Глобальные расходы на здравоохранение: выдержать бурю

2020 г.

Всемирная организация здравоохранения

Глобальные расходы на здравоохранение: выдержать бурю

Всемирная организация здравоохранения

Глобальные расходы на здравоохранение 2020 г.: выдержать бурю [Global spending on health 2020: weathering the storm]

ISBN 978-92-4-003967-4 (онлайн-версия)
ISBN 978-92-4-003968-1 (версия для печати)

© Всемирная организация здравоохранения, 2021

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ru).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводятся библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за содержание или точность перевода. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

Образец библиографической ссылки: Глобальные расходы на здравоохранение 2020 г.: выдержать бурю [Global spending on health 2020: weathering the storm]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке http://apps.who.int/iris.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. http://apps.who.int/bookorders. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. https://www.who.int/ru/copyright.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминания определенных компаний или продукции определенных производителей не означают, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от других аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Содержание

Благодарность v

Сокращения vii

Главные тезисы ix

ГЛАВА 1
Перед тем как COVID-19 обрушился на мир, глобальные расходы на здравоохранение росли 1

ГЛАВА 2
Расходы на конкретные заболевания: различия между странами с низким и средним уровнем дохода 23

ГЛАВА 3
Ни одна страна не должна остаться позади – могут ли страны с более низким уровнем дохода увеличить расходы на здравоохранение? 45

ГЛАВА 4
COVID-19: Значение расходов на здравоохранение в краткосрочной и долгосрочной перспективе 65

ГЛАВА 5
Пережить бурю: Проложить курс к достижению цели в области устойчивого развития, связанной со здравоохранением 89

Приложения 97

Благодарность

Этот отчет является результатом коллективных усилий многих специалистов из разных стран мира во главе с группой по отслеживанию расходов на здравоохранение, работающей в штаб-квартире ВОЗ в Женеве, и при участии сотрудников Всемирного банка, Глобального финансового механизма и Организации экономического сотрудничества и развития, внесших важный вклад в работу над докладом.

В состав основной группы авторов рапорта вошли Ке Сю, Агнес Сука, Джозеф Кутцин, Жюльен Депюи, Эндрю Сирока, Наталья Эйго, Сюзан Спаркс, Хапсату Туре, Мария Арангурен Гарсия, Элен Барруа, Чандика Индикадахена, Мэтью Джоветт и Аджай Тандон. Важный вклад в работу над докладом внесли также Марион Крос, Габриэла Флорес, Бенджамин Лейн, Уэнди Ли, Федерика Марджини, Андже Мибиндзу Муэле, Майкл Мюллер и Дэвид Морган.

Мы благодарим многочисленных специалистов и многие ведомства за участие в работе над этим отчетом, за их вклад в виде комментариев и предложений и за усилия, приложенные ими к повышению качества и обеспечению полноты данных, которые легли в основу отчета. В состав Группы финансирования глобального здравоохранения ВОЗ вошли сотрудники разных подразделений Организации, в том числе Бактыгуль Акказиева, Камило Сид, Грегори Кудрие, Сейду Кулибали, Питер Коули, Илькер Дастан, Валерия Де Оливейра Крус, Тамаш Эветовитс, Триин Хабихт, Гаэль Кернен, Авад Матария, Дайен Мухонгерва, Жюльет Набионга, Бенджамин Нганда, Клаудия Пешетто, Томаш Рубаль, Динг Ванг и Хуи Ванг. Технические департаменты ВОЗ представляли Шён Кокерхэм, Кайа Энгесвин, Инес Гарсия Баэна, Велоши Говендер, Сяо-Сян Хуан, Натали Ванде Мэле и Темо Ваканивалу.

Мы также хотели бы поблагодарить Патрисию Эрнандес и Кэрин Врийбург из Междисциплинарного демографического института Нидерландов, а также Патрика Хоанг-Ву Эозену и Джюуэлуэйна Сальседо Кейна из Всемирного банка и Кора ван Моссевельда, внесших ценный вклад в работу над отчетом.

Мы также благодарим следующих консультантов, которые помогали странам работать с данными для обновления Базы данных по глобальным расходам на здравоохранение в 2020 г.: Жан-Эдуард Доамба, Евгений Долгих, Фе Вида Н Ди-Лиакко, Лахлан Макдональд, Мхамуд Фарах, Consulting Group Curatio Sarl под руководством Давида Гзиришвили, Кью Хуу Хан, Эункьонг Ким, Эдди Монгани Мпотонгве, Симон Насса, Анастасия Нитсу, Дэниел Осеи, Эзра Рвакинанга, Шактивел Сельварадж, Катерина Шарапка, Нил Талагала и Тонглек Сьонг.

Мы также хотели бы отметить вклад в работу по повышению качества данных, внесенный многими сотрудниками Всемирного банка, и сотрудничество в рамках инициатив P4H и UHC2030. Наше постоянное сотрудничество с Группой счетов здравоохранения ОЭСР и Евростатом, а также с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения сыграло ключевую роль в обеспечении регулярного производства и соответствующей категоризации данных о расходах на здравоохранение из большинства стран с высоким уровнем доходов.

Мы выражаем нашу признательность страновых группам по счетам здравоохранения и решительную поддержку, оказываемую министерствами здравоохранения государств-членов. Мы хотели бы поблагодарить Фонд Билла и Мелинды Гейтс; Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Гави Альянс; Агентство США по международному развитию; Департамент международного развития Соединенного Королевства; Европейской комиссии; Правительству Японии; Правительству Французской Республики; и Правительству Великого Герцогства Люксембург за их финансовую поддержку работы ВОЗ по финансированию здравоохранения, которая сыграла решающую роль в предоставлении нам возможности сделать данные расходов на здравоохранение и их анализ ценным глобальным общественным благом.

Также выражаем благодарность команде отдела коммуникаций, возглавляемой Брюсом Росс-Ларсоном и включающей Джо Бринли, Джо Капонио, Майка Крамплара, Элейн Уилсон и Дебру Нейлор, за редактирование и оформление отчета.

Сокращения

EXT	Внешняя помощь
GGE	Расходы сектора государственного управления
GGHED	Внутренние расходы сектора государственного управления на цели здравоохранения
PVTD	Расходы, финансируемые из внутренних частных источников
АМР	Регион стран Америки ВОЗ
АФР	Африканский регион ВОЗ
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ВСР	Регион Восточного Средиземноморья ВОЗ
ГФМ	Глобальный финансовый механизм
ЕВР	Европейский регион ВОЗ
ЕС	Европейский союз
ЗТБ	Забытые тропические болезни
ЗТОР	Регион Западной части Тихого океана ВОЗ
ИБ	Инфекционные болезни
МВФ	Международный валютный фонд
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОБЗ	Общественные блага здравоохранения
ОПР	Официальная помощь на цели развития
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПНВ	Помощь в виде наличных денег и ваучеров
ППС	Паритет покупательной способности
РСС	Расходы из собственных средств
СВД	Страны с высоким уровнем дохода
СДВС	Страны с уровнем дохода выше среднего
СДНС	Страны с уровнем дохода ниже среднего
СНД	Страны с низким уровнем дохода
ССД	Страны со средним уровнем дохода
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ТБ	Туберкулез
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ЮВАР	Регион Юго-Восточной Азии ВОЗ

ody
36.6
°C
+
M
−

Главные тезисы

До пандемии COVID-19 глобальные расходы на здравоохранение продолжали расти, хотя в последние годы темпы этого роста замедлились.

- В 2018 г. глобальные расходы на здравоохранение достигли 8,3 трлн долл. США, или 10% общемирового ВВП, но впервые за последние пять лет темпы роста расходов на здравоохранение оказались ниже темпов роста ВВП.
- В период с 2000 по 2018 г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения росли, однако после экономического кризиса 2008-2009 гг. темпы их роста замедлились.
- Доля расходов, оплачиваемых собственными средствами, в совокупных расходах на здравоохранение продолжала превышать 40% в странах с низким и средним уровнем дохода.
- Расходы на здравоохранение, покрываемые средствами, получаемыми в виде внешней помощи, достигли своего пика в 2014 г. и с тех пор сократились. Доля внешней помощи, получаемой странами с уровнем дохода ниже среднего, увеличивалась и в последние годы превысила долю стран с низким уровнем дохода.
- Существуют значительные различия между странами в плане доли расходов на первичную медико-санитарную помощь в совокупных расходах на здравоохранение.

Программы борьбы с инфекционными и паразитарными болезнями в странах с низким и средним уровнем дохода финансировались в основном за счет внешней помощи на цели здравоохранения, в то время как расходы, связанные с неинфекционными заболеваниями, финансировались по большей части из внутренних государственных источников.

- Анализ расходов на конкретные заболевания основан на данных по 40 странам с низким и средним уровнем дохода, полученных с использованием стандартных методов сбора и оценки данных.
- В странах с низким уровнем дохода расходы на инфекционные болезни составляли более половины, а в странах со средним уровнем дохода – одну треть совокупных расходов на здравоохранение. Расходы на неинфекционные заболевания составляли около 30% совокупных расходов на здравоохранение в странах со средним уровнем дохода и порядка 13% – в странах с низким уровнем дохода.

- В странах с низким и средним уровнем дохода две трети общего объема внешней помощи на цели здравоохранения использовались для финансирования расходов на инфекционные болезни. В странах со средним уровнем дохода только на ВИЧ расходовалась почти половина объема внешней помощи на цели здравоохранения.
- Из общей суммы расходов на неинфекционные заболевания в странах с низким уровнем дохода 37% финансировались из внутренних государственных источников и 15% — за счет внешней помощи. В странах со средним уровнем дохода 59% этих расходов финансировались из внутренних государственных источников и 2% — за счет внешней помощи.

В 32 странах с более низким уровнем дохода возможности для финансирования здравоохранения существенным образом ограничены, что замедляет прогресс этих стран на пути к обеспечению безопасности в области здравоохранения и всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

- Страны с более низким уровнем дохода уязвимы в макроэкономическом отношении, в них высок уровень бедности, и они отстают на пути к достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами.
- В странах с более низким уровнем дохода финансируемые из внутренних источников расходы на здравоохранение составляли в среднем всего 34 долл. США в расчете на душу населения в 2018 г., то есть примерно 4,4% ВВП, и почти 60% этих расходов были расходами из собственных средств.
- В 2018 г. государственные расходы на здравоохранение составляли в среднем всего лишь 9 долл. США на душу населения, то есть примерно 1,2% ВВП, и в период с 2000 по 2018 г. доля расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах сокращалась.
- В период с 2000 по 2018 г. объем внешней помощи в расчете на душу населения, получаемой странами с более низким уровнем доходов на цели здравоохранения, увеличился вдвое в реальном выражении, составив одну четверть расходов этих стран на здравоохранение в 2018 г.

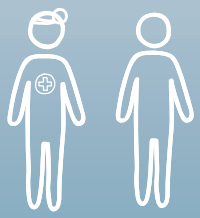
Хотя точно спрогнозировать ситуацию невозможно, вызванные COVID-19 потрясения, которым подверглись сфера здравоохранения и экономика, как прямым, так и косвенным образом повлияют на расходы на здравоохранение и прогресс на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

- Пандемия COVID-19 оказывает разрушительное воздействие на системы здравоохранения во всем мире.
- Все страны реагируют на вызванные COVID-19 кризис в области здравоохранения и экономический кризис, в чрезвычайном порядке выделяя бюджетные средства на принятие срочных мер, однако доля средств, выделенных на здравоохранение, остается довольно незначительной.
- В 2020 г. в связи с ответными мерами здравоохранения на COVID-19 особенно сильно пострадали бюджеты здравоохранения в странах с низким уровнем дохода.
- Кризис в сфере здравоохранения происходит на фоне глубокого кризиса мировой экономики, который может иметь долгосрочные последствия для финансирования здравоохранения.
- В условиях экономического кризиса государственные доходы снижаются, что заставляет многие страны занимать дополнительные средства, что в свою очередь ведет к росту задолженности.

- Воздействие COVID-19 на расходы на здравоохранение в среднесрочной и долгосрочной перспективе будет зависеть от общих макрофискальных показателей и меняющейся динамики спроса на медико-санитарные услуги и их предложения.
- Факторы уязвимости финансирования здравоохранения, существовавшие до 2020 г., также будут влиять на расходы на здравоохранение в ближайшие годы.
- Увеличение расходов на обслуживание задолженности также может заставить сократить государственные расходы на социальную сферу, в том числе на здравоохранение, и поставить под угрозу прогресс на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Продуманные и целенаправленные меры политики в отношении финансирования здравоохранения могут помочь странам пережить кризис, вызванный COVID-19, и сохранить поступательное движение на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Вызванный COVID-19 кризис дает странам со слабыми системами финансирования здравоохранения возможность «перезагрузки» для достижения прогресса на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Пандемия COVID-19 застала мир врасплох, но подтвердила необходимость финансирования здравоохранения в большем объеме и на более стабильной основе.

- Пандемия COVID-19 обрушилась на мир, в котором уже установилась стабильная динамика роста расходов на здравоохранение.
- Пока еще неизвестно, какими будут макрофискальные последствия COVID-19 для расходов на здравоохранение. Необходима целенаправленная и продуманная политика, призванная ослабить давление на финансовые системы и защитить уязвимые группы населения.
- Действуя по отдельности и сообща, страны должны проложить курс к новым горизонтам, достигнув прогресса в выполнении шести рекомендаций по выработке нового общественного договора о финансировании здравоохранения в условиях пандемии COVID-19.
  - Обеспечить надлежащий уровень внутренних государственных расходов на здравоохранение в качестве одного из социально-экономических приоритетов.
  - Обеспечить финансирование общественных благ в здравоохранении в качестве первого шага на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения в каждой стране.
  - Инвестировать в глобальные общественные блага в здравоохранении для обеспечения глобальной безопасности здоровья.
  - Придавать первостепенное значение государственному финансированию для обеспечения всеобщего и равного доступа к услугам здравоохранения и финансовой защиты населения на основе принципа всеобщего охвата первичной медико-санитарной помощью.
  - Увеличить объем внешней помощи, оказываемой странам с более низким уровнем дохода, но скорректировать условия и порядок предоставления помощи.
  - Обеспечить финансирование национальных учреждений для прозрачного и всестороннего отслеживания и учета расходов на здравоохранение на национальном и глобальном уровнях.



1

Перед тем как COVID-19 обрушился на мир,

ГЛОБАЛЬНЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОСЛИ

ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

До пандемии COVID-19 глобальные расходы на здравоохранение продолжали расти, хотя в последние годы темпы этого роста замедлились.

- В 2018 г. глобальные расходы на здравоохранение достигли 8,3 трлн долл. США, или 10% общемирового ВВП, но впервые за последние пять лет темпы роста расходов на здравоохранение оказались ниже темпов роста ВВП.
- В период с 2000 по 2018 г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения росли, однако после экономического кризиса 2008 2009 гг. темпы их роста замедлились.
- Доля расходов, оплачиваемых собственными средствами, в совокупных расходах на здравоохранение продолжала превышать 40% в странах с низким и средним уровнем дохода.
- Расходы на здравоохранение, покрываемые средствами, получаемыми в виде внешней помощи, достигли своего пика в 2014 г. и с тех пор сократились. Доля внешней помощи, получаемой странами с уровнем дохода ниже среднего, увеличивалась и в последние годы превысила долю стран с низким уровнем дохода.
- Существуют значительные различия между странами в плане доли расходов на первичную медико-санитарную помощь в совокупных расходах на здравоохранение.

В 2018 г. глобальные расходы на здравоохранение достигли 8,3 трлн долл. США, или 10% общемирового ВВП, но впервые за последние пять лет темпы роста расходов на здравоохранение оказались ниже темпов роста ВВП.

В 2018 г. глобальные расходы на здравоохранение достигли 8,3 трлн долл. США, или 10% общемирового ВВП. Наибольшая часть расходов финансировалась из внутренних государственных источников: в 2018 г. объем этих средств составил 4,9 трлн долл. США, или 59% глобальных расходов на здравоохранение (рисунок 1.1)[1]. Финансируемые из частных источников расходы на здравоохранение, большинство из которых были расходы домашних хозяйств из собственных средств, составили 3,4 трлн долл. США, или 41% глобальных расходов. Расходы на здравоохранение, покрываемые за счет внешней помощи, как и в предыдущем году, составили 0,2% общемирового объема расходов на эти цели.

Более 75% глобальных расходов на здравоохранение пришлось на Регион стран Америки и Европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Доля стран Региона Западной части Тихого океана в глобальных расходах составила 19%, доля регионов Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья – 2%, а доля Африканского региона – 1%. В 2018 г. 40% населения мира жили в 51 стране с расходами на здравоохранение на душу населения менее 100 долл. США. Доля пяти стран мира (Франции, Германии, Японии, Соединенного Королевства и Соединенных Штатов), в которых живет 9% населения мира, превысила 60% глобальных расходов на здравоохранение, причем 42% пришлось на долю только Соединенных Штатов (рисунки 1.2 и 1.3).

Таким образом очевидно, что продолжали существовать различия между странами в плане расходов на здравоохранение (рисунок 1.3). В глобальном масштабе средний по всем странам уровень расходов на здравоохранение в расчете на душу населения составил 1 099 долл. США в 2018 г.[2] Однако средний показатель по странам с низким уровнем дохода составил в этом же году всего лишь 40 долл. США на человека, в то время как в странах с высоким уровнем дохода он достигал 3 313 долл. США, то есть более чем в 80 раз больше (рисунок 1.4)[3]. Со временем эта разница увеличилась, и неравенство в отношении расходов на здравоохранение продолжает расти. В странах с уровнем дохода ниже среднего расходы на здравоохранение в расчете на душу населения составляли в среднем 115 долл. США в 2018 г., а в странах с уровнем дохода выше среднего – 466 долл. США.

РИСУНОК 1.1 В 2018 г. 59% глобальных расходов на здравоохранение финансировались из внутренних государственных источников

Основные источники финансирования глобальных расходов на здравоохранение, 2018 г.

В 2018 Г. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОСЛИ МЕДЛЕННЕЕ, ЧЕМ ВВП

Расходы на здравоохранение на душу населения продолжали расти в реальном выражении, но в последнее время их рост замедлился (рисунок 1.5). На протяжении последних двух десятилетий темпы роста расходов на здравоохранение постоянно превышали 2% в год. До экономического кризиса 2008-2009 гг. темпы роста расходов на здравоохранение превышали 3% в год. В период кризиса в 2008-2009 гг. расходы на здравоохранение выросли более чем на 5%, в то время как ВВП сократился в среднем более чем на 1%. Эта динамика прослеживалась более явно в странах с высоким уровнем дохода, в большинстве из которых правительства проводили антициклическую налогово-бюджетную политику для смягчения воздействия экономического шока (рисунок 1.5.b). В результате принятия краткосрочных мер государственные расходы на здравоохранение фактически росли более высокими темпами во время экономического кризиса 2008-2009 гг., чем в предыдущие годы.

РИСУНОК 1.2 В 2018 г. большинство расходов на здравоохранение пришлось на Регион стран Америки и Европейский регион ВОЗ

Расходы на здравоохранение в разбивке по регионам и странам – членам Всемирной организации здравоохранения, 2018 г.

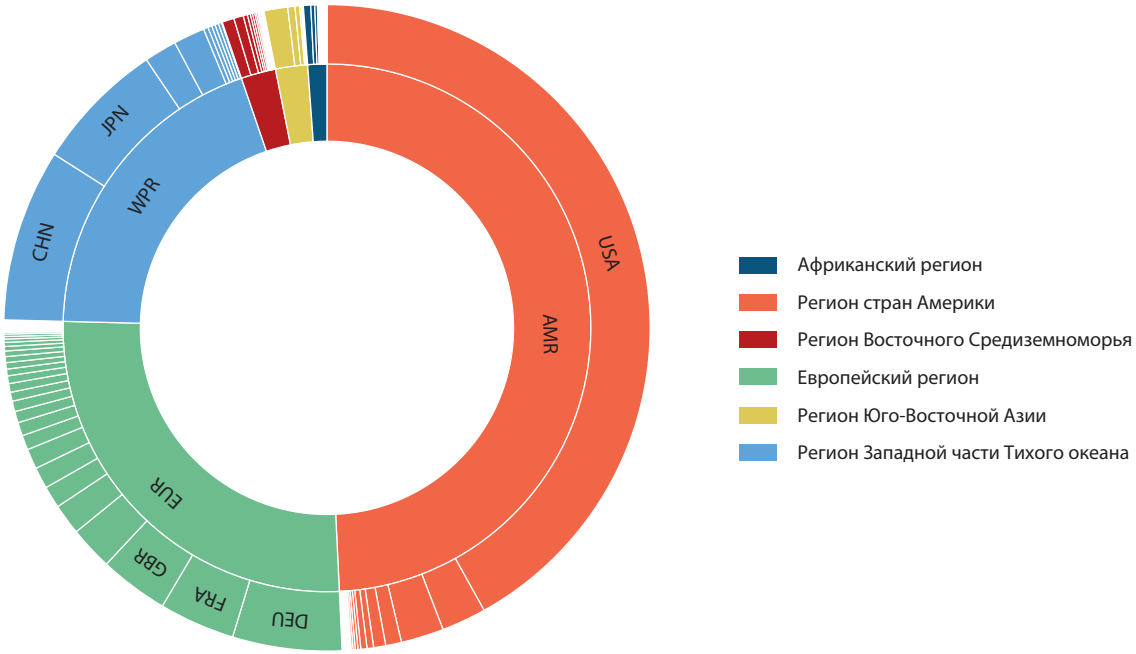
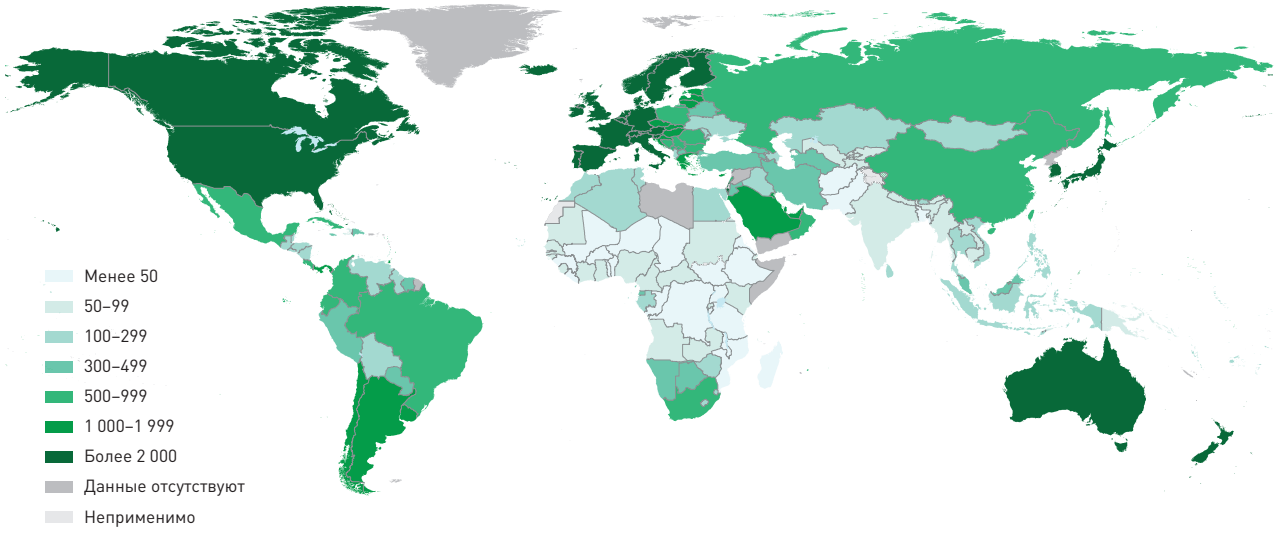


РИСУНОК 1.3 Существенные различия между странами по расходам на здравоохранение

Расходы на здравоохранение на душу населения в странах, в долл. США, 2018 г.



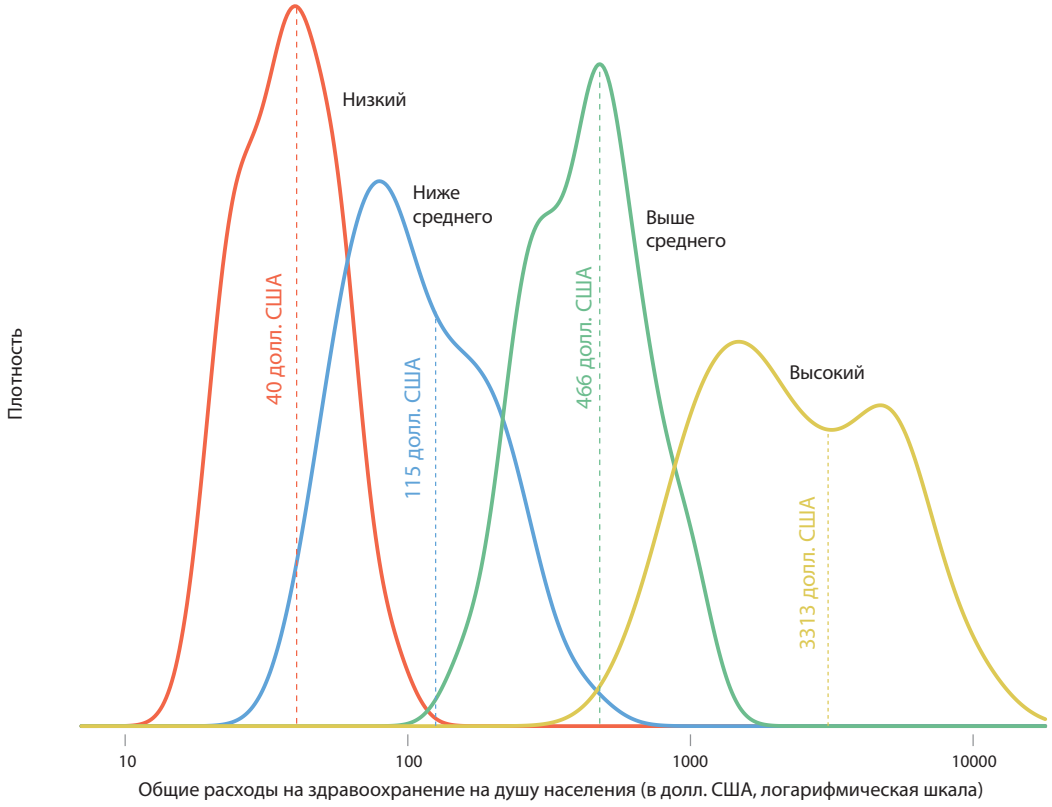
Примечание. Границы стран, изображенные на этой карте, ни в коем случае не отражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах обозначены приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Однако после восстановления экономики общий уровень государственных расходов повышался медленнее. В период с 2014 по 2017 г. рост расходов на здравоохранение на душу населения опережал рост ВВП. Однако в 2018 г. ситуация коренным образом изменилась, и рост ВВП стал опережать рост расходов на здравоохранение.

В большинстве случаев уровень расходов на здравоохранение зависит от уровня дохода страны, однако существуют различия между странами, относящимися к одной и

РИСУНОК 1.4 В большинстве случаев существует взаимосвязь между расходами на здравоохранение и уровнем дохода страны

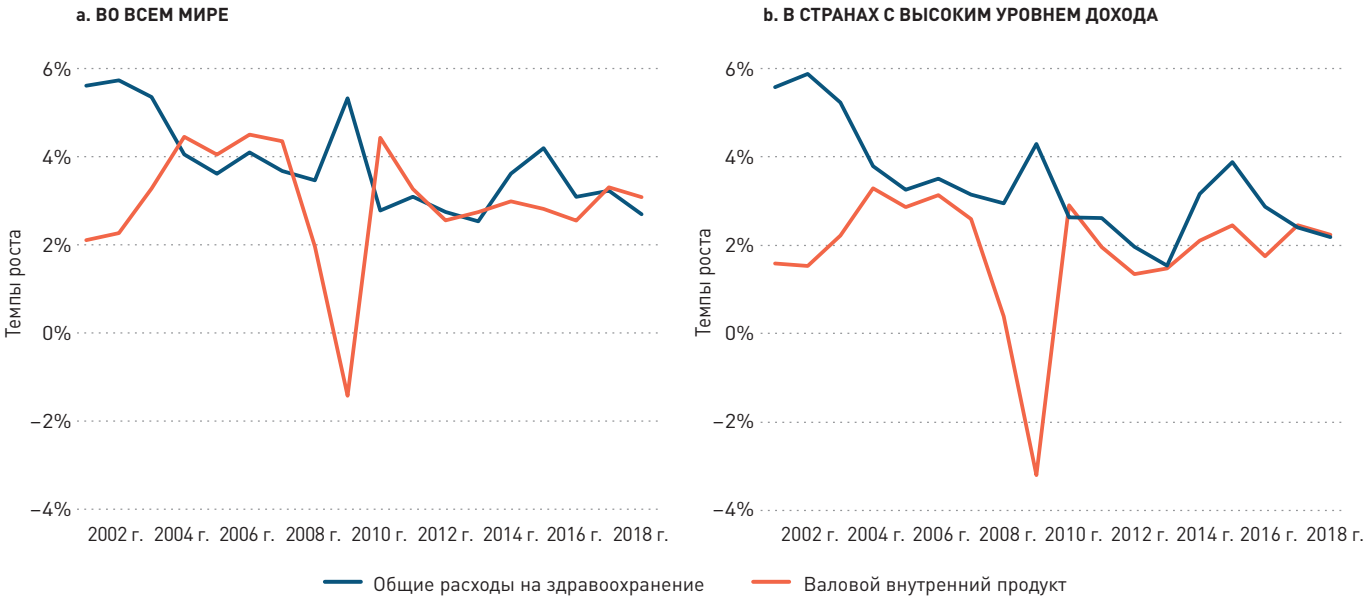
Расходы на здравоохранение в странах в разбивке по уровням дохода, 2018 г.



Примечание. Пунктирными линиями обозначены средние значения по группам стран.

РИСУНОК 1.5 Темпы роста расходов на здравоохранение ускорились во время кризиса 2008-2009 гг., но вскоре после кризиса замедлились

Рост расходов на здравоохранение и ВВП во всем мире (1.5a) и в странах с высоким уровнем дохода (1.5b), 2001–2018 гг.



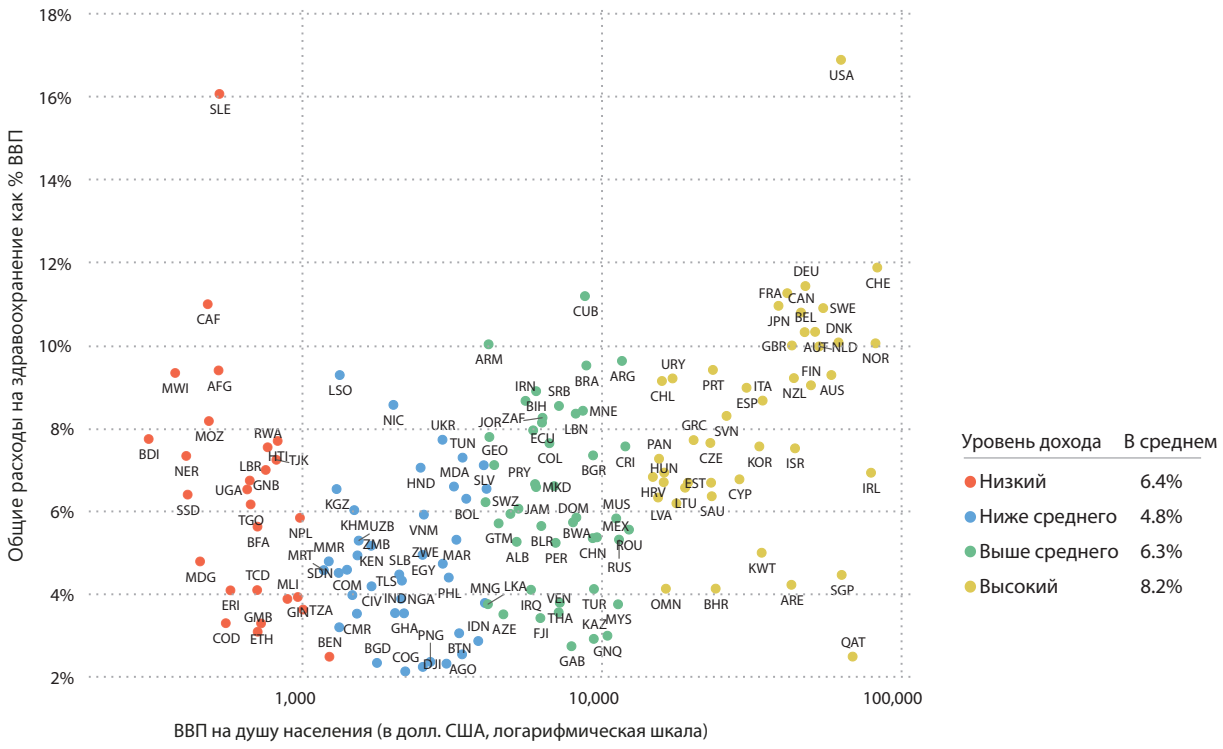
Примечание. Темпы роста рассчитаны на основе общемировых показателей и общих показателей расходов на здравоохранение и ВВП по группам стран.

той же группе по уровню дохода. Страны с высоким уровнем дохода расходовали на здравоохранение в среднем 8,2% ВВП в 2018 г. (рисунок 1.6). Страны с низким уровнем дохода расходовали на эти цели 6,4% ВВП, а страны с уровнем дохода выше среднего – 6,3% ВВП. Меньше всего в процентном отношении к ВВП расходовали страны с уровнем дохода ниже среднего – 4,8% ВВП. Существуют огромные различия в показателях процентного отношения расходов на здравоохранение к ВВП между странами, относящимися к одной из той же категории по уровню дохода. Страны с аналогичными показателями ВВП на душу населения расходовали совершенно разные доли ВВП на здравоохранение. Например, в Таиланде и Южной Африке – двух странах с примерно одинаковыми показателями ВВП на душу населения – расходы на здравоохранение в процентном отношении к ВВП существенно различались: Южная Африка расходовала на эти цели гораздо больше (8,3%), чем Таиланд (3,8%). Как правило, не существует очевидной взаимосвязи между уровнем дохода и долей расходов на здравоохранение, независимо от уровня дохода страны. Определяемый проводимой политикой выбор каждой страны в отношении системы финансирования своего здравоохранения, а также различия в плане эпидемиологической ситуации во многом определяют уровень расходов на здравоохранение, и наблюдаемые различия, вероятно, в значительной степени обусловлены этими факторами.

За последние два десятилетия расходы на здравоохранение относительно ВВП увеличились во всех группах стран (рисунок 1.7). Однако в странах, относящихся к разным категориям по уровню дохода, расходы на здравоохранение росли неодинаковыми темпами. В странах с высоким уровнем дохода они росли в среднем на 1,4 процентных пункта в период с 2000 по 2018 г. и увеличились во всех этих странах, кроме трех (Хорватия, Венгрия и Уругвай). Что касается стран с уровнем дохода выше среднего, то средние темпы роста составили 0,7 процентных пункта, и различия были гораздо более существенными, чем между странами с высоким уровнем дохода. В среднем по странам с уровнем дохода ниже среднего расходы на здравоохранение росли самыми медленными темпами, увеличившись на 0,3 процентных пункта, причем в 12 странах

РИСУНОК 1.6 При любом уровне дохода явной корреляции между доходом и долей расходов на здравоохранение не существует

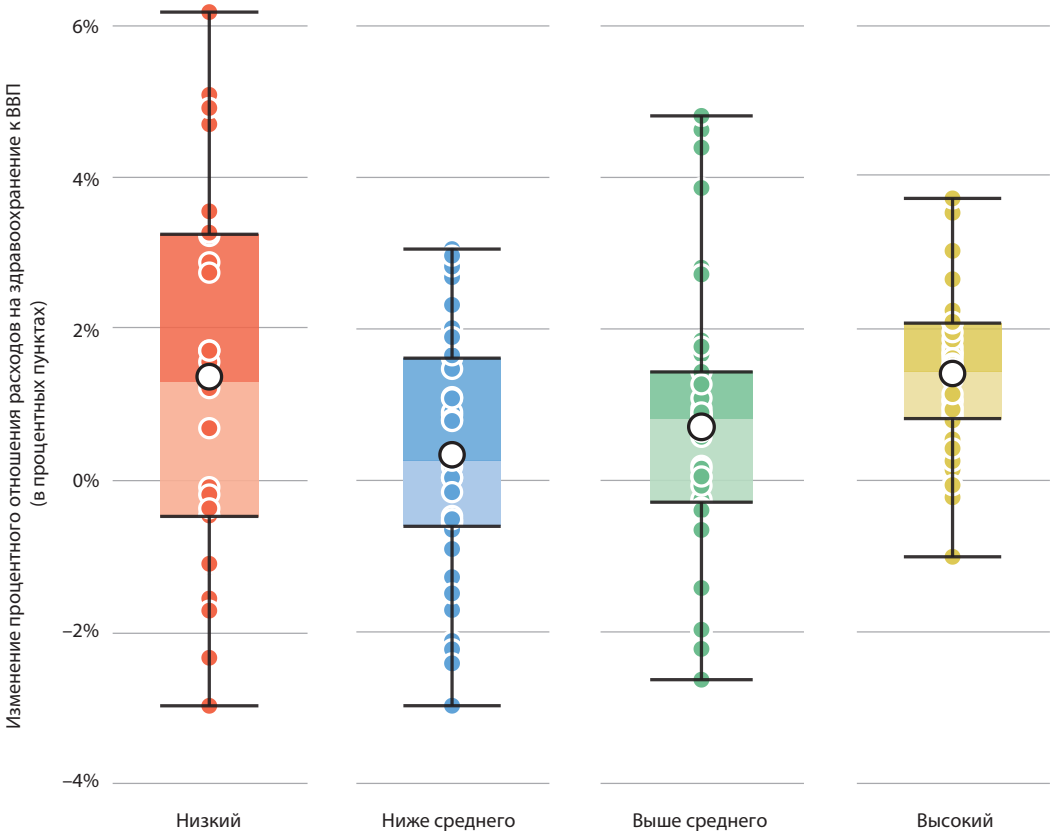
Доля расходов на здравоохранение в ВВП и ВВП на душу населения, 2018 г.



Примечание. Коды стран можно найти в приложении 1.

РИСУНОК 1.7 В большинстве стран средние расходы на здравоохранение выросли в процентном отношении к ВВП

Изменения в процентном отношении расходов на здравоохранение к ВВП в период с 2000 по 2018 г., в разбивке по категориям доходов



Примечание. Изменения рассчитаны как разница между средними значениями за период 2000-2002 гг. и за период 2016-2018 гг. Коробчатые диаграммы показывают межквартильный размах (25-й – 75-й процентили) значений. Среднее значение находится в точке, в которой штриховка становится темнее. Каждый кружок обозначает одну страну, а среднее значение обозначено белым кружком. Вертикальные линии обозначают диапазон между максимальным и минимальным значениями.

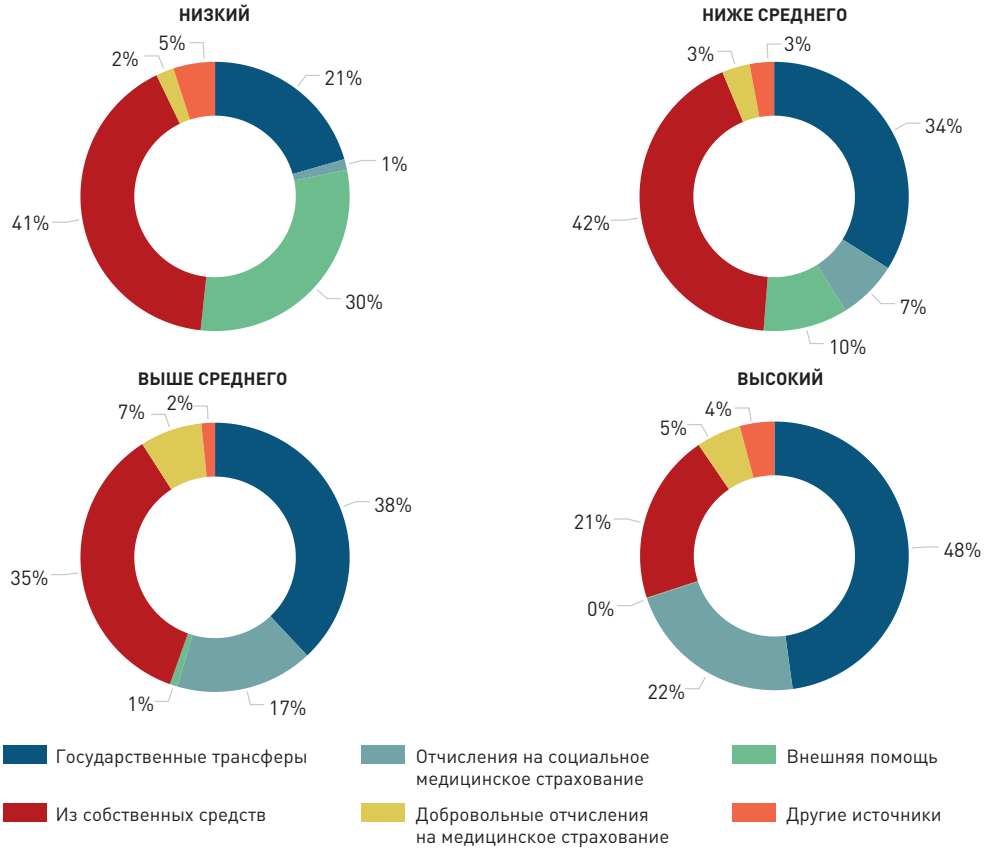
доля этих расходов в ВВП уменьшилась, а в 16 странах увеличилась. В странах с низким уровнем дохода показатели отношения расходов на здравоохранение к ВВП увеличились в среднем на 1,4 процентных пункта, но с большим разбросом – от -3 до +6 процентных пунктов. Эти различия обусловлены, скорее всего, колебаниями уровней внешней помощи на цели здравоохранения, а также социально-экономической нестабильностью. Однако для того, чтобы лучше понять динамику расходов в странах с низким уровнем дохода, необходимо дальнейшее изучение этого вопроса.

Существовали значительные различия в источниках финансирования расходов на здравоохранение между группами стран по уровню дохода. Эти источники финансирования подразделяются на следующие категории: финансирование из государственных источников (трансферты из государственного бюджета и отчисления на социальное медицинское страхование), расходы домашних хозяйств из собственных средств, добровольные взносы в частные фонды медицинского страхования в порядке предоплаты, внешняя помощь и другие источники. Эти другие источники, такие как расходы частных предприятий на медицинские услуги, которые они оказывают напрямую своим работникам, как правило, относительно невелики.

В странах с низким уровнем дохода расходы на здравоохранение покрывались в среднем на 30% за счет донорского финансирования и на 41% — расходы домашних хозяйств из собственных средств. Государственные расходы (государственные трансферты и отчисления на социальное медицинское страхование) составили всего лишь 21% от общей суммы расходов на здравоохранение в 2018 г. (рисунок 1.8).

РИСУНОК 1.8 В странах с более высоким уровнем дохода более значительная доля расходов на здравоохранение финансировалась из государственных источников в 2018 г.

Расходы на здравоохранение в разбивке по источникам финансирования и группам стран по уровню дохода, 2018 г.



Примечание. Другими источниками являются обязательные предоплаты по частному страхованию, взносы национальных неправительственных организаций и медицинские услуги, управляемые предприятиями для своих сотрудников. Взносы на социальное медицинское страхование в основном состоят из доходов, которые взимаются за счет «налога на заработную плату», взимаемого в виде фиксированного процента от заработной платы/окладов. Есть несколько стран, которые также в основном организуют финансирование здравоохранения через обязательное страхование, но с финансированием на основе обязательных фиксированных взносов (Швейцария) или комбинации налога на заработную плату и фиксированных премий (Нидерланды). Для этих стран все обязательные взносы включены в оценки социальных страховых взносов. Для других стран расходы обязательные страховые взносы сгруппированы как «Другие источники», поскольку они не соответствуют категории взносов на социальное медицинское страхование.

В странах с уровнем дохода ниже среднего расходы домашних хозяйств из собственных средств составили в 2018 г. 42% расходов на здравоохранение — наиболее значительная доля среди всех групп стран. Государственные трансферты составили в среднем более одной трети общих расходов на здравоохранение, а отчисления на социальное медицинское страхование – еще 7%. Внешняя помощь была источником финансирования 10% расходов на здравоохранение.

В странах с уровнем дохода выше среднего наиболее важными были внутренние государственные источники финансирования: 38% всех расходов на здравоохранение покрывались государственными трансфертами и 17% — отчислениями на социальное медицинское страхование. Вторым по значимости источником финансирования были расходы домашних хозяйств из собственных средств, покрывавшие общие расходы на здравоохранение на 35%. Кроме того, в странах с уровнем дохода выше среднего существенная часть расходов на здравоохранение – в среднем 7% в 2018 г. — покрывалась добровольными отчислениями на медицинское страхование.

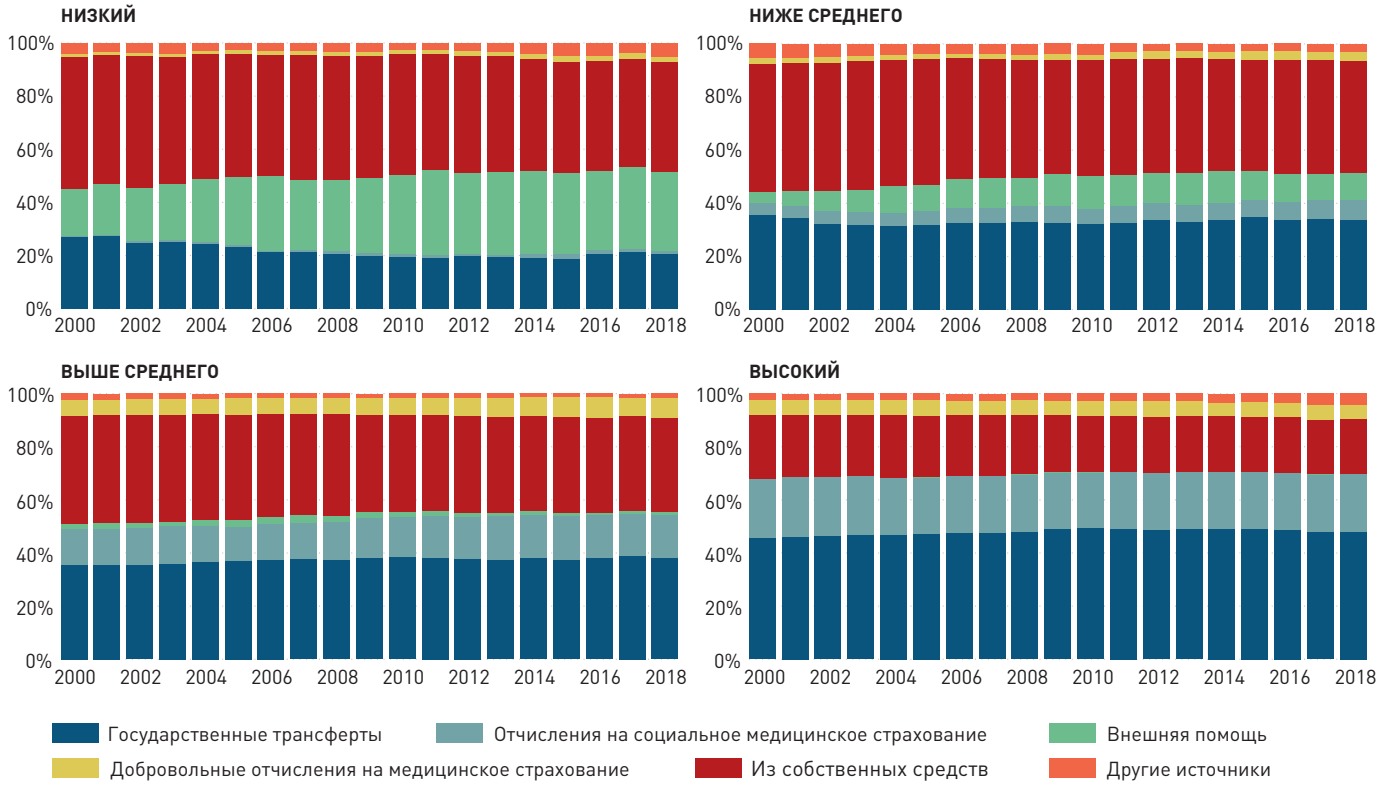
В странах с высоким уровнем дохода более двух третей расходов на здравоохранение в 2018 г. финансировались из государственных источников, в том числе 48% за счет государственных трансфертов и 22% — отчислениями на социальное медицинское страхование. Из собственного кармана семьи оплачивали 21% расходов на здравоохранение.

Соотношение источников финансирования в структуре государственных расходов на здравоохранение в странах с любым уровнем дохода практически не менялось со временем. Однако в странах с низким уровнем дохода доля расходов на здравоохранение, финансируемых средствами, получаемыми в порядке внешней помощи, увеличилась с 18% в 2000 г. до 30% в 2018 г. (рисунок 1.9). В этих странах доли расходы домашних хозяйств из собственных средств и государственных трансфертов в общем объеме финансирования расходов на здравоохранение сократились в период с 2000 по 2018 г. Этот факт вызывает обеспокоенность относительно возможной взаимозаменяемости распределения средств между статьями расходов – феномена, описанного в предыдущих докладах, который мы обсудим более подробно в главе 3 *[1, 2]*.

В странах с уровнем дохода ниже среднего доля внешней помощи в общем объеме финансирования расходов на здравоохранение увеличилась с 4% в 2000 г. до 10% в 2018 г., доля расходы домашних хозяйств из собственных средств сократилась с 48% до 42%, а доля расходов из государственного бюджета осталась без изменений. В странах с уровнем дохода выше среднего происходил медленный рост доли расходов на здравоохранение, финансируемых из государственных источников, в то время как доля расходов, финансируемых за счет расходы домашних хозяйств из собственных средств, сокращалась. В странах с высоким уровнем дохода соотношение источников финансирования в структуре государственных расходов на здравоохранение практически не изменилось в период с 2000 по 2018 г.

РИСУНОК 1.9 Динамика расходов на здравоохранение, как правило, оставалась стабильной во всех группах стран, однако прослеживалась тенденция к медленному снижению расходов, оплачиваемых из собственных средств

Расходы на здравоохранение в разбивке по источникам финансирования и группам стран по уровню дохода, 2000–2018 гг.



Примечание. Другими источниками являются обязательные отчисления на частное страхование в порядке предоплаты, отчисления отечественных неправительственных организаций и оплата предприятиями оказываемых своим работникам медико-санитарных услуг. Отчисления на социальное медицинское страхование состоят в основном из поступлений от налога на фонд заработной платы, взимаемого по фиксированной ставке. Есть несколько стран, в которых основным источником финансирования здравоохранения также является обязательное страхование, при этом система может финансироваться страховыми взносами в фиксированном размере (Швейцария) или за счет налога на фонд заработной платы в сочетании с фиксированными страховыми взносами (Нидерланды). По этим странам все обязательные отчисления учтены в наших оценках размера отчислений на социальное медицинское страхование. По другим странам мы сгруппировали расходы, указанные как отчисление на обязательное страхование, с «другими источниками», поскольку они не вписываются в категорию отчислений на социальное медицинское страхование.

РИСУНОК 1.10 В годы до и после экономического кризиса 2008-2009 гг. совокупные государственные расходы и государственные расходы на здравоохранение менялись разными темпами

Среднегодовой рост совокупных государственных расходов и государственных расходов на здравоохранение на душу населения в реальном выражении, 2001–2018 гг.

В период с 2000 по 2018 г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения росли, однако после экономического кризиса 2008-2009 гг. темпы их роста замедлились.

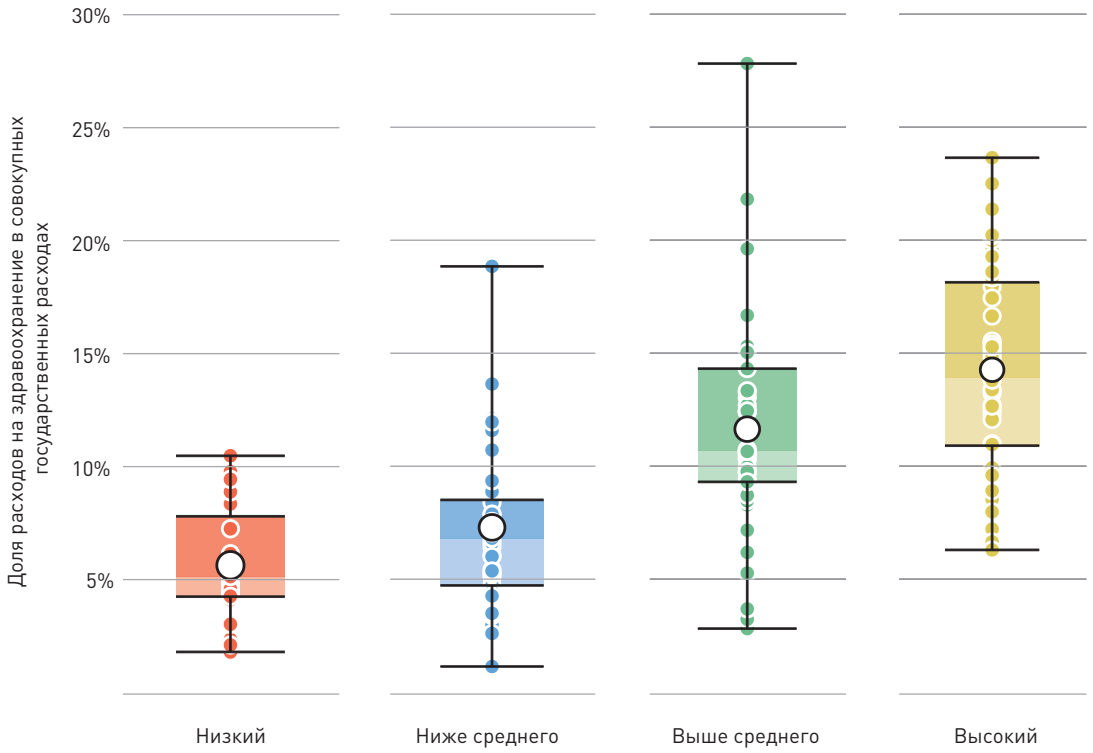
В большинстве случаев государственные расходы на здравоохранение, финансируемые из внутренних источников, в среднем росли более высокими темпами, чем совокупные государственные расходы, в период с 2000 по 2018 г., за исключением 2007, 2008, 2010 и 2018 гг., когда наблюдалась прямо противоположная картина (рисунок 1.10)[4]. Государственные расходы на здравоохранение резко увеличились на 11,5% в 2003 г. и на 10,1% в 2009 г. Темпы роста государственных расходов на здравоохранение существенно изменились после финансового кризиса. После кризиса 2008 г. рост этих расходов был довольно медленным до 2010 г., но вновь ускорился в период с 2011 по 2014 г. Начиная с 2014 г. наблюдается замедление темпа роста государственных расходов в целом и расходов на здравоохранение в расчете на душу населения.

Процентная доля государственных расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах отражает то, насколько приоритетной задачей считается охрана здоровья населения. В 2018 г. доля этих расходов составляла в среднем 5,6% в странах с низким уровнем дохода, 7,3% в странах с уровнем дохода ниже среднего, 11,6% в странах с уровнем дохода выше среднего и 14,3% в странах с высоким уровнем дохода (рисунок 1.11). Однако эти средние показатели скрывают существенные различия в рамках каждой из групп стран по уровню дохода. Более значительный разброс показателей наблюдался в странах с уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем дохода. Например, в группе стран с уровнем дохода выше среднего этот показатель колебался в пределах от 3% до 28%. В целом доля расходов на здравоохранение в совокупных расходах сектора государственного управления со временем выросла в странах с уровнем дохода выше среднего и странах с высоким уровнем дохода. В странах с уровнем дохода ниже среднего эта доля немного сократилась в последние годы, однако тенденция оставалась довольно устойчивой на протяжении периода с 2000 по 2018 г. (рисунок 1.12).

Наименее приоритетными государственные расходы на здравоохранение считались в странах с низким уровнем дохода, и эти расходы сокращались, несмотря на то что эта категория расходов имеет решающее значение для достижения Цели в области

РИСУНОК 1.11 В странах с более высоким уровнем дохода государственные расходы на здравоохранение считались более приоритетными в 2018 г.

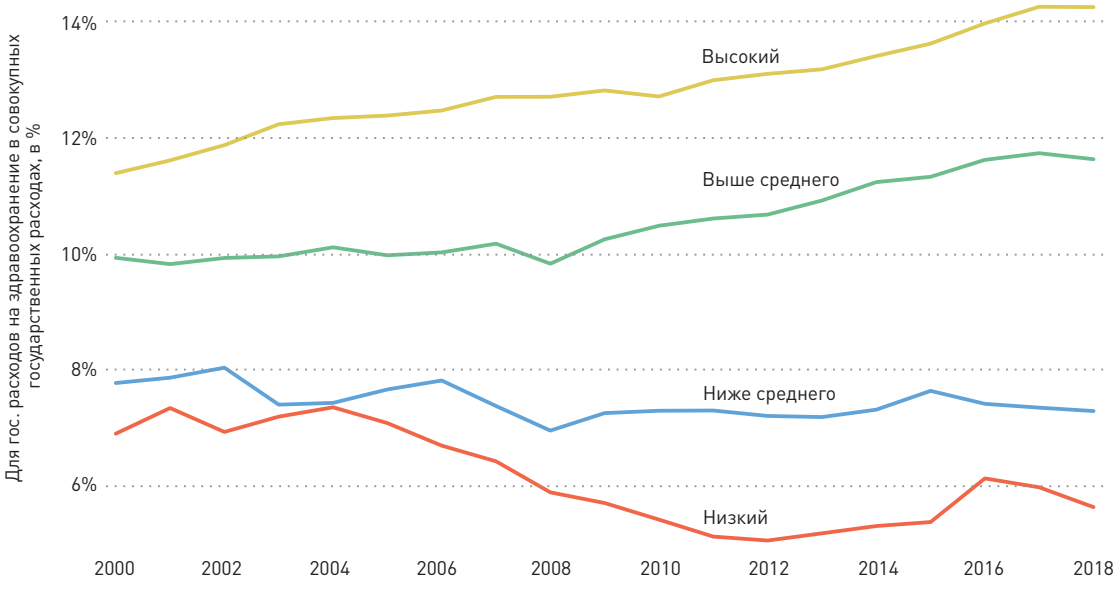
Государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к совокупным государственным расходам, в разбивке по группам по уровням дохода, 2018 г.



Примечание. Коробчатые диаграммы показывают межквартильный размах (25-й – 75-й процентили) значений. Среднее значение находится в точке, в которой штриховка становится темнее. Каждый кружок обозначает одну страну, а среднее значение обозначено белым кружком. Вертикальные линии обозначают диапазон между максимальным и минимальным значениями.

РИСУНОК 1.12 В более богатых странах государственные расходы на здравоохранение становились более приоритетными, а в более бедных странах – менее приоритетными

Государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к совокупным государственным расходам, в разбивке по группам по уровням дохода, 2000–2018 гг.



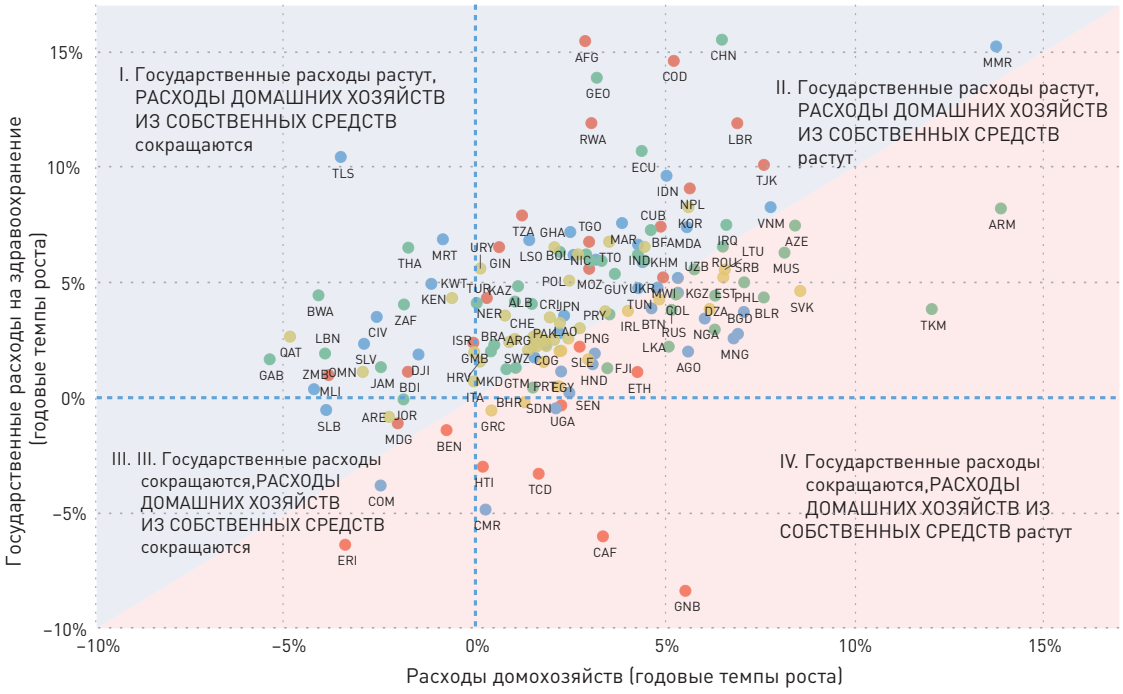
устойчивого развития, касающейся здоровья. В большинстве стран с низким уровнем дохода расходы на здравоохранение в 2018 г. составляли от 4% до 8% совокупных государственных расходов, и ни в одной из этих стран этот показатель не превышал 10,5%. В четырех странах с низким уровнем дохода, расходы на здравоохранение составляли всего лишь 3% совокупных государственных расходов. В этих странах государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к совокупным государственным расходам неуклонно сокращались в период с 2004 по 2012 г., затем увеличивались в период до 2016 г., но в последние два года вновь сократились (рисунок 1.12).

В странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего доля расходов домашних хозяйств из собственных средств в общей сумме расходов на здравоохранение продолжала превышать 40%

За последние два десятилетия как государственные расходы на здравоохранение, так и расходы домашних хозяйств из собственных средств на душу населения выросли в большинстве стран, однако происходило это по-разному и разными темпами. В 105 странах государственные расходы на здравоохранение росли быстрее (или сокращались медленнее), чем расходы домашних хозяйств из собственных средств в реальном выражении (рисунок 1.13, участок, заштрихованный голубым цветом). В некоторых странах государственные расходы увеличились, в то время как расходы домашних хозяйств из собственных средств сократились (рисунок 1.13, квадрант I). В большинстве стран выросли и государственные расходы, и расходы домашних хозяйств из собственных средств (квадрант II). В небольшом количестве стран, в основном в странах с низким уровнем дохода, сократились и расходы из собственных средств, и государственные расходы (квадрант III). В нескольких странах государственные расходы сократились, в то время как расходы домашних хозяйств из собственных средств выросли (квадрант IV). Явной корреляции между уровнем дохода страны и этими трендами не прослеживается, что подтверждает предположение о том, что они определяются не только уровнем ВВП.

РИСУНОК 1.13 За последние два десятилетия выросли как государственные расходы на здравоохранение в целом, так и доля этих расходов, финансируемая из собственных средств

Годовой рост государственных расходов на здравоохранение и расходов из собственных средств, в разбивке по странам, 2000–2018 гг.



Примечание. Совокупные темпы годового роста государственных расходов (ось Y) и расходов из собственных средств (ось X) в реальном выражении в период с 2000 по 2018 г.

Хотя в абсолютном выражении и государственные расходы на здравоохранение, и расходы домашних хозяйств из собственных средств увеличились, средний показатель доли расходы домашних хозяйств из собственных средств в общей сумме расходов на здравоохранение медленно сокращался во всех странах, независимо от уровня дохода (рисунок 1.14). Тем не менее, расходы домашних хозяйств из собственных средств постоянно превышали одну треть расходов на здравоохранение во всех странах, за исключением стран с высоким уровнем дохода. В странах с низким уровнем дохода расходы домашних хозяйств из собственных средств составляли в среднем почти половину общей суммы расходов на здравоохранение в 2000 г. и 41% в 2018 г. (рисунок 1.15). Аналогично, в странах с уровнем дохода ниже среднего и выше среднего расходы домашних хозяйств из собственных средств составляли, соответственно 42% и 35% расходов на здравоохранение. В 32 странах расходы домашних хозяйств из собственных средств составляли более половины расходов на здравоохранение в 2018 г. В семи из этих стран доля расходы домашних хозяйств из собственных средств в расходах на здравоохранение превышала три четверти.

Расходы на здравоохранение, финансируемые за счет внешней помощи, достигли своего пика в 2014 г., после чего начали сокращаться. Доля внешней помощи, получаемой странами с уровнем дохода ниже среднего, продолжала увеличиваться и в последние годы превысила долю внешней помощи, предоставляемой странам с низким уровнем дохода.

Внешняя помощь на цели финансирования здравоохранения увеличилась в период с 2000 по 2014 г., но оставалась без изменений начиная с 2015 г. Внешняя помощь на цели здравоохранения включает официальную помощь на цели развития, предоставляемую двусторонними и многосторонними донорами в виде грантов и льготных займов, и гранты, предоставляемые частными донорами. В 2018 г. объем внешней помощи составил 16,2 млрд долл. США, снизившись на 16% со своего наивысшего уровня, достигшего 19,3 млрд долл. США в 2014 г. (рисунок 1.16).

РИСУНОК 1.14 Расходы из собственных средств сократились во всех странах, независимо от уровня дохода, но их уровень оставался высоким в странах с низким и средним уровнем дохода

Расходы из собственных средств в процентном отношении к общей сумме государственных расходов на здравоохранение, в разбивке по уровням дохода, 2000-2018 гг.

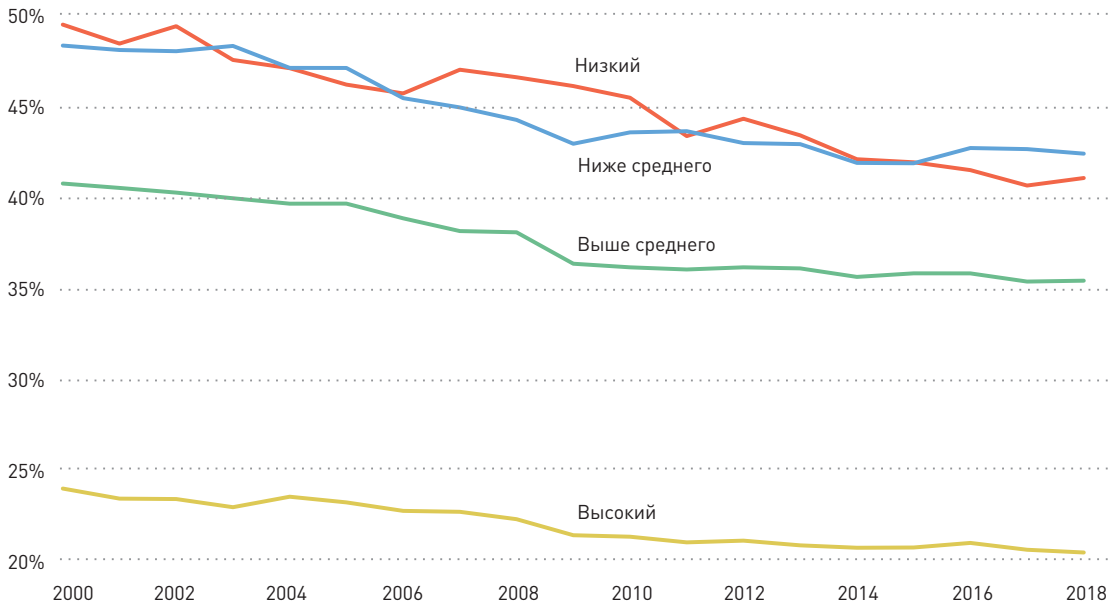
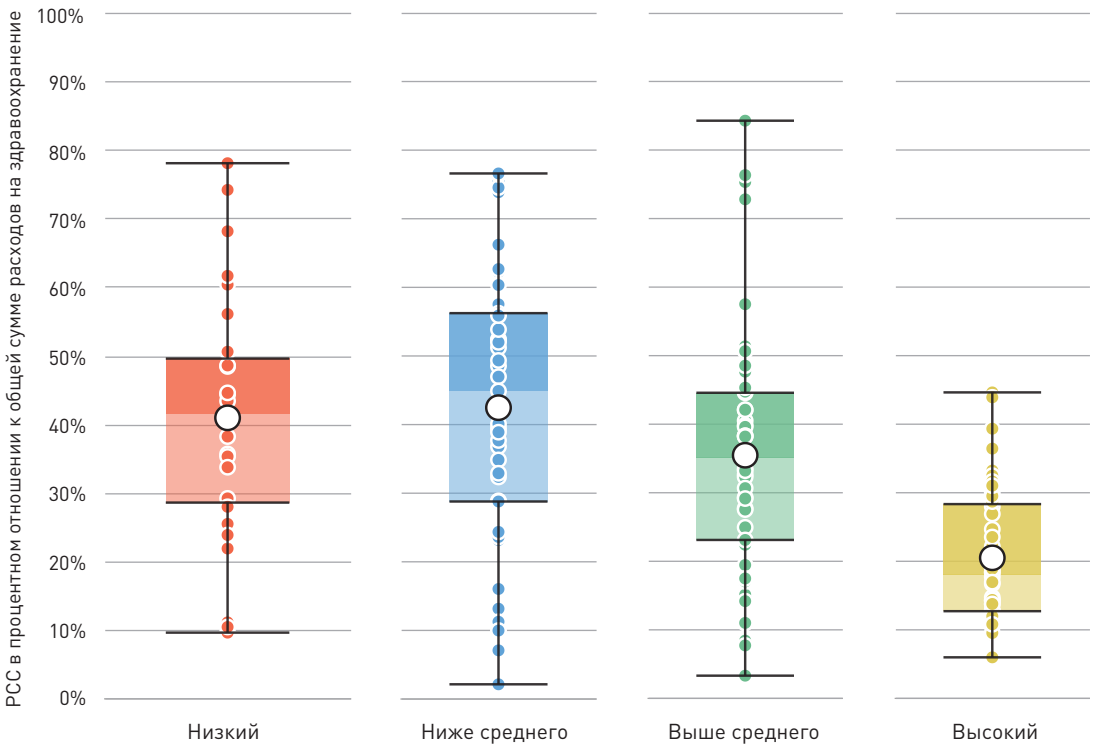


РИСУНОК1.15 Расходы из собственных средств оставались одним из главных источников финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода

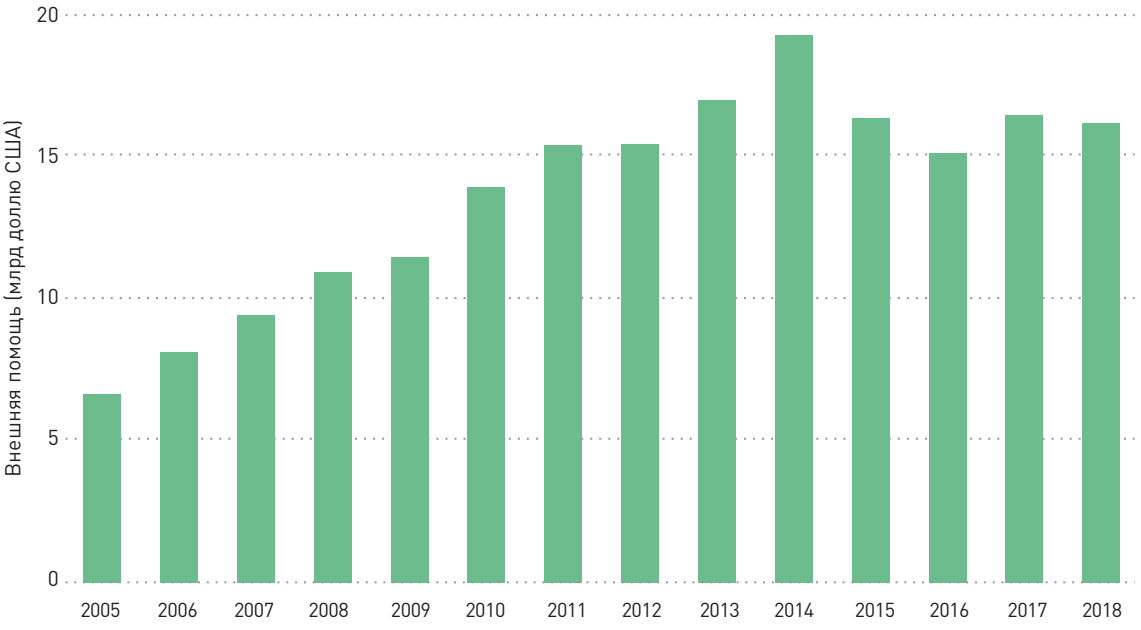
Расходы из собственных средств в процентном отношении к общей сумме расходов на здравоохранение, в разбивке по уровням дохода, 2018 г.



Примечание. Коробчатые диаграммы показывают межквартильный размах (25-й – 75-й процентили) значений. Среднее значение находится в точке, в которой штриховка становится темнее. Каждый кружок обозначает одну страну, а среднее значение обозначено белым кружком. Вертикальные линии обозначают диапазон между максимальным и минимальным значениями.

РИСУНОК 1.16 Объем внешней помощи на цели здравоохранения стабилизировался, оставаясь на уровне 2013 г.

Общемировой объем внешней помощи на цели здравоохранения, в текущих ценах в долл. США, 2005-2018 гг.

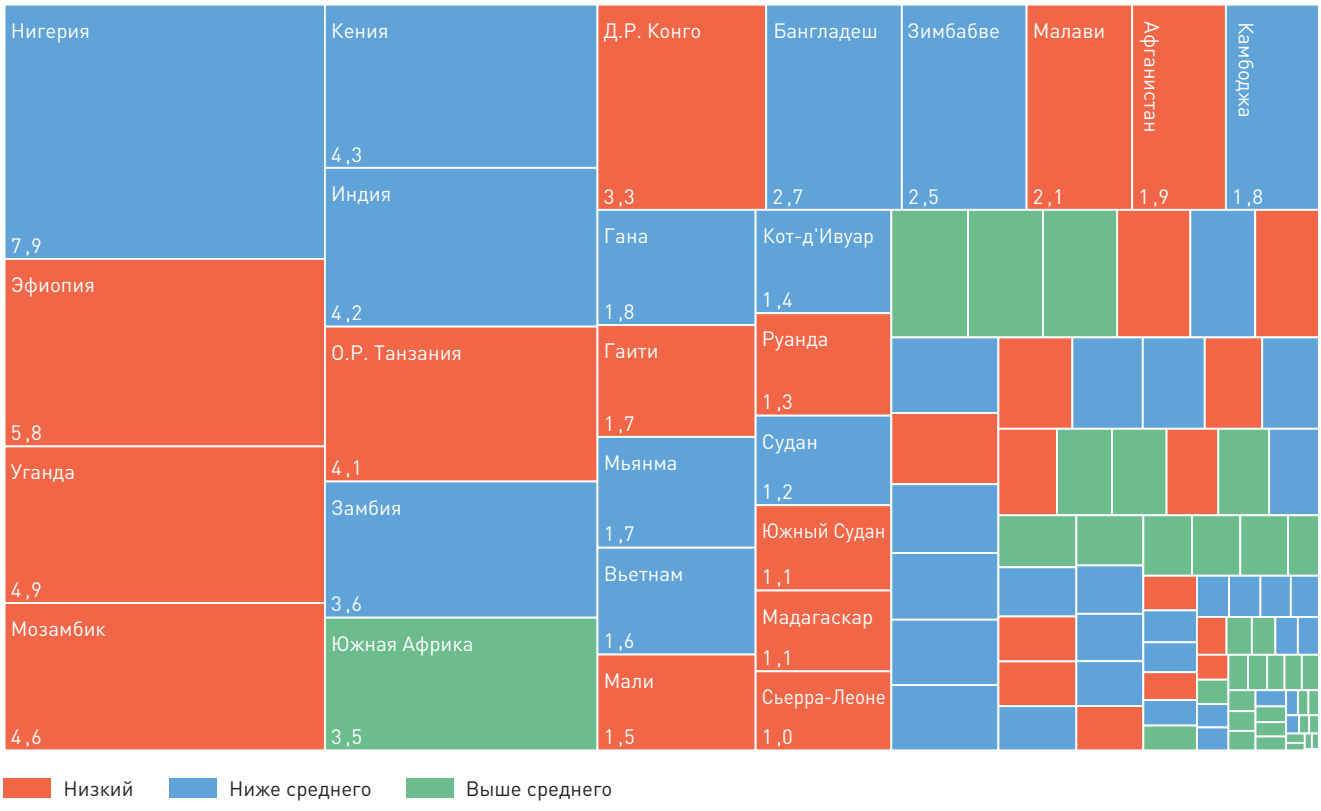


На девять стран, получивших внешнюю помощь в наибольшем объеме, пришлось 43% всей внешней помощи. Из этих стран четыре относятся к категории стран с уровнем дохода ниже среднего (Индия, Кения, Нигерия и Замбия) и одна является страной с уровнем дохода выше среднего (Южная Африка) (рисунок 1.17).

Доля расходов, покрываемых за счет внешней помощи, в совокупных государственных расходах в странах с низким уровнем дохода, существенно увеличившаяся в период с 2006 по 2011 г., стабилизировалась на уровне порядка 30%. В период с 2006 по 2012 г. страны с низким уровнем дохода получали больше помощи, чем страны с уровнем дохода ниже среднего (рисунок 1.18a), однако начиная с 2013 г., происходило прямо противоположное (за исключением 2017 г.). В 2018 г. страны с уровнем дохода ниже среднего получили 43% внешней помощи, а страны с низким уровнем дохода – 42%. Хотя в расчете на душу населения обе группы стран получили одинаковый объем внешней помощи (около 11 долл. США), эта помощь имела гораздо большее значение для финансирования систем здравоохранения в странах с низким уровнем дохода, чем в странах с уровнем дохода ниже среднего (рисунок 1.18b). Доля внешней помощи в общей сумме расходов на здравоохранение составляла 30% в странах с низким уровнем дохода по сравнению со всего лишь 10% в странах с уровнем дохода ниже среднего (рисунок 1.18c). В нескольких странах с низким уровнем дохода за счет внешней помощи покрывалось более половины расходов на здравоохранение в 2018 г. Объем помощи, полученной в 2018 г. странами со средним уровнем дохода, составил в среднем 3,50 долл. США в расчете на душу населения, однако этот средний показатель отражает в основном четыре страны, получившие в среднем по 10 долл. США на душу населения: Ботсвану, Иорданию, Намибию и Южную Африку.

РИСУНОК 1.17 Ведущие девять стран-получателей помощи, получившие более 40% общего объема внешней помощи в 2018 г.

Доли стран в общем объеме внешней помощи на цели здравоохранения (%), 2018 г.



Примечание. Указаны только те страны, которые получили более 1% общего объема внешней помощи в 2018 г.

РИСУНОК 1.18

a. СДНС и СНД получали помощь в одинаковом объеме

Общий объем внешней помощи

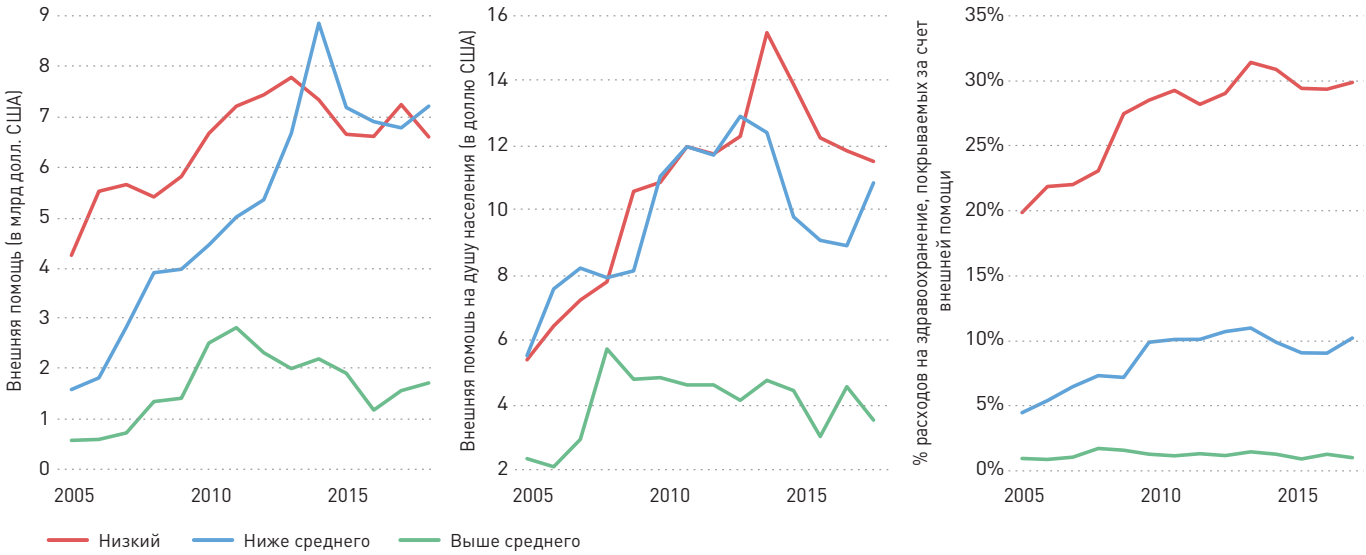
b. В расчете на душу населения СДНС и СНД, как правило, получали помощь в одинаковом объеме

Внешняя помощь на душу населения

c. Значительная доля расходов в СНД финансировалась за счет внешней помощи

Доля расходов на здравоохранение, покрываемая за счет внешней помощи

ВНЕШНЯЯ ПОМОЩЬ ПО ГРУППАМ СТРАН ПО УРОВНЮ ДОХОДА, ПРЕДСТАВЛЕННЫМ В ДИНАМИКЕ, 2005-2018 ГГ.



Примечание. На этом рисунке группы стран по уровню дохода представлены в динамике, то есть по каждому году каждая страна включена в группу, к которой она относилась в том году. Поэтому в одном году страна может относиться к одной группе, а в следующем году может оказаться в другой. Пиковое значение на рисунке 1.18 объясняется в основном перемещением трех крупнейших получателей внешней помощи – Бангладеш, Кении и Мьянмы – из этой группы в группу стран с низким уровнем дохода.

Доля расходов на первичную медико-санитарную помощь в совокупных расходах на здравоохранение сильно различается между странами.

ВО ВСЕХ СТРАНАХ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ДОЛЯ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПРИХОДИЛАСЬ НА МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

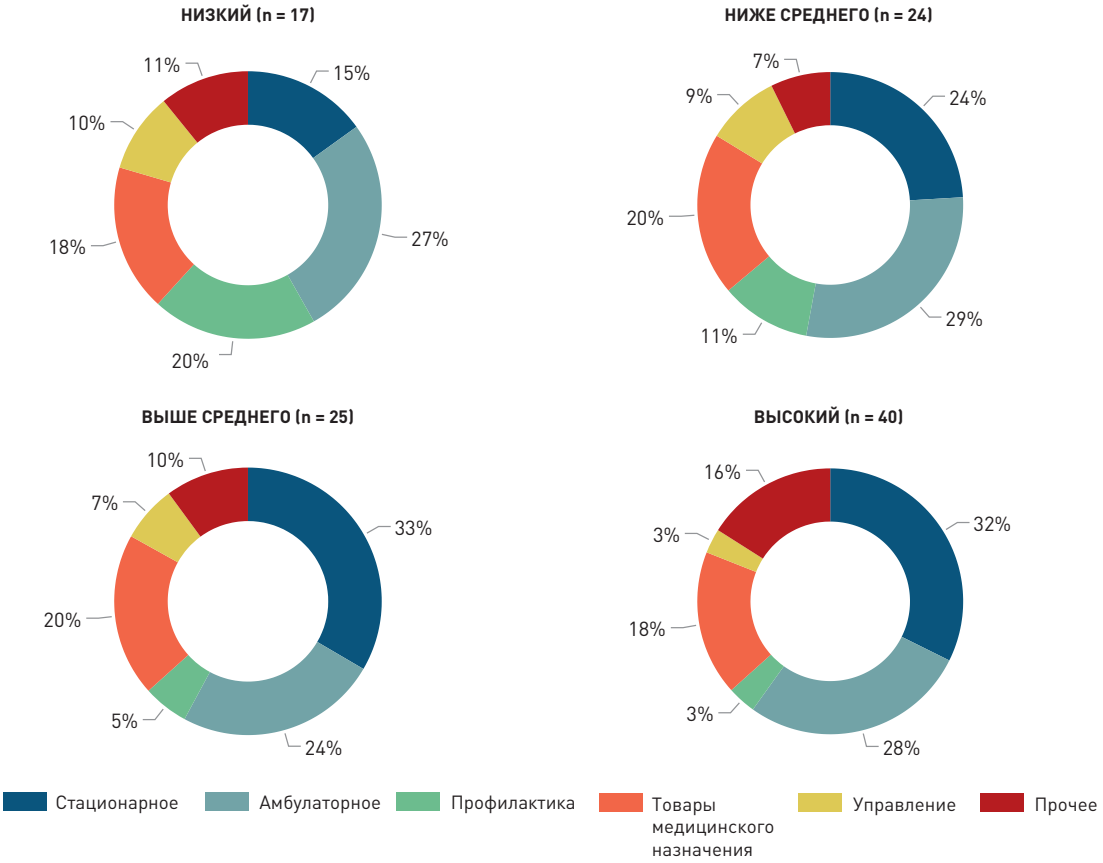
Сто шесть стран сообщали данные о расходах на здравоохранение в разбивке по функциональным категориям, и 52 страны смогли дезагрегировать эти данные на источники финансирования. Стационарное медицинское обслуживание включает все товары медицинского назначения и все виды лечения в условиях стационара, такие как уход, диагностические тесты, койко-места в больницах, лекарственные препараты и другие товары медицинского назначения *[4]*. Наиболее существенные различия между странами наблюдаются в расходах на стационарное медицинское обслуживание: от 15% расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем дохода до 33% в странах с уровнем дохода выше среднего (рисунок 1.19).

Амбулаторное медицинское обслуживание включает медицинские и диагностические услуги, а также лекарственные средства, предоставляемые амбулаторным пациентам. Расходы на амбулаторное медицинское обслуживание составляют от 24% до 29% расходов на здравоохранение в странах с любым уровнем дохода. И стационарное, и амбулаторное медицинское обслуживание может включать лечебную, реабилитационную и долгосрочную помощь *[4]*.

Категория товаров медицинского назначения включает лекарственные средства и медицинские изделия, приобретаемые вне стационарных и амбулаторных медицинских учреждений. Поскольку некоторые медицинские изделия предоставляются как часть стационарного или амбулаторного обслуживания *[4]*, категория «товаров медицинского назначения» — это лишь часть расходов на лекарственные средства и товары медицинского назначения. Расходы на товары медицинского назначения составляли в среднем одну пятую (18%-20%) расходов на здравоохранение во всех странах, независимо от уровня дохода.

РИСУНОК 1.19 Страны с более высоким уровнем дохода, как правило, расходовали больше на стационарное медицинское обслуживание, а страны более низким уровнем дохода — на профилактику

Расходы на здравоохранение в разбивке по функциональным категориям и группам по уровню дохода, за последний год, по которому есть данные



Примечание. «Прочее» включает обслуживание на дому и дневной уход, вспомогательные услуги и другие медико санитарные услуги, не отнесенные к другим категориям.

Наблюдаются существенные различия между группами стран в плане процентного отношения расходов на профилактику к общей сумме расходов на здравоохранение. Профилактическое обслуживание включает иммунизацию, медицинский осмотр, санитарное просвещение, выявление заболеваний, эпидемиологический надзор, программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и т.п. *[4, 5]*. В странах с высоким уровнем дохода расходы на профилактическое обслуживание составляли всего лишь 3% расходов на здравоохранение, в то время как в странах с низким уровнем дохода их доля достигала 20%. Это отчасти объясняется тем, что в странах с высоким уровнем дохода процедуры и технологии лечения являются более сложными, из-за чего стоимость медицинского обслуживания в целом выше.

Из-за ограниченности ресурсов в странах с низким уровнем дохода основная часть средств расходуется на базовое медицинское обслуживание. Однако тот факт, что в странах с низким уровнем дохода более значительная доля средств расходуется на профилактику, не означает, что у этих стран достаточно ресурсов для покрытия этих расходов: в абсолютном выражении эта сумма чрезвычайно мала – 7 долл. США на душу населения. Масштабы профилактического обслуживания зависят от возможностей действующей в стране системы оказания услуг. Расходы на общепопуляционные профилактические мероприятия, такие как эпидемиологический надзор, выявление

заболеваний и предотвращение факторов риска, легче отделить от расходов на лечение. Однако расходы на индивидуальное профилактическое обслуживание трудно выделить в отдельную категорию, поскольку во многих случаях они тесно интегрированы в расходы на амбулаторное или даже стационарное медицинское обслуживание. Из-за этого расходы на профилактику оказываются заниженными, и это особенно характерно для стран с высоким уровнем дохода.

В странах с низким уровнем дохода расходы на управление системой здравоохранения в среднем составляли более значительную долю расходов на здравоохранение, чем в других группах стран по уровню дохода. Управление включает администрирование здравоохранения и системы его финансирования, в том числе функции координации, планирования, менеджмента, мониторинга и оценки *[4]*. В странах с низким уровнем дохода административные расходы составляли в среднем 10% расходов на здравоохранение, в странах с уровнем дохода ниже среднего – 9%, в странах с уровнем дохода выше среднего – 7%, а в странах с высоким уровнем дохода – 3%. В целом системы, которые являются более фрагментированными в плане оказания услуг или финансирования, требуют больше ресурсов на цели управления, что, вероятно, отчасти объясняет различия между разными группами стран по уровню дохода.

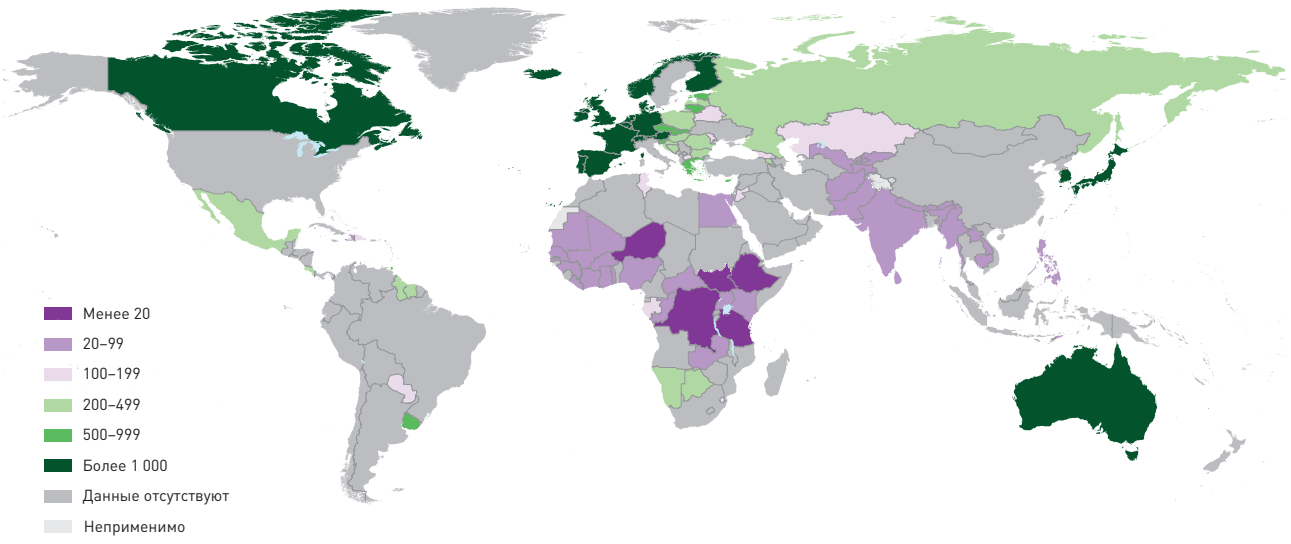
Дневной уход и обслуживание на дому могут обеспечивать оказание лечебной, реабилитационной и долгосрочной помощи. Поэтому определенная часть расходов на дневной уход и обслуживание на дому, а также расходы на вспомогательные медицинские услуги (такие как лабораторные исследования) и расходы, не отнесенные к другим категориям, включены в категорию «прочее» (рисунок 1.19) *[4]*.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПО-ПРЕЖНЕМУ ФИНАНСИРОВАЛАСЬ В ОСНОВНОМ ИЗ ЧАСТНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Расходы на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) составляли в среднем более половины всех расходов на здравоохранение в 2018 г. (вставка 1.1). Многие страны с высоким уровнем дохода расходовали на ПМСП более 1 000 долл. США в расчете на душу населения, в то время как некоторые страны расходовали на эти цели менее 20 долл. США (рисунок 1.20). В этом смысле уровень дохода не является единственным определяющим фактором. Между странами с одинаковым уровнем дохода существовали значительные различия в расходах на ПМСП.

РИСУНОК 1.20 Страны с высоким уровнем дохода расходовали больше на первичную медико-санитарную помощь в расчете на душу населения

Расходы на первичную медико-санитарную помощь на душу населения, в постоянных ценах в долл. США в 2018 г., за последний год, по которому есть данные



Примечание. Границы стран, изображенные на этой карте, ни в коем случае не отражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах обозначены приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

ВСТАВКА 1.1

Глобальное определение расходов на первичную медико-санитарную помощь для целей межстранового сравнительного анализа данных

Система счетов здравоохранения 2011 г. не содержит какой-либо стандартной классификации данных по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая может определяться по-разному в зависимости от того, в чем заключатся цель. Она может определяться в зависимости от уровня поставщиков (классификация HP), вида оказываемых услуг (классификация HC), либо сочетания того и другого (HPxHC). Глобальное определение ПМСП должно служить своего рода стандартом для межстранового сравнения при полном понимании того, что страны организуют свои системы по-разному, и какое-то одно определение ПМСП не будет одинаково актуальным для всех стран *[6]*.

Нынешнее определение расходов на ПМСП, сформулированное ВОЗ в результате глобальных консультаций, основано на классификации по видам услуг (классификации HC). Расходами на ПМСП считаются следующие категории расходов в функциональной классификации медико-санитарных услуг.

- Общая лечебная медицинская помощь (обращение к врачу общей практики или медсестре).
- Стоматологическая амбулаторная помощь (в том числе посещение врача для регулярного осмотра и других процедур лечения полости рта).
- Амбулаторная лечебная медицинская помощь, не отнесенная к другим категориям (за исключением специализированной амбулаторной медицинской помощи).
- Лечебная медицинская помощь на дому (например, вызов врача общей практики или медсестры на дом).
- Долгосрочная медицинская помощь в амбулаторных условиях и на дому.
- Профилактика (в том числе иммунизация, медосмотры, санитарное просвещение, выявление заболеваний, мониторинг и неотложная медицинская помощь).
- 80% расходов на товары медицинского назначения, предоставляемые вне системы медико-санитарного обслуживания.
- 80% административных расходов и расходов на управление системой здравоохранения.

Товары медицинского назначения в классификации HC включают лекарственные средства, приобретаемые вне стационарных и амбулаторных медицинских учреждений (в аптеках и магазинах) или оплачиваемые отдельно от платы за консультацию врача. Компонент ПМСП, связанный с товарами медицинского назначения, включает только товары общего назначения и лекарственные средства, применяемые без рецепта врача в амбулаторных условиях. Он не включает товары медицинского назначения для оказания специализированных стационарных и амбулаторных услуг. Согласно результатам нашего анализа, в котором мы руководствовались этими критериями и предположили, что большинство зарегистрированных расходов на товары медицинского назначения являются расходами на ПМСП, мы установили, что 80% расходов на товары медицинского назначения являются расходами на ПМСП согласно этому глобальному определению *[7]*.

Функции управления в основном имеют отношение к администрированию, разработке и применению правил и управлению финансированием здравоохранения. Разработка политики, ее проведение и координация являются общепопуляционными мерами вмешательства в более широком контексте общественного здравоохранения и поэтому считаются ПМСП. Согласно этим критериям, 80% расходов, относящихся к категории расходов на управление, считаются расходами на ПМСП *[7]*.

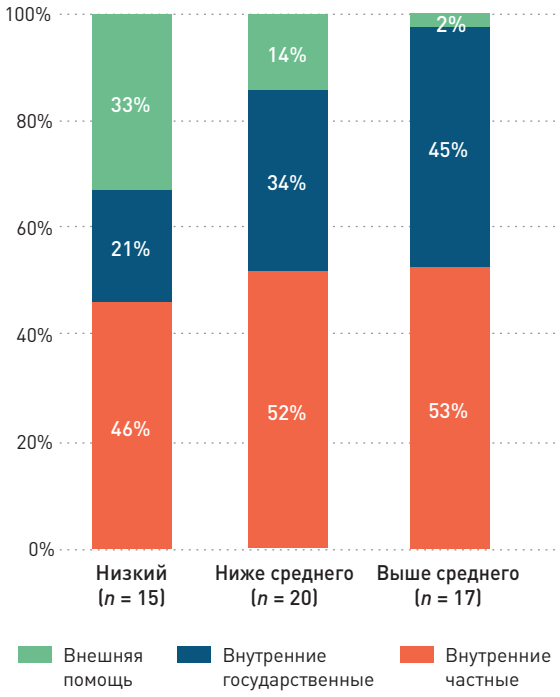
Между группами стран по уровням дохода существовали различия в плане источников финансирования ПМСП. В странах с низким уровнем дохода около одной пятой расходов на ПМСП финансировалась из государственных источников. В странах с уровнем дохода ниже среднего государство оплачивало более одной трети этих расходов, а в странах с уровнем дохода выше среднего – более 40% (рисунок 1.21). Из частных внутренних источников финансировалась примерно половина расходов на ПМСП в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего, что свидетельствует о том, что ПМСП все еще во многом определяется рыночными факторами.

В странах с низким уровнем дохода 33% расходов на ПМСП финансировались за счет внешней помощи. В странах с уровнем дохода ниже среднего из этого источника финансировалось в среднем 14% расходов на ПМСП. Страны с уровнем дохода выше

среднего не особенно сильно зависели от внешней помощи (2%). Во многих случаях внешняя помощь предоставляется строго на конкретные программы и мероприятия. Она является важным источником финансирования приоритетных программ общественного здравоохранения, таких как программы иммунизации, охраны здоровья матери и ребенка и профилактики инфекционных заболеваний. Более подробный анализ расходов на конкретные заболевания и программы см. в главе 2.

РИСУНОК 1.21 Расходы на первичную медико-санитарную помощь финансировались в основном из частных источников

Расходы на первичную медико-санитарную помощь в разбивке по источникам финансирования и группам стран по уровню дохода, за последний год, по которому есть данные



Примечание. Данные по странам с высоким уровнем дохода не представлены, поскольку имеется слишком мало информации о расходах в разбивке по источникам финансирования.

Заключение

В 2018 г. глобальные расходы на здравоохранение увеличились в абсолютном выражении, но впервые за последние два десятилетия темпы роста этих расходов оказались медленнее темпов роста мировой экономики. В последние два десятилетия структура источников финансирования расходов на здравоохранение практически не изменилась. Уровень расходы домашних хозяйств из собственных средств остается высоким, и доля этих расходов в общей сумме расходов на здравоохранение сокращается гораздо более медленными темпами, чем хотелось бы. Кроме того, многие страны с низким уровнем дохода все еще сильно зависят от внешнего финансирования.

В 2020 г. на мир обрушилась пандемия COVID-19, причинившая ущерб здоровью населения, системам здравоохранения и экономическим системам всех стран мира. Как описано в главе 4, высокая степень зависимости от внешнего финансирования и значительная доля расходы домашних хозяйств из собственных средств в качестве источника финансирования расходов на здравоохранение являются «предпосылками» для того, что страны могут оказаться более уязвимыми от макроэкономических и финансовых проблем, вызванных кризисом, связанным с COVID-19. То, как политика в целом отреагирует на этот шок, будет иметь долгосрочные последствия для финансирования здравоохранения. Устоявшиеся структуры расходов на здравоохранение, скорее всего, изменятся, но уроки, усвоенные из опыта прошлых лет, учат нас тому, как пережить эти потрясения, связанные с COVID-19, и переориентировать будущие системы.

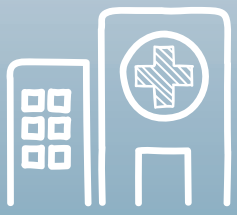
Примечания

1. В этом докладе термин «внутренние государственные» источники финансирования расходов обозначает трансферты из государственного бюджета и обязательные отчисления на социальное медицинское страхование. Расходы, финансируемые из внутренних государственных источников, также называются «государственными» расходами.
2. В этом докладе средние показатели по группам стран не учитывают страны с населением менее 600 000 человек.
3. Классификация групп стран по уровню дохода в настоящем докладе соответствует классификации Всемирного банка 2018 г., если не указано иначе.
4. Совокупные государственные расходы указаны согласно определению в Системе национальных счетов. Ее основными компонентами являются промежуточное потребление, оплата труда наемных работников, проценты, социальные пособия, социальные трансферты в натуральной форме, субсидии, другие текущие расходы и капитальные расходы центрального правительства, региональных и местных органов государственного управления, а также фондов социального обеспечения *[3]*.

Библиография

1. WHO. New perspectives on global spending for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2017. Имеется по адресу: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/55650141/en.
2. WHO. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization; 2018. Имеется по адресу: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57720661/en.
3. OECD. Health at a glance: EBPope 2020. Paris: OECD Publishing; 2020. Available from: https://ec.EBPopa.eu/health/state/glance_en.
4. OECD. EBPostat and WHO. A system of health accounts 2011: revised edition. Paris: OECD Publishing; 2017. Имеется по адресу: https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1.10.
5. OECD. Expenditure on prevention activities under SHA 2011: supplementary guidance. Paris: OECD Publishing; March 2017. Имеется по адресу: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57873371/en.
6. Vande Maele N, Xu K, Soucat A, Fleisher L, Aranguren M, Wang H. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. BMJ Glob Health. 2019;4:e001497. Имеется по адресу: https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001497.full.pdf.
7. WHO. Estimation of primary health care expenditure: technical note for discussion. Geneva: World Health Organization; December 2019. Имеется по адресу: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57752201/en.

CO-TRIMOXAZOLE
TABLETS IP
O.R.S



2

Расходы на конкретные заболевания:

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ СТРАНАМИ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА

ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Программы борьбы с инфекционными и паразитарными заболеваниями в странах с низким и средним уровнем дохода финансировались в основном за счет внешней помощи на цели здравоохранения, в то время как расходы, связанные с неинфекционными заболеваниями, финансировались по большей части из внутренних государственных источников.

- Анализ расходов на конкретные заболевания основан на данных по 40 странам с низким и средним уровнем дохода, полученных с использованием стандартных методов сбора и оценки данных.
- В странах с низким уровнем дохода расходы на инфекционные болезни составляли более половины, а в странах со средним уровнем дохода – одну треть совокупных расходов на здравоохранение. Расходы на неинфекционные заболевания составляли около 30% совокупных расходов на здравоохранение в странах со средним уровнем дохода и порядка 13% в странах с низким уровнем дохода.
- В странах с низким и средним уровнем дохода две трети общего объема внешней помощи на цели здравоохранения использовались для финансирования расходов на инфекционные болезни. В странах со средним уровнем дохода только на ВИЧ расходовалась почти половина объема внешней помощи на цели здравоохранения.
- Из общей суммы расходов на неинфекционные заболевания в странах с низким уровнем дохода 37% финансировались из внутренних государственных источников и 15% — за счет внешней помощи. В странах со средним уровнем дохода 59% этих расходов финансировались из внутренних государственных источников и 2% — за счет внешней помощи.

Анализ расходов на конкретные заболевания основан на данных по 40 странам с низким и средним уровнем дохода, полученных с использованием стандартных методов сбора и оценки данных.

Информация о том, как расходы на здравоохранение распределяются между конкретными заболеваниями и программами, может быть полезной для разработки и проведения политики и оценки эффективности работы. В глобальном масштабе отслеживание расходов на конкретные заболевания все еще находится на ранней стадии. Что же касается анализа расходов на конкретные заболевания в разбивке по источникам финансирования, то это представляется еще более сложной задачей, особенно если речь идет о частных расходах. Тем не менее, некоторые страны с низким и средним уровнем дохода начали предоставлять подробные данные на этот счет, в то время как ситуация в плане методологии, наличия данных, их доступности и достоверности продолжает улучшаться.

В настоящей главе анализируются расходы на здравоохранение в разбивке по различным категориям заболеваний и программам. Вначале обсуждаются методы сбора и оценки данных, после чего представлены выводы и результаты, начиная с расходов на конкретные заболевания в процентном отношении к совокупным расходам на здравоохранение, затем разбираются три основных источника финансирования этих расходов, а в заключение на примере одной страны анализируются функции системы здравоохранения применительно к важнейшим заболеваниям и программам. Если не указано иначе, все цифры в настоящей главе являются показателями за 2018 г.

Подробный анализ структуры финансирования расходов на конкретные заболевания может способствовать более обоснованному и эффективному принятию решений в условиях ограниченности ресурсов, например, в странах с низким и средним уровнем дохода, о которых идет речь в настоящей главе *[1, 2]*. Наличие информации о том, сколько расходуется на профилактику и лечение конкретных заболеваний, представляло интерес с точки зрения политики многие десятилетия – это можно проследить еще на примере проведенных в середине двадцатого века исследований в стране, которая тогда называлась Югославией *[3]*. Однако единственное такое исследование, которое охватывало весь перечень заболеваний и все источники финансирования, было проведено Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в десятке стран в 2003-2011 гг. *[4]*. Если не считать этого исследования, многочисленные работы о расходах на конкретные заболевания редко включают информацию по всем без исключения заболеваниям, условиям и источникам финансирования. В публикациях анализируется какое-то одно заболевание или какой-то один источник финансирования, что не позволяет сравнить данные по разным странам или сопоставить данные по расходам на разные заболевания в одной и той же стране *[5, 6]*. Слишком часто суммирование цифр по расходам на конкретные заболевания дает общие показатели, превышающие совокупные расходы страны на здравоохранение. Результаты анализа, представленного в докладе ОЭСР, и то, что содержится в настоящем докладе, — это единственные две попытки применить стандартную методологию и использовать фактические данные по расходам. Оба анализа основаны на оценочных показателях по странам, и использованные в них данные представлены министерствами здравоохранения и статистическими службами, но не являются результатом моделирования *[7]*.

Отслеживая расходы на здравоохранение, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) учитывает только фактические расходы страны исключительно на комплексной основе с использованием стандартных методов. В феврале 2014 г. ВОЗ и ее партнеры приняли решение оказывать странам техническую помощь в составлении полных счетов здравоохранения в разбивке по заболеваниям, включающих пять широких категорий, представляющих собой определенное сочетание функциональной и анатомической классификации, по большей части основанных на международной классификации болезней (вставка 2.1)[1]. Переход на междисциплинарный метод отслеживания потоков

расходов на здравоохранение, связанных с конкретными заболеваниями, с применением стандартной системы учета представляется более целесообразным в техническом отношении, чем частичные методологии, использовавшиеся в других исследованиях (вставка 2.1). Этот метод, несмотря на некоторые недостатки, обеспечивает внутреннюю согласованность и обеспечивает оптимальное соотношение затрат и результатов (вставка 2.2). Он сводит к минимуму многочисленные параллельные усилия по сбору данных, является менее трудоемким методом и требует меньше времени. Кроме того, он способствует созданию в стране институциональных возможностей.

Продолжается работа, призванная помочь странам отказаться от исследований счетов здравоохранения, проводимых в разовом порядке и часто финансируемых из внешних источников или проводимых внешними сторонами, и установить основополагающие механизмы, которые должны помочь странам институционализировать процесс регулярного составления и использования данных о расходах в целях разработки политики. Страны должны получить возможность инвестировать средства в укрепление системы и наращивание потенциала, по крайней мере для основной группы специалистов, отвечающих за эти процессы, с тем чтобы сбор данных мог в меньшей степени зависеть от проведения обследований в масштабе страны и проводиться на регулярной основе в рамках государственной системы. Поскольку этот новый подход согласуется с установившимися системами вертикального отслеживания ресурсов, выделяемых на профилактику и лечение различных заболеваний и на различные программы, ВОЗ приступила к разработке ряда переходных мер, призванных обеспечить гармонизацию и операционную совместимость и сохранить временные ряды данных[2].

В настоящей главе обсуждаются 40 стран с низким и средним уровнем дохода, по которым удалось получить соответствующие данные. Проанализированные страны представляют собой крупную выборку стран, получающих помощь на цели развития. Около половины (17) этих стран являются странами с низким уровнем дохода, и в исследовании 17 стран с уровнем дохода ниже среднего и 6 стран с уровнем дохода выше среднего были агрегированы в одну группу из 23 стран со средним уровнем дохода. Из этих 40 стран 27 представляют Африканский регион ВОЗ (приложение 2)[3]. В этих 40 странах живут 14% населения мира, и они получают 54% внешней помощи на цели здравоохранения. На них приходится 55% общемирового годового показателя материнской смертности *[8]*, и материнская смертность составляет в среднем 304 на 100 000 живорождений, что примерно на 100 смертей больше среднемирового показателя, составляющего 211[4]. Двадцать из них относятся к числу 48 стран с наибольшим бременем туберкулеза, 30 входят в список FP2020 организации Планирование семьи 2020, включающий 69 стран, 29 получили гранты от Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), еще 39 получили грант от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и 10 являются странами с высоким бременем забытых тропических болезней, считающихся приоритетными в плане профилактики, борьбы и полной и частичной ликвидации этих болезней[5] (приложение 2). Интерес к тем или иным заболеваниям или программам зависит от эпидемиологической ситуации в странах. Прилагаются усилия к активизации сотрудничества с целью получения определенных сумм средств для покрытия расходов на питание и борьбу с забытыми тропическими болезнями, несмотря на то что они составляют минимальную долю расходов стран на здравоохранение (вставка 2.3).

ВСТАВКА 2.1

Классификация заболеваний и программ в соответствии со Системой счетов здравоохранения

Система счетов здравоохранения (ССЗ) используется странами в качестве руководства для учета и отчетности по расходам на здравоохранение в разбивке по заболеваниям и программам стандартным и обеспечивающим сопоставимость данных методом *[9]*. Эту систему можно вкратце описать следующим образом: расходы страны на здравоохранение подразделяются на пять основных взаимоисключающих категорий заболеваний – инфекционные и паразитарные заболевания, заболевания репродуктивной системы, болезни, вызванные дефицитом питательных веществ и недостаточным питанием, неинфекционные заболевания и травмы. Каждая из этих категорий может быть дезагрегирована исходя из задач политики, приоритетность которых определяется эпидемиологической ситуацией в стране. Например, расходы на профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии могут быть выделены в отдельную категорию из более широкой категории инфекционных и паразитарных заболеваний. Или же в странах с высоким бременем туберкулеза расходы на профилактику и лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью могут учитываться отдельно от расходов на лекарственно-чувствительный туберкулез (приложение 3).

В настоящем докладе расходы представлены и обсуждаются в разбивке по следующим категориям.

Инфекционные и паразитарные болезни
- ВИЧ/СПИД и другие болезни, передаваемые половым путем (БППП)
- Туберкулез
- Малярия
- Забытые тропические болезни (ЗТБ)

Заболевания репродуктивной системы
- Состояния, связанные с материнством
- Планирование семьи

Болезни, вызванные дефицитом питательных веществ и недостаточным питанием

Неинфекционные заболевания (НИЗ)

Травмы

Прочие и неустановленные заболевания/состояния

Расходы на иммунизацию относятся к категории расходов на инфекционные и паразитарные заболевания, так что отдельно их проследить невозможно. Однако в настоящей главе расходы на программы иммунизации учитываются отдельно от расходов на инфекционные и паразитарные заболевания. Двойного учета не происходит, поскольку расходы на иммунизацию отслеживаются по отдельной классификации – по функциональным категориям расходов на здравоохранение. В этой главе цифры, связанные с ВИЧ/СПИДом, включают также расходы на заболевания, передаваемые половым путем. Расходы, связанные с ВИЧ/туберкулезом, отнесены к категории расходов на ВИЧ/СПИД, а не к отдельной категории туберкулеза, поскольку туберкулез считается заболеванием, сопутствующим ВИЧ/СПИДом (приложение 3).

ВСТАВКА 2.2

Методология оценки расходов на конкретные заболевания

Расходы на профилактику и лечение заболеваний включают целый ряд компонентов, связанных со здравоохранением, — лекарственные средства, товары медицинского назначения и медицинские принадлежности, кадровые ресурсы – как в местах оказания услуг, в которых люди получают медико-санитарные услуги, так и на уровне централизованного руководства и управления системой здравоохранения. При выделении средств можно довольно легко определить, по каким статьям и на какие цели расходуются средства, то есть на какие заболевания или программы, например, расходы на такие лекарственные средства, как инсулин, относятся к категории диабета, на антиретровирусные препараты – к категории ВИЧ/СПИДа, расходы на оплату труда врачей и медсестер, работающих в психиатрических больницах, – к категории психического здоровья, а расходы на оплату труда акушерок, работающих в родильных отделениях, – к категории репродуктивного здоровья.

Другие, неклассифицированные статьи расходов на управление системой здравоохранения или расходов, в целом связанных с оказанием услуг, таких как оплата счетов за воду и электричество или оплату труда сотрудников министерства здравоохранения или персонала больниц общего профиля, должны подразделяться на категории заболеваний. Это лежит в основе набора *кодов распределения*, проиллюстрированного в следующем уравнении:

$$exp_{dis_i} = exp_{specific_dis_i} + exp_{non-specific_dis_i},$$

где *exp* означает «расходы» и *dis_i* — «на заболевание *i*».

Подробную информацию о распределении неклассифицированных статей финансирования, таких как заработная плата сотрудников министерства здравоохранения, с использованием кодов распределения по заболеваниям можно найти в методическом руководстве, доступ к которому можно получить в центре документации ВОЗ. Вкратце это можно описать следующим образом: суммы расходов дезагрегируются по заболеваниям или при помощи специальной программы с использованием разделенных ключей, основанных на двух единицах информации – пользование услугами, то есть количество случаев или зарегистрированных обращений к врачу в разбивке по диагнозам и/или симптомам, зарегистрированным постоянно действующей системой медико-санитарной информации, и ресурсоемкость каждого вида услуг, рассчитанная либо путем калькуляции стоимости, либо путем взвешивания затрат на амбулаторный прием в сравнении со стоимостью пребывания в стационаре.

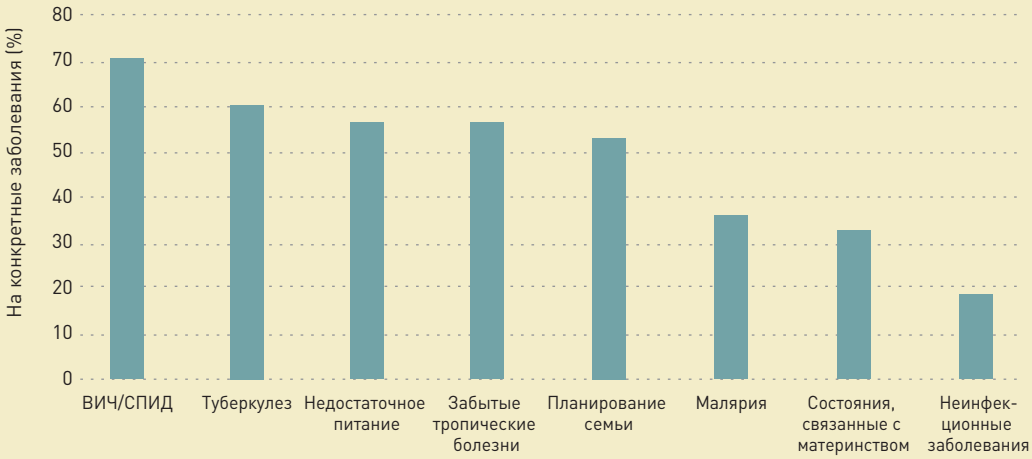
Анализируя документацию, мы, главным образом, оценивали объем расходов, непосредственно связанных с конкретными заболеваниями или программами в 12 странах[1]. Согласно предварительным результатам, такие расходы в среднем составляли 28% расходов страны на здравоохранение. Эта цифра менялась в зависимости от источника финансирования, но в среднем составляла 69% расходов на здравоохранение, финансируемых из внешних источников, но менее 25% расходов, финансируемых из внутренних государственных или внутренних частных источников (рисунок 1 во вставке)[2].

РИСУНОК 1 ВО ВСТАВКЕ Доля расходов на конкретные заболевания, в разбивке по источникам финансирования; данные по 12 странам

Расходы, финансируемые из внутренних частных источников, труднее классифицировать на заболевания и программы, чем расходы, финансируемые из других источников. Страны могут не иметь доступа к подробной информации о расходах из собственных средств в разбивке по заболеваниям. Источником информации для расчета показателей по расходам из собственных средств являются обследования домашних хозяйств, но в таких обследованиях расходы домашнего хозяйства на медицинское обслуживание не подразделяются на заболевания и состояния, поскольку такие обследования по своей сути основаны на самостоятельном сообщении информации, а не на данных медицинских учреждений. Продолжается сотрудничество в области разработки модулей расходов на здравоохранение в рамках обследований домашних хозяйств, а по возможности и непосредственно в рамках постоянно действующей системы медико-санитарной информации3. Когда такие модули будут внедрены, результаты, получаемые страновыми группами, сделают оценки гораздо более точными, учитывая объем расходов на здравоохранение, финансируемых из внутренних частных источников в этих странах с низким и средним уровнем дохода. Ситуация выглядит по-разному в разных странах. Некоторые из них поставили на институциональную основу регулярную публикацию своих счетов здравоохранения, с тем чтобы регулярно обновлять информацию о расходах граждан из собственных средств в разбивке по заболеваниям. Примерами таких стран являются Буркина Фасо, где источником информации служат обследования на уровне медицинских учреждений, проводимые каждые два-три года, и Габон, где используются фактические данные, получаемые напрямую от аптек. В других странах расходы, не классифицируемые по конкретным заболеваниям, финансируемые из внутренних частных источников, разделяются на категории на основе разбивки аналогичных расходов, финансируемых из государственных источников[4].

Во всех 12 странах статьи расходов на конкретные заболевания составляли в среднем от примерно 70% расходов на ВИЧ/СПИД до 20% расходов на неинфекционные заболевания (рисунок 2 во вставке). Эти суммы отражали, среди прочего, расходы на конкретные товары медицинского назначения – в случае ВИЧ/СПИД это антиретровирусные препараты, лабораторные реагенты для определения содержания CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки, и презервативы, распространяемые в рамках национальной программы профилактики ВИЧ/СПИДа, – а также на конкретные мероприятия для ключевых групп населения, такие как информационно-разъяснительные кампании и консультирование работников секс-индустрии и их клиентов и добровольное мужское обрезание для снижения риска заражения ВИЧ.

РИСУНОК 2 ВО ВСТАВКЕ Расходы на конкретные заболевания в процентном отношении к расходам на некоторые категории заболеваний или программы; данные по 12 странам



Представленные в настоящей главе цифры по расходам следует рассматривать с осторожностью, учитывая ограниченные возможности существующих систем медико-санитарной информации в плане точности, своевременности и полноты данных в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода *[10, 11, 12]* и значительную долю расходов, не связанных с конкретными заболеваниями, в общей сумме расходов на некоторые категории заболеваний, особенно на неинфекционные заболевания.

1. Афганистан, Буркина-Фасо, Кабо-Верде, Центральноафриканская Республика, Кот д'Ивуар, Эсватини, Габон, Мали, Мавритания, Нигерия, Сан-Томе и Принсипи и Того.
2. Внутренние частные источники финансирования включают собственные средства граждан, добровольные отчисления на медицинское страхование и финансируемые из местных источников расходы предприятий и неправительственных организаций. Внутренние государственные источники финансирования включают трансферты из государственного бюджета и отчисления на социальное медицинское страхование. Внешняя помощь – это финансирование расходов за счет средств, поступающих из-за рубежа как по государственным, так и по другим каналам.
3. Имеется в виду включение финансового модуля в систему District Health Information Software 2 (DHIS2), крупнейшую в мире онлайновую платформу медико-санитарной информации, используемую 73 странами с низким и средним уровнем дохода для сбора информации о расходах и эпидемиологических данных. https://www.dhis2.org/home.
4. Во многих странах эти цифры могут корректироваться, с тем чтобы бесплатные услуги не учитывались аналогичным образом, например, в случае лечения туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, планирования семьи и т.п. Тем не менее, то, насколько часто пользователи действительно не оплачивают эти услуги, остается под вопросом.

ВСТАВКА 2.3

Растет интерес к дезагрегированным данным о расходах на питание и забытые тропические болезни

Несмотря на то, что лишь немногие страны учитывают данные о расходах на здравоохранение в разбивке по категориям питания и забытым тропическим болезням, интерес к отслеживанию таких расходов растет.

В последнем Глобальном докладе о питании, в котором отслеживается выполнение обязательств, принятых 100 заинтересованными сторонами, включая доноров, правительства, компании, гражданское общество и Организацию Объединенных Наций, организации, занимающиеся вопросами питания, отметили, ссылаясь на Доклад о глобальных расходах на здравоохранение за 2018 г., что расходы на питание были наименее приоритетной категорией государственных расходов на здравоохранение из всех категорий заболеваний *[13]*. В результате ранее проведенной работы в Эфиопии, где в 2016 г. 38% всех детей в возрасте до пяти лет отставали в росте, была разработана Национальная программа в области питания на 2016-2020 гг., стратегия реализации которой предусматривала принятие доказавших свою эффективность мер в области питания, основанных на многоотраслевом подходе и скоординированных между правительством и партнерами по развитию. Согласно последним данным счетов здравоохранения, расходы на решение проблем, связанных с недостаточностью питания, составили 14% расходов Эфиопии на здравоохранение, по сравнению с 3%, расходуемыми на эти цели 26 другими африканскими странами, предоставляющих дезагрегированную информацию о расходах на питание.

Что касается забытых тропических болезней, то в плане действий на период до 2030 г., одобренном семьдесят третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения, установлены глобальные цели и ориентиры по профилактике 20 заболеваний и групп заболеваний, борьбы с ними, их элиминации и искоренению *[14]*. Отказываясь от вертикальных программ борьбы с конкретными заболеваниями и внедряя межсекторальные подходы, Ассамблея стремится способствовать повышению эффективности координации и сотрудничества, с тем чтобы забытые тропические болезни (ЗТБ) были полностью интегрированы в общий процесс планирования системы здравоохранения и бюджетный цикл.

Еще одной важной задачей является стимулирование правительств стран, местных органов государственного управления и населения к более активному участию в борьбе с ЗТБ. Данные о расходах, которые являются важным показателем приверженности политического руководства поставленным целям, могут способствовать повышению эффективности мониторинга и оценки. Однако для достижения столь амбициозных целей потребуется тесное, целенаправленное и непрерывное сотрудничество на страновом уровне между теми, кто участвует в программе борьбы с ЗТБ, и специалистами, составляющими счета здравоохранения. Во многих эндемичных странах может не существовать какой-то основной программы, охватывающей все ЗТБ, но могут реализовываться программы борьбы с любыми из заболеваниями, входящими в список из 20 ЗТБ. Отсутствие интегрированной институциональной структуры программ в области борьбы с ЗТБ не позволяет систематически отслеживать данные по расходам, связанным с ЗТБ, и выделять их в отдельную категорию. Например, специалисты, занимающиеся составлением счетов здравоохранения, часто не имеют возможности подсчитать объем лекарственных средств, предоставляемых в порядке гуманитарной помощи или благотворительности, и поэтому могут недооценить фактические расходы на ЗТБ. Когда на веб-сайте ВОЗ будут впервые опубликованы дезагрегированные данные по ЗТБ, эти данные появятся там только по 37 из 48 стран, подробно указывающих связанные с ЗТБ расходы в своих счетах здравоохранения. Остальные 11 стран должны сначала обеспечить соответствие своих данных установленным стандартам качества[1].

1. Например, могут отсутствовать данные о внутренних государственных источниках финансирования расходов на ЗТБ или информация о внешней помощи, которая должна сообщаться страной, получающей лекарственные средства для лечения ЗТБ в порядке гуманитарной помощи.

В странах с низким уровнем дохода расходы на инфекционные болезни составляли половину, а в странах со средним уровнем дохода – одну треть всех расходов на здравоохранение. Расходы на неинфекционные заболевания составляли примерно 30% расходов на здравоохранение в странах со средним уровнем дохода и порядка 13% в странах с низким уровнем дохода.

Структура расходов на здравоохранение в разбивке по заболеваниям меняется в зависимости от уровня дохода страны. В странах с низким уровнем дохода, по которым имеются данные, в среднем 51% средств расходовался на инфекционные и паразитарные заболевания в 2018 г. (рисунок 2.1). В странах со средним уровнем дохода на такие заболевания расходовалась почти треть всех средств, выделяемых для финансирования здравоохранения. В странах со средним уровнем дохода доля расходов на неинфекционные заболевания (29%) была выше, чем в странах с низким уровнем дохода (13%).

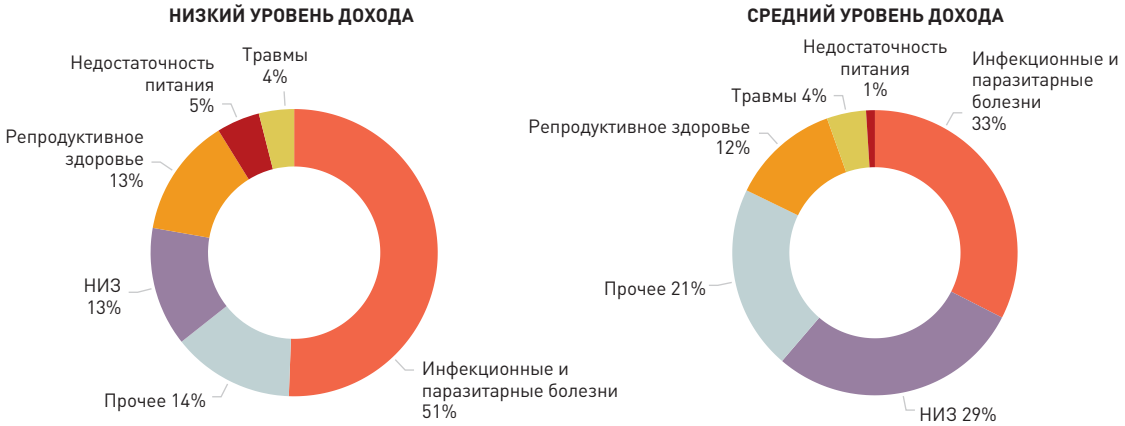
В странах с низким уровнем дохода доля расходов на заболевания, связанные с недостаточностью питания, в совокупных расходах на здравоохранение (5%) была выше, чем в странах со средним уровнем дохода (1%), что свидетельствует о явной корреляции между проблемами, связанными с недостаточностью питания, такими как задержка развития, и уровнем дохода страны. Уязвимыми являются группы населения, которые не могут позволить себе регулярно питаться и не имеют беспрепятственного доступа к чистой воде и санитарии *[15]*.

С другой стороны, на репродуктивное здоровье приходилась одинаковая доля расходов на здравоохранение – примерно 12-13% – в странах с низким и средним уровнем дохода. То же самое касается травм – около 4% расходов на здравоохранение в обеих категориях стран.

К категории «прочее», на которую приходится 14% расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем дохода и 21% в странах со средним уровнем дохода, относятся расходы на общие симптомы, такие как лихорадочное состояние и боли, необязательно связанные с конкретными заболеваниями. В международной классификации

РИСУНОК 2.1 В странах с низким уровнем дохода расходы на инфекционные болезни составляли половину, а в странах со средним уровнем дохода – одну треть всех расходов на здравоохранение. Расходы на неинфекционные заболевания составляли около 30% расходов на здравоохранение в странах со средним уровнем дохода и порядка 13% в странах с низким уровнем дохода.

Расходы, дезагрегированные по заболеваниям и программам, в разбивке по группам стран по уровню дохода, 2018 г.



Примечание. НИЗ – неинфекционные заболевания.

болезней такие расходы относятся к категориям «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях» и «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения».

В странах с низким и средним уровнем дохода две трети средств, получаемых в порядке внешней помощи на цели здравоохранения, расходуются на инфекционные болезни. В странах со средним уровнем дохода только на ВИЧ расходуется почти половина объема внешней помощи на цели здравоохранения.

Наибольшая доля расходов на здравоохранение в странах с низким и средним уровнем дохода финансируется из внутренних частных источников (глава 1)[6]. Именно такая картина наблюдается в 40 странах, проанализированных в данной главе, — 47% в странах с низким уровнем дохода и 45% в странах со средним уровнем дохода. Большинство расходов из внутренних источников составляют расходы из собственных средств в месте оказания услуг. В странах со средним уровнем дохода из внутренних источников финансируется 44% расходов на здравоохранение, а в странах с низким уровнем дохода – всего лишь 22%. При этом страны с низким уровнем дохода финансировали 30% расходов на здравоохранение за счет внешней помощи, что гораздо больше, чем в странах со средним уровнем дохода, где внешняя помощь покрывала 11% расходов.

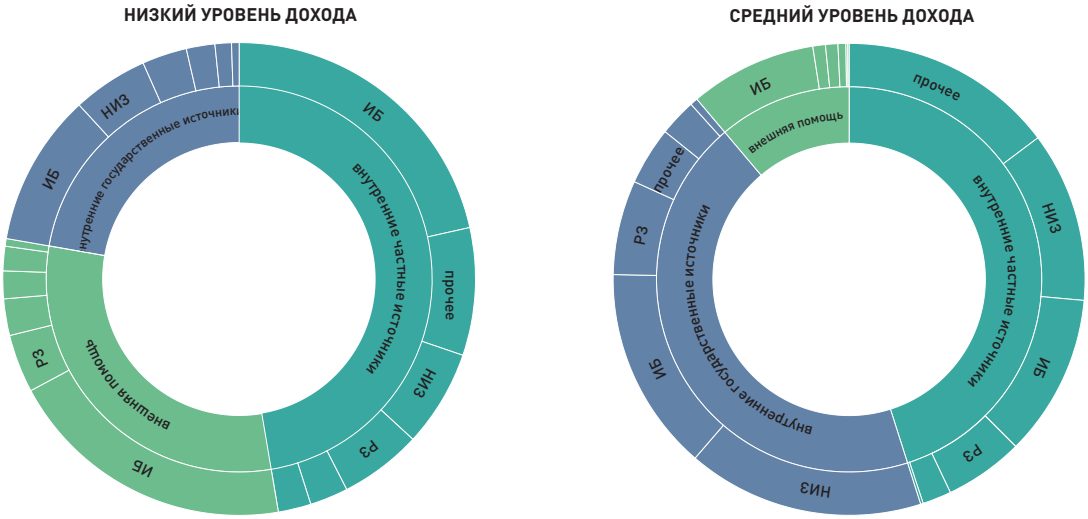
Страны с низким уровнем дохода расходовали свои внутренние государственные средства в основном на инфекционные болезни, в то время как страны со средним уровнем дохода расходовали больше на неинфекционные заболевания. В странах с низким уровнем дохода на инфекционные и паразитарные заболевания расходовалось в среднем 47% средств, выделяемых на здравоохранение из государственного бюджета. Что касается стран со средним уровнем дохода, то там 37% государственных средств расходовались на неинфекционные заболевания. Страны со средним уровнем дохода придавали первостепенное значение инфекционным и паразитарным заболеваниям, расходуя на них 32% государственных средств из внутренних источников (рисунок 2.2.a).

Внешняя помощь использовалась для финансирования расходов на инфекционные и паразитарные заболевания как в странах с низким уровнем дохода, так и в странах со средним уровнем дохода. В странах с низким уровнем дохода на финансирование инфекционных и паразитарных заболеваний выделялось в среднем 65% средств, получаемых в порядке внешней помощи, а в странах со средним уровнем дохода – 78% (см. рисунок 2.2.a). Расходы на ВИЧ на 48% финансировались за счет внешней помощи

в странах со средним уровнем дохода, а категория расходов, объединяющая ВИЧ, туберкулез и малярию, составляла 67% расходов, финансируемых из этого источника, что подтверждает ранее сделанные выводы *[16]*. Внешняя помощь также использовалась для финансирования расходов на репродуктивное здоровье: в странах с низким уровнем дохода на эти цели расходовалось в среднем 13% внешней помощи, а в странах со средним уровнем дохода – 8%.

РИСУНОК 2.2.a Две трети средств, получаемых в порядке внешней помощи, использовались для финансирования расходов на инфекционные болезни: 65% в странах с низким уровнем дохода и 78% в странах со средним уровнем дохода

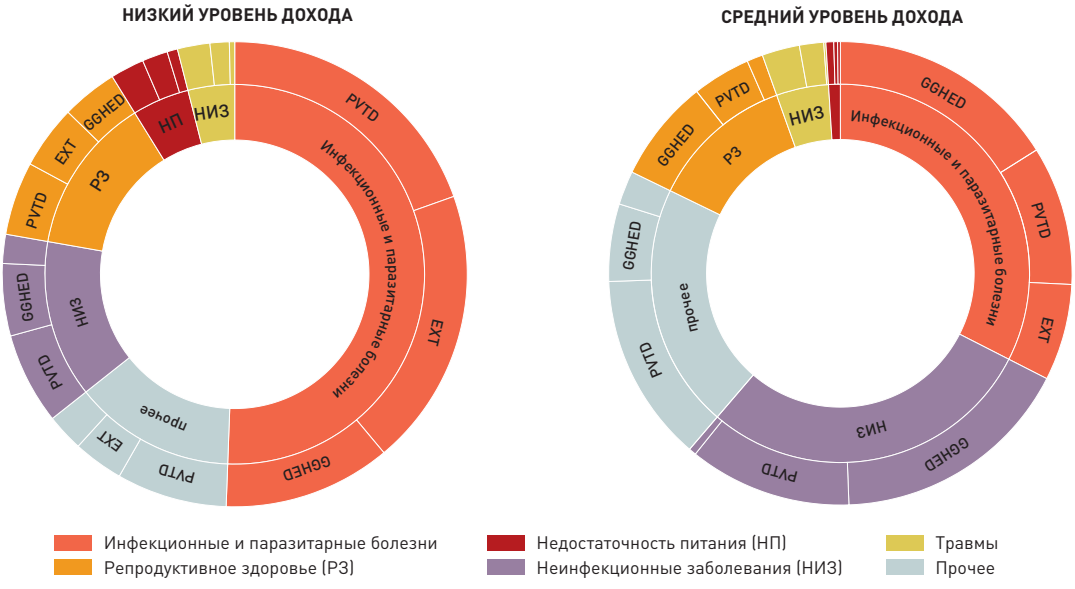
Долевое распределение финансирования из каждого из источников на категории заболеваний и программы, в разбивке на группы стран по уровню дохода, 2018 г.



Примечание. ИБ – инфекционные и паразитарные болезни, РЗ – репродуктивное здоровье, НИЗ – неинфекционные заболевания.

РИСУНОК 2.2.b Из всех расходов на неинфекционные заболевания из внутренних государственных источников финансировалось 37% в странах с низким уровнем дохода и 59% в странах со средним уровнем дохода

Долевое распределение финансирования из каждого из источников на категории заболеваний, в разбивке на группы стран по уровню дохода, 2018 г.



Примечание. GGHED – внутренние государственные источники; EXT – внешняя помощь; PVTD – внутренние частные источники.

В странах со средним уровнем дохода из внутренних государственных источников финансировалось 37% расходов на неинфекционные заболевания, а за счет внешней помощи – 15% этих расходов. В странах со средним уровнем дохода 59% расходов в этой категории финансировались из внутренних государственных источников и 2% — за счет внешней помощи.

В странах с низким уровнем дохода расходы на все категории заболеваний финансировались в основном из внутренних частных источников, из которых покрывалось в среднем 57% расходов на травмы. Доля расходов на инфекционные и паразитарные заболевания, финансируемых из внутренних частных источников, составляла 39%, а на неинфекционные заболевания – 48%. Внешняя помощь на цели здравоохранения была вторым по значимости источником финансирования расходов на инфекционные болезни. За счет этих средств финансировалось 38% таких расходов, что сопоставимо с долей частных источников. Вторым по значимости источником финансирования неинфекционных заболеваний были внутренние государственные средства, за счет которых покрывалось в среднем 37% таких расходов, по сравнению с 15%, которые финансировались за счет внешней помощи (рисунок 2.2.b).

Однако в странах со средним уровнем дохода главным источником финансирования расходов на все категории заболеваний оставались внутренние государственные средства, за счет которых покрывалось 49% расходов на инфекционные и паразитарные заболевания и 59% расходов на неинфекционные заболевания. Другими источниками финансирования расходов на инфекционные болезни, помимо внутренних государственных источников, были внутренние частные источники (из которых покрывалось 30% расходов) и внешняя помощь (21%).

Что касается расходов на неинфекционные заболевания, то вторым по значимости источником их финансирования были внутренние частные средства, покрывавшие в среднем 39% этих расходов. Минимальная доля расходов на неинфекционные заболевания финансировалась за счет внешней помощи – в среднем 2% (см. рисунок 2.2.b).

Конкретные заболевания и программы: внутренние государственные источники и внешняя помощь.

На рисунке 2.3 представлены более подробные данные о значении внутренних государственных источников и внешней помощи для финансирования расходов на ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярию, инфекционные болезни, неинфекционные заболевания, состояния, связанные с материнством, планирование семьи и программы иммунизации. В таблице 2.1 представлены средние показатели расходов по каждой из категорий заболеваний или программ в расчете на одного пациента в разбивке по источникам финансирования (внешняя помощь или внутренние государственные средства) и группам стран по уровню дохода.

РАСХОДЫ НА ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗ И МАЛЯРИЮ ФИНАНСИРУЮТСЯ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗА СЧЕТ ВНЕШНЕЙ ПОМОЩИ, ЧЕМ ИЗ ВНУТРЕННИХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Расходы на **ВИЧ/СПИД** в странах с низким и средним уровнем дохода финансируются в большей степени за счет внешней помощи, чем из государственного бюджета. В большинстве стран с низким и средним уровнем дохода расходы на получающих антиретровирусные препараты ВИЧ инфицированных пациентов в расчете на одного пациента, финансируемые за счет внешней помощи, превышали аналогичные расходы, покрываемые из внутренних государственных источников (рисунок 2.3.a). Три страны — Афганистан, Центральноафриканская Республика и Южный Судан (расположенные на рисунке внизу красной зоны) – явно зависят от внешней помощи для финансирования расходов, относящихся к этой категории. Лишь в немногих странах, в том числе в Грузии, Молдове, Нигере и Узбекистане, из государственного бюджета расходуется больше на профилактику и лечение ВИЧ, чем за счет внешней помощи. Страны с наибольшим числом ВИЧ инфицированных, получающих антиретровирусную терапию (самые большие кружки на рисунке), финансировали больше таких расходов за счет внешней помощи, чем из внутренних государственных источников.

ТАБЛИЦА 2.1 В 2018 г. в странах с низким уровнем дохода внешняя помощь была главным источником финансирования расходов на все категории заболеваний, кроме состояний, связанных с материнством, и неинфекционных заболеваний. Страны со средним уровнем дохода в меньшей степени зависели от внешней помощи как источника финансирования расходов на различные болезни, за исключением расходов на инфекционные болезни

Средние цифры по расходам на различные категории заболеваний/программы в расчете на одного пациента, в разбивке по источникам финансирования и странам по уровням дохода, в долл. США в 2018 г.

		Страны с низким уровнем дохода		Страны со средним уровнем дохода	
Заболевания/программы	Целевая аудитория по каждой группе заболеваний	Внутренние государственные источники	Внешняя помощь	Внутренние государственные источники	Внешняя помощь
Инфекционные и паразитарные болезни	Все население	4	8	22	13
ВИЧ/СПИД	ВИЧ-инфицированные, получающие антиретровирусную терапию	134	836	413	864
Туберкулез	Пациенты, лечащиеся от туберкулеза	181	257	796	388
Малярия	Больные малярией	10	22	51	65
Состояния, связанные с материнством	Беременные женщины	22	14	278	18
Планирование семьи	Женщины фертильного возраста	0.6	1.3	3.3	1.3
Неинфекционные заболевания	Все население	2	1	46	1
Программы иммунизации	Живорожденные дети	6	18	81	17

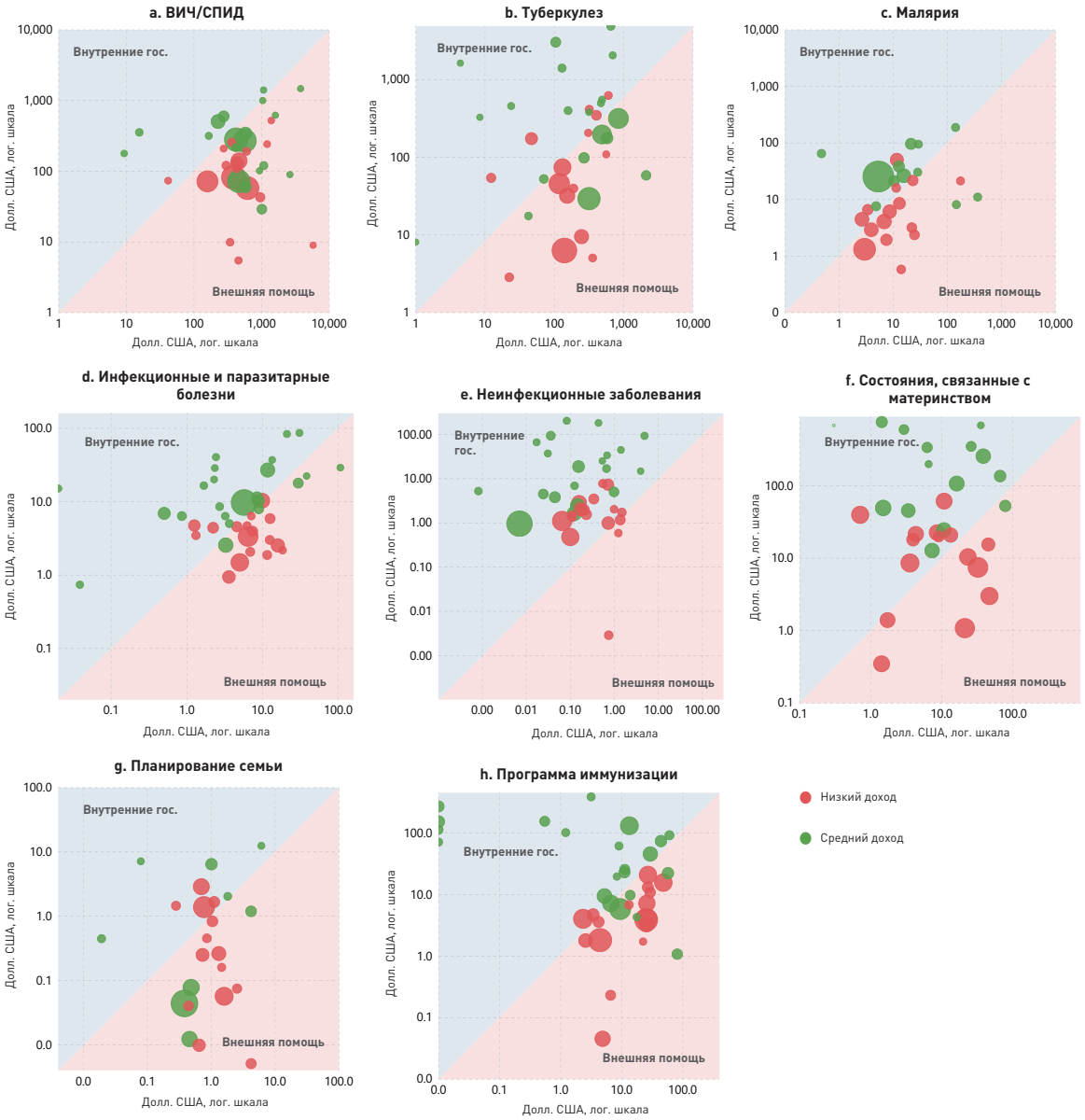
Примечание. В среднем показателе не учтены данные по тем странам, в которых никто не был подвержен риску заболевания, относящегося к определенной группе заболеваний, либо не было зарегистрировано ни одного случая.

Финансирование расходов на лечение **туберкулеза** в странах с низким и средним уровнем дохода зависит от внешней помощи. Страны с низким уровнем дохода расходовали в среднем в два раза больше на лечение туберкулеза в расчете на один случай за счет внешней помощи, чем из государственных частных источников (рисунок 2.3.b). В 12 странах со средним уровнем дохода на туберкулез расходовалось больше средств из государственного бюджета, чем средств, получаемых от внешних доноров, но в других 10 странах, входящих в эту же категорию, важным источником финансирования расходов на лечение туберкулеза была внешняя помощь: соотношение внешней помощи к внутренним государственным источникам составляло шесть к одному[7]. Это согласуется с ранее приведенными данными, согласно которым финансирование со стороны доноров остается критически важным в странах с низким и средним уровнем дохода, составляя 44% общего объема финансирования расходов на туберкулез в странах, на которые приходится 40% зарегистрированных случаев этого заболевания *[17]*[8].

Внешняя помощь является главным источником финансирования **малярии** в странах с низким уровнем дохода. В этих странах из этого источника на малярию было израсходовано в два раза больше – в среднем 22 долл. США на один случай, – чем из внутренних государственных источников (10 долл. США). В странах со средним уровнем дохода наблюдалась разная эпидемиологическая ситуация, от которой зависела структура расходов на здравоохранение. Во многих из этих стран малярия не представляет риска для населения[9], поэтому доля расходов, финансируемых как из внутренних государственных источников, так и за счет внешней помощи, меньше. Однако в некоторых странах со средним уровнем дохода, таких как Мьянма и Камбоджа, малярия представляет серьезную проблему, поэтому они в значительной степени зависели от внешней помощи в качестве источника финансирования расходов на это заболевание по сравнению с государственными источниками (рисунок 2.3.c).

РИСУНОК 2.3 В странах с низким и средним уровнем дохода внешняя помощь на цели здравоохранения использовалась в основном для финансирования расходов на инфекционные и паразитарные болезни, в то время как больше средств из внутренних государственных источников использовались для покрытия расходов на неинфекционные заболевания

Расходы на отдельные заболевания и программы, финансируемые из внутренних государственных источников и за счет внешней помощи, в расчете на одного получателя по каждой группе заболеваний/программ, 2018 г. (в долл. США)



Размеры кружков: a: число людей, инфицированных ВИЧ и получающих лечение; b: число проходящих лечение больных туберкулезом; c: количество случаев малярии; d и e: население в 2018 г.; f: четыре или более предродовых обращений к врачу (обратная функция); g: женщины фертильного возраста; h: охват иммунизацией против коклюша, дифтерии и столбняка (КДС3) (обратная функция).

Примечание. На оси Y показаны расходы из внутренних источников на конкретное заболевание в 2018 г., поделенные на один из ключевых эпидемиологических показателей, а на оси X – финансируемые из внешних источников расходы на то же самое заболевание, поделенные на тот же самый эпидемиологический показатель – и то, и другое в долларах США (логарифмическая шкала). По ВИЧ/СПИДу удельным показателем было число людей, инфицированных ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, а по туберкулезу – число проходящих лечение больных туберкулезом. Удельным показателем по малярии было количество случаев заболевания малярией (количество больных, проходящих лечение, не было известно, поэтому в качестве косвенного показателя было использовано количество случаев). По инфекционным и паразитарным заболеваниям и неинфекционным заболеваниям показатели представлены в расчете на душу населения, поскольку использовался показатель численности населения. По состояниям, связанным с материнством, в качестве косвенного показателя числа беременных женщин было использовано количество живорождений. По планированию семьи удельным показателем было число женщин фертильного возраста, а по программам иммунизации – число живорожденных детей. Черта, проходящая под углом 45 градусов, разделяет страны на две группы. Страны, находящиеся в голубой зоне графика, — это те страны, в которых расходы на данную группу заболеваний, финансируемых из внутренних источников, превышают расходы, финансируемых из внешних источников. Число стран варьируется от первого (a) до последнего (h) графика в зависимости от наличия эпидемиологического показателя.

Источник. Большинство эпидемиологических показателей взяты с портала данных Глобальная обсерватория здравоохранения, за исключением ВИЧ/СПИДа (ЮНЭЙДС), туберкулеза (Глобальная программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом), населения (ПРООН), числа женщин фертильного возраста, т.е. женщин в возрасте от 15 до 49 лет (ПРООН) и числа живорожденных детей (ПРООН).

НА ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ РАСХОДУЕТСЯ БОЛЬШЕ СРЕДСТВ, ПОЛУЧАЕМЫХ В ПОРЯДКЕ ВНЕШНЕЙ ПОМОЩИ, А НА НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬШЕ СРЕДСТВ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ ВНУТРЕННИХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ

В странах с низким уровнем дохода внешняя помощь играет важную роль в борьбе с **инфекционными болезнями**, превышая объем средств, выделяемых на эти цели из внутренних источников. Расходы на инфекционные болезни, финансируемые за счет внешней помощи (8 долл. США на душу населения), в два раза превышали расходы на эти цели, финансируемые из внутренних источников (4 долл. США) (рисунок 2.3.d). Исключение составляли Непал, Нигер, Объединенная Республика Танзания и Таджикистан, где из государственных источников финансировался больший объем расходов на инфекционные болезни, чем за счет внешней помощи. Однако в странах со средним уровнем дохода из государственных источников выделялось больше средств для борьбы с этими заболеваниями (в среднем 22 долл. США на душу населения), чем из внешней помощи (13 долл. США).

В странах с низким и средним уровнем дохода расходы на **неинфекционные заболевания** финансировались в основном из внутренних государственных источников (рисунок 2.3.e). Страны с низким уровнем дохода расходовали на эти цели в среднем 2 долл. США на душу населения, а страны со средним уровнем дохода – 46 долл. США. В отличие от расходов на другие заболевания, внешняя помощь играла незначительную роль в качестве источника финансирования расходов на неинфекционные заболевания – в среднем 1 долл. США, независимо от уровня дохода страны. Тем не менее, в Центральноафриканской Республике и Южном Судане финансируемые из внешних источников расходы на неинфекционные заболевания на душу населения были значительно выше расходов на эти цели, финансируемых из внутренних государственных источников. В этих двух странах более высокий уровень расходов на неинфекционные заболевания объясняется тем, что за счет внешней помощи финансируется система здравоохранения в целом, а не расходы на эту конкретную категорию заболеваний[10].

ФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА СОСТОЯНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С МАТЕРИНСТВОМ, ЗАВИСЕЛО ОТ ВНЕШНЕЙ ПОМОЩИ В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ, ЧЕМ ФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ИММУНИЗАЦИЮ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

В странах с низким и средним уровнем дохода **медико-санитарные услуги, связанные с материнством**, финансировались в основном из государственных источников, однако между этими двумя категориями стран существовали значительные различия в уровне этих расходов (рисунок 2.3.f). В странах с низким уровнем дохода эти расходы составляли в среднем 22 долл. США в расчете на одну беременную женщину, а в странах со средним уровнем дохода на эти цели расходовалось гораздо больше – в среднем 278 долл. США. Некоторые страны с низким уровнем дохода, в том числе Афганистан, Центральноафриканская Республика и Южный Судан, в большей степени зависели от внешних источников финансирования расходов на состояния, связанные с материнством.

Расходы на **планирование семьи** зависели от внутренних государственных источников в меньшей степени, чем расходы на медико-санитарные услуги, связанные с материнством. В странах с низким и средним уровнем дохода, анализируемых в настоящем докладе, расходы на планирование семьи, финансируемые за счет внешней помощи, составляли в среднем 1,30 долл. США в расчете на одну женщину фертильного возраста. В странах с низким уровнем дохода расходы на эти цели, финансируемые из внутренних государственных источников, составляли в среднем 0,60 долл. США, а в странах со средним уровнем дохода – 1,30 долл. США (рисунок 2.3.g). В странах со средним уровнем дохода расходы, финансируемые из внутренних государственных источников, составлявшие в среднем 3,30 долл. США на одну женщину фертильного возраста, превышали расходы на эти цели, финансируемые за счет внешней помощи. Некоторые страны считали расходы на планирование семьи более приоритетными и выделяли на них больше средств из внутренних государственных источников. Результаты других исследований свидетельствуют о еще более активном участии государства в финансировании расходов на услуги по планированию семьи[11]. Будет проведен более подробный анализ, чтобы

определить, какие категории расходов на услуги по планированию семьи объединяются с расходами на охрану репродуктивного здоровья (не учитываются отдельно) в силу ограниченности возможностей существующих систем медико-санитарной информации.

Внешняя помощь была главным источником финансирования расходов на **иммунизацию** в странах с низким уровнем дохода. Расходы на иммунизацию живорожденных детей, финансируемые за счет внешней помощи, составляли в среднем 17-18 долл. США в странах с низким и средним уровнем дохода. В странах с низким уровнем дохода за счет внешней помощи финансировалось в три раза больше таких расходов, чем из внутренних государственных источников, из которых покрывалось в среднем 6 долл. США на каждого ребенка, родившегося живым (рисунок 2.3.h). Однако в странах со средним уровнем дохода государственные расходы на программы иммунизации составляли в среднем 81 долл. США, что в пять раз превышало расходы, финансируемые за счет внешней помощи. В четырех странах со средним уровнем дохода – Ботсване, Намибии, Северной Македонии и Тунисе – расходы на иммунизацию вообще не зависели от внешней помощи.

Правительства стран с низким и средним уровнем дохода, анализируемых в настоящем докладе, могли переориентировать свои расходы на заболевания и программы, на которые предоставляется меньше внешней помощи, такие как неинфекционные заболевания и состояния, связанные с материнством. Правительства этих стран могли также изменить свои модели оказания услуг. Возможность перераспределения средств между статьями расходов может быть позитивным моментом, поскольку можно перемещать средства в рамках системы здравоохранения, либо использовать их в других секторах социальной сферы, например, в образовании *[18]*. Однако если коэффициент замещения государственных расходов на здравоохранение составляет один к одному, то тогда внешняя помощь на цели здравоохранения теряет смысл. Действительно, страны могут замещать одно другим в определенных пределах, но редко заходят в этом слишком далеко *[19]*.

ВСТАВКА 2.4

Расходы на заболевания и программы в разбивке по функциональным категориям расходов на здравоохранение в Буркина-Фасо

В Буркина-Фасо, африканской стране с низким уровнем дохода, регулярное составление и использование счетов здравоохранения было поставлено на институциональную основу в 2013 г. В 2018 г. эта страна расходовала на здравоохранение 40 долл. США на душу населения, и совокупные расходы на здравоохранение составляли 5,6% ВВП. В том году 15% (6 долл. США на душу населения) расходов на здравоохранение финансировались из внешних источников, 42,5% (17 долл. США) – из внутренних государственных источников, а остальные 42% (17 долл. США) – из частных источников. В целом важнейшим компонентом расходов на профилактику и лечение ВИЧ/СПИД и малярии и на охрану репродуктивного здоровья была амбулаторная помощь. Что касается расходов на услуги по планированию семьи, то 87% этих средств расходовались на общепопуляционные профилактические мероприятия.

В Буркина-Фасо доля ВИЧ-инфицированного населения составляет менее 1% и в 2018 г. 57 420 инфицированных ВИЧ пациентов получали антиретровирусную терапию. Расходы на ВИЧ составляли 5% всех расходов на здравоохранение. Услуги по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа оказывались в основном в виде амбулаторной помощи, на которую пришлось 54% расходов на ВИЧ/СПИД (см. рисунок 1 во вставке). Расходы на управление системой здравоохранения составили 25% всех расходов на здравоохранение, а расходы на профилактику – 20%. На стационарное лечение выделялся всего лишь 1% расходов на профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа. Небольшая доля расходов на стационарное лечение может объясняться не только небольшой долей ВИЧ-инфицированного населения в стране, но и результатами изучения поведения ВИЧ-инфицированных пациентов и результатами анализа показателей и прогностических факторов смертности среди госпитализированных ВИЧ инфицированных пациентов в Буркина-Фасо. Так, результаты одного из исследований показали, что

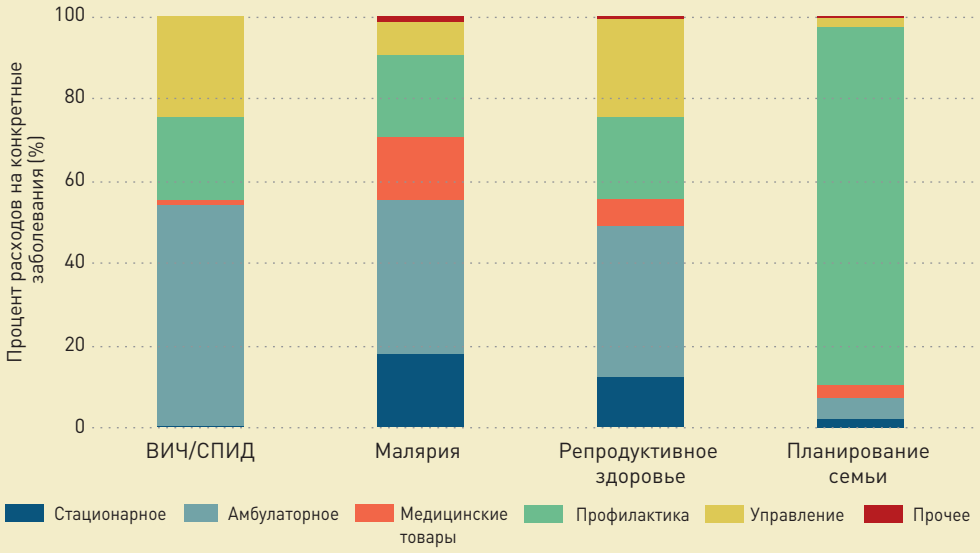
женщины госпитализируются для лечения ВИЧ на более ранней стадии развития заболевания, чем мужчины, что является косвенным результатом инициатив в области общественного здравоохранения, направленных на беременных женщин *[20]*.

Расходы на малярию составили 13% расходов Буркина-Фасо на здравоохранение в 2018 г. Количество случаев малярии составило 7 875 575 в 2018 г., то есть риску подвергались 40% населения, а количество летальных исходов – 12 725 *[21]*. Услуги по профилактике и лечению малярии оказывались в основном в виде амбулаторной помощи, на которую пришлось 37% расходов на малярию. Доля расходов на профилактику составила 20% расходов на малярию, а расходы на управление системой здравоохранения – 8% (см. рисунок 1 во вставке). По сравнению с расходами на ВИЧ/СПИД более значительная доля, 16%, выделялась на оплату товаров медицинского назначения, что отражает ситуацию в большинстве африканских стран, где лекарственные препараты покупаются непосредственно домашними хозяйствами[1]. В ходе изучения эпидемиологических, клинических, биологоческих и прогностических характеристик взрослых пациентов было установлено, что 50% пациентов с тяжелой формой малярии в больнице в Бобо-Диулассо использовали отпускаемые без рецепта врача противомалярийные препараты до госпитализации *[22]*. Более того, около 57% расходов на профилактику малярии были расходами на информационно-разъяснительную работу и консультирование. Буркина-Фасо была одна из двух африканских стран, где, согласно предварительным оценкам, опубликованным в последнем Докладе о борьбе с малярией[2], более половины беременных женщин проходили прерывистое профилактическое лечение от малярии.

Расходы на охрану репродуктивного здоровья составили 15% расходов страны на здравоохранение. Структура этих расходов, подобно расходам на ВИЧ/СПИД и малярию, выглядела следующим образом: 37% на амбулаторное лечение и 20% на профилактику (см. рисунок 1 во вставке). Расходы на товары медицинского назначения, покупаемые вне учреждений, оказывающих медицинские услуги, составляли 7%, что меньше доли аналогичных расходов в случае малярии.

РИСУНОК 1 ВО ВСТАВКЕ **В Буркина-Фасо основная часть расходов на профилактику и лечение ВИЧ и малярии и охрану репродуктивного здоровья были расходами на амбулаторное обслуживание. В случае малярии значительная часть товаров медицинского назначения покупалась вне учреждений, оказывавших услуги**

Расходы на заболевания и программы в разбивке по функциональным категориям расходов на здравоохранение, Буркина-Фасо, 2018 г.



Примечание. Прочее включают лечебную помощь на дому, прочую лечебную помощь, реабилитационную помощь, долгосрочную медицинскую помощь, вспомогательные услуги и другие медицинские услуги, не классифицированные в других категориях. Под медицинскими товарами понимаются изделия медицинского назначения, назначение которых неизвестно на момент их покупки. Например, противомалярийные препараты, приобретаемые в розничной торговле, могут использоваться для профилактики, лечения в стационаре или амбулаторно.

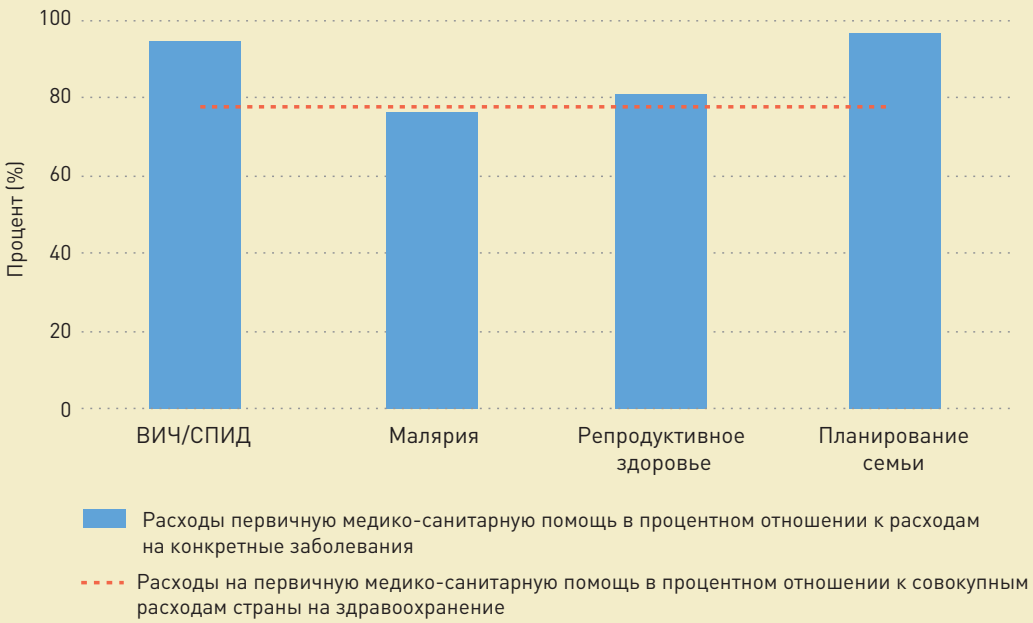
Расходы на планирование семьи составляли 2% расходов страны на здравоохранение, но распределялись они иначе, чем расходы на профилактику и лечение ВИЧ/СПИД, малярии и охрану репродуктивного здоровья. Наибольшая доля средств, выделяемых на финансирование услуг по планированию семьи, 87%, расходовалась на профилактические услуги, оказываемые определенным группам населения. Расходы на профилактику, связанную с планированием семьи, включают оплату услуг, оплату труда сотрудников, работающих в рамках программ, сверх стоимости контрацептивов и других медицинских изделий (презервативов, имплантов и внутриматочных спиралей) и стоимости регулярных медосмотров и наблюдения. Таким образом, в Буркина-Фасо услуги по планированию семьи в меньшей степени потребляются индивидуально, в виде амбулаторного обслуживания или товаров медицинского назначения, покупаемых самостоятельно в предприятиях розничной торговли. Необходимо будет более подробно изучить причины, объясняющие такую структуру расходов, которая может отличаться от ситуации в сфере услуг по планированию семьи в других африканских странах.

РАСХОДЫ НА ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В РАЗБИВКЕ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ И ПРОГРАММАМ В БУРКИНА-ФАСО

В 2018 г. ВОЗ, проконсультировавшись с другими техническими агентствами, разработала методологию оценки первичной медико-санитарной помощи для проведения межстранового сравнения *[23]*. Было подсчитано с использованием этой методологии, что в 2018 г. расходы на первичную медико-санитарную помощь в Буркина-Фасо составили 78% расходов страны на здравоохранение, по сравнению со среднемировым показателем, 53% (см. главу 1). Правительство страны объявило первичную медико-санитарную помощь центральным элементом национального стратегического плана в области здравоохранения на 2011-2020 гг., последовав рекомендациям, содержащимся в Декларации Уагадугу 2008 г., подписанной странами Африканского региона ВОЗ *[24]*. До 78% расходов на первичную медико-санитарную помощь финансировалось государством, а внешняя помощь покрывала 18% этих расходов. Расходы на первичную медико-санитарную помощь, финансируемые из внутренних частных источников, составляли 40% расходов страны на здравоохранение.

РИСУНОК 2 ВО ВСТАВКЕ В Буркина-Фасо услуги, связанные с ВИЧ/СПИДом, малярией, охраной репродуктивного здоровья и планированием семьи, оказывались в качестве первичной медико-санитарной помощи

Доля расходов на первичную медико-санитарную помощь в расходах на заболевания/программы в Буркина-Фасо, 2018 г.



Расходы на услуги, относящиеся к категории первичной медико-санитарной помощи, составляли в среднем 87% расходов на ВИЧ, малярию, охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи. Большинство услуг по планированию семьи (97% расходов) и услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом (94%) относились к категории первичной медико-санитарной помощи (рисунок 2 во вставке). Что касается охраны репродуктивного здоровья, то 81% расходов на эту категорию классифицировались как расходы на первичную медико-санитарную помощь, как и 76% расходов на профилактику и лечение малярии, что немного меньше общей доли расходов на первичную медико-санитарную помощь в совокупных расходах страны на здравоохранение.

1. Товарами медицинского назначения называются медицинские товары, предназначение которых не установлено в момент их приобретения. Например, противомалярийные лекарственные препараты, покупаемые в аптеке, могут использоваться для профилактики, стационарного или амбулаторного лечения.

2. Второй страной была Объединенная Республика Танзания.

Более полное представление о проводимой политике можно получить, проанализировав расходы на конкретные заболевания в разбивке по функциональным категориям. В функциональной классификации здравоохранения в Системе счетов здравоохранения проводятся различия между видами деятельности или функциями в сфере здравоохранения, которые выделяются в отдельные категории, такие как товары медицинского назначения и медико-санитарные услуги, предоставляемые непосредственно физическим лицам, а также медико-санитарные услуги, оказываемые всему населению (вставка 2.4) *[9]*.

Выводы

Оценочные показатели расходов на конкретные заболевания, основанные на реальных данных по странам, доступны не во всех случаях, поскольку большинство постоянно действующих механизмов учета и отчетности по расходам не позволяют получать информацию с достаточной степенью детализации. Несмотря на некоторые проблемы в плане методологии, представленные в этой главе результаты анализа структуры расходов в разбивке по заболеваниям или программам по 17 странам с низким уровнем дохода и 23 странам со средним уровнем дохода позволяют получить информацию, которую можно использовать при разработке политики. Они позволяют определить, как расходы страны на здравоохранение распределялись по категориям заболеваний, сколько расходов на конкретные заболевания или программы покрывалось из каждого источника финансирования и сколько средств расходовалось на каждый из видов медико-санитарных услуг, связанных с отдельными заболеваниями и программами. Результаты этого анализа являются первой публикацией ВОЗ информации о частных внутренних расходах на здравоохранение в разбивке по заболеваниям. Необходимо продолжать работу, с тем чтобы сделать данные более доступными и достоверными. Представленные в настоящей главе результаты анализа призваны стимулировать дальнейшее обсуждение этих вопросов с целью совершенствования методологии и повышения качества данных. В будущем необходимо будет сформулировать более точные определения, усовершенствовать методологию и стимулировать поддержку со стороны заинтересованных сторон и сотрудничество с ними на страновом уровне с целью более эффективного использования существующих данных, получаемых на регулярной основе.

Примечания

1. См. www.icd.who.int.
2. В частности, Общая система отчетности по иммунизации ВОЗ-ЮНИСЕФ и глобальная система сбора данных по туберкулезу ВОЗ. Обе системы содержат серии данных за прошедшие периоды продолжительностью более 15 лет. См. https://www.who. int/immunization/programmes_systems/financing/data_indicators/en/ и https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data.
3. Эти 27 африканских стран составляют 68% выборки. Остальные 13 стран представляют следующие регионы ВОЗ: 6 из Европейского региона (15%), 3 из Региона Юго-Восточной Азии (8%), 2 из Региона Восточного Средиземноморья (5%) и по одной из регионов Западной части Тихого океана и стран Америки (3% каждая). Полный список стран выглядит следующим образом: Афганистан,

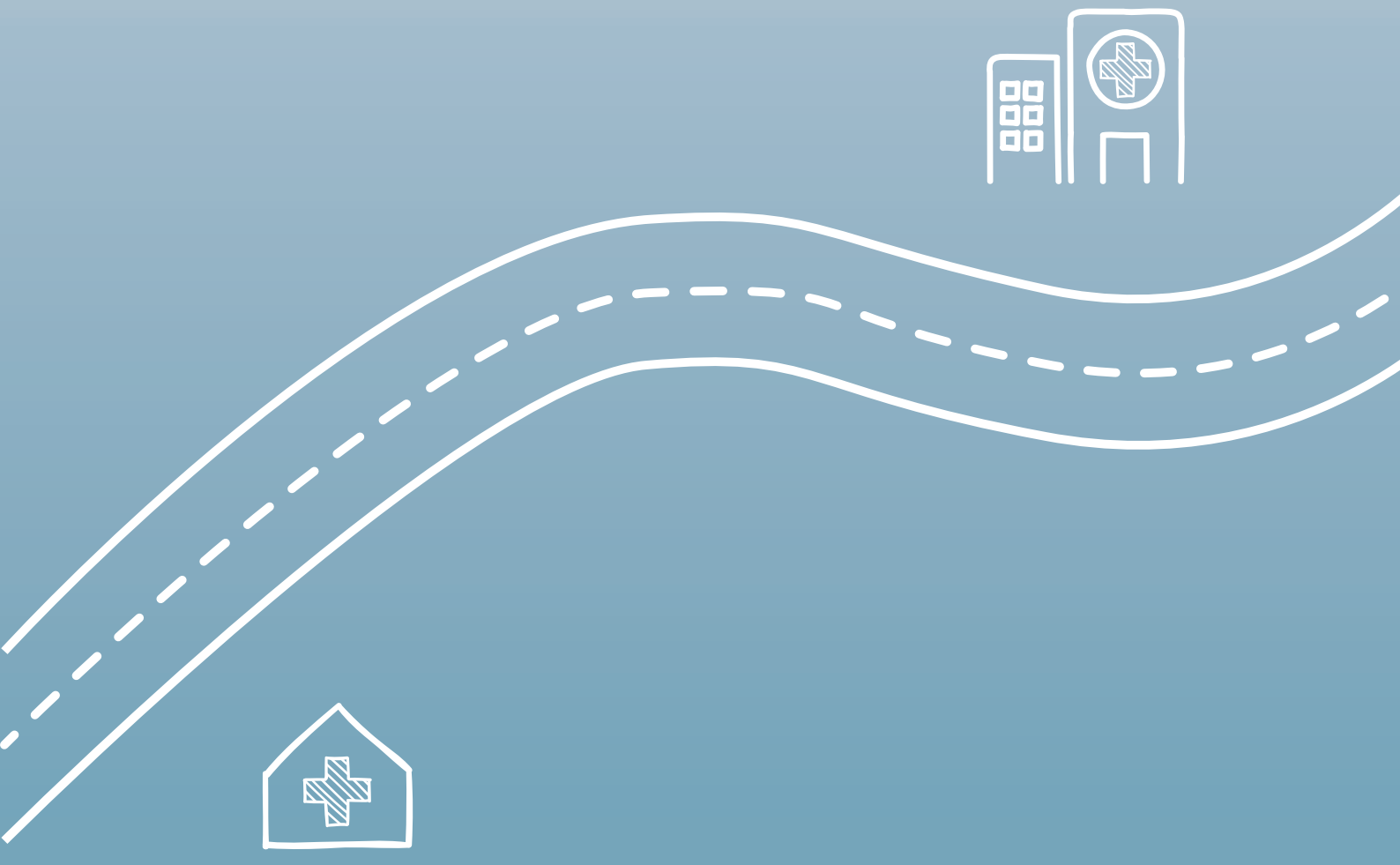
Бенин, Бутан, Ботсвана, Буркина-Фасо, Кабо-Верде, Камбоджа, Центральноафриканская Республика, Конго, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Эсватини, Эфиопия, Габон, Грузия, Гана, Гаити, Кения, Кыргызстан, Либерия, Малави, Мали, Мавритания, Маврикий, Мьянма, Намибия, Непал, Нигер, Нигерия, Северная Македония, Республика Молдова, Сан-Томе и Принсипи, Южный Судан, Таджикистан, Того, Тунис, Уганда, Объединенная Республика Танзания, Узбекистан и Замбия. Подробную информацию см. в приложении 2.

4. Согласно нашим подсчетам с использованием данных портала ВОЗ «Глобальная обсерватория здравоохранения» по адресу: www.who.int/data/gho/data.
5. Организация FP2020 (Планирование семьи 2020), созданная по итогам Лондонского саммита по вопросам планирования семьи 2012 г., руководствуется принципом, согласно которому все женщины, независимо от того, где они живут, должны иметь доступ к спасающим жизнь контрацептивам. FP2020, изначально созданная для оказания помощи 69 странам, сотрудничала с правительствами стран, гражданским обществом, многосторонними организациями, донорами, частным сектором, научно-исследовательскими учреждениями и организациями развития, с тем чтобы к 2020 г. число женщин и девочек, имеющих возможность пользоваться противозачаточными средствами, увеличилось на 120 миллионов. См. www.familyplanning2020.org/countries. GAVI, Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации, — это механизм финансирования, целями которого являются спасение жизней, сокращение масштабов бедности и защита мира от угрозы эпидемий. С момента своего создания в 2000 г. он помог привить более 822 миллионов детей в беднейших странах мира. В 2020 г. 57 стран имели право получать помощь от GAVI. См. www.gavi.org. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, созданный в 2002 г., является партнерством, целью которого является скорейшее искоренение СПИДа, туберкулеза и малярии. Он мобилизует и инвестирует более 4 млрд долл. США в год в поддержку программ, реализуемых местными экспертами в более чем 100 странах, сотрудничая с правительствами, гражданским обществом, техническими агентствами, частным сектором и людьми, страдающими этими заболеваниями. См. www.theglobalfund.org.
6. Внутренние частные источники финансирования расходов на здравоохранение включают собственные средства граждан, добровольные отчисления на медицинское страхование и финансируемые из местных источников расходы предприятий и неправительственных организаций на медицинские услуги, которые они оказывают своим работникам.
7. Данные по одной стране со средним уровнем дохода, Замбии, отсутствуют, поскольку объем финансирования расходов на профилактику и лечение туберкулеза из внутренних государственных источников оставался невыясненным.
8. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом – это ежегодная публикация, в которой приводятся данные, сообщаемые ВОЗ 121 страной с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится 98% всех регистрируемых в мире случаев туберкулеза.
9. Данные по странам, в которых не зарегистрировано случаев малярии, такие как Грузия, Молдова и Таджикистан, не учтены в средних показателях, представленных в таблице 2.1.
10. Распределение расходов на неинфекционные заболевания объясняется во вставке 2.2.
11. Анализ потоков финансовых ресурсов на цели планирования семьи, проведенный Междисциплинарным демографическим институтом Нидерландов по контракту и совместно с ЮНФПА. Более подробную информацию см. здесь: https://nidi.nl/project/financial-resource-flows.

Библиография

1. Counts CJ, Skordis-Worrall J. Recognizing the importance of chronic disease in driving healthcare expenditure in Tanzania: analysis of panel data from 1991 to 2010. Health Policy Plan. 2016;31(4):434–43.
2. Kankeu HT, Saksena P, Xu K, Evans DB. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. Health Res Policy Syst. 2013;11:31.
3. Andelkovic D. Expenditures for treatment and prevention of diseases in Yugoslavia. Nar Zdrav. 1954;10(5):154–8.
4. OECD. Expenditure by disease, age and gender. Paris: OECD Publishing; 2016. Имеется по адресу: http://www.oecd.org/els/health-systems/estimating-expenditure-by-disease-age-and-gender.htm.
5. Izazola-Licea JA, Wiegelmann J, Arán C, Guthrie T, Lay PD, Avila-Figueroa C. Financing the response to HIV in low-income and middle-income countries. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52(Suppl 2):S119–26.
6. Nader AA, de Quadros C, Politi C, McQuestion M. An analysis of government immunization program expenditures in lower and lower middle-income countries 2006–12; Health Policy Plan. 2015;30(3):281–8.
7. Gabon Ministry of Health web page, "Comptes de la santé du Gabon", site officiel du ministère de la santé, www.csgabon.info.

8. ВОЗ. Тенденции материнской смертности в 2000-2017 гг.: оценки ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Группы Всемирного банка и Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций: резюме. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. Имеется по адресу: https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. OECD Eurostat, WHO. A system of health accounts 2011: Revised edition. Paris: OECD Publishing; 2017. Имеется по адресу: https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1.10.
10. Hoxha K, Hung YW, Irwin BR, Grépin KA. Understanding the challenges associated with the use of data from routine health information systems in low- and middle-income countries: A systematic review. Health Inf Manag. 2020 Jun 30. Имеется по адресу: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/ 1833358320928729?journalCode=himd.
11. Hagel C, Paton C, Mbevi G, English M. Clinical Information Network (CIN) information systems interest group. Data for tracking SDGs: challenges in capturing neonatal data from hospitals in Kenya. BMJ Glob Health. 2020;5(3):e002108.
12. Harrison K, Rahimi N, Carolina Danovaro-Holliday M. Factors limiting data quality in the expanded programme on immunization in low and middle-income countries: A scoping review. Vaccine. 2020; 38(30):4652–4663.
13. 2020 Global Nutrition Report: Action on equity to end malnutrition. Bristol, UK: Development Initiatives.
14. ВОЗ. Вывести из забвения для достижения Целей в области устойчивого развития: Дорожная карта по борьбе с забытыми тропическими болезнями на 2021–2030 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. Eggersdorfer M, Kraemer K, Cordaro JB, Fanzo J, Gibney M, Kennedy E, et al. Good nutrition: perspectives for the 21st century. Basel: Karger; 2016, pp. 81–91.
16. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Vande Maele N, Toure H, et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization; 2018. Имеется по адресу: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/.
17. ВОЗ. Глобальный доклад по борьбе с туберкулезом за 2020 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. Martínez Álvarez M, Borghi J, Acharya A, Vassall A. Is development assistance for health fungible? Findings from a mixed methods case study in Tanzania. Soc Sci Med. 2016;159:161–169.
19. WHO. Global spending on health: a world in transition. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/19.4). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Имеется по адресу: https://apps.who.int/iris/bit- stream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf?ua=1.
20. Saleri N, Capone S, Pietra V, De Iaco G, Del Punta V, Rizzi M, et al. Outcome and predictive factors of mortality in hospitalized HIV-patients in Burkina Faso. Infection. 2009;37(2):142–147.
21. WHO. World malaria report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. Diallo AH, Ki-Zerbo G, Sawadogo AB, Guiguemde TR. Paludisme grave et infection à VIH chez l'adulte a Bobo-Dioulasso, Burkina Faso [Severe malaria and HIV in adult patients in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso]. Med Trop (Mars). 2004;64(4):345–50. French. PMID: 15615384.
23. Vande Maele N, Xu K, Soucat A, Fleisher L, Aranguren M, Wang H. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. BMJ Glob Health. 2019;4:e001497. Имеется по адресу: https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001497.full.pdf.
24. Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de sante en Afrique : Améliorer la sante en Afrique au cours du nouveau Millenaire. Declaration des Etats Membres de la region africaine de l'OMS, 30 avril 2008. Bureau regional de l'OMS pour l'Afrique. 2008. ISBN : 92 9 023 13 43.



3

Ни одна страна не должна остаться позади –

МОГУТ ЛИ СТРАНЫ С БОЛЕЕ НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА УВЕЛИЧИТЬ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ?

ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В 32 «странах с более низким уровнем дохода» возможности для финансирования здравоохранения существенным образом ограничены, что замедляет прогресс этих стран на пути к обеспечению безопасности в области здравоохранения и всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

- Страны с низким уровнем дохода уязвимы в макроэкономическом отношении, в них высок уровень бедности, и они отстают на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- В странах с более низким уровнем дохода финансируемые из внутренних источников расходы на здравоохранение составляли в среднем всего 34 долл. США в расчете на душу населения в 2018 г., то есть примерно 4,4% ВВП, и почти 60% этих расходов были расходами из собственных средств.
- В 2018 г. государственные расходы на здравоохранение составляли в среднем всего лишь 9 долл. США на душу населения, то есть примерно 1,2% ВВП, и в период с 2000 по 2018 г. доля расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах сокращалась.
- В период с 2000 по 2018 г. объем внешней помощи в расчете на душу населения, получаемой странами с более низкими доходами на цели здравоохранения, увеличился вдвое в реальном выражении, составив одну четверть расходов этих стран на здравоохранение в 2018 г.

Мир испытывает на себе экономические последствия глобального экономического спада, вызванного пандемией COVID-19: ВВП сокращается, безработица остается высокой, доходы населения снижаются и функционирование систем здравоохранения нарушено. Развитые страны и страны с быстрорастущей экономикой могут полагаться на механизмы макроэкономической и налогово-бюджетной стабилизации и на доступ к рынкам капитала для скорейшего восстановления макроэкономических показателей до уровня, который существовал до пандемии. Однако перспективы выглядят менее обнадеживающими для стран с более низкими доходами, которые зависят от экспорта сырьевых товаров, торговли и туризма, и в которых уязвимые группы населения уже живут на грани выживания *[1]*.

Настоящая глава дополняет собой доклад 2019 г., в котором речь шла, в частности, о «странах с быстрорастущей экономикой» *[2]*. В этом году основное внимание уделено «странам с более низкими доходами», экономика которых растет медленнее, чем глобальная экономика. Речь идет о странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего, рост экономики которых не был достаточно быстрым в первые два десятилетия 21 века. Более тщательный анализ ситуации в 32 странах, названных «отстающими», в период с 2000 по 2018 г. позволяет лучше понять динамику и определяющие факторы расходов на здравоохранение и факторы уязвимости, воздействию которых подвергаются эти страны, финансируя свои системы здравоохранения (вставка 3.1).

Страны с низким уровнем дохода уязвимы в макроэкономическом отношении, в них высок уровень бедности, и они отстают на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения

Более 40% населения стран с более низким уровнем дохода живет в крайней нищете. В 2018 г. общая численность населения этих стран составляла 722 миллиона человек, из которых в среднем 67% жили за чертой бедности (доход менее 3,20 долл. США в день по ППС 2011 г.) и 41% — за чертой крайней бедности (менее 1,90 долл. США в день по ППС 2011 г.) (рисунок 3.1). Тем не менее, ситуация выглядит гораздо лучше, чем в 2000 г., когда 77% и 54% населения жили соответственно за чертой бедности и за чертой крайней бедности. На эти страны, в которых живет 10% населения мира, приходится одна треть населения планеты, живущего в крайней нищете, и всего лишь 0,7% общемирового ВВП и 0,3% глобальных расходов на здравоохранение.

Кроме того, в странах с более низким уровнем дохода существует проблема неравномерного распределения дохода. Коэффициент Джини, которым измеряется неравенство доходов в странах, составлял в среднем 0,41 в странах с более низкими доходами, находясь в диапазоне от 0,33 до 0,56 (рисунок 3.1)[1]. Этот коэффициент был немного выше, чем в странах, относящихся к другим группам по уровню дохода, и он не менялся с 2000 г., когда он составлял в среднем 0,41 (в диапазоне от 0,30 до 0,60).

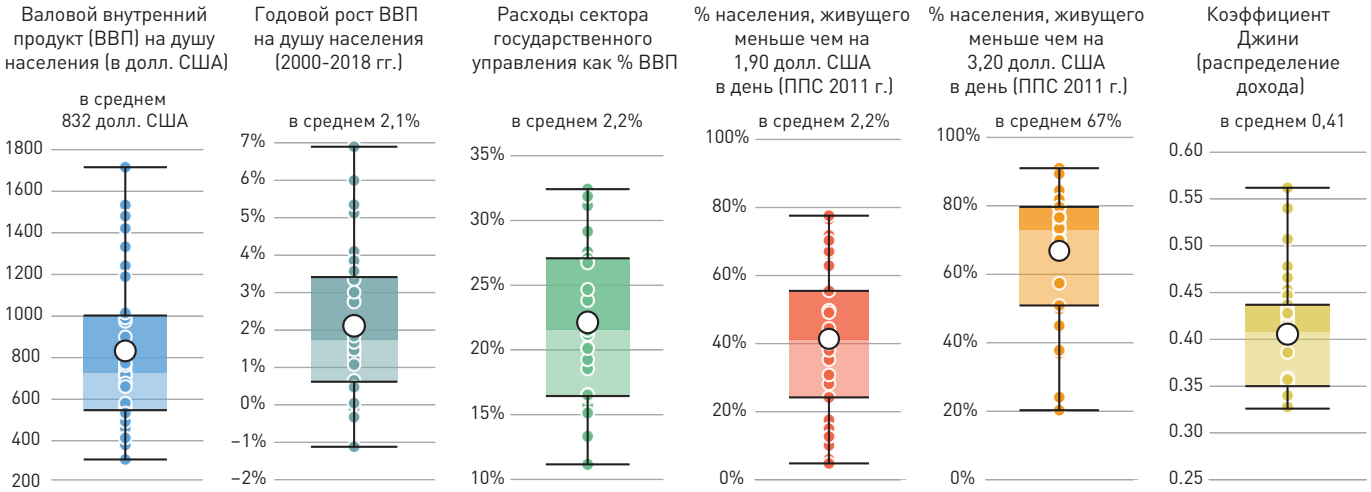
ВСТАВКА 3.1

Анализируемые в настоящей главе «отстающие» страны («страны с более низким уровнем дохода»)

В настоящей главе странами, отнесенными к категории «отстающих» стран, или «странам с более низким уровнем дохода», считаются страны, попавшие в «ловушку низкого дохода»: (1) классифицируемые Всемирным банком как страны с низким уровнем дохода в 2018 г., или (2) страны с уровнем дохода ниже среднего, в которых ВВП на душу населения составлял менее 2 000 долл. США в 2018 г., а годовые темпы роста ВВП на душу населения – менее 2% в период с 2000 по 2018 г. Если руководствоваться этими критериями, отстающими странами или странами с более низкими доходами считаются только те страны с уровнем дохода ниже среднего, которые находятся в нижней части этой категории, и для которых характерен медленный экономический рост. Страны, по которым отсутствуют данные о расходах на здравоохранение или численность населения которых составляет менее 600 000 человек, не учитываются в настоящем анализе. Согласно этим критериям, определены 32 страны с «более низким уровнем дохода», в том числе 26 стран с низким уровнем дохода и 6 стран с уровнем дохода ниже среднего, из которых 27 находятся в Африканском регионе ВОЗ (приложение 4).

РИСУНОК 3.1 Для стран с более низким уровнем дохода характерны макроэкономическая уязвимость и высокий процент бедного населения

Отдельные макроэкономические показатели и показатели уровня бедности в странах с более низким уровнем дохода, 2018 г.



Примечание. Показатели валового внутреннего продукта (ВВП) и расходов сектора государственного управления представлены за 2018 г.; показатели дохода населения (коэффициент численности бедного населения и коэффициент Джини) основаны на последних данных по 30 из 32 странам с более низким уровнем дохода (данные по Афганистану и Эквадору не включены) из базы данных «Показатели мирового развития» (Всемирный банк) из-за отсутствия достаточных данных.

Коробчатые диаграммы показывают межквартильный размах (25-й – 75-й процентили) значений. Среднее значение находится в точке, в которой штриховка становится темнее. Каждый кружок обозначает одну страну, а среднее значение обозначено белым кружком. Вертикальные линии обозначают диапазон между максимальным и минимальным значениями.

Источник. ГЛОБАЛЬНАЯ база данных ВОЗ о расходах на здравоохранение, публикация МВФ «Перспективы развития мировой экономики» *[3]* и база данных Всемирного банка «Показатели мирового развития» *[4]*.

На финансирование здравоохранения влияют факторы макроэкономической уязвимости. В 2018 г. ВВП на душу населения составлял в среднем 833 долл. США в 32 отобранных странах с более низким уровнем дохода (рисунок 3.1). Рост ВВП в реальном выражении составлял 2,1% в год в период с 2000 по 2018 г.[2] Страны с более низким уровнем дохода отстают от других стран с уровнем дохода ниже среднего не только по ВВП, но и по средним темпам экономического роста[3] (в период с 2000 по 2018 г. ВВП на душу населения в остальных странах с уровнем дохода ниже среднего составлял 2 551 долл. США и рос в среднем на 3,5% в год). Расходы сектора государственного управления (GGE) на цели здравоохранения в странах с более низкими доходами составляли в среднем 22% ВВП в 2018 г., что немного больше, чем в 2000 г. (19% ВВП). Эти страны испытывали трудности в плане получения государственных доходов, поэтому процентная доля расходов сектора государственного управления (GGE) в ВВП в 2018 г. была намного меньше, чем в других странах с более низкими доходами (28%).

Ожидается, что страны с более низким уровнем дохода пострадают от макроэкономических и финансово-бюджетных последствий кризиса, вызванного COVID-19, в гораздо большей степени, чем от глобального финансового кризиса 2008-2009 гг. Даже если приблизительно рассчитанные показатели сокращения ВВП и государственных расходов в странах с более низким уровнем дохода ниже, чем в странах со средним и высоким уровнем дохода (см. главу 4), экономические последствия COVID-19, вероятно, серьезно повлияют на экономику этих стран. Согласно последним оценкам, представленным в докладе МВФ «Перспективы развития мировой экономики» (октябрь 2020 г. *[3]*), темпы экономического роста в странах с более низким уровнем дохода составляли в среднем -1,5% в 2020 г., что почти на 6 процентных пунктов ниже, чем в 2019 г. (+4,3%). Ожидается, что темпы роста дохода сектора государственного управления снизятся еще более существенно: -2,1% в 2020 г. по сравнению с 7,6% в 2019 г. Глобальный финансовый кризис 2008-2009 гг. обошел стороной эти страны (экономический рост замедлился в среднем на 1 процентный пункт, а темпы роста государственных доходов оставались без изменений).

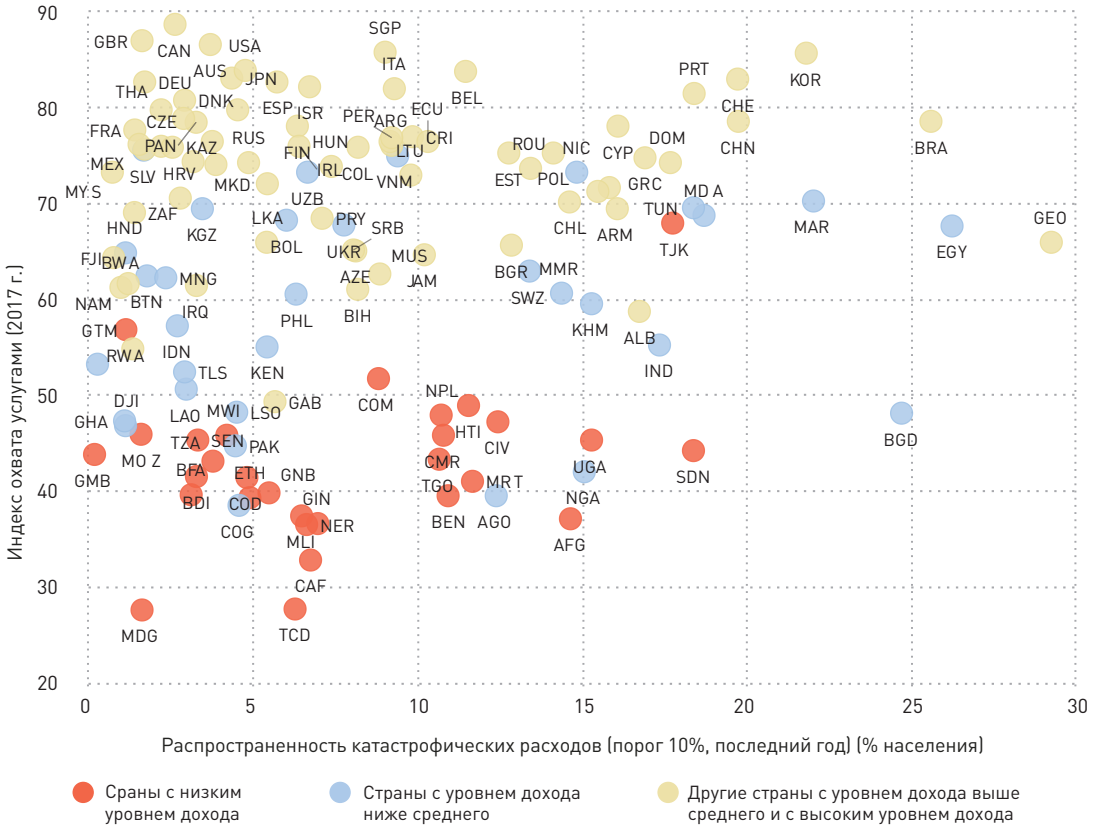
Страны с более низким уровнем дохода отстают на пути к достижению цели всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). Задача 3.8, установленная в рамках Целей устойчивого развития (ЦУР),

заключается в том, чтобы «обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех». В 2017 г. первый отслеживаемый показатель ЦУР 3.8, индекс охвата основными медико-санитарными услугами[4], составлял в среднем 43 в странах с более низким уровнем дохода, что ниже аналогичного показателя по другим странам с уровнем дохода ниже среднего (58) и странам с уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем дохода (75). Из всех стран с более низким уровнем дохода этот индекс превышал отметку 50 только на Коморских Островах, в Руанде и Таджикистане. Индекс охвата основными медико-санитарными услугами в странах с более низким уровнем дохода повышался с 2000 г., когда он составлял 22, однако этот рост происходил медленнее, чем в других странах с уровнем дохода ниже среднего: разница между двумя группами стран составляла 16 в 2018 г. по сравнению с 13 в 2000 г., что лишь увеличило отставание стран с более низким уровнем дохода.

Второй показатель отслеживания достижения ВОУЗ, уровень финансовой защиты, свидетельствует о том, что доля населения, расходующего на здравоохранение больше 10% своих совокупных расходов, была более значительной в странах с более низким уровнем доходами, чем в странах с уровнем дохода ниже среднего (рисунок 3.2). Это во многом объясняется недостаточным использованием услуг и ограниченным доступом к этим услугам в странах с более низким уровнем дохода. Расхождения в показателях финансовой защиты в этих странах являются более значительными, чем в показателях охвата медико-санитарными услугами[5].

РИСУНОК 3.2 Страны с более низким уровнем дохода отстают на пути к достижению ВОУЗ

Показатели Цели в области устойчивого развития 3.8



Примечание. Коды стран см. в Приложении 1.

Включены 132 страны, по которым доступны данные как по охвату услуг, так и по финансовой защите. Среди стран с низкими доходами Эритрея и Либерия не включены из-за отсутствия данных; Сьерра-Леоне не включена в показатель финансовой защиты (54% от населения для случаев катастрофических расходов на пороге 10%).

Источник: Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ *[5]* и Глобальный отчет ВОЗ / Всемирного банка по мониторингу финансовой защиты в здравоохранении за 2019 г. *[6]*.

Отставание на пути к достижению ВОУЗ могло еще больше увеличиться во время пандемии COVID-19. Результаты обследований 105 стран, проведенных ВОЗ с мая по июль 2020 г., показывают, что в странах с низким уровнем дохода более широкий круг основных медико-санитарных услуг пострадал от потрясений, связанных с пандемией. Даже несмотря на то, что масштабы потрясений пока еще до конца не выяснены, 10 из 22 стран (45%) стран с низким уровнем дохода сообщили о том, что пострадали по меньшей мере 75% основных услуг, что гораздо больше, чем в странах с уровнем дохода ниже среднего (30%) и странах с уровнем дохода выше среднего и с высоким уровнем дохода (8%) *[7]*.

Большинство стран с более низким уровнем дохода остаются уязвимыми. Уязвимость – это сочетание подверженности риску и недостаточных возможностей государства, систем и/или населения для управления этими рисками и их смягчения в экономическом, экологическом, политическом, социальном отношениях и в плане безопасности *[7]*. В условиях такой уязвимости важно четко установить приоритеты финансирования здравоохранения (вставка 3.2).

Совокупные расходы на здравоохранение как в абсолютном выражении, так и в процентном отношении к ВВП росли более медленными темпами в 32 странах с более низким уровнем дохода, чем в остальных странах с уровнем дохода ниже среднего. В 2018 г. расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в 32 странах с более низким уровнем дохода составляли в среднем 45 долл. США, находясь в диапазоне от 19 до 86 долл. США (рисунок 3.3). В период с 2000 по 2018 г. расходы на здравоохранение росли быстрее, чем ВВП в реальном выражении: темпы роста расходов на здравоохранение на душу населения в годовом исчислении составили +2,8% в этот период, а ВВП вырос на 2,1%. Однако начиная с 2016 г. рост расходов на здравоохранение в расчете на душу населения отставал от роста ВВП, и среднегодовые темпы роста этих расходов были ниже, чем в странах с уровнем дохода ниже среднего и уровнем дохода выше среднего.

В 2018 г. совокупные расходы на здравоохранение в странах с более низким уровнем дохода составляли в среднем 6% ВВП, что на 1 процентный пункт больше, чем в 2000 г. Однако этот средний показатель обусловлен высоким уровнем расходов относительно ВВП в нескольких странах. Наблюдаются существенные различия: половина из этих 32 стран израсходовали на здравоохранение менее 5% своего ВВП в 2018 г. (рисунок 3.3). В период с 2000 по 2018 г. в 15 странах ВВП рос быстрее, чем расходы на здравоохранение, поэтому совокупные расходы на здравоохранение в процентном отношении к ВВП сократились. В 6 из этих стран темпы роста совокупных расходов на здравоохранение были отрицательными – этот показатель снизился как в абсолютном выражении, так и в процентном отношении к ВВП (рисунок 3.4).

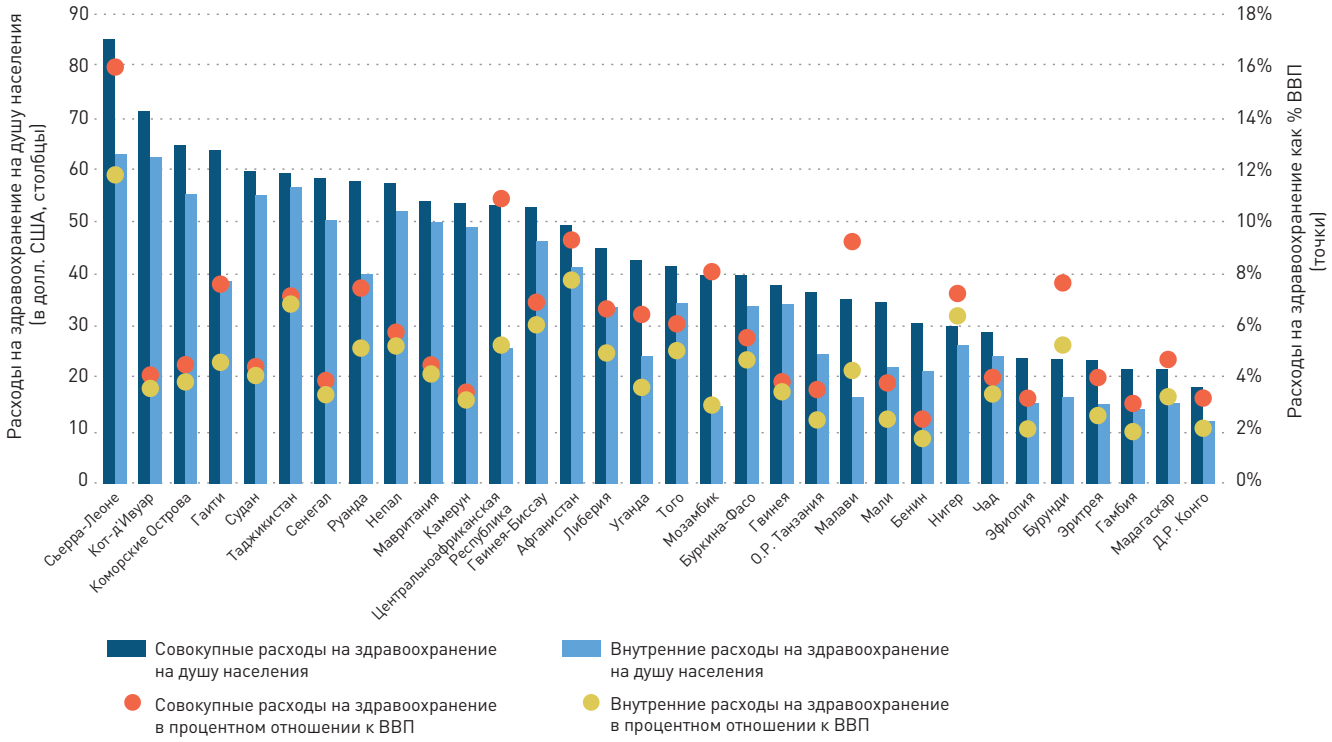
ВСТАВКА 3.2

Приоритеты расходов в уязвимых и пострадавших от конфликтов государствах *[9]*

В ходе недавно проведенного исследования были проанализированы приоритеты расходов на здравоохранение в уязвимых и пострадавших от конфликтов государствах или в условиях уязвимости и конфликта. Прежде всего необходимо обеспечить определенный уровень расходов на общественные блага в здравоохранении, общепопуляционные меры вмешательства, такие как эпидемиологический надзор, законотворчество и регулирование, ветеринарию и охрану окружающей среды, снабжение качественной водой и обеспечение надлежащих санитарных условий. Во-вторых, этим странам следует свести к минимуму дальнейшую фрагментацию системы на множество нескоординированных и часто несогласованных схем или компонентов, ослабляющую устойчивость системы в краткосрочной и более долгосрочной перспективе. В-третьих, страны должны уделять особое внимание оказанию помощи в виде наличных денег или ваучеров (ПНВ) для удовлетворения потребностей людей как в медицинской помощи, так и в других услугах, в дополнение к финансированию основных медико-санитарных услуг, оказываемых населению бесплатно.

РИСУНОК 3.3 Существуют значительные различия между странами с более низким уровнем дохода в плане совокупных расходов на здравоохранение и внутренних расходов на здравоохранение как в абсолютном выражении, так и в процентном отношении к ВВП

Расходы на здравоохранение на душу населения (совокупные расходы и расходы, финансируемые из внутренних источников) и в процентном отношении к ВВП в странах с более низким уровнем дохода, 2018 г.



В странах с более низким уровнем дохода финансируемые из внутренних источников расходы на здравоохранение составляли в среднем всего 34 долл. США в расчете на душу населения в 2018 г., то есть примерно 4,4% ВВП, и почти 60% этих расходов были расходами из собственных средств.

В странах с более низким уровнем дохода внутренние расходы на здравоохранение, финансируемые как из государственных, так и из частных источников, составляли в среднем 34 долл. США в расчете на душу населения, находясь в диапазоне от 12 до 64 долл. США (рисунок 3.3)[6]. В 32 странах с более низким уровнем дохода внутренние расходы на здравоохранение составляли 4,4% ВВП – почти столько же, сколько в 2000 г. В расчете на душу населения внутренние расходы на здравоохранение в этих странах росли на 2,2% в год в период с 2000 по 2018 г., медленнее, чем в других странах с уровнем дохода ниже среднего (4% в год) и странах с уровнем дохода выше среднего и с высоким уровнем дохода (3,4% в год). В 8 из 32 стран рост внутренних расходов на здравоохранение был отрицательным начиная с 2000 г. В 16 странах доля внутренних расходов на здравоохранение в ВВП была меньше в 2018 г., чем в 2000 г., поскольку рост ВВП на душу населения в реальном выражении опережал рост внутренних расходов на здравоохранение (рисунок 3.4).

Для разных стран характерна разная динамика роста расходов на здравоохранение в разбивке по источникам финансирования. Среди 26 стран с более низким уровнем дохода, в которых совокупные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения росли начиная с 2000 г., в 13 странах главным фактором роста расходов на здравоохранение были внутренние источники финансирования в период с 2000 по 2018 г., а в 8 странах эти расходы росли в основном за счет внешней помощи. В 5 странах рост расходов финансировался примерно поровну за счет внутренних и внешних источников. В 6 странах, где совокупные расходы на здравоохранение сократились в реальном выражении, это сокращение

РИСУНОК 3.4 Примерно в половине стран с более низким уровнем дохода внутренние расходы в процентном отношении к ВВП сократились в период с 2000 по 2018 г.

Годовые темпы роста расходов на здравоохранение (совокупных и внутренних) и ВВП на душу населения в период с 2000 по 2018 г.

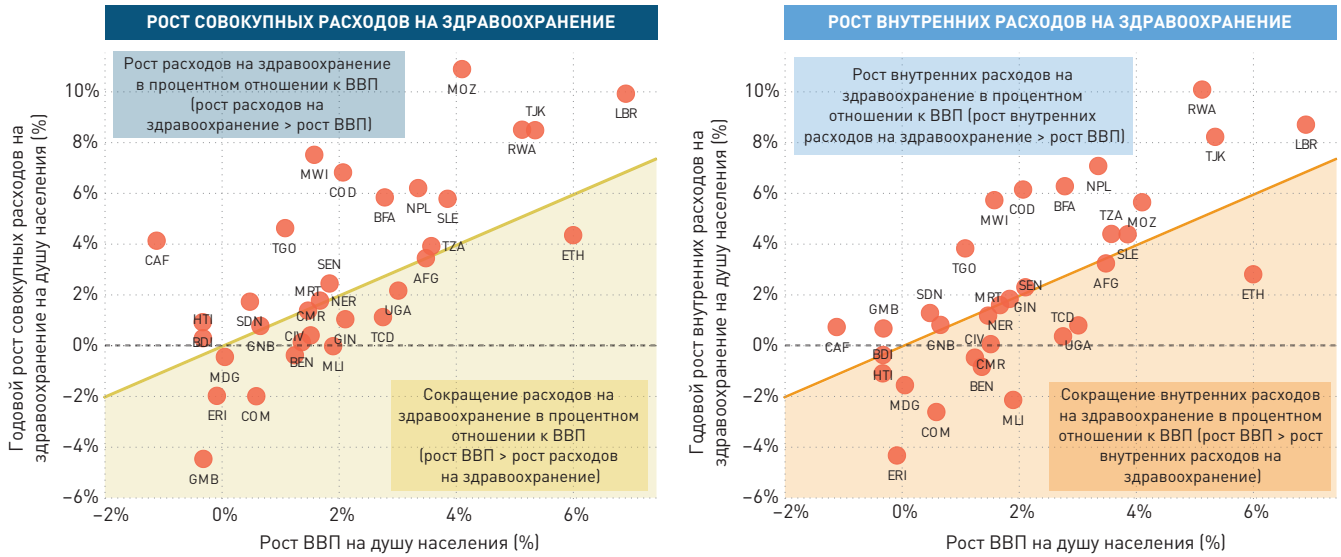
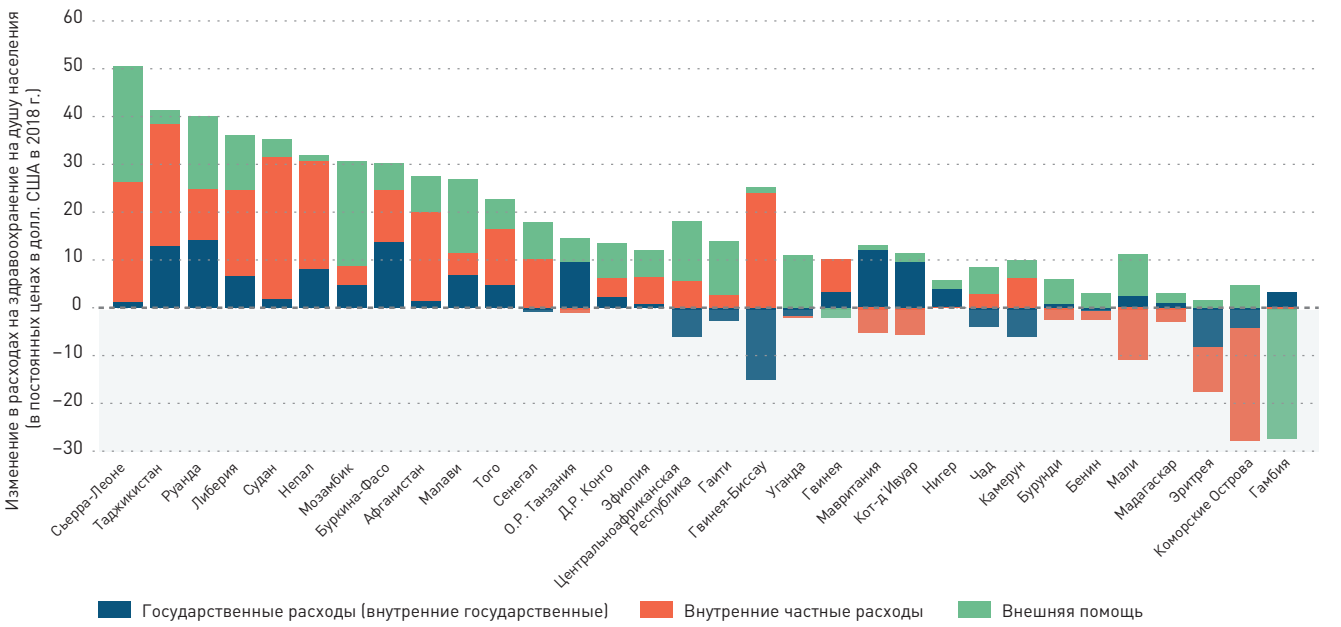


РИСУНОК 3.5 В большинстве стран с более низким уровнем дохода рост расходов на здравоохранение финансировался из внутренних частных источников и за счет внешней помощи

Изменения в расходах на здравоохранение на душу населения (в постоянных ценах в долл. США в 2018 г.) в разбивке по источникам финансирования, в период с 2000 по 2018 г.



Примечание. Изменение рассчитано как разница между средними показателями расходов на здравоохранение в разбивке по источникам финансирования в периоды с 2000 по 2002 г. и с 2016 по 2018 г.

объясняется снижением уровня внутренних расходов, но исключением является Гамбия, где сократилось внешнее финансирование. Из 24 стран с более низким уровнем дохода, в которых внутренние расходы на здравоохранение увеличились в период с 2000 по 2018 г., только в 5 странах рост этих расходов финансировался из государственных источников. В 13 странах главным фактором роста были внутренние расходы, что представляет собой менее оптимальную динамику (рисунок 3.5).

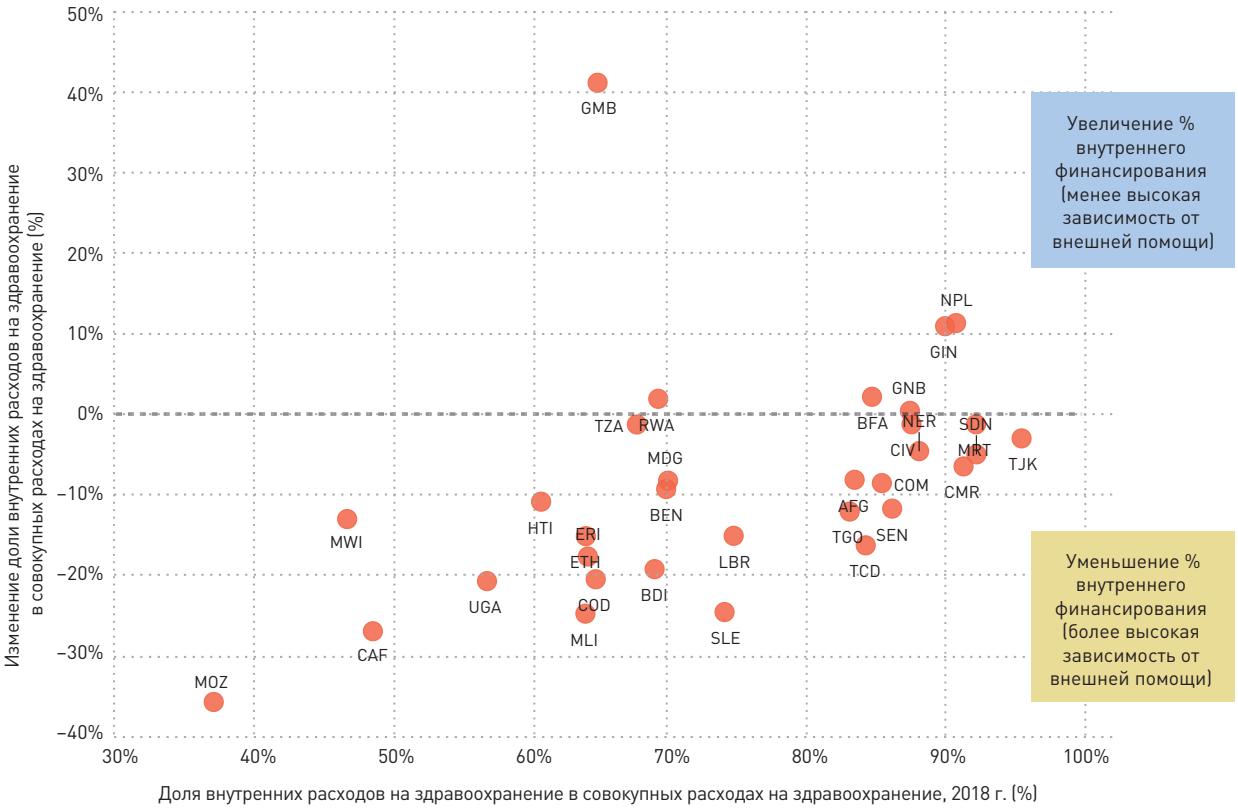
В странах с более низким уровнем дохода внутренние расходы на здравоохранение составили 75% в 2018 г., сократившись с 83% в 2000 г., что усилило зависимость от внешней помощи. Иными словами, в 2018 г. расходы этих стран на здравоохранение в большей степени финансировались из внешних источников, чем в 2000 г. (17% расходов на здравоохранение в 2000 г. и 25% этих расходов в 2018 г.). Эта тенденция снижения объема внутреннего финансирования прослеживалась почти во всех странах с более низким уровнем дохода, за исключением пяти. Например, в Уганде, где 57% расходов на здравоохранение финансировалось из внутренних источников в 2018 г., эта доля сократилась на 20 процентных пунктов по сравнению с 2000 г., когда из внутренних источников финансировалось 77% расходов на здравоохранение (рисунок 3.6).

В странах с более низким уровнем дохода основная часть внутренних расходов на здравоохранение финансировалась из частных источников. В 2018 г. из частных источников финансировалось в среднем 69% внутренних расходов на здравоохранение, а из государственных источников — 31%.

В то же время в странах с уровнем дохода ниже среднего из частных источников финансировалось лишь около половины (49%) внутренних расходов на здравоохранение в 2018 г., а в странах с уровнем дохода выше среднего и странах с высоким уровнем дохода – 38%. В 27 из 32 стран с более низким уровнем дохода более половины внутренних расходов финансировалось из частных источников (рисунок 3.7). Основную часть этого частного финансирования составляли расходы из собственных средств. В некоторых случаях значительная доля внутренних расходов финансировалась также из других частных источников, таких как добровольные отчисления (в частные фонды медицинского страхования, в том числе микрострахования) в порядке предоплаты и другие отчисления предприятий и некоммерческих организаций.

РИСУНОК 3.6 Доля расходов на здравоохранение, финансируемых из внутренних источников, сокращается, что увеличивает зависимость от внешней помощи

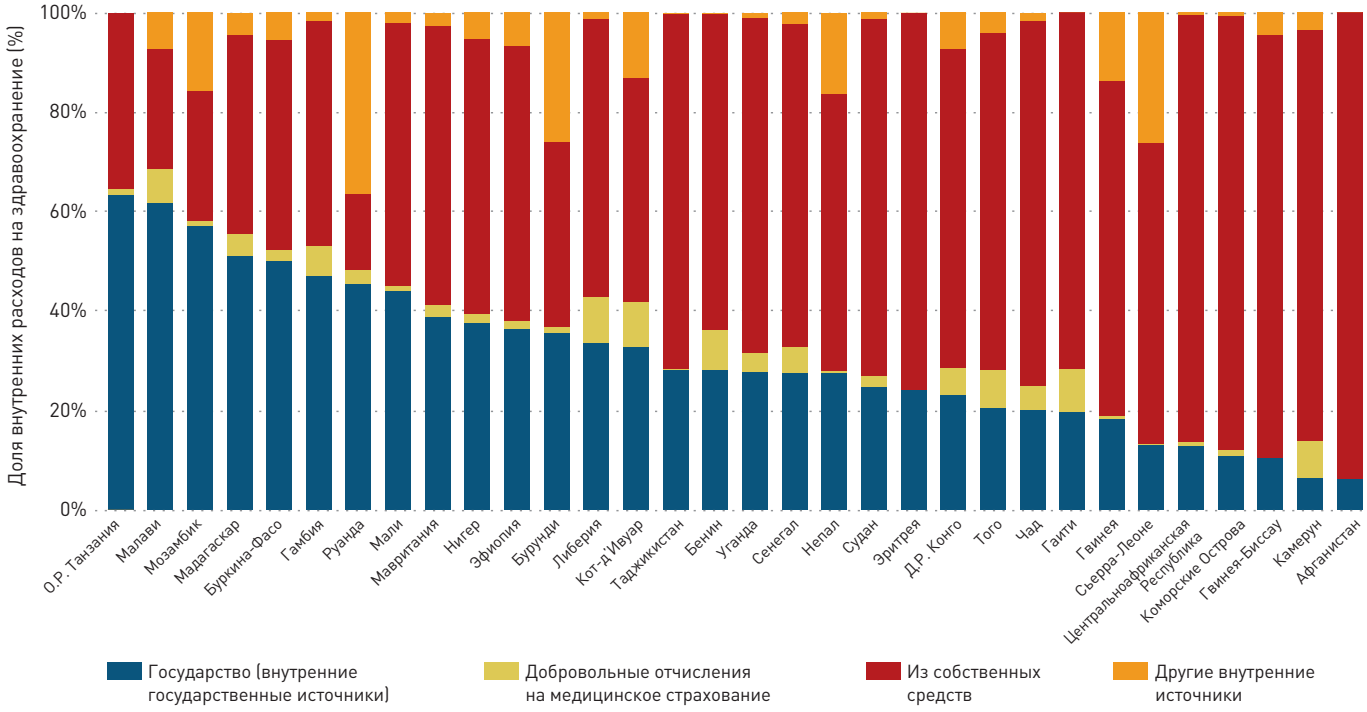
Изменения доли внутренних расходов на здравоохранение в совокупных расходах на здравоохранение в странах с более низким уровнем дохода в период с 2000 по 2018 г.



Примечание. Изменение доли внутренних расходов на здравоохранение в совокупных расходах на здравоохранение рассчитано как разница между средними показателями за периоды с 2000 по 2002 г. и с 2016 по 2018 г.

РИСУНОК 3.7 В странах с более низким уровнем дохода почти 60% внутренних расходов на здравоохранение были расходами из собственных средств

Структура внутренних расходов на здравоохранение в разбивке по основным источникам финансирования и странам, 2018 г.

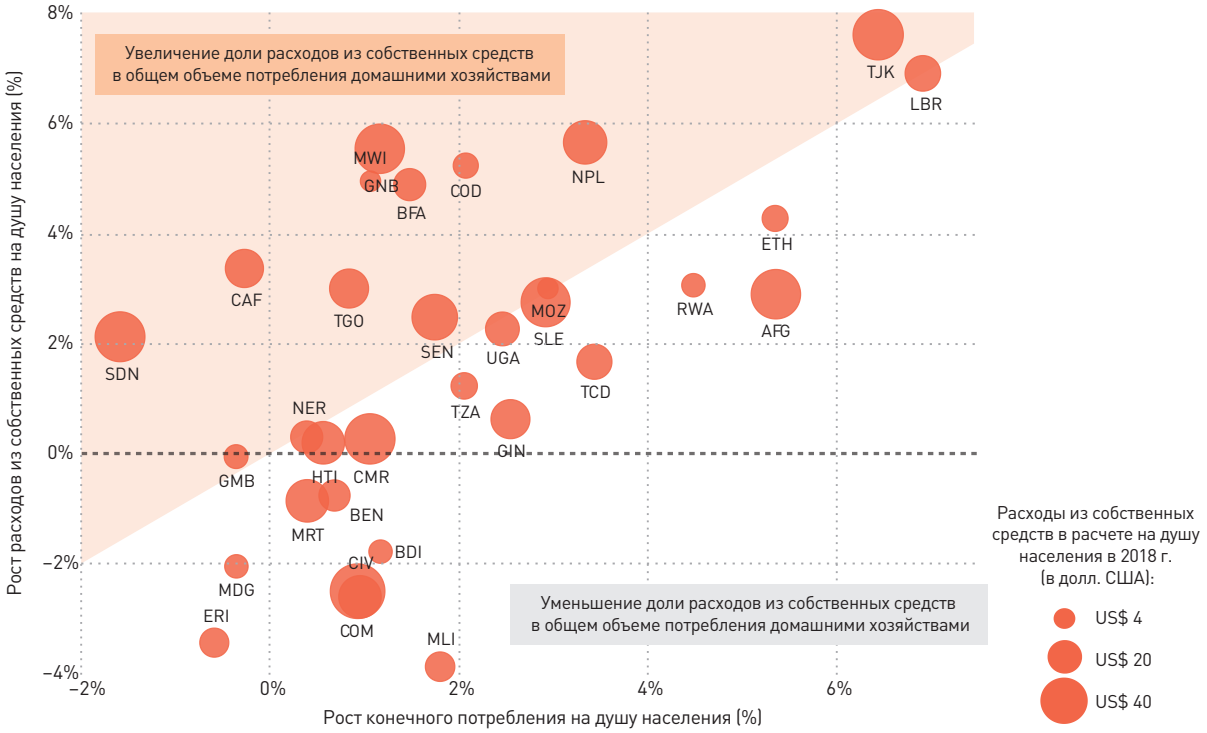


Расходы из собственных средств остаются главным источником финансирования внутренних расходов на здравоохранение в странах с более низким уровнем дохода. В 2018 г. доля расходов из внутренних средств (расходы домашних хозяйств из собственных средств) в расходах на здравоохранение, финансируемых из внутренних источников, составляла почти 60%, то есть примерно в два раза больше, чем их доля в совокупных государственных расходах на здравоохранение. В 23 из 32 стран расходы домашних хозяйств из собственных средств составляли более половины внутренних расходов на здравоохранение, а в 13 странах она превышала две трети внутренних расходов (рисунок 3.7). В то же время только в 5 странах из государственных источников финансировалось более половины внутренних расходов на здравоохранение. В 2018 г. расходы домашних хозяйств из собственных средств в 32 странах с более низким уровнем дохода составляли в среднем 21 долл. США на душу населения в диапазоне от 4 до 49 долл. США.

В 2018 г. доля расходы домашних хозяйств из собственных средств в общем объеме частного потребления составляла 3,4% в 32 странах с более низким уровнем дохода. Таким образом, доля расходы домашних хозяйств из собственных средств в совокупных расходах домашних хозяйств немного выше, чем в других странах с уровнем дохода ниже среднего (2,8% частного конечного потребления). В период с 2000 по 2018 г. доля расходов из собственных средств в общем объеме частного потребления увеличилась в 12 странах с более низким уровнем дохода (расходы домашних хозяйств из собственных средств росли быстрее, чем частное конечное потребление). В 20 странах доля расходы домашних хозяйств из собственных средств в частном конечном потреблении уменьшилась, причем в 8 странах – в абсолютном выражении (рисунок 3.8).

РИСУНОК 3.8 Доля расходов из собственных средств в общем объеме потребления домашними хозяйствами увеличилась в одной трети стран с более низким уровнем дохода

Годовой рост расходов из собственных средств и частного конечного потребления на душу населения в период с 2000 по 2018 г.



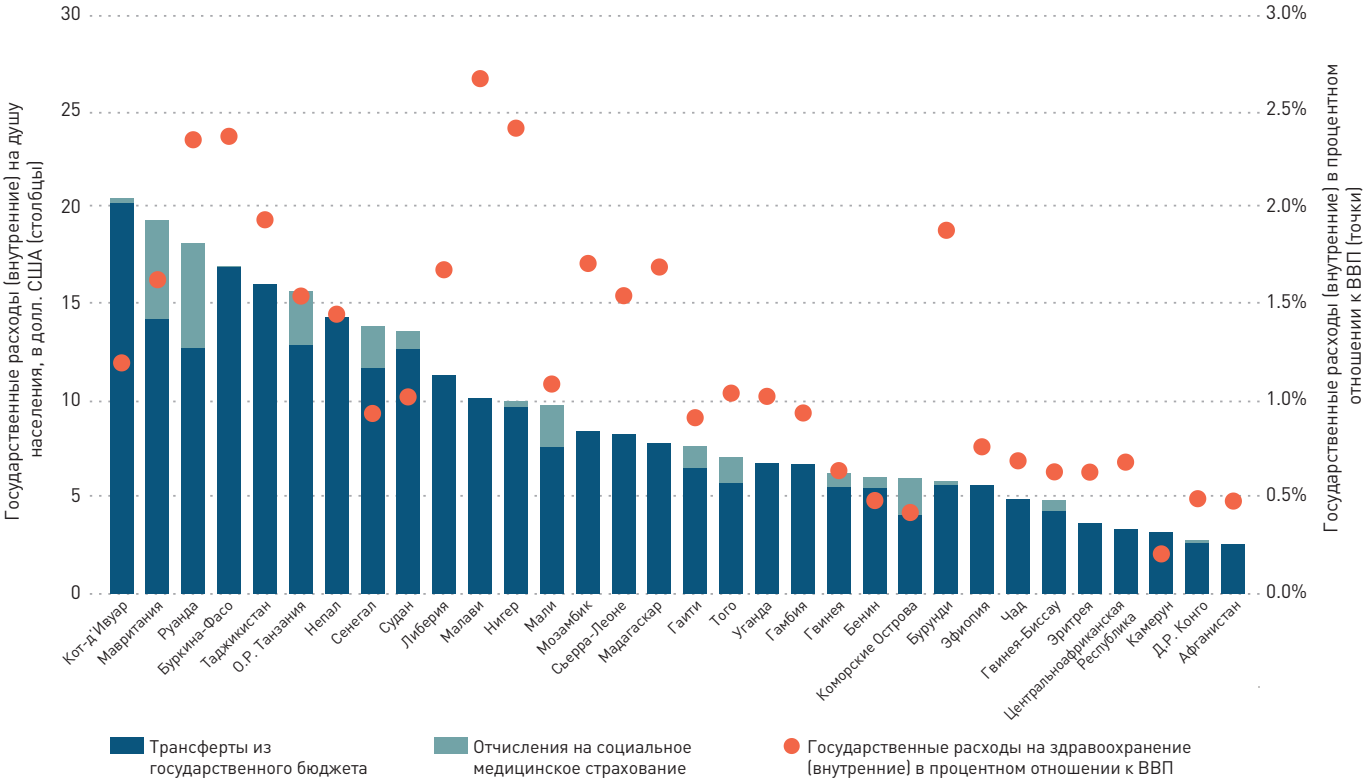
В 2018 г. государственные расходы на здравоохранение в странах с более низким уровнем дохода составляли в среднем всего лишь 9 долл. США на душу населения, то есть примерно 1,2% ВВП, и в период с 2000 по 2018 г. доля расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах сокращалась.

В 2018 г. государственные расходы на здравоохранение7 в странах с более низким уровнем дохода составляли в среднем всего лишь 9 долл. США на душу населения, или 1,2% ВВП. Почти две трети из 32 стран с более низким уровнем дохода расходовали на эти цели менее 10 долл. США на душу населения (из внутренних источников), в основном за счет государственных трансфертов (рисунок 3.9). Отчисления на социальное медицинское страхование были довольно несущественными, лишь немного превышая 5 долл. США на душу населения в Руанде и Мавритании.

Структура факторов, влияющих на государственные расходы на здравоохранение, довольно сложна. Потенциальный объем государственных расходов на здравоохранение определяется ВВП (размерами экономики), государственными доходами и расходами в процентном отношении к ВВП (бюджетным потенциалом) и долей государственных расходов на здравоохранение в совокупных расходах сектора государственного управления (значением, придаваемым здравоохранению при распределении бюджетных средств). Довольно часто эти три фактора влияют по-разному. Рост ВВП необязательно означает увеличение государственных доходов, если отсутствуют надлежащие институты и механизмы сбора доходов. Приоритеты при распределении бюджетных средств определяются политическими соображениями, но возможности бюджета ограничены. Государству приходится руководствоваться конкурирующими друг с другом приоритетами в социальной сфере (здравоохранение, образование, питание), в экономике (инфраструктура) и области национальной обороны. Обязательные расходы, такие как обслуживание задолженности, также ограничивают возможности для увеличения расходов на здравоохранение.

РИСУНОК 3.9 Государственные расходы составляли менее 10 долл. США в расчете на душу населения почти в двух третях 32 стран с более низким уровнем дохода

Государственные расходы на душу населения в процентном отношении к ВВП в странах с более низким уровнем дохода, 2018 г.



Примечание. Государственные расходы на здравоохранение = трансферты из государственного бюджета + отчисления на социальное медицинское страхование.

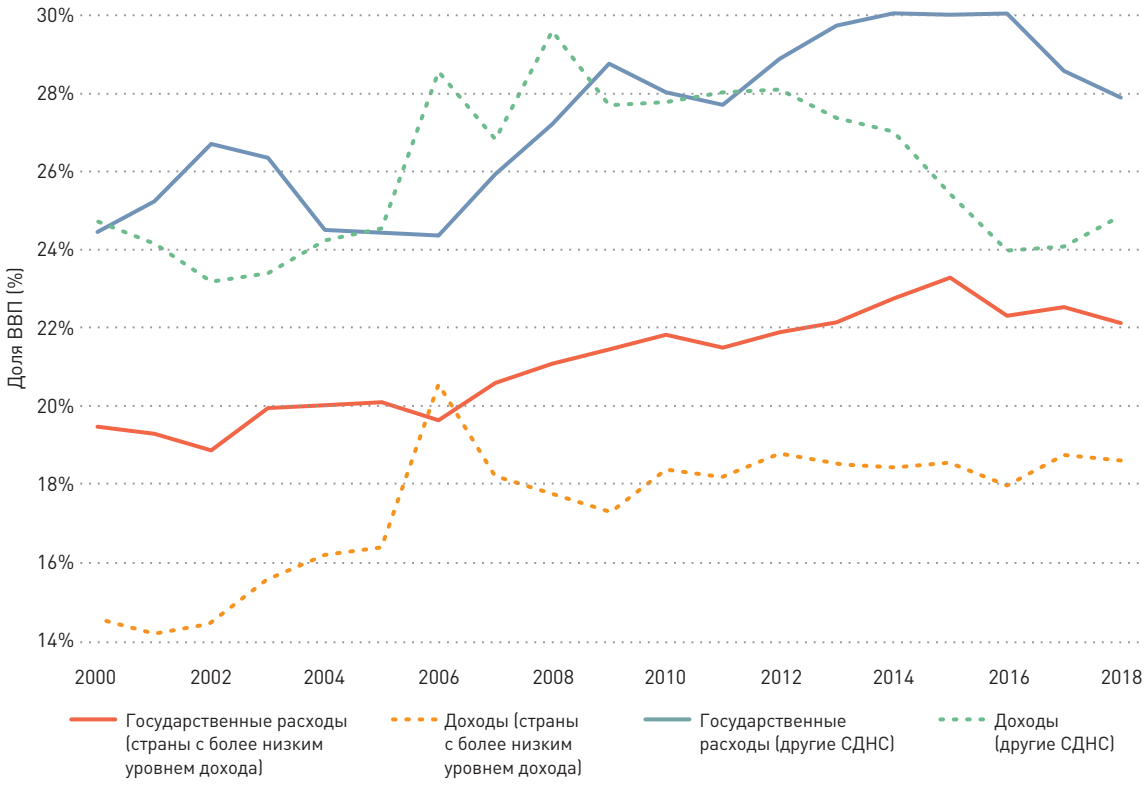
В 2018 г. доходы сектора государственного управления и его совокупные расходы в странах с более низким уровнем дохода составляли соответственно 19% и 22% ВВП, а это означает, что эти страны обладают меньшим бюджетным потенциалом, чем другие страны с уровнем дохода ниже среднего (рисунок 3.10)[8]. Согласно большинству новых данных, имеющихся по странам с более низким уровнем дохода, налоговые поступления составляли менее 13% ВВП в 2018 г. по сравнению с 17% в других странах с уровнем дохода ниже среднего. Правительства стран с более низким уровнем дохода на начальном этапе усилили свой доходный потенциал в период с 2000 по 2018 г. Однако начиная с 2009 г. дальнейших улучшений в целом не происходило. Совокупные расходы сектора государственного управления росли медленно и немного выросли с 19% ВВП в 2000 г. до 22% в 2018 г., однако темпы их роста снижались начиная с 2015 г. (рисунок 3.10).

Начиная с 2009 г. динамика государственных доходов и расходов в процентном отношении к ВВП была менее очевидной: в трети стран с более низким уровнем дохода расходы сектора государственного управления росли медленнее, чем ВВП (рисунок 3.11), что означало сокращение доли совокупных государственных расходов в ВВП. Вместе с тем в 6 странах с более низким уровнем дохода наблюдался отрицательный рост доходов сектора государственного управления, в результате чего их государственные расходы на душу населения сократились в реальном выражении в период с 2008 по 2018 г.

В 2018 г. расходы на здравоохранение в странах с более низким уровнем дохода составляли в среднем всего лишь 5,5% расходов сектора государственного управления – это меньше, чем доля военных расходов. В этих странах расходы на здравоохранение стали менее приоритетными, и их доля в совокупных государственных расходах сократилась с 7% в период с 2000 по 2005 г. до 5,5% в 2018 г. (учитывая только внутреннее финансирование). В то же время военные расходы составляли в среднем 7%

РИСУНОК 3.10 У 32 стран с более низким уровнем дохода меньше возможностей получать доходы, чем у других стран с уровнем дохода ниже среднего

Расходы и доходы сектора государственного управления в процентном отношении к ВВП в странах с более низким уровнем дохода и в других странах с уровнем дохода ниже среднего, 2000–2018 гг.



государственных расходов в 2018 г., причем в 17 из 32 стран с более низким уровнем дохода на военные расходы выделялось больше государственных средств, чем на расходы на здравоохранение. Расходы на здравоохранение (финансируемые из внутренних источников) и образование в совокупности составляли менее 22% общего объема государственных расходов (рисунок 3.12).

Увеличение бремени задолженности стран с более низким уровнем дохода влияет на наличие ресурсов для финансирования здравоохранения. Расходы на обслуживание внешнего долга сократились в период с 2000 по 2011 г. благодаря международным инициативам по облегчению бремени задолженности. Однако начиная с 2011 г. расходы на обслуживание задолженности росли и в 2018 г. почти достигли уровня государственных расходов на здравоохранение (рисунок 3.12). В 14 из 32 стран с более низким уровнем дохода расходы сектора государственного управления на обслуживание задолженности (только внешнего долга) составляли более значительную долю государственных расходов, чем внутренние государственные расходы на здравоохранение в 2018 г.

Общая сумма внешней государственной задолженности уменьшилась с 77% ВВП в 2000 г. до самого низкого уровня (20%) в 2012 г. Однако начиная с 2012 г. внешний долг продолжает расти, составив в среднем 27% ВВП в странах с более низким уровнем дохода в 2018 г. Совокупная валовая задолженность (внешний и внутренний долг), сокращавшаяся несколько лет подряд, вновь начала расти в 2011 г., увеличившись в среднем с 36% до 56% ВВП в 2018 г. (согласно прогнозам на 2020 г., опубликованным МВФ в докладе «Перспективы развития мировой экономики» за 2020 г., эта цифра составит 64%) *[3]*. Таким образом, вполне вероятно, что расходы государственного бюджета на обслуживание задолженности будут продолжать расти за счет дальнейшего сокращения бюджетных ассигнований на дискреционные расходы.

Как ни парадоксально, но в период, охватываемый Целями тысячелетия в области развития, две трети стран с более низким

РИСУНОК 3.11 В странах с более низким уровнем дохода экономический рост не всегда увеличивал бюджетный потенциал

Бюджетный потенциал государства в странах с низким уровнем дохода в периоды с 2000 по 2008 г. и с 2008 по 2018 г.

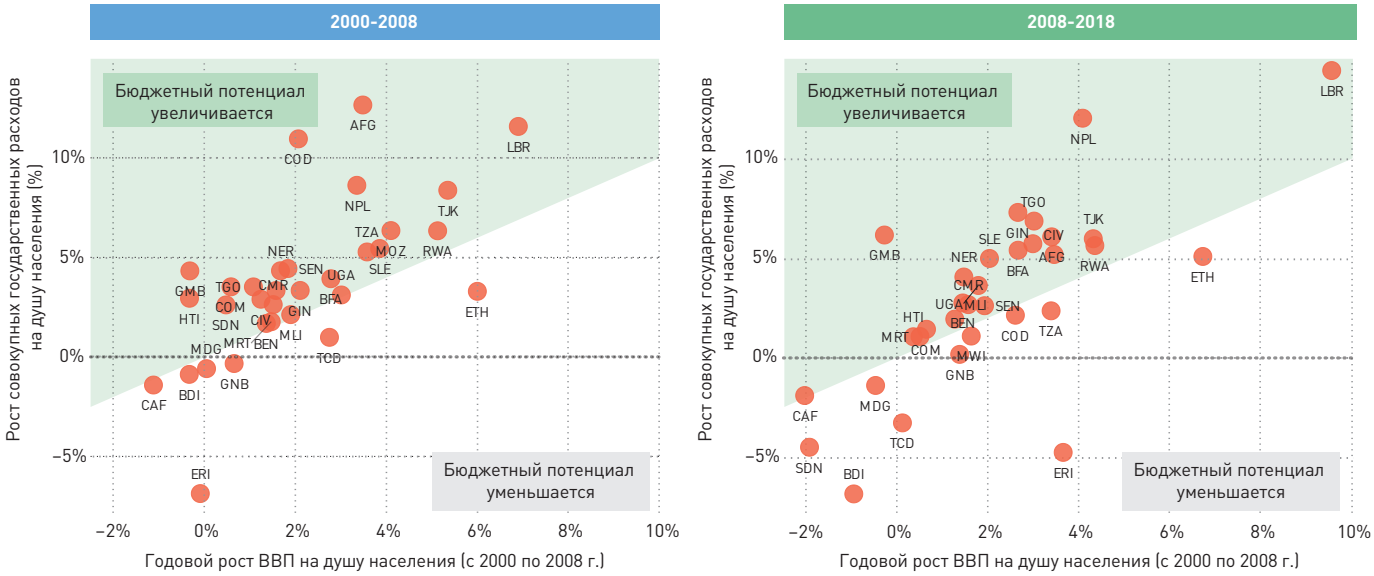
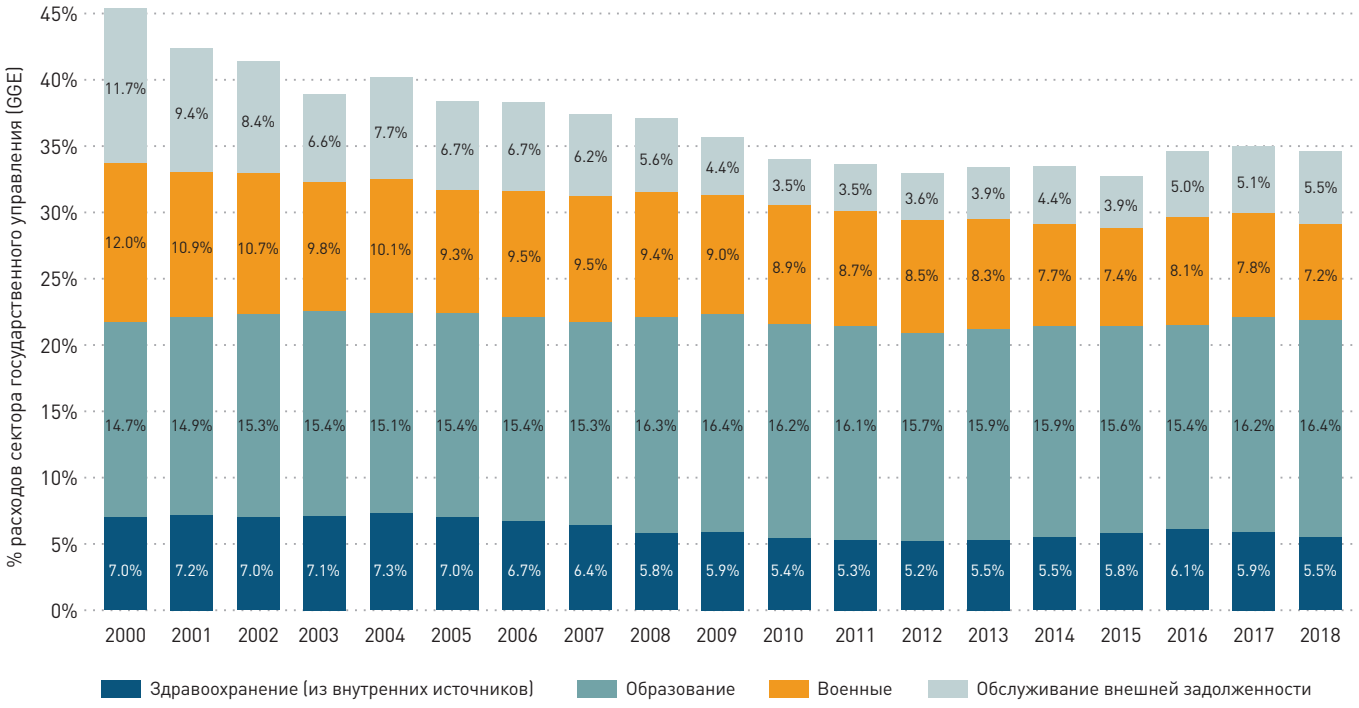


РИСУНОК 3.12 Государственные расходы на здравоохранение (внутренние) составляют такую же долю в государственном бюджете, как и военные расходы

Государственные расходы на здравоохранение, образование, военные нужды и обслуживание внешней задолженности в процентном отношении к расходам сектора государственного управления (GGE) в странах с более низким уровнем дохода



Примечание. Представленные на этом рисунке показатели обслуживания внешней задолженности являются показателями расходов сектора государственного управления на обслуживание внешней задолженности согласно публикации Всемирного банка «Статистика по международной задолженности». Это сумма платежей в счет погашения основной суммы и процентов, фактически выплаченная в валюте, в виде товаров или услуг по долгосрочным обязательствам должников, относящихся к сектору государственного управления. Обслуживание задолженности государственных корпораций и частного сектора, гарантированной государственным сектором, не учитывается.

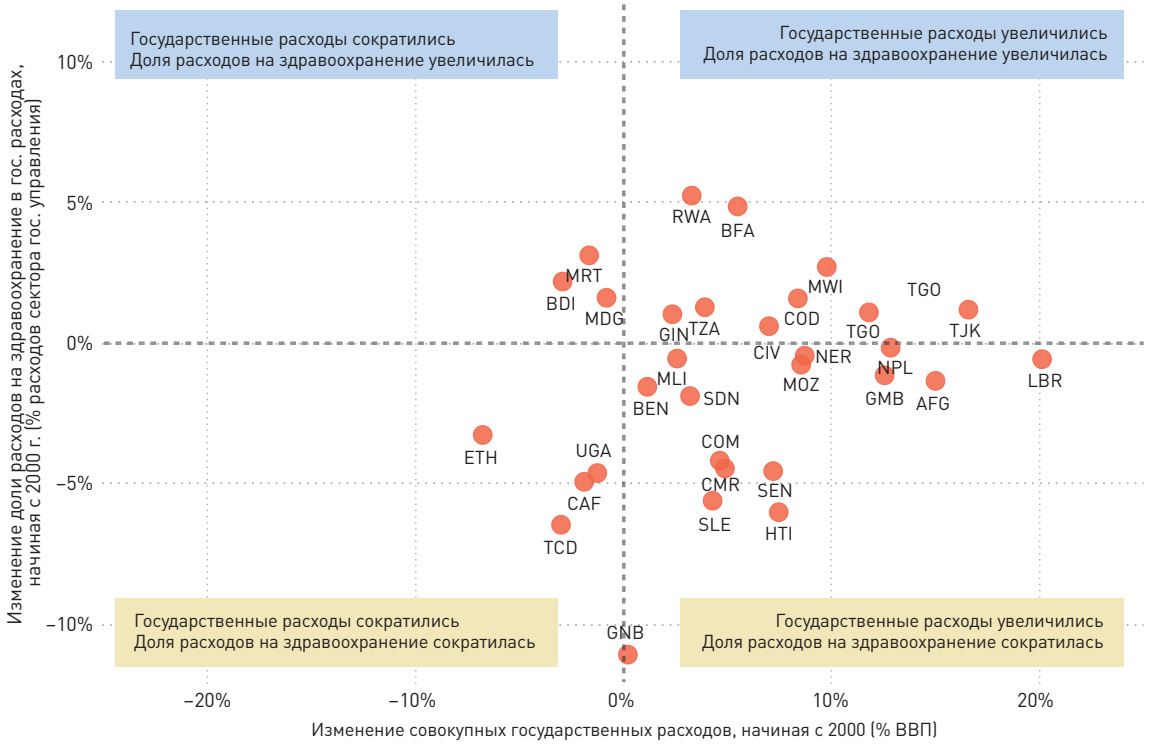
Источник. Данные по расходам, не связанным со здравоохранением, являются данными из публикаций Всемирного банка «Показатели мирового развития» *[4]* и «Статистика по международной задолженности» *[11]*.

уровнем дохода, как правило, придавали меньше значения здравоохранению. В среднем по этим странам доля расходов на здравоохранение в расходах сектора государственного управления уменьшилась с 7% в 2000-2005 гг. до 5,5% в 2018 г. (рисунок 3.12), и только две трети стран с более низким уровнем дохода смогли увеличить долю бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение (рисунок 3.13). Это произошло несмотря на то, что совокупные государственные расходы выросли в процентном отношении к ВВП в 25 странах с более низким уровнем дохода. В 15 странах здравоохранение стало менее приоритетным в условиях роста государственных расходов. В 7 странах бюджетный потенциал относительно ВВП уменьшился, и в трех из этих семи стран увеличилась доля бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение (рисунок 3.13).

Поскольку, согласно даже оптимистическим прогнозам, объем внутренних государственных ресурсов уменьшится в 2020 г. и 2021 г. из-за пандемии COVID-19, способность стран с более низким уровнем дохода обратить вспять эту тенденцию снижения приоритетности расходов на здравоохранение будет иметь решающее значение для обеспечения финансирования государственной системы здравоохранения.

РИСУНОК 3.13 В двух третях стран с более низким уровнем дохода наблюдалась тенденция снижения приоритетности здравоохранения

Изменения в приоритетности здравоохранения и бюджетном потенциале, 2000–2018 гг.



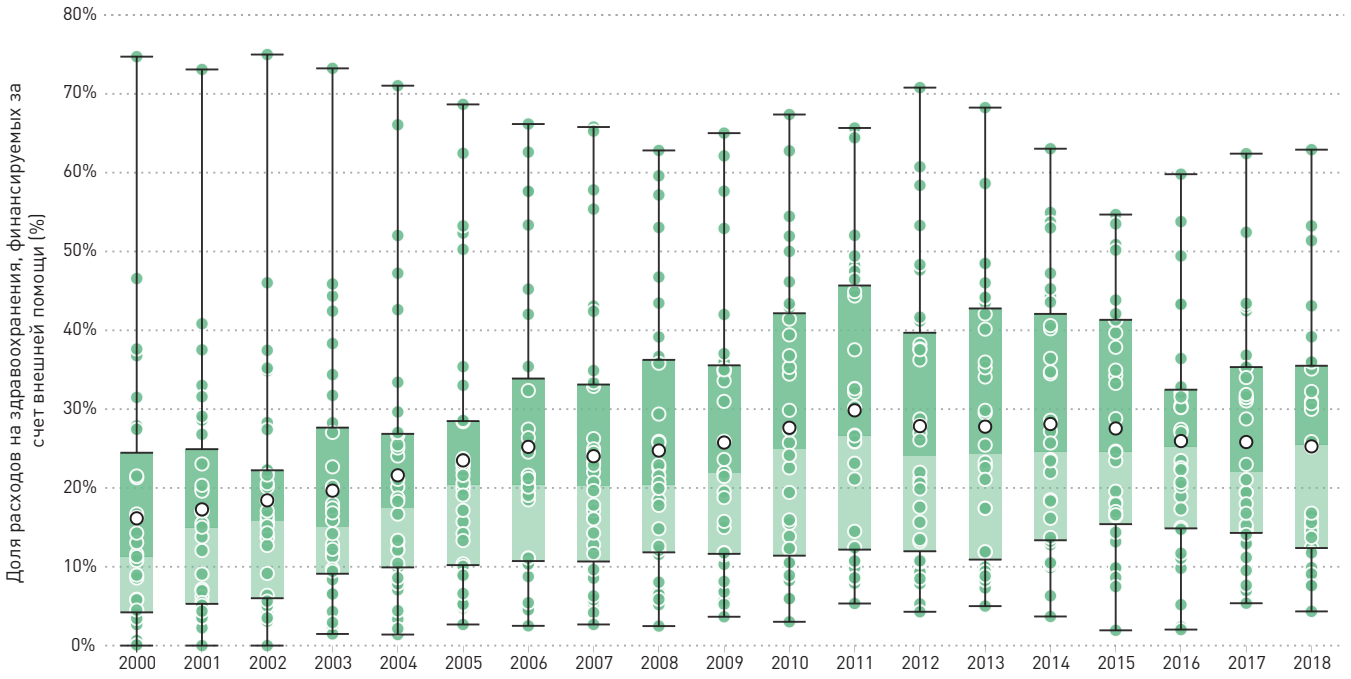
Примечание. Изменение совокупных государственных расходов и доли расходов на здравоохранение в государственных расходах рассчитано как разница между средними значениями за периоды с 2000 по 2002 г. и с 2016 по 2018 г. Эритрея, как статистический выброс, не учтена (начиная с 2000 г. совокупные государственные расходы в процентном отношении к ВВП сократились на 60%, а доля расходов на здравоохранение в ВВП оставалась без изменений).

В период с 2000 по 2018 г. объем внешней помощи в расчете на душу населения, получаемой странами с более низким уровнем дохода на цели здравоохранения, увеличился вдвое в реальном выражении, составив одну четверть расходов этих стран на здравоохранение в 2018 г.

Внешняя помощь играла все более важную роль в качестве источника финансирования здравоохранения в странах с более низким уровнем дохода. За счет внешней помощи финансировалось в среднем 10 долл. США на душу населения в 32 странах с более низким уровнем дохода – эта сумма увеличилась более чем в два раза в реальном выражении по сравнению с 2000 г. (рисунок 3.15). В 2018 г. за счет внешней помощи финансировалось в среднем 25% расходов на здравоохранение в странах с более низким уровнем дохода, а в 2000 г. — 16%. В нескольких случаях за счет внешней помощи финансировалось более половины расходов на здравоохранение (рисунок 3.14). Такая экстремальная ситуация может носить временный характер, когда приток внешней помощи усиливается в связи с острым кризисом в области здравоохранения и катастрофами, как, например, в 2011-2012 гг. в Гаити после землетрясения 2010 г. и в Сьерра-Леоне в 2014-2015 гг. после пандемии вируса Эбола. Однако лишь в немногих случаях эта зависимость становилась хронической, например, в Гамбии, Малави и Мозамбике, где внешняя помощь покрывала более 50% расходов на здравоохранение на протяжении большей части периода с 2000 по 2018 г. (рисунок 3.14).

РИСУНОК 3.14 Внешняя помощь становилась все более важным источником финансирования здравоохранения в странах с более низким уровнем дохода

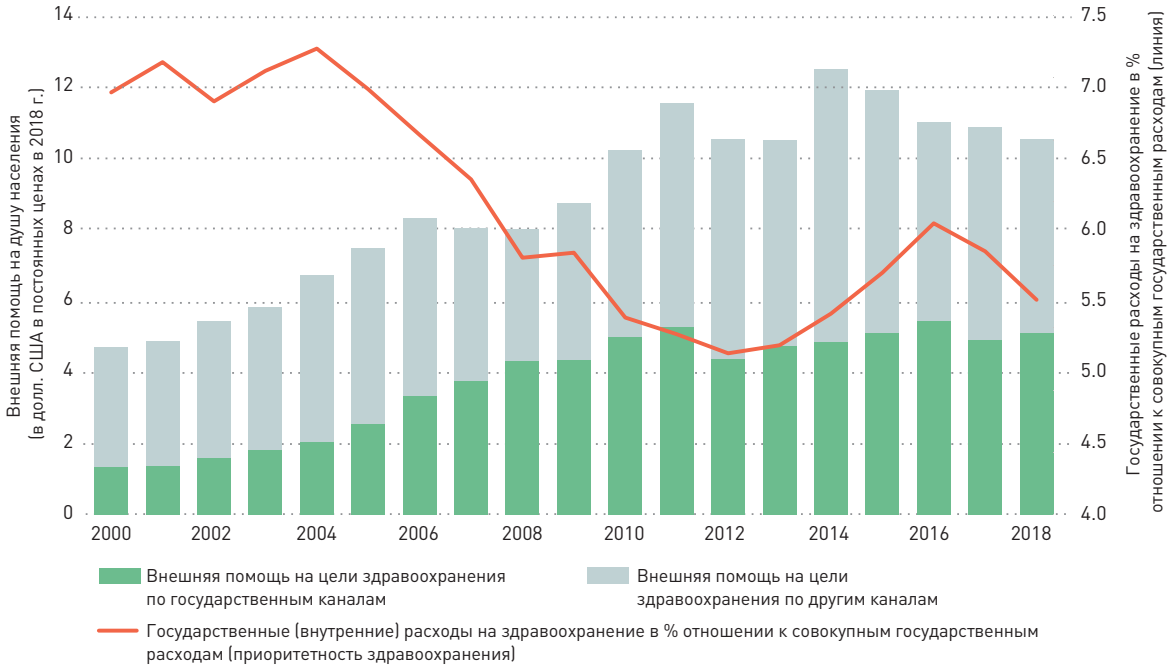
Доля расходов на здравоохранение, финансируемых за счет внешней помощи на цели здравоохранения, в странах с более низким уровнем дохода, 2000–2018 гг.



Примечание. Коробчатые диаграммы показывают межквартильный размах (25-й – 75-й процентили) значений. Среднее значение находится в точке, в которой штриховка становится темнее. Каждый кружок обозначает одну страну, а среднее значение обозначено белым кружком. Вертикальные линии обозначают диапазон между максимальным и минимальным значениями.

РИСУНОК 3.15 Когда объем внешней помощи увеличивался, бюджетные ассигнования на здравоохранение сокращались

Внешняя помощь на цели здравоохранения, предоставляемая по разным каналам, и доля расходов на здравоохранение в расходах сектора государственного управления в странах с более низким уровнем дохода, 2000-2018 гг.

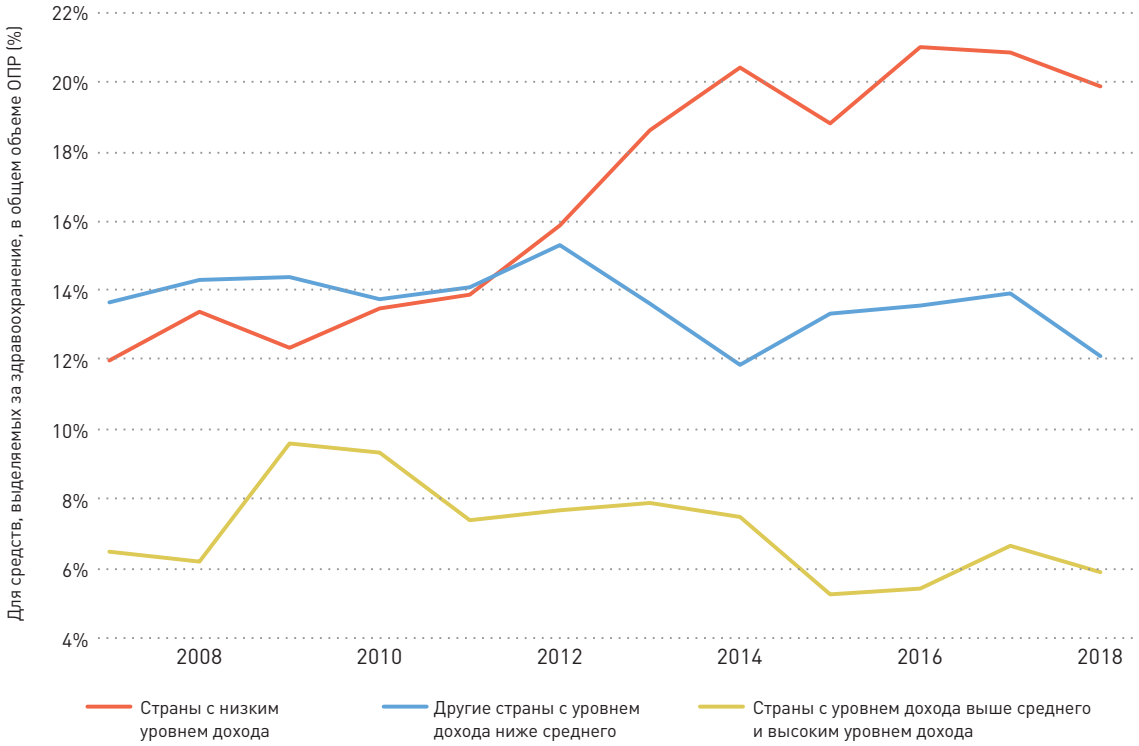


Когда внешняя помощь увеличивалась, средства, выделяемые из государственного бюджета на здравоохранение, сокращались. В странах с более низким уровнем дохода внешняя помощь поднимает вопрос перераспределения расходов между категориями, когда увеличение объема внешней помощи в расчете на душу населения сопровождается одновременным сокращением объема внутренних государственных ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения (рисунок 3.15). В период с 2000 по 2012 г. страны с более низким уровнем дохода пользовались увеличившимся объемом внешней помощи для перераспределения дискреционных расходов, финансируемых из внутренних источников. Это становилось особенно очевидным, когда внешняя помощь, поступающая по государственным каналам (государство финансирует расходы на здравоохранение из внешних источников), увеличилась более чем в два раза в реальном выражении с 2000 по 2011 г. — в период, когда происходило более значительное сокращение объема средств, выделяемых на здравоохранение из внутренних государственных источников. Однако эта динамика стала менее очевидной после 2012 г.; в период с 2016 по 2018 г. сократились и внешняя помощь, и объем финансирования здравоохранения.

Доноры стали уделять больше внимания финансированию здравоохранения в странах с более низким уровнем дохода. По данным доноров, полученных из базы данных системы представления отчетности стран-кредиторов ОЭСР, совокупный объем официальной помощи в целях развития (ОПР), предоставленной странам с более низким уровнем дохода двусторонними и многосторонними донорами, оставался относительно стабильным в период с 2010 по 2018 г. В то же время расходы на здравоохранение явно стали более приоритетными, и их доля в ОПР возросла: в 2010 г. всего лишь 13% ОПР, полученной 32 странами с более низким уровнем дохода, было выделено на финансирование здравоохранения, а в 2018 г. эта доля увеличилась до 20%. Эта тенденция не наблюдалась в других странах с уровнем дохода ниже среднего, где доля ОПР, выделяемой на цели здравоохранения, немного сократилась за последние 5 лет (рисунок 3.16). Во всем мире доля ОПР, предназначенная для финансирования здравоохранения, оставалась на уровне от 11% до 12% начиная с 2010 г.

РИСУНОК 3.16 Доноры начали уделять больше внимания здравоохранению в странах с более низким уровнем дохода

Доля средств, выделяемых на здравоохранение, в общем объеме помощи в целях развития, 2007-2018 гг.



Примечание. Данные о средствах, выделяемых на цели здравоохранения, и общем объеме ОПР представлены только по тем странам-получателям помощи, которые являются членами ВОЗ. Под средствами, выделяемыми на цели здравоохранения, имеются в виду средства, предоставляемые в порядке ОПР секторам по категориям «здравоохранение – 120» и «общепопуляционные меры политики/программы и репродуктивное здоровье – 130», за исключением средств, учитываемых в системе представления отчетности стран-кредиторов и не подпадающих под содержащееся в ССЗ 2011 определение расходов на здравоохранение (медицинское образование, медицинские исследования и общепопуляционные меры политики).

Источник. База данных системы представления отчетности стран-кредиторов ОЭСР *[12]*.

Выводы

Динамика макроэкономических показателей и расходов в 32 странах с более низким уровнем дохода в период с 2000 по 2018 г. показывает, насколько эти страны отстают на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранениями и насколько серьезны проблемы, ограничивающие возможности этих стран. За некоторыми исключениями экономика этих стран растет медленнее, чем в других странах с уровнем дохода ниже среднего и выше среднего. У них меньше возможностей для получения доходов и осуществления государственных расходов. Необходимость выделения бюджетных средств на другие цели, помимо здравоохранения, и бюджетные ограничения, такие как повышение уровня задолженности начиная с 2010 г., также заставили сократить долю расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах.

В результате значительная доля расходов на здравоохранение в странах с более низким уровнем дохода до сих пор финансируется населением из собственных средств. В 2018 г. таким образом финансировалось более половины внутренних расходов на здравоохранение в двух третях этих стран. В этих странах увеличилась доля внешней помощи, используемая для финансирования систем здравоохранения, и происходило это за счет сокращения бюджетных ассигнований на здравоохранение. Увеличение объема внешней помощи уменьшило долю государственного финансирования, но не привело к снижению расходов из собственных средств до ожидаемого уровня.

Ситуация, скорее всего, ухудшится после пандемии COVID-19. Поскольку экономика стран с более низким уровнем дохода переживает глубокий спад, финансирование системы здравоохранения, вероятно, пострадает в большей степени, чем во время

экономического кризиса 2008 г., в условиях снижения государственных доходов и возможного сокращения официальной помощи в целях развития, поскольку больше ресурсов задействовано для борьбы с COVID-19.

В перспективе динамика расходов на здравоохранение, охвата услугами и финансовой защиты, скорее всего, будет зависеть от возможностей стран с более низким уровнем дохода выделять больше бюджетных средств на цели здравоохранения и от того, решат ли двусторонние и многосторонние кредиторы уделять больше внимания здравоохранению в этих странах. Для того чтобы обеспечить и ускорить прогресс на пути к достижению ВОУЗ и безопасности в области здравоохранения, государству необходимо придавать первостепенное значение финансированию общественных благ или основных функций или услуг общественного здравоохранения. Донорам следует продолжать оказывать помощь, которая по-прежнему имеет решающее значение для некоторых функций систем здравоохранения в странах с более низким уровнем дохода. Внешняя помощь должна быть в большей степени нацелена на укрепление основ системы здравоохранения, в первую очередь на наращивание кадрового потенциала и совершенствование инфраструктуры. Покрывая дефицит финансирования, она также должна способствовать институциональным изменениям. Донорам также следует разработать новые модели оказания помощи, учитывая проблему замещения государственных расходов внешней помощью, что, наряду с увеличением государственных расходов, должно позволить как можно скорее облегчить возложенное на население бремя финансирования здравоохранения.

Примечания

1. Коэффициент Джини – показатель распределения доходов – колеблется в диапазоне от 0 до 1. Чем выше значение индекса, тем более неравномерно распределен доход.
2. Приведенный в настоящей главе показатель темпов роста в годовом исчислении в период с 2000 по 2018 г. рассчитан как совокупные темпы годового роста ВВП, поделенные на доходы на душу населения в постоянных ценах = $(x_{2018}/x_{2000})^{1/18} - 1$.
3. В настоящей главе «другими странами с уровнем дохода ниже среднего» называются страны, которые в 2018 г. считались странами с уровнем дохода ниже среднего согласно классификации Всемирного банка, за исключением шести СДНС, включенных в анализируемую здесь категорию стран с «более низким уровнем дохода» (Камеруна, Коморских Островов, Кот-д'Ивуара, Мавритании, Сенегала и Судана).
4. Индекс охвата услугами, отражающий степень достижения ВОУЗ, измеряется по шкале от 0 до 100 и рассчитывается как среднее геометрическое значение 14 контрольных индикаторов охвата медико-санитарными услугами, включая репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей, инфекционные болезни, неинфекционные заболевания, потенциал служб здравоохранения и доступность услуг.
5. Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств: для определения «большого удельного веса» используются две пороговые величины – более 10% (ЦУР 3.8.2_10) и более 25% общего объема расходов и доходов домохозяйств (ЦУР 3.8.2_25).
6. Внутренние расходы на здравоохранение – это расходы на здравоохранение, финансируемые из внутренних источников (трансферты из государственного бюджета, отчисления на социальное страхование, обязательные/добровольные отчисления и другие отчисления домашних хозяйств, корпораций и некоммерческих организаций). Совокупные расходы на здравоохранение – это внутренние расходы на здравоохранение, плюс внешняя помощь (расходы на здравоохранение, финансируемые из внешних источников).
7. Государственные расходы на здравоохранение, финансируемые из внутренних государственных источников (за исключением получаемой государством внешней помощи на цели здравоохранения), включают трансферты из государственного бюджета и отчисления на социальное обеспечение, согласно определению Системы счетов здравоохранения 2011 г. *[10]*.
8. Государственные доходы состоят из налоговых поступлений, отчислений на социальные нужды, субсидий и других доходов. Совокупные расходы сектора государственного управления состоят из общих расходов и чистых приобретений финансовых активов.

Библиография

1. World Bank. Capitalization: Global economic prospects, June 2020. World Bank: Washington DC; 2020. Имеется по адресу: https://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects.
2. WHO. Global Spending on Health: A World in Transition. Geneva: World Health Organization; 2019. Имеется по адресу: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019/en/.
3. МВФ. Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г.: долгое и трудное восхождение.

Вашингтон, Федеральный округ Колумбия: Международный валютный фонд; 2020 г. Имеется по адресу: https://www.imf.org/ru/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020.

4. World Bank. World Development Indicators, October 2020. Имеется по адресу: https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/.
5. WHO. The global health observatory: universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2020. Имеется по адресу: https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coveragemajor.
6. WHO and World Bank. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2020. Имеется по адресу: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331748/9789240003958-eng.pdf?ua=1.
7. WHO. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic, interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Имеется по адресу: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1.
8. OECD. States of fragility 2020. Paris: OECD Publishing; 2020. Имеется по адресу: http://www.oecd.org/dac/states-of-fragility-fa5a6770-en.htm.
9. Jowett M, Dale E, Griekspoor A, Kabaniha G, Mataria A, Bertone M, et al. Health financing policy and implementation in fragile and conflict-affected set- tings: a synthesis of evidence and policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2020. Имеется по адресу: https://www.who.int/publications/i/item/health-financing-policy-and-implementation-in-fragile-and-conflict-affected-settings.
10. OECD, Eurostat and World Health Organization. A system of health accounts 2011: revised edition. Paris: OECD Publishing; 2017. Имеется по адресу: https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1.10.
11. World Bank. International Debt Statistics 2021. Washington, DC: World Bank. Available from: https://data.worldbank.org/products/ids.
12. OECD. Creditor Reporting System (CRS) aid activity database. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Имеется по адресу: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1.

4

COVID-19:

ЗНАЧЕНИЕ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КРАТКОСРОЧНОЙ И ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Хотя точно спрогнозировать ситуацию невозможно, вызванные COVID-19 потрясения, которым подверглись сфера здравоохранения и экономика, как прямым, так и косвенным образом повлияют на расходы на здравоохранение и прогресс на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

- Пандемия COVID-19 оказывает разрушительное воздействие на системы здравоохранения во всем мире.
- Все страны реагируют на вызванный COVID-19 кризис в области здравоохранения и экономический кризис, в чрезвычайном порядке выделяя бюджетные средства на принятие срочных мер, однако доля средств, выделенных на здравоохранение, остается довольно незначительной.
- В 2020 г. в связи с ответными мерами здравоохранения на COVID-19 особенно сильно пострадали бюджеты здравоохранения в странах с низким уровнем дохода.
- Кризис в сфере здравоохранения происходит на фоне глубокого кризиса мировой экономики, который может иметь долгосрочные последствия для финансирования здравоохранения.
- В условиях экономического кризиса государственные доходы снижаются, что заставляет многие страны занимать дополнительные средства, что в свою очередь ведет к росту задолженности.
- Воздействие COVID-19 на расходы на здравоохранение в среднесрочной и долгосрочной перспективе будет зависеть от общих макрофискальных показателей и меняющейся динамики спроса на медико-санитарные услуги и их предложения.
- Факторы уязвимости финансирования здравоохранения, существовавшие до 2020 г., также будут влиять на расходы на здравоохранение в ближайшие годы.
- Увеличение расходов на обслуживание задолженности также может заставить сократить государственные расходы на социальную сферу, в том числе на здравоохранение, и поставить под угрозу прогресс на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Продуманные и целенаправленные меры политики в отношении финансирования здравоохранения могут помочь странам пережить кризис, вызванный COVID-19, и сохранить поступательное движение на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Вызванный COVID-19 кризис дает странам со слабыми системами финансирования здравоохранения возможность «перезагрузки» для достижения прогресса на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Во многом подобно 2020 г., эта глава, посвященная расходам на здравоохранение в контексте кризиса, связанного с COVID-19, уникальна и не имеет прецедента в наших предыдущих докладах о глобальных расходах на здравоохранение. Достоверность оценочных показателей расходов стран на здравоохранение, содержащихся в Глобальной Базе Данных о Расходах на здравоохранение, можно подтвердить только через два года, сопоставив их с фактическими данными об этих расходах. Так что данных о фактических расходах на здравоохранение за 2020 г. пока еще нет. Тем не менее есть некоторые предварительные показатели бюджетов здравоохранения на 2020 г. Для того чтобы обеспечить наличие информации, необходимой для разработки политики, нужно безотлагательно сообщать о том, что известно о воздействии COVID-19 на расходы на здравоохранение, как в краткосрочной, так и в среднесрочной перспективе. Поэтому настоящая глава основана на данных, содержащихся в глобальной базе данных о расходах на здравоохранение, но не ограничивается ими, учитывая также данные о чрезвычайных бюджетных ассигнованиях на борьбу с COVID-19. В ней также обсуждается потенциальное воздействие кризиса на макроэкономические и бюджетные показатели, прогнозируемое на основе тенденций использования услуг и расходов на здравоохранение в прошлые периоды. В этой главе тенденции за прошлые периоды комбинируются с прогнозами Международного Валютного Фонда (МВФ) и Всемирного Банка, чтобы определить вероятную динамику изменений, оценить потенциальные риски, угрожающие как государственным, так и частным расходам на здравоохранение, и то, как все это повлияет на достижение цели обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). Учитывая неопределенность ситуации, в настоящей главе не прогнозируется динамика расходов на здравоохранение, но поднимаются вопросы, касающиеся политики и отслеживания расходов, — вопросы, которые будут иметь решающее значение в ближайшие годы, — и предлагаются потенциальные меры политики, призванные смягчить неблагоприятное воздействие на прогресс в достижении ВОУЗ.

Пандемия COVID-19 оказывает разрушительное воздействие на системы здравоохранения во всем мире.

По состоянию на 4 декабря 2020 г. во всем мире было зарегистрировано более 64 млн случаев заражения коронавирусом, в том числе свыше 1,5 млн с летальным исходом *[1]*. Фактические показатели, скорее всего, гораздо выше, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где охват тестированием ограничен, а системы регистрации смертей неэффективны. В конце ноября 2020 г. среди всех регионов ВОЗ больше всего новых случаев ежедневно регистрировалось в Регионе Юго-Восточной Азии (ЮВА), Регион для Северной и Южной Америки (АМР) и Европейском регионе (ЕВР). Смертность в результате COVID-19 распределена крайне неравномерно: всего лишь на четыре страны – Бразилию, Индию, Мексику и Соединенные Штаты – приходится 50% зарегистрированных на сегодняшний день летальных исходов.

Прямое воздействие COVID-19 на заболеваемость и смертность усиливается влиянием пандемии на медико-санитарные услуги. В условиях физического дистанцирования и режима так называемой самоизоляции люди стали меньше пользоваться обычными медико-санитарными услугами, такими как иммунизация, дородовое наблюдение, плановые хирургические операции и лечение хронических неинфекционных заболеваний *[2, 3]* (вставка 4.1). Как спрос на эти услуги, так и их предложение пострадали в результате принятия мер карантина и самоизоляции, а также из-за того, что люди боятся посещать медицинские учреждения. Неполучение своевременных медицинских услуг, особенно пациентами, страдающими неинфекционными заболеваниями, такими как диабет и повышенное кровяное давление, может иметь более долгосрочные последствия для здоровья. Учитывая факторы риска, связанные с заболеваемостью COVID-19 и другими состояниями и заболеваниями, необходимо всесторонне отслеживать и анализировать расходы на весь сектор здравоохранения и не только на него. Решающее значение имеет выделение необходимых средств на борьбу с COVID-19, однако столь же необходимы более масштабные действия, призванные обеспечить оказание других основных медико-санитарных услуг, смягчение более долгосрочных последствий инфицирования COVID-19 и инвестирование средств в профилактику и лечение с прицелом на будущее.

ВСТАВКА 4.1

Перебои в оказании медико-санитарных услуг в связи с COVID-19

Согласно результатам обследования 105 стран, проведенного ВОЗ в мае-июле 2020 г., почти все эти страны (90%) сообщили о перебоях в оказании основных медико-санитарных услуг в связи с COVID-19. Эта проблема ощущалась более остро в странах с более низким уровнем дохода, чем в более богатых странах. От перебоев в оказании услуг пострадали все области здравоохранения, но особенно сильно — профилактика и лечение неинфекционных заболеваний, психическое здоровье, репродуктивное здоровье и здоровье матери и ребенка.

Эти нарушения были вызваны определенным сочетанием факторов, влияющих на спрос и предложение. Со стороны спроса главными причинами были сокращение числа обращений за амбулаторной помощью (76%), режим самоизоляции, препятствующий доступу к услугам (48%), и финансовые трудности в период пандемии (33%). Со стороны предложения основными факторами были отмена запланированных операций (66%), переброска медработников на оказание помощи пациентам с COVID-19 (49%) и закрытие учреждений по решению властей (33%).

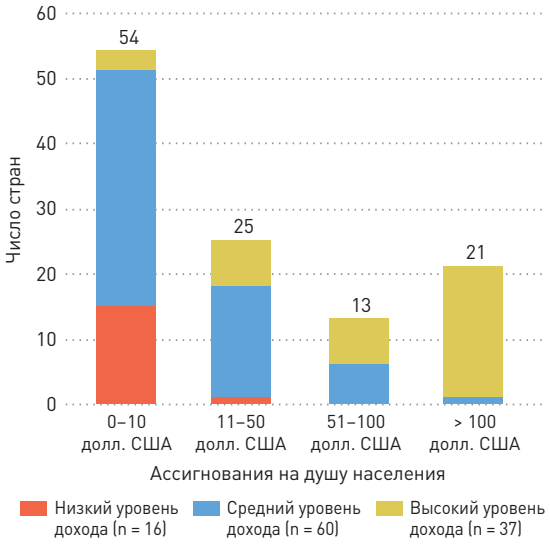
Источник: World Health Organization, *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020.* 2020, World Health Organization *[4].*

Все страны реагируют на вызванные COVID-19 кризис в области здравоохранения и экономический кризис, в чрезвычайном порядке выделяя бюджетные средства на принятие срочных мер, однако доля средств, выделенных на здравоохранение, остается довольно незначительной.

Активизация действий по профилактике, тестированию и лечению в связи с COVID-19, а также необходимость поддержать экономику заставили правительства выделять бюджетные средства в чрезвычайном порядке, хотя в разных странах здравоохранению уделялось неодинаковое внимание. В бюджетах на борьбу с COVID-19 расходы на здравоохранение составляют незначительную долю общего объема финансирования (вставка 4.2). В Индонезии, например, на принятие мер в сфере здравоохранения выделено 12% бюджетных средств, ассигнованных на борьбу с COVID-19 *[5]*. В Южной Африке эта цифра составляет 15% *[6]*. Хотя государственные дотации в поддержку экономики существенно увеличили дефицит бюджета, бюджетные ассигнования на борьбу с пандемией в сфере здравоохранения составляют лишь незначительную долю общего бюджета – менее 1% совокупных государственных расходов до пандемии COVID-19. Несмотря на то, что странам пришлось закупать дополнительные средства индивидуальной защиты (СИЗ), расходовать дополнительные средства на тестирование и лекарственные препараты, существующие возможности и заложенные в бюджет средства на оплату труда медработников, закупку оборудования и лечение существующих пациентов в основном оказывались достаточными для удовлетворения возросших потребностей.

РИСУНОК 4.1 В большинстве стран на борьбу на ответные меры здравоохранения на COVID-19 было выделено не более 10 долл. США на душу населения

Бюджетные ассигнования на ответные меры здравоохранения на COVID-19, в разбивке по диапазонам значений, в постоянных ценах в долл. США в 2018 г.



Хотя между анализируемыми здесь странами существуют значительные различия в плане бюджетных ассигнований на здравоохранение, в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода (в 50 из 76 проанализированных в настоящей главе стран) на эти цели выделяется менее 10 долл. США в расчете на душу населения. В большинстве стран с высоким уровнем дохода (в 28 из 37 проанализированных здесь стран) на здравоохранение выделяется более 50 долл. США на душу населения (рисунок 4.1). В 10 богатейших странах на эти цели выделяется в среднем 465 долл. США на душу населения. В целом наименее широкий разброс показателей на душу населения наблюдается среди стран с низким уровнем дохода, где на здравоохранение выделяется максимум 28 долл. США, в то время как в странах со средним уровнем дохода на эти цели выделяется максимум 215 долл. США, а в странах с высоким уровнем дохода – 886 долл. США. Несмотря на увеличение объема чрезвычайных бюджетных ассигнований на борьбу с COVID-19 в некоторых странах расходы на повседневное медико-санитарное обслуживание сократились (вставка 4.3).

ВСТАВКА 4.2

Данные о распределении бюджетных средств на борьбу с COVID-19

Данные об ассигнованиях из государственного бюджета на ответные меры здравоохранения на COVID 19 по 113 странам были собраны в октябре-ноябре 2020 г. Эти данные учитывают как регулярные бюджетные ассигнования, так и средства, выделенные внебюджетным фондам на ответные меры здравоохранения на COVID 19. Эти данные были получены в основном из общедоступных источников, таких как Международный валютный фонд, Организация экономического сотрудничества и развития, Совместная инициатива по бюджетной реформе в странах Африки и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Первичные данные были получены от министерств финансов и здравоохранения. Хотя эти данные не всегда позволяют точно определить, сколько средств расходовалось на ответные меры здравоохранения на COVID 19, они являются наилучшим источником информации о глобальных государственных расходах на эти цели по состоянию на ноябрь 2020 г.

Набор данных включает данные по бюджетным ассигнованиям на здравоохранение, но не включает данные по ассигнованиям на поддержку экономики по 16 странам с низким уровнем дохода, 60 странам со средним уровнем дохода и 37 странам с высоким уровнем дохода. Все данные конвертированы в доллары США 2018 г. для сравнения с национальными счетами здравоохранения (НСЗ) ВОЗ за 2018 г., составленными с использованием данных Всемирного банка в национальных валютах по курсу относительно доллара США. Подборка данных представлена для ознакомления и консультаций[1].

Главная цель этого анализа – измерить долю расходов на борьбу с COVID-19 в бюджете здравоохранения и в общем бюджете и оценить бюджетные последствия этих расходов. Из-за отсутствия данных о расходах за 2020 г., в течение которого готовился этот доклад, в ходе анализа невозможно было сравнить фактические расходы на ответные меры здравоохранения на COVID-19 с данными о совокупных государственных расходах и государственных расходах на здравоохранение за 2020 г. Вместо этого данные о бюджетных ассигнованиях на ответные меры здравоохранения на COVID-19 сравниваются с последними глобальными данными о внутренних государственных расходах на здравоохранение (НСЗ 2018 г., Расходы сектора государственного управления на здравоохранение – данные по внутренним расходам), чтобы приблизительно рассчитать объем дополнительных ассигнований. В отношении подгруппы из 47 стран удалось провести более точное сравнение данных по их бюджетам здравоохранения за 2019-2020 финансовые годы, для чего были использованы общедоступные данные об утвержденных бюджетах. Была также проанализирована доля ассигнований на ответные меры здравоохранения на COVID 19 в общем государственном бюджете с использованием данных НСЗ 2018 г. о расходах сектора государственного управления (в том числе финансируемых из внешних источников) в качестве косвенного показателя совокупных государственных расходов. И наконец, на примере подгруппы стран, по которым имелись данные о бюджетных ассигнованиях и расходах, были обсуждены вопросы исполнения бюджета.

1. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIysll21OBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740. По состоянию на 4 декабря 2020 г.

ВСТАВКА 4.3

COVID-19 и расходы на здравоохранение в странах с высоким уровнем дохода

Сила и масштабы воздействия COVID 19 на динамику расходов в 2020 г. станут очевидными только тогда, когда станут доступными полные и подробные финансовые данные *[7]*. Однако предварительные данные по некоторым странам ОЭСР показывают возможную динамику расходов на здравоохранение, учитывая бремя болезней и конкретные меры политики в отношении финансирования здравоохранения, принятые с целью укрепления финансового положения систем здравоохранения перед лицом COVID 19.

В Бельгии, например, расходы на амбулаторное обслуживание, финансируемые из фонда социального медицинского страхования, сократились на 6% в первые пять месяцев 2020 г. по сравнению с 2019 г., а расходы на стационарное обслуживание сократились на 4% в первые четыре месяца *[8]*. При этом другие медико-санитарные услуги, в том числе тестирование, финансируются другими плательщиками, чьи расходы увеличились.

В Германии расходы фонда социального медицинского страхования, из которого финансируется около 60% расходов на здравоохранение, увеличились на 3% в первую половину 2020 г. по сравнению с 2019 г.*[9]* Кроме того, федеральное правительство Германии увеличило бюджет здравоохранения, из которого также выплачиваются субсидии больницам.

С другой стороны, по оценкам Бюро экономического анализа США, частные расходы на здравоохранение существенно сократились во второй половине 2020 г. (22,5% по сравнению с 2019 г.) *[10]* В то же время федеральное правительство США выделило значительные средства провайдерам медико-санитарных услуг и обеспечило финансирование широкомасштабной программы тестирования, поэтому совокупные расходы на здравоохранение могли вырасти в 2020 г.

Эти различия отчасти обусловлены типом системы оплаты услуг провайдеров (перспективная (предварительная) или ретроспективная (по факту)) и влиянием политических решений на предоплату услуг, оказываемых провайдерами, даже в рамках систем, в которых преобладает ретроспективная оплата (более подробную информацию о политике в отношении финансирования здравоохранения в условиях COVID 19 в странах Европы см. на странице веб-сайта ВОЗ, на которой публикуется информация о COVID 19 в Европейском регионе)[1].

Пока непонятно, насколько увеличатся расходы на здравоохранение в 2020 г. (и увеличатся ли они вообще), но можно ожидать, что в странах с высоким уровнем дохода резко вырастет отношение расходов на здравоохранение к ВВП, что обусловлено глубоким экономическим спадом, который они переживают. Ожидается, что в большинстве этих стран сокращение ВВП будет гораздо более значительным, чем любое последующее сокращение расходов на здравоохранение – то же самое наблюдалось во время финансового кризиса 2008-2009 гг.

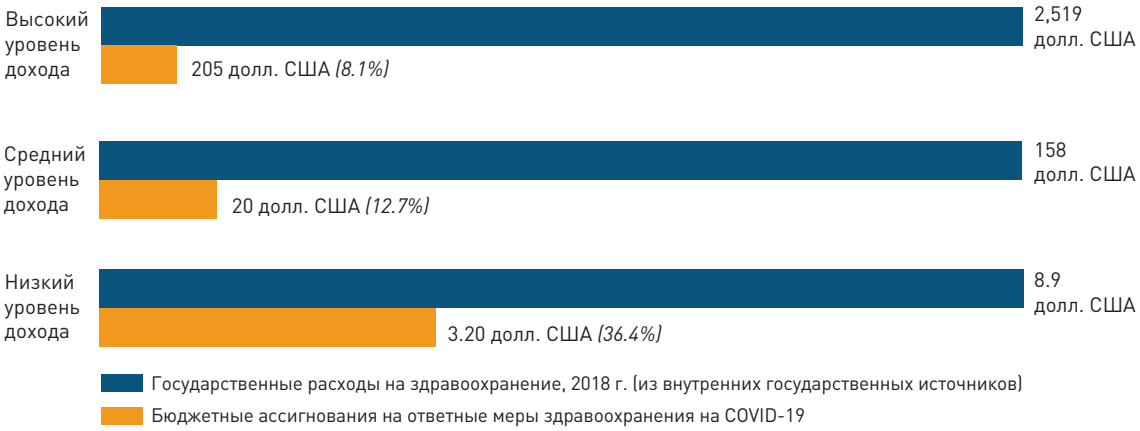
1. https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/country-information. По состоянию на 4 декабря 2020 г.

В 2020 г. в связи с ответными мерами здравоохранения на COVID-19 особенно сильно пострадали бюджеты здравоохранения в странах с низким уровнем дохода.

Почти во всех странах увеличились бюджетные ассигнования на здравоохранение, однако в процентном соотношении к общему бюджету наиболее значительным это увеличение было в странах с низким и средним уровнем дохода. До пандемии COVID-19 бюджетные ассигнования на здравоохранение составляли 8% государственных расходов в странах с высоким уровнем дохода, 13% в странах со средним уровнем дохода и 36% в странах с низким уровнем дохода[1]. В абсолютном выражении средний размер ассигнований в расчете на душу населения выше в странах с высоким уровнем дохода (205 долл. США), чем в странах со средним уровнем дохода (20 долл. США) и с низким уровнем дохода (3 долл. США) (рисунок 4.2). Бюджетные ассигнования на ответные меры

РИСУНОК 4.2 Наибольшая доля бюджета на здравоохранение выделялась на меры по борьбе с COVID-19 в странах с низким уровнем дохода

Бюджетные ассигнования на ответные меры здравоохранения на COVID-19 в расчете на душу населения и государственные расходы на здравоохранение до COVID-19 в странах, относящихся к разным группам по уровню дохода, в постоянных ценах в долл. США в 2018 г.



Примечание. Масштаб показателей на душу населения различается в зависимости от категории дохода.

здравоохранения на COVID-19 в процентном отношении к государственным расходам на здравоохранение в 2018 г. сопоставимы с ассигнованиями на здравоохранение в 2019-2020 гг. в 47 странах, по которым имеются данные (вставка 4.2). В этой выборке стран доля бюджетных средств, выделенных на ответные меры здравоохранения на COVID-19, составляет 6% бюджетных ассигнований на здравоохранение в 11 странах с высоким уровнем дохода, 19% в 27 странах со средним уровнем дохода и 21% в 9 странах с низким уровнем дохода.

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода чрезвычайные бюджетные ассигнования на меры реагирования на COVID-19 не используются максимально эффективно, что отчасти объясняется существующими недостатками системы управления государственными финансами, во многих случаях затрудняющими исполнение бюджета, такими как задержки в утверждении расходов, недостатки процедур закупок и проблемы в плане предоставления ресурсов непосредственно провайдерам услуг *[11]*. Поэтому фактические расходы на ответные меры здравоохранения на COVID-19 могут существенно отличаться от бюджетных ассигнований на эти цели. Результаты анализа включенных в выборку стран свидетельствуют о том, что довольно часто показатели освоения средств, выделяемых на борьбу с COVID-19, оказываются низкими по сравнению со средними показателями расходования средств на другие, не связанные с COVID-19 нужды (вставка 4.4). Например, в Индонезии было израсходовано 29% от 87,55 трлн рупий, выделенных на ответные меры здравоохранения на COVID-19 *[5]*, в Украине – 27% от 14,3 млрд гривен *[12]*, а в Южной Африке – 52% от 21,5 млрд рандов *[6]*[2]. Низкие показатели исполнения бюджета могут снижать эффективность принимаемых мер. В нескольких странах расходовалось больше, чем было заложено в бюджет, что может свидетельствовать о трудностях, связанных с составлением смет расходов, когда потребности здравоохранения постоянно меняются и растут. Например, в Кот-д'Ивуар на ответные меры здравоохранения на COVID-19 было выделено 25 млрд франков КФА, а фактические расходы составили 38 млрд (по состоянию на 10 ноября 2020 г.), то есть коэффициент исполнения бюджета составил 155%.

Кризис в сфере здравоохранения происходит на фоне глубокого кризиса мировой экономики, который может иметь долгосрочные последствия для финансирования здравоохранения.

Краткосрочные меры бюджетной политики принимаются в условиях глубокого экономического кризиса, влияющего на финансово-экономическое положение людей. Меры физического дистанцирования и самоизоляции существенно замедлили экономическую деятельность, как в глобальном масштабе, так и на местном уровне. Согласно последним прогнозам, в 2020 г. глобальная экономика сократилась примерно на 4,4%, гораздо более существенно, чем во время глобального финансового кризиса 2009 г., когда

ВСТАВКА 4.4

Отслеживание ресурсов, выделяемых на борьбу с COVID-19, в Демократической Республике Конго

В период с марта по июль 2020 г. число пациентов, обращающихся в медицинские учреждения в Демократической Республике Конго, значительно сократилось. В этот период финансирование повседневных жизненно-необходимых медико-санитарных услуг, оказываемых женщинам, детям и подросткам, резко сократилось в результате увеличения объема ресурсов, выделяемых на чрезвычайные меры реагирования на COVID-19. Эта переориентация, по всей видимости, становилась все более значительной: в апреле 2020 г. лишь 6% бюджета здравоохранения было переброшено на финансирование мер реагирования на COVID-19, однако к октябрю эта доля выросла более чем в пять раз до 33% (рисунок 1 во вставке).

Судя по результатам планирования распределения ресурсов и осуществления расходов в рамках составленного Министерством здравоохранения Плана действий по борьбе с COVID-19 (при поддержке Глобального Финансового Механизма (ГФМ), ВОЗ, Всемирного Банка и других партнеров), налажен оперативный сбор данных о бюджетных ассигнованиях, связанных с COVID-19, выделенных и фактически освоенных средствах, что помогает правительствам отслеживать имеющиеся ресурсы и расходы на повседневные медико-санитарные услуги, а также средства, инвестируемые в системы здравоохранения.

Полученные в результате данные помогают продолжать отслеживать ситуацию, с тем чтобы определить, можно ли обеспечить финансирование мер по борьбе с COVID-19 со стороны партнеров и из внутренних источников без ущерба для национальной стратегии в области здравоохранения, дать возможность министерству финансов оценить потребности в финансировании и понять, на какие из основных компонентов плана действий выделяется слишком мало, а на какие – слишком много средств, обеспечить наблюдение за распределением ресурсов между географическими регионами и помочь правительству определить, насколько эффективно исполняется бюджет, с тем чтобы министерство смогло устранить выявленные недостатки (рисунок 2 во вставке).

РИСУНОК 1 ВО ВСТАВКЕ. Новые и перераспределенные из других программ средства на борьбу с COVID-19

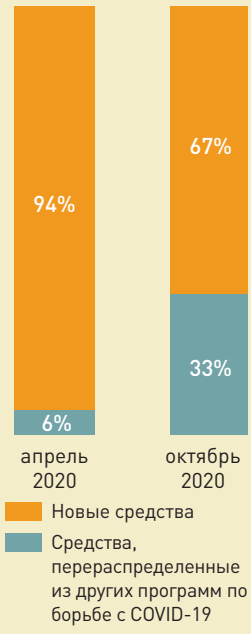


РИСУНОК 2 ВО ВСТАВКЕ. Мобилизация и использование ресурсов для борьбы с COVID 19 в разбивке по источникам финансирования

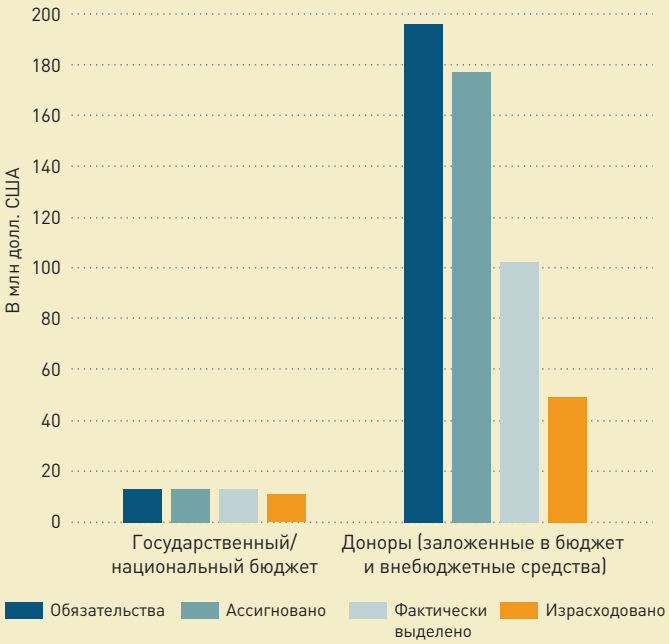
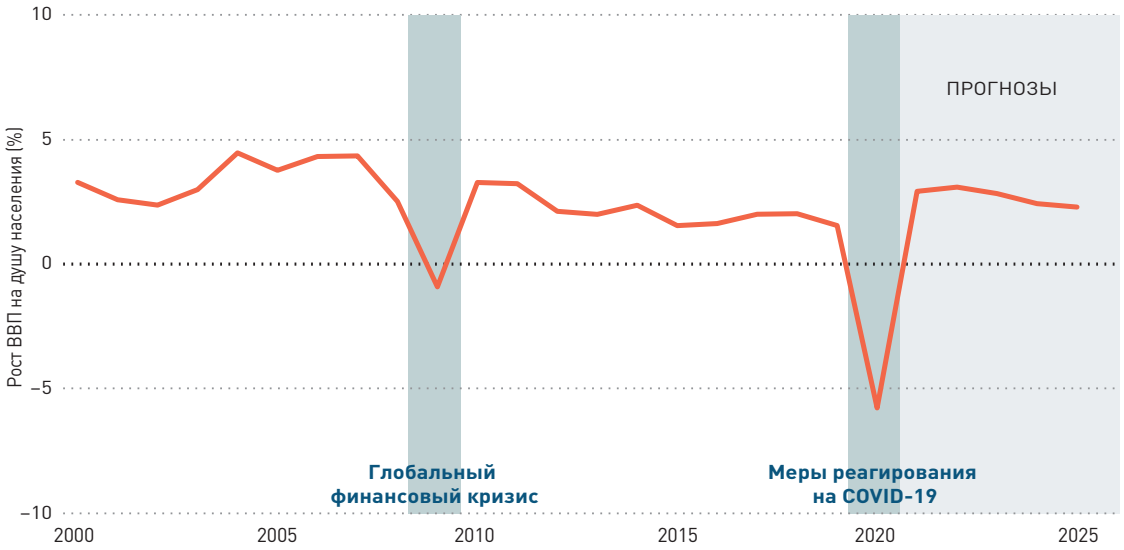


РИСУНОК 4.3 Кризис, связанный с COVID-19, вызвал глубокий экономический спад

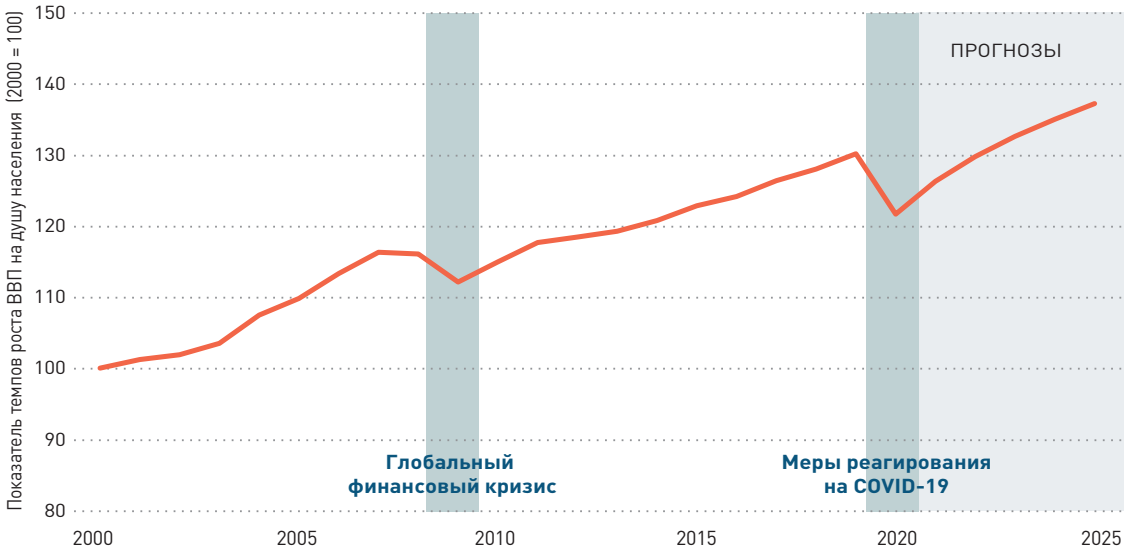
Средние темпы роста ВВП на душу населения, 2000–2025 гг.



Источник. МВФ, Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г. *[14].*

РИСУНОК 4.4 Потребуется много лет для восстановления ВВП до прежнего уровня

Средний показатель темпов роста ВВП на душу населения



Источник. МВФ, Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г. *[14].*

глобальный экономический спад составил в среднем -1% (рисунки 4.3 и 4.4) *[14]*. Во всем мире сократились инвестиции и чистый экспорт, а также сфера услуг и объем промышленного производства. Серьезность и глубина нынешнего кризиса означают настолько существенное сокращение ВВП, что для его восстановления до прежнего уровня потребуется еще много лет (рисунок 4.4)[3] *[14]*. По мере постепенного ослабления режима самоизоляции в некоторых странах наметились первые признаки подъема экономики, и в 2021 г. ожидается повышение темпов экономического роста (хотя и с гораздо более низкого уровня). Однако ситуация остается в высшей степени неопределенной, в основном из-за повторного введения мер самоизоляции в некоторых странах (например, в странах Европы) и роста числа инфицированных, заставляющего усилить меры физического дистанцирования (например, в Индии).

Экономические последствия COVID-19 могут быть разными в разных странах. Они будут отличаться от того, что произошло в

результате глобального финансового кризиса 2009 г., когда в странах со средним и уровнем дохода выше среднего и с высоким уровнем дохода произошел экономический спад, в странах с уровнем дохода ниже среднего замедлился рост экономики, но в странах с низким уровнем дохода динамика экономических показателей не изменилась. Результатом нынешнего кризиса будет экономический спад во всех странах, независимо от уровня дохода: согласно прогнозам, в странах с уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем дохода ВВП на душу населения сократится на 6,9%, в странах с уровнем дохода ниже среднего – на 5%, а в странах с низким уровнем дохода – на 3,3% (рисунок 4.5).

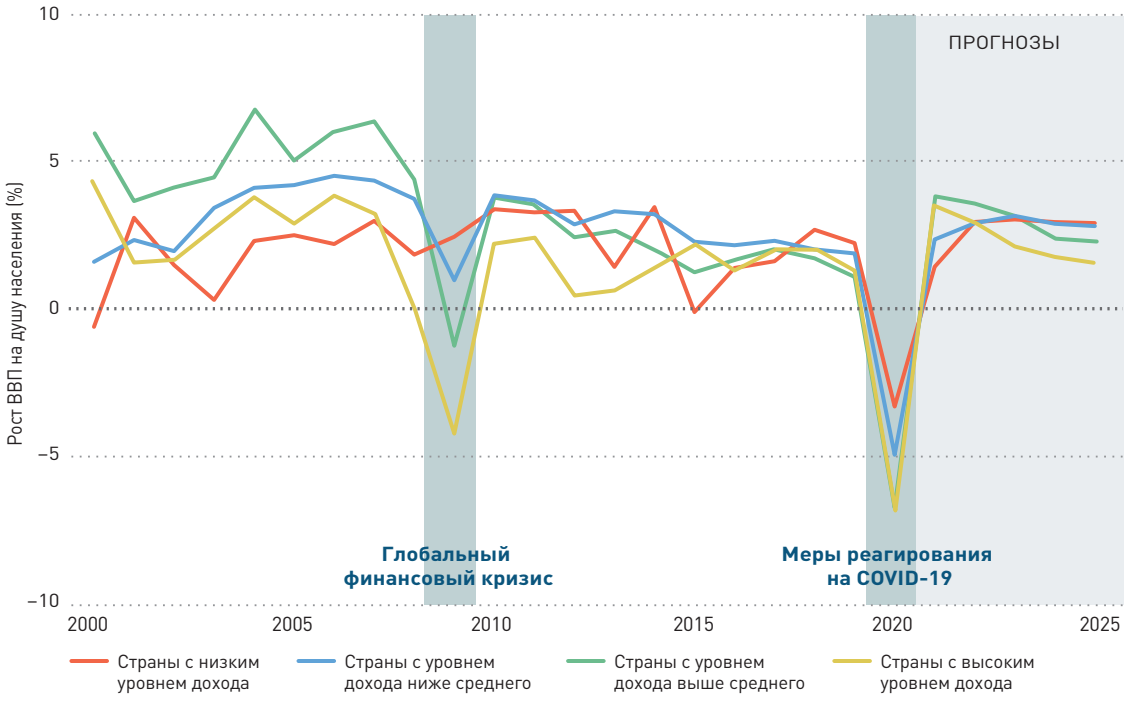
В 2020 г. экономический спад произойдет почти во всех странах, а в некоторых темпы роста экономики существенно замедлятся. Помимо строгих мер самоизоляции другие факторы также ограничат способность стран противостоять воздействию COVID-19 на экономику. К числу таких факторов относятся сокращение объема торговли, туризма и денежных переводов из-за рубежа, а также продолжающиеся проблемы в налогово-бюджетной сфере, такие как низкий уровень налоговых поступлений, высокий уровень обслуживания задолженности и крупный дефицит бюджета *[15]*.

Малые страны, зависимые от туризма, такие как Белиз, Фиджи, Мальдивские Острова, Палау и Сейшельские Острова, переживут один из глубочайших за всю историю экономических спадов: темпы экономического роста снизятся минимум на 15% *[14]*. Темпы роста экономики Индии, одной из крупнейших в мире, в период с 2009 по 2019 г. составлявшие 6% в год, снизятся до -11% в 2020 г. (рисунок 4.6). Ожидается, что экономики других стран, в том числе Бразилии, Франции, Германии, Мексики, Нигерии, Южной Африки, Турции и Соединенного Королевства, сократятся более чем на 5%. В Бангладеш, Китае, Эфиопии и Вьетнаме экономического спада не произойдет, но рост экономики существенно замедлится в 2020 г. *[14]*.

Эффект цепной реакции COVID-19 распространяется по всему миру, воздействуя на мировую экономику, в том числе на прямые иностранные инвестиции и торговлю. Согласно прогнозам, приток прямых иностранных инвестиций в страны с низким и средним уровнем дохода сократится почти на одну треть по сравнению с уровнями 2019 г. *[16]*. Этот эффект не обошел стороной даже те страны, до которых вирус пока еще не добрался, например, некоторые страны Тихоокеанского региона. В результате

РИСУНОК 4.5 От экономического кризиса пострадали все страны, независимо от уровня дохода

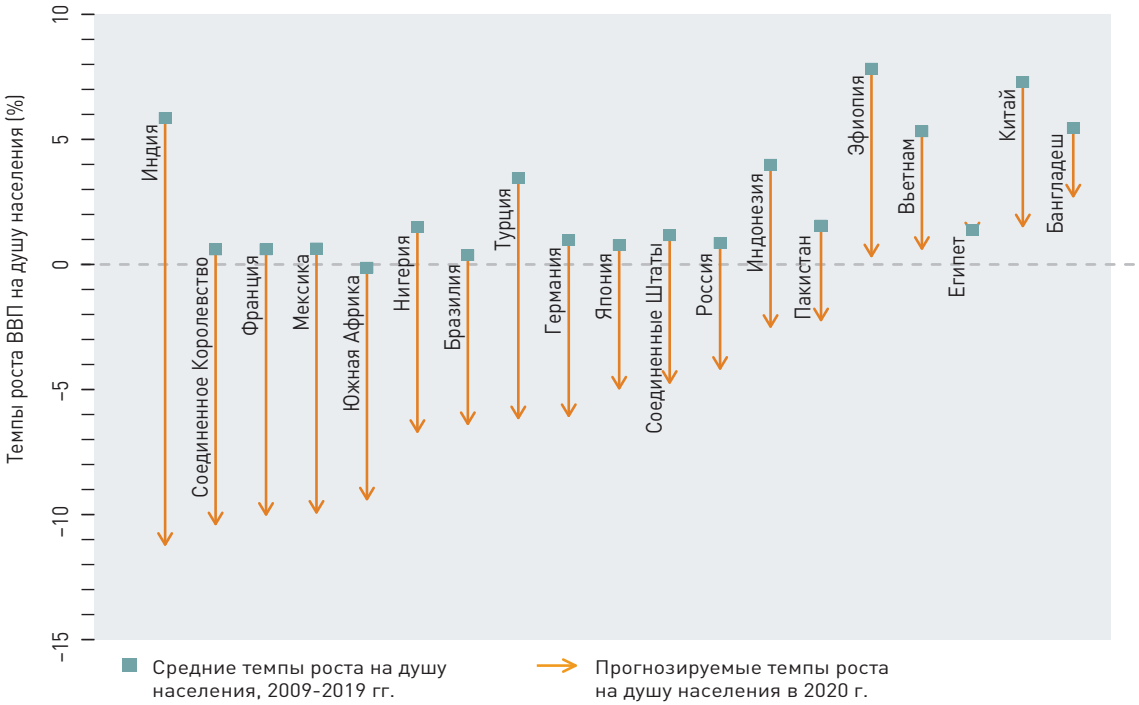
Рост ВВП на душу населения в реальном выражении, 2000–2025 гг



Источник. МВФ, Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г. *[14]*.

РИСУНОК 4.6 Некоторые страны пострадают от экономического кризиса больше, чем другие

В 2020 г. ВВП на душу населения в отдельных странах сократился по сравнению с трендом за период с 2009 по 2019 г.



Источник. МВФ, Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г. *[14]*.

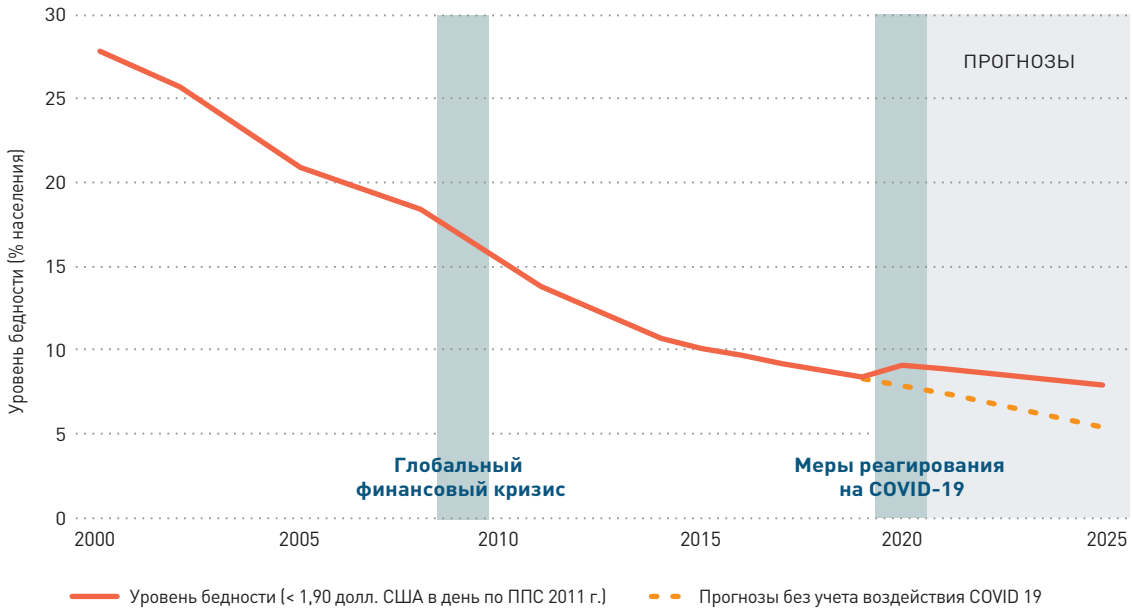
снижения экономической активности, в том числе сокращения денежных переводов из-за рубежа, увеличился процент бедного населения и выросла безработица, причем особенно сильно пострадали те, кто заняты в неформальном секторе *[17]*.

В результате снижения экономической активности выросла безработица, сократились денежные переводы из-за рубежа и количество рабочих часов. Согласно прогнозам, в 2020 г. уровень безработицы по сравнению с 2019 г. увеличится с 5,3% до 8,0% в Индонезии, с 2,2% до 3,3% во Вьетнаме и с 10,5% до 17,3% в Колумбии. Больше других от неблагоприятного воздействия COVID-19 на рынок труда страдают женщины и работники, занятые в неформальном секторе *[18]*. Денежные переводы из-за рубежа, составляющие более одной трети ВВП таких стран как Гаити, Кыргызской Республики, Непал и Таджикистан, и являющиеся важным источником дохода населения во многих странах, согласно прогнозам, сократятся на 7,2% в 2020 г., а затем еще на 7,5% в 2021 г. Восстановление уровня занятости и общая экономическая уязвимость вызывают обеспокоенность, учитывая то, что происходило в периоды предыдущих экономических кризисов *[19]*. Закрытие школ отрицательно повлияет на показатели успеваемости и разрыв между ними, питание детей и их безопасность *[20, 21, 22]*.

Ожидается, что это одновременное воздействие экономических факторов впервые за несколько десятилетий увеличит процент населения, живущего в крайней нищете (менее чем на 1,90 долл. США в день), что замедлит прогресс на пути к достижению одной из главных целей в области устойчивого развития. Ожидается также, что в результате COVID-19 от 88 до 115 миллионов человек окажутся за чертой крайней бедности в 2020 г., а неравенство доходов в странах увеличится (рисунок 4.7) *[18]*[4].

РИСУНОК 4.7 Впервые за несколько десятилетий увеличится процент населения, живущего в крайней нищете

Глобальный уровень бедности, 2000–2025 гг.



Источник. World Bank, Poverty and Shared Prosperity, October 2020 *[18]*.

В условиях экономического кризиса государственные доходы снижаются, что заставляет многие страны занимать дополнительные средства, что в свою очередь ведет к росту задолженности.

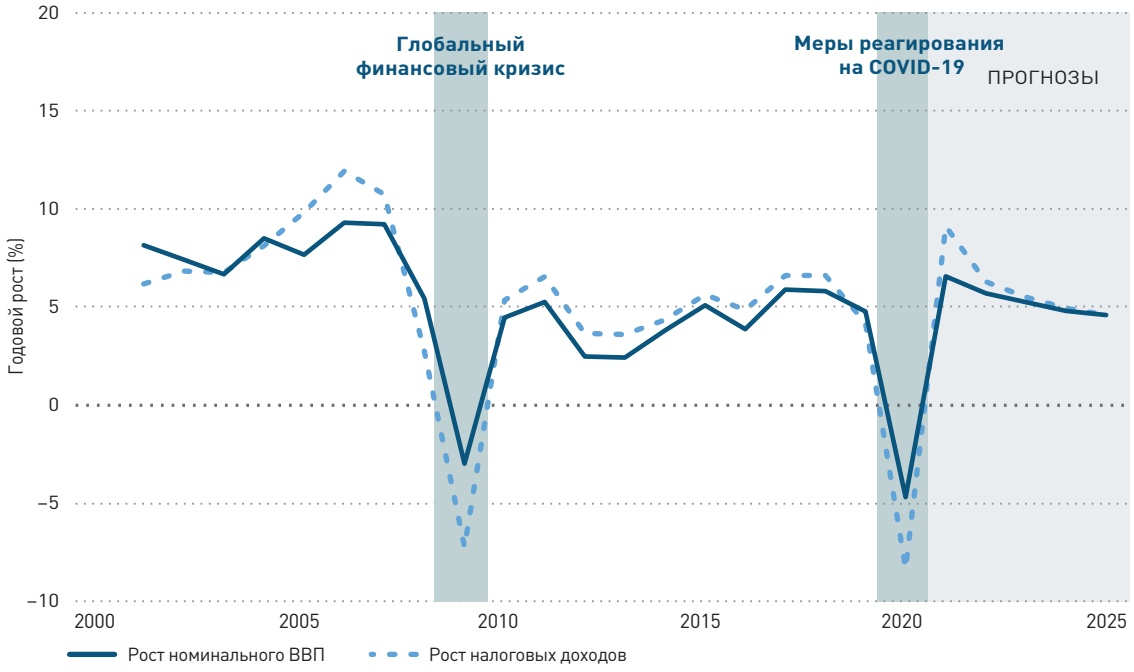
В связи с COVID-19 прогнозируется снижение государственных доходов в процентном отношении к ВВП, который уже сокращается. Отчасти это сокращение обусловлено снижением уровней потребления и инвестиций, в то время как некоторые страны снижают налоги, чтобы стимулировать экономическую активность *[23]*. Ожидается, что во всем мире государственные доходы (включая гранты) сократятся почти на 2% ВВП, а это означает что в совокупности они могут сократиться на более значительную величину, чем прогнозируемое сокращение ВВП (рисунок 4.8). По мере того, как ВВП начинает восстанавливаться, странам следует наблюдать за коэффициентом динамичности доходов и темпами восстановления их уровня. Во время предыдущих кризисов уровень государственных доходов иногда восстанавливался быстрее, чем экономика в целом, однако ожидается, что такая динамика будет сохраняться недолго.

В 2020 г. расходы сектора государственного управления в процентном отношении к ВВП выросли во всем мире, и этот рост финансировался за счет увеличения дефицита и задолженности. Это делалось прежде всего для финансирования чрезвычайных мер реагирования на COVID-19, поддержания антициклического стимула и обеспечения социальной защиты (рисунок 4.9). Обслуживание задолженности, уровень которой вырос в связи с чрезвычайным бюджетным финансированием, повлияет на структуру государственных расходов в среднесрочной перспективе и, возможно, ограничит наличие ресурсов для дискреционных расходов.

Еще до 2020 г. уровень государственной задолженности существенно повысился, почти до 60% ВВП к 2019 г. Поэтому до начала кризиса, связанного с COVID-19, страны были в целом в худшем положении, чем перед началом финансового кризиса 2009 г., а меры по реагированию на нынешний кризис они финансируют в основном за счет новых заимствований. Обеспокоенность относительно неустойчивого финансового состояния усугубляется потенциальной необходимостью долгосрочного дефицитного финансирования, связанного с инфляцией и повышением процентных ставок. Согласно прогнозам, в условиях связанного с COVID-19 экономического кризиса задолженность может увеличиться до уровня, существенно превышающего 60% ВВП (рисунок 4.10).

РИСУНОК 4.8 В условиях общего экономического спада будет снижаться уровень государственных доходов

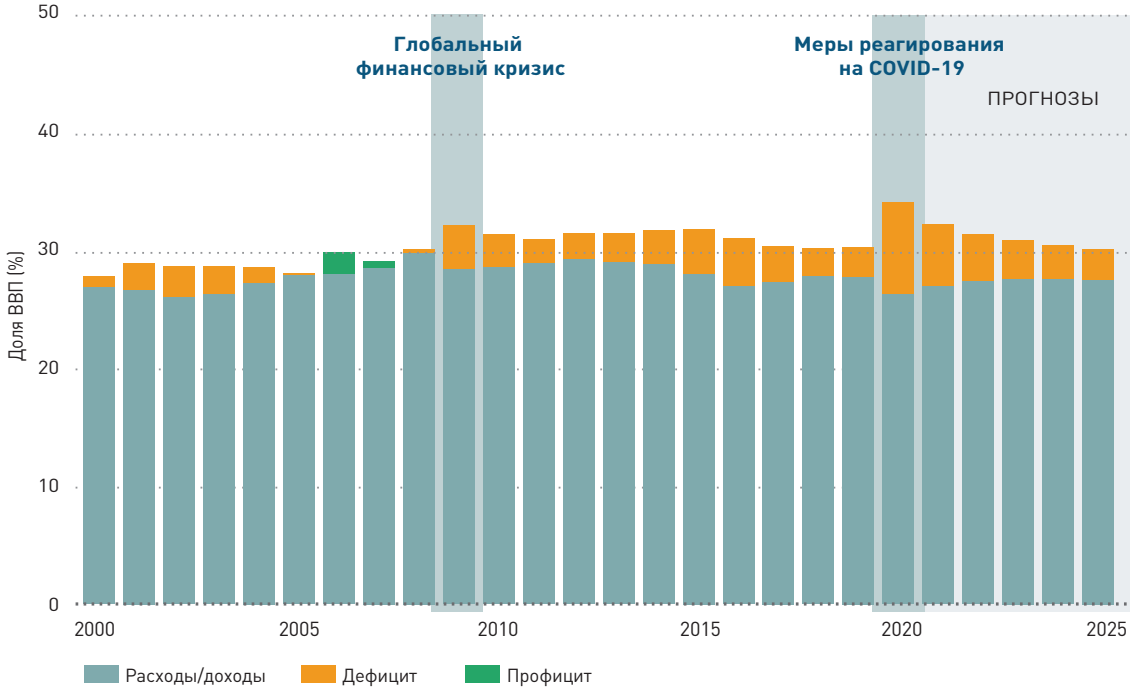
Темпы роста номинального ВВП и налоговых поступлений в странах-членах Европейского союза и Организации экономического сотрудничества и развития, 2000–2025 гг.



Источник. МВФ, Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г. *[14].*

РИСУНОК 4.9 Увеличивается доля государственных расходов, финансируемых за счет дефицита

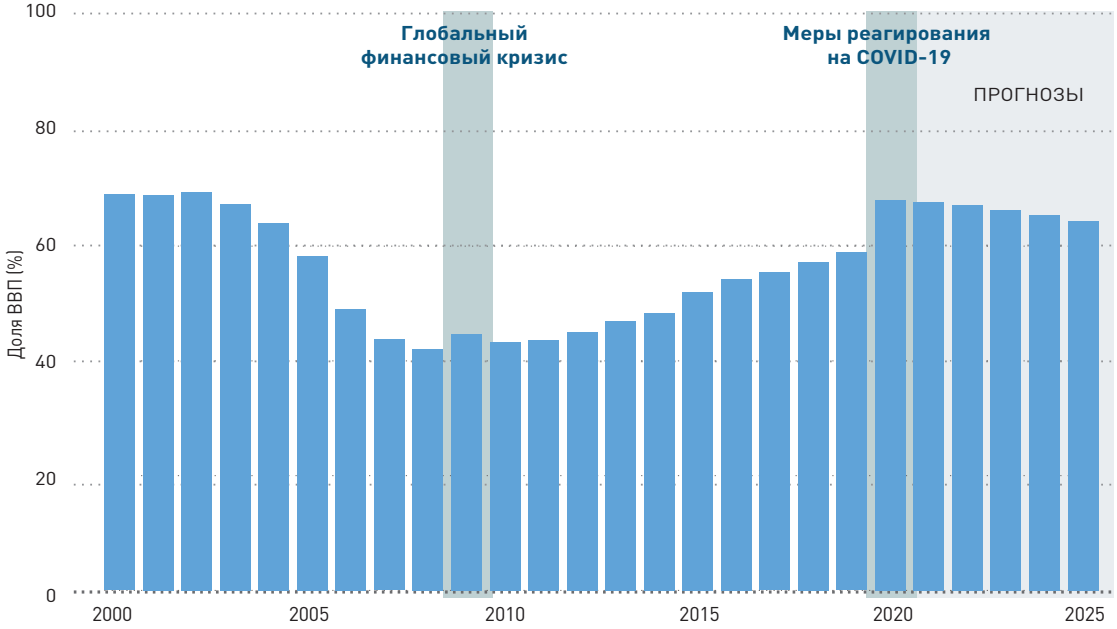
Структура государственных расходов/доходов в процентном отношении к ВВП, 2000–2025 гг.



Источники. Доклад МВФ Перспективы развития мировой экономики и доклад Всемирного банка Poverty and Shared Prosperity, октябрь 2020 г. *[14, 18].*

РИСУНОК 4.10 Ожидается, что уже высокий уровень задолженности повысится из-за макрофискальных последствий COVID-19

Валовая государственная задолженность в процентном отношении к ВВП, 2000–2025 гг.



Источники. Доклад МВФ Перспективы развития мировой экономики и доклад Всемирного банка Poverty and Shared Prosperity, октябрь 2020 г. *[14, 18]*.

Воздействие COVID-19 на расходы на здравоохранение в среднесрочной и долгосрочной перспективе будет зависеть от общих макрофискальных показателей и меняющейся динамики спроса на медико-санитарные услуги и их предложения.

То, как COVID-19 и связанный с ним экономический кризис в конечном итоге повлияют на расходы на здравоохранение, будет зависеть от нескольких краткосрочных и среднесрочных факторов. Меры реагирования на COVID-19, в том числе внедрение вакцин, обеспечение оказания основных медицинских услуг, смягчение последствий неоказания медицинских услуг во время пандемии для здоровья и обеспечение готовности систем здравоохранения к будущим кризисам – меры, которые необходимо будет принимать в течение продолжительного периода времени, — будут оказывать повышательное давление на расходы на здравоохранение. В то же время понижательное давление на расходы будет оказываться всеми перечисленными выше макрофискальными факторами, включая сокращение ВВП, рост безработицы, сокращение денежных переводов из-за рубежа, повышение уровня бедности, снижение уровня прямых иностранных инвестиций и сокращение объема торговли, а также увеличение объема дефицитного финансирования (рисунок 4.11). В условиях снижения доходов людям, возможно, придется отказывать себе в получении услуг, оплачиваемых из собственных средств. Растущая необходимость в услугах здравоохранения в условиях ограниченности

РИСУНОК 4.11 Каким образом кризис, связанный с COVID-19, может повлиять на расходы на здравоохранение

ресурсов, в том числе в результате возможного сокращения внешнего финансирования, непосредственно повлияют на ВОУЗ, возможно, обратив вспять прогресс, достигнутый на пути к достижению этой цели, и увеличив неравенство.

В следующем разделе вкратце описаны основные детерминанты расходов на здравоохранение, а также уроки, усвоенные из прошлых кризисов. В нем названы потенциальные изменения в структуре и динамике расходов на здравоохранение и факторы, которые могут повлиять на эти расходы в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Возможные изменения в характере и структуре финансирования здравоохранения могут свести на нет многое из того, что было достигнуто за последние десятилетия на пути к достижению ВОУЗ, даже если не будут приниматься целенаправленные меры политики в этом отношении.

Факторы уязвимости финансирования здравоохранения, существовавшие до 2020 г., также будут влиять на расходы на здравоохранение в ближайшие годы.

Макроэкономические, бюджетные факторы, а также факторы, определявшие структуру финансирования расходов на здравоохранение до 2020 г., также повлияют на то, как будут меняться характер и динамика расходов на здравоохранение в ближайшие годы. Например, рост безработицы, вероятно, повлияет на расходы на здравоохранение и общий охват медико-санитарными услугами в странах, в которых право на получение этих услуг зависит от отчислений на медицинское страхование из фонда заработной платы. По мере роста безработицы поступления в виде отчислений работниками могут сократиться, в то время как потребности продолжают расти в силу факторов уязвимости экономики и здоровья людей. В Европе во время финансового кризиса 2009 г. фонды медицинского страхования в Бельгии, Болгарии, Эстонии и Словении вынуждены были воспользоваться резервами для того, чтобы компенсировать снижение поступлений *[19]*. Такое использование резервов может сократить объем средств, имеющихся в наличии для финансирования медицинского страхования, а также оказать повышательное давление на долю доходов сектора государственного управления, выделяемых на здравоохранение, если проводимая политика предписывает использование антициклических механизмов финансирования расходов (автоматических стабилизаторов). Во время предыдущих кризисов возникала ситуация, в которой доходы сектора государственного управления имели большее значение для расширения охвата услугами, чем отчисления из заработной платы, особенно для бедного населения – ситуация, в которой взаимосвязь между отчислениями и правом на получение медицинских услуг может ослабнуть *[19, 24]*.

Поскольку в странах с более низкими доходами значительная доля расходов на здравоохранение финансируется из внешних источников, эти страны более уязвимы к глобальному экономическому кризису. Глубокий экономический спад в странах-донорах ставит под угрозу потоки финансирования стран с более низкими доходами, в которых в среднем 30% расходов на здравоохранение финансируется за счет внешней помощи, хотя есть факты, свидетельствующие о том, что сокращение внешней помощи в определенной степени компенсируется внутренними государственными расходами на здравоохранение.

Страны, в которых расходы из собственных средств составляют значительную долю расходов на здравоохранение и которым предстоит пережить глубокий экономический спад, скорее всего, испытают наиболее серьезные проблемы в плане поддержания медико-санитарного обслуживания на определенном уровне и обеспечения справедливости в сфере здравоохранения. Согласно прогнозам, в Индии, Нигерии и на Филиппинах, где более половины расходов на здравоохранение покрываются населением за свой счет, ВВП на душу населения сократится более чем на 5%. Эти страны особенно уязвимы, равно как и другие страны, в которых уровень расходов из собственных средств был высоким и до кризиса (рисунок 4.12). Учитывая характер и масштабы ожидаемого снижения доходов в условиях пандемии, расходы из собственных средств, скорее всего, сократятся. Однако это сокращение, вероятно, будет означать не то, что люди стали более защищенными в финансовом отношении, а то, что им приходится отказываться от некоторых медицинских услуг (вставка 4.5). Малоимущие пострадают от такого неполучения помощи в гораздо большей степени, чем другие группы населения, что лишь обострит существующие проблемы неравенства в отношении охвата услугами здравоохранения *[25]*.

РИСУНОК 4.12 Больше других могут пострадать страны, где доля расходов из собственных средств высока, а экономика переживает глубокий спад

Расходы на здравоохранение из собственных средств в 2018 г. и прогнозируемый рост доходов на душу населения в 2020 г.

Источник. Глобальная база ВОЗ о расходах на здравоохранение и доклад МВФ «Перспективы развития мировой экономики», октябрь 2020 г. *[12]*.

ВСТАВКА 4.5

Расходы домашних хозяйств из собственных средств в странах Европы во время финансового кризиса 2009 г.

Результаты анализа расходов на здравоохранение из собственных средств (расходы домашних хозяйств из собственных средств) в странах Европейского региона ВОЗ во время финансового кризиса 2009 г. показывают, что в наиболее пострадавших от кризиса странах, как правило, наблюдалось наиболее значительное расходов домашних хозяйств из собственных средств на душу населения *[19]*. Например, частные расходы (в основном из собственных средств) существенно сократились в Исландии и Греции – двух странах, наиболее серьезно пострадавших в результате кризиса, а также в Португалии. Впрочем, эта тенденция наблюдалась не во всех случаях: в Ирландии – стране, также серьезно пострадавшей от кризиса, — расходы домашних хозяйств из собственных средств на здравоохранение сначала увеличились *[26]*.

Что касается динамики расходов домашних хозяйств из собственных средств в процентном отношении к совокупным расходам на здравоохранение, то здесь наблюдается несколько иная картина. В период с 2007 по 2012 г. эта доля сократилась в 31 из 53 стран – опять-таки, некоторые из наиболее значительных изменений произошли в странах, в наибольшей степени пострадавших от финансового кризиса. Доля расходов домашних хозяйств из собственных средств в расходах на здравоохранение сократилась почти на 5 процентных пунктов в Эстонии и Греции, но увеличилась более чем на 2 процентных пункта в Исландии, Латвии и Литве и более чем на 6 процентных пунктов в Португалии. Эти различия обусловлены разной динамикой изменений в структуре и уровне государственных расходов, а также конкретными мерами политики в разных странах *[19]*.

РИСУНОК 4.13 Государственные расходы на здравоохранение определяются многими факторами

Средние темпы роста государственных расходов на здравоохранение в реальном выражении в расчете на душу населения и факторы этого роста, 2000–2018 гг.

Примечание. Приоритетные расходы на здравоохранение – это государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к расходам сектора государственного управления.
Источник. Расчеты Всемирного банка, основанные на данных «Показателей мирового развития» и Глобальной базы данных о расходах на здравоохранение.

Для того чтобы сохранить поступательное движение на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, страны должны защитить государственные расходы на здравоохранение от сокращения. Эта категория расходов приобретает еще большее значение для ВОУЗ во время пандемии COVID-19 *[27, 28]*. Это обусловлено уже обсужденными ранее макрофискальными факторами, а также тем, что здравоохранению придается первоочередное значение при распределении средств государственного бюджета, и способностью сферы здравоохранения осваивать выделенные средства. В период с 2000 по 2018 г. государственные расходы на здравоохранение, в том числе все расходы, финансируемые из внутренних государственных источников, за счет внешней помощи, получаемой по официальным государственным каналам, и отчислений на социальное медицинское страхование, росли наиболее высокими темпами в странах с низким уровнем дохода. В реальном выражении эти расходы увеличивались в среднем на 5% в год в расчете на душу населения, хотя и с довольно низкого уровня – примерно 11 долл. США (в долларах 2018 г.) в 2000 г. Как было обсуждено более подробно в главе 1, увеличение этих расходов происходило по большей части за счет внешних источников. В то же время, в странах с высоким уровнем дохода государственные расходы на здравоохранение увеличились примерно на 3% с гораздо более высокого уровня – 1 408 долл. США в 2000 г. (рисунок 4.13).

Если не будет проводиться целенаправленная антициклическая политика в отношении государственных расходов и при распределении средств государственного бюджета не будет уделяться больше внимания здравоохранению и другим секторам, имеющим значение для здоровья населения, рост государственных расходов на здравоохранение, скорее всего, замедлится, либо вообще прекратится, и расходы начнут сокращаться. Рост этих расходов зависит

от экономического роста – точнее говоря, от повышения доходов и дополнительного заимствования благодаря экономическому росту. В то же время рост расходов на здравоохранение зависит от тенденций и динамики государственных расходов в целом, доли расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах (которая зависит от того, насколько приоритетным считается здравоохранение при распределении средств государственного бюджета) и способности сферы здравоохранения эффективно осваивать выделяемые средства. В период с 2000 по 2018 г. темпы экономического роста были в среднем выше (почти наполовину или больше, чем наполовину) во всех странах, независимо от уровня дохода, что было наиболее значимым фактором, от которого зависели расходы на здравоохранение (рисунок 4.13). Нынешний экономический кризис, в условиях которого снижаются государственные доходы, вызывает серьезную обеспокоенность в отношении перспектив государственных расходов на здравоохранение в 2021 г. и в дальнейшем.

Эту обеспокоенность можно снизить, если правительства стран будут уделять первостепенное внимание здравоохранению. В некоторых странах определенное сочетание антициклического увеличения государственных расходов и сокращения ВВП на душу населения может заставить ограничить расходы по всем без исключения категориям. Если охрана здоровья населения вновь не будет признана одной из приоритетных задач, рост государственных расходов на здравоохранение, вероятно, замедлится, либо вообще станет отрицательным в некоторых странах, что поставит под угрозу прогресс, достигнутый на протяжении последних десятилетий на пути к достижению ВОУЗ. Необходимость признания здравоохранения приоритетным сектором особенно очевидна в странах с более низкими доходами. Когда в период с 2000 по 2018 г. внешняя помощь, поступающая в государственный бюджет, перестала быть источником финансирования государственных расходов на здравоохранение в странах с более низкими доходами, государственные расходы на здравоохранение стали менее приоритетными. Поскольку эти тенденции являются обобщенными, необходимо внимательно наблюдать за макрофискальными данными и данными о распределении бюджетных средств в каждой из стран, чтобы понять динамику расходов на здравоохранение (пример такого анализа представлен во вставке 4.6).

ВСТАВКА 4.6

Анализ факторов роста государственных расходов на здравоохранение в Индии

Анализ факторов роста государственных расходов на здравоохранение показывает, почему потенциальные макрофискальные последствия COVID-19 вызывают обеспокоенность. В качестве иллюстрации представлены следующие показатели по Индии за 2018 г.

- ВВП на душу населения: 2 000 долл. США.
- Государственные расходы в процентном отношении к ВВП: 27% (20% ВВП за счет государственных доходов и 7% за счет заимствования).
- Расходы на здравоохранение в процентном отношении к государственным расходам: 4% (средний показатель по центральному правительству и правительствам штатов).
- Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения: 20 долл. США.
- Государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к ВВП: 1%.

Поскольку, согласно прогнозам, в 2020 г. ВВП должен сократиться на 11,2%, и пройдет несколько лет, прежде чем ВВП на душу населения вернется на уровень, на котором он был до нынешнего кризиса, государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к ВВП должны будут увеличиться. Это может произойти либо благодаря целенаправленным мерам антициклической политики в отношении государственных расходов, либо в результате увеличения доли расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах. Увеличение расходов на здравоохранение в процентном отношении к ВВП необходимо для того, чтобы сохранить и без того уже низкий уровень государственных расходов на здравоохранение и предотвратить снижение темпов роста этих расходов.

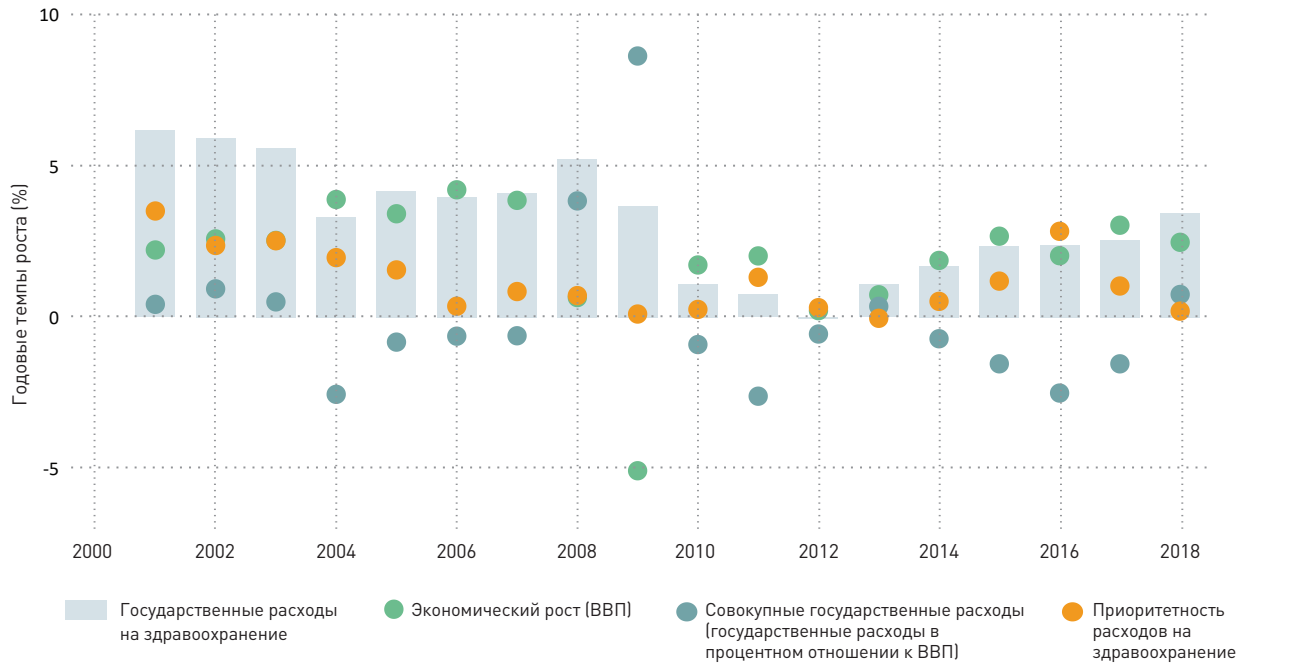
Увеличение расходов на обслуживание задолженности также может заставить сократить государственные расходы на социальную сферу, в том числе на здравоохранение, и поставить под угрозу прогресс на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения

Более широкое использование дефицитного финансирования расходов создаст долгосрочные условные обязательства, которые могут ограничить бюджетные возможности для выделения дополнительных ресурсов на цели здравоохранения. Уроки финансового кризиса 2009 г. отчасти позволяют получить представление о том, что может произойти в результате значительного увеличения объема дефицитного финансирования. Несмотря на то, что в среднем по странам ОЭСР и ЕС экономика сократилась на 5%, совокупные государственные расходы продолжали расти за счет увеличения объема дефицитного финансирования (рисунок 4.14). Финансируемые за счет увеличения дефицита совокупные расходы увеличились в этих странах с 1,2% ВВП в 2008 г. до 5,7% ВВП в 2009 г., притом что доходы снижались, что подчеркивает решающую роль мер антициклической политики в смягчении воздействия экономического спада. Тем не менее доля расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах сократилась в 44 из 53 стран Европейского региона ВОЗ в период с 2007 по 2011 г. Это изменение тенденции, продолжавшейся на протяжении предыдущего десятилетия, на прямо противоположную говорит о том, что расходы на здравоохранение не были защищены от сокращения в государственных бюджетах – вывод, который согласуется с уже приведенными в настоящей главе предварительными оценками бюджетных ассигнований на меры реагирования на COVID-19 *[19]*. Хотя не все расходы, влияющие на состояние здоровье населения, осуществляются в сфере здравоохранения, поддержание инвестиций, способствующих ВОУЗ и обеспечению безопасности в области здравоохранения, на определенном уровне и их защита от сокращения потребуют внимательного наблюдения за ситуацией и участия представителей сферы здравоохранения в обсуждении бюджета.

Целенаправленные меры политики в отношении финансирования здравоохранения могут помочь странам пережить потрясения, связанные с COVID-19, и сохранить поступательное движение на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

РИСУНОК 4.14 Во время финансового кризиса 2009 г. расходы на здравоохранение не считались приоритетными

Рост государственных расходов на здравоохранение в странах ЕС и ОЭСР, 2000–2018 гг.



Источник. Расчеты Всемирного банка, основанные на данных «Показателей мирового развития» и Глобальной базы данных о расходах на здравоохранение.

Глубина экономического спада, серьезность проблем, испытываемых бюджетом и время, которое потребуется для восстановления нормального положения вещей, — все это повлияет на расходы на здравоохранение, на использование медико-санитарных услуг и финансовую защиту. Потребление услуг и расходы домашних хозяйств из собственных средств часто зависят от доходов населения (ВВП на душу населения) и совокупных расходов на здравоохранение. То, насколько людям придется оплачивать медико-санитарные услуги из собственных средств, зависит от уровня государственных расходов на здравоохранение, так что решающее значение имеют эффективность государственных расходов и меры политики, защищающие население от высоких расходов домашних хозяйств из собственных средств. Поэтому страны, в которых государственные расходы на здравоохранение растут быстрее, чем ВВП на душу населения, могут подвергаться меньшему риску увеличения доли расходов домашних хозяйств из собственных средств в совокупных расходах на здравоохранение, при условии, что в этих странах принимаются эффективные меры политики. Однако поскольку государственные расходы могут быть недостаточно высокими, чтобы быть фактором существенного увеличения объема потребляемых услуг, необходимо внимательно наблюдать за неудовлетворенными потребностями. Если экономика приходит в себя быстрее, чем бюджет, в стране может произойти быстрое увеличение объема потребления услуг теми, кто способен оплатить их, поэтому необходимо иметь в виду неравенство в плане доступа к услугам и повышенный риск ухудшения финансового положения тех групп населения, которым приходится оплачивать услуги из собственных средств.

Динамичная взаимосвязь между государственными расходами и расходами домашних хозяйств из собственных средств на здравоохранение наблюдалась и в прошлом, например в период с 2000 по 2018 г., когда в абсолютном большинстве стран выросли и реальные государственные расходы в расчете на душу населения, и расходы домашних хозяйств из собственных средств на здравоохранение. В 75% из 101 страны, по которой есть приблизительно рассчитанные показатели охвата услугами и катастрофических расходов на медицинские услуги более чем за один год (отслеживаемые индикаторы достижения Целей в области устойчивого развития и ВОУЗ), государственные расходы и расходы домашних хозяйств из собственных средств на здравоохранение выросли одновременно. Расширение охвата услугами (о чем свидетельствует показатель 3.8.1 ЦРТ) отражает это улучшение ситуации *[29, 30]*. Если рост расходов домашних хозяйств из собственных средств на душу населения в реальном выражении опережает рост реальных государственных расходов на здравоохранение на душу населения, это означает, что увеличение объема потребления услуг произошло за счет уменьшения возможностей населения для расходования средств на другие основные потребности, такие как образование, жилье, продукты питания и повышение уровня жизни, что ставит под угрозу финансовую защиту *[30]*. Лишь примерно в 1 из 3 стран, в которых росли и государственные расходы, и расходы домашних хозяйств из собственных средств на здравоохранение на душу населения, удавалось сократить процент людей, понесших катастрофические расходы на медицинские услуги (согласно расчетам сотрудников ВОЗ, основанным на Глобальной базе данных ЦУР, данных Статистического отдела ООН и базе данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ). По мере того, как страны будут переходить с начальной стадии кризиса, связанного с COVID-19, и реагирования на этот кризис, на следующую стадию, они должны уделять особое внимание тому, как разрабатываются и принимаются меры политики в отношении охвата услугами здравоохранения. Эти решения имеют огромное значение для усиления финансовой защиты – результаты могут быть разными, даже если страны начинают с одинаковой степени охвата, и государственные расходы и расходы домашних хозяйств из собственных средств в них растут одинаковыми темпами, или если рост государственных расходов намного превышает рост расходов домашних хозяйств из собственных средств *[30]*.

Продуманные и целенаправленные меры политики в отношении финансирования здравоохранения могут помочь странам пережить кризис, вызванный COVID-19, и сохранить поступательное движение на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Для того чтобы обеспечить определенный гарантированный уровень государственных расходов на здравоохранение, способствующий дальнейшему прогрессу в достижении ВОУЗ, нужна целенаправленная политика. Финансовые кризисы в Европе в 2009 г. и в Азии в 1996 г. продемонстрировали, что такая политика должна предусматривать принятие мер, обеспечивающих продолжение финансирования определенных групп населения и определенных видов услуг, а также ограничивающих риск высоких расходов домашних хозяйств из собственных средств, которому подвергаются потребители услуг *[19]*. Вместе с тем эта политика может предусматривать более широкое участие сектора здравоохранения в процессе обсуждения вопросов, касающихся облегчения бремени задолженности, — обсуждения, в ходе которого особое внимание должно уделяться расходам на здравоохранение, как это происходило в рамках Инициативы в отношении бедных стран с высоким уровнем задолженности (ХИПК) в 2000-е годы. В общем и целом, антициклическая политика в отношении государственных расходов может играть важную роль в охране здоровья и обеспечении благосостояния населения в периоды высокой безработицы, снижения доходов населения и возрастания потребностей в медицинских услугах.

Сфера здравоохранения должна тесно взаимодействовать с финансовыми органами, добиваясь того, чтобы государственным расходам на здравоохранение придавалось первостепенное значение, особенно учитывая внимание к той роли, которую сфера здравоохранения играет в обеспечении вакцинации населения против COVID-19 и создании других общественных благ для охраны здоровья населения[5]. Как уже было отмечено, в прошлые периоды первостепенное значение, придаваемое здравоохранению при распределении бюджетных средств, не всегда означало увеличение государственных расходов на здравоохранение. Однако COVID-19 продемонстрировал взаимосвязь между здоровьем людей с одной стороны и экономическим ростом и производительностью – с другой. Осознание очевидности этого факта может заставить переосмыслить роль здравоохранения в общем процессе составления и исполнения бюджета и подходы к финансированию этого сектора.

Необходимо внимательно наблюдать за тенденциями расходов на здравоохранение – как за источниками финансирования, так и за тем, как и на что расходуются средства, – в сопоставлении с показателями охвата услугами и финансовой защиты, которые позволяют отслеживать прогресс в достижении ВОУЗ. В странах, в которых расходы домашних хозяйств из собственных средств составляют более значительную долю совокупных расходов на здравоохранение, и ВВП на душу населения также сокращается, расходы домашних хозяйств из собственных средств могут снизиться в краткосрочной перспективе. Такое снижение, скорее всего, будет означать неудовлетворенные потребности и уменьшение объема потребления медицинских услуг, а не улучшение финансовой защиты. Затем, по мере того как доходы начнут восстанавливаться до прежнего уровня, расходы домашних хозяйств из собственных средств могут расти более быстрыми темпами, чем государственные расходы на здравоохранение, поэтому необходимы меры политики, защищающие население от разоряющего воздействия расходов домашних хозяйств из собственных средств В и одновременно гарантирующие малоимущим группам населения приоритетный доступ к услугам. В целом приведение расходов в соответствие с макрофискальной ситуацией в более широком контексте и показателями сферы здравоохранения имеет решающее значение для эффективного политического диалога и принятия продуманных решений.

Необходимо наблюдать за общим уровнем катастрофических расходов и их влиянием на распределение ресурсов, особенно если эти расходы приводят к дальнейшему обнищанию бедного населения. При обсуждении тенденций расходов в настоящей главе и во всем докладе основное внимание уделяется средним показателям, которые могут скрывать различия, свидетельствующие о неравенстве между разными группами населения. В этой связи особую обеспокоенность вызывает повышение

уровня бедности в условиях кризиса, связанного с COVID-19, поскольку даже незначительное сокращение государственных расходов на здравоохранение может обернуться катастрофическими расходами для малоимущих групп населения или тем, что еще больше потребностей останутся неудовлетворенными. Меры политики, призванные обеспечить защиту малоимущих групп населения, могут включать увеличение масштабов программ расширения охвата услугами, финансируемых напрямую из бюджета, эффективное применение правил, запрещающих взимать с пациентов дополнительную плату при оказании услуг или ограничивающие размер такой платы, а также адресные денежные выплаты. Для того чтобы защитить наиболее уязвимые группы населения, необходимы продуманные и взвешенные действия и соответствующие меры политики.

Вызванный COVID-19 кризис дает странам со слабыми системами финансирования здравоохранения возможность «перезагрузки» для достижения прогресса на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Несмотря на все проблемы, связанные с COVID-19, этот кризис также дает возможность «перезагрузки» для укрепления слабых систем здравоохранения. Резкое увеличение объема финансирования чрезвычайных мер реагирования на COVID-19 может стать катализатором укрепления всей системы, способной обеспечивать оказание повседневных медико-санитарных услуг, в том числе путем расширения возможностей для тестирования и повышения эффективности информационных систем для эпиднадзора. Повышенное внимание, уделяемое сфере здравоохранения, может создать новые возможности для проведения реформ с целью мобилизации, объединения, распределения и использования государственных доходов эффективно и на справедливой основе. Реформы не должны ограничиваться повышением уровня расходов – они должны ориентироваться на конечные результаты расходования средств. Необходимо уделить особое внимание общественным благам в сфере здравоохранения, таким как оказание основных медико-санитарных услуг всему населению и обеспечение готовности противостоять эпидемиям и экологическим угрозам. Реформы финансирования здравоохранения должны быть также направлены на повышение эффективности оказания услуг и обеспечение справедливости в сфере здравоохранения, в частности путем ослабления взаимосвязи между наличием работы и медицинским страхованием и более широкого использования методов стратегических закупок.

Примечания

1. Данные о расходах на здравоохранение до пандемии COVID-19 представлены за 2018 г.
2. В Украине низкие коэффициенты исполнения объясняются проблемами, связанными с управление, и отсутствием координации между органами здравоохранения и финансовыми органами в том, что касается выделения средств, а также трудностями, связанными с закупками определенных товаров и разработкой процедур перечисления средств учреждениям здравоохранения на цели повышения заработной платы медработников (Министерство финансов, 2020 г.). В Южной Африке провинции, которым было выделено большинство средств на ответные меры здравоохранения на COVID-19 (44% расходов в период с апреля по ноябрь 2020 г.) сообщали о задержках в процессе закупок *[10]*.
3. Именно настолько – на 4,4%, — согласно прогнозам, должен сократиться глобальный ВВП в реальном выражении в 2020 г. По оценкам МВФ, опубликованным в октябре 2020 г., средние по всем странам темпы роста ВВП на душу населения снизились на 6%.
4. В настоящем докладе используется глобальный показатель крайней бедности, согласно определению Всемирного Банка, показатели относительной бедности по конкретным странам могут отличаться от него. Поэтому число людей, которые окажутся за чертой крайней бедности, что приведет к еще большему неравенству доходов, вполне может превысить указанную здесь прогнозируемую цифру.
5. Общественные блага в здравоохранении (ОБЗ) — это охватывающие все население функции и меры вмешательства, которые должны финансироваться государством (при необходимости государственное финансирование должно дополняться средствами доноров), поскольку они являются общественными благами или имеют значение для всего общества и поэтому не могут обеспечиваться рыночными механизмами. ОБЗ могут предоставляться на местном, субнациональном, национальном, региональном или глобальном

уровнях. То, на каком уровне эти общественные блага финансируются и предоставляются, может зависеть от условий страны и характера каждого из них. Глобальные и региональные ОБЗ не ограничиваются рамками отдельных стран и призваны решать общемировые проблемы.

Библиография

1. ВОЗ. Вспышка коронавирусной инфекции COVID-19. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г. Имеется по адресу: https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?r=noid. По состоянию на 5 декабря 2020 г.
2. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Herd immunity, lockdowns and COVID-19. Geneva: World Health Organisation; 15 October 2020. Available from: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lock-downs-and-covid-19. По состоянию на 5 декабря 2020 г.
3. International Monetary Fund. World economic outlook, April 2020: the great lockdown. Washington, DC; International Monetary Fund.
4. WHO. Pulse survey on continuity of essential health ser- vices during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Имеется по адресу: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1.
5. Indonesia budget allocation and absorption for COVID- 19 control, year 2020. Jakarta: Indonesia Ministry of Finance; 2020.
6. South African National Treasury. Allocations for COVID response: 2020/21. Pretoria: Government of South Africa; 2020.
7. OECD. COVID-19: tracking the impact on health spending Unpublished meeting document presented at the 3rd Meeting of the OECD Working Party on Health Statistics. Paris: OECD Publishing; 2020.
8. RIZIV. COVID-19—Nous voulons connaître l'impact sur les dépenses INAMI et suivre la situation de près. 2020.
9. Имеется по адресу: https://www.riziv.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/impact-covid19-depenses-inami.aspx. По состоянию на 17 ноября 2020 г.
10. German Ministry of Health. Finanzergebnisse der GKV: Vorläufige Rechnungsergebnisse. 2020. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-kranken-versicherung/finanzergebnisse.html. По состоянию на 17 ноября 2020 г.
11. U.S. Bureau of Economic Analysis. Gross domestic product, 2nd quarter 2020 (advance estimate) and annual update. 2020. Имеется по адресу: https://www.bea.gov/news/2020/gross-domestic-product-2nd-quar-ter-2020-advance-estimate-and-annual-update. По состоянию на 17 ноября 2020 г.
12. Rahim F, Allen R, Barroy H, Gores L, Kutzin J. COVID-19 funds in response to the pandemc. Washington, DC: International Monetary Fund; 2020.
13. Ukraine Ministry of Finance. Central COVID-19 allocations 2020 data. Kiev: Government of Ukraine. 28 October 2020. Имеется по адресу: https://mof.gov.ua/uk/data_and_analytics-433.
14. Yuma S, Cros M, Nana A, Nabyonga J, Ke X, Cockerham S. Responding to COVID-19 while protecting essential services for women, children and adolescents. Washing- ton DC: Global Financing Facility; 2020. Имеется по адресу: https://www.globalfinancingfacility.org/responding-covid-19-while-protecting-essential-services-women-children-and-adolescents. По состоянию на 1 декабря 2020 г.
15. МВФ. Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г.: долгое и трудное восхождение. Вашингтон, Федеральный округ Колумбия: Международный валютный фонд; 2020 г.
16. Tandon A, Roubal T, McDonald L, Cowley P, Palu T, de Oli- veira Cruz V, et al. Economic impact of COVID-19: implications for health financing in Asia and Pacific. Washington, DC: World Bank; 2020.
17. Ratha D, De S, Kim EJ, Plaza S, Seshan D, Yameogo ND. Phase II: COVID-19 crisis through a migration lens. Migration and development brief 33. Washington, DC: KNOMAD-World Bank; October 2020.
18. Tandon A, et al., Economic contraction from COVID-19 in the Pacific: implications for health financing. Health Systems & Reform; forthcoming.
19. World Bank. Shared poverty and shared prosperity 2020: reversal of fortunes. Washington, DC: World Bank; October 2020.
20. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al. Economic crisis, health systems and health in EBPope. ed. EBPopean Observatory on Health Systems and Policies. New York: World Health Organization; 2015.
21. Christakis DA, Van Cleve W, Zimmerman FJ. Estimation of US children's educational attainment and years of life lost associated with primary school closures during the coronavirus disease 2019 pandemc. JAMA Network Open. 2020;3(11):e2028786–e2028786.
22. Van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures and child poverty: a social crisis in the making. Lancet Public Health. 2020;5(5):e243–e244.
23. Hanushek EA, Woessmann L. The economic impacts of learning losses. Paris: Organisation of Economic Co-operation and Development; September 2020.
24. Всемирный банк. Перспективы мировой экономики. Вашингтон, Федеральный округ Колумбия: Всемирный банк; июнь 2020 г.

25. Yazbeck AS, Savedoff WD, Hsiao WC, Kutzin J, Soucat A, Tandon A, et al. The case against labor-tax-financed social health insurance for low- and low-middle-income countries: a summary of recent research into labor-tax financing of social health insurance in low- and low-middle-income countries. Health Affairs. 2020;39(5):892–897.
26. Wagstaff, A. Poverty and health sector inequalities. Bull World Health Organ. 2002;80(2):97–105.
27. Thomson S, Jowett M, Mladovsky P. Health system responses to financial pressures in Ireland. Copenhagen: World Health Organization; 2014.
28. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012;90(11):867–868.
29. Barroy H, Vaughan K, Tapsoba Y, Dale E, Van de Maele N. Towards universal health coverage: thinking public. Geneva: World Health Organization; 2017.
30. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019.
31. WHO and World Bank. 2019 global monitoring report on financial protection in health. World Health Organization and World Bank; April 2020.

5

Пережить бурю:

ПРОЛОЖИТЬ КУРС К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ, СВЯЗАННОЙ СО ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пандемия COVID-19 застала мир врасплох, но подтвердила необходимость государственного финансирования здравоохранения в большем объеме и на более стабильной основе.

- Пандемия COVID-19 обрушилась на мир, в котором уже установилась стабильная динамика роста расходов на здравоохранение.
- Пока еще неизвестно, какими будут макрофискальные последствия COVID-19 для расходов на здравоохранение. Необходима целенаправленная и продуманная политика, призванная ослабить давление на финансовые системы и защитить уязвимые группы населения.
- Действуя по отдельности и сообща, страны должны проложить курс к новым горизонтам, достигнув прогресса в выполнении шести рекомендаций по выработке нового общественного договора о финансировании здравоохранения в условиях пандемии COVID-19.
  - Обеспечить надлежащий уровень внутренних государственных расходов на здравоохранение в качестве одного из социально-экономических приоритетов.
  - Обеспечить финансирование общественных благ в здравоохранении в качестве первого шага на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения в каждой стране.
  - Инвестировать в глобальные общественные блага в здравоохранении для обеспечения глобальной безопасности здоровья.
  - Придавать первостепенное значение государственному финансированию для обеспечения всеобщего и равного доступа к услугам здравоохранения и финансовой защиты населения на основе принципа всеобщего охвата первичной медико-санитарной помощью.
  - Увеличить объем внешней помощи, оказываемой странам с более низкими доходами, но скорректировать условия и порядок предоставления помощи.
  - Обеспечить финансирование национальных учреждений для прозрачного и всестороннего отслеживания и учета расходов на здравоохранение на национальном и глобальном уровнях.

Еще не все уроки извлечены из кризиса, связанного с COVID-19. Однако сейчас уже все согласны с тем, что, когда вирус появился и распространился по всему миру, ни одна страна, независимо от уровня дохода, не была в достаточной степени готова к этому *[1]*. Связанные с пандемией COVID-19 потрясения, которым подверглись здоровье населения, системы здравоохранения, общество и экономика, огромны. И еще довольно далеко до решения этих тяжелейших проблем, обрушившиеся на глобальное здравоохранение и мировую экономику. По состоянию на 1 декабря 2020 г. жертвами пандемии стали приблизительно 1,5 миллиона человек, и ожидается, что глобальный ВВП сократится на 4,4% *[2, 3]*.

Потрясения, которым подверглись одновременно сфера здравоохранения и экономика, как прямо, так и косвенно повлияли на динамику расходов на здравоохранение в 2020 г. (глава 4). Сейчас трудно предсказать, что будет происходить дальше, но ясно одно – грядут необходимые изменения, которые не должны ограничиться лишь частичными реформами сферы здравоохранения. Всем странам необходимо будет скорректировать свои экономические и политические системы с учетом новой глобальной парадигмы общественного здоровья.

В настоящем докладе ВОЗ о глобальных расходах на здравоохранение за 2020 г., в котором анализируются данные по 190 странам за период с 2000 по 2018 г., описана динамика расходов на здравоохранение на пути к достижению Целей в области устойчивого развития (ЦУР), установившаяся перед тем, как разразился кризис. В нем также всесторонне анализируются расходы на профилактику и лечение конкретных заболеваний с использованием стандартных методов сбора данных и оценки. В докладе также подчеркиваются проблемы, препятствующие прогрессу, путем углубленного анализа 32 стран, которые на протяжении последних двух десятилетий постоянно отставали в экономическом отношении и в том, что касается расходов на здравоохранение, в том числе финансируемых за счет предоставляемой партнерами внешней помощи. Кроме того, в докладе приводятся предварительные оценки в отношении того, как кризис, связанный с COVID-19, повлияет на динамику расходов на здравоохранение, и анализируется взаимосвязь между тенденциями глобальных расходов на протяжении последних двух десятилетий, нынешней ситуацией и возможным развитием ситуации в будущем. Главная цель этого доклада – стимулировать страны и глобальное сообщество к обсуждению вопросов политики и к тому, чтобы проложить новый курс на пути к построению устойчивых и стабильных систем здравоохранения, способных обеспечить безопасность в сфере здравоохранения и прогресс в достижении цели всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).

Пандемия COVID-19 обрушилась на мир, в котором уже установилась стабильная динамика роста расходов на здравоохранение.

Пандемия COVID-19 обрушилась на мир, в котором уже установилась стабильная динамика роста расходов на здравоохранение, которые продолжали увеличиваться в период с 2000 по 2018 г. В 2018 г. глобальные расходы на здравоохранение достигли 8,3 трлн долл. США, или 10% общемирового ВВП. Однако в последние годы рост этих расходов замедлился. В 2018 г. впервые за последние пять лет темпы роста расходов на здравоохранение оказались ниже темпов роста мировой экономики. Государственные расходы на здравоохранение также росли более медленными темпами в последние годы. Расходы населения из собственных средств оставались довольно высокими, составляя значительную долю в совокупных расходах на здравоохранение. В частности, в странах с низким и средним уровнем дохода доля расходов, оплачиваемых собственными средствами, в совокупных расходах на здравоохранение по-прежнему превышала 40% в 2018 г., хотя эта цифра снизилась с еще более высокого уровня, на котором она находилась в 2000 г. Внешняя помощь также продолжает играть важную роль: в 2018 г. она составила 30% совокупных расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем дохода и 10% в странах с уровнем дохода ниже среднего. Что касается источников финансирования расходов на здравоохранение, то внешняя помощь на цели здравоохранения, достигшая своего пика в 2014 г., немного уменьшилась, однако, что в некоторой степени удивительно, объем средств, освоенных странами с более низкими доходами, увеличился в последние годы, превысив объем помощи, использованной странами с низким уровнем дохода.

В настоящем докладе не прослеживается какой-либо очевидной динамики в плане видов медико-санитарных услуг, финансируемых на уровне страны. Существуют значительные различия в объемах ассигнований на здравоохранение. Например, наблюдаются существенные различия между странами в расходах на первичную медико-санитарную помощь, включающую общие амбулаторные услуги (консультации и снабжение лекарственными средствами) и некоторые функции охраны здоровья, охватывающие все население (профилактика, эпиднадзор, разработка и проведение политики) в процентном отношении к совокупным расходам на здравоохранение. Согласно результатам анализа структуры расходов на здравоохранение в 40 странах с низким и средним уровнем дохода, расходы на инфекционные болезни составляли половину совокупных расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем дохода и одну треть в странах со средним уровнем дохода. Расходы на неинфекционные заболевания составляли около 13% расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем дохода и порядка 30% в странах со средним уровнем дохода. В обеих категориях стран внешняя помощь была наиболее значительным источником финансирования расходов на профилактику и лечение инфекционных и паразитарных болезней.

В докладе более подробно проанализированы 32 страны из числа «отстающих» — страны с низким и средним уровнем дохода, в которых ВВП на душу населения составлял менее 2 000 долл. США, а темпы экономического роста были низкими в период с 2000 по 2018 г. Эти страны, оказавшиеся в «ловушке низкого дохода», отставали как по темпам экономического развития, так и в плане ВОУЗ. Они становились все более зависимыми от внешнего финансирования, в то время как внутреннее финансирование осуществлялось в основном из частных источников, в частности в виде расходов домашних хозяйств из собственных средств. Государственные расходы на здравоохранение оставались на крайне низком уровне – 9 долл. США на душу населения в 2018 г., — и в период с 2000 по 2018 г. приоритетность расходов на здравоохранение постепенно снижалась, и их доля в совокупных внутренних государственных расходах сокращалась. Приоритеты при распределении бюджетных средств определяются политическими соображениями, и государству приходится руководствоваться конкурирующими друг с другом приоритетами и обязательствами, в частности в отношении расходов на оборону и обслуживание задолженности, что ограничивает возможности для перераспределения ресурсов в пользу здравоохранения. По мере того, как приток внешней помощи увеличивался на протяжении этого периода, некоторые страны, относящиеся к категории стран с более низкими доходами, стали использовать средства, выделенные из внутренних источников на здравоохранение, для других целей, поскольку у них появилась возможность частичного замещения внутренних государственных расходов внешней помощью.

Пока еще неизвестно, какими будут макрофискальные последствия COVID-19 для расходов на здравоохранение. Необходима целенаправленная и продуманная политика, призванная ослабить давление на финансовые системы и защитить уязвимые группы населения.

Динамика расходов на здравоохранение в прошлые периоды позволяет получить важную информацию о том, что может происходить в будущем. На протяжении 2020 г. пандемия заставляла увеличивать расходы на здравоохранение по целому ряду категорий. Все страны отреагировали на COVID-19, в чрезвычайном порядке выделив бюджетные средства на принятие срочных мер. Дополнительные бюджетные ассигнования на ответные меры здравоохранения на COVID-19 составляют в среднем 36% от того, что государство расходовало на здравоохранение до пандемии в странах с низким уровнем дохода, в странах со средним уровнем дохода эта цифра составляет 13%, а в странах с высоким уровнем дохода – 8%. Пока непонятно, сколько из этих средств являются новыми ассигнованиями и сколько перераспределенными средствами. Мы также пока еще не знаем, как дополнительные бюджетные ассигнования будут соотноситься с ассигнованиями на другие категории заболеваний и функциональные категории здравоохранения. Расходы на здравоохранение составляют лишь

незначительную долю объема средств, выделяемых государством на преодоление кризиса, связанного с COVID-19, в том числе на стабилизацию экономики, социальную защиту и социальную помощь уязвимым группам населения.

COVID-19 вызвал обеспокоенность относительно устойчивости дальнейшей траектории социально-экономического развития по многим направлениям. Все, что достигнуто в плане обеспечения доступа к необходимым услугам и финансовой защиты, может быть сведено на нет, если не будут приняты решительные и целенаправленные меры, призванные смягчить потрясения и устранить недостатки, присущие системам здравоохранения и обществам в целом. Опыт показывает, что государственные расходы на социальную сферу имеют решающее значение для продвижения на пути к достижению ЦУР *[4, 5, 6, 7, 8, 9]*. Прогресс в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения будет напрямую зависеть от того, сколько государство расходует на здравоохранение и на какие его функции. COVID-19 наглядно продемонстрировал, что страны инвестировали недостаточно средств в системы здравоохранения, как в обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям, так и в обеспечение того, чтобы все население имело доступ к услугам, не подвергаясь риску финансовых проблем. Странам необходимо исправить ситуацию и инвестировать больше ресурсов в здравоохранение, с тем чтобы восстановить доверие к государству и упрочить общественный договор. ВОУЗ имеет решающее значение для достижения ЦУР, связанных с обеспечением равенства и справедливости в сфере здравоохранения, экономического и социального равенства и социальной сплоченности *[10]*.

То, как COVID-19 повлияет на расходы на здравоохранение в среднесрочной перспективе, будет зависеть от целого ряда факторов, включая государственные доходы, обязательства по обслуживанию задолженности и более широкие макрофискальные показатели, такие как ВВП, спрос на медицинские услуги и значение, придаваемое расходам на здравоохранение при распределении средств государственного бюджета. Страны с низким уровнем государственных расходов на здравоохранение, расходующие много средств на обслуживание задолженности и всегда зависевшие от расходов граждан из собственных средств и внешней помощи в качестве источников финансирования здравоохранения, особенно уязвимы от макроэкономических и финансово-бюджетных проблем, связанных с COVID-19. На карту поставлена способность этих стран обеспечить безопасность в сфере здравоохранения и продолжить движение вперед на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Пока не совсем понятно, в чем будут заключаться макрофискальные последствия COVID-19 для расходов на здравоохранение. И тем не менее необходима целенаправленная и продуманная политика, призванная ослабить давление на системы финансирования и защитить уязвимые группы населения. Тщательное наблюдение за структурой и динамикой расходов, выделением средств и их использованием, за показателями охвата услугами и финансовой защиты будет иметь решающее значение для принятия тщательно продуманных мер политики в отношении государственных расходов, с тем чтобы средства распределялись таким образом, чтобы они способствовали обеспечению безопасности в области здравоохранения и продвижению на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Действуя по отдельности и сообща, страны должны проложить курс к новым горизонтам, достигнув прогресса в выполнении шести рекомендаций по выработке нового общественного договора о финансировании здравоохранения в условиях пандемии COVID-19.

ОБЕСПЕЧИТЬ НАДЛЕЖАЩИЙ УРОВЕНЬ ВНУТРЕННИХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ОДНОГО ИЗ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРИОРИТЕТОВ

Прошло уже два десятилетия с начала 21 века, но никогда еще здравоохранение не привлекало к себе такое внимание во всех регионах и во всех странах, независимо от уровня дохода. Необходимость инвестирования средств в здравоохранение признана раз и навсегда. По оценкам, в 2020 г. глобальный ВВП сократится в результате пандемии COVID-19 примерно на 4 трлн долл. США, в то время как объем финансирования общественных благ в здравоохранении, необходимый для обеспечения готовности к эпидемиям, может составить порядка 150 млрд долл. США в год *[2, 11]*. Инвестирование в общественные

блага в здравоохранении должно сопровождаться применением международных медико-санитарных правил, принятием мер по обеспечению готовности к эпидемиям, укреплением основных функций общественного здравоохранения, ветеринарных служб и обеспечением гигиены окружающей среды.

Пандемия COVID-19 обнажила глубинные проблемы, связанные с различными аспектами жизни общества, — с экономикой, социальной сферой и здравоохранением. Она продемонстрировала миру, насколько важно инвестировать средства в охрану здоровья населения, защищая расходы на здравоохранение от сокращения и направляя средства на решение приоритетных задач, особенно на создание общественных благ в здравоохранении, и обеспечение всеобщего доступа к медико-санитарным услугам.

В краткосрочной перспективе необходимо выделять больше ресурсов на отслеживание контактов, тестирование, лечение, эпиднадзор и начавшуюся вакцинацию населения. В среднесрочной перспективе необходимо инвестировать больше средств для оказания странам помощи в обеспечении готовности систем здравоохранения к эпидемиям и их укрепления перед лицом экологических рисков и рисков, связанных с изменением климата. Необходимо также, чтобы в странах заключались более прочные общественные договоры, предусматривающие выделение бюджетных средств на обеспечение всеобщего доступа к качественным медицинским услугам, применение ориентированного на потребности людей подхода к первичной медико-санитарной помощи, и укрепление социальной сплоченности и доверия общества.

Снижение экономической активности в 2020 г. ограничило налоговые поступления и заставило увеличить государственные расходы, финансируемые в основном за счет задолженности. Хотя стимул, который финансировался за счет задолженности, был необходим, он вызвал обеспокоенность относительно способности государства поддерживать расходы на здравоохранение и другие социальные нужды на необходимом уровне в дальнейшем. Необходимо учесть уроки экономического кризиса 2008 г., особенно недостатки жестких мер экономии. Сегодня, как никогда, странам необходимо поставить общественный диалог на институциональную основу с целью коллективного принятия решений в отношении объема государственного финансирования и того, как и на что используются средства, а также обеспечить инклюзивность бюджетного процесса и широкое участие в нем различных заинтересованных сторон.

ОБЕСПЕЧИТЬ ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ БЛАГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ШАГА НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЖДОЙ СТРАНЕ

Главная цель государственных расходов на здравоохранение – обеспечить финансирование общественных благ и компенсировать недостаточную эффективность рыночных механизмов с точки зрения достижения целей политики. Значительная часть средств, инвестируемых в обеспечение безопасности в области здравоохранения, необходимых для создания основы для устойчивого восстановления экономики, должна расходоваться на финансирование общественных благ в здравоохранении, таких как эпиднадзор, лабораторные системы и программы вакцинации. Необходимы также дополнительные инвестиции не только в здравоохранение, но также в ветеринарию и смягчение воздействия экологических факторов. Некоторые из этих инвестиций могут осуществляться в виде расходов в смежные сектора, другие – в виде мер политики, в частности в области налогообложения, создания и применения нормативной основы, обеспечивающей единые и прозрачные условия и требования в интересах здравоохранения и обеспечения экологической устойчивости.

Общественные блага в здравоохранении, включающие международные медико-санитарные правила и обеспечение готовности к эпидемиям и чрезвычайным ситуациям, являются основными функциями общественного здравоохранения. Именно им необходимо уделять первоочередное внимание. К ним относятся основные общепопуляционные функции системы здравоохранения, которые должны выполняться в порядке взаимодействия между разными секторами и которые можно подразделить на следующие пять категорий: координация политики, нормативно-правовая основа, информация (в том числе наблюдение и эпиднадзор), налоги и субсидии и программы в области общественного здравоохранения *[12]*. Странам необходимо обеспечить финансирование этих функций в качестве первого шага на пути к достижению ВОУЗ.

ИНВЕСТИРОВАТЬ В ГЛОБАЛЬНЫЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ БЛАГА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Инвестиции в глобальные общественные блага, такие как обеспечение готовности к пандемиям и смягчение последствий изменения климата и ухудшения состояния окружающей среды для здоровья, откладываются уже давно. Глобальная международная архитектура не очень хорошо подходит для решения современных проблем здравоохранения и не имеет постоянного источника доходов для финансирования общественных благ в здравоохранении. Не существует отлаженного механизма для фактического или виртуального объединения средств, которыми распоряжаются различные международные организации (ВОЗ, другие учреждения ООН, Всемирный банк, Глобальный фонд, GAVI, Коалиция по инновациям в области обеспечения готовности к эпидемиям и другие) для мобилизации достаточных доходов и согласованного инвестирования средств в общественные блага в здравоохранении. Нет общих руководящих принципов использования средств для обеспечения готовности к эпидемиям и чрезвычайным ситуациям и сбалансированного распределения этих средств на цели НИОКР, регулирования, осуществления надзора и сбора информации *[12]*. Отслеживать использование ресурсов, выделяемых на финансирование глобальных общественных благ, непросто, поскольку система финансирования фрагментирована и в ней отсутствует надлежащая координация между учреждениями. Необходим механизм такого отслеживания расходов, причем не только расходов отдельных стран (например, расходов на основные функции ВОЗ, НИОКР и т.п.).

ПРИДАВАТЬ ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО И РАВНОГО ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПА ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ

Обеспечение справедливости и всеобщего охвата услугами здравоохранения – в этом заключается еще одна цель государственных расходов на здравоохранение. Четко установленные приоритеты в области государственных расходов должны обеспечить всеобщий доступ к основным услугам здравоохранения *[4]*. По мере повышения доходов население тратит больше средств на медицинские услуги. Но если возможность получать первичную медико-санитарную помощь зависит в основном от расходов из собственных средств, цель обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения не будет достигнута. Для обеспечения всеобщего равноправного доступа и устранения недостатков рыночных механизмов добровольного медицинского страхования необходимы государственные субсидии *[13]*. Какую долю расходов берет на себя государство, какие функции и услуги здравоохранения финансируются государством, и насколько существующие системы обеспечивают эффективность использования государственных средств – все эти факторы будут определять роль частных расходов на здравоохранение. Только при хорошо организованном государственном финансировании частные источники смогут играть дополнительную роль.

УВЕЛИЧИТЬ ОБЪЕМ ВНЕШНЕЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ СТРАНАМ С БОЛЕЕ НИЗКИМИ ДОХОДАМИ, НО СКОРРЕКТИРОВАТЬ УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ

Финансовые возможности стран с более низким уровнем дохода в значительной степени ограничены, в том числе из-за роста задолженности, который может ограничить возможности для расходования средств на социальные нужды в будущем.

Это происходит в условиях сокращения внешней помощи. Во взаимосвязанном мире обеспечение функционирования системы здравоохранения в каждой стране и доступ каждого человека к базовым услугам здравоохранения лежат в основе глобальной безопасности и стабильности в области здравоохранения. Благодаря внешней помощи страны с низким и средним уровнем дохода смогли достичь Целей в области устойчивого развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, уделяя особое внимание инфекционным болезням. Цели в области устойчивого развития являются гораздо более широкими и масштабными: они заключаются в том, чтобы обеспечить устойчивость и чтобы никто не остался без внимания. Укрепление учреждений системы здравоохранения и обеспечение безопасности здоровья позволят странам противостоять новым проблемам, связанным с неинфекционными заболеваниями, повысить эффективность профилактики и лечения инфекционных болезней и обеспечить готовность к будущим пандемиям.

Для укрепления систем здравоохранения потребуется устойчивая помощь в виде грантов, льготного кредитования и облегчения бремени задолженности, чтобы страны смогли обеспечить готовность к чрезвычайным ситуациям и усовершенствовать свои системы общественного здравоохранения, обеспечивающие всеобщий охват медико-санитарными услугами.

Доноры должны сдержать свое обещание не сокращать объем помощи. Вместе с тем следует разработать новые модели оказания помощи, чтобы решить проблему взаимозаменяемости внешних и внутренних источников финансирования здравоохранения. Объем государственного финансирования здравоохранения как из внешних, так и из внутренних источников, необходимо увеличить. В сочетании с внутренними государственными источниками внешняя помощь должна способствовать устойчивому увеличению государственных расходов на здравоохранение, чтобы странам было легче пережить эти трудные времена *[14]*.

ОБЕСПЕЧИТЬ ФИНАНСИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ПРОЗРАЧНОГО И ВСЕСТОРОННЕГО ОТСЛЕЖИВАНИЯ И УЧЕТА РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛЬНОМ И ГЛОБАЛЬНОМ УРОВНЯХ

Своевременный мониторинг расходов имеет огромное значение для наблюдения за эффективностью системы здравоохранения и обеспечения прозрачности и подотчетности. И правительства, и доноры мобилизовали дополнительные ресурсы на меры реагирования на кризис, связанный с COVID-19. Отчеты по счетам здравоохранения, основанные на прошедших аудиторскую проверку данных, публикуются только через два года после расходования средств, поэтому основная часть информации о расходах на здравоохранение в 2020 г. станет доступной лишь в 2022 г. Учитывая огромные усилия и ресурсы, затрачиваемые на борьбу с COVID-19, необходим мониторинг в режиме реального времени, чтобы можно было оценивать, насколько фактические расходы обеспечивают эффективное функционирование системы здравоохранения. Совместное отслеживание и мониторинг бюджета являются важным инструментом, демонстрирующим прозрачность и подотчетность и позволяющим правительствам завоевать доверие населения, что является подтвержденным на практике залогом эффективности борьбы с пандемией COVID-19. Институционализация процесса отслеживания расходов, включая надзор со стороны граждан и гражданского общества, обеспечит более своевременное представление более подробной отчетности о расходах на здравоохранение. На глобальном уровне партнерство «Всеобщий охват услугами здравоохранения-2030» и Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей все чаще объединяют усилия с целью создания глобальной платформы для осуществляемого гражданским обществом надзора за прогрессом в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Как уже отмечалось, необходимо определить источники данных и разработать методы сбора и обработки данных, чтобы отслеживать расходы на глобальные общественные блага.

ВОЗ намерена продолжать оказывать странам поддержку в процессе институционализации системы отслеживания расходов на здравоохранение. Поддержка будет направлена на то, чтобы политический диалог в стране становился более активным и содержательным, а фактическая информация, предоставляемая парламентариям и осуществляющим надзор за исполнением бюджета организациям гражданского общества, — более точной и достоверной. Будет уточнено, каким образом должны отслеживаться расходы, например, по источникам финансирования, финансовым договоренностям (механизмам), функциональным категориям, категориям заболеваний и т.п. Также будут определены новые области для наблюдения, включая расходы на борьбу с пандемией COVID-19 и обеспечение безопасности здоровья. ВОЗ будет продолжать сотрудничать с партнерами, способствуя сбору данных в странах и повышению качества собираемых данных.

Библиография

1. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019.
2. МВФ. Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 г.: долгое и трудное восхождение. Вашингтон, Федеральный округ Колумбия: Международный валютный фонд; 2020 г.
3. IMF. World economic outlook, April 2020: the great lockdown. Washington, DC: International Monetary Fund; 2020.
4. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012;90(11):867–868.
5. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. Lancet. 2013;382(9908):1898–1955.
6. WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
7. ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения: Доклад о мониторинге 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г.
8. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Glob Health. 2018;6(2):e169–e79.
9. WHO and World Bank. Global monitoring report on financial protection in health 2019. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2019.
10. WHO. Together on the road to universal health coverage: A call to action. 2017. https://www.who.int/universal_health_coverage/road-to-uhc/en/.
11. WHO. Estimation of global investment in preparedness. WHO Health Systems Governance and Finance Department. 17 September 2020.
12. Soucat A, Kickbusch I. Global common goods for health: towards a new framework for global financing. Glob Policy. 2020;11:628–635. Имеется по адресу: https://doi.org/10.1111/1758-5899.12875.
13. Yazbeck AS, Soucat A. When both markets and governments fail health. Health Syst Reform. 2019;5(4):268–279. Имеется по адресу: https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1660756.
14. Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number (Health Financing Working Paper No. 1). Geneva: World Health Organization; 2016. https://apps.who.int/iris/handle/10665/250048.

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Коды стран и регионов ВОЗ

Страна	Регион ВОЗ	Код страны
Австралия	ЗТОР	AUS
Австрия	ЕВР	AUT
Азербайджан	ЕВР	AZE
Албания	ЕВР	ALB
Алжир	АФР	DZA
Ангола	АФР	AGO
Андорра	ЕВР	AND
Антигуа и Барбуда	АМР	ATG
Аргентина	АМР	ARG
Армения	ЕВР	ARM
Афганистан	ВСР	AFG
Багамские Острова	АМР	BHS
Бангладеш	ЮВАР	BGD
Барбадос	АМР	BRB
Бахрейн	ВСР	BHR
Беларусь	ЕВР	BLR
Белиз	АМР	BLZ
Бельгия	ЕВР	BEL
Бенин	АФР	BEN
Болгария	ЕВР	BGR
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	BOL
Босния и Герцеговина	ЕВР	BIH
Ботсвана	АФР	BWA
Бразилия	АМР	BRA
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	BRN
Буркина-Фасо	АФР	BFA
Бурунди	АФР	BDI
Бутан	ЮВАР	BTN
Вануату	ЗТОР	VUT
Венгрия	ЕВР	HUN
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	VEN
Вьетнам	ЗТОР	VNM
Габон	АФР	GAB
Гайана	АМР	GUY
Гаити	АМР	HTI
Гамбия	АФР	GMB
Гана	АФР	GHA
Гватемала	АМР	GTM
Гвинея	АФР	GIN
Гвинея-Биссау	АФР	GNB
Германия	ЕВР	DEU
Гондурас	АМР	HND
Гренада	АМР	GRD
Греция	ЕВР	GRC
Грузия	ЕВР	GEO
Дания	ЕВР	DNK
Демократическая Республика Конго	АФР	COD

Страна	Регион ВОЗ	Код страны
Джибути	ВСР	DJI
Доминика	АМР	DMA
Доминиканская Республика	АМР	DOM
Египет	ВСР	EGY
Замбия	АФР	ZMB
Зимбабве	АФР	ZWE
Йемен	ВСР	YEM
Израиль	ЕВР	ISR
Индия	ЮВАР	IND
Индонезия	ЮВАР	IDN
Иордания	ВСР	JOR
Ирак	ВСР	IRQ
Иран (Исламская Республика)	ВСР	IRN
Ирландия	ЕВР	IRL
Исландия	ЕВР	ISL
Испания	ЕВР	ESP
Италия	ЕВР	ITA
Кабо-Верде (Республика)	АФР	CPV
Казахстан	ЕВР	KAZ
Камбоджа	ЗТОР	KHM
Камерун	АФР	CMR
Канада	АМР	CAN
Катар	ВСР	QAT
Кения	АФР	KEN
Кипр	ЕВР	CYP
Кирибати	ЗТОР	KIR
Китай	ЗТОР	CHN
Колумбия	АМР	COL
Коморские Острова	АФР	COM
Конго	АФР	COG
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	PRK
Коста-Рика	АМР	CRI
Кот-д'Ивуар	АФР	CIV
Куба	АМР	CUB
Кувейт	ВСР	KWT
Кыргызстан	ЕВР	KGZ
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	LAO
Латвия	ЕВР	LVA
Лесото	АФР	LSO
Либерия	ЗТОР	LBR
Ливан	ВСР	LBN
Ливия	ВСР	LBY
Литва	ЕВР	LTU
Люксембург	ЕВР	LUX
Маврикий	АФР	MUS
Мавритания	АФР	MRT
Мадагаскар	АФР	MDG
Малави	АФР	MWI

Страна	Регион ВОЗ	Код страны
Малайзия	ЗТОР	MYS
Мали	АФР	MLI
Мальдивские Острова	ЮВАР	MDV
Мальта	ЕВР	MLT
Марокко	ВСР	MAR
Маршалловы Острова	ЗТОР	MHL
Мексика	АМР	MEX
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	FSM
Мозамбик	АФР	MOZ
Монако	ЕВР	MCO
Монголия	ЗТОР	MNG
Мьянма	ЮВАР	MMR
Намибия	АФР	NAM
Науру	ЗТОР	NRU
Непал	ЮВАР	NPL
Нигер	АФР	NER
Нигерия	АФР	NGA
Нидерланды	ЕВР	NLD
Никарагуа	АМР	NIC
Ниуэ	ЗТОР	NIU
Новая Зеландия	ЗТОР	NZL
Норвегия	ЕВР	NOR
Объединенная Республика Танзания	АФР	TZA
Объединенные Арабские Эмираты	ВСР	ARE
Оман	ВСР	OMN
Острова Кука	ЗТОР	COK
Пакистан	ВСР	PAK
Палау	ЗТОР	PLW
Панама	АМР	PAN
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	PNG
Парагвай	АМР	PRY
Перу	АМР	PER
Польша	ЕВР	POL
Португалия	ЕВР	PRT
Республика Корея	ЗТОР	KOR
Республика Молдова	ЕВР	MDA
Российская Федерация	ЕВР	RUS
Руанда	АФР	RWA
Румыния	ЕВР	ROU
Сан-Марино	ЕВР	SMR
Санта-Люсия	АМР	LCA
Сан-Томе и Принсипи	АФР	STP
Саудовская Аравия	ВСР	SAU
Северная Македония	ЕВР	MKD
Сейшельские Острова	АФР	SYC
Сенегал	АФР	SEN
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	VCT
Сент-Китс и Невис	АМР	KNA
Сербия	ЕВР	SRB

Страна	Регион ВОЗ	Код страны
Сингапур	ЗТОР	SGP
Сирийская Арабская Республика	ВСР	SYR
Словакия	ЕВР	SVK
Словения	ЕВР	SVN
Соединенное Королевство	ЕВР	GBR
Соединенные Штаты Америки	АМР	USA
Соломоновы Острова	ЗТОР	SLB
Сомали	ВСР	SOM
Самоа	ЗТОР	WSM
Судан	ВСР	SDN
Суринам	АМР	SUR
Сьерра-Леоне	АФР	SLE
Таджикистан	ЕВР	TJK
Таиланд	ЮВАР	THA
Тимор-Лешти	ЮВАР	TLS
Того	АФР	TGO
Тонга	ЗТОР	TON
Тринидад и Тобаго	АМР	TTO
Тувалу	ЗТОР	TUV
Тунис	ВСР	TUN
Туркменистан	ЕВР	TKM
Турция	ЕВР	TUR
Уганда	АФР	UGA
Узбекистан	ЕВР	UZB
Украина	ЕВР	UKR
Уругвай	АМР	URY
Фиджи	ЗТОР	FJI
Филиппины	ЗТОР	PHL
Финляндия	ЕВР	FIN
Франция	ЕВР	FRA
Хорватия	ЕВР	HRV
Центральноафриканская Республика	АФР	CAF
Чад	АФР	TCD
Черногория	ЕВР	MNE
Чешская Республика	ЕВР	CZE
Чили	АМР	CHL
Швейцария	ЕВР	CHE
Швеция	ЕВР	SWE
Шри-Ланка	ЮВАР	LKA
Эквадор	АМР	ECU
Экваториальная Гвинея	АФР	GNQ
Эль-Сальвадор	АМР	SLV
Эритрея	АФР	ERI
Эсватини	АФР	SWZ
Эстония	ЕВР	EST
Эфиопия	АФР	ETH
Южная Африка	АФР	ZAF
Южный Судан	АФР	SSD
Ямайка	АМР	JAM
Япония	ЗТОР	JPN

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. 40 стран, данные по которым использованы в анализе расходов в разбивке по заболеваниям

Страна	Регион ВОЗ	Группа по уровню дохода согласно классификации Всемирного банка	Классификация Всемирного банка по уровню дохода, объединенная группа	Высокое бремя туберкулеза*	Альянс по вакцинам GAVI	Глобальный фонд	FP2020	Высокое бремя забытых тропических болезней
Афганистан	ВСР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	1
Бенин	АФР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	0
Бутан	ЮВАР	Ниже среднего	Средний доход	0	0	1	1	0
Ботсвана	АФР	Выше среднего	Средний доход	1	0	1	0	0
Буркина-Фасо	АФР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	0
Кабо-Верде	АФР	Ниже среднего	Средний доход	0	0	1	0	0
Камбоджа	ЗТОР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	0
Центральноафриканская Республика	АФР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	0
Конго	АФР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	0
Кот-д'Ивуар	АФР	Ниже среднего	Средний доход	0	1	1	1	1
Демократическая Республика Конго	АФР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	1
Эсватини	АФР	Ниже среднего	Средний доход	1	0	1	0	0
Эфиопия	АФР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	1
Габон	АФР	Выше среднего	Средний доход	0	0	1	0	0
Грузия	ЕВР	Выше среднего	Средний доход	0	0	1	0	0
Гана	АФР	Ниже среднего	Средний доход	0	1	1	1	0
Гаити	АМР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	0
Кения	АФР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	0
Кыргызстан	ЕВР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	0
Либерия	АФР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	0
Малави	АФР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	0
Мали	АФР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	1
Мавритания	АФР	Ниже среднего	Средний доход	0	1	1	1	0
Маврикий	АФР	Выше среднего	Средний доход	0	0	1	0	0
Мьянма	ЮВАР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	1
Намибия	АФР	Выше среднего	Средний доход	1	0	1	0	0
Непал	ЮВАР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	0
Нигер	АФР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	0
Нигерия	АФР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	1
Северная Македония	ЕВР	Выше среднего	Средний доход	0	0	0	0	0
Республика Молдова	ЕВР	Ниже среднего	Средний доход	1	0	1	0	0
Сан-Томе и Принсипи	АФР	Ниже среднего	Средний доход	0	1	1	1	0
Южный Судан	АФР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	1
Таджикистан	ЕВР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	0
Того	АФР	Низкий	Низкий доход	0	1	1	1	0
Тунис	ВСР	Ниже среднего	Средний доход	0	0	1	0	0
Уганда	АФР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	1
Объединенная Республика Танзания	АФР	Низкий	Низкий доход	1	1	1	1	1
Узбекистан	ЕВР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	0
Замбия	АФР	Ниже среднего	Средний доход	1	1	1	1	0
Всего				**20**	**29**	**39**	**30**	**10**

* По меньшей мере в одном из трех списков стран с высоким бременем: лекарственно-чувствительный туберкулез, туберкулез в сочетании с ВИЧ или туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Полный список заболеваний и состояний в разбивке по категориям

Код заболевания/состояния	Название заболевания/состояния
DIS.1	**Инфекционные и паразитарные болезни**
DIS.1.1	ВИЧ/СПИД и другие болезни, передаваемые половым путем (БППП)
DIS.1.1.1	ВИЧ/СПИД и оппортунистические инфекции (ОИ)
DIS.1.1.1.1	ВИЧ/СПИД
DIS.1.1.1.2	ТБ/ВИЧ
DIS.1.1.1.3	Другие ОИ, связанные со СПИДом
DIS.1.1.1.nec	ВИЧ/СПИД и ОИ неуточненного характера (не отнесенные к другим категориям)
DIS.1.1.2	БППП, кроме ВИЧ/СПИДа
DIS.1.1.nec	ВИЧ/СПИД и другие БППП неуточненного характера (не отнесенные к другим категориям)
DIS.1.2	Туберкулез (ТБ)
DIS.1.2.1	Легочный туберкулез
DIS.1.2.1.1	Лекарственно-чувствительный туберкулез (ЛЧ-ТБ)
DIS.1.2.1.2	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)
DIS.1.2.1.3	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ)
DIS.1.2.1.nec	Туберкулез легких неуточненного характера (не отнесенный к другим категориям)
DIS.1.2.2	Внелегочный туберкулез
DIS.1.2.nec	Туберкулез неуточненного характера (не отнесенный к другим категориям)
DIS.1.3	Малярия
DIS.1.4	Респираторные инфекции
DIS.1.5	Диарейные заболевания
DIS.1.6	Забытые тропические болезни (ЗТБ)
DIS.1.7	Заболевания, предупреждаемые вакцинацией
DIS.1.8	Гепатит
DIS.1.9	Чрезвычайные ситуации/вспышки/резкий рост заболеваемости (например, Эбола, птичий грипп)
DIS.1.nec	Другие и неустановленные инфекционные и паразитарные болезни (не отнесенные к другим категориям)
DIS.2	**Репродуктивное здоровье**
DIS.2.1	Состояния, связанные с материнством
DIS.2.2	Перинатальные состояния
DIS.2.3	Использование контрацептивов (планирование семьи)
DIS.2.nec	Прочие состояния репродуктивного (не отнесенные к другим категориям)
DIS.3	**Недостаточность питания**
DIS.4	**Неинфекционные заболевания (НИЗ)**
DIS.4.1	Новообразования
DIS.4.2	Нарушения эндокринной системы и обмена веществ
DIS.4.2.1	Диабет
DIS.4.2.nec	Другие и неустановленные нарушения эндокринной системы и обмена веществ (не отнесенные к другим категориям)
DIS.4.3	Сердечно-сосудистые заболевания
DIS.4.3.1	Гипертонические болезни
DIS.4.3.nec	Другие и неустановленные сердечно-сосудистые заболевания (не отнесенные к другим категориям)
DIS.4.4	Психические расстройства и расстройства поведения
DIS.4.4.1	Психические (психиатрические) расстройства
DIS.4.4.2	Расстройства поведения
DIS.4.4.3	Неврологические заболевания
DIS.4.4.nec	Психические расстройства и расстройства поведения неустановленного характера (не отнесенные к другим категориям)
DIS.4.5	Респираторные заболевания
DIS.4.6	Болезни органов пищеварения
DIS.4.7	Заболевания мочеполовой системы
DIS.4.8	Расстройства органов чувств
DIS.4.9	Заболевания полости рта
DIS.4.nec	Другие и неустановленные неинфекционные заболевания (не отнесенные к другим категориям)
DIS.5	**Травмы**
DIS.5.1	Дорожно-транспортные происшествия
DIS.5.nec	Другие травмы и травмы неустановленного характера (не отнесенные к другим категориям)
DIS.6*	**Не относящиеся к конкретным заболеваниям (администрирование и управление на центральном уровне)**
DIS.nec	**Прочие и неустановленные заболевания/состояния (не отнесенные к другим категориям)**

* Вначале эта категория DIS.6 должна была включать расходы на систему здравоохранения, имеющие отношение к централизованному администрированию и управлению и непосредственно не связанные с конкретными заболеваниями. Однако здесь речь не идет о заболеваниях, и с методологической точки зрения такого рода расходы лучше всего отслеживать, если они отнесены к определенной функциональной классификации здравоохранения, в которой указывается цель понесенных расходов, либо к классификации провайдеров медико-санитарных услуг. Однако в некоторых странах классификация расходов на администрирование и управление в разбивке по заболеваниям сопряжена с определенными трудностями, поскольку постоянно действующая система медико-санитарной информации может не допускать разбивку с такой степенью детализации. Поэтому некоторые страны до сих пор используют эту категорию DIS.6 в своих счетах здравоохранения. Когда ВОЗ получает такие результаты, она распределяет сумму, указанную в категории DIS.6, по категориям заболеваний, поскольку согласованность данных имеет большое значение для их международной сопоставимости.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Страны с низким уровнем дохода, данные по которым представлены в главе 3

Страна	Код	Регион	ВВП на душу населения в 2018 г. (в долл. США)	Годовой рост ВВП на душу населения в 2000-2018 гг. (%)
Группа стран с низким уровнем дохода				
Афганистан	AFG	ВСР	530	3,5%
Бенин	BEN	АФР	1 242	1,4%
Буркина-Фасо	BFA	АФР	715	2,8%
Бурунди	BDI	АФР	310	–0,3%
Центральноафриканская Республика	CAF	АФР	488	–1,1%
Чад	TCD	АФР	713	2,7%
Демократическая Республика Конго	COD	АФР	561	2,1%
Эритрея	ERI	АФР	581	–0,1%
Эфиопия	ETH	АФР	735	6,0%
Гамбия	GMB	АФР	716	–0,3%
Гвинея	GIN	АФР	975	2,1%
Гвинея-Биссау	GNB	АФР	762	0,7%
Гаити	HTI	АМР	835	–0,3%
Либерия	LBR	АФР	674	6,9%
Мадагаскар	MDG	АФР	460	0,0%
Малави	MWI	АФР	380	1,6%
Мали	MLI	АФР	900	1,9%
Мозамбик	MOZ	АФР	493	4,1%
Непал	NPL	ЮВАР	990	3,3%
Нигер	NER	АФР	414	1,7%
Руанда	RWA	АФР	773	5,1%
Сьерра-Леоне	SLE	АФР	534	3,9%
Таджикистан	TJK	ЕВР	827	5,3%
Того	TGO	АФР	679	1,1%
Уганда	UGA	АФР	661	3,0%
Объединенная Республика Танзания	TZA	АФР	1 015	3,6%
Группа стран с уровнем дохода ниже среднего				
Камерун	CMR	АФР	1,534	1,5%
Коморские Острова	COM	АФР	1,421	0,6%
Кот-д'Ивуар	CIV	АФР	1,716	1,2%
Мавритания	MRT	АФР	1,190	1,5%
Сенегал	SEN	АФР	1,481	1,8%
Судан	SDN	ВСР	1,339	–0,2%

Примечание. Сирия, Йемен, Южный Судан, Сомали и Северная Корея не включены из-за отсутствия данных о расходах на здравоохранение за несколько лет; Кирибати не включена, поскольку население страны составляет менее 600 000 человек.

Всемирная организация здравоохранения

9789240039674