

Financial reforms and out-of-pocket payments in the Russian healthcare sector

Citation for published version (APA):

Gordeev, V. S. (2014). *Financial reforms and out-of-pocket payments in the Russian healthcare sector*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20141030vg>

Document status and date:

Published: 01/01/2014

DOI:

[10.26481/dis.20141030vg](https://doi.org/10.26481/dis.20141030vg)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

This dissertation is focused on the financial reforms of the Russian healthcare sector and the out-of-pocket payments incurred by users of healthcare services during the transition period (1991-2011). In the Russian Federation, the financial reform of the healthcare sector started in the early 1990s by opting for a transition to an insurance-based system – a common trend in the transitional economies of Central and Eastern Europe. The Russian government had to face many challenges inherited from the previous Soviet healthcare system: an absence of effective mechanisms to equalize medical care across regions; inter-regional inequalities across income groups both in terms of financing and access to healthcare services; overall underfunding of the healthcare sector; lack of working mechanisms to ensure adequate quality of healthcare services, as well as efficiency and equity problems; significant obligations in terms of the provision of numerous in-kind healthcare and social benefits; and the existence of the informal payments. Facing obligations to provide unaffordable State guarantees, defined by the legislation, the Russian government implemented a number of financial reforms, which consequently introduced numerous changes in the provision of social and healthcare services.

Finding an optimal model of financing was a challenging task for the Russian government in the 1990s, taking into account previously existing problems that remained as a legacy from the Soviet period. According to the Russian legislation, Russian citizens have the right to free-of-charge medical care and are guaranteed equal access to it. In reality, however, despite the existing insurance-based model and social security based on a solidarity principle, a large share of the healthcare financing falls directly on the shoulders of households. During the transition period of the 1990s and 2000s, government expenditure on healthcare was declining and has increased in real terms only since 2006. Overall, the share of household income spent on healthcare services and medication increased in the period from 1994 to 2005 and only slightly decreased from 2006 onwards. The gaps in public funding were filled by private out-of-pocket payments and questionable quasi-formal payments. They were also complemented by substantial informal payments.

As outlined in **Chapter 1**, the two decades of continuous financial healthcare reforms are characterized by a shifting between multi- and single-channel financing of the healthcare sector and revision of the entitlements to social benefits. Coupled with the changes in the provision of social and healthcare services, considerable out-of-pocket expenditures for healthcare services have placed an additional burden on the budgets of many Russian households, and have potentially

affected efficiency, equity and quality of the provided care. Since the style of implementation of the reforms was not continuous, but rather chaotic, a study of the effects of the reforms on out-of-pocket payments is timely and necessary. Moreover, despite the numerous changes in the financing of the Russian healthcare sector as well as the provision of social benefits, the empirical evidence on the effects of the financial reforms is still scarce or lacking.

This dissertation attempts to contribute to filling this research gap. Therefore, the goal of this dissertation is to study the prevalence of changes in out-of-pocket payments in the Russian healthcare system against the background of the financial reforms of the Russian healthcare sector.

This dissertation is based on a series of studies that examined the effects of the financial reforms in the Russian public healthcare sector. It uses a wide spectrum of quantitative techniques to provide empirical evidence on the prevalence of changes in out-of-pocket payments for Russian healthcare services. **Chapter 2** is based on a systematic literature review of empirical evidence on the effects of the financial reforms in the Russian public healthcare sector. The obtained list of publications was refined by a set of limitations and relevance criteria. The language of publications was limited to Russian and English. The next three chapters (**Chapters 3, 4, 5**) are based on the all-Russia representative survey data - the Russia Longitudinal Monitoring Survey – Higher School of Economics (RLMS-HSE, 2013). The RLMS-HSE survey is carried out by face-to-face interviews, with data for the children's questionnaires obtained from adults in the household. The survey contains data on the utilization and out-of-pocket payments for all types of healthcare services (outpatient non-dental, dental, check-up, and inpatient), as well as prescribed and recommended pharmaceuticals. The following statistical methods are used: descriptive statistics, parametric and non-parametric regression analysis, and cluster analysis.

Chapter 2 provides the appraisal of the financial reforms in the Russian public healthcare sector. It gives background information and outlines key milestones of the Russian healthcare sector reforms, as well as changes in healthcare financing over the last two decades. It reviews the empirical evidence on the effects of the financial reforms in the Russian public healthcare sector on financial sustainability (system funding), efficiency, equity, and quality of provided care.

We analyze the existing empirical evidence with the aim to outline the influence of the financial reforms in the Russian public healthcare sector on macro- and micro-efficiency, cost-containment mechanisms, equity in healthcare services delivery and quality of care. Only 31 articles and reports

in English and 6 articles in Russian met the relevance criteria and presented evidence-based data. Overall, the evidence presented in the studies reviewed, was not enough to conduct a thorough impact evaluation of the financial reforms of the Russian healthcare sector. This is due to the limited number of studies and the limitations of each study. However, our analysis outlines several conclusions relevant to policy and research.

Our results suggest that the initial goal to generate additional non-budget revenues (i.e. via the collection of insurance premiums) was achieved and helped to maintain the sustainability of the system financing. This had a positive stabilizing influence during the economic crisis in the country. Local government spending as a percentage of GDP varies considerably across regions, which indicates large efficiency differences among regions and difference in access to healthcare services. Sometimes, redistribution of health insurance funds reflects a region's relationship with the center. Inter-regional variations in financing, payment and reimbursement mechanisms, as well as in volumes of financing continue to be reported. Currently, social-economic status remains one of the reasons for the unaffordability of some drugs and services.

Universal access and equity in financing and access to healthcare services are still impeded by inequalities among income groups (social-economic status) and regions (geographical location), as well as by the presence of informal and out-of-pocket payments. Patients may receive medical services either free-of-charge or by paying an official formal payment (service fee), or by making a shadow payment (gift or money). Out-of-pocket payments are made to gain quicker access or better quality, while some users of chargeable services had no other choice but to pay for the service, or had to pay for services that were declared as free.

Recipients of healthcare services perceive quality of care as “poor” and are “rather dissatisfied” with the quality of care received, due to several factors: long waiting time and queues; limited availability of modern medical equipment and medication, dissatisfaction with the quality of medical personnel, concern about physicians' competence and qualification; high costs of medicine, lack of necessary medicines and equipment, bad nutrition, insufficient skills of physicians, bad sanitary conditions and others; expensive drug treatment, violation of patients' rights, existence of under-the-table payments, and poor conditions of healthcare facilities; the necessity to pay for more convenient and better quality of care. Overall, patients are poorly informed about the reforms and the mass media are the main source of information. The majority of patients express that they accept the necessity of the reforms, but satisfaction with the insurance

system is not high. Providers are also badly informed about healthcare documents, some peculiarities of work in the new health insurance system and patients' rights and express a general interest in the legal aspects of the healthcare system and issues of quality of healthcare provision. Still, the vast majority of providers is in favor of the ongoing economic reforms in the healthcare sector, but lack personal interest to participate in the reforms.

Chapter 3 evaluates the monetization of the social benefits reform of 2005, which cashed-out most of the in-kind benefits and affected the provision of prescribed and recommended outpatient pharmaceuticals. In particular, we evaluate the impact of the 2005 social benefits reform on out-of-pocket expenditure on prescribed or recommended pharmaceuticals, based on a difference-in-differences method, using zero-inflated models. Additionally, we examine whether the annual choice between in-kind and in-cash provision of prescribed and recommended outpatient pharmaceuticals (possible as of 2006) had any significant impact as well.

As outlined in **Chapter 3**, modern Russia has inherited the system of privileges in healthcare and social systems introduced during the Soviet era. With almost 70% of the population being entitled to some sort of privilege and over a quarter of the Russian population being eligible for in-kind benefits resulting from the privileges, the system of privileges was very complex. Numerous problems with provision (including pharmaceuticals), effectiveness, equity in access to privileges, and transparency of the financial flows pointed to the necessity of a reform, which took place in 2005.

The social benefits reform of 2005 by the Russian government cashed-out (monetized) most of the in-kind benefits. However, a provision of prescribed outpatient pharmaceuticals to eligible beneficiaries remained in-kind. The reform affected the eligible beneficiaries, mainly by abolishing the existing discounts, and by limiting and annually revising the list of pharmaceuticals available for in-kind outpatient provision (also by replacing the more expensive pharmaceuticals with cheaper generics). Additionally, as of 2006, beneficiaries were given the right to opt for in-cash in place of in-kind pharmaceutical provision. The reform could potentially affect beneficiaries' consumption of prescribed outpatient pharmaceuticals and related out-of-pocket expenditure. Therefore, we took a retrospective look at changes in the provision of pharmaceuticals. We treated the reform as an exogenous factor and looked at its possible effect on beneficiaries' ability to find and buy prescribed or recommended pharmaceuticals and related out-of-pocket expenditure, using a difference-in-differences method, using zero-inflated models.

Based on our analysis, we observe that the majority of respondents are able to buy and find prescribed pharmaceuticals and this trend is consistent over the six years period. The number of respondents, who opted for the in-cash pharmaceutical provision in place of in-kind, is 43.7% and 47.3% in 2006 and 2007 respectively. In 2008, this proportion is higher, namely 58.7%, with ca. 16.4% of respondents who opted for in-cash in place of in-kind pharmaceutical provision. Overall, based on our difference-in-differences estimations, we find that the reform itself did not have a direct impact on beneficiaries out-of-pocket expenditure on outpatient prescribed or recommended pharmaceuticals. However, it did have a positive impact on the likelihood of incurring zero expenditure on these pharmaceuticals. The additional annual choice between in-kind and in-cash provision did not have a statistically significant impact either. Therefore, we find no evidence that the reform made one better or worse off, mainly because the reform did not introduce targeting of categorical social assistance. Taking a policy perspective, this suggests that the implementation of the reform was successful and did not make vulnerable groups better or worse off, and most likely did not have an adverse effect on equity in financing.

In general, one can argue that cashing-out in-kind benefits was one of the steps towards a more liberal welfare regime and paved the way to a more market-based and targeted provision of subsidized public services. The reform replaced the complex benefits system for eligible groups with a more simple and sustainable system of social support measures. Moreover, the reform brought more clarity to the financial and administrative aspects of welfare provision, and introduced some logic of cost-effectiveness, accountability and transparency in the system. However, a top-down and short-notice implementation of the reform led to the underestimation of the overall number of beneficiaries and related budgetary deficits, as well as a demand-supply imbalance. Hence, problems with the provision of outpatient prescribed pharmaceuticals still raise the questions regarding equity.

Chapter 4 examines the issue of informal payments for healthcare services in Russia. This chapter contains the results on the magnitude of the scale and scope of informal payments in the Russian healthcare sector and their determinants in 2009. The results are compared to previous studies about informal payments in Russia and other Central and Eastern European countries. We also give a detailed description of the process of paying informally (actors involved, settings, and reasons), including identified patterns of paying informally, assessed by the means of cluster analysis. This chapter also elaborates on the reasons for the persistent existence of informal

payments in the Russian healthcare sector and its possible implications for Russian health policy-makers.

As outlined in **Chapter 4**, informal payments that exist since the Soviet period have survived despite numerous reforms and have adapted to the new realities of modern Russia. Based on previous studies over the past decade, informal payments in the Russian healthcare sector were reported in all types of healthcare settings: inpatient and outpatient, private and public. A significant number of users have to pay for services they were actually entitled to free of charge. Depending on the type of healthcare setting and year of the survey, the number of users who paid informally ranges from 3.2% to 36.1%, and the share of informal payments constitutes up to 34.4% of all healthcare payments.

We find that in 2009, the number of users who pay informally ranges from 1.4%-17.0%, depending on the type of healthcare service, averaging to ca. 7.3% among all healthcare users. The highest incidence of informal payments (17%) is reported by users of dental services, particularly in private settings (27.6% vs. 10.1% in public settings). Inpatient service users pay informally more frequently (12.7 % of users) than users of outpatient non-dental and check-up healthcare services (4.3% and 1.4% of users). Compared to other European countries, the level of informal payments in the Russian health sector seems to be lower.

Based on cluster analysis, we find several patterns of paying informally. The first pattern includes cases where healthcare users are suggested to pay informally by medical staff: the exact amount to be paid informally is told by someone and is known only right before the service, and users pay after the service is provided (outpatient settings) or before the service (inpatient settings). The second pattern depicts cases where users of healthcare services initiate informal payments themselves: the exact amount of the informal payments is not known before the service and, therefore, is being determined by the users themselves. Both patterns share similar reasons for informal payments - gaining access to the provided service (for outpatient services) or receiving better quality care (for inpatient services). Similar patterns emerge when all cases of paying informally are analyzed together, depicting gratitude as an additional reason for paying informally.

Overall, our results confirm that healthcare users in Russia continue to pay informally for all types of healthcare services, both in public and private settings. Whenever users decide to pay informally, they tend to pay more frequently in cash. Gifts are also used for these purposes, but less frequently and they have a lower monetary equivalent. We also find that the probability of informal payments

and the amount paid are determined by socio-economic characteristics, such as the level of education, self-rated health, age, and household income, presence of disability or at least one chronic sickness.

Chapter 5 analyzes how exposure of Russian healthcare users to catastrophic payments of healthcare services has changed during the last decade (2001-2011). The incidence and intensity of catastrophic payments are characterized by headcount, overshoot, and mean positive overshoot. The impoverishing impact of out-of-pocket expenditure are assessed by distribution-sensitive measures (concentration index), while measures of poverty are based on poverty headcounts, poverty gap, normalized poverty gap and normalized mean positive poverty gap.

In Russia, fairness in access and financing is one of the problems that is yet to be tackled. Therefore, background information on the exposure to catastrophic and impoverishing out-of-pocket health payments is needed. And whilst there are a number of studies addressing the changes in poverty levels in the Russian populations, none of them actually mentions the exposure of Russian healthcare users to catastrophic or impoverishing payments for healthcare services. At the same time, such studies could be potentially used by the policy-makers to optimize policies aimed at fairness in both provision and financing of the Russian healthcare sector.

Over the last 11 years health-related payments as a share of total household consumption grew from 4% to 5.3%, with the highest share among households belonging to the first and second income quintiles. At the same time, the overall number of households where at least one member had to forgo healthcare service use (due to a lack of financial resources) declined. A similar trend is observed for the utilization of pharmaceuticals. Dental care is the least affordable type of service, and the number of households that forewent these services remained steady within a 9%-12% interval. Poorer households have a greater tendency to fall into catastrophic payments and the overall incidence of catastrophic payments increased over the decade for all households. However, the incidence of impoverishing healthcare payments declined. Households residing in a rural area, households with a larger number of children (especially with a single parent) are more vulnerable to the impoverishing effects of healthcare-related expenditure. Residing in an urban area, living as an extended household with highly-educated family members, as well as having pensioners in the household, on the contrary, cushions healthcare expenditure-related poverty spells.

Forgoing healthcare services remains an important issue in Russia, mainly due to unaffordability and households' financial constraints, especially among poor households. Our results confirm that

the increase of healthcare expenditures affects all households and policy measures require addressing poverty alleviation and implementation of targeted and means-tested healthcare provision.

Chapter 6 outlines the main findings of the dissertation, followed by the general conclusions and policy implications of the dissertation.

As discussed in this chapter, almost two decades of experimenting did not yield the optimal model of healthcare financing in Russia. There is still a lack of continuity in the reforms. The system of financing lacks transparency. Unfortunately, cost control is still not at the center of the ongoing reforms. The Russian healthcare sector opted once again for a single-channel model of financing, mainly via compulsory social health insurance. The question whether one-channel financing will eliminate the old and newly created problems is still unanswered. Moreover, the full transition of the Russian healthcare sector to a purely insurance-based model is not completed, and insurance premiums are still collected in the form of a tax.

Two decades of financial healthcare reforms aided to move towards a market-based healthcare provision. The reforms have introduced the healthcare insurance mechanism, which established the purchaser-provider separation. However, the priorities of the reforms still seem to depend on the Heads of the Ministry of Healthcare and corroborate a principle that was and still is put into practice - “new lords, new laws”. As a result, reform initiatives affected equity in access and financing, as well as the quality of the provided healthcare services. Some reforms (i.e. monetization of social benefits) had very limited effect, compared to what it could have achieved. With no obvious substantial benefits, such reform could turn out to be only an expensive policy-changing exercise.

Most financial reforms had a top-down and short-notice implementation, which led to an underestimation of the overall number of beneficiaries and related budgetary deficits, as well as a demand-supply imbalance. Hence, these problems once again raised the question about equity. Both providers and healthcare users are poorly informed about the ongoing reforms and acquire information mainly through mass media. Therefore, future reforms and actions (i.e. addressing informal payments) should include nation-wide information campaigns to raise awareness about healthcare users’ rights, healthcare entitlements, and the content of the on-going healthcare reforms. Should such strategy be chosen, information campaigns should target both users and

healthcare services providers, since both groups initiate informal payments (as shown by our results).

Our results on informal payments indicate that users of healthcare services in Russia pay informally to gain access to the treatment/service (especially in outpatient non-dental settings), receive care of a better quality (particularly in inpatient settings), and to express gratitude to the healthcare professional (in both types of settings). Importantly, these reasons are a signal about the existing problems of the Russian healthcare sector, which require immediate attention of policy-makers. Based on our findings, we believe that Russian users of healthcare might be ready for the introduction of co-payments for services outside the basic package via voluntary insurance or direct out-of-pocket payments. To tackle the informal payments even further, we suggest that, in principle, all direct financial transactions between the healthcare users and providers should be eliminated and be channeled solely via the insurer (e.g. via billing at home).

Overall, the problems of the Russian healthcare sector urge for altering the structure of spending while stimulating the enhancement of efficiency and the implementation of cost-containment, and creating incentives for a better allocation and distribution. Insurance companies and funds should become more active players on the compulsory social health insurance market and protect users' interests ex-ante and not post-ante. Also, users should have access to open channels of communication (both with service providers and insurance companies) to provide timely feedback on quality of received services and the possibility to file complaints regarding problems encountered (i.e. access, complications, waiting time, necessity to pay informally). The empowerment of healthcare consumers should also be fostered and healthcare users should take more responsibility over their own health (something Russian citizens are still not accustomed to).

Conclusions and policy implications

The Russian healthcare and social sectors face numerous problems and challenges, including those inherited from the Soviet era. The healthcare reforms coupled with the overall improvement of the economic situation in the country, brought some positive changes but still there is more to be done to adequately address healthcare sector problems (including those not being officially recognized). The content of the future Russian healthcare reform initiatives should not only focus on an adequate level of financing and search for an optimal model of financing, but also on the implementation of cost-efficiency and cost-control mechanisms. Further reforms should

concentrate on the development of an effective and coherent framework that would tackle existing problems in equity in access and financing; provide incentives for better allocation and distribution; develop a clear policy addressing informal and quasi-formal payments; implement a system of quality controls; recognize the existence of informal payments and develop a clear policy regarding such payments; address poverty alleviation and implement targeted and mean-testing social benefits provision; and stimulate healthy competition between insurance companies. In general, the financial reforms for the Russian healthcare sector should have a more planned character with continuity between the steps of the implementation. Future reforms should utilize in its core an evidence-based policy-making approach, and include timely impact evaluation analyses.

Аннотация

«Финансовые реформы российского сектора здравоохранения и личные платежи пользователей медицинских услуг»

Эта диссертация посвящена финансовым реформам российского здравоохранения и личным платежам пользователей медицинских услуг и охватывает переходный период с 1991 по 2011 год. Финансовые реформы здравоохранения в Российской Федерации (РФ) начались в начале 1990-х с созданием и введением системы обязательного медицинского страхования (ОМС) – типичной тенденцией в странах Центральной и Восточной Европы с переходной экономикой. Российское правительство столкнулось со множеством проблем, унаследованных от предыдущей советской системы здравоохранения: отсутствие эффективных механизмов, которые бы обеспечивали схожий спектр медицинских услуг доступных для граждан в разных регионах РФ; межрегиональные неравенства в доступе граждан к этим медицинским услугам (включая фактическую и финансовую доступность), особенно в группах населения с различным уровнем доходов; недостаточное финансирование здравоохранения в целом; отсутствие рабочих механизмов, которые бы гарантировали необходимое качество медицинских услуг; проблемы с эффективностью использования финансовых средств; непомерные государственные обязательства, связанные со значительным количеством социальных и медицинских льгот и пособий; а также существование неофициальных платежей. Столкнувшись с невозможностью финансового обеспечения существующих государственных обязательств, гарантированных законодательством, российское правительство осуществило ряд финансовых реформ, которые привнесли многочисленные изменения в порядок предоставления как социальных, так и медицинских услуг.

Принимая во внимание перечень существовавших проблем, доставшихся в наследство от советского периода, в 1990-х годах российскому правительству было сложно найти оптимальную модель финансирования здравоохранения. Так, в соответствии с российским законодательством, все граждане РФ имеют право и гарантированный равный доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию. Однако в реальности, несмотря на существующие системы ОМС и социальной защиты, основанных на принципе солидарности, значительная доля финансирования здравоохранения ложилась непосредственно на плечи домохозяйств. Во время переходного периода с 1990-х по 2000-

е года, правительственные расходы на здравоохранении уменьшались и стали увеличиваться в реальном выражении только с 2006 года. В целом, совокупная доля домашнего дохода, потраченного на медицинские услуги и лечение, увеличилась в период с 1994 до 2005 и только немного уменьшилась начиная с 2006 года. Таким образом, недостатки в государственном финансировании здравоохранения были компенсированы за счет личных платежей пользователей медицинских услуг, сомнительных полужформальных платежей, а также дополнены значительными неофициальными платежами.

Как описано в **главе 1** данной диссертации, два десятилетия непрерывных финансовых реформ здравоохранения РФ главным образом характеризуются переключением между двумя моделями финансирования здравоохранения РФ - многоканальным и одноканальным, а также пересмотром списка тех лиц, которым положены социальные льготы и пособия. Изменения в предоставлении медицинских услуг могли создать дополнительное бремя для бюджетов многих российских домохозяйств и повлиять на качество оказанной помощи, а также на неравенство в доступе граждан к медицинским услугам. Так как характер внедрения реформ был хаотичным и непоследовательным, исследование влияния реформ на личные платежи пользователей медицинских услуг своевременно и необходимо. Кроме того, несмотря на многочисленные изменения в финансировании российского сектора здравоохранения и порядке предоставлении социальных пособий, эмпирических исследований о возможном эффекте финансовых реформ все еще недостаточно. Поэтому, целью данной диссертации является изучение изменений в личных платежах пользователей медицинских услуг российской системы здравоохранения в свете финансовых реформ российского сектора здравоохранения.

Эта диссертация основана на ряде исследований, которые изучали эффекты финансовых реформ в российском секторе здравоохранения. Исследования используют широкий спектр количественных методов для получения эмпирических подтверждений о распространенности и глубине изменений в личных платежах пользователей медицинских услуг российской системы здравоохранения. **Глава 2** основана на результатах систематического литературного обзора эмпирических доказательств эффектов финансовых реформ в российском здравоохранении. Полученный список публикаций был усовершенствован рядом критериев уместности и ограничений. Язык публикаций был ограничен до русского и английского. Следующие три главы (**Главы 3, 4, 5**) основаны на анализе базы данных Высшей школы экономики “Российский мониторинг экономического

положения и здоровья населения НИУ ВШЭ” (RLMS-HSE, 2013). Сбор данных выполнен при помощи личных интервью. Данные о детях получены от взрослых членов домохозяйства. База данных содержит информацию об использовании медицинских услуг, включая личные платежи за эти услуги, а также платежи за назначенные и рецептурные лекарства, и охватывает все типы медицинских услуг (поликлиническая помощь, стационарная помощь, услуги стоматологии, а также медосмотры). В диссертации используется несколько статистических методов исследования: описательная статистика, параметрический и непараметрический регрессионный анализ, и кластерный анализ. Ниже приведено краткое содержание и обозначены основные результаты каждой из глав.

Глава 2 дает оценку финансовым реформам в российском секторе здравоохранения, основываясь на результатах систематического обзора литературы. В целом, 31 научная публикация и статья на английском языке и 6 статей на русском языке соответствовали критериям уместности и были включены в обзор. В целом, доказательств, представленных в рассмотренных исследованиях, было недостаточно, чтобы провести полную доказательную оценку влияния финансовых реформ российского сектора здравоохранения. Главной причиной такой невозможности стало ограниченное количество исследований в целом, а также индивидуальные ограничения каждого из исследований, в частности. Несмотря на это, проанализированных доказательств было достаточно для того, чтобы сделать несколько заключений.

На основании результатов обзора литературы, можно заключить, что изначальная цель привлечения дополнительных внебюджетных средств через взимание страховых взносов была достигнута. Привлечение дополнительных средств способствовало поддержанию устойчивости системного финансирования, а также имело положительное стабилизирующее влияние во время экономического кризиса в стране. Межрегиональные неравенства в доступе граждан к медицинским услугам (фактическая и финансовая доступность), особенно в группах населения с различным уровнем доходов, а также неравенства среди доходных групп по социальному и экономическому статусу, и существование неформальных платежей препятствуют универсальному доступу и достижению равенству в финансировании и доступу к медицинским услугам. В целом, пациенты могут получить медицинские услуги бесплатно, либо после официальной оплаты за услуги, или осуществляя неформальный (теневой) платеж в виде подарка или денег. Пациенты часто платят сами, чтобы получить более быстрый доступ к необходимым

услугам или чтобы получить лучшее качество предоставляемых услуг, в то время как другие пользователи медицинских услуг вынуждены платить даже за те услуги, которые должны предоставляться бесплатно.

Пользователи медицинских услуг оценивают качество ухода как “плохое” и “довольно неудовлетворительное”. Главными причинами такой оценки являются: долгое время ожидания и очереди; неудовлетворенность качеством медперсонала; высокая стоимость услуг; отсутствие необходимых лекарств и оборудования; плохое качество питания; недостаточные навыки врачей; плохие санитарные условия; дорогое медикаментозное лечение; нарушение прав пациентов; существование незаконных платежей и плохое состояние зданий учреждений здравоохранения; необходимость платить за более внимательное и качественное качество ухода. В целом, пациенты плохо проинформированы о реформах, и средства массовой информации являются основным источником информации. Большинство пациентов отмечают, что они поддерживают реформы, но удовлетворение страховой системой не высоко. Поставщики медицинских услуг также плохо проинформированы о текущих реформах, особенностях работы в новой системе медицинского страхования, а также правах пациентов. В то же время, они выражают общий интерес к юридическим аспектам системы здравоохранения и проблемам качества предоставления услуг здравоохранения. Подавляющее большинство поставщиков медицинских услуг выступает за продолжение экономических реформ в секторе здравоохранения, но не выражает личного интереса в участии в данных реформах.

Глава 3 оценивает монетизацию социальных льгот в 2005 году, которая заменила большинство натуральных льгот денежными компенсациями, а также изменила список предоставляемых лекарств бесплатно. В данной главе дана оценка влияния реформы социальных пособий 2005 года на личные платежи пациентов на выписанные или рекомендованные лекарства, основанная на использовании статистического метода «различия в различиях» (difference-in-difference), используя регрессионные модели с подкачкой нуля. Кроме того, в данной главе дается оценка влияния возможности ежегодного выбора между натуральными льготами и денежной компенсацией (возможной с 2006 года) на личные платежи пациентов на выписанные или рекомендованные лекарства.

Можно также заключить, что большинство опрашиваемых респондентов были в состоянии купить и найти выписанные или рекомендованные лекарства, и эта тенденция была

последовательной на протяжении шести лет (2002-2007), рассмотренных в анализе. Число респондентов, которые выбрали монетизацию вместо натуральных льгот составляет 43.7% и 47.3% в 2006 г. и 2007 г. соответственно. В 2008 это число респондентов выросло до 58.7% и приблизительно 16.4% респондентов выбрало монетизацию льгот вместо натуральных льгот. В целом, реформа не оказывала прямое влияние на личные платежи получателей льгот. Однако реформа имела положительное влияние на вероятность льготников получить лекарства. Дополнительный ежегодный выбор между натуральными льготами и денежными компенсациями также не оказал статистически значимого влияния на личные платежи пациентов на выписанные или рекомендованные лекарства. Кроме того, реформа привнесла больше ясности в финансовые и административные аспекты предоставления льгот и некоторую логику рентабельности, ответственности и прозрачности в системе предоставления льгот. Однако, скоропалительное проведение реформы привели к недооценке общего количества льготников и привело к дефициту бюджета, а также несбалансированности в системе спроса-предложения, а также проблемам с поставками лекарств.

Глава 4 посвящена неформальным платежам за медицинские услуги в российском здравоохранении. Основываясь на результатах предыдущих исследований за прошлое десятилетие, неформальные платежи в российском секторе здравоохранения существуют во всех типах медицинских учреждений: в государственных и муниципальных, а также частных больницах и поликлиниках. Значительное количество пользователей платит за услуги, которые фактически должны предоставляться бесплатно. В зависимости от типа собственности и года сбора данных, число пользователей, которые заплатили неформально лежит в диапазоне от 3.2% до 36.1%, и доля неофициальных платежей составляет до 34.4% всех платежей за услуги здравоохранения.

Основываясь на данных 2009, число пользователей, которые заплатили неформально за медицинские услуги варьирует от 1.4% до 17.0%, в зависимости от типа медицинских услуг, что составляет примерно 7.3% среди всех пользователей здравоохранения. Самый высокий уровень неформальных платежей приходится на стоматологические услуги (17%), особенно в частных клиниках (27.6%), а то время как в государственных и муниципальных стоматологиях данная доля составляет 10.1%. В больницах 12.7% пользователей платит за полученные услуги неофициально. За поликлинические услуги эта доля составляет 4.3% и

1.4% за профилактические осмотры. По сравнению с другими европейскими странами уровень неформальных платежей в российском секторе здравоохранения ниже.

По результатам кластерного анализа, было выделено несколько вариантов неформальной оплаты медицинских услуг. Первый вариант объединяет случаи, когда сотрудники медицинских учреждений сами просят пользователей здравоохранения заплатить: точная сумма, которая должна быть заплачена неофициально сообщается непосредственно перед предоставлением медицинской услуги, и пациент платит либо после предоставления услуги (в поликлинике), либо до оказания услуги (в стационаре). Второй вариант объединяет случаи, когда пользователи медицинских услуг здравоохранения сами инициируют неформальный платеж: точная сумма, которая должна будет заплачена неофициально, неизвестна, и определяется самим пользователем. Оба варианта сходны в причинах, стоящих за неформальными платежами - получение доступа к услуге (в поликлинике) или получение более качественного и внимательного ухода (в стационаре). Пациенты платят неофициально также в знак благодарности за оказанные медицинские услуги. В целом, пациенты чаще всего платят неофициально наличными. Пациенты также платят подарками, но их денежный эквивалент более низкий.

В Главе 5 представлены данные об изменении уровня катастрофических платежей за медицинские услуги в течение прошлого десятилетия (2001-2011). В РФ все ещё сохраняются неравенства в доступе граждан к медицинским услугам (включая фактическую и финансовую доступность), особенно в группах населения с различным уровнем доходов. За последние 11 лет, доля платежей за медицинские услуги как процент домашнего потребления выросла с от 4% до 5.3%. Общее количество домашних хозяйств, где по крайней мере один из членов домохозяйства был вынужден воздержаться от использования медицинских услуг (из-за отсутствия финансовых ресурсов) уменьшилось. Лекарства также стали более доступны для населения. Стоматологическая помощь выявлена как самая недоступная из всех видов услуг, и доля домашних хозяйств, где по крайней мере один из членов домохозяйства был вынужден воздержаться от использования стоматологической услуг составила 9-12%. В целом, частота катастрофических платежей увеличилась за последнее десятилетие для всех домашних хозяйств, при этом у более бедных домашних хозяйства чаще всего возникает необходимость совершать катастрофические платежи за медицинские услуги. В то же время, частота обедняющих платежей за медицинские услуги за последнее десятилетие уменьшилась. Домашние хозяйства, проживающие в сельской

местности, а также домохозяйства с большим числом детей (особенно в семьях с одним родителем), более уязвимы для эффектов обеднения, связанных с расходами на услуги здравоохранения. Проживание в городе, проживание в расширенном домашнем хозяйстве с высокообразованными членами семьи, а также наличие пенсионеров в домашнем хозяйстве, наоборот, защищает от обедняющих эффектов, связанных с расходами на услуги здравоохранения.

Отказ от медицинских услуг остается важной проблемой в РФ, главным образом из-за недоступности и финансовых ограничений домашних хозяйств, особенно среди бедных домашних хозяйств. Результаты подтверждают, что увеличение расходов на финансирование услуг здравоохранения затрагивает все типы домашних хозяйств, и для дальнейшего снижения бремя катастрофических и обедняющих платежей, необходимо дальнейшее снижение общего уровня бедности и внедрение целевых и направленных мер социальной поддержки.

В **Главе 6** сформулированы основные результаты диссертации, а также общие заключения и рекомендации.

После двух десятилетий экспериментирования, оптимальная модель финансирования здравоохранения в РФ так и не найдена. Реформы проводятся непоследовательно, и система финансирования непрозрачна. К сожалению, контроль затрат все еще не находится в центре продолжающихся реформ. Идет постоянное переключение между одно- и многоканальным финансированием, главным образом через обязательное социальное медицинское страхование. Вопрос, устранит ли одноканальное финансирование старые и вновь созданные проблемы, все еще остается без ответа. Кроме того, переход российского сектора здравоохранения к полной страховой модели финансирования так и не закончен, и страховые взносы все еще собираются в виде налога.

Два десятилетия финансовых реформ здравоохранения помогли приблизиться к рыночным принципам предоставления медицинских услуг. Реформы ввели страховой механизм здравоохранения, который установил четкое разделение в системе отношений покупатель-поставщик. Однако приоритеты реформ все еще меняются с каждым новым главой министерства здравоохранения и могут быть описаны поговоркой - “новая метла по-новому метёт”. Большинство финансовых реформ имело вертикальный характер внедрения и

сроки проведения реформ были очень коротки, что привело к недооценке числа тех, кто прямо или косвенно будет затронут финансовыми реформами, что в итоге привело к дефициту бюджета и несбалансированности в системе спроса-предложения. Зачастую, как пациенты, так и медицинские работники были очень плохо проинформированы о содержании реформ и средства массовой информации были главным источником информации о проходящих реформах. Поэтому, будущие реформы должны включать общенациональные информационные кампании, направленные на осведомление о правах пациентов, а также на разъяснение сути и содержания реформ здравоохранения. Если будет выбрана такая стратегия, информационные кампании должны предназначаться как для пользователей, так и для поставщиков медицинских услуг, так как обе стороны инициируют неформальные платежи, как было показано в данной диссертации.

Пользователи медицинских услуг в РФ платят неформально чтобы получить доступ к необходимому лечению/обслуживанию (поликлиники), получить более качественный и внимательный уход (стационары), а также чтобы выразить благодарность медицинским работникам. На основании результатов данной диссертации, можно заключить, что российские пользователи услуг здравоохранения готовы к введению частичных или полных платежей за медицинские услуги не входящие в пакет базовой программы обязательного медицинского страхования. Также, для дальнейшего устранения неформальных платежей рекомендуется исключение всех прямых финансовых операций между пользователями и поставщиками медицинских услуг и осуществление таких операций посредством страховщика (например, через отправку счетов за предоставленные услуги по почте).

В целом, проблемы российского сектора здравоохранения подтверждают необходимость изменения структуры расходов, стимулирования улучшения эффективности и внедрения механизмов сдерживания затрат, стимуляции более оптимального использования и распределения финансовых средств. Страховые компании и фонды должны стать более активными игроками на рынке обязательном социального медицинского страхования и защищать пользователей не только после, но и до, и во время предоставления медицинских услуг. Кроме того, важно, чтобы существовал работающий канал обратной связи и с поставщиками услуг и со страховыми компаниями для пользователей медицинских услуг, чтобы они могли своевременно подавать жалобы относительно проблем с которыми они сталкиваются (на пример, проблемы с доступом, осложнения после оказанных услуг, длительное время ожидания, вынуждение заплатить неформально). Более того, важно

внедрение комплекса мер направленных на повышение ответственность граждан за собственное здоровье.

Заключения и рекомендации

Реформы здравоохранения вместе с общим улучшением экономической ситуации в стране имели ограниченный положительный эффект, но многочисленные проблемы так и остались в системах здравоохранения и социальной защиты. Будущих реформы здравоохранения должны не только сосредоточиться на обеспечении соответствующего уровня финансирования и поиске оптимальной модели финансирования, но также и на внедрении механизмов экономической эффективности и контроля затрат. Дальнейшие реформы должны иметь последовательный характер, решить существующие проблемы неравенства в доступе и финансировании медицинских услуг, обеспечить стимулы для лучшего распределения и использования финансовых средств, решить проблему с неформальными платежами, пересмотреть содержание пакета услуг, входящих в базовый пакет обязательного медицинского страхования, а также снизить уровень бедности и внедрить меры социальной поддержки. Будущие реформы также должны проводить своевременную оценку реформ и мероприятий.