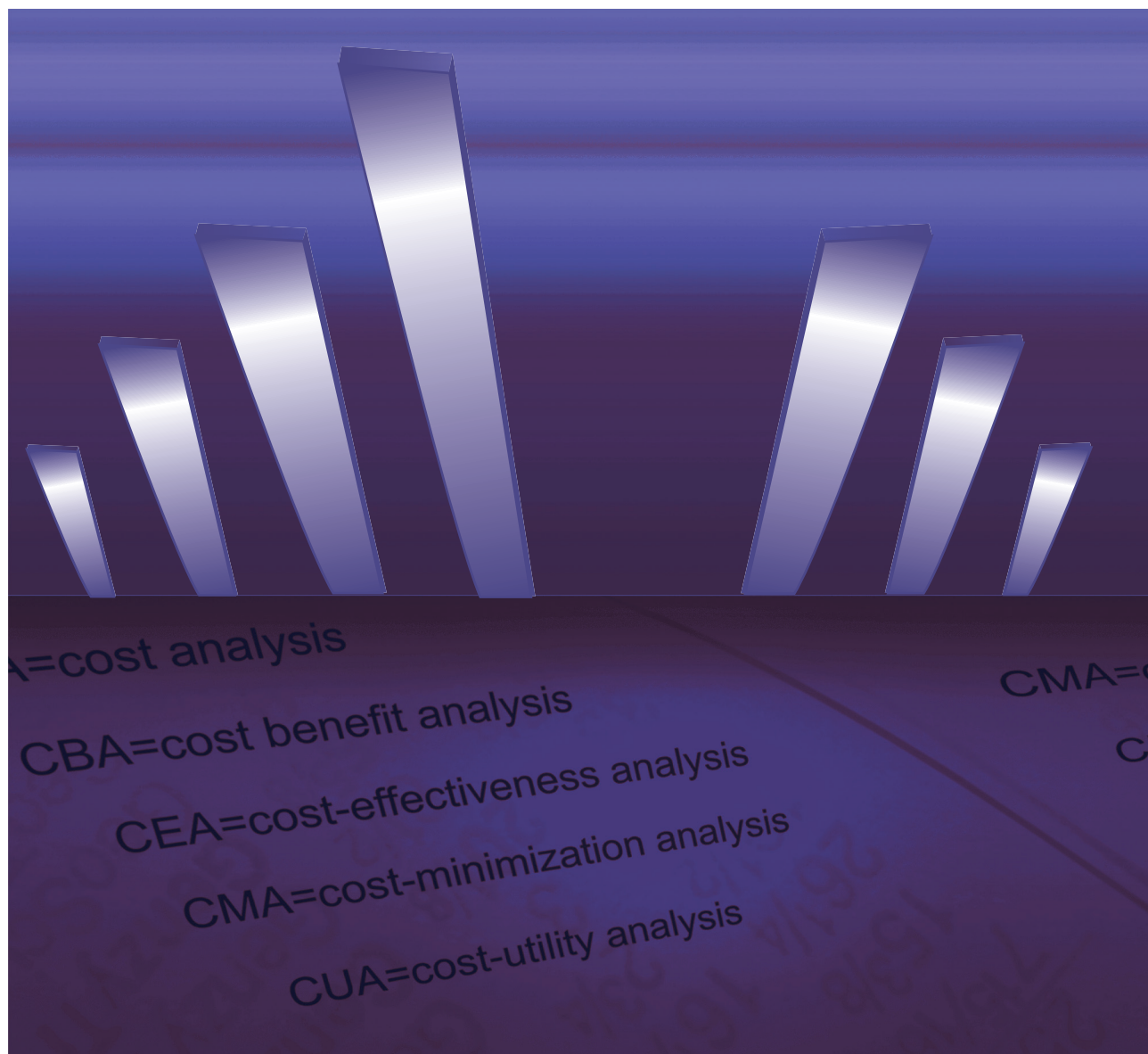


# Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



PHARMACOECONOMICS. Modern Pharmacoconomics and Pharmacoepidemiology

ISSN 2070-4909

2016 Vol. 9 No4

[www.pharmacoeconomics.ru](http://www.pharmacoeconomics.ru)

- Затраты на региональную анестезию с применением левобупивакаина, рацемического бупивакаина и ропивакаина
- Факторы и значение частных расходов в здравоохранении
- Сравнение рекомендуемых скрининговых программ в США, Канаде, Нидерландах и Германии

№4

Том 9

2016

# Факторы и значение частных расходов в здравоохранении

Зарубина О. А.<sup>1</sup>, Сисигина Н. Н.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации, Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва

## Резюме

Уровень частных расходов на здравоохранение в современных развитых странах существенно различается в зависимости от целей государственной политики, выбранных инструментов регулирования, а также общих социально-экономических условий. Целью настоящего исследования является анализ ключевых детерминант частных расходов в здравоохранении. Материалы и методы. Для достижения указанной цели был проведен анализ научных работ, посвященных теоретическому и эмпирическому исследованию частных расходов в сфере здравоохранения. Результаты. В результате анализа выделены последствия частных расходов, определяющие выбор государственной политики финансирования здравоохранения, наиболее значимые дискреционные (охват общественной системы здравоохранения, размер государственных расходов на здравоохранение, регулирование участия в оплате, платных медицинских услуг, добровольного медицинского страхования) и недискреционные факторы (относительная стоимость услуг здравоохранения, доход и его распределение, возрастная структура, уровень образования, политические предпочтения). Заключение. Приоритетными задачами политики регулирования частных расходов в развитых странах на сегодня являются обеспечение доступности жизненно значимой медицинской помощи и предотвращение недобросовестного поведения потребителя. Наиболее значимым дискреционным фактором, определяющим долю и размер частных расходов, является управление гарантиями бесплатной медицинской помощи, недискреционным фактором – доход и его распределение.

## Ключевые слова

Здравоохранение, прямые платежи, участие в оплате, частные расходы на здравоохранение.

Статья поступила: 17.10.2016 г.; в доработанном виде: 29.11.2016 г.; принята к печати: 21.12.2016 г.

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

## Для цитирования

Зарубина О. А., Сисигина Н. Н. Факторы и значение частных расходов в здравоохранении. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. 2016; 4: 24-30.

## FACTORS AND EFFECTS OF PRIVATE HEALTH SPENDING

Zarubina O. A.<sup>1</sup>, Sisigina N. N.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Research Financial Institution of the Ministry of Finance of the Russian Federation, Federal State Budget Institution, Moscow

<sup>2</sup> Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow

## Summary

Private health spending in modern developed countries varies considerably depending on the national policy objectives, selected regulatory instruments as well as general socio-economic conditions. The objective of this paper is to analyze key determinants of private health spending. Materials and Methods. To achieve this objective we analyze academic works dealing with theoretical and empirical studies of private health spending. Results. From the analysis the effects of private health spending determining national health financing policy, significant discretionary (breadth and depth of social healthcare system, public health expenditure, regulatory measures on cost sharing, paid medical services, voluntary health insurance) and non-discretionary factors (relative health services price, income and its distribution, age structure, level of education, political preferences) were highlighted. Conclusion. In developed countries priorities of health private spending regulatory policy now are ensuring accessibility of essential health care and preventing consumer's moral hazard. The most significant discretionary factor influencing the share and amount of private health spending is the management of state guarantees of free medical care; the most significant non-discretionary factor is the income and its distribution.

**Key words**

*Cost sharing, direct payments, healthcare, private health spending.*

**Received:** 17.10.2016; **in the revised form:** 29.11.2016; **accepted:** 21.12.2016.

**Conflict of interests**

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript. All authors contributed equally to this article.

**For citation**

Zarubina O. A., Sisigina N. N. Factors and effects of private health spending. FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2016; 4: 24-30 (in Russian).

**Corresponding author**

Address: Nastasyinsky per., 3-2, Moscow, Russia, 127006.  
E-mail address: sisigina@nifi.ru (Sisigina N. N.).

**Введение**

Основным источником финансирования здравоохранения в современных развитых странах выступают государственные или общественные расходы, к которым относят расходы из средств бюджетной системы и обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Частные расходы, включающие прямые платежи из личных средств потребителей и расходы добровольного медицинского страхования, обычно носят дополняющий характер, при этом уровень частных расходов существенно различается между странами<sup>1</sup>. По данным на 2014 г., доля частных расходов среди стран ОЭСР (без учета США) составляла от 48,2% (Мексика) до 14,9% (Норвегия), доля прямых платежей из личных средств – от 41,5% (Мексика) до 7,0% (Франция). В России, по данным ОЭСР, доля частных расходов в 2014 г. составляла 37,4%, в т.ч. 35,1% – доля прямых платежей из личных средств [23].

Большинство развитых стран, обладающих общественными системами здравоохранения, стремятся снизить частные расходы до определенного уровня, рассматриваемого как оптимальный для общей социально-экономической ситуации. Необходимость целенаправленной политики по ограничению частных расходов объясняется специфическими особенностями рынка медицинских услуг, в т.ч. невозможностью отложить приобретение большинства услуг при возникновении потребности в лечении, высокой вероятностью потери дохода при заболевании, информационной асимметрией, не позволяющей потребителю адекватно оценить необходимость и эффективность предлагаемых услуг. Как следствие, распространение частных расходов в сфере здравоохранения создает чрезмерно высокие риски недоступности медицинской помощи и катастрофических расходов для домохозяйства при столкновении с серьезным заболеванием.

В то же время частные расходы признаются необходимой составляющей структуры финансирования здравоохранения. Ни одна страна в мире на сегодня не способна обеспечить полное удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи за счет исключительно общественных средств. Разрешение частных расходов позволяет смягчить неудовлетворенность потребителей деятельностью общественной системы, а также привлечь дополнительные ресурсы в сферу здравоохранения. Кроме того, полностью бесплатное предоставление всей необходимой медицинской помощи породило проблему оппортунистического поведения потребителя (например, поведения, увеличивающего риск возникновения заболевания, необоснованного обращения за ме-

дицинской помощью). Ограниченное введение частных расходов в общественную систему здравоохранения в форме участия в оплате снижает вероятность выбора оппортунистического поведения и, в конечном итоге, способствует повышению эффективности общественной системы.

Государственная политика в области финансового обеспечения здравоохранения и, в частности, управления объемом частных расходов реализуется посредством мер прямого (установление участия в оплате, определение порядка предоставления платной медицинской помощи и добровольного медицинского страхования (далее – ДМС)) и косвенного регулирования (определение охвата общественной системы здравоохранения, размера государственного финансирования). Воздействие мер государственной политики (дискреционных факторов) на уровень частных расходов, как правило, носит целенаправленный характер и соответствует формальным целям регулирования, но в отдельных случаях может сопровождаться значимыми дополнительными эффектами.

Кроме того, при разработке и реализации государственной политики необходимо учитывать общие социально-экономические условия, не подлежащие контролю со стороны государства по меньшей мере в кратко- и среднесрочной перспективе, но оказывающие влияние на частные расходы (недискреционные факторы). Влияние недискреционных факторов носит более сложный опосредованный характер и требует проведения эмпирического анализа для выявления, подтверждения и детальной характеристики взаимосвязей с уровнем частных расходов. Среди значимых недискреционных факторов принято выделять относительную стоимость услуг здравоохранения, доход и его распределение, возрастную структуру, уровень образования, политические предпочтения общества.

Таким образом, поддержание оптимального уровня частных расходов требует с одной стороны, предварительной оценки влияния частных расходов на результаты и эффективность деятельности системы здравоохранения и определения стратегических целей управления частными расходами, с другой стороны – оценки влияния государственной политики и независимых внешних факторов на уровень частных расходов. Целью настоящего исследования является анализ перечисленных ключевых детерминант частных расходов в здравоохранении, включая последствия частных расходов для системы здравоохранения, дискреционные и недискреционные факторы частных расходов.

**Материалы и методы**

Исследование факторов и последствий частных расходов основывалось на анализе научных работ, включая:

<sup>1</sup> Исключением являются США, где до настоящего момента отсутствует общедоступная общественная система здравоохранения, и частные расходы остаются преобладающим источником финансирования (50,7% общих расходов в 2014 г.).



– доклады и сопутствующие рабочие документы Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), содержащие политические рекомендации по регулированию частных расходов, основанные на материалах тематических обследований большого числа стран – участников ВОЗ;

– национальные и межстрановые количественные исследования взаимосвязей факторов и уровня частных расходов, уровня частных расходов и результатов деятельности системы здравоохранения.

Кроме того, при подготовке обзора использовались работы, посвященные общим теоретическим концепциям экономики здравоохранения, обзоры национальных систем здравоохранения.

## Результаты и их обсуждение

### Последствия частных расходов

В общем случае наиболее значимое влияние частные расходы оказывают на доступность и справедливость распределения доступа к медицинской помощи, риск финансовой катастрофы домохозяйства, риск недобросовестного поведения потребителя. В зависимости от выбранного механизма частного финансирования (участие в оплате, прямые платежи из личных средств, ДМС) и конкретной формы его реализации характер и степень влияния по данным направлениям могут различаться.

### Доступность и справедливость распределения доступа к медицинской помощи

Частные расходы играют важную роль в расширении возможностей получения медицинской помощи, не включенной в общественную систему здравоохранения, поскольку ни одна из современных развитых общественных систем не способна обеспечить все потребности населения в медицинской помощи [2].

В то же время необходимость оплачивать медицинскую помощь при обращении из личных средств может заставлять людей отказываться от обращения за медицинской помощью (в особенности – от не жизненно значимых услуг, направленных на профилактику заболеваний или формирование здорового образа жизни) или откладывать обращение, начиная лечение на поздних стадиях заболевания. Результатом снижения доступности медицинской помощи становится ухудшение здоровья населения и снижение эффективности системы здравоохранения [1].

Прямые платежи за медицинскую помощь также являются регрессивным методом оплаты, поскольку бедные пациенты вынуждены оплачивать большую долю своего дохода по сравнению с богатыми. Следствием регрессивного характера прямых платежей становится неравномерное распределение доступности медицинских услуг вплоть до недостаточного потребления медицинской помощи беднейшими слоями населения при избыточном потреблении среди обеспеченных слоев [18].

При введении частных расходов в форме участия в оплате медицинской помощи риски недоступности или неравенства в доступе к медицинской помощи сохраняются, но в меньшем объеме в силу обычно незначительного размера платежей и широких возможностей по реализации механизмов защиты пациента. Наиболее уязвимыми категориями населения остаются больные хроническими заболеваниями, лица пожилого возраста и лица с низким доходом [25].

Увеличение расходов из средств ДМС может сопровождаться как положительными, так и отрицательными эффектами для доступности медицинской помощи. Дополняющее ДМС (включая покрытие расходов на участие в оплате и услуги, не включенные в общественную систему здравоохранения) улучшает доступность медицинской помощи, но при этом усиливает неравенство в доступе в силу меньшей доступности дополняющего страхования наименее обеспеченным категориям населения и возможности проведения политики отбора наиболее здоровых клиентов со стороны страховой компании [25].

### Финансовые проблемы домохозяйств

Распространение прямых платежей из личных средств также сопряжено с риском катастрофических медицинских расходов (более 40% располагаемого дохода домохозяйства после покрытия расходов на базовые нужды) или обнищания домохозяйства. Обследование ВОЗ показывает, что даже в развитых странах распространенность финансовых проблем, возникающих вследствие медицинских расходов, остается достаточно высокой. Катастрофические медицинские расходы в шести странах ОЭСР несут более 1% населения, еще в пяти странах – более 0,5%. В отдельных развивающихся странах до 11% людей ежегодно испытывают финансовые трудности и до 5% оказываются в нищете вследствие медицинских расходов [27]. В США, по данным исследования Гарварда в 2007 г., медицинские расходы являлись причиной до 62% личных банкротств [16].

Вероятность возникновения катастрофических финансовых расходов увеличивается для домохозяйств, обладающих одним или несколькими из признаков: низкий доход, проживание в сельской местности, отсутствие начального образования у главы семьи, наличие среди членов семьи инвалидов, детей младше 5 лет или лиц старше 60 лет [28].

По оценкам ВОЗ, вероятность финансовой катастрофы и обнищания домохозяйств сокращается до незначительного уровня при снижении частных расходов до уровня не более 15-20% общих расходов на здравоохранение [26].

При введении частных расходов в форме участия в оплате риск катастрофических финансовых расходов сокращается вследствие незначительного размера расходов и возможности применения механизмов защиты пациента. В том случае если распространение ДМС не сопровождается сокращением общественных гарантий медицинского обеспечения, оно не оказывает значимого влияния на риск катастрофических финансовых расходов [25].

### Риск недобросовестного поведения потребителя

Проблема недобросовестного поведения потребителя в условиях полностью бесплатного гарантированного медицинского обеспечения впервые была сформулирована в терминах неоклассической теории К. Эрроу [3]. Предполагается, что при нулевых предельных издержках обращения потребитель может предъявлять избыточный спрос на медицинскую помощь даже в том случае, если ее полезность чрезвычайно низка или находится под сомнением. Недобросовестное поведение потребителя может также проявляться в действиях, увеличивающих риск необходимости медицинской помощи, или стремлении получить помощь, не являющуюся необходимой по медицинским показаниям [12].

Данные эксперимента RAND по введению долевого участия пациента в оплате (США, 1974-1982)<sup>2</sup> показали, что использование незначительных прямых платежей в условиях гарантированного медицинского обеспечения значительно повышает его эффективность за счет сокращения потребления медицинской помощи, при этом в общем случае здоровье потребителей не ухудшается (за исключением лиц с повышенным медицинским риском и низким доходом). Последующие эксперименты с введением участия в оплате подтвердили основные выводы эксперимента RAND, уточнив группы населения с чрезмерно высоким уровнем рисков

2 Исследование потребления медицинской помощи при различном уровне участия пациента в оплате. Эксперимент охватывал 2000 семей (примерно 5800 человек), между которыми случайным образом были распределены пять страховых планов с различным уровнем участия (0-95%, вычитаемая франшиза). Важнейшими выводами эксперимента стали подтверждение значимого влияния участия пациента в оплате на сокращение потребления медицинской помощи, отсутствие негативных последствий сокращения потребления для здоровья рядового пациента, существование риска ухудшения здоровья хронических больных и лиц с низким доходом.

недоступности медицинской помощи и катастрофических финансовых расходов: больные хроническими заболеваниями, лица пожилого возраста, лица с низким доходом [15].

## Дискреционные факторы

Развитые страны управляют уровнем частных расходов, используя меры прямого (установление обязательного участия в оплате, определение порядка предоставления ДМС и платных медицинских услуг) и косвенного регулирования (определение ширины и глубины охвата общественной системы здравоохранения, размера государственных расходов на здравоохранение). При этом меры косвенного регулирования, как правило, оказывают значительно более сильное влияние на уровень частных расходов по сравнению с прямым регулированием.

## Охват общественной системы здравоохранения

Исключение или ограничение предоставления отдельных медицинских услуг в рамках общественной системы здравоохранения в развитых странах является наиболее значимым фактором, определяющим спрос на платные медицинские услуги и, как следствие, размер частных расходов. Как правило, развитые страны стремятся передать на частное финансирование услуги, не являющиеся жизненно значимыми, с низкой или недоказанной эффективностью, а также чрезмерно дорогостоящие для общественной системы здравоохранения. Развивающиеся страны вынуждены ограничивать общественную систему здравоохранения наиболее эффективными услугами [1].

Так, в Швейцарии, где из покрытия ОМС полностью исключена стоматологическая помощь, расходы из личных средств на стоматологические услуги составляют 5,1% общих расходов, тогда как суммарные расходы из личных средств на амбулаторно-поликлиническую помощь, в значительной степени покрываемую ОМС, только 4,3% [8].

## Государственные расходы на здравоохранение

Существенное сокращение государственных расходов на здравоохранение фактически приводит к сокращению охвата общественной системы здравоохранения и росту доли частных расходов в результате вынужденного обращения населения за платными медицинскими услугами и товарами [1]. В то же время увеличение абсолютного размера государственного финансирования обычно сопровождается увеличением размера расходов из личных средств населения за счет связанных трат, не покрываемых в рамках общественной системы здравоохранения (например, расходов на соплатежи, приобретение лекарственных препаратов). Изменение соотношения долей государственных и частных расходов в этом случае определяется сравнительной эластичностью государственных и частных расходов по доходу [26].

## Регулирование ДМС и платных медицинских услуг

Государства могут регулировать объем предоставления ДМС и платных медицинских услуг, определяя требования к соответствующей деятельности, налоги и льготы для их поставщиков и потребителей.

Наиболее распространенным механизмом стимулирования частных расходов в форме ДМС остается предоставление налоговых льгот для покупателя в форме вычета или сокращенной налоговой ставки на средства страховых взносов. В то же время отдельные современные исследователи отмечают незначительное или недостаточное сильное влияние налоговых льгот на расширение охвата ДМС [11,14].

Более редкими инструментами являются регулирующие налоги на страховые организации, предоставляющие ДМС, поощрение выхода из программы ОМС с приобретением замещающего ДМС, введение общественного ДМС для социально уязвимых категорий

населения. В частности, во Франции ставка налога на доход страховых организаций ДМС зависит от типа предлагаемых страховых планов. Как следствие, практически все страховые планы ДМС, продаваемые в стране, соответствуют требованиям к «ответственным» страховым планам (полное покрытие посещений врача первичного звена и врачей по его направлению, почти полное покрытие наиболее значимых лекарственных препаратов, отказ от покрытия регулирующих соплатежей). Кроме того, во Франции действует программа общественного финансирования ДМС для лиц с доходом ниже определенного предела [7]. Длительный опыт разрешения выхода из программы ОМС, призванного сократить государственные расходы на поддержку общественной системы здравоохранения, а также расширить возможности выбора медицинского обеспечения, сохраняется в Чили и Германии, но обе страны отмечают высокие риски применения данного инструмента для финансовой стабильности программы ОМС [25].

Примером использования правового ограничения частных расходов может служить запрет на платное предоставление или предоставление в рамках частного ДМС медицинской помощи, включенной в общественную систему здравоохранения, в ряде провинций Канады [13].

## Участие в оплате

В целях минимизации риска недобросовестного поведения, реже – в целях сбора дополнительного объема средств для финансирования общественной системы здравоохранения развитые страны активно используют различные механизмы участия в оплате: соплатежи в фиксированной сумме, сострахование в виде оплаты доли от суммы счета, вычитаемую франшизу, предполагающую оплату расходов до определенного предела потребителем. Использование механизмов участия в оплате стало основным фактором роста доли частных расходов на здравоохранение в странах Западной Европы в 1980-1990-х гг. [20]. В то же время доля частных расходов, связанных с участием в оплате в рамках общественной системы здравоохранения, в развитых странах остается небольшой. Так, в Германии соплатежи составляют около 2% общих расходов на здравоохранение или 3% расходов системы ОМС [5], в Великобритании – около 5% расходов общественной системы здравоохранения [17].

## Недискреционные факторы

Наряду с государственной политикой на уровень частных расходов также оказывает влияние ряд внешних факторов, характеризующих общие социально-экономические условия деятельности системы здравоохранения и не подлежащих государственному регулированию. Недискреционные факторы включают в себя характеристики здравоохранения как отрасли (относительная стоимость услуг) и особенности населения, определяющие спрос на медицинские услуги (возрастная структура), платежеспособность (доход и его распределение) и готовность платить за услуги здравоохранения (уровень образования, политические предпочтения).

## Относительная стоимость услуг

Быстрое развитие технологий здравоохранения в последние десятилетия в сочетании с низкой эластичностью спроса на услуги здравоохранения по цене привели к увеличению относительной стоимости медицинских услуг. Предположение, что рост относительной стоимости медицинской помощи приведет к увеличению частных расходов домохозяйств, сделанное в рамках исследования факторов индивидуальных частных расходов в Швейцарии, не получило подтверждения. Авторы объясняют низкую чувствительность индивидуальных частных расходов к росту относительной стоимости ограниченным участием потребителя в оплате медицинской помощи в условиях развитой программы ОМС [4]. В ходе канадского исследования соотношения государственных

и частных расходов было показано, что рост относительной стоимости медицинской помощи приводит к увеличению доли государственных расходов, то есть государство принимает на себя большую часть увеличения бремени расходов [10].

#### Возрастная структура населения

Старение населения оказывает непосредственное влияние на величину общих расходов на здравоохранение, поскольку лица пожилого возраста предъявляют значительно больший спрос на медицинские услуги [22]. В зависимости от способности общественной системы здравоохранения удовлетворять растущий спрос со стороны стареющего населения изменение возрастной структуры может приводить к увеличению абсолютной величины общественных или частных расходов. В работах, основанных на данных по Канаде, было показано, что увеличение доли населения в возрасте старше 65 лет приводит к росту государственных расходов только в области лекарственного обеспечения [10] или лекарственного обеспечения и услуг врачей, но в ограниченном масштабе [9]. В международном исследовании по странам ОЭСР для всех стран, кроме США, был получен обратный результат: при увеличении доли населения в возрасте 65 лет и старше доля государственных расходов сокращалась, что может говорить о неспособности общественных систем здравоохранения удовлетворить спрос данной категории [21]. Аналогичный результат показало сравнительное исследование доли государственных расходов на здравоохранение в регионах Италии [6].

#### Доход и его распределение

По мере роста дохода общий спрос на услуги здравоохранения увеличивается, при этом увеличиваются как государственные, так и частные расходы в абсолютной величине. Изменение соотношения долей государственных и частных расходов при росте дохода определяется соотношением эластичности государственных и частных расходов по доходу. Данные обследования ВОЗ показывают, что по мере роста ВВП растет размер расходов из личных средств: в странах с низким уровнем экономического развития – незначительно медленнее прироста ВВП, в странах со средним и высоким уровнем – сопоставимыми темпами или незначительно быстрее [26].

Изменение доли частных расходов определяется соотношением эластичности государственных и частных расходов по доходу. Эмпирические исследования содержат примеры как увеличения [10,19], так и сокращения доли частных расходов по мере роста дохода [6,21]. Сравнительный анализ, проведенный для ряда стран ОЭСР, также показал, что увеличение дифференциации по доходу сопровождается ростом доли частных расходов [21].

#### Уровень образования

Межстрановое исследование ВОЗ, включавшее развивающиеся страны, показало, что домохозяйства, глава которых не имеет начального образования, несут больший риск возникновения катастрофических частных расходов [28]. В то же время исследования, проведенные в ряде европейских стран, показывают, что люди с высоким уровнем образования (от среднего специального и выше) склонны расходовать больший объем личных средств на медицинские нужды, что объясняется лучшей информированностью о здоровье и необходимой медицинской помощи, готовностью инвестировать в здоровье, а также лучшими финансовыми возможностями [4,24].

#### Политические предпочтения

Существует устойчивое предположение о большей склонности левых партий к увеличению государственных расходов на здравоохранение, тогда как правые правительства делают ставку на раз-

витие частного финансирования. Соответствующие гипотезы проверялись в рамках исследования соотношения государственных и частных расходов в Канаде [9] и странах ОЭСР [21].

Влияние политической ориентации правительства в Канаде оказалось противоречивым. Несмотря на то что либеральные правительства продемонстрировали склонность к сокращению доли государственных расходов на оплату услуг врачебного персонала, есть свидетельства увеличения доли государственных расходов на приобретение лекарств и содержание сети стационарных учреждений [9]. Результаты исследования стран ОЭСР оказались более однозначны: в большинстве стран преобладание сторонников левых сил приводило к увеличению доли государственных расходов [21].

#### Заключение

На основе обобщенного анализа научных работ, посвященных факторам и последствиям частных расходов, нами были выделены ключевые направления воздействия уровня частных расходов на систему здравоохранения и здоровье населения. Повышение уровня частных расходов ассоциируется исследователями:

- со снижением доступности медицинской помощи, которое может проявляться в форме отказа от обращения или откладывания обращения и, в конечном итоге, приводит к снижению эффективности системы здравоохранения и ухудшению здоровья населения;
- с нарушением справедливости распределения доступа к медицинской помощи. Доступность медицинской помощи особенно сильно снижается для лиц с низким доходом или высокими потребностями в медицинской помощи (больные хроническими заболеваниями, лица пожилого возраста). В то же время рост частных расходов, в особенности расходов добровольного медицинского страхования, может отражать улучшение доступности медицинской помощи для лиц с высоким доходом;
- с повышением риска катастрофических финансовых расходов (более 40% располагаемого дохода домохозяйства после покрытия расходов на базовые нужды) или обнищания домохозяйства;
- с расширением возможностей выбора медицинской помощи в части, не включенной в общественную систему здравоохранения;
- с сокращением распространения недобросовестного поведения потребителя (высокорисковое поведение, необоснованный спрос на медицинскую помощь).

С учетом известных данных о последствиях частных расходов государства стремятся ограничивать объем частных медицинских расходов в целях поддержания доступности медицинской помощи и справедливого распределения доступа, минимизации рисков катастрофических расходов и обнищания домохозяйств. В то же время в последние десятилетия развитые страны пересмотрели отношение к частным расходам в части символического участия в оплате услуг общественного здравоохранения, призванного сократить вероятность недобросовестного поведения потребителя, и доступности распространения платных медицинских услуг и ДМС в областях, не являющихся жизненно значимыми.

Ключевым фактором государственного регулирования, определяющим уровень частных расходов, является исключение или ограничение предоставления отдельных медицинских услуг в рамках общественной системы здравоохранения. В развитых странах на частное финансирование, как правило, передаются услуги, не являющиеся жизненно значимыми, с низкой или недоказанной эффективностью, а также чрезмерно дорогостоящие для общественной системы здравоохранения. Кроме того, государство может влиять на долю частных расходов, изменяя размер государственного финансирования здравоохранения. Существенное сокращение государственного финансирования действует аналогично сокращению охвата общественной системы здравоохранения, увеличивая размер и долю частных расходов. Увеличение размера государственного финансирования обычно также сопро-



вождается увеличением размера частных расходов в абсолютном выражении за счет связанных трат, не покрываемых в рамках общественной системы здравоохранения (например, расходов на соплатежи, приобретение лекарственных препаратов), что может привести к разнонаправленным изменениям относительной доли частных расходов.

Кроме того, дискреционные факторы включают меры прямого государственного регулирования порядка предоставления платных услуг и ДМС, обязательного участия пациента в оплате медицинской помощи в рамках общественной системы здравоохранения. За исключением редко используемых наиболее жестких мер (запрет на предоставление платных услуг, введение общественно-государственной системы здравоохранения) инструменты на структуру расходов носят незначительный характер.

Количественные исследования взаимосвязей отдельных характеристик системы здравоохранения или населения и уровня частных расходов позволяют выделить следующие значимые не-дискреционные факторы:

– Относительная стоимость услуг здравоохранения. В развитых странах увеличение стоимости технологий здравоохранения приводит к увеличению доли государственных расходов;

– Возрастная структура населения. Доля населения пожилого возраста оказывает непосредственное влияние на объем потребления медицинской помощи и, как следствие, общий объем расходов на здравоохранение. Поскольку в большинстве стран общественная система здравоохранения оказывается не готовой удовлетворить повышенный спрос со стороны лиц пожилого возраста, старение населения в большинстве случаев приводит к повышению доли частных расходов, однако отмечаются случаи увеличения доли государственных расходов в отдельных областях здравоохранения (лекарственное обеспечение);

– Доход и его распределение. Увеличение дохода также приводит к повышению общих расходов на здравоохранение, результатом которого, в зависимости от эластичности государственных и частных расходов по доходу, может стать как рост, так и снижение доли частных расходов. Рост дифференциации по доходу сопровождается ростом доли частных расходов;

– Уровень образования. Обычно высокий уровень образования отражает большую готовность населения платить за необходимую медицинскую помощь и, как правило, соответствует более высокому уровню частных расходов на здравоохранение;

– Политическая ориентация. Преобладание левых политических сил демонстрирует устойчивую взаимосвязь с сокращением доли частных расходов на здравоохранение.

## Литература:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2010.
2. Максимова Л. В., Омеляновский В. В., Сура М. В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2014; 1 (15): 37-45.
3. Arrow K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American economic review*. 1963; 53 (5): 941-973.
4. Bilger M. and Chaze J.-P. What drives individual health expenditure in Switzerland? *Swiss Journal of Economics and Statistics*. 2008; 144 (III): 337-358.
5. Busse R., Blumel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. 2014; 16 (2): 1-296.
6. Cavalieri M., Guccio C. Health expenditure in Italy: a regional analysis of the public-private mix. *Societa italiana di economia pubblica*. 2006; 1-32.
7. Chevrel K. et al. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12 (6): 1-291.
8. De Pietro C. et al. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015; 17 (4): 1-288.
9. Di Matteo L. Policy choice or economic fundamentals: what drives the public-private health expenditure balance in Canada? *Health Economics, Policy and Law*. 2009; 4 (1): 29-53.
10. Di Matteo L. The determinants of the public-private mix in Canadian health care expenditures: 1975-1996. *Health Policy*. 2000; 2: 87-112.
11. Emmerson C., Frayne C., Goodman A. Should private medical insurance be subsidized? *Health care United Kingdom*. 2001; 51 (4): 49-65.
12. Farnsworth D. Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer? *Annals of Health Law*. 2006; 15 (2): 251-273.
13. Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013; 5 (1): 1-179.
14. Gruber J. The impact of the tax system on health insurance coverage. *International journal of health care finance and economics*. 2001; 1: 293-304.
15. Gruber J. The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Experiment and Beyond. Kaiser Family Foundation, 2007. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7566.pdf>. Дата обращения: 12.10.2016.
16. Himmelstein D. U. et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*. 2009; 122: 741-746.
17. Hitiris T. Prescription charges in the United Kingdom: a critical review. *Discussion Papers in Economics No 2000/04*. University of York Press.
18. Houweling T. A. J. et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85: 745-754.
19. Moene K. O., Wallerstein M. Inequality, social insurance, and redistribution. *American Political Science Review*. 2001; 859-874.
20. Mossialos E., Le Grand J. (eds). *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate, 1999.
21. Mou H. The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries. *Health policy*. 2013; 113 (3): 270-283.
22. O'Connell J. M. The relationship between health expenditures and the age structure of the population in OECD countries. *Health economics*. 1996; 5 (6): 573-578.
23. OECD Health Statistics 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Дата обращения: 10.10.2016.
24. Sanwald A., Theurl E. What drives out of pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey. University of Innsbruck. Working Papers in Economics and Statistics. 2014; 4. <http://eeecon.uibk.ac.at/wopec2/repec/inn/wpaper/2014-04.pdf>. Дата обращения: 12.10.2016.
25. Thomson S., Mossialos E. What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2004. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/74694/E83334.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/74694/E83334.pdf). Дата обращения: 12.10.2016.
26. Xu K. et al. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World health report 2010 background paper*, no. 19. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>. Дата обращения: 12.10.2016.
27. Xu K. et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*. 2007; 26 (4): 972-983.
28. Xu K., Saksena P., Durairaj V. The drivers of catastrophic health expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines? *World health report 2010 background paper*, no. 21. <http://www.who.int/>

healthsystems/topics/financing/healthreport/21whr-bp.pdf. Дата обращения: 12.10.2016.

#### References:

1. Report on world health. Health systems financing: the path to universal coverage of health care of the population. World Health Organization [Doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v mire. Finansirovanie sistem zdravookhraneniya: put' k vseobshchemu okhvatu naseleniya mediko-sanitarnoi pomoshch'yu. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya (in Russian)]. Geneva. 2010.
2. Maksimova L.V., Omel'yanovskii V.V., Sura M.V. *Meditsinskii tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2014; 1 (15): 37-45.
3. Arrow K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American economic review*. 1963; 53 (5): 941-973.
4. Bilger M. and Chaze J.-P. What drives individual health expenditure in Switzerland? *Swiss Journal of Economics and Statistics*. 2008; 144 (III): 337-358.
5. Busse R., Blumel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. 2014; 16 (2): 1-296.
6. Cavalieri M., Guccio C. Health expenditure in Italy: a regional analysis of the public-private mix. *Societa italiana di economia pubblica*. 2006; 1-32.
7. Chevreur K. et al. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12 (6): 1-291.
8. De Pietro C. et al. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015; 17 (4): 1-288.
9. Di Matteo L. Policy choice or economic fundamentals: what drives the public-private health expenditure balance in Canada? *Health Economics, Policy and Law*. 2009; 4 (1): 29-53.
10. Di Matteo L. The determinants of the public-private mix in Canadian health care expenditures: 1975-1996. *Health Policy*. 2000; 2: 87-112.
11. Emmerson C., Frayne C., Goodman A. Should private medical insurance be subsidized? *Health care United Kingdom*. 2001; 51 (4): 49-65.
12. Farnsworth D. Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer? *Annals of Health Law*. 2006; 15 (2): 251-273.
13. Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013; 5 (1): 1-179.
14. Gruber J. The impact of the tax system on health insurance coverage. *International journal of health care finance and economics*. 2001; 1: 293-304.
15. Gruber J. The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Experiment and Beyond. Kaiser Family Foundation, 2007. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7566.pdf>. Accessed: 12.10.2016.
16. Himmelstein D. U. et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*. 2009; 122: 741-746.
17. Hitiris T. Prescription charges in the United Kingdom: a critical review. Discussion Papers in Economics No 2000/04. University of York Press.
18. Houweling T. A.J. et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85: 745-754.
19. Moene K.O., Wallerstein M. Inequality, social insurance, and redistribution. *American Political Science Review*. 2001; 859-874.
20. Mossialos E., Le Grand J. (eds). Health care and cost containment in the European Union. Aldershot, Ashgate, 1999.
21. Mou H. The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries. *Health policy*. 2013; 113 (3): 270-283.
22. O'Connell J.M. The relationship between health expenditures and the age structure of the population in OECD countries. *Health economics*. 1996; 5 (6): 573-578.
23. OECD Health Statistics 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Accessed: 10.10.2016.
24. Sanwald A., Theurl E. What drives out of pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey. University of Innsbruck. Working Papers in Economics and Statistics. 2014; 4. <http://eeecon.uibk.ac.at/wppec2/repec/inn/wpaper/2014-04.pdf>. Accessed: 12.10.2016.
25. Thomson S., Mossialos E. What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2004. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/74694/E83334.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74694/E83334.pdf). Accessed: 12.10.2016.
26. Xu K. et al. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World health report 2010 background paper, no. 19. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>. Accessed: 12.10.2016.
27. Xu K. et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*. 2007; 26 (4): 972-983.
28. Xu K., Saksena P., Durairaj V. The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines? World health report 2010 background paper, no. 21. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/21whr-bp.pdf>. Accessed: 12.10.2016.

#### Сведения об авторах:

Зарубина Ольга Андреевна – младший научный сотрудник Центра методологии финансового и стратегического управления Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Тел.: +7(495)6997414. E-mail: ozarubina@nifi.ru.

Сисигина Наталья Николаевна – научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, младший научный сотрудник Центра налоговой политики Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: Настасьинский пер. д. 3 стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +7(495)6997414. E-mail: sisigina@nifi.ru.

#### About the authors:

Zarubina Olga Andreevna – junior research fellow of Financial and strategic management centre, Financial research institute. Address: Nastasyinsky per., 3-2, Moscow, 127006, Russia. Tel.: +7(495)6997414. E-mail: ozarubina@nifi.ru

Sisigina Natalia Nikolayevna – research fellow of Institute for social analysis and forecasting, Russian academy of national economy and public administration, junior researcher of Tax policy center, Financial research institute, Address: Nastasyinsky per., 3-2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +7(495)6997414. E-mail: sisigina@nifi.ru.