роста может потом помешать ребенку полностью реализовать свой потенциал в школьном возрасте и во взрослой жизни и, как показывает опыт, стать причиной пониженной производительности труда и зарплаты в период трудовой деятельсноти.

Улучшение состояния здоровья школьников может способствовать повышению успеваемости, а в итоге образованию человеческого капитала. От состояния здоровья в значительной степени зависит не только развитие детей в раннем возрасте, но и обучение в школе, а также способность ребенка к обучению и накапливанию человеческого капитала.^{14,16} Слабое здоровье отрицательно сказывается на обучаемости ребенка в школьном возрасте и может быть причиной чрезмерно низкой посещаемости школы, что ведет к снижению успеваемости и росту частоты выбытия из школы.¹5 Меры по улучшению питания оказывают особо сильное положительное воздействие на образование, поскольку недоедание матерей и детей, как выяснилось, очень часто является причиной сокращения продолжительности обучения в школе. 15 В Китае в рамках проекта по борьбе с анемией среди учащихся сельских начальных школ было установлено, что результаты тестирования по математике повышаются, когда дети получают улучшенное школьное питание.¹⁶ К результатам дошкольного и школьного образования относится повышение экономической продуктивности на следующих этапах жизненного цикла: анализ ситуации в 146 странах в период с 1950 по 2010 годы показал, что коэффициенты отдачи затрат на один дополнительный год обучения в школе, по оценкам, составляют от 5% до 12%.¹⁷ Помимо этого, преимущества роста человеческого капитала превосходят частую отдачу; достижения одного человека распространяются на других людей и на другие поколения.² Например, инвестиции в систему охраны здоровья матери и ребенка способствуют улучшению состояния здоровья детей благодаря тому, что они обеспечивают расширение возможностей для ухода и присмотра за детьми.

Рост человеческого капитала взрослого населения обеспечивает повышение продуктивности, расширяя перспективы на рынке труда. У людей, которые в детстве были здоровыми, лучше формируются когнитивные и социо-эмоциональные навыки и они более полно реализуют возможности школьного и профессионального обучения. В экономике стран неуклонно повышается роль отраслей, где требуется коллективная работа, гибкость и инновационность, а также использование современных технологий и автоматизации. Для

b Рисунок загружен с вебсайта Heckman Equation («Уравнение Хекмана») 20 апреля 2021 года: <a href="https://heckmanequation.org/resource/the-heckmanequation.org/reso

с Когнитивные навыки – это способность человека выполнять умственную работу (например, требующую понимания или рассуждения), а социально-эмоциональные навыки – это личностные качества, поведение, отношения и убеждения (например, добросовестность и эмоциональная устойчивость).²⁶

выполнения этих отраслевых запросов необходимы работники с более развитыми когнитивными и социоэмоциональными навыками, особенно в таких сферах, как здравоохранение, информатизация (ИТ) и инженерное дело. Помимо этого, в странах с низким и средним уровнем доходов более трети рабочих мест (преимущественно для низкоквалифицированных работников) можно автоматизировать, поэтому во избежание роста безработицы придется привлекать службы переподготовки и трудоустройства. В Важно отметить, что когда доступ к медпомощи не связан с формальной занятостью, у работников больше свободы для того, чтобы поменять работу при появлении возможностей (см. Блок 7). Оди часто не могут себе позволить или не считают необходимым инвестировать в формирование человеческого капитала для себя или своих семей. В свете сильнейшего положительного долгосрочного воздействия роста человеческого капитала на экономику и общество государство должно играть решающую роль в осуществлении таких инвестиций в широком масштабе.

Плоды инвестиций в человеческий капитал могут не оказываться равнодоступными для людей разных полов и разных социально-экономических уровней. Особенно важно то, что существует гендерное неравенство возможностей для использования преимуществ прироста человеческого капитала. У девочек уровни подготовки и успеваемости высокие или несколько выше, чем у мальчиков; однако на пути к реализации преимуществ их человеческого капитала возникают определенные барьеры, например, вступление в брак до наступления совершеннолетия, гендерное насилие и прочие барьеры для социально-экономической активности женщин (см. Блок 4).²⁴ Чтобы девочки могли реализовать экономические возможности, создаваемые в результате инвестиций в человеческий капитал, странам крайне необходимо решить проблему структурных барьеров для экономической активности женщин.⁵ Человеческий капитал неравномерно распределяется и между разными социально-экономическими группами населения; в странах существуют значительные разрывы в результатах накопления человеческого капитала между разными социально-экономическими группами населения.²⁴

Врезка 2.1. От принципов к практике Индекс человеческого капитала

Данные по ИЧК стран и регионов мира и основополагающим показателям (включая выживаемость детей в возрасте до 5 лет, распространенность задержки роста детей и ожидаемую продолжительность школьного обучения с поправкой на качество образования) можно получить в Базе данных по Индексу человеческого капитала (ИЧК) <u>Human Capital Index (HCI) database</u> на вебсайте Всемирного банка.

Ссылки

- 1. World Bank. 2018. The Human Capital Project. doi:10.1596/978-1-4648-1328-3.
- The World Bank. 2019. World Development Report 2019: The Changing Nature of Work. doi:10.1596/978-1-4648-1328-3.
- 3. Kraay, A. 2018. Methodology for a World Bank Human Capital Index. Washington DC: World Bank
- 4. Jeong, H.. 2017. Korea's Growth Experience and Long-Term Growth Model. Policy Research Working Paper; No. 8240. World Bank: Washington, DC. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28859 License: CC BY 3.0 IGO
- 5. The World Bank. 2020. The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19. doi:10.1002/9781118691731.ch16.
- 6. Organization for Economic Cooperation and Development. 2010. Social Capital, Human Capital and Health: What is the Evidence? Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- 7. Kim, J. Y. 2018. The Human Capital Gap: Getting Governments to Invest in People. Foreign Aff. doi:10.1353/aph.1990.0152
- 8. Collin, M., and Weil, D. 2018. The Effect of Increasing Human Capital Investment on Economic Growth and Poverty: A Simulation Exercise. Journal of Human Capital 14 (1).
- 9. Mcgreevey, W. Angus Deaton. 2013. The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality. Popul. Dev. Rev. doi:10.1111/j.1728-4457.2013.00638.x.
- 10. Leroy, J. L., and Frongillo, E. A. 2019. Perspective: What Does Stunting Really Mean? A Critical Review of the Evidence. Adv. Nutr. 10: 196–204.
- 11. Jamison, D., Yamey, G., Beyeler, N., and Wadge, H. 2016. Investing in Health: The Economic Case. Report of the WISH Investing in Health Forum.
- 12. UNICEF, Division of Policy and Strategy. 2012. Investing in Children: A Brief Review of the Social and Economic Returns to Investing in Children. UNICEF.
- 13. Bloom, D. E., Canning, D., and Sevilla, J. 2003. The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. California: RAND Corperation.
- 14. Victora, C. G., Adair, L., Fall C., Hallal, PC., Martorell, R., Richter, L., Sachdev, H., Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital. Lancet 371: 340–357.
- 15. Bundy, D. A. P., Shultz, L., Sarr, B., Banham, L., Coloneso, P., Drake, L. 2017. The School as a Platform for Addressing Health in Middle Childhood and Adolescence. Child and Adolescent Health and Development. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0423-6/PT4.CH20
- 16. Luo, R., Shi, Y., Zhang, L., and Liu, C. 2012. Nutrition and Educational Performance in Rural China's Elementary Schools: Results of a Randomized Control Trial in Shaanxi Province Nutrition and Educational Performance in Rural China's Elementary Schools: Results of a Randomized Control Trial. doi:10.1086/665606.
- 17. Barro, R., and Lee, J. 2010. A New Data Set of Educational Attainment in the World, 1950–2010. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. doi:10.5089/9781451851335.001
- 18. International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930
- 19. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development. June 2019, Tokyo, Japan.
- 20. Belli, P. C., Bustreo, F., and Preker, A. 2005. Investing in Children's Health: What are the Economic Benefits? Bull. World Health Organ. Vol. 83.
- 21. Diaconu, L., and Popescu, C. 2016. Human Capital A Pillar of Sustainable Development. Empirical Evidences from the EU States. Eur. J. Sustain. Dev. 6: 103–112.
- 22. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- 23. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- 24. World Bank. 2020. Insights from Disaggregating the Human Capital Index. doi:10.1596/33143.
- 25. World Bank. 2020. The Human Capital Project: Frequently Asked Questions How Does the Human Capital Index Differ from UNDP's Human Development Index? Available at: https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital/brief/the-human-capital-project-frequently-asked-questions#10. Accessed on June 22, 2020.
- 26. Acosta, P., and Muller, N. T. 2018. The Role of Cognitive and Socio-Emotional Skills In Labor Markets. IZA World of Labor. doi:10.15185/izawol.453

Блок 3. Сохранение или увеличение объемов инвестиций в здравоохранение во время экономических спадов может давать долгосрочные положительные эффекты

Во время экономического спада еще более важно продолжать инвестировать в здравоохранение, чем в периоды процветания. Во время экономических спадов страны испытывают дефицит государственных ресурсов, но в качестве средства для достижения установленных целей в отношении повышения доходов или снижения уровня бедности инвестиции в человека оказываются более эффективными, чем инвестиции в физический капитал. Здоровье людей, особенно уязвимых групп населения стран с неустойчивыми рынками труда и слабыми системами соцзащиты, может ухудшаться под воздействием экономических спадов, которые могут иметь краткосрочные и долгосрочные последствия для систем здравоохранения и экономики в целом. Если в периоды экономической стабильности здравоохранение занимает приоритетное место в национальном бюджете, система здравоохранения становится более устойчивой к будущим шокам. Во время экономических кризисов необходимо сохранение или даже увеличение объемов внутренних инвестиций в здравоохранение.

В периоды экономической стабильности решение о выделении достаточных объемов средств на здравоохранение из национального бюджета может защитить внутреннее финансирование здравоохранения от будущих экономических шоков.^{3,4} На глобальном уровне с начала 2000-х годов государственные расходы растут относительно медленно и, в основном, благодаря улучшению макроэкономических условий (например, росту валового внутреннего продукта (ВВП), повышению доходов), а не изменению приоритетов.^{5,6} Решение о выделении адекватных объемов средств на здравоохранение из национального бюджета делает систему здравоохранения более устойчивой к будущим экономическим шокам. Кроме этого, дополнительные ресурсы, привлеченные в периоды экономического роста, можно использовать для увеличения ассигнований на здравоохранение, не сокращая ассигнования другим отраслям. Анализ подушевого государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении по 151 стране в период с 2000 по 2015 год показал, что в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД) государственное финансирование здравоохранения в расчете на душу населения увеличивалось на 5% в год, особенно в Восточной Азии и Тихоокеанском регионе, причем более 50% увеличения этого финансирования в мире обеспечивается экономическим ростом. 7 По прогнозам, в связи с пандемией COVID-19 государственный долг стран с низким и средним уровнем доходов увеличится до 60% ВВП и более, а у стран с высоким уровнем доходов - до 70% ВВП, что значительно изменит эту картину и сделает эффективное использование ограниченных государственных ресурсов еще более важной задачей.





Во время экономических спадов необходимо продолжать инвестировать в здравоохранение во избежание возникновения ситуаций, требующих увеличения затрат на здравоохранение. Сохранение масштабов инвестиций в здравоохранение обеспечивает надежную защиту будущего экономического роста за счет предупреждения возникновения ситуаций, требующих увеличения затрат на здравоохранение, которые влекут за собой потери человеческого капитала (см. Блок 1). Пандемия COVID-19 стала причиной сокращения доходов, нарушения работы медицинских служб и системы образования и ухудшения питания детей – все это чревато утратой того, что было достигнуто за целое десятилетние в формировании человеческого капитала (Рисунок 3.1).8 В итоге такой откат назад может способствовать появлению состояний, требующих более дорогого лечения, или накоплению других недугов, которые не лечились из-за нарушений в работе медицинских служб, что приведет к накоплению подавленного (отложенного) спроса. Например, анализ экономического кризиса 2014-2016 годов в Бразилии показал, что на фоне роста безработицы во время экономической рецессии смертность увеличилась на 30 тысяч человек, большинство из которых умерло от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Наибольший рост смертности был зафиксирован среди населения с уже слабым здоровьем, повышенной вероятностью занятости в неформальном секторе или с низкими доходами и повышенным риском оказаться за чертой бедности. Это исследование также показало, что в муниципалитетах, где были приняты меры по охране здоровья и соцзащите, роста смертности в связи с безработицей не наблюдалось. Вместе с тем, некоторые исследования показывают, что экономия затрат в результате отказа от медпомощи в большинстве штатов США превзошла стоимость лечения пациентов с коронавирусной инфекцией, увеличив маржу для планов медицинского страхования.9

Во время экономических спадов инвестиции в рамках программ развития здравоохранения и общих социальных программ могут предотвращать потери человеческого капитала и снижение производительности. В прошлом во время экономических спадов одни страны обеспечивали защиту населения, несмотря снижение экономических показателей, посредством увеличения расходов на здравоохранение в расчете на душу населения и принятия других мер для социальной защиты населения^{9,10}, а другие сокращали расходы на здравоохранение пропорционально сокращению ВВП. 11,12 Во время пандемии COVID-19 многие страны увеличили расходы на финансирование текущих медицинских мер по борьбе с пандемией. Однако пока трудно сказать, будет ли это финансирование продолжаться в течение следующих нескольких лет в условиях большой нагрузки на бюджетно-финансовую систему. ¹⁰ Во время рецессии из-за снижения доходов домохозяйств могут ухудшаться условия жизни людей^{2,13,14}, что создает риски ухудшения состояния здоровья по таким причинам, как снижение потребления питательных веществ и отказ от медпомощи.15 Выяснилось, что в странах с низким и средним уровнем доходов экономические шоки негативно влияют на посещаемость школы, питание и младенческую смертность в, что имеет побочные эффекты, из-за которых в особо тяжелом положении оказываются неформально занятые женщины в странах с низким и средним уровнем доходов.¹⁴ Крупномасштабные проблемы в области здравоохранения, возникающие в период экономического спада, могут вызывать необходимость увеличения расходов на медобслуживание населения в настоящем и будущем и приводить к снижению экономической производительности (Врезка 3.1). Адекватное государственное финансирование здравоохранения, а также осуществление здравоохранительных программ и других программ социальной поддержки (в том числе предусматривающих уменьшение размеров со-платежей, возмещение косвенных медицинских издержек, пособия по болезни, меры поддержки при потере дохода) могут предотвращать потери человеческого капитала за счет сохранения производительности труда и здоровья населения (см. Блок 2). Далее, отмена привязки права на получение медпомощи к формальной занятости с ее заменой на привязку этого права к местожительству является еще одной формой инвестирования в обеспечение ВОУЗ и расширяет доступ к тем видам медицинской помощи, которые являются жизненно необходимыми для малообеспеченных домохозяйств. 10, 17, 18

самоизоляции

Задержка в росте Успеваемость и Ожидаемая обучение в школе; продолжительность здоровой жизни; Безработица; Детская смертность; Ухудшение здоровья Успеваемость и качество Маркеры Низкая масса тела . . повышенная при рождении образования в школе болезненность и смертность Колледж Внутриутробный Рождение 0-5 5-18 18-60 6()+ период Работа Hlok Выбытие и снижение Отказ от медпомощи Болезненность, стрессы и изолированность образования из-за закрытия школ и потери доходов Плохое питание Возможно, Безработица и матери из-за режима резкое снижение плохое питание

Рисунок 3.1. Воздействие экономических шоков на состояние здоровья, образование и человеческий капитал на разных этапах жизненного цикла

Источник: Обновленные данные по Индексу человеческого капитала 2020 года: Человеческий капитал во время пандемии COVID-19 (Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19).⁷

доходов

Врезка 3.1. От принципов к практике. Примеры из опыта разных стран: страны постсоветского пространства

Во времена бюджетной напряженности, возможно, еще более важно продолжать инвестировать в здравоохранение, чем во времена процветания, особенно для защиты уязвимых категорий населения. В 1990-е годы в странах постсоветского пространства резко возросла заболеваемость туберкулезом (после экономического кризиса, вызванного распадом СССР) из-за нарушения функционирования системы здравоохранения и ухудшения социально-бытовых условий, включая перенаселенность, плохую вентиляцию, плохое питание, что в совокупности относится к факторам риска заболевания туберкулезом и туберкулезом с лекарственной устойчивостью. Лекарственно-устойчивый туберкулез является заразным заболеванием с высокой смертностью и требует длительного и очень дорогостоящего лечения. Крупномасштабные экономические последствия распространения туберкулеза и лекарственно-устойчивого туберкулеза в странах пространства до сих пор не ликвидированы. Более того, заболеваемость лекарственноустойчивым туберкулезом заметно возросла и остается исключительно высокой. Нехватка ресурсов здравоохранения в 1990-е годы, из-за которой, помимо прочего, начался рост заболеваемости туберкулезом, была связана, в основном, с политической дестабилизацией, но этот опыт свидетельствует о том, что во время экономических спадов необходимо продолжать инвестировать в здравоохранение во избежание таких последствий для экономики и здоровья людей.¹⁹

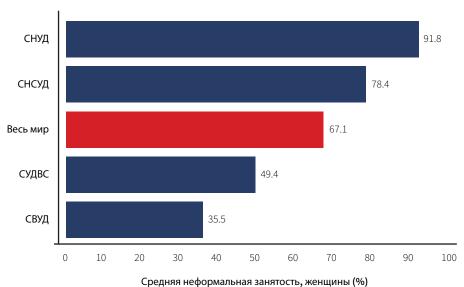
Ссылки

- 1. Collin, M; Weil, D. 2018. The Effect of Increasing Human Capital Investment on Economic Growth and Poverty: A Simulation Exercise. Policy Research Working Paper; No. 8590. World Bank: Washington, DC.
- 2. Hone, T., Mirelman, A., Rasella, D., Paes-Soussa, R. 2019. Effect of economic recession and impacat of health and social protection expenditures on adult mortality: Longitudinal Analysis of Adult Mortality in 5565 Brazilian Municipalities. Lancet Global Health. 7: e1575–e1583.
- 3. Habicht, T., and Evetovits, T. 2015. The Impact of the Crisis on the Health System and Health in Estonia. In Observatory Studies Series, No. 41 edited by Maresso, A., Mladovsky, P., and Thomson, S. pp.103–142. European Observatory on Health Systems and Policies.
- 4. Habicht, T., and Palu, T. 2018. Presentation of the Joint Learning Network: Estonian Case Study. In Joint Learning Network, Collaborative on Domestic Resource Mobilization. Washington DC, April 2018
- 5. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., Dozol, A., and Postolovska, I. 2020. From Slippery Slopes to Steep Hills: Contrasting Landscapes of Economic Growth and Public Spending for Health. Soc. Sci. Med. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113171.
- 6. Xu, K., Soucat, A., Kutzin, J., Brindley, C., Vande Maele, N., Toure, H., Garcia Aranguren, M., Li, D., Barroy, J., Saint-Germain, G., Roudbal, T., Indikadahena, C., Cherilova, V. 2018. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Geneva: World health Organization.
- 7. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington DC: World Bank
- 8. The World Bank. 2020. The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19. doi:10.1002/9781118691731.ch16.
- 9. Giesa, K., Lambright, M. 2020. Forgone But Not Forgotten? Cost Aand Utilization Of Health Carae Services During The COVID-19 Pandemic. OliverWyman, accessed on 04/20/2021 at: https://www.oliverwyman.com/our-expertise/insights/2020/aug/cost-and-utilization-of-health-care-services-during-covid-19.html
- 10. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World bank.
- 11. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M., Kluge, H. 2013. Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy. Eur. Obs. Heal. Syst. Policies Ser. IV–44.
- 12. Rizvi, S. S., Douglas, R., Williams, O. D., and Hill, P. S. 2020. The Political Economy of Universal Health Coverage: A Systematic Narrative Review. Health Policy Plan. 35: 364–372.
- 13. McKee, M., Balabanova, D., Basu, S., Ricciardi, W., and Stuckler, D. 2013. Universal Health Coverage: A Quest for All Countries But Under Threat in Some. Value Heal. 16: S39–S45.
- 14. Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A., and Downing, J. 2016. Health Impacts of the Great Recession: a Critical Review. Curr. Epidemiol. Reports 3: 81–91.
- 15. Barba, L. M., van Regenmortel, H., and Ehmke, E. 2020. Shelter from the Storm: The Global Need for Universal Social Protection in Times of COVID-19. Oxfam. doi:10.21201/2020.7048
- 16. Hou, X., Velényi, E. V., Yazbeck, A. S., Lunes, R. F., and Smith, O. 2013. Learning from Economic Downturns: How to Better Assess, Track, and Mitigate the Impact on the Health Sector. Washington DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0060-3.
- 17. Ferreira, F. H. G., and Schady, N. 2009. Aggregate Economic Shocks, Child Schooling, and Child Health. World Bank Res. Obs. 24: 147–181.
- 18. Friedman, J., and Schady, N. 2009. How Many More Infants Are Likely to Die in Africa as a Result of the Global Financial Crisis? Washington DC: World Bank.
- 19. Raviglione, M. C. 2003. The TB Epidemic from 1992 to 2002. Tuberculosis 83: 4–14.

Блок 4. Улучшение состояния здоровья людей способствует расширению перспектив на рынках труда, особенно для женщин

Доля женщин в общемировой численности работоспособного населения растет, а в странах с низким и средним уровнем доходов доля женщин на рынке труда достигает 37,7%.¹ Большинство изэтих женщин заняты в неформальном секторе экономики и поэтому не обеспечиваются медпомощью в рамках схем медицинского страхования, требующих формальной занятости (Рисунок 4.1).²,³ Женщины также берут на себя несоразмерно больше обязанностей по выполнению неоплачиваемой работы по уходу за теми, кто в этом нуждается, что ограничивает их возможности для выхода на рынок труда.⁵ От здоровья людей зависит производительность их труда: всеобщий охват услугами здравоохранения положительно влияет на перспективы выхода женщин на рынок труда благодаря улучшению охраны здоровья матери и ребенка и содействию экономическому росту.⁴ В Африке повышение уровня гендерного равенства на рынке труда могло бы привести к увеличению ВВП стран континента на 1% (Сенегал) – 50% (Нигер).⁶ Целевое инвестирование средств в решение проблем охраны здоровья женщин и детей и инвестиции в систему здравоохранения могут оказывать благоприятное воздействие на уровни гендерного равенства на рынке труда и в экономике в целом.

Рисунок 4.1. Средняя неформальная занятость женщин



Источник: Международная организация труда, база статистических данных по труду ILOSTAT (2021 год). Примечание: Количество стран, включенных в расчеты средних значений: СНУД — 15; СНСУД — 29; СУДВС — 27; СВУД — 7.





Улучшение охраны здоровья матери и ребенка может оказывать сильнейшее положительное воздействие на экономическую активность женщин. Меры по профилактике и лечению нарушений, которые несоразмерно чаще встречаются у женщин, например, железодефицитной анемии, могут обеспечивать значительное повышение производительности труда. Многочисленные исследования показывают, что железовосполняющая терапия приводит к значительному повышению производительности труда работниц сельского хозяйства.⁸ Меры по улучшению состояния здоровья девочек тоже способствуют повышению уровня экономического благополучия. Оценка результатов кампании по массовой дегельминтизации в Южной Корее показала, что образовательные потери из-за глистной инвазии могут составлять до двух лет школьного обучения, а заработки взрослых людей могут по данной причине сокращаться на 5%, причем от этого больше страдают женщины.8 Улучшение состояния здоровья матери и ребенка также может способствовать снижению фертильности и затрат времени на уход за болеющими детьми⁹, что обеспечивает возможности для повышения экономической активности женщин. Своевременные инвестиции в службы планирования семьи и оздоровления населения могут обеспечивать снижение коэффициента демографической нагрузки, уменьшая соотношение между численностью детей и пожилых людей и численностью населения работоспособного возраста, и позволят странам начать движение по пути к получению демографического дивиденда (см. Блок 2).ª Чем меньше детей у женщин, тем выше производительность труда, потому что у них меньше семейных обязанностей, например, по присмотру и уходу за детьми.¹⁰ Анализ данных по 97 странам за период с 1960 по 2000 год показывает, что снижение коэффициента фертильности (числа детей в расчете на одну женщину) может значительно повышать уровень экономической активности женщин: рождение каждого ребенка сокращает продолжительность оплачиваемой работы в течение жизни женщины в среднем примерно на четыре года. 11

Всеобщий охват услугами здравоохранения обеспечивает охрану здоровья и сохранение производительности труда работников неформального сектора экономики, не имеющих доступа к медпомощи по программам социального медицинского страхования, требующим формальной занятости (Врезка 4.1).³ У неформально занятых женщин нет государственных или частных социальных пакетов, обеспечивающих доступность медпомощи, в частности, акушерской и неонатальной помощи, критически необходимой для развития детей раннего возраста и накопления человеческого капитала (Блок 2). 10 Странам с небольшой налоговой базой трудно расширять программы социального медицинского страхования для охвата неформального сектора экономики, поэтому неформально занятым гражданам (с меньшими и менее стабильными заработками) приходится самим оплачивать медицинские услуги из личных средств (см. Блок 5). 13 Ввиду весьма значительной численности женщин, занятых в неформальном секторе экономики (Рисунок 4.1), неформальная занятость относится к основным характеристикам гендерного неравенства и ключевым траекториям для достижения ЦУР, связанных со здоровьем, гендерным равенством, достойной работой и экономическим ростом. ¹² Из-за низких и негарантированных доходов в сочетании с отсутствием доступа к медицинским услугам женщины могут отказываться обращаться или откладывать обращение за медпомощью для себя и своих маленьких детей. 12 В целях улучшения охраны материнства и детства в Гане в рамках государственной программы медицинского страхования были отменены страховые взносы для детей младше 18 лет и беременных женщин. До этой отмены доступ беременных женщин к медпомощи зависел от оплаты из личных средств, но когда этот взнос отменили, частота обращения за медицинской помощью повысилась.

Инвестиции в здравоохранение могут многократно улучшать положение работников здравоохранения, среди которых преобладают женщины. В системе здравоохранения работает значительная часть всего работающего населения страны и осуществляются существенные регулярные инвестиции в физический капитал. Работники здравоохранения с хорошим здоровьем и высокой производительностью труда могут обеспечивать максимизацию инвестиций в инфраструктуру и ресурсы здравоохранения и тем самым способствовать повышению качества и результатов предоставления услуг. ¹⁴ Также существует благотворная взаимосвязь между инвестициями в здравоохранение и повышением уровня гендерного равенства экономически активного населения. ¹⁵ Женщины в большинстве стран составляют 60-70% численности работников здравоохранения ^{16,17}, а это значит, что инвестиции в систему здравоохранения напрямую способствуют повышению занятости женщин.

а Демографический дивиденд – это периодускоренного экономического роста, который может наблюдаться в период изменения демографической структуры страны, где снижение детской смертности сопровождается постепенным снижением фертильности, что ведет к увеличению численности работающего населения и доли здорового взрослого населения трудоспособного возраста в отличие от доли иждивенцев 18, 19. Если демографические изменения, происходящие в результате эффективных инвестиций в здравоохранение, сопровождаются соответствующими мерами на уровне социальной и экономической политики, то рост численности экономически активного населения может приводить к ускорению экономического роста.

Врезка 4.1. От принципов к практике. Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Таиланд

В 2001 году Таиланд ввел в действие льготную программу всеобщего медицинского страхования (ВМС). Программа изначально предусматривала минимальные со-платежи, отсутствие вступительного взноса и автоматическое предоставление всем 100%-ной субсидии. Хотя эта программа была несколько менее «щедрой» по сравнению с программой социального обеспечения, программа социального обеспечения не охватывала иждивенцев. По крайне мере, до начала осуществления ВМС это было стимулом для членов домохозяйств к поиску работы в формальном секторе экономики. Данные опроса экономически активного населения указывают на то, что в результате введения ВМС повысились показатели занятости женщин, особенно замужних. Также выросла занятость в неформальном секторе экономики, особенно среди замужних женщин. Исследования дают основания утверждать, что устранение финансового риска возникновения шоковых ситуаций, связанных со здоровьем, при неформальной занятости ведет к увеличению численности замужних женщин, для которых неформальная занятость может быть альтернативой безработице или формальной занятости. Это преобразование также привело к сокращению формальной занятости, по крайней мере, среди женатых мужчин, что позволяет семейным парам избавляться от ситуаций, когда супруги должны совместно проживать там, где у одного из них есть официальная городская работа без возможности работать для второй половины.

13, 20

- The World Bank. Labor force, Female (% of total labor force) Low- and Middle- Income. Global Health Accessed on January 22, 2021.
- 2. Ortiz-Ospina, E., and Tzvetkova, S. 2017. Working Women: Key Facts and Trends in Female Labor Force Participation. Our World In Data. Accessed at: https://ourworldindata.org/female-labor-force-participation-key-facts
- 3. International Labour Organization (ILO). 2018. Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture (third edition). Geneva: International Labour Office.
- 4. Verick, S. 2014. Female Labor Force Participation in Developing Countries. IZA World Labor pp. 1–10. doi:10.15185/izawol.87.
- 5. International Labour Organization (ILO). 2019. Unpaid Care Work and the Labour Market. An Analysis of Time Use Data Based on the Latest World Compilation of Time-Use Surveys. Geneva: ILO.
- 6. Coulibaly, B. (ed) 2020. Foresight Africa: Top Priorities for the Continent 2020-2030. Washington DC: Brookings
- 7. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives? Geneva: World Health Organization
- 8. Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Özaltin, E., Shankar, A. H., and Subramanian, S. V. 2011. Anaemia in Low-Income and Middle-Income Countries. Lancet 378: 2123–2135.
- 9. Stack, M. L. Owaza, S., Bishai, D., Mirelman, A., Tam, Y., Miewssen, L., Walker, D., Levine, O. 2011. Estimated Economic Benefits During the 'Decade Of Vaccines': Include Treatment Savings, Gains in Labor Productivity. Health Aff. 30: 1021–1028.
- 10. Bloom, D. E., and Fink, G. 2013. The Economic Case for Devoting Public Resources to Health. Manson's Trop. Dis. Twenty-Third Ed. pp.23–30. doi:10.1016/B978-0-7020-5101-2.00004-2
- 11. Bloom, D. E., Canning, D., Fink, G., and Finlay, J. E. 2007. Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend. NBER Working Paper Series. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- 12. Bhan, G., Suri, A., Horwood, C., Dobson, R., Alfers, L., Portela, A., Rolins, N. 2020. Informal Work and Maternal and Child Health: A Blind Spot in Public Health and Research. Bull. World Health Organ. 98: 219–221.
- 13. Bitran, R. 2014. Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment: Lessons from Developing Countries. Heal. Nutr. Popul. Discuss. Pap. pp. 1–86.
- 14. Buchan, J., Dhillon, I. S., and Campbell, J. 2009. Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization
- 15. International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930.
- 16. Van De Pas, R., Mans, L., Bemelmans, M., and Krumeich, A. 2018. Framing the Health Workforce Agenda Beyond Economic Growth. Int. J. Heal. Policy Manag. 7: 678–682.
- 17. Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. 2019. Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries. Geneva: World Health Organization.
- 18. Jamison, D., Yamey, G., Beyeler, N., and Wadge, H. 2016. Investing in Health: The Economic Case. Report of the WISH Investing in Health Forum
- 19. Mills, A., and Shillcutt, S. 2004. The Challenge of Communicable Diseases. In Global Crises, Global Solutions edited by Lomborg, B. Cambridge University Press.
- 20. Wagstaff, A., and Manachotphong, W. 2012. Universal Health Care and Informal Labor Markets: The Case of Thailand. World Bank Policy Research Working Paper 6116.

Блок 5.

Социальное медицинское страхование требует привлечения внутренних бюджетных средств для обеспечения прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения

Во многих странах такие государственные программы страхования, как социальное медицинское страхование (СМС) или государственное медицинское страхование (ГМС), стали отождествляться с всеобщим охватом услугами здравоохранения (ВОУЗ). Важно не то, как называются эти программы, а то, как они финансируются и как эти механизмы финансирования влияют на охват на общепопуляционном уровне.² СМС обычно обозначает государственное страхование, предусматривающие отчисления или взносы, взимаемые с населения и работодателей с помощью таких механизмов, как целевые отчисления из фонда заработной платы, или иных механизмов, а ГМС, как правило, финансируется за счет налогов.^{1,2} Однако одни лишь взносы (и частные со-платежи) не покрывают затрат на продвижение к ВОУЗ. Ни одна страна с системой СМС не обходится без использования общих внутренних бюджетных доходов.^а Кроме этого, функционирование системы СМС может требовать больших затрат. Помимо административных издержек, использование СМС влечет за собой повышение стоимость труда, снижение мобильности и темпов формализации рынков труда. Там, где велика доля бедного населения или неформального сектора экономики, уровень использования услуг остается низким, а «цена» взимания взносов часто перевешивает преимущества системы. Системы социального медицинского страхования, финансируемые за счет налоговой нагрузки на труд, не относятся к самым рациональным и эффективным подходам к финансированию ВОУЗ.¹ Не предусматривающие взносов подходы с финансированием за счет общих внутренних бюджетных доходов могут помочь охватить самых «труднодосягаемых» граждан и тех, кто в этом большего всего нуждается. Для продвижения по пути к ВОУЗ ни одна страна не может обходиться без привлечения внутренних бюджетных средств, вне зависимости от того, какая система создана (см. Блок 1).3,4

Государственное страхование лучше всего работает, когда основную часть средств составляют внутренние бюджетные ресурсы и когда право на получение медпомощи не обусловлено платежеспособностью человека. Финансирование медпомощи за счет общих налоговых доходов является более устойчивым и экономически эффективным, чем финансирование за счет взносов. Оно может улучшать положение малоимущего и неформально занятого населения, которое ранее было лишено доступа, благодаря независимости права доступа от статуса занятости. Например, в Мексике обслуживание по программе Seguro Popular финансировалось за счет общих налоговых доходов. Программа была рассчитана на охват 50 миллионов человек, включая работающее население и другие целевые категории, которые ранее не были охвачены государственным социальным страхованием. В результате осуществления этой программы вероятность катастрофических медицинских расходов сократилась на 8%.

Налоги на фонд заработной платы, включая отчисления в систему социального медицинского страхования (СМС), могут снижать темпы формализации рынков труда, поскольку они повышают стоимость рабочей силы. Налоги на фонд зарплаты могут также снижать мобильность из-за отсутствия возможности «переноса». Если люди

а Внутренние государственные средства включают общие бюджетные внутренние доходы и взносы на социальное страхование (ФС 1 и ФС 3). Внутренние бюджетные средства – это только общие внутренние бюджетные доходы (только ФС 1).





не могут сохранять страховое покрытие при смене работы, то переход на другую работу в силу необходимости или востребованности может создавать риск несения катастрофических или разорительных медицинских расходов.⁸ Когда страны с повышенным уровнем доходов используют взносы СМС, эти взносы в среднем покрывают около четверти государственных расходов на здравоохранение, и их все равно приходится дополнять внутренним бюджетным финансированием.⁴ Социальное медицинское страхование часто структурируется в виде целевого отчисления средств из фонда заработной платы. Многие страны с высоким уровнем доходов сейчас рассматривают возможность диверсификации таких отчислений для социального медицинского страхования посредством использования других налогов и сборов, а также общих доходов, особенно в связи со старением населения и сокращением рынков труда.^{1,8} Программы социального медицинского страхования также не смогут обеспечивать реальное расширение страхового покрытия для охвата малоимущего и неформально занятого населения, пока экономика не достигнет достаточно высокого уровня развития для создания значительных перспектив привлечения внутренних бюджетных ресурсов для системы здравоохранения.⁵ В странах с низким уровнем доходов и с уровнем доходов ниже среднего, где неформальный сектор экономики больше, использование систем страхования, основанных на налоге на фонд заработной платы, дает лишь малую долю доходов – в некоторых случаях она составляет менее одного процента в общих доходах для здравоохранения. В этой связи мало доказательных данных в пользу использования систем страхования, основанных на налогах на фонд заработной платы1. Доходы от страхования за счет отчислений из фонда заработной платы составляют менее одного процента в расходах на здравоохранение в Бангладеш, Камбодже, Камеруне, Кот-д'Ивуаре, Эфиопии, Мьянме и Уганде; менее 10% – в Индии, Индонезии, Кении, Лаосской НДР, Нигерии, на Филиппинах, в Сенегале и Судане; и менее 20% – в Монголии и Вьетнаме.^{ь, 4} (см. Рисунок 5.1, Таблицу 5.1 и Врезку 5.1).^{9, 10}

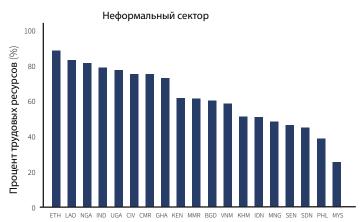
В случае создания системы СМС могут возникать проблемы, связанные с ее функционированием и использованием. Некоторые страны используют инновационные стратегии получения доходов из неформального сектора экономики. Например, Директорат Национальной системы медицинского страхования Ганы в декабре 2018 года внедрил механизм для мобильного продления страховки, с помощью которого застрахованные могут использовать деньги из своих мобильных телефонных кошельков для продления/возобновления страховки, где бы они ни находились, что привело к увеличению застрахованных и упрощению получения доходов. ^с В Гане те категории коренного населения, которые живут в крайней бедности, освобождены от страховых взносов. К ним относятся заключенные, пациенты с психиатрическими диагнозами и лица, участвующие в Программе расширения перспектив улучшения жизнеобеспечения для борьбы с нищетой (Livelihood Empowerment Against Poverty / LEAP). Однако другие страны сталкиваются с еще более труднопреодолимыми препятствиями для образования доходов за счет взносов, а это может поставить под сомнение целесообразность инвестирования в создание системы СМС, особенно там, где ограничен потенциал для обеспечения функционирования системы, и там, где страхование остается добровольным. Например, на Филиппинах бесплатное предоставление медпомощи по программе СМС не обеспечило увеличения фактических объемов оказываемой медпомощи и снизило уровень финансовой защищенности.^{11, 12} Во Вьетнаме наличие системы медицинского страхования оказало весьма умеренное воздействие на расходы из личных средств граждан.¹³

Взимание вносов с неформально занятого населения может оказаться трудной задачей из-за проблем в таких областях, как идентификация, администрирование и правоприменение (Рисунок 5.1). Например, Таиланд долго пытался наладить взимание взносов с неформально занятых граждан и в итоге расширил страховое покрытие без взносов, что позволило охватить 75% населения. Проблемы взимания взносов могут возникать также с отчислениями за формально занятых граждан. Например, в Колумбии из-за уклонения от уплаты взносов за формально и неформально занятых граждан система страхования теряет доходы, эквивалентные 2,75% ВВП. Даже в Мексике только 8% граждан, относящихся к квинтилю населения с самыми высокими доходами, фактически платили эти взносы, причем те, кто все-таки вносил страховые взносы, платили менее половины того, что должны были платить. Вместо адресного предоставления субсидий для бедного населения можно использовать другие решения, ориентированные на снижение барьеров для эффективного предоставления услуг и повышение уровня финансовой защищенности неформально занятого и малоимущего населения; например, использовать подходы, не предусматривающие взносы, там, где предоставление права на получение пособий и льгот зависит не от платежеспособности, а от возраста, уровней бедности, местожительства, гражданства, с финансированием таких пособий и льгот за счет налоговых доходов.

b Источники данных: Индикаторы мирового развития и Глобальная база данных ВОЗ по расходам на здравоохранение; эти данные были представлены в феврале 2019 года на совещании Сообщества экспертов по MBP Сети JLN в Нью-Дели.

с В Гане подходы, предусматривающие страховые взносы, дополняются финансированием за счет общих налоговых доходов. Страховые взносы рассматриваются как мера солидарности и используются для покрытия некоторых операционных расходов программы.

Рисунок 5.1. Размер неформального сектора



Источник: WDI 2021 (Индикаторы мирового развития – 2021).

Таблица 5.1. Доля взносов на СМС в общих расходах на здравоохранение

Лоля социального мелицинского

страхования в общих расходах на			
здравоохранение			
Вьетнам	19%		
Монголия	16%		
Индонезия	9%		
Кения, Филиппины, Сенегал	4-5%		
Лаосская НДР, Нигерия, Судан, Индия	1-2%		
Малайзия, Камбоджа, Кот-д'Ивуар, Мьянма, Бангладеш, Камерун, Эфиопия, Уганда	<1%		

Источник: Глобальная база данных ВОЗ по расходам на здравоохранение (Global Health Expenditure Database, 2020).

Врезка 5.1. От принципов к практике. Примеры из опыта разных стран: Эстония

В Эстонии «жесткие» целевые налоги на фонд заработной платы обеспечивают 90% доходов для Эстонского фонда медицинского страхования (ЭФМС). ЭФМС - это внебюджетный фонд, где происходит слияние и аккумулирование отчислений на медицинское и пенсионное обеспечение (соответственно, 13% и 20% заработка работающих и самозанятых граждан); при этом работодатели делают эти отчисления от лица работников, а самозанятые граждане платят фиксированные страховые взносы. Однако Фонд также является регрессивной системой и создает определенный перекос на рынке труда. Около 5% населения не застраховано, а у 11% граждан нет гарантированной занятости, и, в результате, стабильного страхового покрытия тоже нет. В 2013 году этих доходов впервые оказалось недостаточно для оплаты расходов, и для покрытия дефицита пришлось использовать резервы. Это целевое финансирование за счет отчислений не подлежит корректировке, поэтому целевой налог стал верхним, а не нижним пределом доходов для системы страхования с выделением ЭФМС фиксированной части государственного бюджета. Кроме этого, поскольку, согласно установленным требованиям, ЭФМС должен всегда иметь резервы, он не может полностью контролировать использование средств; например, во время экономического кризиса 2009 года эти средства использовались для поддержания общего бюджетного баланса страны. Эстонии потребовались многолетние усилия, чтобы все-таки уменьшить финансирование за счет налога на фонд заработной платы и увеличить общие доходы для национального фонда медицинского страхования отчасти в силу старения населения.¹⁶

- 1. Yazbeck, A. S., Savedoff, W., Hasiao, W., Kutzin, K., Soucat, A., Tandon, A., Wagstaff, A., Yip, W. 2020. The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance for Low- and Low-Middle-Income Countries. Millwood: Health Aff. 39: 892–897.
- 2. Kutzin, J. 2013. Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy. Bull. World Health Organ. 91: 602–611.
- 3. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development.
- 4. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
- 5. Wagstaff, A. 2010. Social Health Insurance Reexamined. Health Econ. pp. 503-517. doi:10.1002/hec.
- 6. Hernandez-Torres, J., Avila-Burgos, L., Valencia-Mendoza, A., and Poblano-Verastegui, O. 2008. Seguro Popular's Initial Evaluation of Household Catastrophic Health Spending in Mexico. Rev Salud Publica. 1: 18–32.
- 7. Frenk, J. 2006. Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence-Based Health Policy in Mexico. Lancet 368: 954–961.
- 8. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank. file:///Users/idcvlhas/Downloads/Resources/Driving-Sustainable-Inclusive-Growth-in-the-21st-Century WB 2019.pdf
- 9. Cashin, C., Sparkes, S., and Bloom, D. 2017. Earmarking for Health: From Theory to Practice. Health Financing Working Paper. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255004/9789241512206-eng.pdf?sequence=1
- 10. Ozer, C., Bloom, D., Martinez Valle, A., Banzon, E., Mandeville, K., Paul, J., Blecher, E., Sparkes, S., Chhabra, S., 2020. Earmarks and Health Taxes: What Do We Know? Health Nutrition and Population Knowledge Brief. Washington DC: World Bank
- 11. El Omari, S., and Karasneh, M. 2021. Social Health Insurance in the Philippines: Do The Poor Really Benefit? J. Econ. Financ. 45: 171–187.
- 12. Wagstaff, A., and Neelsen, S. 2020. A Comprehensive Assessment of Universal Health Coverage in 111 Countries: A Retrospective Observational Study. Lancet Glob. Heal. 8: e39–e49.
- 13. Wagstaff, A., and Lieberman, S. S. 2009. Health Financing and Delivery in Vietnam. doi:10.1596/978-0-8213-7782-6.
- 14. Tandon, Ajay, and Reddy, K. S. 2019. Redistribution and the Health Financing Transition. Working draft.
- 15. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J., O'Dougherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. World Health Organization WorkingPaper, No. 4.
- 16. Habicht, T., and Palu, T. 2018. Presentation of the Joint Learning Network: Estonian Case Study. In Joint Learning Network, Collaborative on Domestic Resource Mobilization. Washington DC, April 2018.

Блок 6. Внутреннее государственное финансирование здравоохранения обеспечивает сокращение масштабов бедности и неравенства

Люди не должны сталкиваться с необходимостью выбора между своим экономическим и физическим благополучием в связи с использованием медицинской помощи. В большинстве стран увеличиваются социально-экономические разрывы между самыми бедными и самыми богатыми группами населения, включая женщин и детей, из-за низкого уровня доступности услуг, предусматриваемых всеобщим охватом услугами здравоохранения (ВОУЗ), для бедных. 2,3 Отказ от обращения за медпомощью, часто обусловленный непосильными затратами, тоже обостряет неравенство и ведет к росту затрат в будущем, особенно для бедных домохозяйств. 4,5 Адресное внутренне бюджетное финансирование в поддержку уязвимых категорий населения может обеспечить доступность услуг вне зависимости от платежеспособности их потребителей, способствовать сокращению бедности и оказать сильное положительное воздействие на человеческий капитал, высвобождая финансовые ресурсы и повышая производительность (см. Блок 2). По этим причинам для стран крайне важно обеспечить государственное обязательное и авансовое финансирование, чтобы продвинуться по пути к ВОУЗ и помочь разорвать порочный круг бедности и слабого здоровья (см. Блок 1). 9,8,10

Средства внутреннего государственного финансирования не всегда расходуются на тех, кто в этом больше всего нуждается. Во многих странах с низким уровнем доходов финансирование за счет личных средств граждан (ЛСГ) по-прежнему является самым большим источником средств (см. Блок 7), составляя в среднем 39% в общем объеме финансирования здравоохранения. В Ежегодно граждане развивающихся стран тратят полтриллиона долларов в форме платежей из своих личных средств, что ведет к катастрофическим расходам, и в результате почти 100 миллионов человек оказываются за чертой бедности. а,14 Страны ОЭСР с высоким уровнем доходов, где доля ЛСГ в общем объеме расходов на здравоохранение составляет менее 20%, в большей степени опираются на авансовые источники финансирования, и там люди реже сталкиваются необходимостью несения разорительных медицинских расходов. Глобальная оценка распределения выгод от государственных расходов на здравоохранение показала, что в 66 странах бюджетные расходы на здравоохранение в целом в значительной степени ориентированы на интересы обеспеченного населения. Это означает, что фактически благодаря бюджетным расходам в большей степени улучшается положение тех, кто может платить, чем тех, кто платить не может. Анализ на уровне отдельных стран показывает, что ориентированность бюджетных расходов на здравоохранение на интересы малоимущего населения снижается по мере увеличения доли доходов государственных учреждений, образуемых за счет ЛСГ, например, потребительской платы: чем больше малоимущее население тратит свои личные средства на медпомощь, тем меньше вклад государства (см. Блок 7).^{6,b}

b Существует два вида частного финансирования или медицинских расходов, которые финансируются за счет доходов домохозяйств, сбережений или ссуд: (i) авансовые платежи, например, взносы в рамках программ добровольного медицинского страхования, которые вносятся до





а 10% или 25% общего дохода или объема потребления домохозяйства – два наиболее распространенных пороговых уровня катастрофических медицинских расходов, соответствующих показателю для ЦУР 3.8.2. Степень обнищания можно оценивать на основе международных порогов абсолютной бедности: 1,90 долларов США в день и 3,20 долларов США в день (по ППС) – международная черта бедности (2011 год), или на основе черты относительной бедности (например, 60% медианного подушевого потребления).

Растет доля тех, кто стал бедным из-за медицинских расходов, в общемировой численности бедного населения. Когда внутренние бюджетные средства предоставляются целенаправленно для улучшения положения малоимущего и уязвимого населения, вероятность использования этих средств для поддержки тех, кто в этом больше всего нуждается, выше по сравнению с использованием средств из других источников; это помогает людям избавиться от необходимости оплачивать из собственных средств большие медицинские расходы, которые могут делать их еще беднее, и в итоге обеспечивает условия для дальнейшего экономического роста. Малоимущее население испытывает значительные финансовые трудности и часто оказывается еще дальше за чертой бедности в связи с необходимостью оплачивать медицинские услуги из своих личных средств. Хотя за период с 2000 по 2015 годы доля населения мира, находящегося в состоянии нищеты, сократилась, относительная доля людей, оказавшихся за чертой бедности в результате оплаты расходов из собственных средств, в общемировой численности бедного населения увеличилась с примерно 7% в 2000 году до 12% в 2015 году (Таблица 6.1). Обычно это и так бедные люди, которые в результате оказываются еще дальше за чертой бедности.

Таблица 6.1. Доля населения, оказавшегося в состоянии бедности и нищеты (исходя из того, что черта бедности = 1,90 долларов США в день) из-за оплаты медицинских расходов из собственных средств)²⁵

	2000 год	2005 год	2010 год	2015 год
Общемировая численность бедного населения (миллионы)	1695	1363	1109	741
Обедневшие из-за расходов из собственных средств (миллионы)	123,9	116,8	103,4	89,7
Доля тех, кто стал бедным из-за расходов из собственных средств (%)	7,3%	8,6%	9,3%	12,1%

Источник: Global monitoring report on financial protection in health 2019 (Глобальный доклад о мониторинге финансовой защиты в обрасти здравоохранения 2019 года); Sparkes et al, в печати.

Внутреннее государственное финансирование может помочь уйти от зависимости между использованием медицинских услуг и платежеспособностью. В Без внутреннего государственного финансирования в качестве основного источника средств для системы здравоохранения потребители медицинских услуг подвергаются финансовому риску, снижающему финансовую защищенность особенно тех, кто уже относится к нижним квинтилям благосостояния. В некоторых странах структура финансирования здравоохранения предусматривает простые, небольшие и фиксированные со-платежи, но даже такие платежи могут ограничивать доступность медпомощи для бедных (см. Блок 7). Медицинские расходы домохозяйств, особенно уже находящихся в стесненном финансовом положении, при обращении за медицинской помощью могут ставить под угрозу возможность удовлетворять основные потребности, например, в питании или жилье, заставлять людей отказываться обращаться за помощью. А когда большие медицинские расходы постоянно приходится нести в течение длительного времени, это становится причиной бедности для людей, уже переживающих экономические трудности. Расходование ЛСГ на медпомощь также уменьшает сбережения домохозяйств и снижает потенциальный уровень дискреционного потребления, которое может стимулировать экономику. Платежи из ЛСГ для разделения затрат, например, в форме страховых взносов или со-платежей могут помогать предотвращать чрезмерное использование услуг небедными, а бедные больше страдают, когда личные средства приходится тратить на жизненно необходимые виды медпомощи.

17.13

Адресное использование внутренних государственных средств в интересах приоритетных категорий населения может усилить положительное воздействие и обеспечить защиту населения. Амбулаторное лекарственное обеспечение является главным финансовым бременем вевропейских странах, а его тяжесть в большей степени сказывается на положении самых бедных. В Африке, по имеющимся данным, основную часть расходов из ЛСГ тоже составляют расходы на лекарства и оплату амбулаторной, а не узкоспециализированной помощи. Кроме этого, причиной финансовых затруднений являются нарастающие расходы, а не единичные случаи. Набор состояний и причин может зависеть от контекста. В Эфиопии, по оценкам, 75% разорительных медицинских расходов из ЛСГ приходится на долю лечения диареи, инфекций нижних дыхательных путей и дорожно-транспортного травматизма. В ез предоставления населению государственных гарантий медицинской помощи и социальной защиты пандемия СОVID-19 может вызвать обострение существующих проблем неравенства. В действительности, государственная поддержка оказалась недостаточной для удовлетворения основных нужд безработных, пожилых людей, детей и

семей. Там, где государственная поддержка предоставлялась, на долю разовой помощи приходился 41%, а сейчас предоставление поддержки значительно замедлилось. Государственные средства на здравоохранение можно также использовать для расширения существующих схем или адресных программ поддержки бедного и наиболее уязвимого населения, которому иначе не будет уделяться первоочередное внимание (Врезка 6.1). Например, ранее существовавшая мексиканская программа Seguro Popular финансировалась за счет общих налоговых доходов. Она была рассчитана на охват 50 миллионов мексиканцев, большинство из которых были малоимущими гражданами и не могли участвовать в программе социального страхования. В результате осуществления этой программы вероятность катастрофических медицинских расходов сократилась на 8%. А также во Вьетнаме финансируемый государством Вьетнамский фонд здравоохранения для бедных обеспечил сокращение расходов из ЛСГ и перенос центра тяжести в использовании медпомощи с частного здравоохранения на государственные амбулаторные учреждения.

Врезка 6.1. От принципов к практике

Примеры из опыта разных стран: Бразилия

Внутреннее государственное финансирование может способствовать снижению уровня бедности, но бывает весьма трудно обеспечить непрерывное и устойчивое финансирование, и политическую мотивацию для таких программ. Бразильская программа обусловленных денежных пособий в поддержку семей Bolsa Familia была призвана избавить от бедности более 30 миллионов бразильцев за период с 2003 по 2010 годы. По состоянию на 2019 год поддержку в рамках этой программы получили более 50 миллионов человек или четверть всего населения страны, включая население работоспособного возраста и детей. Эта модель оказалась настолько успешной, что была адаптирована для внедрения в Южной Африке, Индонезии, Чили, Мексике и других странах, и к 2017 году она использовалась в 67 странах. Программа способствовала оживлению экономики во время кризиса за счет повышения уровня потребления, а также создала импульс для долгосрочных преобразований благодаря инвестициям в человеческий капитал. Однако в июне 2019 года выплаты уже участвующим семьям прекратились, а включение новых семей замедлилось. Показатели зачисления в программу упали с 275 тысяч семей в месяц до менее 2,5 тысяч семей. 23,24

- 1. Kutzin, J. 2008. Health Financing Policy: A Guide For Decision-Makers. Geneva: World Health Organization.
- 2. Barros, A. J. D., Wehrmeister, F. C., Ferreira, L. Z., Vidaletti, L. P., Hosseinpoor, R., Victora, C. G. 2020. Are the Poorest Poor Being Left Behind? Estimating Global Inequalities in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. BMJ Glob. Heal. 5:1–9.
- 3. Wagstaff, A., Bredenkamp, C., and Buisman, L. R. 2014. Progress on Global Health Goals: Are the Poor Being Left Behind? World Bank Res. Obs. 29:137–162.
- 4. Moreno-Serra, R., Millett, C., and Smith, P. C. 2011. Towards Improved Measurement of Financial Protection in Health. PLoS Med. 8: 8–13.
- 5. Bonfrer, I., and Gustafsson-Wright, E. 2017. Health Shocks, Coping Strategies and Foregone Healthcare Among Agricultural Households. In Kenya. Glob. Public Health 12:1369–1390.
- 6. Wagstaff, A., Bilger, M., Buisman, L. R., and Bredenkamp, C. 2014. Who Benefits from Government Health Spending and Why: A Global Assessment. Policy Research Working Paper Series 7044. Washington DC: World bank
- 7. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
- 8. Tandon, Ajay, and Reddy, K. S. 2019. Redistribution and the Health Financing Transition. Working draft
- 9. Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M. F., Chepyonoga, K., Buisman, L. R., vaan Wilgenburg, K., Eozenou, P. 2018. Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: A Retrospective Observational Study. Lancet Glob. Heal. 6: e169-179.
- 10. Barroy, H., Vaughan, K., Tapsoba, Y., Dale, E., and Maele, N. Van De. 2014. Towards Universal Health Coverage: Thinking Public. Overview of Trends in Public Expenditure on Health (2000-2014). file:///Users/idcvlhas/Downloads/Resources/2017 Thinking Public WHO.pdf
- 11. Sparkes, S., Hoang-Vu Eozenou, P., Evans, D., Kurowski, C., Kutzin, J., Tandon, A. Forthcoming. Will COVID-19 Derail the Quest for UHC? Health Systems and Reforms.
- 12. Smith, P. C., and Witter, S. N. 2004. Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance. Washington DC: World Bank
- 13. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington DC: World Bank.
- 14. World Health Organization and World Bank Group. 2019. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health pp. 10–15.
- 15. World Health Organization and The World Bank. 2019. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health pp. 1–60.
- 16. Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents. 2018. Health Financing: Strengthening Financial Protection. Backgr. Pap. Seventh Investors Gr. Meet. pp. 1–30.
- 17. Njagi, P., Arsenijevic, J., and Groot, W. 2018. Understanding Variations in Catastrophic Health Expenditure, Its Underlying Determinants and Impoverishment in sub-Saharan African Countries: A Scoping Review. Syst. Rev. Vol. 7.
- 18. Verguet, S., Memirie, S. T., and Norheim, O. F. 2016. Assessing the Burden of Medical Impoverishment by Cause: A Systematic Breakdown by Disease. In Ethiopia. BMC Med. 14: 1–11.
- 19. Barba, L. M., van Regenmortel, H., and Ehmke, E. 2020. Shelter from the Storm: The Global Need For Universal Social Protection in Times of COVID-19. Oxfam. doi:10.21201/2020.7048.
- 20. Hernandez-Torres, J., Avila-Burgos, L., Valencia-Mendoza, A., and Poblano-Verastegui, O. 2008. Seguro Popular's Initial Evaluation of Household Catastrophic Health Spending in Mexico. Rev Salud Publica. 1:18–32.
- 21. Frenk, J. 2006. Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence-Based Health Policy in Mexico. Lancet 368: 954–961.
- 22. Axelson, H., Bales, S., Minh, P. D., Ekman, B., and Gerdtham, U. G. 2009. Health Financing for the Poor Produces Promising Short-Term Effects on Utilization and Out-Of-Pocket Expenditure: Evidence from Vietnam Int. J. Equity Heal. Financ. Vol. 8.
- 23. Maranhao, B.. 2020. Bolsa Família Brazil's Admired Anti-Poverty Programme, is Flailing pp. 2–7. The Economist, The Americas, Feb 1st 2020 Edition.
- 24. Hikmet, G. B. 2020. Understanding the Bolsa Familia Program as a Social Protection System in Brazil. Chapter 3. Geopolitics, Discrimination, Gender And Immigration. London: IJOPEC.
- 25. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Блок 7. Финансирование за счет личных средств граждан не обеспечивает эффективность и равнодоступность

Там, где государственных средств не хватает для покрытия затрат на медицинскую помощь, появляются частные формы оплаты услуг. Существует два основных вида частного финансирования или медицинских расходов, которые финансируются за счет доходов домохозяйств, сбережений или ссуд: (і) авансовые платежи, например, взносы в рамках программ добровольного медицинского страхования, которые вносятся до получения помощи, и (іі) оплата медпомощи из личных средств граждан (ЛСГ) в момент ее предоставления. Оплата из ЛСГ непосредственно при предоставлении медпомощи может включать потребительскую плату: прямую гонорарную оплату или со-платежи (разделение затрат) за услуги, лекарства или товары частным поставщикам или государству, если им предусмотрена частичная или полная оплата; неофициальные платежи за услуги, лекарства или товары в денежной и неденежной форме, а также такие формы, как выставление счета «с запасом» для образования остатка, когда пациентам начисляется сумма, превышающая установленную цену медицинской услуги.^{1, 2, 3, а} Использование частного финансирования и ЛСГ, в частности, как правило, сокращается по мере развития экономики стран и увеличения государственных расходов в процентах от ВВП.² Однако в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов, оплата из ЛСГ остается самым крупным источником финансирования, составляя в среднем 39% в общем объеме финансирования здравоохранения. В Основная часть средств уходит в частный сектор, который часто не предоставляет помощь тем, кто в ней больше всего нуждается (Рисунок 7.1). В развивающихся странах люди ежегодно тратят полтриллиона долларов в форме платежей из своих личных средств, что ведет к катастрофическим расходам, и в результате почти 100 миллионов человек оказались за чертой бедности (т.е. 15% всех людей, находящихся в крайне тяжелом финансовом положении).^{b, 4-7} Финансирование за счет ЛСГ не обеспечивает равнодоступность медицинской помощи и ведет к обеднению людей (см. Блок 6), а также является неэффективным (см. Блок 11). Поэтому, ЛСГ не должны относиться к основным источникам доходов систем здравоохранения.

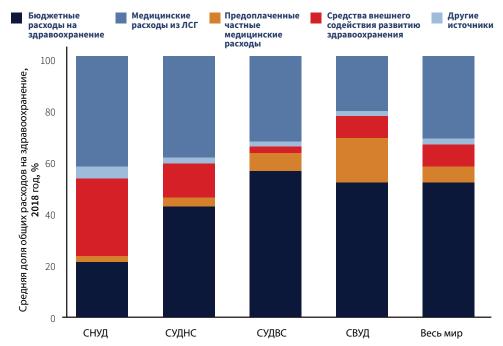
^{5 10%} или 25% общего дохода или объема потребления домохозяйства – два наиболее распространенных пороговых уровня катастрофических медицинских расходов, соответствующих показателю достижения ЦУР 3.8.2. Степень обнищания можно оценивать на основе международных порогов абсолютной бедности: 1,90 доллара США в день и 3,20 доллара США в день (по ППС) – международная черта бедности (2011 год), или на основе черты относительной бедности (например, 60% медианного подушевого потребления).





а Такие издержки обращения за медпомощью, как транспортные расходы, не включаются в официальные определения ЛСГ, которые обычно отражают, главным образом, прямые затраты. Эти издержки могут быть отнесены к категории косвенных затрат.

Рисунок 7.1. Источники финансирования здравоохранения



Источник: Индикаторы мирового развития; Глобальная база данных ВОЗ по расходам на здравоохранение (Global Health Expenditure Database, 2020).

финансирование за счет ЛСГ не обеспечивает эффективности использования средств, поскольку оно ограничивает возможность установления справедливых цен, не позволяет объединять риски и может выступать в качестве сдерживающего фактора для покупки услуг. В государственном секторе финансирование за счет ЛСГ может создавать проблемы, ограничивая возможность установления справедливых цен на услуги, в связи с тем, что стоимость одних и тех же медицинских услуг в разных медицинских учреждениях может быть разной. Медицинским учреждениям разрешено самим устанавливать размер платы за медпомощь (см. Блок 11). Когда платежи из ЛСГ взимаются неофициально, это может приводить к фрагментации ресурсов и ограничивать объединение средств, а также иметь негативные последствия для бюджетных ассигнований в силу снижения прозрачности процессов взимания платы. Переход к механизмам предоплаты и уход от финансирования за счет ЛСГ тоже может способствовать совершенствованию механизмов объединения средств и договоров о закупке услуг, что повышает эффективность, увеличивая выгоду в расчете на каждый потраченный на здравоохранение доллар. 4,8,9 Однако уход от финансирования за счет ЛСГ – трудновыполнимая задача; для ее решения необходимо понять, как и чем можно заменить утраченные доходы с соблюдением принципов своевременности, устойчивости и ориентированности на малоимущее неселение. 10

В 2016 году на Филиппинах на долю платежей из ЛСГ приходилось 54% общих расходов на здравоохранение, и по этой причине 1,5 миллиона человек за год оказались за чертой бедности. Несмотря на то, что Стратегия финансирования здравоохранения Филиппин направлена на обеспечение финансовой защищенности и сокращение платежей из ЛСГ посредством увеличения финансирования за счет объединенных средств и стратегически ориентированной закупки услуг, такие проблемы, как заинтересованность в использовании метода гонорарной оплаты и большие расходы ЛСГ на лекарственные средства остаются нерешенными. В Камеруне, Буркина-Фасо, Гане, Нигерии и Замбии принятые государством меры по избавлению от платежей из ЛСГ в форме потребительской платы обеспечили повышение доступности родовспоможения в медицинских учреждениях, особенно для бедного, сельского и необразованного женского населения. Но, несмотря на принятые меры, уровни медицинских расходов за счет ЛСГ остаются высокими.

с Глобальная база данных ВОЗ по расходам на здравоохранение, дата обращения: 01/15/2021. Расходы за счет ЛСГ в % от катастрофических медицинских расходов (2018 год): Буркина-Фасо (36%), Камерун (76%), Гана (38%), Нигерия (77%), Замбия (10%).

Финансирование за счет ЛСГ не обеспечивает равнодоступности, поскольку несоразмерно сильнее ухудшает положение малоимущего населения. Результаты исследований показывают, что даже когда финансирование за счет ЛСГ является «прогрессивной системой», а доля бедного населения невелика, оно все равно может снижать доступность медицинских услуг для малоимущего населения и еще больше повышать риск несения гражданами катастрофических медицинских расходов. 11 Это общая проблема для стран с низким и высоким уровнем доходов. Анализ ситуации в 24 странах Европы с всеобщим доступом к медицинским услугам, финансируемым государством, показывает, что с катастрофическими медицинскими расходами сталкиваются преимущественно малообеспеченные люди и, в основном, в связи с необходимостью платить за лекарства для амбулаторного лечения (см. Блок 6). В В странах с невысоким уровнем доходов эта закономерность наблюдается на всей территории и не зависит от уровня экономического развития разных регионов стран. Например, анализ ситуации в восьми районах трех штатов Индии показал, что распределение платежей из ЛСГ было регрессивным во всех районах, особенно в сельских.¹³ Платежи из ЛСГ могут ухудшать положение бедных, даже если они застрахованы. В Гане для тех, кто застрахован в Национальной системе медицинского страхования (НСМС), необходимость оплаты услуг из собственных средств может возникать в связи задержками в передаче средств от Правительства в учреждения, предоставляющие услуги, через Директорат Национальной системы медицинского страхования. Чтобы бесперебойно функционировать, некоторые поставщики медицинских услуг незаконно взимают плату с застрахованных в НСМС, что и является причиной платежей из ЛСГ, которые повышают уязвимость бедного населения, негативно отражаются на социальной справедливости и делают медицинскую помощь менее доступной. Еще одной причиной расходов из ЛСГ могут быть задержки в процессе оценки перечня лекарств, покрываемых НСМС, на предмет соответствия рыночным ценам, из-за которых некоторые поставщики приостанавливают отпуск лекарств по причине неконкурентоспособного ценообразования, что заставляет пациентов покупать те же лекарства на открытом рынке.

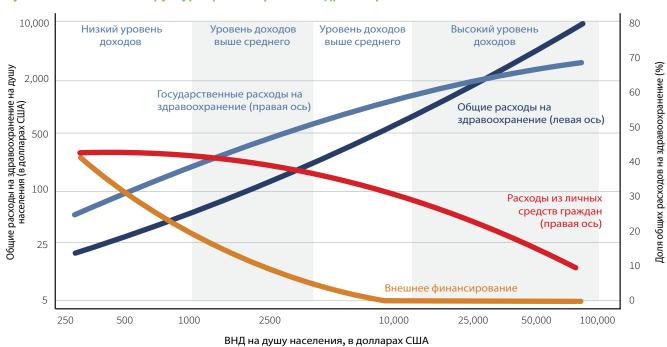


Рисунок 7.2. Изменения структуры финансирования здравоохранения

Источник: Расчеты авторов на основе данных из Глобальной базы данных ВОЗ по расходам на здравоохранение (WHO Global Health Expenditure Database, 2020).

Экономический рост может быть катализатором перемен в сфере финансирования здравоохранения, включающих сокращение финансирования за счет ЛСГ, и способствовать формированию благотворных процессов, ведущих к умножению человеческого капитала (см. Блок 2). Внутреннее государственное финансирование здравоохранения обеспечивает повышение доступности качественной медицинской помощи, что позволяет людям сохранять здоровье, повышать производительность труда и больше зарабатывать (см. Блоки 2 и 3). При улучшении экономического положения стран они вполне могут вкладывать больше государственных ресурсов в систему здравоохранения и в перспективе снизить зависимость от таких источников финансирования, как ЛСГ в форме разделения затрат или неофициальных платежей в момент предоставления медпомощи. Такие «изменения структуры финансирования здравоохранения» (Рисунок 7.2) относятся к факторам, повышающим устойчивость,

равнодоступность и эффективность систем, и способствуют улучшению здоровья и повышению благосостояния населения, особенно самого бедного. В свою очередь, повышает качество человеческого капитала и производительность труда и позволяет людям накапливать средства и инвестировать их не только в сохранение здоровья (см. Блоки 1 и 3), таким образом содействуя дальнейшему росту экономики и замыкая такой круг синергизма.

Пока не обеспечен достаточный рост или пересмотр приоритетов, для ухода от оплаты услуг из ЛСГ и потребительских платежей, в частности, необходимы дополнительные меры государственной поддержки. Чтобы снизить или ликвидировать потребительские платежи и минимизировать негативные финансовые последствия использования других форм расходования ЛСГ без ущерба для процессов предоставления и использования услуг, необходимы государственные ресурсы для финансирования здравоохранения. Но такое финансирование вряд ли удастся привлечь в ближайшем будущем, особенно в условиях ограниченного роста, когда страны борются с последствиями пандемии COVID-19, и в странах или регионах, где уже весьма велика доля финансирования за счет ЛСГ (см. Блок 3).^{18,19} При отсутствии возможностей для увеличения финансирования за счет налогов и из других источников для продвижения вперед можно пойти по пути поиска стратегических решений по повышению эффективности, например, посредством совершенствования договоров на закупку услуг, чтобы обеспечить реалистичные и гибкие схемы возмещения поставщикам стоимости услуг. Изучая возможности использования дополнительных источников доходов, страны также должны всегда помнить о том, что взимание с людей платы за услуги или товары, необходимые в связи новой коронавирусной инфекцией или иными нуждами, может создавать такие проблемы, как снижение уровней социальной справедливости и доступности помощи. Поэтому нельзя допускать увеличения доли расходов из ЛСГ, что также может создать впечатление, что здравоохранение обеспечено финансированием (Врезка 7.1).¹⁷ Там, где со-платежи уже используются для обеспечения работы медицинских учреждений в целях регулирования избыточного спроса на отдельные виды помощи, бедному населению следует предоставлять льготы и защиту от дальнейшего обеднения.¹⁰

Врезка 7.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Эфиопия

Ориентированность на потребительские платежи может отрицательно сказаться на доходах для здравоохранения. С 1950 года медучреждения Эфиопии взимают потребительские платежи. Однако до принятия Стратегии финансирования здравоохранения 1998 года доходы, образуемые за счет потребительских платежей в медучреждениях, перенаправлялись в Министерство финансов, а не оставались в медучреждении, поэтому не было связи между объемами получаемых средств и способностью привлекать ресурсы. После принятия Стратегии финансирования здравоохранения 1998 года в результате реформ в системе финансирования здравоохранения эти потребительские платежи стали оставаться в распоряжении медучреждений, которые трансформировали их в значительную часть бюджета периодических расходов. Однако помимо проблем, связанных с неравенством доступа, возникших в результате этих реформ, эти платежи сами по себе стали не дополнительными доходами, как это было задумано, а поводом для сокращения финансирования, выделяемого местными властями медучреждениям, в случае увеличения этих доходов. Более того, поскольку другие министерства воспринимают эти потребительские платежи как «гарантированный» источник средств, это отрицательно сказалось на переговорном потенциале Министерства здравоохранения и здравоохранительных органов других уровней госуправления для обоснования необходимости обеспечения ресурсами. В результате произошло сокращение финансирования бюджета незарплатных периодических расходов, выделяемого медучреждениям, что в последующем стало причиной снижения качества услуг и заставило медучреждения взимать еще боль потребительских платежей для возмещения дефицита средств.

- 1. Wagstaff, A., Eozenou, P., Neelsen, S., and Smitz, M. 2018. The 2018 Health Equity and Financial Protection Indicators Database Overview and Insights. Washington DC: World Bank.
- 2. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
- 3. World Bank and World Health Organization. 2019. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank.
- 4. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- 5. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development. Osaka, Japan.
- 6. Wagstaff, A. Flores, G., Smitz, M. F., Hsu, J., Chepynoga, K., Eozenou, P. 2018. Progress on Impoverishing Health Spending in 122 Countries: A Retrospective Observational Study pp. 5–10. doi:10.1016/S2214-109X(17)30486-2.
- 7. Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M. F., Chepyonoga, K., Buisman, L. R., vaan Wilgenburg, K., Eozenou, P. 2018. Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: A Retrospective Observational Study. Lancet Glob. Heal. 6: e169-179.
- 8. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington DC: World Bank.
- 9. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- 10. World Bank. 1997. Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Development Results. Washington DC: World Bank.
- 11. Bales, S., Bredenkamp, C., and Gomez, V. 2018. Striving for Equity and Efficiency: An Assessment of Provider Payment Reforms in the Philippines Health Sector. Washington DC: World Bank.
- 12. Leone, T., Cetorelli, V., Neal, S., and Matthews, Z. 2016. Financial Accessibility and User Fee Reforms for Maternal Healthcare in Five sub-Saharan Countries: A Quasi-Experimental Analysis pp. 1–8. doi:10.1136/bmjopen-2015-009692.
- 13. Bayati, M., Mehorlhassani, M.H., Yazdi-Feyzabadi, V., 2019. Paradoxical situation in regressivity or progressivity of out-of-pocket payment for health care: which one is a matter of the health policy maker's decision or intervention? Cost Effectiveness and Resource Allocation, 17 (28).
- 14. World Health Organization (WHO). 2019. Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 15. Chowdhury, S., Gupta, I., Trivedi, M., Prinja, S. 2018. Inequity and Burden of out- of-pocket health spending: District level evidences from India. Indian Journal of Medical Research 148(2): 180-189.
- 16. Fan, V., and Savedoff, W. 2014. The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence. Soc Sci Med 105: 112–21.
- 17. Oxfam. 2020. WB World Bank COVID Health Report Findings for World Bank Review 29 Oct 2020.
- 18. Shaw, P., and Griffin, C. C. 1995. Financing Health Care in Sub-Saharan Africa Through User Fees And Insurance. Washington DC: World Bank.
- 19. Aasante, A., Wasike, W.S.K., Ataguba, J. E.. 2020. Health Financing in Sub-saharan Africa: From Analytical Frameworks to Empirical Evaluation. Applied Health Economics and Health Policy. 18.

Блок 8. Инвестирование в здравоохранение улучшает результаты работы других отраслей

Правительства стран обычно оценивают аргументы в пользу государственных инвестиций в здравоохранения в сравнении с аргументами в пользу других отраслей, например, образования, водоснабжения/водоотведения и транспорта — инвестиции на всех этих направлениях могут давать явные и прямые выгоды на благо общества и экономики. Однако ухудшение состояния здоровья населения имеет огромные негативные последствия для экономики. Анализ, проведенный Всемирной организацией здравоохранения, показал, что за период с 2011 по 2025 годы одни лишь неинфекционные заболевания (НИЗ) стали причиной сокращения производства в странах с низким и средним уровнем доходов на 7,28 триллионов долларов США из-за потери трудоспособности, преждевременной смерти или отсутствия на работе по болезни или необходимости обращения за медпомощью. Инвестиции в системы здравоохранения являются краеугольным камнем сильных рынков, а их косвенные экономические выгоды для других отраслей образуются за счет улучшения здоровья людей и повышения их производительности труда. Это, в свою очередь, повышает трудоспособность людей, их потенциал для увеличения заработков и способствует росту экономики в целом, потому что во всех странах наблюдается явная зависимость подушевых доходов от состояния здоровья населения. Всеобщий охват услугами здравоохранение (ВОУЗ) может улучшить показатели работы других отраслей благодаря увеличению численности и производительности трудовых ресурсов.

Здоровье работников относится к ключевым детерминантам производительности труда, особенно в тех отраслях, где используется преимущественно физический труд. У здоровых людей выше производительность труда. Они реже отсутствуют на работе по болезни или из-за необходимости обращения за медпомощью, они могут работать в течение более длительного времени и более продуктивно и больше зарабатывать. Корошее здоровье особенно необходимо работникам таких отраслей, требующих значительных затрат физического труда, как сельское хозяйство и перерабатывающая промышленность, чей совокупных вклад в экономику в 2018 году составил более половины ВВП стран с низким уровнем доходов. Данные по агропромышленному комплексу показывают, что улучшение состояния здоровья людей приводит к повышению производительности труда. В Нигерии результатом осуществления программы, предусматривающей диагностику и лечение малярии по месту работы, стало повышение заработков и количества отработанных дней примерно на 10%. Инвестиции в высокоэффективные экономичные программы в области здравоохранения (см. Блок 13), включая программы лечения ВИЧ, железодефицитной анемии, восполнения дефицита витамина А, железовосполняющей терапии и дегельминтизации, могут незамедлительно повышать производительность труда работающего населения, что избавляет семьи отубытков улучшению результатов работы и сокращению количества рабочих дней, пропущенных по болезни. В 100 горовым производительность труда работающего населения, что избавляет семьи отубытков улучшению результатов работы и сокращению количества рабочих дней, пропущенных по болезни. В 100 горовым производительность труда работающего населения, что избавляет семьи отубытков улучшению результатов работы и сокращению количества рабочих дней, пропущенных по болезни. В 100 горовым производительность труда работающего населения производ

Улучшение состояния здоровья ведет к увеличению численности работающего населения и продолжительности трудовой деятельности. LПреждевременная смертность и инвалидность могут приводить к значительному сокращению продолжительности здоровой жизни и трудовой деятельности. ^{13,14} Всеобщий охват услугами здравоохранения всочетании с ростом доходов и развитием пенсионных систем обеспечивает возможность

а На эту зависимость также влияют общее улучшение питания, повышение институционального качества и человеческий капитал.

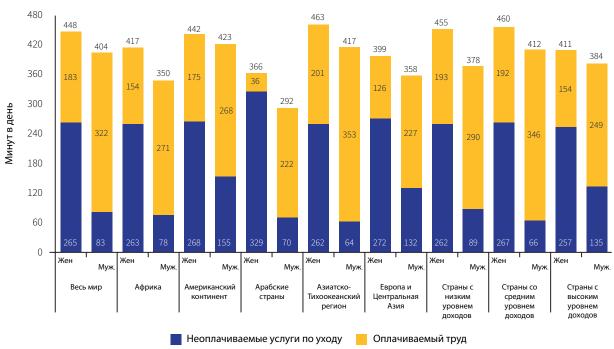




здорового долголетия и более позднего выхода на пенсию,^{3,15} а также благоприятные условия для здоровой жизни и трудовой деятельности в пожилом возрасте. В связи со старением населения возрастает необходимость создания возможностей для людей старшего поколения, которые хотят и по здоровью могут работать. Поскольку здравоохранение пересекается с другими системами социальной сферы, крайне важно принимать межотраслевые меры, связывающее инвестиции в здравоохранение с программами общей социальной поддержки (Врезка 8.1).

Улучшение здоровья детей и пожилых людей ведет к увеличению численности экономически активного населения трудоспособного возраста. Неоплачиваемая неформальная работа по уходу за детьми, престарелыми и инвалидами на ежедневной основе и эпизодически во время болезни оказывает огромное влияние на экономическую активность взрослого населения (Рисунок 8.1). Особо тяжелое бремя забот в рамках неформального ухода несут женщины; исследование в 66 странах, на долю которых в совокупности приходится две трети населения мира, показало, что женщины в среднем тратят не менее десяти недель в год на неоплачиваемый уход (см. Блок 3). Если бы к 2030 году удалось удвоить объем инвестиций в образование, здравоохранение и социальную работу, это позволило бы создать 269 миллионов новых рабочих мест в мире и тем самым оказало бы стимулирующее воздействие на экономику. Инвестирование в охрану здоровья пожилых людей и детей, несмотря на то, что они не относятся к «рабочей силе», влияет на производительность, позволяя тем, кто ухаживает за близкими, выходить на работу и оставаться экономически активными граждами.

Рисунок 8.1. Ежедневные затраты времени на неоплачиваемые услуги по уходу, оплачиваемую работу и общий объем работы, с разбивкой по полу, регионам мира и группам стран с разными уровнями доходов, за последний год



Источник: МОТ (ILO, 2018).12

Врезка 8.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Камбоджа

Основы государственной политики социальной защиты Камбоджи ориентированы на дальнейшее развитие программ социальной защиты в разных отраслях, включая здравоохранение. В Камбодже была сформирована Техническая рабочая группа для разработки Основ государственной политики социальной защиты под руководством Министерства экономики и финансов. В ее состав входили представители самых разных профильных министерств, включая Министерство образования, Министерство здравоохранения и Министерство по делам молодежи и спорта – все они относятся к системе социальной защиты Камбоджи. Результатом такого объединения усилий стало появление документа «Основы государственной политики социальной защиты Камбоджи на 2016-2025 годы», отражающего общие приоритеты разных министерств в форме четких, краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных планов действий (дорожных карт). После этого в 2018 году был создан Национальный совет по социальной защите (НССЗ); его председателем является министр экономики и финансов, а состав сформирован из министров/статс-секретарей других 11 профильных министерств и госучреждений. НССЗ отвечает за координацию процессов формирования политики в области социальной защиты, мониторинг и оценку реализации политики, а также обеспечение поддержки всех социальных программ системы социальной защиты, а не только здравоохранения.

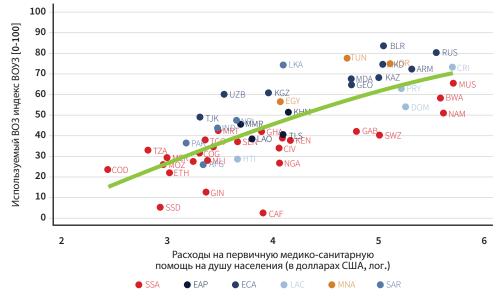
10 разначанием образования по политики в обеспечение поддержки всех социальных программ системы социальной защиты, а не только здравоохранения.

- 1. Jamison, D. T., Summers, L.H., Alleyne, G., Arrow, K., Berkley, S., Bingwaho, A., Bustrio, F., Evans, D., Feachem, R.G.A., Frenk, J., Ghosh, G., Goldie, S. J., Guo, Y., Gupta, S., Horton, R., Kruk, M.E., Mahmoud, AA., Mohohlo, L.K., Ncube, M., Pablos- Mendez, A., Reddy, K.S., Saxenian, H., Soucaat, A., Ulltveit-Moe, K.H., Yamey, G. 2015. Global Health 2035: A World Converging Within a Generation. Lancet 57: 444–467.
- 2. World Economic Forum, Harvard School of Public Health, and World Health Organization. 2011. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. World Economic Forum.
- 3. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives? European Observatory on Health Systems and Policies. Geneva: World Health Oganization
- 4. Mcgreevey, W. Angus Deaton. 2013. The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality. Popul. Dev. Rev. doi:10.1111/j.1728-4457.2013.00638.x.
- 5. Weil, D. N. 2014. Health and Economic Growth. In Handbook of Economic Growth 2: 623–682. Elsevier B.V.
- 6. Dillon, A., Friedman, J., and Serneels, P. 2014. Health Information, Treatment, and Worker Productivity: Experimental Evidence from Malaria Testing and Treatment among Nigerian Sugarcane Cutters. Policy Res. Work. Pap. World Bank.
- 7. World Bank. 2020. World Development Indicators: Structure of Output. Available at: http://wdi.worldbank.org/table/4.2#. Accessed on April 14, 2020.
- 8. Basta, S. S., Soekirman, Karyadi, D., and Scrimshaw, N. S. 1979. Iron Deficiency Anemia and the Productivity of Adult Males in Indonesia. Am. J. Clin. Nutr. 32: 916–925.
- 9. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank..
- 10. Jamison, D., Yamey, G., Beyeler, N., and Wadge, H. 2016. Investing in Health: The Economic Case. Report from the WISH investing in Health Forum, 2016.
- 11. Samman, E., Presler-Marshall, E., Jones, N., Bhatkal, T., Melamed, C., Savropoulou, M., Wallace, J. 2016. Women's Work: Mothers, Children and the Global Childcare Crisis. London: Overseas Development Institute
- 12. International Labour Organization (ILO). 2018. Care work and Care Jobs: The future of Decent Work. Geneva: ILO.
- 13. Stack, M. L. Ozawa, S., Bishai, D. M., Mirelman, AA., Tam, Y., Niessen, L., Waalker, D.G., Levine, O. S. 2011. Estimated Economic Benefits During the 'Decade Of Vaccines' Include Treatment Savings, Gains in Labor Productivity. Health Aff. 30: 1021–1028.
- 14. Anderson, M., Averi Albala, S., Patel, N., and Lloyd, J. 2018. Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review. Geneva: World Health Organization.
- 15. World Health Organization and US National Institute of Aging. 2011. Global Health and Aging. doi:10.1016/B978-0-12-375000-6.00006-9.
- 16. OECD (2017), Social Protection System Review of Cambodia, OECD Development Pathways, OECD Publishing, Paris.
- 17. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and Office for the Southern Cone of Latin America of the International Labour Organization (ILO). 2018. Labour Market Participation of Older Persons: Needs and Options.
- 18. Staudinger, U. M., Finkelstein, R., Calvo, E., and Sivaramakrishnan, K. 2016. A Global View on the Effects of Work on Health in Later Life. Gerontologist 56: S281–S292.

Блок 9. Инвестиции в систему профилактической и первичной медико-санитарной помощи могут обеспечивать экономию затрат в ближайшей и долгосрочной перспективе

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является одной их основных платформ для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).1 Это первый уровень взаимодействия населения с системой здравоохранения, на котором предоставляется комплексная помощь при возникновении большинства проблем со здоровьем и одновременно принимаются меры по предупреждению проблем, когда их еще нет, посредством оказания консультационных и профилактических видов помощи. ПМСП также включает долговременную пациентоцентричную помощь, которая улучшает координацию предоставления помощи на разных уровнях системы здравоохранения, что снижает затраты благодаря исключению направлений к специалистам без необходимости.² Сильные системы ПМСП с хорошим финансовым обеспечением также ассоциируются с увеличением охвата медицинскими услугами (Рисунок 9.1), а социальные и экономические эффекты их работы могут включать улучшение показателей состояния здоровья населения и работы систем здравоохранения, повышение эффективности систем здравоохранения и обеспечение равнодоступности медпомощи — все это способствует улучшению общих экономических показателей. Однако общемирового целевого показателя размеров финансирования, которое государство должно предоставлять системе ПМСП, не существует; доля ПМСП в бюджетных расходах на здравоохранение варьирует от 31% до 88% текущих расходов на здравоохранение в странах с низким и средним уровнем доходов.^{3,4} Помимо этого, разнообразие источников финансирования для ПМСП, особенно негосударственных источников, может обуславливать неравенство в доступе, что ведет к разным проявлениям неэффективности. Недавно проведенное исследование на основе моделирования

Рисунок 9.1. Расходы на первичную медико-санитарную помощь и охват услугами в странах с низким и средним уровнем доходов



Источник: Индикаторы мирового развития; Глобальная база данных ВОЗ по расходам на здравоохранение (Global Health Expenditure Database, 2020), за последний год, по которому есть данные.





показало, что для всеобщего охвата основными видами ПМСП в 67 странах с низким и средним уровнем доходов расходы в расчете на душу населения должны составлять до 65 долларов США. Выделение ресурсов для ПМСП при всей сложности этой задачи может обеспечить улучшение здоровья и повышение производительности труда населения и максимизацию эффективности использования государственных ресурсов.

Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи влечет за собой снижение смертности от всех причин, что может приводить к значительному улучшению экономической ситуации. 2,6-8 Одна из основных траекторий увеличения ВВП за счет улучшения состояния здоровья населения связана с человеческим капиталом: чем лучше здоровье людей, тем больше знаний и навыков они могут приобретать в течение жизни, становясь более полезными для экономики и общества (см. Блок 2). ПМСП – самый экономичный и при этом эффективный путь комплексного удовлетворения медицинских потребностей (см. Блок 13). В случае вакцинации меры, принимаемые на уровне ПМСП, являются не только затратоэффективным, но в высшей степени затратосберегающим решением. Отдача от инвестиций в такие профилактические виды медицинской помощи, как иммунизация детей, в 43 странах с низким и средним уровнем доходов в период с 2021 по 2030 годы, по прогнозам на основе стоимости статистической жизни, должна составить 52 долларов США на каждый потраченный доллар США9. Недавно проведенное исследование на основе моделирования показало, что в результате расширения охвата программ ПМСП можно предотвратить более 60 миллионов смертей и увеличить ожидаемую продолжительность жизни почти на четыре года.⁵ Такие результаты имеют большое экономическое значение; по оценкам одного исследования, увеличение ожидаемой продолжительности жизни на пять лет может обеспечить увеличение ВВП на целых 0,58%.¹⁰ Финансирование систем ПМСП, особенно во время экономических спадов, крайне необходимо для обеспечения социальной справедливости и доступности помощи и может повышать эффективность расходования средств (см. Врезку 9.1 и Блок 3).

Высококачественные системы ПМСП могут обеспечивать повышение экономической эффективности, позволяя избежать будущих затрат. Имея возможность получать ПМСП при меньших затратах и ближе к дому, пациенты могут избегать расходов на более дорогостоящие виды специализированной помощи, в которых нет необходимости или которые не являются неизбежными. Поставщики первичной медпомощи используют меньше ресурсов, чем поставщики специализированный помощи в связи с госпитализациями, назначением лечения и стандартными анализами и процедурами. Люди, имеющие доступ к первичной медпомощи, чаще обращаются за профилактической помощью для предупреждения хронических заболеваний или прогрессирования болезней до поздних стадий, когда лечение дорого обходится и пациенту, и системе здравоохранения. Более того, есть убедительные данные, свидетельствующие о том, что благодаря наличию и расширению возможностей для обращения к врачам первичного звена может сокращаться общее число госпитализаций, а также число предотвратимых и экстренных госпитализаций. Например, по данным одного исследования, расширение систем первичной медпомощи в Бразилии привело к сокращению числа госпитализаций по поводу таких хронических состояний, как сердечно-сосудистые заболевания и астма. В Чили тоже расширение доступа к профилактической помощи в результате масштабных реформ привело к снижению смертности от гипертонии на 11%, от диабета – на 48%, а также к сокращению числа госпитализаций. За чакже к сокращению числа госпитализаций.

Система первичной медико-санитарной помощи призвана обеспечивать равнодоступность медицинских услуг, что может сокращать материальные потери. Уровень равнодоступности первичной медпомощи для населения часто выше в сравнении со специализированной помощью, а это значит, что люди могут получать первичную медпомощь относительно ближе к дому, чем специализированную помощь. Неравенство в состоянии здоровья может иметь значительные негативные последствия для экономики: оценка неравенства в состоянии здоровья населения Европейского Союза показала, что снижение уровней благосостояния, связанное с неравенством в состоянии здоровья, может соответствовать 9,4% ВВП. Выравнивание возможностей доступа к качественной первичной медпомощи в итоге приводит к экономическому росту, помогая не только уменьшать различия в состоянии здоровья, обусловленные социально-экономическим неравенством, но и способствуя сокращению разорительных медицинских расходов, причиной которых является отсутствие своевременного доступа к ПМСП.

Распределение или перераспределение внутренних государственных ресурсов в пользу ПМСП сопряжено с техническими и политическими трудностями, но это абсолютно необходимо для продвижения вперед по пути к ВОУЗ. LПервичное звено медицинской помощи часто занимает недостаточно приоритетное место в национальных стратегиях и может быть недостаточно или непрозрачно представлено в бюджетах. Системы ПМСП, особенно в странах, обеспечивших стремительный экономический рост, могут конкурировать за средства для удовлетворения своих инвестиционных потребностей со службами более высоких уровней медпомощи, которым необходимы средства для повышения доступности их услуг. В действительности, во многих странах больницы получают значительную долю бюджета здравоохранения. ^{18,19} Службы ПМСП также часто разделены на вертикальные сегменты, к которым относятся, например, службы питания или службы охраны здоровья матери и ребенка, и каждый из этих сегментов имеет свою национальную стратегию и элементы финансирования. В начале пандемии COVID-19 и вызванного ею общемирового экономического спада бюджетное пространство для здравоохранения сократилось, что могло привести к сокращению объемов ресурсов для оказания основных видов медпомощи и снизить доступность ПМСП для уязвимого населения – как в связи с ограниченностью ресурсов, так и из-за невозможности обращаться за медпомощью во время пандемии.²⁰ Недавно была разработана методология для отслеживания и измерения расходов ПМСП. Более точное отслеживание и количественная оценка поступления, распределения и расходов средств в системах ПМСП может обеспечить данные для будущей работы по выявлению направлений/ объектов, где можно увеличить объемы или повысить эффективность инвестиций в ПМСП.^{3,21} В сегодняшнем контексте в странах с ограниченным бюджетным пространством для здравоохранения все более важной задачей становится отражение приоритетности инвестирования в ПМСП не только в национальных стратегиях, но и в бюджетах, показывая, какие положительные эффекты могут дать эти инвестиции в части сдерживания роста затрат в будущем. Например, Национальная система медицинского страхования Ганы (НСМС) выделяет до 10% своих доходов на инвестиционную поддержку первичного звена лечебно-профилактической медпомощи и его медицинских служб, что оказывает положительное воздействие благодаря предупреждению заболеваний и улучшению инфраструктуры здравоохранения для обеспечения высокого качества предоставления медпомощи. В результате снижается стоимость страхового возмещения затрат в заявлениях поставщиков медицинских услуг в Национальную систему медицинского страхования в среднесрочной и долгосрочной перспективе. К традиционно дотируемым позициям относятся вакцины, антиретровирусные препараты, товары для борьбы с туберкулезом, вакцинация от столбняка, борьба с переносчиками малярии, служба скорой медицинской помощи, строительство медицинских учебных заведений, лифты в государственных больницах и системная интеграция поставщиков медицинских услуг.

Врезка 9.1. От принципов к практике Примеры из опыта разных стран: Коста-Рика

Инвестиции для реформирования системы ПМСП в начале экономического спада дают долгосрочные положительные результаты, что подтверждается опытом Коста-Рики. После нескольких десятилетий осуществления государственных инвестиций экономический кризис 1980-х годов оставил систему ПМСП Коста-Рики без достаточного финансирования, и население было недовольно ее работой. Несмотря на ограниченность бюджетного пространства, страна мобилизовала внутренние ресурсы и привлекла внешние займы для проведения крупных реформ в системе ПМСП. Реформы включали создание системы территориального прикрепления и многопрофильного дисциплинарного кадрового потенциала групп специалистов для комплексного медобслуживания (Equipo Básico de Atención Integral de Salud, EBAIS). Параллельно зоны медобслуживания были реорганизованы с образованием семи медицинских регионов, в каждом из которых было примерно по десять медицинских районов или округов. Эти реформы обеспечили большой охват и высокое качество ПМСП и значительное снижение младенческой смертности и смертности взрослого населения. Прибыль от инвестирования заемных средств, привлеченных для финансового обеспечения этих реформ в системы ПМСП, оценивается в 70%. Сегодня страна продолжает демонстрировать хорошие результаты в сфере здравоохранения, расходуя на здравоохранение 9,3% ВВП, что меньше среднемирового показателя.

- 1. World Health Organization. 2019. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage Vol. 12. Geneva: World Health Organization.
- 2. Starfield, B., Shi, L., and Macinko, J. 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly 83: 457–502.
- 3. Vande Maele, N., Xu, K., Soucat, A., Fleisher, L., Aranguren, M., Wang, H. 2019. Measuring Primary Healthcare Expenditure in Low-Income and Lower Middle-Income Countries. BMJ Glob. Heal. 4: e001497.
- 4. Kluge, H. et al. 2018. After Astana: Building the Economic Case for Increased Investment in Primary Health Care. Lancet 392: 2147–2152.
- 5. Stenberg, K. Hanssen, O., Bertram, M., Brindley, C., Beshreky, A., Barkley, S., Tan-Torres Edejer, T. 2019. Guide Posts for Investment in Primary Health Care and Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries: A Modelling Study. Lancet Glob. Heal. 7: e1500–e1510.
- 6. Anderson, M., Averi Albala, S., Patel, N., and Lloyd, J. 2018. Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review. Geneva: World Health Organization.
- 7. Perry, H. B., Rassekh, B. M., Gupta, S., and Freeman, P. A. 2017. Comprehensive Review of the Evidence Regarding the Effectiveness of Community-Based Primary Health Care in Improving Maternal, Neonatal and Child Health: Vol. 7. Shared Characteristics of Projects with Evidence of Long-Term Mortality Impact. J. Glob. Health 7: 1–17.
- 8. MacInko, J., Starfield, B., and Erinosho, T. 2009. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. Journal of Ambulatory Care Management. doi:10.1097/JAC.0b013e3181994221.
- 9. Sim, S. Y., Watts, E., Constenla, D., Brenzel, L., and Patenaude, B. N. 2020. Return on Investment from Immunization against 10 Pathogens in 94 Low- and Middle-Income Countries, 2011-30. Health Aff. Millwood 39: 1343–1353.
- 10. Bloom, D. E., Canning, D., and Sevilla, J. 2004. The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. World Dev. 32: 1–13.
- 11. Harrold, L. R., Field, T. S., and Gurwitz, J. H. 1999. Knowledge, Patterns of Care, and Outcomes of Care for Generalists and Specialists. Journal of General Internal Medicine 14: 499–511.
- 12. Macinko, J., Dourado, I., Aquino, R., de Fatima Bonolo, P., Lima-Costa, M.F., Medina, M. G., Mota, E., de Oliveira, V. B., Turci, M.A. 2010. Major Expansion of Primary Care in Brazil Linked to Decline in Unnecessary Hospitalization. Health Aff. 29: 2149–2160.
- 13. Bitrán, R., Escobar, L., and Gassibe, P. 2010. After Chile's Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in Hospitalization and Death Rates. Health Aff. 29: 2161–2170.
- 14. Glassman, A., Giedion, U., and Smith, P. C. 2017. What's in, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage. Washington DC: Center for Global Development
- 15. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives? Geneva: World Health Organization.
- 16. Van Doorslaer, E., Masseria, C., and Koolman, X. 2006. Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. CMAJ. doi:10.1503/cmaj.050584.
- 17. Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., and Kunst, A. E. 2011. Economic Costs of Health Inequalities in the European Union. J. Epidemiol. Community Health. doi:10.1136/jech.2010.112680
- 18. Glassman, A., Keller, J. M., and Lu, J. 2018. The Declaration of Alma-Ata at 40: Realizing the Promise of Primary Health Care and Avoiding the Pitfalls in Making Vision Reality. Center for Global Development Notes. Available at: https://www.cgdev.org/publication/declaration-alma-ata-40-realizing-promise-primary-health-care-and-avoiding-pitfalls. Accessed on January 22, 2021.
- 19. Hatefi, A., Dandu, M., and Wachter, R. M. 2017. Hospitals, Hospital Medicine, and Health For All. Health Affairs. doi: 10.1377/hblog20170216.058672
- 20. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World Bank
- 21. The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). 2021. Health Financing. Available at: https://improvingphc.org/improvement-strategies/health-financing Accessed on January 25, 2021.

Блок 10. Инициативы с донорским финансированием могут предусматривать увеличение, а не сокращение финансирования здравоохранения за счет внутренних государственных средств

Донорские ресурсы могут обеспечивать критически необходимое финансирование для целей улучшения состояния здоровья населения и стимулирования эконмического роста. Уотя на долю внешнего финансирования или внешнего содействияразвитиюздравоохраненияприходитсяменееодногопроцентаобщемировыхрасходовназдравоохранение, это значительный вклад, поскольку такая помощь предоставляется только странам с низким и средним уровнем доходов и для выполнения определенных задач в области здравоохранения (Рисунок 10.1).^{2,а} Традиционно донорское финансирование в здравоохранении, как правило, со временем постепенно сокращается по мере укрепления экономики стран, и поэтому повышается роль внутренних ресурсов в финансировании здравоохранения.⁵ Однако мировые экономические рецессии ограничивают возможности финансирования для всех и могут вызывать резкие сокращения потоков внешнего финансирования, что в свою очередь затрудняет продвижение стран-получателей с низким уровнем доходов (СНУД) и стран-получателей со средним уровнем доходов (ССУД) по пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ) и достижению Целей устойчивого развития (ЦУР) в области здравоохранения3. Но еще больше осложняет ситуацию, как представляется, то, что бюджетные расходы на здравоохранение обычно сокращаются с каждым долларом внешнего финансирования, вложенного в здравоохранение, что повышает риск недофинансирования для системы здравоохранения6. Есть данные, напрямую свидетельствующее о том, что внешнее финансирование может «вытеснять» бюджетные расходы на здравоохранение: в период с 1995 по 2010 годы предоставление государствам средств в рамках внешнего содействия развитию здравоохранения, возможно, стало причиной сокращения бюджетных расходов на 152,8 миллиардов долларов США.^{7,8} Продвижение вперед определяется не только тем, сколько средств поступает, но и тем, как и куда они поступают и для каких приоритетных задач на уровне страны это будет иметь значение (см. Блок 12).

Доноров, целенаправленно предоставляющих финансирование для укрепления систем здравоохранения, мало, что может вести к дальнейшей фрагментации и вертикализации. В системе здравоохранения в рамках внешнего финансирования может возникать еще больше проблем из-за фрагментированности, чем в других отраслях в силу наличия многочисленных специализированных программ борьбы с определенными болезнями или вертикальных программ и отсутствия финансирования для укрепления систем здравоохранения, в частности, что может ограничивать интеграцию и препятствовать продвижению к ВОУЗ. Длительное использование преимущественно внешнего финансирования здравоохранения в рамках содействия развитию может приводить к перекосам в структуре распределения внутренних ресурсов в самой системе здравоохранения, вызывая зависимость от внешнего финансирования для специализированных программ и мероприятий, вытесняя важные конкурирующие приоритетные направления злдавоохранения. Например, с 2000 года было израсходовано более 350 миллиардов долларов США, предоставленных на содействие развитию здравоохранения, и более трети этого общего объема

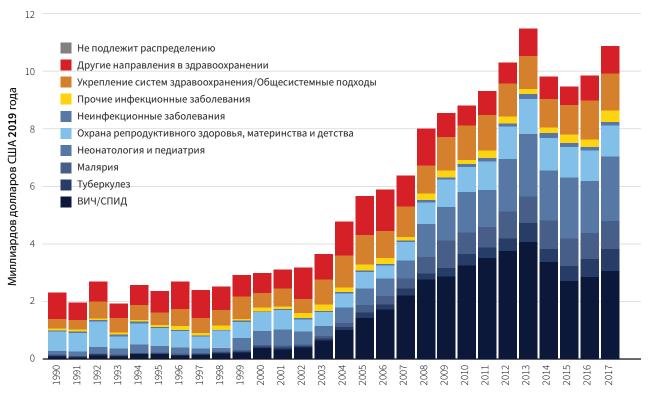
а Тремя основными источниками внешнего финансирования для здравоохранения в 2019 году были, США, Фонд Билла и Мелинды Гейтс и Великобритания. С 1990 по 2017 годы основными получателями внешней помощи последних пяти лет были страны, расположенные к югу от Сахары, а основным направлением – здравоохранение. Основная часть средств внешнего содействия предоставлялась для борьбы с ВИЧ/ СПИДом и развития неонатальной и педиатрической помощи.





средств потрачено на программы борьбы с ВИЧ/СПИДом. 10,11 Есть некоторые данные, подтверждающие, что донорское финансирование программ борьбы с ВИЧ/СПИДом могло вытеснить финансирование для решения других приоритетных проблем здравоохранения и при этом не оказало «сопутствующего» положительного воздействия на таких направлениях, как укрепление систем здравоохранения, улучшение состояния здоровья населения и охрана репродуктивного здоровья. 12,13

Рисунок 10.1. Внешнее содействие развитию здравоохранения, по состояниям /нозологиям, СНСУД, 1990-2017 годы



Источник: Институт измерения показателей и оценки состояния здоровья. База данных по содействию международному развитию в сфере здравоохранения за 1990-2019 годы (IHME, 2020. Development Assistance for Health Database 1990-2019. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation).

Предоставление донорских средств для целей, четко соответствующих процессам и приоритетам страны, может обеспечивать повышение эффективности использования денежных средств и способствовать дальнейшему привлечению и эффективному освоению государственных средств. Более половины средств, предоставляемых в рамках внешнего содействия развитию, в государственный бюджет вообще не поступает9. Несмотря на международные обязательства, доноры могут неохотно направлять средства через государственный бюджет страны в связи со своими представлениями о слабом потенциале для освоения средств или коррупции. Направление ресурсов в обход государственных каналов приводит к неэффективности их использования в разных формах. 6,9,14 Происходит дублирование систем, а передовые подходы в области финансирования здравоохранения, например, модели объединения средств, которые могут обеспечивать равнодоступность, повышение эффективности использования средств и внедрение стратегически ориентированных методов закупки услуг, могут искажаться, что ослабляет каналы, через которые поступают другие государственные средства. Это также может приводить к дублированию усилий в рамках разных программ там, где утрачена возможность для отслеживания потоков финансирования. Более того, в связи с пандемией COVID-19 увеличение объемов заимствований для компенсации сокращения расходов приведет к повышению уровней государственного долга и в странах с низким и средним уровнем доходов, и в странах с высоким уровнем доходов, и может привести к дальнейшей фрагментации финансирования и прогресса в области обеспечения ВОУЗ. Это приведет к ограничениям доступности донорских ресурсов и бюджетного пространства стран для здравоохранения с сохранением этих последствий после кризиса.

b См. Парижскую декларацию и Аккрский план действий: https://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm; МП3+ и ВОУЗ 2030: https://www.uhc2030.org/about-us/history/; а также такие региональные программы, как «Гармонизация в сфере здравоохранения в Африке»: https://www.who.int/workforcealliance/countries/hha/en/

Донорские средства должны вернуться на траекторию роста, чтобы страны с низким уровнем доходов и некоторые страны с низким и средним уровнем доходов могли минимизировать прогнозируемые сокращения внутренних расходов на здравоохранение и продолжать путь к достижению целей в отношении ВОУЗ к 2030 году.^{2,4}

Переходная экономика дает возможность для перспективного планирования использования внутренних ресурсов в целях повышения его эффективности и устойчивости. Однако для стран с переходной экономикой сдвиги в глобальном финансовом ландшафте и необходимость реформ создают импульс для переориентации своего движения вперед на достижение результатов своими силами и использование местных систем для направления ресурсов. Это может помочь избавиться от параллельных структур, созданных для обеспечения реализации программ, повысить эффективность и высвободить ресурсы для выполнения приоритетных государственных задач. Многие организации развития установили пределы финансирования для содействия развитию, а некоторые из них, например, Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (GAVI) и Глобальный фонд, имеют специальные переходные программы для постепенного «отключения» стран от донорского финансирования по мере повышения уровней их экономического развития, чтобы обеспечить приоритетность инвестиций в менее развитые страны. Но размеры расходов страны на здравоохранение не всегда соответствуют размеру ее экономики: доля здравоохранения в государственных расходах варьирует от менее 3% (Венесуэла) до почти 30% (Коста-Рика). Правильной» цифры, определяющей необходимое финансирование для здравоохранения, нет (см. Блок 1), но когда страны недостаточно инвестируют в свои системы, изменения в структуре финансирования могут стать проблемой, препятствующей дальнейшему продвижению вперед.

Подходы, ориентированные на обеспечение прозрачности и контролируемости потоков ресурсов, и использование финансовых стимулов могут способствовать максимизации привлечения государственных ресурсов. Многие страны создают механизмы объединения ресурсов, поступающих в рамках содействия развитию, для уменьшения фрагментации и повышения «видимости» потоков донорского финансирования (Врезка 10.1). Такие меры, как софинансирование, использование показателей, связанных с предоставлением/освоением средств внешнего финансирования, или создание финансовых стимулов для увеличения доли здравоохранения в бюджетах, могут сократить «вытеснение» государственных средств. Картирование ресурсов и отслеживание расходов по инициативе государства тоже могут способствовать повышению прозрачности и контролируемости. Эти процессы можно использовать для количественной оценки финансовых пробелов, а именно для выявления направлений, где не хватает средств, а также для рационализации распределения имеющихся и зарезервированных ресурсов и для целей мониторинга реализации, координации и составления отчетности. Инструменты для картирования ресурсов и отслеживания расходов также можно использовать в целях оценки и минимизации последствий пандемии СОVID-19 для систем предоставления стандартных или основных видов медпомощи. Еще их можно использовать для гармонизации планов действий в чрезвычайных ситуациях с долгосрочными инвестициями, а также для целей привлечения технического содействия в обеспечении готовности и реагировании на экстренные ситуации. 17

Врезка 10.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Эфиопия и Демократическая Республика Конго

Создание систем объединения средств внешней поддержки может помочь повысить «видимость» потоков донорского финансирования. В Эфиопии Фонд достижения ЦУР является механизмом для объединения финансирования, предоставленного рядом доноров, и государственного управления ими с помощью целевых бюджетов. Этот Фонд используется для обеспечения соответствия потоков донорских средств и приоритетов с национальным планом развития здравоохранения. В Демократической Республике Конго несколько десятилетий политической нестабильности и социальной напряженности внесли свой «вклад» в фрагментацию потоков финансирования, предоставляемого разными донорами, дублирование параллельных каналов поставки жизненно необходимых лекарственных средстви нерациональное распределение кадровых ресурсов между медицинскими центрами. Благодаря осуществлению утвержденной Правительством Стратегии укрепления системы здравоохранения и реформ в области финансирования здравоохранения, направленных на рационализацию использования средств внешнего содействия развитию экономия затрат выросла до 56 миллионов долларов США18. 18

- 1. Martin, G., Grant, A., and D'Agostino, M. 2012. Global Health Funding and Economic Development. Global. Health 8: 2–5.
- 2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2020. Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle: IHME.
- 3. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World Bank.
- 4. Global Burden of Dissease Health Financing Collaborator Network. 2019. Past, Present, and Future of Global Health Financing: A Review of Development Assistance, Government, Out-of-Pocket, and Other Private Spending on Health for 195 Countries, 1995-2050. Lancet 393: 2233–2260.
- 5. Kutzin, J., Sparkes, S., Soucat, A., and Barroy, H. 2018. From Silos To Sustainability: Transition Through a UHC Lens. Lancet 392: 1513–1514.
- 6. Lu, C., Schneider, M. T., Gubbins, P., Leach-Kemon, K. 2010. Public Financing of Health in Developing Countries: A Cross-National Systematic Analysis. Lancet 375: 1375–1387.
- 7. Dieleman, Joseph L., and Hanlon, M. 2014. Measuring the Displacement and Replacement of Government Health Expenditure. Health Econ. 23: 129–1401.
- 8. Dieleman, J. L., Cowling, K., Agyepong, I. A., Alkenbrack, S., Bollyky, T.J., Bump, J., Chen, C. S., Grepin, K.A., Haakenstad, A., Harle, A. C., Kates, J., Lavado, R. F., Micah, A. E., Ottersen, T., Tandon, A., Tsakalos, G., Wu, J., Zhao, Y., Zlavog, B. S., Murray, C. J. L. 2019. The G20 and Development Assistance for Health: Historical Trends and Crucial Questions to Inform a New Era. Lancet 394: 173–183.
- 9. Schieber, G. J., Gottret, P., Fleisher, L. K., and Leive, A. A. 2007. Financing Global Health: Mission Unaccomplished. Health Aff. 26: 921–934.
- 10. Resch, S., and Hecht, R. 2018. Transitioning Financial Responsibility for Health Programs From External Donors to Developing Countries: Key Issues and Recommendations for Policy and Research. J. Glob. Health 8: 1–7.
- 11. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2019. Financing Global Health 2018: Countries and Programs in Transition. Seatle, WA: IHME.
- 12. Shiffman, J., Berlan, D., and Hafner, T. 2009. Has Aid for AIDS Raised All Health Funding Boats? J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 52: 45–48.
- 13. Shiffman, J. 2008. Has Donor Prioritization of HIV/AIDS Displaced Aid for Other Health Issues? Health Policy Plan. 23: 95–100.
- 14. Dodd, R., and Lane, C. 2010. Improving the Long-Term Sustainability of Health Aid: Are Global Health Partnerships Leading the Way? Health Policy Plan. 25: 363–371.
- 15. G20. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version / (2019). doi:10.1596/31930.
- 16. Tandon, A. 2019. Draft, For Discussion During New Delhi Collaborative Meeting On Domestic Resource Mobilization For Universal Health Coverage. pp. 1–10.
- 17. Global Financing Facility. 2020. Resource Mapping and Expenditure Tracking for COVID-19 Response: A Design Checklist and Overview of Tools. WBG. pp. 1–18.
- 18. Yip, W., and Hafez, R. 2015. Reforms for Improving the Efficiency of Health Systems: Lessons from 10 Country Cases. Synthesis Report. Geneva: World Health Organization.

Блок 11. Рациональное расходование средств в системе здравоохранения помогает экономить государственные ресурсы

Рациональное расходование средств в здравоохранении необходимо для максимально возможного улучшения ситуации за счет тех ресурсов, которые выделяются на медицинское обслуживание населения. В условиях спада мировой экономики, вызванного пандемией COVID-19, лица, уполномоченные принимать решения, должны выяснить, какие расходы возникают в результате неэффективного использования или бесполезной траты средств на уровне всей страны, чтобы обеспечить максимально эффективное использование все более ограниченных государственных ресурсов. Лица, отвечающие за формирование политики, должны более продуктивно использовать то, что у них есть. Однако в здравоохранении неэффективность проявляется иначе, чем в других отраслях, а для ее устранения необходимо государство. Эффективность обеспечивается тремя путями: делать то, что необходимо, делать это так, как необходимо, или делать это там, где необходимо.¹ «То, что необходимо, и там, где необходимо» означает улучшение распределения или территориального размещения ресурсов в системе здравоохранения или ориентация на «правильный» комплекс услуг, чтобы можно было извлекать максимальную пользу посредством расстановки приоритетов, планирования и распределения ресурсов (аллокативная эффективность). «Как необходимо» означает совершенствование подходов, непосредственно определяющих, как расходовать ресурсы, например, как предоставлять услуги или как структурировать затраты ресурсов для достижения желаемого результата (техническая эффективность).² Устранение основных причин неэффективности является главной задачей, и это можно сделать, создав благоприятные условия для преобразований и решения стратегических проблем, относящихся исключительно к компетенции системы здравоохранения.

Между тем, что расходуется на здравоохранение и какие блага образуют эти расходы в стране (для здоровья людей и не только), не всегда существует прямая зависимость. Система здравоохранения, хорошо обеспеченная ресурсами, играет важнейшую роль в формировании человеческого капитала, необходимого для стимулирования экономического роста (см. Блок 2). Однако почти во всех странах мира в течение последних двух десятилетий темпы роста расходов на здравоохранение превышают темпы роста ВВП. ^{а,3} ЕИсследования последних лет показывают, что в странах с низким уровнем доходов без повышения эффективности использования ресурсов в системах здравоохранения и образования и в сфере развития инфраструктуры финансовые потребности этих отраслей возрастут с 15% до 25% ВВП. ⁴ От 20% до 40% всех ресурсов здравоохранения растрачиваются без пользы из-за разных проявлений неэффективности в системе здравоохранения. ^{5,6} В итоге общий объем средств, расходуемых страной на здравоохранение, часто не связан напрямую с теми благами, которые образуются благодаря этим расходам. Например, в США продолжается ухудшение показателей состояния здоровья населения, страна тратит на здравоохранения вдвое больше, чем других страны с высоким уровнем доходов, что в значительной степени обусловлено проявлениями неэффективности в системе здравоохранения. ⁷ Более того, причинами неэффективности могут быть проблемы, связанные со слабым потенциалом для освоения средств, которые препятствуют достижению целей.

а Причиной роста расходов на здравоохранение являются быстрое старение населения, утяжеление бремени неинфекционных и хронических заболеваний, технический прогресс и повышение требований со стороны населения.





Неизбежные сбои на рынке, обусловленные спецификой системы здравоохранения, ведут к неэффективному использованию средств и требуют госрегулирования и господдержки. В Если для предоставления медпомощи используются только рыночные силы или частный сектор (см. Блок 15), следует ожидать возникновения серьезных проблем с обеспечением эффективности и равнодоступности, которые еще дороже обходятся системе здравоохранения. Что касается предоставления медицинской помощи, многие причины проявлений неэффективности связаны со сбоями на рынке из-за особенностей, присущих только системам здравоохранения: непредсказуемость медицинских потребностей (в системе неизвестно, кто, чем и где заболеет); положительные результаты или отрицательные последствия для людей или общества в целом в связи со структурой заболеваемости (внешними эффектами); отсутствие или неравная доступность информации для пациентов и поставщиков медицинских услуг (информационная асимметрия); или корыстная заинтересованность пациентов и поставщиков медицинских услуг в сокрытии тех или иных расстройств, чрезмерном использовании системы, неполном лечении или избыточном лечении ради получения финансовых выгод (моральный риск и неблагоприятный отбор). И, наконец, поскольку здоровье является особым правом человека, личные предпочтения, связанные со свободой воли и выбора могут приводить к отрицательными последствиям для здоровья, которые оцениваются людьми поразному («ограниченная» рациональность выбора и гиперболическое дисконтирование).

Устранение основных причин неэффективности может помочь системе здравоохранения более продуктивно использовать то, что у нее есть. Неэффективность также обусловлена другими нерыночными особенностями системы здравоохранения, включая: фрагментированность таких источников финансирования как ЛСГ (см. Блок 7); вертикальные системы предоставления помощи при определенных заболеваниях; затрудненность привязки инвестированных ресурсов к результатам. Дороже всего системам здравоохранения обходится неэффективность, связанная с решениями о «правильном» расходовании ресурсов или о распределении ресурсов на уровне системы, медучреждения или врача и о том, как они должны использоваться (Таблица 11.1). 1.2,8 По последним оценкам ОЭСР, в странах ОЭСР от 20% до 50% ресурсов тратятся напрасно, потому что что-то делается неправильно. 6,1

Таблица ${f 11.1.}$ Основные причины неэффективного расходования средств $^{
m 8}$

Категория расходов	Причина		
Лекарства	Недостаточное использование непатентованных лекарственных препаратов (дженериков) и завышенные цена на лекарства		
Лекарства	Использование неприемлемых и поддельных медикаментов		
Лекарства	Необоснованное или неэффективное применение		
Продукты и услуги для оказания медпомощи	Чрезмерное использование или избыточность оборудования, исследований и процедур		
Медицинские работники	Нецелесообразная или слишком дорогостоящая структура персонала, немотивированные работники		
Медицинские услуги	Необоснованные госпитализации или нецелесообразная продолжительность пребывания в стационаре		
Медицинские услуги	Нецелесообразный размер или недоиспользование инфраструктуры		
Медицинские услуги	Недостаточно высокое качество медпомощи и медицинские ошибки		
Утечка средств в системе здравоохранения	Расточительность, коррупция и мошенничество		
Здравоохранительные меры	Неэффективный комплекс или нецелесообразный уровень принимаемых мер		

Создание благоприятных условий для реформирования системы финансирования здравоохранения, особенно механизмов закупки услуг, может помочь изменить то, как используются эти ресурсы. Стратегически ориентированная закупка товаров и услуг играет особо важную и уникальную роль в повышении эффективности. Например, на Филиппинах причинами аллокативной и технической неэффективности названы, соответственно, фрагментация закупок, осуществляемых разными закупочными организациями, и необходимость использовать механизмы оплаты поставщикам медицинских услуг для стимулирования их работы. 9 Повышение качества данных и совершенствование информационных систем, в частности для обработки данных по страховым случаям, может помогать в поиске путей и способствовать повышению эффективности. Правила управления государственными финансами (УГФ) должны быть «совместимыми» с целями финансирования здравоохранения, чтобы обеспечить такие условия, например, посредством перехода на методы бюджетирования на основе результатов, позволяющие проводить реформы для стратегически ориентированной закупки с фокусировкой на достижение результатов, а не на учет затрат по каждому виду ресурсов (см. Блок 12).¹0 Достаточная обеспеченность внутренними государственными ресурсами также помогает избавляться от недостатков системы, снижающих эффективность использования средств, в том числе в связи с платежами из ЛСГ, которые приводят к запоздалому обращению за медпомощью и создают стимулы для предоставления медицинских услуг, в которых нет необходимости (см. Блок 7).11 Комбинирование потоков финансирования из ЛСГ и других источников посредством их интеграции в систему тоже может улучшать объединение средств. Вот еще один пример: финансирование за счет целевого налога на фонд заработной платы может приводить к снижению эффективности и перераспределению ресурсов в пользу богатых, а у финансирования за счет общих доходов выше вероятность быть устойчивым, эффективным и равнодоступным.¹²

Некоторые меры по повышению эффективности являются прерогативой исключительно самой системы здравоохранения. Например, меры по устранению неблагоприятных стимулов посредством установления определенных обязательных требований могут приниматься внутри системы здравоохранения и тоже могут способствовать избавлению от недостатков, снижающих эффективность (Врезка 11.1). В Китае введение Перечня жизненно важных лекарственных средств помогло оказать противодействие порочным финансовым стимулам, побуждающим поставщиков медицинских услуг назначать избыточное количество инъекционных препаратов и антибиотиков. В итоге это привело к снижению средней цены жизненно важных лекарственных средств на 25%, обеспечив снижение медианной цены на 29 непатентованных препаратов (дженериков) в государственном и частном секторе (на 5,3% и на 4,7%, соответственно). Фактически повышение эффективности под воздействием снижения затрат на лекарственное обеспечение тоже может положительно влиять на использование ЛСГ и показатели состояния здоровья населения. В Африке при сегодняшних уровнях расходов повышение эффективности могло бы привести к увеличению ожидаемой продолжительности жизни на целых пять лет. 13

Врезка 11.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Южная Корея

В целях противодействия распространению практики избыточного назначения лекарственных препаратов и злоупотреблению лекарствами, а также для сокращения национальных расходов на здравоохранение Правительство Южной Кореи ввело требование о разделении назначения и отпуска лекарств. В соответствии с этим требованием пациенты обязаны сначала обращаться в больницу, чтобы врач назначил и выписал рецепт на лекарственные препараты, а затем – в аптеку, где по этому рецепту лекарства отпускаются. Однако эта мера вызвала сильное сопротивление со стороны ассоциаций врачей. Чтобы ослабить их сопротивление, пришлось несколько раз повышать тарифы, и в итоге за один год цены выросли почти на 30%, что увеличило бюджет до нереалистичных размеров. Это новое требование стало одной из основных причин финансового дефицита 2000 года после объединения многочисленных ранее существовавших страховщиков в рамках единой программы.

- Global Financing Facility. 2017. Health Financing: Achieving More with the Available Resources to Fifth investors Gr. Meet. pp. 1–22.
- 2. Yip, W., and Hafez, R. 2015. Reforms for Improving the Efficiency of Health Systems: Lessons from 10 Country Cases. Synthesis Report. Geneva: World Health Organization.
- 3. World Bank. 2019. World Development Indicators. Washington DC: World Bank.
- 4. Gaspar, V., Amaglobeli, D., Garcia-Escribano, M., Prady, D., and Soto, M. 2019. Fiscal Policy and Development: Human, Social, and Physical Investment for the SDGs. IMF Staff Discuss. Note 19/03 45.
- 5. World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371.
- 6. OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266414-en.
- 7. Feldsher, K. 2018. What's Behind High US Health Care Costs. The Harvard Gazette, Health and Medicine. https://news. harvard.edu/gazette/story/2018/03/u-s-pays-more-for-health-care-with-worse-population-health-outcomes/
- 8. World Health Organization. 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Report. https://www.who.int/whr/2010/10_chap02_en.pdf doi:10.1136/bmj.4.5787.575-a.
- Bales, Sarah, Bredenkamp, C, and Gomez, V. A. 2018. 'Missing' Family of Classical Orthogonal Polynomials. Striving Effic. Equity An Assess. Provid. Paym. Reforms Philipp. Heal. Sect. Washington DC: World Bank.
- 10. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J. O'Dogherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Health Financing Working Paper No. 17.4. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254680/1/9789241512039-eng.pdf.
- 11. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington DC: World Bank.
- 12. Yazbeck, A. S. et al. 2020. The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance For Low- And Low-Middle-Income Countries. Health Aff. (Millwood) 39: 892–897.
- 13. Grigoli, F., and Kapsoli, J. 2018. Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies. Rev. Dev. Econ. 22: 384–403.

Блок 12. Сильные системы управления государственными финансами могут обеспечивать повышение эффективности использования финансовых ресурсов и продвижение вперед по пути к ВОУЗ

Эффективное использование государственных ресурсов может обеспечить эффективность использования денежных средств и помочь сектору здравоохранения обосновать необходимость увеличения или сохранения бюджетных ассигнований на здравоохранение.^{1,2} Существует множество способов повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения, некоторые из которых направлены на устранение коренных причин, а другие – на решение проблем, способствующих возникновению неэффективности (см. Блок 11). Однако во многих случаях для устранения коренных причин неэффективности может быть полезен подход «назад к основам»: изучение того, как системы управления государственными финансами (УГФ) способствуют или препятствуют достижению целей финансирования здравоохранения, включая цели всеобщего охвата услугами здравоохранения (BOУЗ).^{3,4} Системы УГФ представляют собой основополагающий набор правил и институтов, политик и процессов, которые регулируют движение государственных ресурсов, включая бюджетную донорскую помощь. Они являются основной движущей силой при формировании бюджетов здравоохранения и определяют, как расходуются средства на здравоохранение, как осуществляется их мониторинг и отчетность и, в конечном счете, как предоставляются услуги и улучшается здоровье населения.³.5 Все функции финансирования здравоохранения можно рассматривать в контексте бюджетного цикла (Рисунок 12.1).3 И наоборот, на каждую функцию финансирования здравоохранения влияет то, как работает система УГФ. Особенно в контексте глубокого глобального экономического спада, вызванного COVID-19, системы УГФ, хорошо согласованные с целями финансирования здравоохранения, могут помочь сделать потоки государственных ресурсов в сектор здравоохранения более прозрачными и подотчетными, эффективными и результативными.

Укрепление связей между процессом формирования бюджета и доказательно обоснованными приоритетами политики повышает эффективность работы отрасли и использования средств. Составление бюджета включает в себя функции УГФ по планированию и распределению средств. В некоторых случаях низкие расходы на здравоохранение могут привести к сокращению ассигнований на сектор здравоохранения, хотя нередко нет ясности, чем обусловлено снижение расходов – повышением эффективности, неэффективностью в результате проблем с возможностью сектора освоить средства или отсутствием гибкости для перераспределения средств в области, где такие средства нужны. Верспективным путем будет создание четкой связи между приоритетами политики и бюджетными ассигнованиями, однако препятствием здесь может стать приростное или несистемное бюджетирование или цели, которые не являются конкретными и четкими (Врезка 12.1). Улучшение связи между многолетним процессом составления бюджета, годовыми бюджетами и ориентированными на результаты политическими целями может повысить возможность бюджетов реагировать на потребности и снизить проблемы эффективности, такие как неполное расходование средств.^{4,3} Так, в Бангладеш Среднесрочный бюджетный план (СБП) призван увязать ассигнования с политикой и приоритетами; однако различные подразделения служб здравоохранения имеют частично совпадающие цели и мандаты, что может привести к проблемам с распределением ассигнований. Кроме того, когда устанавливаются приоритеты, цели носят широкий и общий характер без определения конкретных задач, например: «Создать усовершенствованный и эффективный фармацевтический сектор» или «Повысить качество услуг здравоохранения для всех». Такие неконкретные цели создают проблемы для





мониторинга. Бюджетные правила также могут создавать проблемы для эффективной и действенной мобилизации средств во время кризисов в сфере здравоохранения, ограничивая ресурсы здравоохранения, когда они нужны больше всего. Например, во время вспышки холеры в Замбии в 2017 году ограничения на принятие дополнительных бюджетов стали камнем преткновения для получения ресурсов для здравоохранения и других секторов. В первые недели COVID-19 большинство стран предоставили исполнительной власти гибкие возможности для изменения приоритетов бюджетных ассигнований между статьями или в рамках бюджетов программ в качестве первого шага, а также для активации резервных фондов.

БЮДЖЕТИРОВАНИЕ В **БЮДЖЕТИРОВАНИЕ** СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИНТЕРЕСАХ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Средства распределяются в соответствии с приоритетами, В рамках существующей потребностями и способностью структуры бюджета и лимитов с группировкой по направлениям платить ФОРМУЛИРОВАНИЕ **БЮДЖЕТА** СОЗДАНИЕ ПЛАТЕЖНЫХ ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ СИСТЕМ Отчетность по расходам Основаны на результатах, автономия, наличие стимулов **ИСПОЛНЕНИЕ** мониторинг **БЮДЖЕТА БЮДЖЕТА** ПРОЦЕДУРЫ И СИСТЕМЫ ЗАКУПКИ БУХГАЛТЕРСКОГО УЧЕТА Эффективный механизм для Внутренний и внешний получения услуг и товаров в контроль за тем, что было соответствии с приоритетами приобретено

Рисунок 12.1. Увязка УГФ и функций по финансированию здравоохранения

Источник: Cashin et al. (2017)³

При исполнении бюджета повышение гибкости закупок в результате изменения правил управления государственными финансами (УГФ) позволяет системе здравоохранения выбирать наиболее рациональные и эффективные решения. При составлении бюджета существует противоречие между необходимостью гибкости и контроля. Системы бюджетирования, позволяющие производить оплату на основе результатов или достижений, а не вводимых ресурсов, могут помочь повысить гибкость, необходимую поставщикам услуг для перемещения средств в соответствии с приоритетами здравоохранения по мере их возникновения. Например, в Танзании и Замбии было введено программно-целевое бюджетирование, но исполнение бюджета по-прежнему осуществляется с использованием постатейного контроля. Руководители медицинских учреждений не могут перераспределять средства для удовлетворения меняющихся потребностей, таких как расходы на лекарства, в течение финансового года, что ограничивает их возможности в части эффективного осуществления закупок.⁶ Более высокую эффективность при исполнении бюджета можно обеспечить благодаря применению механизмов, позволяющих руководителям осуществлять закупки более стратегически, таких как подушевое финансирование. В Индонезии средства подушевого финансирования, поступающие из системы Национального медицинского страхования (BPJS) в медицинские учреждения первичного звена (Puskesmas) контролируются региональным правительством. Однако эти учреждения столкнулись с проблемами в управлении и использовании этих средств: вместо непосредственного доступа к средствам было необходимо вносить предложения об их использовании и получать соответствующие трансферты. Постановление президента от 2014 года разрешило перечислять средства подушевого финансирования BPJS непосредственно в учреждения первичного звена. Корректировка методов стратегических закупок, соответствующих системам УГФ, также может помочь повысить гибкость

во время чрезвычайных ситуаций. В недавно проведенном исследовании закупочной деятельности 54 стран, которая осуществлялась в рамках реагирования на пандемию COVID-19, сообщалось, что половина респондентов скорректировали методы или ставки оплаты, либо введя суточные ставки для пациентов с COVID-19, либо разрешив поставщикам услуг более гибко использовать средства.⁸

Укрепление связи между тем, как контролируются ресурсы здравоохранения, и тем, как они распределяются, способствует повышению ответственности и прозрачности, что позволяет минимизировать потери ресурсов. Например, иногда оценка может быть сосредоточена на том, как соблюдаются финансовые правила, а не на результатах, таких как эффективность и качество, что может привести к нерациональному использованию ресурсов6. Неудовлетворительные информационные системы или слабые возможности мониторинга также могут затруднить отслеживание средств по результатам или выявление и перераспределение недоиспользованных государственных ресурсов. Наличие корректных данных может иметь решающее значение для выяснения того, в какой степени неполное расходование средств объясняется повышением эффективности, а в какой – наличием проблем, связанных с возможностью сектора освоить средства или с нерациональным использованием ресурсов (см. Блок 11).³ Кроме того, отсутствие связи между распределением бюджетных средств и отслеживанием их расходования может свести на нет реформы, призванные повысить гибкость и прозрачность. Согласно проведенной недавно в ряде стран оценке, распределение средств во многих странах происходит в соответствии с приоритетами сектора, однако только в 30% из них имеет место отслеживание использования ресурсов в соответствии с этими приоритетами. Новый Закон об управлении государственными финансами в Гане (Закон 921) улучшил контроль, обеспечив надлежащее составление бюджета и использование государственных средств, и обязав государственные учреждения работать в рамках бюджета. Этот закон требует от государственных учреждений использовать интегрированную информационную систему управления государственными финансами Ганы (GIFMIS) для учета своих бюджетов и обработки всех финансовых операций, что помогает обеспечить прозрачность, надлежащий мониторинг и подотчетность государственных средств. Оплата за пределами GIFMIS является правонарушением, влекущим за собой санкции.

В итоге системы УГФ, построенные с учетом целей финансирования здравоохранения, могут обеспечивать улучшение итоговых показателей работы систем здравоохранения. ³ То, как выстроены системы УГФ, может либо способствовать, либо препятствовать перемещению государственных ресурсов страны в системе здравоохранения, которые предназначены для поддержки достижения целей системы здравоохранения и улучшения здоровья населения. ^{1,10} Так, согласно результатам исследования, повышение качества УГФ на один балл соответствует сокращению смертности среди детей в возрасте до пяти лет на 14 смертей из расчета на 1000 человек; для стран, которые направляют не менее 75% всех расходов на здравоохранение через государственную систему, такое сокращение достигает 17 смертей на 1000 человек. ^{3,11} Во время пандемии COVID-19 страны стараются ускорить поступление финансовых средств на «передний край», чтобы поддержать меры реагирования на пандемию. Системы УГФ, включающие гибкие возможности для таких вариантов политики, как перераспределение средств, авансовые платежи, прямое финансирование учреждений или надежные формулы трансфертов, могут максимально быстро улучшить результаты в области здравоохранения и способствовать достижению устойчивости в перспективе (см. Блок 16). ^{7,12}

а При измерении с использованием баллов программы РЕГА, – инструмента, который используется для измерения и мониторинга результатов в сравнении с набором показателей для различных важных учреждений, систем и процессов в сфере управления государственными финансами.

Врезка 12.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Лаосская НДР

В соответствии со Стратегией развития государственных финансов до 2025 года и Перспективной программой до 2030 года Министерство финансов реализовало реформы УГФ в ЛНДР на национальном уровне. Стратегия была утверждена премьер-министром в июле 2017 года и обеспечивает основу для среднесрочных и долгосрочных реформ УГФ. В настоящее время ведутся переговоры с Министерством здравоохранения о пилотной реализации этих реформ для улучшения (i) общих процессов планирования бюджета здравоохранения, (ii) устранения основных узких мест в отношении УГФ в секторе здравоохранения на этапе составления бюджета, включая задержки в утверждении бюджета и отсутствие четких связей между приоритетами политики сектора и бюджетными ассигнованиями, и (iii) межведомственной координации и сотрудничества в подготовке достоверных бюджетов для сектора здравоохранения. Министерство здравоохранения в сотрудничестве с Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения в настоящее время разрабатывает руководящие принципы УГФ и стратегию финансирования здравоохранения на 2021-2025 годы в рамках деятельности по улучшению формирования бюджета сектора здравоохранения на основе политики.

- 1. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage (Vol. 2): Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century (English). Washington, D.C.: World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/6414515610435856 15/Driving-Sustainable-Inclusive-Growth-in-the-21st-Century.
- World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage.
 World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371.
- 3. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J. O'Dogherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Health Financing Working Paper No. 17.4. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254680/1/9789241512039-eng.pdf
- 4. JLNUHC. 2020. Public Financial Management for Universal Health Coverage: Why and How it Matters. JLNUHC 2030 Policy Note.
- 5. G20. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930.
- 6. Piatti-Fünfkirchen, M., and Schneider, P. 2018. From Stumbling Block to Enabler: The Role of Public Financial Management in Health Service Delivery in Tanzania and Zambia. Heal. Syst. Reform 4: 336–345.
- 7. Barroy, H., Wang, D., Pescetto, C., and Kutzin, J. 2020. How to Budget for COVID-19 Response? World Heal. Organ. pp.1–5.
- 8. Mathauer, I., Dkhimi, F., and Townsend, M. 2020. Adjustments in Health Purchasing as Part of the Covid-19 Health Response: Results of a Short Survey and Lessons for the Future pp. 1–15. Geneva: World Health Organization.
- Joint Learning Network for Universal Health Coverage. 2020. Health Priority Setting and Resource Allocation Benchmarking, Overview and 10 Country Summary.
- 10. Barroy, H., Kabaniha, G., Boudreaux, C., Cammack, T., and Bain, N. 2019. Leveraging Public Financial Management for Better Health in Africa: Key Bottlenecks and Opportunities for Reform. World Health Organization Working Paper. Health Financing Working Paper No. 14.
- 11. Piatti-Funfkirchen, M., and Smets, L. 2019. Public Financial Management, Health Financing and Under-Five Mortality: A Comparative Empirical Analysis. IDB Work. Pap. Series No IDB-WP-976. Inter-American Development Bank.
- 12. Barroy, H., Margini, F., Kutzin, J., Ravishankar, N., Piatti-Funfkirchen, M., Gurazada, S. 2020. If You're Not Ready, You Need To Adapt: Lessons for Managing Public Finances from the Covid-19 Response. P4H Network pp. 1–10.

Блок 13. Инвестирование в здравоохранение для выполнения обоснованных приоритетных задач обеспечивает рациональное расходование государственных средств

Государственные доходы должны быть направлены на те услуги, которые обеспечивают максимальный прогресс в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).¹ С этой целью инвестирование в процессы, поддерживающие создание основанных на фактических данных программы государственных гарантий (ПГГ), и дополнительные инструменты, такие как оценка медицинских технологий (ОМТ), могут способствовать систематическому определению приоритетных экономически эффективных медицинских вмешательств, которые могут повысить пользу и минимизировать альтернативные затраты, связанные с менее результативными инвестициями.² Инвестиции в сектор здравоохранения поддерживают здоровье населения, которое является важнейшим фактором производительности и человеческого капитала, необходимых для успешного осуществления инвестиций в другие сектора (см. Блок 8).³ Они совершенно обоснованы, если финансируют мероприятия в области здравоохранения, которые признаны экономически эффективными, справедливыми и осуществимыми в рамках имеющихся ресурсов.⁴

Одним из основных условий для обеспечения эффективности системы здравоохранения является приоритизация закупаемых услуг и их соотнесение с имеющимися финансовыми ресурсами. 15,16 Недостаточное финансирование, отсутствие четкого определения или слишком широкий спектр услуг могут негативно сказаться на эффективности; результатом становится скрытое нормирование услуг, что увеличивает неравенство и неэффективность использования государственных ресурсов (см. Блок 11). 15,1 Наличие ПГГ с рассчитанной стоимостью, вотношении которых используются актуарно обоснованные оценки и масштабы которых увеличиваются в соответствии с имеющимися ресурсами, позволяет принимать решения по распределению средств, улучшать соотношение цены и качества и повышать прозрачность в отношении помощи, доступной населению. 17,15,18 Например, Закон о всеобщем здравоохранении 2009 года в Перу закрепил право на здоровье через требование минимального пакета помощи и принципы ВОУЗ, но введенная после его принятия ПГГ не была основана на актуарных прогнозах стоимости ухода, демографическом и эпидемиологическом профиле населения или возможностях имеющихся служб, и поэтому не стала устойчивой с финансовой точки зрения. 19

Многие инвестиции в систему здравоохранения демонстрируют высокую экономическую эффективность. Анализ экономической эффективности (АЭЭ)^{а, 5} можно использовать для определения мер в секторе здравоохранения, которые подходят для включения в ПГГ (Рисунок 13.1). Экономически эффективные мероприятия включают лечение и профилактику преимущественно инфекционных заболеваний (например, малярии, туберкулеза, ВИЧ/СПИДа) и сердечно-сосудистых заболеваний, основные хирургические вмешательства (например, базовая травматология, неотложная акушерская помощь, хирургия катаракты, грыжи), а также другие мероприятия, такие как неонатальный уход на уровне местных сообществ.⁶ Всемирная организация здравоохранения использует АЭЭ при составлении перечня оптимальных решений ^b для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, в числе которых повышение акцизов и цен на табачные изделия, снижение потребления соли с помощью кампаний по изменению

b ≤ 100 долл. США на один предотвращенный DALY.



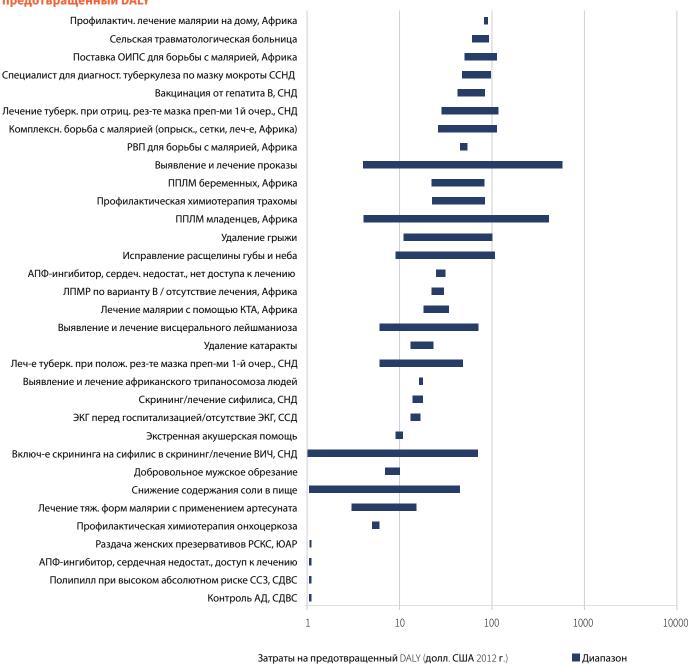


а АЭЭ особенно полезны при распределении средств в рамках бюджета здравоохранения. С их помощью оценивают влияние инвестиций в сектор здравоохранения, используя такие данные, как реальные результаты здравоохранения (например, детская смертность) или суммарные показатели здоровья (например, годы жизни с поправкой на качество [QALYs] или годы жизни с поправкой на инвалидность [DALYs]).

поведения, а также лекарственная терапия и консультирование лиц, перенесших инсульт или имеющих высокий риск его возникновения. В случае с плановой иммунизацией доказано, что инвестиции в сектор здравоохранения позволяют сэкономить значительные средства. Согласно оценкам, в период с 2021 по 2040 год окупаемость инвестиций в программы иммунизации против 10 основных патогенов в 94 странах с низким и средним уровнем дохода составит 54 доллара США на 1 потраченный доллар США.8

Оценка медицинских технологий (ОМТ) на основе доказательных данных может быть источником информации для формирования программ государственных гарантий (ПГГ) с оптимальным использованием государственных средств. ОМТ – это систематическая оценка затрат и выгод новых медицинских вмешательств. Они являются институциональным механизмом, который может быть использован для разработки и корректировки ПГГ, отражающих приоритеты системы здравоохранения и обеспечивающих оптимальное соотношение цены и качества. ОМТ могут использоваться для оценки целого ряда технологий здравоохранения, от лекарственных средств до программ общественного здравоохранения (таких как программы иммунизации, программы профилактики

Рисунок 13.1. Программы для взрослого населения, стоимость которых ниже 100 долл. США из расчета на один предотвращенный DALY



Источник: Horton et al. (2017)6

курения) и до вспомогательных систем (например, банков крови, систем телемедицины, формуляров лекарственных средств). Институционализация процесса ОМТ требует ресурсов; в странах с низким уровнем дохода сначала могут быть созданы небольшие технические подразделения в министерствах здравоохранения для оказания влияния на разработку ПГГ с использованием ключевых фактических данных; со временем эти подразделения могут эволюционировать в более институционально оформленные процессы (Врезка 13.1). 10, 11

Крайне важно обеспечить, чтобы ОМТ проводилась с использованием доказательных данных по эффективности затрат, а также критериев финансовой защищенности и местных источников фактической информации. Краеугольным камнем высокоэффективного финансирования здравоохранения является то, что ресурсы, используемые для финансирования ВОУЗ, являются одновременно эффективными и справедливыми. В некоторых случаях существует противоречие между целями эффективности и справедливости. Для поддержания высокоэффективного финансирования здравоохранения лучше всего подходят расширенные процессы ОМТ, учитывающие фактические данные об экономической эффективности и критерии финансовой защиты, а также данные, касающиеся справедливости охвата, влияния на бюджет и этических вопросов. Наконец, в условиях, когда фактические данные рассматриваются для создания, а не для пересмотра или незначительной корректировки ПГГ, в ходе ОМТ и более общего процесса разработки ПГГ следует учитывать не только общую стоимость и АЭЭ, но и данные местного уровня о финансовой защите, ценности и практической осуществимости (см. Врезку 13.1). Кроме того, при создании соответствующего заказа, подготовке и интерпретации фактических данных следует привлекать отечественных экспертов, представляющих широкий круг заинтересованных сторон.

Количественная оценка результатов инвестирования в здравоохранение в сравнении с другими отраслями позволяет формулировать доводы в пользу бюджетных предложений, ориентированных на максимизацию пользы и социально-экономического благополучия для общества. Для поддержки решений о распределении средств между секторами может быть использован дополнительный подход, известный как «анализ затрат и выгод» (АЗВ), поскольку он фиксирует экономические выгоды от инвестиций путем статистического определения денежной стоимости спасенных жизней. ^{5, 13, с} АЗВ может быть более полезным источником фактических данных (по сравнению с АЭЭ), поскольку эффект от инвестиций в сектор здравоохранения представлен в денежном выражении, а не с точки зрения влияния на здоровье. Недавно были выпущены руководства и показательные тематические исследования, призванные помочь странам в проведении анализа затрат и выгод. ¹⁴

Врезка 13.1. От принципов к практике Примеры из опыта разных стран: Таиланд

В разгар экономической рецессии (1997-2005 гг.) в 2001 году в Таиланде ввели программу всеобщего охвата населения, а в 2002 году, руководствуясь необходимостью сдерживания расходов, – программу оценки медицинских технологий (ОМТ). ОМТ сыграла ключевую роль в тайской программе, а в 2016 году переросла в Программу оценки медицинских вмешательств и технологий (НІТАР). В рамках НІТАР ключевые группы заинтересованных сторон ежегодно определяют 10 тем, которые будут оцениваться на предмет включения в ПГГ в соответствии с шестью критериями приоритетности:

- 1. Численность затронутого населения
- 2. Тяжесть заболевания
- 3. Эффективность медицинского вмешательства
- 4. Различия в практике
- 5. Экономические последствия для расходов домохозяйств
- 6. Последствия с точки зрения справедливости/этики и социальные последствия

Результаты, полученные в ходе HITAP, были использованы правительством не только для разработки и обновления $\Pi\Gamma\Gamma$, но и для согласования цен на пакет услуг в рамках обеспечения $BOY3.^{20,21}$

с Этот показатель называется «стоимостью статистической жизни» (ССЖ) и представляет собой предельную норму замещения между деньгами и риском смерти в определенный период времени. Проще говоря, ССЖ показывает, сколько люди готовы заплатить, чтобы снизить риск смерти.

- 1. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
- Watkins, D. A., Jamison, D. T., Mills, A., Atun, R., Danforth, K., Glassman, A., Horton, S., Jha, P., Kruk, M.E., Norheim, O.F., Qi, J., Soucat, A., Stephane, V., Wilson, D., Alwan, A., 2017. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. In Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty edited by Jamison, D. T., Gleband, H., Horton S., et al. Washington DC: World Bank. Third edition, 9:43–65. doi:10.1596/978-1-4648-0527-1_ch3.
- Jamison, D. T., Summers, L.H., Alleyne, G., Arrow, K., Berkley, S., Bingwaho, A., Bustrio, F., Evans, D., Feachem, R.G.A., Frenk, J., Ghosh, G., Goldie, S. J., Guo, Y., Gupta, S., Horton, R., Kruk, M.E., Mahmoud, AA., Mohohlo, L.K., Ncube, M., Pablos- Mendez, A., Reddy, K.S., Saxenian, H., Soucaat, A., Ulltveit-Moe, K.H., Yamey, G. 2015. Global Health 2035: A World Converging Within a Generation. Lancet 57: 444–467.
- 4. Gillingham, R. 2014. Fiscal Policy for Health Policy Makers. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper Series.
- 5. Culyer, A. J., and Chalkidou, K. 2019. Economic Evaluation for Health Investments En Route to Universal Health Coverage: Cost-Benefit Analysis or Cost-Effectiveness Analysis? Value Heal. 22: 99–103.
- Horton, S. Gelband, H., Jamison, D., Levin, C., Nugent, R. Watkins, D. 2017. Ranking 93 Health Interventions for Low- And Middle-Income Countries by Cost-Effectiveness. PLoS One 12: e0182951.
- World Health Organization. 2017. 'Best Buys' and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Updated (2017). Appendix 3 of the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020.
- 8. Sim, S. Y., Watts, E., Constenla, D., Brenzel, L., and Patenaude, B. N. 2020. Return on Investment from Immunization Against 10 Pathogens in 94 Low- And Middle-Income Countries, 2011-30. Health Aff. (Millwood) 39: 1343–1353.
- 9. Chi, Y. L., Jeffry, M., and Stewart, M. 2018. Health Technology Assessment Toolkit. Vol. 1. Equitable Access to High-Cost Pharmaceuticals. doi:10.1016/B978-0-12-811945-7.00002-6.
- 10. Culyer, A. J. 2018. Cost, Context, and Decisions in Health Economics and Health Technology Assessment. International Journal of Technology Assessment in Health Care 34: 434–441.
- 11. Chalkidou, K., Li, R., Culyer, A. J., Glassman, A., Hofman, K.J., Teerawattananon, Y. 2017. Health Technology Assessment: Global Advocacy and Local Realities. Int. J. Heal. Policy Manag. 6: 233–236.
- 12. Daniels, N., Porteny, T., and Urritia, J. 2016. Expanded HTA: Enhancing Fairness and Legitimacy. Int. J. Heal. Policy Manag. 5: 1–3.
- 13. Chang, A. Y., Horton, S., and Jamison, D. T. 2017. Benefit-Cost Analysis in Disease Control Priorities. In Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty pp.167–181. The World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0527-1_ch9.
- 14. Robinson, L. A., Hammitt, J.K., Jamison, D.T., Walker, D.G. 2019. Reference Case Guidelines for Benefit Cost Analysis in Global Health and Development Review Draft 101.
- 15. Glassman, A., Giedion, U., Sakuma, Y., and Smith, P. C. 2016. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? Health System and Reform 2: 39–50.
- 16. Baltussen, R., Jansen, M.P., Bijlmakers, L., Tromp, N., Yamin, A.E., Norheim, O.F., 2017. Progressive Realisation of Universal Health Coverage: What are the Required Processes and Evidence? BMJ Glob. Heal. 2: e000342.
- Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up Vol.53. World Bank.
- 18. World Health Organization. 2015. Anchoring Universal Health Coverage in the Right To Health: What Difference Would it Make? Geneva: World Health Organization.
- 19. Vermeersch, C., Medici, A., and Navarez, R. 2014. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Peru. Health, Nutrition and Population Global Practice. World Bank Group.
- 20. Teerawattananon, Y., Tantivess, S., Yothasamut, J., Kingkaew, P., and Chaisiri, K. 2009. Historical Development of Health Technology Assessment in Thailand. Int J Technol Assess Health Care (Suppl.S1) 25:241–52.
- 21. Center for Global Development. 2017. What's in, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage edited by A. Glassman, Ursula Giedion, Peter Smith. Washington, DC.

Блок 14. Здравоохранительные налоги могут обеспечивать отказ от нездорового образа жизни и формирование доходов

«Здравоохранительные налоги», иногда называемые «налогами на грех», устанавливаются на продукты, оказывающие негативное воздействие на здоровье населения, такие как табак, алкоголь или сахаросодержащие напитки (ССН). К ним также могут относиться экологические налоги на загрязнение окружающей среды, которое наносит ущерб здоровью (например, вызванное использованием ископаемого топлива). В зависимости от того, как они оформлены, эти налоги могут быть возложены на производителя или на общество. Несмотря на некоторые споры относительно того, что подобные налоги могут способствовать возникновению негативных побочных эффектов, таких как незаконная торговля или регрессивность системы, здравоохранительные налоги могут принести тройную выгоду: они способны снизить нагрузку на сектор здравоохранения от неинфекционных заболеваний, увеличить общий доход государства и снизить факторы риска сопутствующих заболеваний, таких как ожирение (фактор риска COVID-19), что может опосредованно привести к увеличению бюджета здравоохранения. Если эти налоги имеют целевой характер и предназначены для здравоохранения, то они способны увеличить ресурсы сектора здравоохранения и напрямую. Однако отнесение налога к категории здравоохранительных не означает, что доходы от него будут закреплены за сектором здравоохранения. Если в бюджетных процессах не отдают приоритет здравоохранению, то целевое использование здравоохранительных налогов следует осуществлять с осторожностью.¹

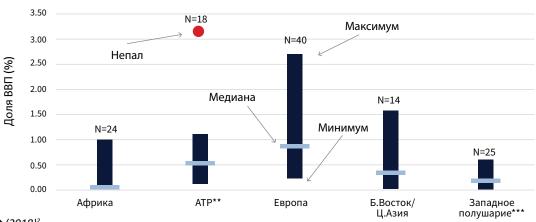
Здравоохранительные налоги могут стать причиной отказа от нездоровых привычек, которые являются факторами риска заболевания и смерти от COVID-19, и способствовать снижению нагрузки на систему здравоохранения в будущем. Основной целью введения здравоохранительного налога является улучшение здоровья населения за счет снижения потребления нездоровых продуктов. Факторы риска повышенной заболеваемости и смертности, связанные с ожирением, диабетом или курением, обуславливают более тяжелое течение COVID-19; они могут быть снижены с помощью здравоохранительных налогов, что приведет к снижению нагрузки на сектор здравоохранения.²⁻⁷ Борьба с нездоровым поведением в масштабах страны помогает добиться повышения эффективности, что может способствовать росту отдачи от имеющихся ресурсов. Например, в исследовании, посвященном целевому налогообложению табачной продукции в девяти странах, основной мотивацией для выделения акцизов в качестве целевых налогов было не увеличение доходов, а улучшение здоровья населения.⁸ Повышение налогов на табачные изделия является наиболее эффективной мерой борьбы с табакокурением: повышение налогов на 10% снижает потребление в странах с низким и средним уровнем дохода на 5-8%, а в странах с высоким уровнем дохода – примерно на 4%. Недавнее исследование с участием 500 миллионов курящих мужчин в 13 странах со средним уровнем дохода показало, что 50-процентное повышение цен на сигареты обеспечит дополнительно 450 миллионов лет жизни. Для мужчин, которые относятся к беднейшим 20% населения, прирост лет жизни окажется в 6,7 раз больше, чем для тех, кто относится к наиболее обеспеченной группе; при этом половина такого прироста приходится на Китай. Это также указывает на значительные выгоды с точки зрения справедливости и на побочный эффект в виде прироста производительности труда, продуктивных лет жизни и человеческого капитала.^{11, 12}





Здравоохранительные налоги образуют доходы, которые можно в первоочередном порядке использовать для финансирования здравоохранения. Пандемия COVID-19 положила начало глубокому глобальному экономическому спаду.¹³ По последним оценкам, темпы экономического роста на душу населения снизятся в среднем на 6,4% в мире и от 4% до 8% в странах с низким уровнем дохода и странах с уровнем дохода ниже среднего. Экономические последствия COVID-19 будут усугубляться тяжелым экономическим положением, в котором многие страны уже находились до начала пандемии.^{14,15} Глобальная целевая группа по фискальной политике в области здравоохранения недавно подсчитала, что если все страны повысят акцизы на 50% с целью снизить потребление табачных изделий, алкоголя и сахаросодержащих напитков, то в течение 50 лет это может принести более 20 триллионов долларов США. а, в целом, по более поздним оценкам, в краткосрочной перспективе потенциальный доход от налогов на табачные изделия, алкоголь и сахаросодержащие напитки ориентировочно составляет 0,6-0,7% ВВП. 10,а Чтобы определить, обладает ли здравоохранительный налог потенциалом в конкретном контексте, необходимо принять во внимание местные административные возможности и условия, а также общую приоритетность здравоохранения в государственных бюджетах: введение таких налогов будет означать увеличение средств на здравоохранение только в том случае, если доходы будут направляться в приоритетном порядке в сектор здравоохранения, или если позиции здравоохранения по отношению к другим приоритетам правительства не ослабнут. При этом в странах, которые ввели или повысили здравоохранительные налоги, особенно акцизы на табачные изделия, прирост доходов оказался значительным; он будет оставаться таковым до тех пор, пока не будет достигнуто кардинальное изменение поведения потребителей (Рисунок 14.1).^{2,1}

Рисунок 14.1. Налоги на табачную продукцию и ВВП: минимальное, максимальное и медианное значения (2013)*



Источник: Petit (2018)²

Примечания: *Данные МВФ и ВОЗ. Только акциз, без учета доходов от государственных предприятий.

Определенные негативные заявления против этих налогов были, в основном, опровергнуты. Среди этих негативных заявлений – утверждения о том, что здравоохранительные налоги могут замедлить развитие экономики, стимулировать незаконную торговлю или приводить к неравенству. Однако в целом эти утверждения были признаны необоснованными. Так, недавнее исследование, проведенное в Южной Африке, показало, что общее влияние налогов на табачные изделия на здоровье было положительным, привело к снижению медицинских расходов для бедных слоев населения и увеличению количества трудоспособных лет, что, в свою очередь, создало положительный побочный эффект для экономики. Кроме того, в Южной Африке оценки незаконной торговли были завышены представителями отрасли. Южная Африка ввела акцизные налоги на табачные изделия, алкоголь и ССН, что действительно способствовало снижению объемов продаж этих продуктов и увеличению доходов для здравоохранения (14,5 миллиарда рандов, 31,5 миллиарда рандов и 2,9 миллиарда рандов соответственно), хотя эти доходы не были выделены в качестве целевых.

^{**} С учетом Непала (3,19%). Второе место занимают Соломоновы острова (1,12%).

^{***} Без учета, в частности, Канады, США и Бразилии. Во многих островных государствах Карибского бассейна используют импортные пошлины.

а Эти оценки обновляют результаты предшествующих попыток моделировать доходы в долгосрочной перспективе, которые были получены Целевой группой по фискальной политике в области здравоохранения, и эквивалентны увеличению общих налоговых поступлений на 3-6% в зависимости от уровня общих доходов. Оценочные значения находятся в более низком диапазоне, чем ранее, вследствие более короткого временного горизонта и выпадения доходов, вызванного COVID-19.

Там, где в рамках стандартных бюджетных процессов не удается обеспечить приоритетность здравоохранения, можно предусмотреть тщательно продуманное мягкое целевое назначение для здравоохранительных налогов, что может способствовать выполнению задач в области борьбы с бедностью. Практика целевого назначения означает изъятие всех или некоторых поступлений от налога или группы налогов и отнесение их на определенную цель, например, на здравоохранение.⁴ Однако целевое назначение может снизить способность финансовых субъектов гибко управлять государственными ресурсами. Если бюджетный процесс эффективен и здравоохранение входит в число приоритетных направлений, то целевое выделение доходов от здравоохранительных налогов или других источников может не понадобиться. Если не удается сформировать ассигнования, соответствующие приоритетам или если благодаря налогу есть возможность добиться большей политической поддержки, в краткосрочной перспективе полезным может быть мягкое целевое выделение. Благодаря мягкому целевому финансированию можно получить дополнительные средства, если оно осуществляется с соблюдением гарантий, пониманием местных условий, ориентировано на бедных и согласовано с процессами управления государственными финансами (Врезка 14.1)^ь. Однако нет гарантии, что мягкие целевые назначения приведут к получению устойчивых доходов на цели здравоохранения с течением времени; фактически они могут послужить сигналом для распорядителей бюджета сократить объем чистых государственных средств, которые выделяются на здравоохранение, а значит они также должны быть ограничены по времени или подлежать периодическому пересмотру. 4,18 Кроме того, хотя здравоохранительные налоги не обязательно целевым образом направлять на финансирование мер по борьбе с COVID-19, необходимость обеспечивать некоторый объем расходов, который поддерживал бы уровень расходов на здравоохранение в среднесрочной перспективе, может стать причиной для использования здравоохранительных налогов в качестве элемента реагирования на пандемию. 10

Врезка 14.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Филиппины

На Филиппинах в результате политического обещания двигаться к обеспечению в стране ВОУЗ были введены мягкие целевые статьи, которые соответствовали стандартному бюджетному процессу. В результате реформирование «налога на грех» 2012 года и последующие корректировки привели к значительному увеличению доходов, поступающих в сектор здравоохранения. К 2020 году соответствующие доли поступлений, целевым образом закрепленные за сектором здравоохранения, составляли: по алкоголю – 100%, по табачным изделиям – 50%, по сахаросодержащим напиткам – 50%, по изделиям из нагреваемого табака – 100% и по продуктам для вейпинга – 100%. Целевое закрепление налогов обеспечило не только постоянный, но и значительный источник дохода, утроив ресурсы на здравоохранение в течение пяти лет (2013-2018 гг.). Их применение также способствовало снижению распространенности курения и повышению справедливости за счет расширения охвата услугами медицинского страхования и оплаты связанных с ним расходов для бедных слоев населения. 1,4

Инструмент: Модель ВОЗ Tobacco TaxSim рассчитывает потенциальное влияние налогообложения табачных изделий на налоговые поступления и табачный рынок. Модель включает прогноз уровня распространенности курения, может помочь в анализе налоговой политики, оценке воздействия и принятии решений по реформированию налогообложения табачных изделий, а также предоставляет глобальные данные о ценах на табачные изделия и ставках налогообложения в формате, доступном для загрузки.

b «Мягкие» целевые статьи – это статьи, предназначенные для конкретной цели, но не определяющие сумму расходов через законодательно установленные потолки расходов. Они могут быть дополнены за счет общих доходов и, как правило, увязаны со стандартным бюджетным процессом в стране. (Определение взято из Cashin et al. 2017.)

- 1. Ozer, C., Bloom, D., Marinez Valle, A., Banzon, E., Mandeveille, K., Paul, J., Blecher, E., Sparkes, S., Chhabra, S.2020. Earmarks and Health Taxes: What Do We Know? Geneva: World Health Organization
- 2. Petit, P. 2018. Excises and Health Taxes Revenue Mobilization and the IMF. Presentation, JLN DRM Collab.
- 3. World Health Organization. 2016. Earmarked Tobacco Taxes: Experience from Nine Countries. Geneva: World Health Organization.
- 4. Cashin, C., Sparkes, S., and Bloom, D. 2017. Earmarking for Health: From Theory to Practice. Health Financing Working Paper. Geneva: World Health Organization
- 5. Petit, Patrick, and Nagy, J. 2016. Fiscal Policy: How to Design and Enforce Tobacco Excises? How to Note No. 3. IMF How to Notes.
- 6. The Task Force on Fiscal Policy for Health. 2019. Health Taxes to Save Lives Employing Effective Excise Taxes on Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverages.
- 7. World Health Organization. 2020. Smoking and COVID-19 pp. 34–37. Geneva: World Health Organization
- 8. World Health Organization. 2016. Earmarked Tobacco Taxes: Experience from Nine Countries. Geneva: World Health Organization.
- 9. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 10. Lane, C., Glassman, A., and Smitham, E. 2021. "Using Health Taxes to Support Revenue—An Action Agenda for the IMF and World Bank." CGD Policy Paper 203. Washington, DC: Center for Global Development. https://www.cgdev.org/
- 11. Marquez, P., and Bank, W. 2018. The Health, Poverty, and Financial Consequences of a Cigarette Price Increase Among 500 Million Male Smokers in 13 Middle Income Countries: Compartmental Model Study. BMJ 361: k1162.
- 12. Verguet, S., Gavreau, C., Mishra, S., MacLennan, M., Murphy, S.M., Brouwer, E.D., Nugent, R.A A., Zhao, K., Jha, P., Jamison, D.T. 2015. The Consequences of Tobacco Tax on Household Health and Finances in Rich and Poor Smokers in China: An Extended Cost-Effectiveness Analysis. Lancet Glob. Heal. 3: e206–e216.
- 13. Tandon, A., Roubal, T., McDonald, L., Cowley, P., Palu, T., de Oliveria Cruz, V., Eozenou, P., Cain, J., Teo, H.S., Schmidt, M., Pambudi, E., Postolovska, I., Evans, D., Kurowski, C. 2020. Implications for Health Financing: Economic Impact of Covid-19 in Asia and Pacific. Washington DC: World Bank
- 14. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World bank.
- 15. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., Dozol, A., and Postolovska, I. 2020. From Slippery Slopes To Steep Hills: Contrasting Landscapes of Economic Growth and Public Spending for Health. Soc. Sci. Med. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113171.
- 16. Hattersley, L., Thiebaud, A., Silver, L., and Mandeville, K. 2020. Countering Common Arguments Against Taxes on Sugary Drinks pp. 1–4. Washington DC: World Bank
- 17. Fuchs, Alan, Del Carmen, Giselle, and Mukon, A. K. 2018. Long Run Impacts of Increasing Tobacco Taxes in South Africa vol. 44. Washington DC: World bank
- 18. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).

Блок 15. Объединение усилий с частным сектором может помочь максимизировать эффективность использования государственных средств

Частный сектор во многих странах играет важную роль в предоставления услуг; при этом неспособность привлечь частный сектор и грамотно использовать его потенциал представляет собой пример несостоятельности рынка и указывает на потенциальную неэффективность использования государственных ресурсов. При условии грамотного привлечения, заключения контрактов и регулирования частный сектор здравоохранения способен выступать в качестве партнера государственного сектора и обеспечивать более высокую эффективность и масштабы использования государственных ресурсов. Частный сектор может использовать свои сравнительные преимущества по сравнению с государственным, привлекая капитал для осуществления инвестиций либо применяя свой опыт, задействуя потенциал и опираясь на существующий охват. Привлечение широкого круга различных субъектов частного сектора может способствовать более эффективному использованию государственных средств и обеспечить более широкий доступ к услугам, что приведет к увеличению человеческого капитала и экономическому росту. В данном Блоке рассматривается сотрудничество с частным сектором через призму государственно-частного партнерства (ГЧП) и заключения контрактов с акцентом на привлечение частного сектора к оказанию услуг.

Привлечение частного сектора посредством создания государственно-частных партнерств (ГЧП) в сфере здравоохранения может помочь более эффективно использовать государственные ресурсы. ГЧП – это форма долгосрочного контракта (на срок более пяти лет) между государственными и частными партнерами, который направлен на укрепление государственных ресурсов. ГЧП может осуществляться в шести формах: (i) финансирование или софинансирование; (ii) проектирование, в том числе для объектов инфраструктуры или моделей оказания медицинской помощи; (iii) строительство, в том числе строительство и реконструкция объектов; (iv) обслуживание физической инфраструктуры; (v) эксплуатация соответствующего оборудования, ИТ или оказание иных немедицинских услуг; или (vi) оказание медицинских либо вспомогательных услуг и/или управление ими.^{с.2.3} Действуя таким образом, ГЧП могут дополнять государственные ресурсы, устраняя ограничения в части капитального бюджета или движения денежных средств.³ Вместе с тем, для управления механизмами и достижения целей сектора здравоохранения государство должно обладать значительным потенциалом и располагать нормативно-правовой базой, а это во многих странах с низким и средним уровнем дохода представляет проблему.⁵ Крометого, использование частных инвестиций может привести нек дополнительным доходам для здравоохранения, а к росту расходов на начальном этапе.⁴ Пандемия COVID-19 стала тяжким испытанием для существующих программ ГЧП, поскольку перебои в спросе и функционировании привели к потере доходов. Это указывает на необходимость оценки проектов, чтобы сделать их более устойчивыми к будущим потрясениям. Так, будет критически важным,

с Частный сектор здравоохранения часто слабо регулируется, для него характерна сильная разобщенность; одним из способов повысить эффективность может стать реализация мер политики в этом секторе и его регулирование.





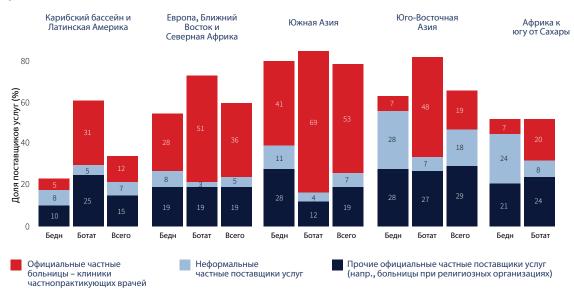
а Платежи из собственных средств рассматриваются в Блоках 6 и 7, а добровольное медицинское страхование – в Блоке 7.

b Относится как к заключению контрактов на условиях внешнего подряда, так и к привлечению на договорной основе. Под заключением контрактов на условиях внешнего подряда понимается привлечение частных организаций для оказания финансируемых государством услуг вне государственной системы оказания услуг, а под привлечением на договорных условиях – привлечение частных организаций для управления или непосредственного оказания услуг через государственные учреждения.²

чтобы определение ГЧП позволяло задействовать инновации, реализованные частным сектором, в том числе в сфере цифрового развития и поддержки телемедицины.^d

Субъектов частого сектора можно привлекать на контрактной основе в целях расширения охвата услугами, что помогает максимизировать эффективность использования государственных ресурсов. Частный сектор является одним из основных участников систем оказания медицинской помощи (Рисунок 15.1). Согласно оценкам, на долю частных поставщиков приходится 50% всех услуг по лечению таких основных заболеваний, как диарея, кашель и лихорадка в странах Африки к югу от Сахары, и почти 80% всех услуг по уходу в разных группах по уровню дохода в Юго-Восточной Азии. ⁷ Будучи одним из важнейших «игроков» в сфере предоставления медицинских услуг, частные поставщики, как правило, обладают значительными сравнительными преимуществами, особенно в отношении управления цепочками поставок и логистики (Врезка 15.1). В Заключение контрактов с частными поставщиками на оказание услуг в рамках ГЧП или иным образом может уменьшить разобщенность систем здравоохранения и укрепить их, способствуя улучшению здоровья населения и развитию человеческого капитала в труднодоступных районах или для категорий населения, где частный сектор имеет сравнительные преимущества. Например, в Пакистане правительство сотрудничает с частными страховыми компаниями добровольного страхования, покрывая расходы на страховые взносы для 50% представителей беднейшего квинтиля, желающих принять участие в частных программах страхования.⁸ В Таиланде благодаря постепенному распространению сочетания механизмов государственного и частного медицинского страхования от необходимости совершать расходы из собственных средств защищено 70% населения. За счет участия ГЧП в предоставлении услуг можно также решить задачи совершенствования управления и повышения качества, снижения стоимости и повышения эффективности услуг здравоохранения, укрепления и повышения эффективности системы закупок, увеличения объема дополнительных услуг или расширения возможностей по предоставлению услуг. 3,10

Рисунок 15.1. Участие представителей частного сектора в лечении диареи и лихорадки/кашля у детей в возрасте до 5 лет, в разбивке по регионам, типам поставщиков услуг и группам дохода (беднейшие и богатейшие)



Источник: оригинальный рисунок взят из Wadge et al. (2017)⁷ с использованием данных Обследования народонаселения и состояния здоровья за период 2000-2008 гг.

d Обращение к Блогу ГВБ 12 февраля 2021 г.: https://blogs.worldbank.org/ppps/making-ppp-legal-frameworks-fit-post-covid-19;

e https://blogs.worldbank.org/ppps/how-world-bank-looking-covid-19-and-public-private-partnerships-right-now-and-post-crisis Спектр частных «игроков» включает в себя целый ряд субъектов с различными навыками и стимулами, – от сетей социального франчайзинга, частных коммерческих больниц, среднего медперсонала, оказывающего услуги на индивидуальной основе, до инвесторов капитала и застройщиков.

Государство может привлекать частный сектор для продвижения по пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ), но при этом оно должно создавать благоприятные условия на уровне госуправления и нормативного регулирования. Всемотря на наличие благоприятных условий для сотрудничества, привлечение частного сектора для достижения ВОУЗ требует решения ряда серьезных задач. Без управленческой и регуляторной среды, позволяющей эффективно управлять и координировать деятельность в рамках смешанной системы здравоохранения, частный сектор может демонстрировать монополистическое поведение и заниматься хищническим ценообразованием либо работать таким образом, который не соответствует целям обеспечения ВОУЗ (то есть обеспечению справедливости, доступа, качества и финансовой защиты). Регулирование, которое осуществляется только по принципу «сверху вниз», не особенно эффективно; лучше задействовать и поддерживать платформы для диалога между государственным и частным секторами, чтобы добиваться заинтересованности и использовать имеющиеся предпосылки, такие как лицензирование и аккредитация. Целесообразно также опираться на грамотно подготовленные и гибкие контракты и возможности управления контрактами, которыми располагает государство, чтобы перед привлечением частного сектора на договорной основе были выполнены ключевые условия.

Врезка 15.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Кения

Представители частного сектора могут помочь правительствам в управлении сложными цепочками поставок вакцин, особенно новых, более дорогих вакцин – например, предназначенных для борьбы с COVID-19. В частном секторе развита специализация, и он располагает достаточным объемом ресурсов, чтобы добиться повышения эффективности за счет эффекта от масштаба. Участие частного сектора может привести к снижению затрат: работая в сотрудничестве с Министерством здравоохранения, его представителиосуществляютинвестициивтакиеобласти, какоборудованиедля холодовой цепи, грузовикирефрижераторы и квалифицированные логисты. Так, в Кении за последние десятилетия сформировался зрелый рынок логистики вакцин за счет заключения контрактов на услуги по транспортировке вакцин. В 2004 году Управление медицинских поставок Кении заключило целый ряд небольших контрактов с частными поставщиками соответствующих услуг для стимулирования конкуренции, а затем перешло к заключению более крупных контрактов с доминирующими поставщиками, способными обеспечить крупномасштабные поставки. 12, 13

- 1. Montagu, D., and Goodman, C. 2016. Prohibit, Constrain, Encourage, or Purchase: How Should We Engage with the Private Health-Care Sector? Lancet 388: 613–621.
- 2. Umar-Sadiq, M. 2020. Role of Private Sector Engagement in Reimagined Primary Health Care Delivery: Comprehensive Review.
- 3. Abuzaineh, N., Brashers, E., Foong, S., Feachem, R., and Rita, P. Da. 2018. PPPs in Healthcare: Models, Lessons and Trends for the Future. California: Global Health Group; New York: PwC
- 4. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- 5. World Health Organization. 2018. The Private Sector, Universal Health Coverage and Primary Health Care. Tech. Ser. Prim. Heal. Care pp. 1–9.
- 6. World Bank. 2020. PPP Legal Frameworks, Post-COVID-19: Practice Note.
- 7. Wadge, H., Roy, R., Sripathy, A., Prime, M., Carter, A., Fontana, G., Marti, J., Chalkidou, K. 2017. Evaluating the Impact of Private Providers on Health and Health Systems. Imp. Coll. London vol. 4.
- 8. Fusheini, A., and Eyles, J. 2016. Achieving Universal Health Coverage in South Africa through a District Health System Approach: Conflicting Ideologies of Health Care Provision. BMC Health Serv. Res. 16: 558.
- 9. McPake, B., and Hanson, K. 2016. Managing the Public-Private Mix to Achieve Universal Health Coverage. Lancet 388: 622–630.
- 10. Sinanovic, E., and Kumaranayake, L. 2006. Financing and Cost-Effectiveness Analysis of Public-Private Partnerships: Provision of Tuberculosis Treatment of South Africa. Cost Eff. Resour. Alloc. vol. 4.
- 11. Tello, J. E., Barbazza, E., and Waddell, K. 2020. Review of 128 Quality of Care Mechanisms: A Framework and Mapping for Health System Stewards. Health Policy (New York) 124: 12–24.
- 12. World Health Organization, PATH. 2012. Outsourcing Vaccine Supply Chain and Logistics to the Private Sector [Internet]. Evidence Brief Series. 2012. Available at: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/optimize/outsourcing_evidence_brief.pdf?ua=1
- 13. Gavi Private Sector Priority Working Group. 2015. Outsourcing the Distribution Component of Vaccine and Medicine Supply Chains. GAVI Study. Geneva: 2015.

Блок 16. Инвестиции для обеспечения готовности к вспышкам массового распространения болезней повышают стрессоустойчивость систем здравоохранения и уровень экономической безопасности

Подготовка к вспышкам заболеваний означает способность более качественно прогнозировать, выявлять, эффективно реагировать и восстанавливаться после чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера. Вспышки инфекционных заболеваний, таких как малярия, респираторные вирусы, например, новая коронавирусная инфекция (COVID-19) или вирусная геморрагическая лихорадка, например, Эбола, представляют огромный риск для населения и экономики как внутри страны, так и за ее пределами. Готовность к таким вспышкам считается «общим благом в области здравоохранения»^с, а также важным элементом всеобщего охвата услугами здравоохранения (BOУЗ), который способен обеспечить огромные выгоды для общества, но требует государственного финансирования, поскольку обладает признаками «общественного блага». Вместе с тем, сделать выбор между инвестициями, связанными с будущими неизвестными и, возможно, маловероятными событиями и удовлетворением текущих потребностей системы здравоохранения непросто. Готовность к вспышкам заболеваний можетнетолько улучшить системы здравоохранения, сделавих более стрессоустойчивыми, то есть способными гибко воспринимать и оперативно реагировать на потрясения (например, пандемии, стихийные бедствия, вынужденная миграция), но также повысить благосостояние населения и экономическую безопасность. Эти инвестиции могут иметь решающее значение для сокращения числа жертв, сдерживания общественных и экономических потрясений и ограничения масштабов отвлечения критически важных внутренних ресурсов в трудные времена.

Пандемия COVID-19 нанесла огромный экономический ущерб и стала причиной утраты достигнутого в области развития из-за неготовности к пандемии. Согласно последним прогнозам Международного валютного фонда, в результате пандемии COVID-19 экономика стран сократится в среднем на 6,4% в расчете на душу населения во всех группах стран по уровню доходов, что станет крупнейшим экономическим спадом в современной истории (Рисунок 16.1). Из-за пандемии COVID-19 показатели глобальной бедности могут вернуться на уровень 2017 года; при этом в крайнюю нищету будут ввергнуты до 88 миллионов человек в 2020 году и, возможно, до 150 миллионов к 2021 году. Эти потери серьезнее, чем потери в результате предыдущих эпидемий, таких как атипичная пневмония и лихорадка Эбола. Глобальные и национальные последствия вспышки атипичной пневмонии 2003 года в Китае и Гонконге оцениваются в сумму от 40 до 53 миллиардов долларов США, причем более высокая оценка отражает долгосрочные потери инвестиций из-за опасений повторения эпидемии. Согласно оценкам, экономическое и социальное бремя вспышки лихорадки

с ВОЗ определила общие блага в области здравоохранения следующим образом: «Общие блага в области здравоохранения (ОБЗ) – это функции или вмешательства, основанные на численности населения, которые требуют коллективного финансирования либо со стороны правительства, либо со стороны доноров на основе следующих условий: 1. Они должны способствовать укреплению здоровья и экономическому прогрессу. 2. Существует четкое экономическое обоснование для вмешательств, в основе которого лежит несостоятельность рынка, с акцентом на (i) общественные блага (неконкурентные и неисключающие), или (ii) значительные социальные внешние эффекты («экстерналии»)».



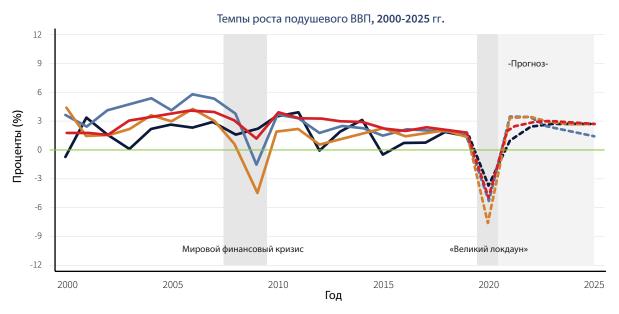


а В соответствии с Global Preparedness Monitoring Board. A World at Risk: Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies (Совет по мониторингу глобальной готовности. Мир в опасности: Ежегодный отчет о глобальной готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения) [Internet]. Geneva: 2019. Available at: ISBN 978-92-4-151701-0.

b Согласно определению Совета по мониторингу глобальной готовности, «способность (знания, потенциал и организационные системы) правительств, профессиональных организаций реагирования, сообществ и отдельных лиц предвидеть, обнаруживать и эффективно реагировать на воздействие вероятных, неизбежных или текущих чрезвычайных ситуаций, угроз, событий или условий в области здравоохранения и восстанавливаться после них».

Эбола в Западной Африке в 2014 году составляет более 50 миллиардов долларов США, причем более трети этой суммы приходится на потери от гибели людей, которая не связаны с Эболой и обусловлена отвлечением ресурсов. ⁵

Рисунок 16.1. Темпы роста подушевого ВВП, 1996-2025 гг.



Источник: Kurowski et al. (2021)⁷

Инвестирование в обеспечение готовности позволяет избегать более значительных будущих затрат на медицинскую помощь. Инвестирование в обеспечение готовности к вспышкам заболеваний - обязанность как отдельных стран, так и мира в целом. Местные и национальные лидеры должны мобилизовать и согласовать спрос на инвестиции в такую готовность с международными координационными механизмами; для этого требуется выполнить обязательства в отношении Международных медико-санитарных правил (ММСП) 2005 года - международного соглашения, которое обязывает 196 стран, включая все государства-члены ВОЗ, развивать основные возможности, необходимые для выявления, оценки, сообщения и реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение. 10 Результаты применения Совместной внешней оценки (СВО) - инструмента ВОЗ, который используется для оценки достижения странами стандартов ММСП, – показывают, что большинству стран для достижения приемлемого уровня общей готовности необходимо потратить от 0,50 до 2 долларов США на человека. У Кроме того, в 2018 году Всемирный банк подсчитал, что подготовка систем здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода к профилактике и контролю распространения основных зоонозных заболеваний (т.е. заболеваний, передающихся от животных к человеку, например, гриппа животных) обойдется в 3,4 миллиарда долларов США в год^{11,12} по сравнению с 6,7 миллиарда долларов США, которые ежегодно тратились на борьбу со вспышками зоонозных заболеваний в период с 2007 по 2009 годы, хотя эти оценки, скорее всего, изменятся с появлением COVID-19.^{13,14} Помимо цены, которую приходится платить за борьбу с эпидемией, при эскалации вспышек страдает вся система здравоохранения, поскольку финансовые, людские и материальные ресурсы приходится перенаправлять на меры реагирования. Например, во время вспышки Эболы в Сьерра-Леоне государственные средства были перенаправлены на сдерживание Эболы; при этом прямые и косвенные последствия эпидемии особенно сильно сказались на плановых услугах в секторах здравоохранения и питания. 15,16

У многих стран нет ресурсов для обеспечения готовности, особенно, если им приходится балансировать между инвестиционными потребностями для борьбы с COVID-19 и другими потребностями здравоохранения и «перезапускать» свою экономику. 17, 18 Инвестиции в обеспечение готовности будут включать создание систем, необходимых для раннего выявления и предотвращения вспышек до их эскалации, в числе которых мониторинг портов въезда, создание системы эпиднадзора и разработка мер реагирования, наращивание возможностей в части лабораторных исследований и развитие человеческих ресурсов. Такие инвестиции позволят избежать больших затрат в случае будущей эпидемии или пандемии^{6, d}, а также приведут к резкому увеличению производственных мощностей,

d Некоторые заболевания характерны только для определенных регионов и могут возникать как вспышки в пределах отдельного сообщества или

обеспечат прогнозирование спроса для создания запасов и заложат прочную базу квалифицированных кадров для здравоохранения, чтобы реагировать на вспышки и пандемии.¹⁹⁻²¹ После вспышки атипичной пневмонии в 2003 году Тайвань инвестировал средства в создание механизма реагирования в системе общественного здравоохранения, позволяющего обеспечить оперативное реагирование на события, подобные атипичной пневмонии; также страна смогла быстро выделить внутренние ресурсы на меры по обеспечению готовности и сдерживанию, которые сыграли важную роль в сдерживании пандемии COVID-19.²² Конечно, обеспечение последовательного бюджетного финансирования этих мер может способствовать повышению готовности за счет создания систем, которые помогут предотвратить эскалацию биологических рисков и способствовать более своевременному и эффективному реагированию в случае их возникновения. По мере перехода стран на этап восстановления после COVID-19 возможности государственных бюджетов будут более ограниченными, в то время как на бюджетах здравоохранения в этих странах лежит значительная нагрузка в связи с необходимостью удовлетворять основные потребности здравоохранения, не говоря уже о профилактике и финансировании мер по борьбе с текущей пандемией или об обеспечении готовности. Действительно, затраты только на достижение адекватного уровня охвата вакцинацией составляют приблизительно 2,1% ВВП в странах с низким уровнем дохода и 0,7% ВВП в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД). Расходы на эти меры будут спасать жизни людей прямо сейчас и являются единственным способом предотвратить нынешние и будущие негативные последствия для экономики.⁷ Вместе с тем, странам также нельзя упускать из виду необходимость рассмотрения вопроса о готовности уже сейчас, включая разработку национальных планов, которые могут наметить путь, позволяющий избежать огромных потерь человеческого и экономического капитала в результате масштабных вспышек болезней.²⁷ Страны могут изучить возможность создания синергии для мобилизации бюджетных ресурсов в целях обеспечения готовности, опираясь на региональные сети или глобальные сети здравоохранения^е или выделяя средства доноров целевым образом на обеспечение готовности.11

Врезка 16.1. От принципов к практике Опыт стран, участвующих в работе Сети совместного изучения проблем ВОУЗ: Индия

Для создания механизма готовности к стихийным бедствиям в 2005 году в Индии был принят Закон о ликвидации последствий стихийных бедствий и создан Национальный орган по ликвидации последствий стихийных бедствий (NDMA) под председательством премьер-министра. В задачи этого органа входит разработка политики, планов и рекомендаций по ликвидации последствий стихийных бедствий. Позднее при NDMA был создан Национальный фонд помощи при стихийных бедствиях, финансируемый за счет жестко установленных целевых отчислений от налогов на табачные изделия, топливо и автотранспорт. В марте 2020 года НДМА смог выделить 35% своих годовых ресурсов (около 700 миллионов долларов США) на мероприятия по ликвидации последствий COVID-19 через государственные фонды реагирования на стихийные бедствия. Кроме того, как минимум 16 штатов Индии значительно повысили налоги и акцизы на алкоголь для мобилизации дополнительных доходов для борьбы с последствиями COVID, включая: а) повышение акцизов на алкоголь от 6% в штате Карнатака до примерно 75% в штате Андхра-Прадеш; б) 25-процентное увеличение стоимости алкоголя в штатах Ассам, Аруначал-Прадеш и Мегхалая; в) повышение цены на алкоголь в диапазоне от 14 центов до 3 долларов США за бутылку крепкого алкоголя в штатах Уттар-Прадеш и Уттаракханд; и г) взимание нового «ковидного сбора» с максимальной розничной цены в размере от 11% в штате Карнатака до 50% в штате Одиша. 25,26

географического региона, то есть это вспышки, которые первоначально имеют ограниченный масштаб, но могут быстро распространиться и приобрести характер эпидемии (затронув много стран) или пандемии (став глобальными).

е Глобальные сети здравоохранения, согласно определению в Shiffman (2016)²⁴, – это «межнациональные сети людей и организаций, связанных общей заботой о конкретной глобальной проблеме здравоохранения... [Они] связывают различные типы учреждений, в числе которых учреждения ООН, доноры и фонды, национальные правительства, неправительственные организации (НПО), медицинские ассоциации, исследовательские институты и аналитические центры»²³.

- 1. Soucat, A. 2019. Financing Common Goods for Health: Fundamental for Health, the Foundation for UHC. Heal. Syst. Reform 5: 263–267.
- 2. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
- 3. Lee, J.-W., and McKibbin, W. J. 2004. Globalization and Disease: The Case of SARS. Asian Econ. Pap. 3: 113–131.
- 4. International Bank for Reconstruction and Development, and The World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930.
- 5. Huber, C., Finelli, L., and Stevens, W. 2018. The Economic and Social Burden of the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. J. Infect. Dis. 218: S698–S704.
- 6. Jonas, O. B., and World Bank. 2014. World Development Report: Pandemic Risk. World Bank.
- 7. Kurowski, C., Evans, D. 2021., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World bank.
- 8. International Monetary Fund. 2020. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC, October.
- 9. Lee, J. W., and McKibbin, W. J. 2004. Estimating the Global Economic Costs of Sars. Learning from SARS: Preparing for the next disease outbreak: Workshop summary. National Acaedmies Press.
- 10. International Working Group on Financing Preparedness. 2017. From Panic and Neglect to Investing in Health Security: Financing Pandmeic Preparedness at a National Level. International Working Group on Financing Preparedness. World Bank: Washington DC
- 11. Huber, C., Finelli, L., and Stevens, W. 2018. The Economic and Social Burden of the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. In Journal of Infectious Diseases. doi:10.1093/infdis/jiy213.
- 12. World Bank Group for the Global Preparedness Monitoring Board. 2019. Pandemic Preparedness Financing Vol. 7.
- 13. Delivorias, A., and Scholz, N. 2020. Economic Impact of Epidemics and Pandemics. Eur. Paliamentary Res. Serv. pp. 1–10.
- 14. World Bank. 2012. People, Pathogens and Our Planet Volume 2 The Economics of One Health 2: 1–65. World Bank.
- 15. Smith, K. M., Machalaba, C. C., Seifman, R., Feferholtz, Y., and Karesh, W. B. 2019. Infectious Disease and Economics: The Case for Considering Multi-Sectoral Impacts. One Health 7: 19–21.
- 16. World Bank. 2016. World Bank 2014–2015: West Africa Ebola Crisis: Impact Update. Available at: http://www.worldbank. org/en/topic/macroeconomics/publication/2014-2015-west-africa-ebola-crisis-impact-update. (Accessed on: April 21, 2020)
- 17. Government of Sierra Leone. 2015. National Ebola Recovery Strategy for Sierra Leone. Gov. Sierra Leone pp.1–58.
- 18. World Health Organization. 2014. Implementation of the International Health Regulations (2005)\rReport by the Director-General. Sixty Seventh World Heal. Assem. pp.1–8.
- 19. Suthar, A. B., Allen, L. G., Cifuentes, S., Dye, C., and Nagata, J. M. 2018. Lessons Learnt from Implementation of the International Health Regulations: A Systematic Review. Bulletin of the World Health Organization. doi:10.2471/BLT.16.189100.
- 20. Global Preparedness Monitoring Board. 2019. A World at Risk: Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies.
- 21. Commission on a Global Health Risk Framework for the Future, and National Academy of Medicine. 2016. The Case for Investing in Pandemic Preparedness. In The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises. National Academies Press.
- 22. World Economic Forum. 2019. Global Risks Report 2019. Geneva: WEF.
- 23. Wang, C. J., Ng, C. Y., and Brook, R. H. 2020. Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. JAMA J. Am. Med. Assoc. 323: 1341–1342.
- 24. Shiffman, J., Schmitz, H.P., Berlan, D., Smith, S.L., Quissell, K., Gneiting, U., Pelletier, D. 2016. The Emergence and Effectiveness of Global Health Networks: Findings and Future Research. Health Policy Plan. 31: i110–i123.
- 25. Jeremias N. Paul Jr. Experiences in Earmarking Health Taxes. Presentation for the Joint Learning Network, Collaborative on Domestic Resource Mobilization webinar series on Pro-Health Taxes. August 20 2020.
- 26. Chhabra, Sheena. 2020. Presentation on India for "Filling the Coffers Post-COVID through Pro-Health Taxes." Domestic Resource Mobilization Collaborative, Joint Learning Network's Health Financing Technical Initiative Webinar, July 2, 2020.
- 27. The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. 2021. COVID-19: Make it the Last Pandemic.

Всемирный банк имеет возможность обеспечивать функционирование Сети совместного изучения проблем ВОУЗ благодаря партнерской финансовой поддержке со стороны Правительства Японии, Фонда Билла и Мелинды Гейтс, Австралийского агентства международного развития, Фонда Рокфеллера и Глобального фонда.













