

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛАТВИИ: ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА

HEALTHCARE AFFORDABILITY IN LATVIA: EXPERIENCE OF COMPARATIVE ANALYSIS

УДК 330:61(473.3)

В.В. Меньшиков*, О.В. Волкова

Даугавпилсский университет

<https://doi.org/10.24411/2079-7958-2018-13514>

V. Menshikov*, O. Volkova

Daugavpils University

РЕФЕРАТ

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЛИЧНЫЕ ПЛАТЕЖИ, КАТАСТРОФИЧЕСКИЕ РАСХОДЫ

В статье представлены основные принципы доступности здравоохранения с точки зрения экономической теории. Доступность здравоохранения подразумевает адекватные расходы на медицинские услуги и основывается на принципе равнодоступности. Дана сравнительная оценка доступности здравоохранения в Латвии, проведенная на основе статистического анализа данных международного опроса, предлагаются реалистичные решения одной из самых актуальных проблем, направленные на улучшение качества жизни населения. Доступ к здравоохранению определяется двумя направлениями положительной динамики развития страны – экономическим ростом и институциональной зрелостью, синтезируемой социальной справедливостью. Другими словами, большей доступности здравоохранения для населения можно и нужно добиваться не только за счет повышения производительности труда работников, внедрения новых технологий и других компонентов экономического роста, но и путем корректировки деятельности государственных и негосударственных институтов, предлагающих высококачественные услуги, их эффективного взаимодействия в процессе достижения экономического роста и повышения качества жизни населения.

ABSTRACT

HEALTHCARE AFFORDABILITY, OUT-OF-POCKET PAYMENTS, CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE

The article presents the basic principles of access to health care from the perspective of economics. The affordability of healthcare implies adequate medical expenses and is based on the principle of equity. Based on a statistical analysis of international survey data provides a comparative assessment of healthcare affordability in Latvia, offered realistic solutions to one of the most pressing problems to improve the quality of life of the population. The healthcare access is determined by two areas of positive development of the country – the economic growth and the institutional maturity, synthesized by social justice. In other words, greater accessibility of medical services for the population can and should be achieved not only by increasing the labor productivity of workers, introducing new technologies and other components of economic growth, but also by adjusting higher-quality state and non-state institutions, their effective interaction along the paths to achieve economic growth and quality of life of the population.

По данным Евробарометра 2018, одной из наиболее острых проблем в своем государстве латвийцы признают здравоохранение и систему социального обеспечения – 37 % [2]. Об актуаль-

ности этой проблемы свидетельствуют и многочисленные, регулярно появляющиеся статьи в латвийских СМИ о проблемах человеческих ресурсов в здравоохранении, недостаточном

* E-mail: vladimirs.mensikovs@du.lv (V. Menshikov)

финансировании отрасли и удручающих последствиях низкой доступности лечения для населения. Недооценка остроты проблем здравоохранения приводит к серьезным последствиям в области национальной безопасности [9].

Доступ является обобщающим термином, используемым для обозначения широкого круга проблем, сосредоточенных на степени, в которой отдельные лица и группы могут получать необходимые услуги из системы медицинского обслуживания. В научной литературе встречаются различные подходы к формулировке и операционализации этого понятия. В 70-х годах 20 века Дэвид С. Салкевер классифицировал доступ к здравоохранению как физическую и финансовую доступность [13]. Пенчанский и Томас более 30 лет назад выделили пять основных аспектов для категоризации доступа к здравоохранению [12]: наличие, доступность, размещение, экономическая доступность, приемлемость.¹ В дальнейшем в многочисленных исследованиях использовались различные модификации этой концепции [6]. Исследователями добавляются такие дименсии, как досягаемость (reachability), охват (coverage), результаты и последствия (outcomes and impacts), соответствие (appropriateness, adequacy), качество (quality) и многие другие [8].

Неудовлетворенные потребности в медико-санитарной помощи определяются как разница между услугами, которые считаются необходимыми для надлежащего решения проблем со здоровьем и фактически полученными услугами и рассматриваются как простые инструменты контроля доступа и степени несправедливости в использовании здравоохранения [1]. В Евростате для изучения доступности медицинского обслуживания используются данные двух исследований: EU statistics on income and living conditions (EU-SILC), проводимое ежегодно, а также вторая волна European health interview survey (EHIS), которое проводилось в период с 2013 по 2015 годы. Исходным годом для второй волны EHIS является 2014 год, а справочный год для статистики ЕС-SILC – 2016 год. Результаты EU-SILC рассчитываются на всё население Евросоюза в возрасте 16 лет и старше. В то время как

EHIS охватывает население 15 лет и старше среди тех, кто нуждался в медицинской помощи в промежутке времени 12 месяцев до начала исследования [4].

Данные Евростата определяют три основные причины неудовлетворенных потребностей населения в конкретных услугах, связанных со здравоохранением: стоимость услуг (слишком дорого), расстояние или проблемы с транспортом (слишком далеко) и длительное ожидание (слишком большие очереди). По результатам EHIS, в 2014 году в общей сложности 26,5 % населения ЕС-28 в возрасте 15 лет и старше, нуждающихся в медицинской помощи, сообщили о неудовлетворенных потребностях в медицинском обслуживании по причинам финансовых барьеров, проблем с расстоянием или транспортом и/или длинных очередей (рисунок 1). Латвия в данном рейтинге занимает первое место среди всех стран ЕС – 41,8 %. Если рассматривать только финансовую причину неудовлетворенных потребностей, то Латвия снова оказывается в «лидерах» рейтинга – 2 место после Ирландии среди стран ЕС с показателем – 34,2 % [4].

Экономическая доступность здравоохранения подразумевает адекватные расходы на медицинское обслуживание и базируется на принципе справедливости. Способность платить за медицинские услуги является широко используемой концепцией в области экономики здравоохранения. Высокий уровень неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения часто отмечается в странах с низким уровнем финансовой защиты населения.

Традиционно для оценки экономической доступности используются «Метод катастрофических платежей» (catastrophic payment method), основанный на соотношении оплаты конкретного товара от общих ресурсов домохозяйства, и «Метод обнищания» (the impoverishment method), который рассматривает остаточный доход домохозяйства после приобретения необходимых товаров и услуг. Эти практические методы считаются основными и при оценке финансовой защиты здравоохранения [10]. В методе катастрофических расходов рассчитывается доля населения, чьи ресурсы катастрофически сокра-

¹ Availability, Accessibility, Accommodation, Affordability and Acceptability

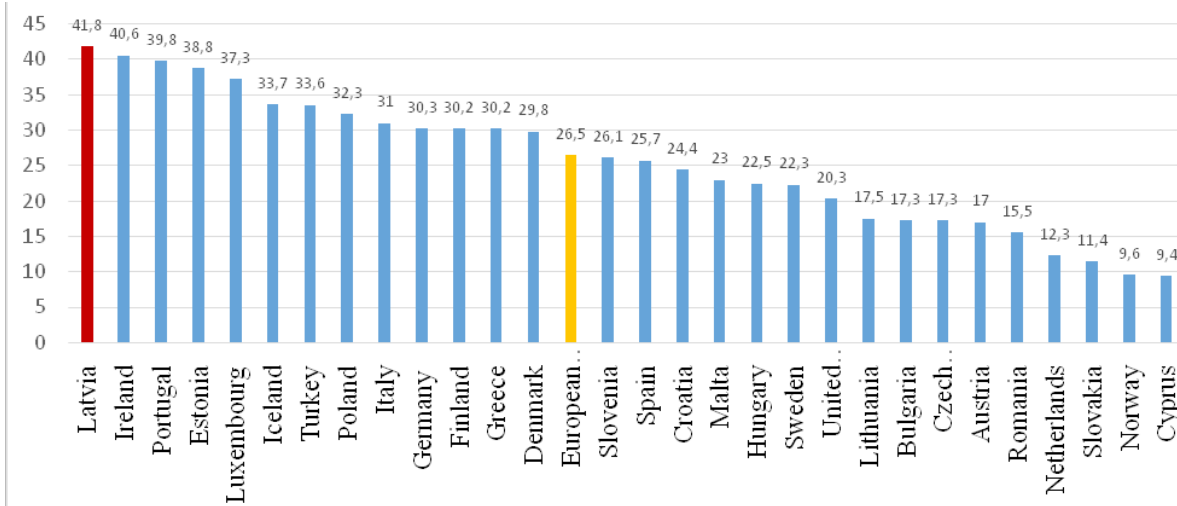


Рисунок 1 – Часть населения ЕС – 15 лет и старше, нуждающаяся в лечении, но испытывающая неудовлетворенные потребности в медицинской помощи по разным причинам, 2014 год, %

Источник: составлено авторами по данным Евростат, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.

тятся при наличии расходов на медицинские услуги и товары. Катастрофические расходы на услуги здравоохранения возникают в ситуации, когда размер осуществляемого домохозяйством прямого платежа за услуги здравоохранения превышает заранее установленную долю средств, которую оно способно оплатить, в результате чего домохозяйство может испытывать трудности с удовлетворением других базовых потребностей [19]. Метод обнищания оценивает долю населения, которая в результате этих расходов будет вытолкнута за черту бедности. Для вычисления показателей обнищания используется международная черта бедности – 1,25 долл. США на человека в день. Общепринятые методы оценки уровня финансовой защиты и лежащие в их основе предположения и ограничения подробно описаны в работах А. Вагстаффа [18] и О. О'Доннелла [11].

Катастрофические прямые платежи и приводящие к обеднению прямые платежи за медицинские расходы стали ключевыми показателями при оценке финансовой защиты здравоохранения, активно исследуемого Европейским региональным бюро ВОЗ в последние годы. В 2018 году ВОЗ выпустила серию публикаций под названием «В состоянии ли люди платить за услуги здравоохранения?», посвященных

финансовой защите в различных странах, в том числе и в Латвии [14], а также сравнительный анализ финансовой защиты здравоохранения в Латвии, Эстонии и Чехии – странах с высоким уровнем доходов (high-income countries), но с различными уровнями финансовых трудностей [16]. Катастрофические расходы на здравоохранение в значительной степени сконцентрированы среди беднейших домохозяйств во всех трех странах и в значительной степени сконцентрированы среди семей пенсионеров в Эстонии и Латвии, но не в Чешской Республике. Степень финансовых трудностей, испытываемых катастрофическими тратами, варьируется в этих странах. В среднем эстонские и латвийские домохозяйства с катастрофическими выплатами из собственного кармана тратят гораздо большую долю своего бюджета на здравоохранение, чем чешские домохозяйства. Анализ показал, что различия в финансовых трудностях отчасти объясняются различиями в расходах на здравоохранение во всех трех странах, особенно это касается изменений в приоритетности здравоохранения при распределении государственных расходов.

Не менее важным фактором эксперты ВОЗ признают государственную политику медицинского страхования. Например, система со-

финансирования государством расходов на лекарственные препараты, когда пациент оплачивает проценты за выписанные медикаменты или услуги, признается слабой и неэффективной, так как по мере роста цен на лекарства возрастают и платежи из собственного кармана. В то время как в Латвии и Эстонии значительная часть покрытия расходов ложится на плечи той части населения, которая не может себе этого позволить – малообеспеченных, людей с хроническими заболеваниями, пенсионеров, Чешская Республика является одной из немногих стран ЕС, где введен лимит на все виды сооплаты, в результате катастрофические платежи очень низкие, амбулаторные лекарства доступны, а пенсионеры не испытывают чрезмерных финансовых трудностей [16].

Сооплата – официальные платежи, возлагаемые на пользователей, средства, которые людям необходимо платить в момент получения услуг здравоохранения, оплачиваемых третьей стороной, например, правительством, фондом медицинского страхования или частной страховой компанией. Лимиты на все виды сооплаты на человека в год – освобождение людей от сооплаты играет важную роль в том, чтобы соответствующим целевым группам не приходилось оплачивать что-либо за свой счет или ограничивать размер той суммы, которая должна быть оплачена «из собственного кармана», оказывая защитное воздействие на малозащищенные слои населения. Лимиты могут распространяться на оплату стоимости единицы товара или услуги либо на сумму расходов одного человека или домохозяйства за определенный период времени. Если они распространяются на сумму расходов одного человека, они могут быть установлены в виде фиксированной суммы или в виде определенной доли дохода. Лимиты на сумму расходов человека за определенный период времени обеспечивают более высокий уровень защиты, чем лимиты на оплату стоимости определенного товара или услуги. Использование лимитов, устанавливаемых в привязке к уровню дохода, обеспечивает большую социальную справедливость, гарантируя, что более значительная часть финансовой нагрузки, связанной с прямыми платежами, ляжет на более обеспеченные домохозяйства [19].

Как показывает исследование ВОЗ, Эстония уже предпринимает шаги, призванные упростить и усовершенствовать политику в отношении сооплаты – устанавливает пороговую сумму для прямых платежей за отдельные рецептурные товары; в случае достижения такой пороговой суммы размер сооплаты, начисляемой в виде процента от стоимости, снижается [17]. Данные о положительных последствиях освобождения бедных граждан от сооплаты также поступают из Латвии. Принимая меры в ответ на экономический кризис, в 2009 г. Латвия освободила представителей очень бедных слоев населения от необходимости внесения сооплаты за услуги, в 2010 г. расширила действие этой нормы на другие малоимущие группы населения, а затем, в 2012 г., отменила действие этой нормы для всех лиц, за исключением представителей самых бедных домохозяйств [14]. Эти изменения политики в отношении сооплаты совпадают с сокращением распространенности катастрофических прямых платежей в квинтиле самых бедных потребителей [19].

Эмпирические доказательства демонстрируют, что один из основных показателей финансовой защиты здравоохранения – личные платежи/платежи из собственного кармана (out-of-pocket spendings) отражает риск финансовой катастрофы и обнищания. Там, где личные платежи пациентов не превышают 15–20 % от общих расходов на здравоохранение, вероятность катастрофических расходов и обнищания минимальна [5]. Личные платежи экспертами часто определяются как катастрофические, если финансовый вклад домохозяйства в систему здравоохранения превышает 40 % его доходов. Прямые платежи из кармана потребителей не только становятся причиной финансового стресса и отказа от медико-санитарных услуг, но они также порождают неэффективность и несправедливость в использовании ресурсов. Использование такой формы платежей приводит к чрезмерному потреблению медицинской помощи теми, кто может ее оплачивать, и к недопотреблению помощи теми, кто не способен ее оплатить [5].

Статистические данные ОЭСР показывают, что из трех стран, о которых шла речь выше, в 2016 году наименьший процент платежей из собственного кармана был в Чехии – 15 %, в

Эстонии – 22 % и самая удручающая ситуация в Латвии – 45 %. Министр здравоохранения Латвии Анда Чакша в одном из интервью подчеркнула, что в нашем государстве плата из кармана пациента высока, так как доступность оплачиваемых государством услуг уже долгое время является низкой, из-за чего пациенты вынуждены оплачивать медицинские услуги сами [7]. То есть уменьшить объем прямых платежей можно, в первую очередь, улучшив доступность оплачиваемых государством услуг.

Рассмотрим доступность здравоохранения в аспекте важнейших показателей экономического развития страны – ВВП и уровня жизни. Согласно статистическим данным ОЭСР, в 2016 году ВВП Латвии был равен 25589 долл. США/чел. Если проиллюстрируем долю прямых платежей от общих расходов на здравоохранение в странах с приблизительно таким же уровнем ВВП (20000–35000 долл. США/чел.), то увидим, что в Латвии самая высокая доля прямых платежей среди этих стран (рисунок 2).

Для измерения уровня жизни традиционно используют показатели, связанные с доходами, расходами и потреблением населения страны. Один из основных показателей – располагаемые денежные доходы домохозяйства (equivalised disposable income) [3]. Реальные скорректированные доходы определяются исходя из денежных доходов текущего периода за вычетом обязательных платежей и налогов, скорректированных на индекс потребительских цен.

Итак, если посмотрим долю прямых платежей за здравоохранение и располагаемые денежные доходы жителей по данным статистики ОЭСР (рисунок 3), то увидим, что в большинстве стран уровень располагаемых доходов выше среднего, а доля «платежей из собственного кармана» – ниже среднего показателя. Однако Латвия входит в группу стран с наиболее низким уровнем располагаемых доходов, при этом имеет самый большой процент прямых платежей.

Как же так получается, что в странах примерно одинакового как масштаба экономики,

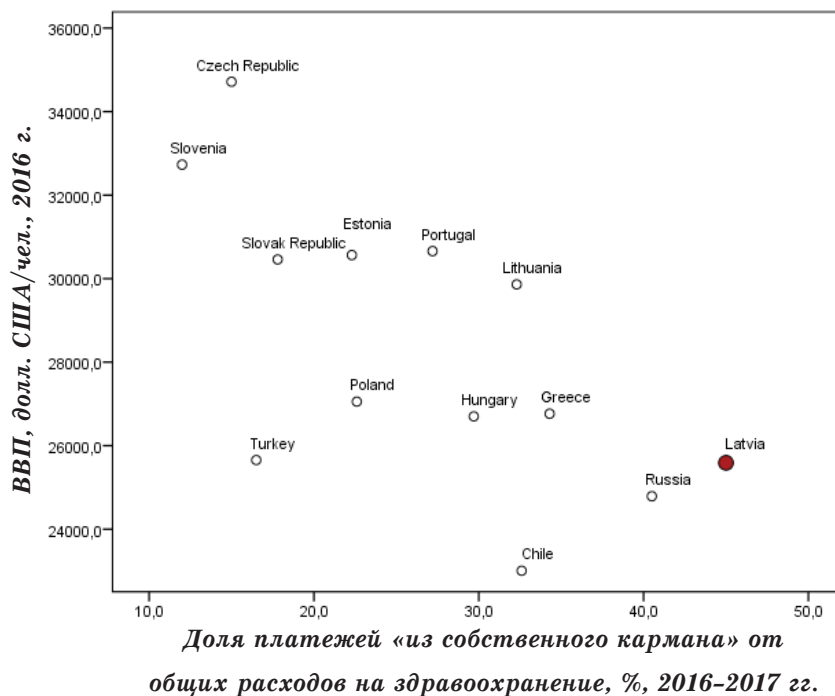


Рисунок 2 – Соотношение ВВП и количества «платежей из собственного кармана» среди стран с уровнем ВВП в пределах 20000–35000 долл. США /чел.

Источник: составлено авторами по данным <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> помощью программы SPSS.

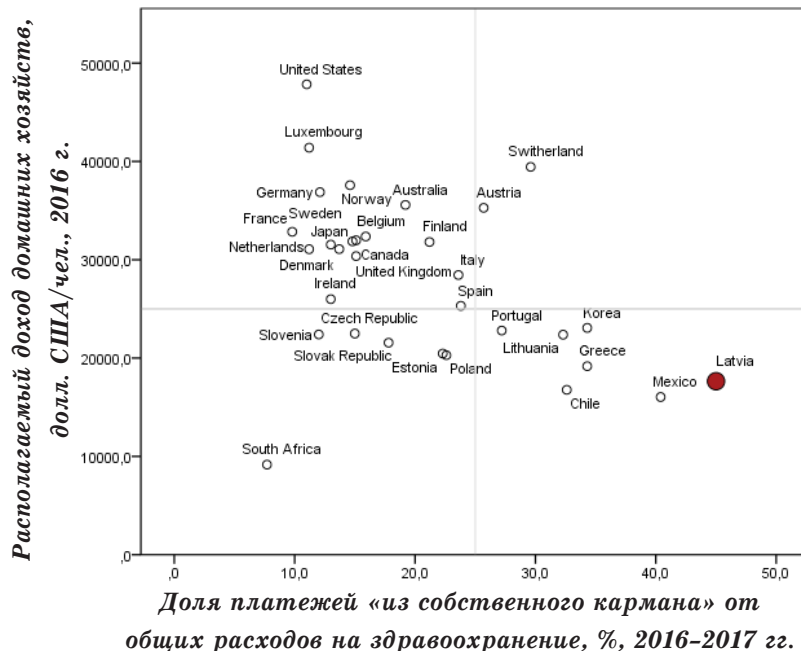


Рисунок 3 – Соотношение доли личных платежей за здравоохранение и скорректированных располагаемых доходов жителей, 2016–2017 гг.

Источник: создано авторами по данным <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, <https://data.oecd.org/hha/household-disposable-income.htm> с помощью программы SPSS.

так и уровня располагаемого дохода домашних хозяйств могут так значительно различаться расходы населения на здравоохранение «из собственного кармана»? Оказывается, не только непосредственно экономические параметры страны определяют экономическую доступность здравоохранения. В частности, новая институциональная экономика с особым вниманием рассматривает процессы и последствия институционального регулирования экономики, качество самих институтов. Данные рисунка 4 показывают, что Эстония в отличие от Латвии не только мало уступает Чехии по экономическим показателям (ВВП, располагаемые доходы домашних хозяйств), но заметно превосходит не только Латвию, но и Чехию по показателю качества институтов. Таким образом, экономическая доступность здравоохранения для населения Эстонии определяется двумя направлениями позитивного развития страны – экономическим ростом и институциональной зрелостью, синтезируемых социальной справедливостью. Другими словами, большую доступность медицинских услуг для населения можно и нужно добиваться

не только на путях повышения производительности труда работающих, внедрения новых технологий и других составляющих экономического роста, но и на путях наладки более качественных государственных и негосударственных институтов, их эффективного взаимодействия на путях достижения как экономического роста, так и качества жизни.

ВЫВОДЫ

Вполне очевидна и неоднократно доказана в мировых исследованиях взаимосвязь таких показателей финансовой защиты здравоохранения, как государственные расходы на здравоохранение, доля платежей из собственного кармана и катастрофические платежи домохозяйств. В частности, для Латвии низкая доступность здравоохранения во многом определяется относительно скромными показателями экономического роста, следовательно, величиной государственного бюджета.

Однако наши данные статистического анализа свидетельствуют о возможности при примерно одинаковых показателях экономического развития добиваться существенного повышения

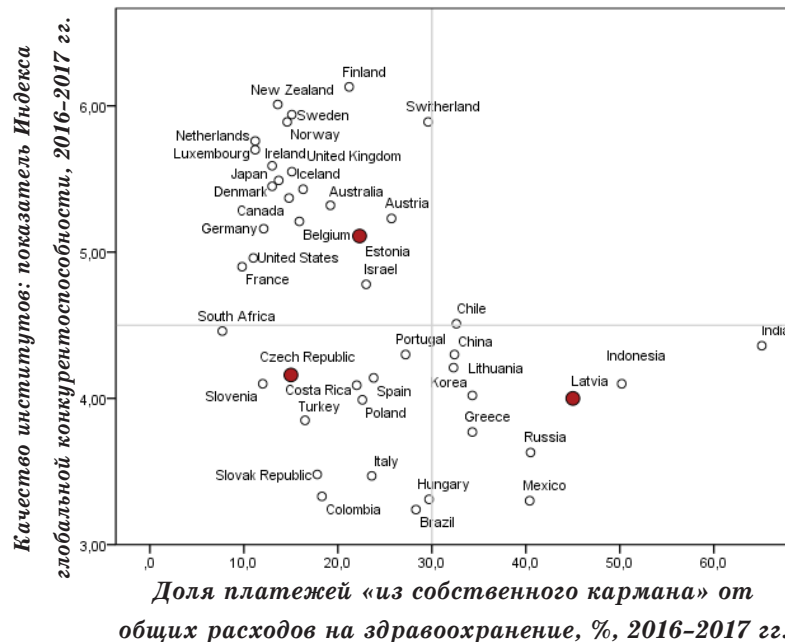


Рисунок 4 – Соотношение доли личных платежей за здравоохранение и качества институтов, 2016–2017 гг.

Источник: составлено авторами с помощью программы SPSS по данным http://www3.weforum.org/docs/GCR2016-2017/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2016-2017_FINAL.pdf, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.

уровня и качества жизни населения, в том числе увеличивая доступность здравоохранения, повышая качество институтов. В этой связи латвийскому обществу необходимо безотлагательно и полнее использовать опыт своих соседей, осо-

бенно Эстонии. К сожалению, пока в академической среде Латвии мало проявляется внимания к перспективному направлению теоретической мысли – институциональной экономике.

REFERENCES

- Allin, S., Masseria, C. (2009), Unmet needs as an indicator of health care access, *Eurohealth*, pp. 7–14, available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4741&>
- European Commission (2018), *Standard Eurobarometer 89. Spring 2018. Public opinion. First results*, available at: <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/STANDARD/surveyKy/2180>
- Eurostat (2016), *Living standard statistics*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Living_standard_statistics
- Eurostat (2018), *Unmet health care needs statistics*, available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
- Evans, D. B., Elovainio, R., Humphreys, G. (2010), *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. WHO, available at: http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1

6. Frost, A., Wilkinson, M., Boyle, P., Patel, P., Sullivan, R. et al. (2016), An assessment of the barriers to accessing the Basic Package of Health Services (BPHS) in Afghanistan: was the BPHS a success? *Global Health*, pp. 12–71, available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5111262/#CR30>
7. LETA (2017), *Чакша: платежи пациентов за услуги здравоохранения можно уменьшить, улучшив их доступность*, available at: <http://rus.delfi.lv/news/daily/latvia/chaksha-platezhi-pacientov-za-uslugi-zdravoohraneniya-mozhno-umenshit-uluchshiv-ih-dostupnost.d?id=49326119>
8. Levesque, J. F., Harris, M. F., Russel, G. (2013), Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations, *Int J Equity Health*, pp. 12–18, available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610159/>
9. Menshikov, V., Volkova, O., Stukalo, N., Simakhova, A. (2017), Social Economy as a Tool to Ensure National Security, *Journal of security sustainability issue*, december, Vol. 7, № 2, pp. 31–51. DOI: 10.9770/jssi.2017.7.2(4)
10. Niëns, L. M. (2014), *Affordability in Health Care: Operationalizations and Applications in Different Contexts*. Erasmus Universiteit Rotterdam, available at: <https://repub.eur.nl/pub/50314/PhD-Laurens-Niëns.pdf>
11. O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, M. (2008), *Analyzing Health Equity using Household Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation*. DC World Bank, available at: <http://web.worldbank.org/archive/website01411/WEB/IMAGES/HEALTHEQ.PDF>
12. Penchansky, R., Thomas, J. W. (1981), The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, *Med Care* 19(20), pp. 127–140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.
13. Salkever, D. S. (1976), Accessibility and the demand for preventive care, *Soc Sci Med*, Vol. 10, pp. 469–475. DOI: 10.1016/0037-7856(76)90114-1.
14. Taube, M., Vaskis, E., Nesterenko, O. (2018), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Latvia*. WHO, Regional Office for Europe, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/373580/Can-people-afford-to-payLatvia-WHO-FP-006.pdf
15. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2010), *Knowledge summary 8 – strive for universal access*. WHO, available at: <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks8.pdf>
16. Thomson, S., Evetovits, T., Cylus, J. (2018), *Financial protection in high-income countries. A comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia*. WHO, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/372811/czechia-estonia-latvia-fp-2018-eng.pdf?ua=1
17. Vörk, A., Habicht, T. (2018), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Estonia*. WHO, Regional Office for Europe, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373576/Can-people-afford-to-pay-for-health-careEstonia-WHO-FP-004.pdf?ua=1
18. Wagstaff, A. (2008), *Measuring financial protection in health*. World Bank Policy Research Working Paper WPS4554 Washington DC World Bank, available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/157391468140940134/pdf/wps4554.pdf>
19. WHO, Regional Office for Europe (2018), *Can people afford to pay to health care? New evidence on financial protection in Europe*, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/378826/68id01r_IDCanPeopleAffordHealthCare_180444.pdf

Статья поступила в редакцию 08. 10. 2018 г.