

Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения как цель социально-экономического развития Вьетнама

Писаренко Ж. В.¹, Доан Тхи Май¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Проанализировать и выявить «узкие места» Вьетнама на пути к достижению цели всеобщего охвата здравоохранением населения страны.

Задачи. Провести анализ ситуации по реализации целей устойчивого развития в аспекте обеспечения доступности услуг здравоохранения; оценить ситуацию относительно доступности услуг здравоохранения во Вьетнаме; оценить потенциал медицинского страхования для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения как цели социально-экономического развития Вьетнама.

Методология. Авторами использованы в процессе исследования такие виды анализа, как статистический, эмпирический и сравнительный.

Результаты. Достижение цели всеобщего охвата услугами здравоохранения в стране подразумевает не только финансирование здравоохранения. Оно отражает важность обеспечения равного доступа к качественным медицинским услугам и реализации права на здоровье, особенно для уязвимых групп населения. Проанализированы следующие аспекты: охват населения, организация системы финансирования, расходы на медицинское обслуживание домохозяйств. Финансирование программ здравоохранения во Вьетнаме увеличивается. Но из-за сохраняющейся бедности в стране, высокой доли расходов домохозяйств из собственных средств на медицинские услуги, а также с учетом числа вызовов, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19, сохраняются риски недостижения цели всеобщего охвата в ближайшей перспективе.

Выводы. Для достижения Вьетнамом поставленной цели необходимо внедрить эффективные механизмы обязательного и добровольного медицинского страхования (ДМС). Такая дополнительная финансовая защита рассматривается как способ предоставить возможность большему числу людей пользоваться необходимыми услугами без риска катастрофических затрат на медицинские услуги, эффективно приближаясь к цели всеобщего охвата услугами здравоохранения граждан Социалистической Республики Вьетнам (СРВ).

Ключевые слова: всеобщий охват услугами здравоохранения, медицинское страхование, катастрофические расходы домашних хозяйств, здравоохранение, цели устойчивого развития.

Для цитирования: Писаренко Ж. В., Доан Тхи Май. Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения как цель социально-экономического развития Вьетнама // Экономика и управление. 2021. Т. 27. № 4. С. 269–280. <http://doi.org/10.35854/1998-1627-2021-4-269-280>

Achieving Universal Health Coverage as a Goal of Vietnam's Socio-Economic Development

Zhanna V. Pisarenko¹, Doan Thi Mai¹

¹ St. Petersburg State University, St Petersburg, Russia

Aim. The presented study aims to analyze and identify the “bottlenecks” Vietnam may face on the way to achieving the goal of universal health coverage of the country's population.

Tasks. The authors analyze the situation regarding the implementation of sustainable development goals in terms of ensuring the availability of health services; assess the situation regarding the availability of health services in Vietnam; assess the potential of health insurance to achieve universal health coverage as a goal of Vietnam's socio-economic development.

Methods. This study uses statistical, empirical, and comparative analysis.

Results. Achieving the goal of universal health coverage in the country requires more than just financing health care. It reflects the importance of ensuring equal access to quality health services and enforcing the right to health, especially for vulnerable groups. The authors analyze population coverage, the organization of the financing system, and the cost of medical care for households. Funding for health programs in Vietnam is increasing. However, due to the enduring poverty in the country, households spending a large share of their own funds on health services, and the number of challenges associated with the COVID-19 new coronavirus pandemic, there is still a risk of not achieving the goal of universal coverage in the near term.

Conclusions. To achieve the set goal, Vietnam needs to introduce effective mechanisms of compulsory and voluntary health insurance (VHI). This additional financial protection is seen as a way to enable more people to use the necessary services without the risk of catastrophic health care costs, thus effectively approaching the goal of universal health coverage for the citizens of the Socialist Republic of Vietnam (SRV).

Keywords: *universal health coverage, health insurance, catastrophic household spending, health care, sustainable development goals.*

For citation: Pisarenko Zh.V., Doan Thi Mai. Achieving Universal Health Coverage as a Goal of Vietnam's Socio-Economic Development. *Ekonomika i upravlenie = Economics and Management*. 2021;27(4):269-280 (In Russ.). <http://doi.org/10.35854/1998-1627-2021-4-269-280>

Введение

В Алма-Атинской декларации 1978 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провозгласила принцип «здоровье для всех», подразумевая равный доступ к медицинским услугам для всех людей в мире, независимо от социально-экономического положения или классовой принадлежности. Несмотря на это, финансовая недоступность медицинских услуг в настоящее время сохраняется во многих странах с низким доходом и считается одним из решающих барьеров для доступа к здравоохранению [1]. Всеобщий охват услугами здравоохранения (*Universal health coverage, UHC*) означает, что все граждане страны имеют равный доступ к необходимым качественным медицинским услугам.

Всеобщий охват служит всеобъемлющей платформой для достижения целей устойчивого развития, связанных со здоровьем, принятых ООН в документе «Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» (далее — Повестка). Достижение цели всеобщего охвата подразумевает не только финансирование здравоохранения, оно отражает важность обеспечения равного до-

ступа к качественным медицинским услугам и реализации права на здоровье, особенно для уязвимых групп населения.

Ядром Повестки являются 17 целей устойчивого развития и связанные с ними задачи, которые должны быть достигнуты до 2030 г. Цели устойчивого развития — наиболее значимые точки для понимания и достижения целей в области охраны окружающей среды и человеческого развития [2]. Согласно этим целям, искоренение нищеты должно быть связано со стратегиями устойчивого экономического роста, включающими в себя широкий спектр социальных потребностей: здравоохранение, образование, социальную защиту, возможности трудоустройства, защиту окружающей среды и борьбу с изменением климата.

Достижение цели всеобщего охвата относится к целям устойчивого развития, указанным в п. 3, и предполагает решение задачи 3.8 по «обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения в каждой стране». Доступ к медицинскому обслуживанию служит одним из элементов минимального уровня социальной защиты [3]. Кроме того, следует учитывать, что доступ к социальной защите в достаточном объеме является базовым правом каждого человека. В ст. 22

Всеобщей декларации прав человека записано: «Каждый человек как член общества имеет право на социальное обеспечение».

Материалы и методы

В настоящей статье, в процессе исследования, нами использован статистический материал, представленный на официальных сайтах международных организаций, рейтинговых агентств, консалтинговых компаний, регуляторов финансовых рынков, а также в открытом доступе в сети Интернет.

Результаты и дискуссия

Движение к достижению цели всеобщего охвата можно оценить по методике, предложенной ВОЗ, по трем измерениям: 1) охват населения; 2) организация системы финансирования; 3) расходы на медицинское обслуживание домохозяйств [4]. Рассмотрим их подробнее.

1. Охват населения Вьетнама услугами здравоохранения

В период коммунистического этапа развития Вьетнама, во второй половине XX в., в рамках системы централизованного планирования и субсидирования система социальной защиты находилась полностью в ведении государства, и бенефициары этой системы были отнесены к государственному сектору или кооперативам. Охват населения услугами здравоохранения составлял не более 10 %. Остальная часть населения не была включена в эту схему социальной защиты. Таким образом, и домохозяйства, и общины, особенно в сельской местности, отдаленных горных деревнях и коммунах, оказались среди наиболее незащищенных групп населения, которые нуждались в социальной защите, но фактически не имели доступа к ней.

В конце XX в., с началом рыночных преобразований, переходом от централизованной экономики к «рыночной экономике с социалистической ориентацией» и реализацией политики всеобщего обновления «Дой Мой», во Вьетнаме стартовала первая специальная программа бесплатного медицинского страхования для бедных. При помощи этой программы более четырех миллионов человек смогли получить полисы обязательного медицинского страхования, покрывающие базовые потребности в медицинском обслуживании. Однако это был только первый

шаг в направлении глобального реформирования системы здравоохранения в стране с более чем 90 млн чел. населения. Требовалось срочное расширение программ медицинского страхования и максимально возможное расширение спектра участников этих программ.

В 2002 г. Правительство во главе с Коммунистической партией Вьетнама основали Вьетнамский Фонд здравоохранения для бедных и этнических меньшинств (*The Health Care Fund for the Poor (including ethnic minorities)*, HCFP). Создание Фонда позволило обеспечить бесплатным обязательным медицинским страхованием не только нуждающихся жителей городов, но и жителей отдаленных регионов страны, в том числе беднейших коммун и этнических меньшинств северных и центральных высокогорных провинций. Тем самым Правительство Вьетнама начало движение в сторону увеличения доступности медицинского обслуживания для жителей.

В стране началась активная законодательная деятельность в области медицинского страхования. В 2008 г. впервые принят Закон о медицинском страховании, в 2014 г. введен в действие пересмотренный Закон о медицинском страховании 2008 г. (*Law No. 46/2014/QH13 amending the Law on Health Insurance*) [5], поощряющий активное внедрение, наряду с обязательным социальным страхованием, добровольного социального страхования [6]. Одновременно во Вьетнаме развернулась активная целенаправленная работа государства по увеличению доступности медицинских услуг и реализации прав на медицинское обслуживание уязвимых групп населения. Увеличивается количество государственных больниц в городах и сельской местности за счет субсидирования строительства из государственного бюджета. Если в 2004 г. было лишь 856 государственных лечебных учреждений, то в 2018 г. их количество достигло 1 094 единиц, как видно на рисунке 1.

Количество граждан страны, которым доступно в той или иной мере медицинское страхование, также увеличилось с 2013 г. более чем на 20 %. Этот показатель в 2018 г. равен 83,5 млн, как показано на рисунке 2.

Хотя динамика приближения к всеобщему охвату с начала реформ во Вьетнаме впечатляющая, однако всеобщий охват населения медицинскими услугами пока не достигнут. Для достижения этой цели необходимо вне-

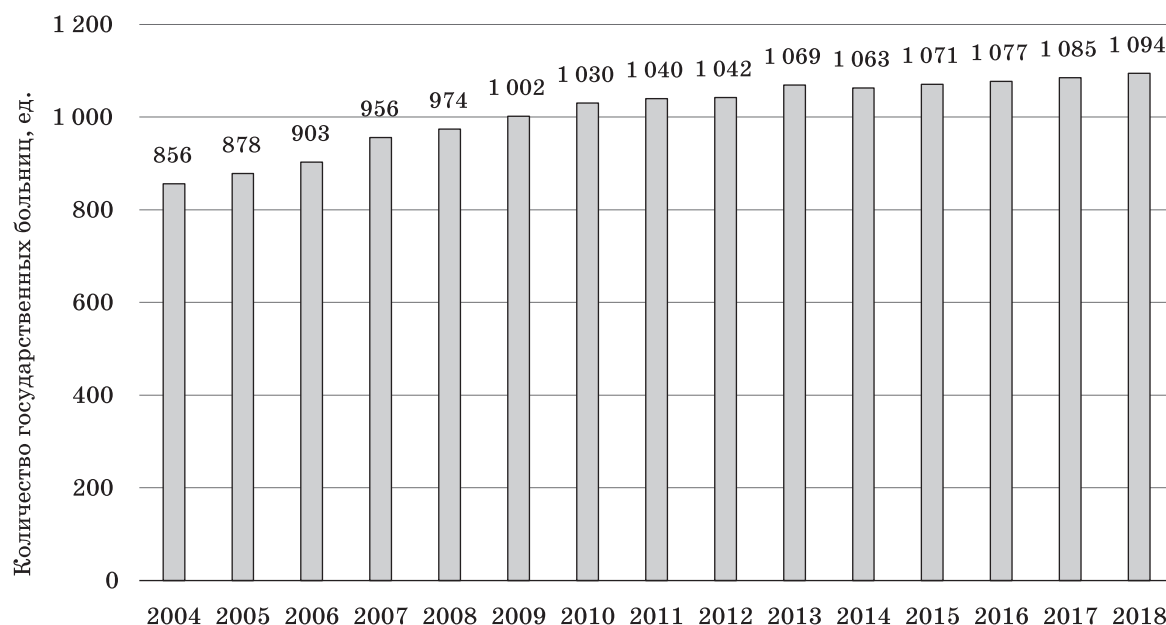


Рис. 1. Количество государственных больниц во Вьетнаме в 2004–2018 гг.

Источник: Statista [Электронный ресурс]. URL: <https://www.statista.com/statistics/605789/vietnam-hospital-number> (дата обращения: 22.03.2021).

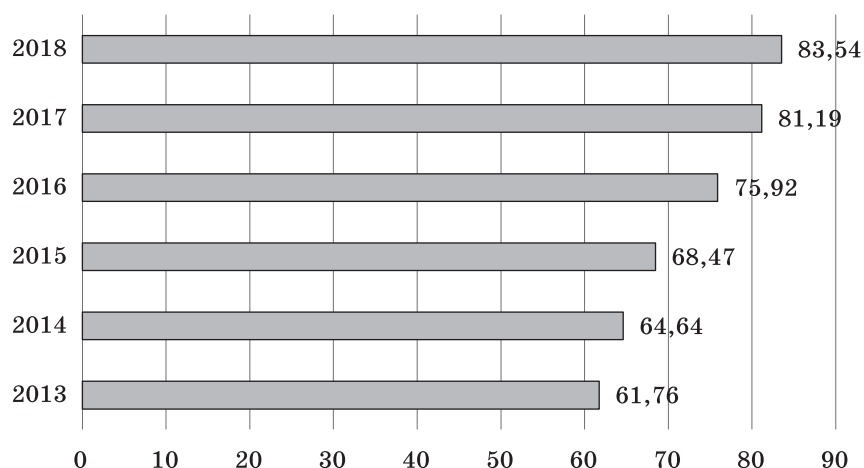


Рис. 2. Динамика количества граждан Вьетнама, участвующих в медицинском страховании в 2013–2018 гг., млн чел.

Источник: Statista [Электронный ресурс]. URL: <https://www.statista.com/statistics/1028934/vietnam-number-of-persons-with-health-insurance> (дата обращения: 20.03.2021).

дрить эффективные финансовые механизмы построения системы медицинского страхования.

2. Организация системы финансирования

Структура и система финансирования медицинского страхования — особенно значимый компонент системы здравоохранения [7]. Финансирование оказывает значительное влияние на ряд показателей: эффективность системы здравоохранения, контроль расходования средств, перенос финансовых

рисков на население / государство / страховые компании, стоимость медицинских услуг и контроль за ценообразованием [8]. Согласно классификации схем финансирования здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), ведущая роль отводится методу сбора средств на медицинское обслуживание. Главными источниками финансирования могут стать государственные бюджетные трансферты, обязательные страховые взносы, связанные с доходом работника, обязательные стра-

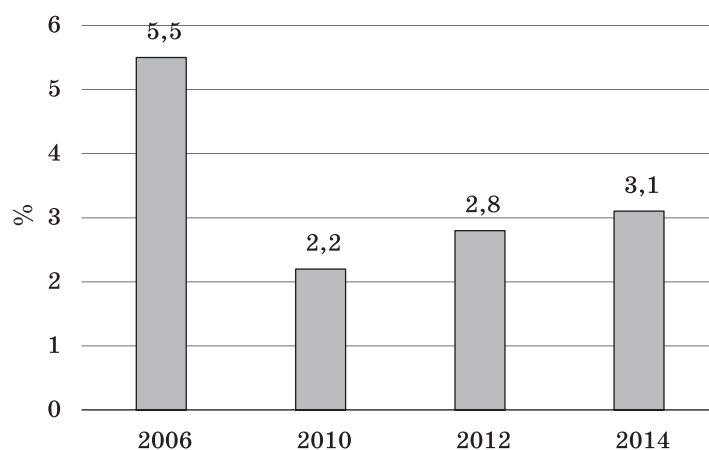


Рис. 3. Охват программами социального страхования в беднейшем квинтиле в 2006, 2010, 2012, 2014 гг., % населения

Источник: World Development Indicators. 2020 [Электронный ресурс]. URL: https://data.worldbank.org/indicator/per_si_allsi.cov_q1_tot?locations=VN (дата обращения: 20.03.2021).

ховые взносы, не связанные с доходом работника, добровольные страховые взносы домохозяйств, международная помощь.

В развитых странах (например, в Великобритании) в значительной степени финансирование здравоохранения основано на общем налогообложении или на страховых принципах — внедрении обязательного медицинского страхования (например, во Франции, Германии). В странах с транзитивными и развивающимися экономиками разработка эффективной системы здравоохранения, финансируемой за счет налогов, может быть сложной задачей из-за нехватки надежной налоговой базы и низкого институционального потенциала для эффективного управления аппаратом сбора налогов [9], а финансирование за счет страховых взносов ограничено из-за большой доли теневого сектора.

Во Вьетнаме формируется смешанная система финансирования здравоохранения, включающая в себя бюджетный и страховой принципы финансирования. Обязательное медицинское страхование — часть системы страхования социальных рисков, составляющая страховой компонент системы здравоохранения. Система обязательного медицинского страхования предполагает наличие перечня предоставляемых услуг и их минимального качества. Бесплатная медицинская помощь, предоставляемая государственной системой здравоохранения (за счет бюджетного финансирования), предполагает бесплатное оказание медицинской помощи только детям до 6 лет и беднейшему населению

из специально созданных для этого фондов (Фонда страхования бедных).

Однако доступ к программам социального страхования у беднейших слоев населения пока остается недостаточным, что отражено на рисунке 3. Охват программами социального страхования в беднейшем квинтиле по-прежнему очень мал. Этот показатель снизился к 2014 г. (последние данные) по сравнению с 2006 г. почти на 40 %, что говорит о наличии проблем в системе социального страхования в стране в отношении самой уязвимой части населения.

В 2017 г. Правительство Вьетнама приняло Генеральный план реформы социальной помощи, направленный на расширение круга получателей социальной помощи, в том числе бесплатного обязательного медицинского обслуживания, повышение уровня ежемесячных пособий, а также разработку и предложение инициатив для людей с низкими доходами, уделяя приоритетное внимание 40 % беднейших слоев населения. В 2018 г. принят модифицированный Генеральный план реформы социального страхования, как при содействии Международной организации труда (МОТ), так и других учреждений ООН. Правительство намерено и расширить охват социальным медицинским страхованием до 95 % населения к 2025 г., улучшить предоставление социальной защиты в целом за счет совершенствования систем управленческой информации.

В новой рыночной экономике Вьетнама разработка системы социальной защиты с участием в финансировании всех сторон (работников, работодателей, государства)

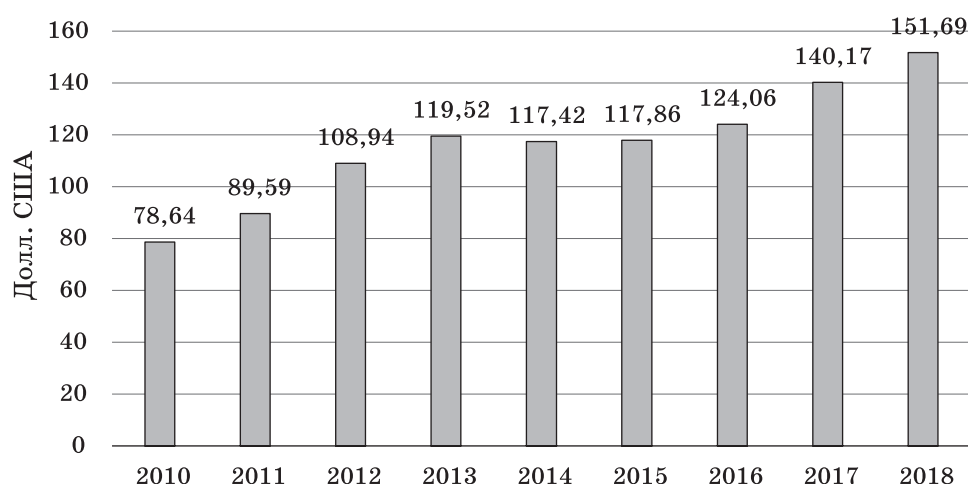


Рис. 4. Текущие расходы на здравоохранение на душу населения во Вьетнаме с 2010 по 2018 г. (в текущих ценах)

Источник: Statista [Электронный ресурс]. URL: <https://www.statista.com/statistics/1107441/vietnam-health-spend-per-capita> (дата обращения: 15.03.2021).

получила широкое признание вместо предыдущей полностью субсидируемой государством системы социальной защиты [10]. Результаты очевидны. Уровень расходов на здравоохранение на душу населения существенно увеличился с 2010 г. почти в два раза, что находит отражение на рисунке 4. В 2018 г. текущие расходы на здравоохранение на душу населения во Вьетнаме составили примерно 151,7 долл. США. В указанном году текущие расходы на здравоохранение составили 5,59 % ВВП страны.

Защита от финансовых рисков — ключевой компонент при достижении цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, который определяется как доступ ко всем необходимым качественным медицинским услугам без финансовых трудностей [11]. Особенность вьетнамского сценария достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения состоит в том, что для реализации поставленных целей правительство Вьетнама также использует дополнительный канал финансирования здравоохранения — донорскую помощь (*Official Development Aid, ODA*) от международных организаций для финансирования лечения и профилактики социально значимых заболеваний. Поскольку пока системой здравоохранения Вьетнама не охвачено лечение социально значимых болезней и массовых заболеваний, а также предоставление ряда дорогостоящих услуг и оказание помощи при стихийных бедствиях и катастрофах, источником финансирования лечения социально значимых заболеваний является иностранная помощь.

В секторе здравоохранения доля международной донорской помощи в общем объеме затрат на здравоохранение и образование в стране достигла в 2017 г. 1,4 млрд долл (около 40 %)¹. Из международной донорской помощи финансируются прежде всего программы по борьбе с туберкулезом, малярией и СПИДом, а также контроль над распространением инфекционных заболеваний. В современных условиях продолжающегося кризиса и пандемии новой коронавирусной инфекции цель достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения приобретает все большее значение в качестве ключевой цели функционирования системы здравоохранения и обеспечения достойного уровня жизни (во избежание попадания в ситуацию бедности из-за катастрофических трат домохозяйств на медицинские услуги) во многих странах и регионах мира, как развитых [12], так и в странах с транзитивными и развивающимися экономиками [5; 13].

По данным Международного валютного фонда, средней стране в Центральной Азии требуется дополнительно расходовать 5,3 % ВВП в год, чтобы приблизиться к достижению в 2030 г. пяти важнейших целей устойчивого развития, относящихся к развитию человеческого, социального и физического капитала [14]. В аспекте дополнительных расходов, необходимых для достижения

¹ Development Aid at a Glance Statistics By Region. 2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/Asia-Development-Aid-at-a-Glance-2019.pdf> (дата обращения: 20.03.2021).

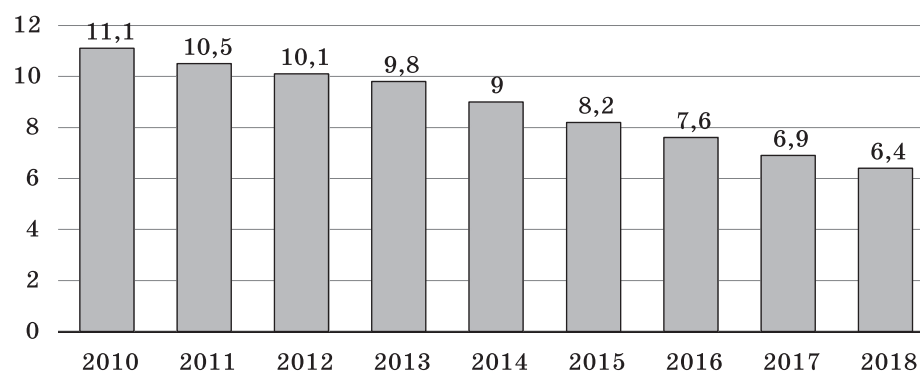


Рис. 5. Доля населения, страдающего от недоедания во Вьетнаме, в 2010–2018 гг.

Источник: Statista [Электронный ресурс]. URL: <https://www.statista.com/statistics/678217/vietnam-prevalence-of-undernourishment> (дата обращения: 20.03.2021).

целей устойчивого развития, становится очевидным масштаб проблем, с которыми может столкнуться Вьетнам.

3. Расходы на медицинское обслуживание домохозяйств

Правительство Вьетнама за последние годы добилось значительного экономического прогресса. Миллионы граждан страны смогли выйти из нищеты и получить доступ к программам социального страхования. Но по-прежнему во Вьетнаме велико количество бедного населения и населения, проживающего в нищете и страдающего от недоедания, как показано на рисунке 5.

В 2010 г. около 11 % населения Вьетнама находилось в состоянии недоедания. Распространенность недоедания во Вьетнаме сокращается из года в год, но до сих пор более 6 % граждан (около 5 млн чел.) пребывают в уязвимом положении. В Азиатско-Тихоокеанском регионе в целом значительная доля населения проживает в трущобах, что характеризует доходы домохозяйств как низкие. При этом Вьетнам находится в относительно благополучном положении среди сравниваемых стран, представленных на рисунке 6. Лишь 13,8 % горожан проживают в трущобах.

Большинство таких граждан трудятся в теневом секторе, поэтому именно они прежде всего лишены основных социальных прав и подвержены повышенным рискам, связанным с глобальными экономическими кризисами. Именно бедные домохозяйства зачастую не имеют возможности приобрести полис обязательного медицинского страхования, вынуждены обращаться за медицинской помощью в крайних случаях и без страхового полиса. Неслучайно они наиболее подвержены риску катастрофи-

ческих расходов на здравоохранение. Пока уровень расходов домохозяйств за свой счет во Вьетнаме (*Out-of-pocket expenditure, OPE*) остается высоким (в 2018 г. составлял 44,9 %) и не имеет тенденции к снижению, как видно на рисунке 7.

По данным Обзора государственных расходов Вьетнама¹, около двух миллионов человек в стране остаются за чертой бедности именно из-за отсутствия медицинского страхования и катастрофических расходов на здравоохранение. По причине продолжающегося экономического кризиса и ввиду пандемии новой коронавирусной инфекции существует угроза того, что результаты в области социального обеспечения и развития человеческого потенциала, достигнутые за последнее десятилетие, могут не «закрепиться». Это может привести к еще более катастрофическим расходам домохозяйств на здравоохранение.

С учетом ряда причин, рассмотренных выше, возможности системы государственного здравоохранения Вьетнама и обязательного медицинского страхования, в первую очередь финансовые, ограничены. Именно эта причина служит основным побудительным мотивом для заключения договоров добровольного медицинского страхования, особенно в крупных городах, отличающихся более высокими зарплатами и, соответственно, благосостоянием домохозяйств. Добровольное медицинское страхование — это еще один механизм достижения цели всеобщего охвата услугами

¹ Public healthcare in Vietnam drops ‘the public’ [Электронный ресурс] // Asia & The Pacific Policy Society. 2019. 21 January. URL: <https://www.policyforum.net/publichealthcare-in-vietnam-drops-the-public/> (дата обращения: 20.03.2021).

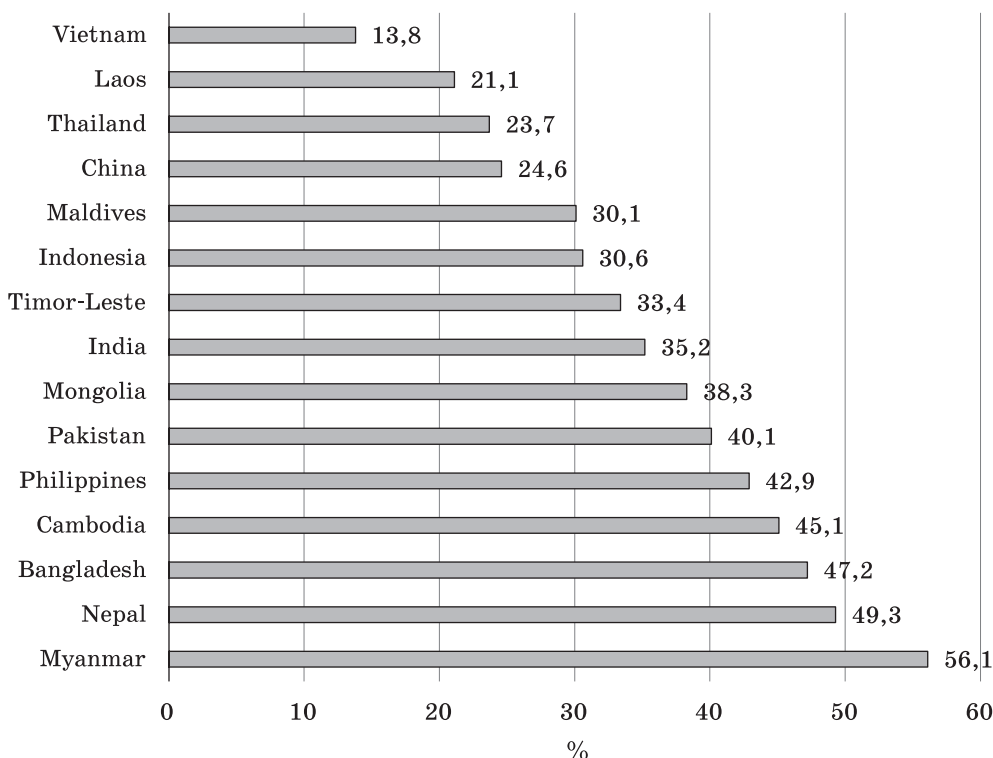


Рис. 6. Доля городского населения, проживающего в трущобах в странах Азиатско-Тихоокеанского региона, 2018 г.

Источник: Statista [Электронный ресурс]. URL: <https://www.statista.com/statistics/691746/asia-pacific-share-of-urban-population-living-in-slums-by-country> (дата обращения: 20.03.2021).

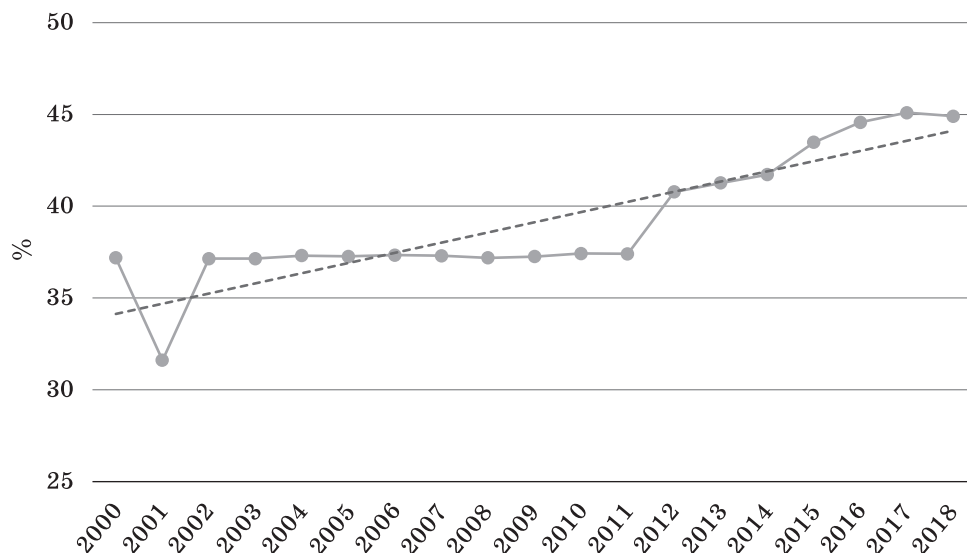


Рис. 7. Доля расходов домохозяйств за свой счет в 2000–2018 гг., % от общих расходов на здравоохранение во Вьетнаме

Источник: Всемирный банк. 2021 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/home> (дата обращения: 16.03.2021).

здравоохранения. Рассмотрим данный вопрос детально.

По данным правительственного портала Вьетнама, к концу октября 2019 г. число тех, кто купил полис медицинского стра-

хования (обязательного и добровольного) в Ханое достигло более 6,9 млн человек (89,4 % населения города). Между тем число людей, участвующих в обязательном социальном страховании в городе, составило

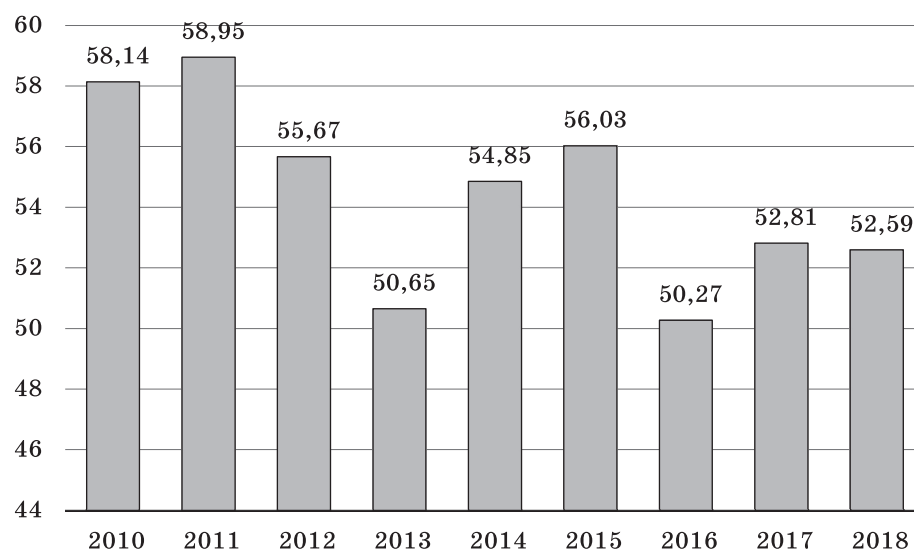


Рис. 8. Доля частных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение во Вьетнаме, 2010–2018 гг.

Источник: Statista [Электронный ресурс]. URL: <https://www.statista.com/statistics/690767/vietnam-ratio-of-private-to-total-health-expenditure/#statisticContainer> (дата обращения: 20.03.2021).

более 1,7 млн человек (97,83 % от целевого показателя 100 %). Кроме того, число лиц, участвующих в добровольном социальном страховании, составило 33 149 человек, что на 2 881 человек больше, чем в сентябре (на 70,44 % от целевого показателя)¹.

Страховые планы ДМС являются предоплаченными, и покупка такого полиса считается добровольной. Некоторые страховые программы могут субсидироваться (например, за счет налогового вычета из оплаченных страховых взносов на медицинское страхование) или быть частью социального пакета, предоставляемого работодателем. Независимо от того, выплачиваются страховые премии индивидуально, работодателями или субсидируются правительством, финансовые потоки проходят через частные страховые компании. Двумя основными столпами таких схем являются предоплата и объединение рисков. Описанные медицинские планы развивают рынок частного страхования в стране, как показано на рисунке 8.

В 2018 г. внутренние частные расходы на здравоохранение составили более 52,6 % от общего объема расходов на здравоохранение во Вьетнаме и снизились по сравнению с 2017 г. Рынок медицинских услуг в стране в настоящее время активно развивается, хо-

тя критическим фактором для этого служит наличие платежеспособного спроса. В некоторых секторах, например, для стоматологической помощи, прямая оплата занимает значительную долю среди всех источников финансирования.

С 2014 по 2019 г., то есть до начала пандемии COVID-19, темпы роста подписанной страховой премии на рынке страхования Вьетнама превышали 20 %. Общий объем страховой премии достиг в 2019 г., по данным Управления страхового надзора Вьетнама (ISA), 160 трлн вьетнамских донгов (6,93 млрд долл. США). Это на 20,5 % больше по сравнению с аналогичным периодом 2018 г. [15]. Прирост подписанной страховой премии произошел в основном за счет личного и медицинского страхования. Высокие темпы экономического роста, увеличение дохода на душу населения, старение населения, увеличение платы за больницы и низкий уровень владения автотранспортными средствами станут основными факторами, которые поддержат спрос на личное страхование в будущем.

Более того, в условиях продолжающейся пандемии COVID-19 медицинское страхование имеет больше шансов для развития, чем многие другие виды страхования [16]. Такой важный психологический стимул, как беспокойство о здоровье, позволил увеличить прирост подписанной страховой премии по данному виду страхования в стране на 19,5 % в первом квартале 2020 г. к перво-

¹ Master Plan for the Social Insurance Reform (MPSIR) by 2035 // Генеральный план реформы социального страхования (MPSIR) до 2035 г.

му кварталу 2019 г. По нашему мнению, ДМС будет ведущим драйвером роста для сектора страхования, не связанного с жизнью во Вьетнаме в ближайшие годы.

Выводы

1. Равный доступ к системе здравоохранения всех домохозяйств, независимо от их социального и финансового положения, является важнейшим фактором достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, поставленной Правительством Вьетнама. Финансовая недоступность медицинских услуг сохраняется во многих странах с низким доходом, в том числе и во Вьетнаме, и считается одним из решающих барьеров для доступа к здравоохранению. В этой стране сегодня формируется смешанная система организации здравоохранения, сочетающая бюджетные и страховые принципы финансирования.

2. Медицинское страхование, как обязательное, так и добровольное, служит одним из возможных организационных механизмов сбора и объединения средств для финансирования медицинских услуг, наряду с налоговым финансированием и иными инструментами социальной политики государства.

3. Несмотря на активно принятые меры по развитию системы здравоохранения во Вьетнаме, недостаточно эффективно функционирование системы медицинского страхования. По данным ВОЗ, у более 10 % домохозяйств СРВ медицинские расходы составляют более 25 % их бюджета. Такие расходы, согласно методике ООН, признаны катастрофическими. Они оставляют домохозяйства за чертой бедности, что препятствует достижению цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, поставленной Правительством СРВ.

Литература

1. *Peters D. H., Garg A., Bloom G., Walker D. G., Brieger W. R., Rahman M. H.* Poverty and access to health care in developing countries // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008. Vol. 1136. No. 1. P. 161–171. DOI: 10.1196/annals.1425.011
2. *Bebbington J., Unerman J.* Achieving the United Nations Sustainable Development Goals: An enabling role for accounting research // *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 2018. Vol. 31. No. 1. P. 2–24. DOI: 10.1108/AAAJ-05-2017-2929
3. *Haile F., Niño-Zarazúa M.* Does Social Spending Improve Welfare in Low-Income and Middle-Income Countries? // *Journal of International Development*. 2018. Vol. 30. No. 3. P. 367–398. DOI: 10.1002/jid.3326
4. *Tran T., Tang S., Mao W.* Getting to universal health coverage in China and Vietnam [Электронный ресурс] // *Brookings*. 2021. February 3. URL: <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2021/02/03/getting-to-universal-health-coverage-in-china-and-vietnam/> (дата обращения: 20.03.2021).
5. *Thuong N., Huy T. Q., Tai D. A., Kien T. N.* Impact of Health Insurance on Health Care Utilisation and Out-of-Pocket Health Expenditure in Vietnam // *BioMed research international*. 2020. DOI: 10.1155/2020/9065287
6. *Whyte E., Olivier J.* Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map // *Health Policy and Planning*. 2020. Vol. 35. No. 6. P. 735–751. DOI: 10.1093/heapol/czaa038
7. Страхование и управление рисками: проблемы и перспективы: монография / ред. С. А. Белозёров, Н. П. Кузнецова. М.: Проспект, 2017. 528 с.
8. *Mohammadi E., Raissi A. R., Barooni M., Ferdoosi M., Nuhi M.* Survey of social health insurance structure in selected countries; providing framework for basic health insurance in Iran // *Journal of education and health promotion*. 2014. Vol. 3. No. 1. P. 116. DOI: 10.4103/2277-9531.145919
9. *Carrin G., Waelkens M. P., Criel B.* Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems // *Tropical Medicine and International Health*. 2005. Vol. 10. No. 8. P. 799–811. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2005.01455.x
10. *Nguyen K.-D., Tran V.-A., Thi Nguyen D.-T.* Social insurance reform and absenteeism in Vietnam. *International Journal of social welfare*. 2021. Vol. 30. No. 2. P. 193–207. DOI: 10.1111/ijsw.12449
11. *Saksena P., Hsu J., Evans D. B.* Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges // *PLoS medicine*. 2014. Vol. 11. No. 9. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001701
12. *Obama B.* Affordable health care for all Americans: the Obama-Biden plan // *Journal of the American Medical Association*. 2008. Vol. 300. P. 1927–1928. DOI: 10.1001/jama.2008.515

13. Minh H. V., Giang L., Cashin C., Hinh N. D. Health system research in Vietnam: generating policy-relevant knowledge // *Global public health*. 2015. Vol. 10. No. S1. S1–S4. DOI: 10.1080/17441692.2014.986179
14. Gaspar V., Amaglobeli D., Garcia-Escribano M., Prady D., Soto M. Fiscal Policy and Development: Human, Social, and Physical Investments for the SDGs // *IMF Staff Discussion Note*. 2019. No. 003. DOI: 10.5089/9781484388914.006
15. Thuy N. Vietnam insurance market grows 20.5 % in 2019 [Электронный ресурс] // *Hanoitimes*. 2020. Jan 04. URL: <http://hanoitimes.vn/vietnam-insurance-market-grows-205-in-2019-300698.html> (дата обращения: 20.03.2021).
16. Россия и мир во время и после пандемии COVID-19: вызовы и возможности: коллективная монография / отв. ред. Е. С. Вылкова. СПб.: Издательско-полиграфическая ассоциация высших учебных заведений, 2020. 274 с.

References

1. Peters D.H., Garg A., Bloom G., Walker D.G., Brieger W.R., Rahman M.H. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1136(1):161-171. DOI: 10.1196/annals.1425.011
2. Bebbington J., Unerman J. Achieving the United Nations Sustainable Development Goals: An enabling role for accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 2018;31(1):2-24. DOI: 10.1108/AAAJ-05-2017-2929
3. Haile F., Niño-Zarazúa M. Does social spending improve welfare in low-income and middle-income countries? *Journal of International Development*. 2018;30(3):367-398. DOI: 10.1002/jid.3326
4. Tran T., Tang S., Mao W. Getting to universal health coverage in China and Vietnam. Brookings. Feb. 03, 2021. URL: <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2021/02/03/getting-to-universal-health-coverage-in-china-and-vietnam/> (accessed on 20.03.2021).
5. Thuong N., Huy T.Q., Tai D.A., Kien T.N. Impact of health insurance on health care utilisation and out-of-pocket health expenditure in Vietnam. *BioMed Research International*. 2020;9065287. DOI: 10.1155/2020/9065287
6. Whyle E., Olivier J. Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map. *Health Policy and Planning*. 2020;35(6):735-751. DOI: 10.1093/heapol/czaa038
7. Belozеров S.A., Kuznetsova N.P., eds. Insurance and risk management: Problems and prospects. Moscow: Prospekt; 2017. 528 p. (In Russ.).
8. Mohammadi E., Raissi A.R., Barooni M., Ferdoosi M., Nuhi M. Survey of social health insurance structure in selected countries; providing framework for basic health insurance in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2014;3(1):116. DOI: 10.4103/2277-9531.145919
9. Carrin G., Waelkens M.-P., Criel B. Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*. 2005;10(8):799-811. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2005.01455.x
10. Nguyen K.-D., Tran V.-A., Nguyen D.-T. Social insurance reform and absenteeism in Vietnam. *International Journal of Social Welfare*. 2021;30(2):193-207. DOI: 10.1111/ijsw.12449
11. Saksena P., Hsu J., Evans D.B. Financial risk protection and universal health coverage: Evidence and measurement challenges. *PLoS Medicine*. 2014;11(9):1001701. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001701
12. Obama B. Affordable health care for all Americans: the Obama-Biden plan. *Journal of the American Medical Association*. 2008;300(16):1927-1928. DOI: 10.1001/jama.2008.515
13. Minh H.V., Giang L.M., Cashin C., Hinh N.D. Health system research in Vietnam: Generating policy-relevant knowledge. *Global Public Health*. 2015;10(Suppl. 1):1-4. DOI: 10.1080/17441692.2014.986179
14. Gaspar V., Amaglobeli D., Garcia-Escribano M., Prady D., Soto M. Fiscal policy and development: Human, social, and physical investments for the SDGs. *IMF Staff Discussion Note*. 2019;(03). DOI: 10.5089/9781484388914.006
15. Thuy N. Vietnam insurance market grows 20.5 % in 2019. *Hanoitimes*. Jan 04, 2020. URL: <http://hanoitimes.vn/vietnam-insurance-market-grows-205-in-2019-300698.html> (accessed on 20.03.2021).
16. Vylkova E.S., ed. Russia and the world during and after the COVID-19 pandemic: Challenges and opportunities. St. Petersburg: Publ. and Print. Association of Higher Educational Institutions; 2020. 274 p. (In Russ.).

Сведения об авторах**Писаренко Жанна Викторовна**

доктор экономических наук, доцент,
доцент кафедры управления рисками
и страхования

Санкт-Петербургский государственный
университет

199034, Санкт-Петербург, Университетская наб.,
д. 7/9

(✉) e-mail: z.pisarenko@spbu.ru

Доан Тхи Май

аспирант кафедры управления рисками
и страхования

Санкт-Петербургский государственный
университет

199034, Санкт-Петербург, Университетская наб.,
д. 7/9

(✉) e-mail: z.pisarenko@spbu.ru

Поступила в редакцию 01.04.2021
Подписана в печать 19.04.2021

Information about Authors**Zhanna V. Pisarenko**

D.Sci., Ph.D. in Economics, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Risk
and Insurance Management

St. Petersburg State University

7/9 Universitetskaya Emb., St Petersburg 199034,
Russia

(✉) e-mail: z.pisarenko@spbu.ru

Doan Thi Mai

Postgraduate Student of the Department of Risk
and Insurance Management

St. Petersburg State University

7/9 Universitetskaya Emb., St Petersburg 199034,
Russia

(✉) e-mail: z.pisarenko@spbu.ru

Received 01.04.2021
Accepted 19.04.2021