Р. У. Хабриев[1]

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СТРАН БРИКС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Необходимость взаимодействия между странами БРИКС в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения подчеркивается почти в каждой декларации ежегодных саммитов БРИКС. Так, уже 10 лет назад было отмечено, что «перед большинством стран БРИКС стоит ряд проблем схожего характера в области здравоохранения, в том числе проблемы, связанные с обеспечением всеобщего доступа к медицинским услугам, технологиям и медикаментам»[2]; в 2022 году в Пекинской декларации XIV саммита БРИКС подтверждается, что «страны БРИКС будут укреплять многостороннее техническое сотрудничество, направленное на расширение возможностей в области… всеобщего охвата услугами здравоохранения, исследования и разработки вакцин, систем профилактического и терапевтического здравоохранения и цифровой медицины»[3].

В цели 3 Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года[4] «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» сформулирована следующая задача 3.8: «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».

С целью измерения и оценки всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) Всемирной организацией здравоохранения был разработан интегральный показатель, представляющий собой индекс, который учитывает значения показателей, сгруппированных по четырем компонентам: репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей; инфекционные заболевания; неинфекционные заболевания; доступность услуг здравоохранения[5].

Однако наряду с данным показателем в рамках мониторинга достижения целей устойчивого развития в области обеспечения здоровья анализируются и другие показатели[6]. В настоящем исследовании первоначально были сгруппированы и проанализированы следующие:

— показатели финансового обеспечения (текущие расходы на душу населения; текущие расходы на здравоохранение от валового внутреннего продукта; доля средств граждан в текущих расходах на здравоохранение);

— показатели инфраструктуры (обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками);

— обобщенные показатели общественного здоровья (ожидаемая продолжительность жизни; вероятность умереть в возрасте от 30 до 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний; общий коэффициент смертности от неинфекционных заболеваний).

Источниками статистических данных для проведения исследования стали сборники «Мировая статистика здравоохранения» (World health statistics), ежегодно публикуемые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ[7]. Это позволило дать оценку и сделать сравнение систем здравоохранения стран абсолютно объективным.

В связи с выраженной разницей в социально-экономическом положении стран БРИК и Южной Африки Южно-Африканская Республика в настоящее исследование не включалась, анализировались значения показателей общественного здоровья в Федеративной Республике Бразилия (далее — Бразилия), Российской Федерации (далее — Россия), Республике Индия (далее — Индия), Китайской Народной Республике (далее — Китай).

При анализе значений отдельных показателей финансового обеспечения системы здравоохранения стран определены выраженные различия в значениях показателя «Текущие расходы на здравоохранение на душу населения»: значение показателя в России сопоставимо с таковым в Бразилии, но существенно выше, чем в Индии и Китае.

---

[1] Научный руководитель Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко, академик РАН, академик Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Заслуженный деятель науки РФ. Автор более 250 научных публикаций, в т. ч.: «Организация медицинской помощи вертеброневрологическим больным», «Лекарственные средства» (в соавт.), «Лицензирование медицинской деятельности» (в соавт.), «Система принятия решений в программе льготного лекарственного обеспечения» (в соавт.), «Современное состояние проблемы травматизма» (в соавт.), «Современные подходы к проведению допинг-контроля: создание биологического паспорта спортсмена» (в соавт.) и др. Награжден медалью «За трудовую доблесть», орденами «За заслуги перед Отечеством» III и IV степени, «Дуслык» и др. Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники. Отмечен почетными грамотами Правительства РФ, Министерства науки и высшего образования РФ, РАН, благодарностью Президента РФ.

[2] Пункт 42 IV BRICS Summit — Delhi Declaration (Делийская декларация, принята по итогам IV саммита БРИКС). URL: https://nkibrics.ru/pages/summit-docs.

[3] Пункт 15 XIV BRICS Summit — Beijing Declaration (Декларация XIV саммита БРИКС — Пекин). URL: https://nkibrics.ru/pages/summit-docs.

[4] Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/70/1, принятая 25 сентября 2015 года.

[5] World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva : World Health Organization, 2016 ; Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Geneva : World Health Organization, 2021.

[6] См. также: *Хабриев Р. У., Коломийченко М. Е.* Лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях и интегральные оценки общественного здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 1. С. 11–15.

[7] The Global Health Observatory. URL: https://www.who.int/data/gho.

Важными являются не только расходы на одного человека, но и та доля от внутреннего валового продукта (ВВП), которая тратится на здравоохранение в стране. По данному показателю ситуация несколько иная: в Бразилии на здравоохранение затрачивается около 10 % от ВВП, в России и Китае — немногим более 5 %, в Индии — около 3 %.

Совершенно другая ситуация наблюдается при анализе значений показателя «Доля средств граждан от текущих расходов на здравоохранение», лидером здесь является Индия (при самом низком значении показателей «Текущие расходы на здравоохранение на душу населения» и «Текущие расходы на здравоохранение от ВВП» среди стран БРИКС). Значения данного показателя снова сопоставимы в России и Китае, и существенно ниже расходы населения на здравоохранение в Бразилии.

Следующая группа — показатели инфраструктуры. По уровню обеспеченности койко-местами Россия занимает лидирующую позицию. Почти в 1,5 раза меньше значение данного показателя в Китае, почти в 3,5 раза меньше в Бразилии и в 13 раз меньше в Индии. По обеспеченности врачами Россия тоже является лидером, но в Бразилии и Китае значения данного показателя сопоставимы и меньше, чем в России, примерно в 1,7 раза, в Индии значение меньше в 5 раз. Совершенно иное распределение по значениям показателя «Обеспеченность средним медицинским персоналом»: лидером является Бразилия, на втором месте с незначительной разницей — Россия, почти в 2 раза меньше, чем в Бразилии, значение в Китае и в 4 раза меньше в Индии.

Интересным представляется выраженное соотношение врачей и среднего медицинского персонала, равное 1:3, в Бразилии, что наглядно демонстрирует возможности передачи части нагрузки (функций) квалифицированному среднему медицинскому персоналу.

Таким образом, нами рассмотрены две составляющие материального обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Несомненно, значения показателей финансового обеспечения невозможно сопоставить со значениями инфраструктуры, но возможно составить совокупный средний рейтинг каждой страны по рассмотренным показателям и сопоставить его с индексом ВОУЗ и рейтинговым местом каждой страны по данному показателю.

По среднему рейтинговому месту по показателям «материального обеспечения» (финансы и инфраструктура) Россия сопоставима с Бразилией, на третьем месте — Китай, на четвертом — Индия.

На следующем этапе исследования было проведено сопоставление полученного среднего рейтинга стран со значением и рейтингом стран по индексу ВОУЗ. Россия и Бразилия имеют почти одинаковое значение ВОУЗ и соответственно одинаковое рейтинговое место по данному показателю; Индия имеет значительно меньшее значение показателей материального обеспечения, индекса ВОУЗ и занимает четвертое место по данным показателям. Интересная закономерность наблюдается для Китая: имея третье значение (и абсолютное, и рейтинговое) по показателям материальной обеспеченности системы здравоохранения, КНР свойственно наибольшее значение индекса ВОУЗ, и он занимает соответственно первое место в данной группе.

Каким же образом Китаю удается при меньших затратах обеспечивать самый высокий среди стран БРИКС уровень охвата услугами здравоохранения? Конечно, это результат работы по пропаганде и расширению средств и методов традиционной китайской медицины, оздоровительных мероприятий и их профилактическая направленность.

На следующем этапе значения индекса ВОУЗ были сопоставлены с показателями состояния здоровья населения, среди которых были отобраны: вероятность умереть в возрасте от 30 до 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний (риск преждевременной смерти от целевых НИЗ); общий коэффициент смертности от неинфекционных заболеваний (коэффициент смертности от НИЗ); ожидаемая продолжительность жизни при рождении и в возрасте 60 лет.

Показатели ВОУЗ абсолютно соотносятся с показателями ожидаемой продолжительности жизни. Однако при равных значениях ВОУЗ в Бразилии наблюдается незначительное увеличение ожидаемой продолжительности жизни.

Результаты анализа показателей здоровья заставляют задуматься: при одинаковых значениях ВОУЗ в Бразилии риск преждевременной смерти от целевых НИЗ ниже на 40 %, чем в России, а коэффициент смертности от НИЗ — на 30 % ниже. Следует отметить, что в России самые высокие значения данных показателей среди стран БРИКС.

Совершенно очевидна необходимость разобраться и понять, что является механизмом, обеспечивающим достижение результата в показателях здоровья населения.

Одновременно с настоящим исследованием было проведено сопоставление расходов на розничные фармацевтические препараты[1] в разных странах (страны были ранжированы по доле средств населения на оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении от общих расходов на розничные фармацевтические препараты на следующие четыре группы: с долей платежей граждан менее 30 %; в диапазоне от 30 до 49 %; в диапазоне от 50 до 70 %; с долей платежей граждан более 70 %) с ВОУЗ, риском преждевременной смерти от целевых НИЗ; коэффициентом смертности от НИЗ; ожидаемой продолжительностью жизни при рождении и в возрасте 60 лет.

Были получены следующие результаты:

— при сопоставлении доли средств граждан на оплату лекарственных средств и ВОУЗ выявлена обратная зависимость;

— определена прямая взаимосвязь между долей средств граждан на оплату лекарственных средств, риском преждевременной смерти от целевых НИЗ и коэффициентом смертности от НИЗ;

[1] Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle / OECD. European Union. P. : OECD Publishing, 2020. URL: https://doi.org/10.1787/82129230-en ; Health at a Glance 2021: OECD Indicators OECD. P. : OECD Publishing, 2021. URL: https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en.

— обратная зависимость выявлена и при сопоставлении доли средств граждан на оплату лекарственных средств и ожидаемой продолжительности жизни (как при рождении, так и в возрасте 60 лет), что не вызывает сомнений при условии снижения охвата услугами здравоохранения и возрастающей смертности от неинфекционных заболеваний.

Полученные результаты доказывают влияние уровня платежей населения на оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении на доступность медицинской помощи (индекс ВОУЗ) и показатели состояния здоровья населения.

Известно, что Единая система здравоохранения (Национальная система здравоохранения) Бразилии стремится обеспечивать доступ населения к лекарственным средствам. В частности, около 70 % лекарственных средств для постоянного применения и около 70 % из назначенных лекарственных средств были предоставлены бесплатно[1].

Таким образом, настоящее исследование позволило провести комплексный анализ деятельности систем здравоохранения стран БРИКС, определить положение стран по отдельным показателям и выявить возможные пути улучшения значений показателей в Российской Федерации.

[1] Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system / A. D. Bertoldi, A. J. Barros, A. L. Camargo [et al.] // American Journal of Public Health. 2011. Vol. 101 (5). P. 916–921. DOI: 10.2105/AJPH.2009.175844.