



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет
Пятьдесят девятая сессия**

Копенгаген, 14–17 сентября 2009 г.

Пункт 7(а) предварительной повестки дня

EUR/RC59/7
+ EUR/RC59/Conf.Doc./2
24 июля 2009 г.
90421
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Охрана здоровья в условиях глобального
экономического кризиса:
Задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ**

Европейское региональное бюро ВОЗ, постоянно осуществляющее работу по документированию и выявлению взаимосвязей между системами здравоохранения, здоровьем и благосостоянием, проводило активную деятельность по мониторингу и оценке воздействия текущего финансового и экономического кризиса на системы здравоохранения и здоровье населения стран Европейского региона ВОЗ. В данном документе обобщены и обновлены результаты проведенной за последний год работы по обзору существующей ситуации для выявления проблем и возможностей их решения в целях дальнейшего обсуждения на пятьдесят девятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. В документе также отражены итоги конференции высокого уровня на тему "Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ", организованной совместно Региональным бюро и правительством Норвегии, которая состоялась в Осло 1–2 апреля 2009 г. Подготовленный для этой конференции справочно-аналитический документ "Обзор ситуации в Европейском регионе ВОЗ", а также рекомендации, предложенные для обсуждения, приводятся в качестве приложений.

Основным тезисом данного документа является то, что в кризисные периоды системы здравоохранения могут и должны продолжать обеспечивать предоставление основной помощи для всех, способствуя наращиванию человеческого капитала и росту благосостояния и действуя в качестве активной экономической силы, внося свой вклад в общий процесс восстановления. Документ содержит базу фактических данных для рассмотрения Региональным комитетом основных вариантов политики, которые приводятся в прилагаемом проекте резолюции.

Содержание

Стр.

Введение.....	1
Многоплановый и тяжелый кризис	2
Наблюдаемые и потенциальные последствия для здоровья и систем здравоохранения	7
Преодолевая особо тяжелые времена.....	10
Библиография	22
Приложение 1. Обзор ситуации в Европейском регионе ВОЗ.....	23
Приложение 2. Общие рекомендации для антикризисных мероприятий.....	38

Введение

1. Мир охвачен тяжелым финансовым и экономическим кризисом, требующим действий в целях его урегулирования и последующего восстановления; при этом мир также стоит перед лицом сложнейших демографических (старение населения, миграция), социальных (возрастающее неравенство между “имущими” и “неимущими”) и экологическими (изменение климата) проблемами.

2. Проявления, масштабы и последствия этого кризиса – сильнейшего экономического спада со времен Второй мировой войны – колеблются в значительных пределах в зависимости от регионов и стран. Спад деловой активности носит особенно выраженный характер в экономически развитых странах, оказывая соответствующее воздействие на страны с формирующейся рыночной экономикой, ориентированные на экспорт.

3. Благодаря действиям, предпринятым правительствами и центральными банками разных стран, общий обвал финансового рынка был предотвращен. Однако, несмотря на усиление государственных мер, направленных на поддержку экономической активности (с помощью программ инвестиций или мер стимулирования потребления), глобальная экономика остается слабой и уязвимой к дальнейшим потрясениям. Во многих экономически развитых странах или в странах с высоким уровнем доходов и экспортно-ориентированной экономикой, быстрыми и резкими темпами возрастает уровень безработицы. Заглядывая вперед, перспективы экономического роста остаются неопределенными, а увеличивающийся государственный долг в ближайшие годы может существенно ограничить государственный бюджет.

4. В таких условиях уровень жизни миллионов людей и их семей в Европейском регионе ВОЗ уже снизился или находится под серьезной угрозой, равно как и уровень их доходов для программ охраны здоровья и социальной защиты. Объем фактических данных о последствиях данного кризиса для здоровья невелик, и может потребоваться немало времени, прежде они станут очевидны. Однако кризис может послужить катализатором значительных – как положительных, так и отрицательных – изменений в социальных нормах, образе жизни и формах поведения, связанных со здоровьем и обращением за медицинской помощью, что может усиливать неравенство в отношении здоровья. Необходимо расширять мониторинг и анализ и лучше отслеживать эти изменения, особенно в отношении малоимущих и социальных уязвимых слоев населения европейских стран.

5. Преодоление кризиса потребует своевременных, целенаправленных и адекватно скоординированных усилий. Конечно, для этого необходима эффективная макроэкономическая и фискальная политика. Однако здоровье является богатством, и необходимо любой ценой препятствовать разрушению человеческого капитала, чтобы не допустить упадка социальных программ и программ здравоохранения в будущем. Необходимость инвестиций в охрану здоровья и системы здравоохранения приобретает все большую значимость в период кризиса, так как они должны являться важным элементом мер, предпринимаемых обществом в ответ на кризис.

6. Конференция в Осло¹, состоявшаяся в начале апреля 2009 г., явилась одним из мероприятий в серии встреч, организованных и/или проведенных при поддержке ВОЗ в целях упреждения и устранения потенциального влияния экономического кризиса на здоровье и системы здравоохранения и изучения различных реально осуществимых

¹ Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Осло, Норвегия, 1–2 апреля 2009 г.

краткосрочных и долгосрочных вариантов политики. Она состоялась после консультативного совещания высокого уровня по вопросам финансового кризиса, проведенного в Женеве 19 января 2009 г., и явилась форумом для обсуждения вопросов здравоохранения и экономического кризиса на текущей сессии Регионального комитета. Руководители здравоохранения, присутствовавшие в Осло, выступили единодушно в поддержку защиты бюджетов здравоохранения для того, чтобы иметь возможность эффективно бороться с факторами риска для здоровья населения, расширять доступ к основным службам здравоохранения, уменьшать неравенства в отношении здоровья и улучшать показатели деятельности и эффективность функционирования систем здравоохранения.

7. В данном документе обобщены и обновлены результаты проведенной за последний год в Европейском регионе ВОЗ работы по оперативному обзору ситуации для выявления проблем и вариантов их решения в целях их дальнейшего обсуждения на сессии. Его следует читать вместе со справочно-аналитическим документом, подготовленным для конференции в Осло – Обзором ситуации в Европейском регионе ВОЗ (Приложение 1).

8. Помимо настоящего вступления, документ состоит из трех разделов. Основываясь на рекомендациях Конференции в Осло, в последнем разделе предлагаются целый ряд стратегий и мер для возможных антикризисных программ действий на благо здравоохранения и систем здравоохранения.

Многоплановый и тяжелый кризис

9. Происшедшее в 2008 г. резкое сокращение глобального спроса на предметы потребления, товары и услуги в результате кризиса ликвидности и утраты доверия к финансовому/банковскому сектору в Соединенных Штатах Америки и Европе привело к значительному замедлению темпов роста мировой экономики. Согласно данным Международного валютного фонда (МВФ), ожидается, что мировое производство сократится на 1,4% в 2009 г., однако в 2010 г. темпы роста должны постепенно вновь возрасти до 2,5%. Прогнозы для Еврозоны, стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и Содружества независимых государств (СНГ) менее оптимистичны – сокращение производства в 2009 г., соответственно, на 4,8%, 5% и 5,8% и медленный рост в 2010 г., который все же останется отрицательным в странах Еврозоны (-0,3%), будет умеренным в ЦВЕ (1%) и несколько более высоким в СНГ (2%).

10. Хотя глобальная экономика медленно восстанавливается благодаря мерам, предпринимаемым правительствами разных стран, темпы восстановления повсеместно будут медленными и будут колебаться в значительных пределах в зависимости от состояния финансового сектора.

- Ожидается, что стабилизация в Соединенных Штатах Америки, Японии и других передовых экономических развитых странах будет более выраженной, чем в странах Еврозоны и в других государствах Европейского региона ВОЗ. В 2010 г. ожидается возобновление промышленного роста в США и Японии.
- Хотя темпы развития в странах с переходной и развивающейся экономикой в 2008 г. замедлились, прогнозы в отношении темпов роста в странах Азии до конца 2009 г. и в 2010 г. были недавно пересмотрены в сторону повышения – до 5,5% в 2009 г. и 7,0% в 2010 г. В то же время они оставались заметно более низкими в странах Латинской Америки, Ближнего Востока и Африки.
- Несмотря на успех политических мер, направленных на предотвращение дальнейшего падения, страны Европейского союза (ЕС) продолжают находиться в состоянии глубокого экономического спада. Ожидается, что в 2009 г. валовой внутренний продукт (ВВП) сократится на 4,2% в Еврозоне, на 4,9% в европейских странах с переходной

экономикой и примерно на 10% в странах Балтии. Для восстановления потребуется время. Могут потребоваться дальнейшие структурные корректировки на рынке труда для сдерживания государственных расходов в связи со старением населения, однако потребуется корректировка до более низкого уровня благосостояния.

11. Финансово-экономический кризис привел к снижению курса ряда национальных валют. За период с ноября 2008 г., в течение менее чем одного года, курс фунта стерлингов Соединенного Королевства снизился приблизительно на 30% по отношению к евро. Аналогичная судьба постигла польский злотый (32%), чешскую крону (18%), румынский лей (17%) и венгерский форинт (15%). Дальнейшие корректировки обменных курсов валют неизбежны, так как страны пересматривают свою кредитно-денежную политику. Новые члены ЕС из числа стран Центральной и Восточной Европы должны будут продолжать осуществлять структурную перестройку в государственном и банковском секторах, поскольку их способность привлекать дешевые денежные средства значительно снизилась.

12. Относительно небольшое снижение глобального спроса привело к обвалу цен на некоторые товары. Так, например, цены на нефть и пшеницу за период с января 2008 г. снизились более чем на 60%, хотя цены на нефть впоследствии вновь поднялись в ожидании более положительных прогнозов роста. Цены на другие товары находятся в стабильном состоянии или повысились лишь в умеренных пределах. По оценкам МВФ, в странах с развитой экономикой уровень инфляции снизится в 2009 г. до рекордно низкого уровня 0,1% и составит 0,9% в 2010 г. При этом в некоторых странах ЕС нельзя полностью исключить риск дефляции.

13. Резкое снижение объемов инвестиций в промышленное производство в ходе этого глобального экономического спада приводит к стремительному росту безработицы. Миллионы рабочих мест как в секторе производства, так и в секторе услуг, были сокращены или находятся под угрозой сокращения. По оценкам Международной организации труда (МОТ) уровень безработицы в мире в 2009 г. может возрасти до 7,1%. Ожидается, что в странах ЕС уровень безработицы в 2010 г. достигнет 9,5% (по сравнению с 7,5% в 2007 г.), около 20 миллионов рабочих мест могут быть потеряны. В 2009 г. прогнозируется также рост безработицы в странах Центральной и Южной Европы, не входящих в состав ЕС, и в странах бывшего СССР (в 2008 г. ее уровень составлял 8,8%).

14. Оперативные меры и чрезвычайные усилия, предпринятые центральными банками и правительствами, помогли избежать коллапса финансового и банковского секторов в мировом масштабе, однако глобальные финансовые структуры продолжают испытывать значительные проблемы. Некоторые банки все еще находятся на пороге банкротства. В отдельных случаях может возникнуть необходимость в национализации, по крайней мере частичной. Также значительно пострадали страховые компании и пенсионные фонды. Менее пострадавшие в начале кризиса многие банки и страховые компании стран Центральной и Восточной Европы должны приспособиться к значительному снижению притока капитала из материнских банков в других европейских странах.

15. Правительства (и таким образом налогоплательщики и сообщества) также предпринимают значительные усилия, направленные на оказание финансовой поддержки различным экономическим секторам для стимулирования потребления, сохранения рабочих мест и предоставления социальной помощи безработным, число которых стремительно растет. В наиболее богатых европейских странах разработана серия программ экономического восстановления и предпринимаются первые шаги по их реализации. В других странах правительства имеют лишь ограниченные возможности борьбы с кризисом путем снижения налогов и применения других финансовых послаблений.

16. Экономический спад и издержки, связанные с внедрением пакетов стимулирования, ведут к стремительному ухудшению состояния государственных финансов, со значительным ростом уровней бюджетного дефицита и государственной задолженности. Это уже имеет место почти во всех странах с развитой экономикой и с формирующимся рынком, и ситуация может вскоре стать даже еще более напряженной в странах со средним уровнем доходов. Так, например, значительное ухудшение финансового баланса ожидается в 2009 г. в странах Балтии, а также Центральной и Восточной Европы. В 2010 г. можно ожидать дальнейшего ухудшения бюджетной ситуации в большинстве европейских стран (включая страны - члены ЕС).

17. Прошлый опыт показывает, что во время кризиса в наибольшей степени страдают малоимущие и наиболее уязвимые слои населения. При этом значительная доля населения Европейского региона ВОЗ уже в настоящее время находится под угрозой бедности. Например, в ЕС для 16% населения существует риск оказаться за официальной чертой бедности даже после финансовых перечислений на социальные нужды (эта доля колеблется от 10% в странах Северной Европы до почти 25% в Италии или в странах Балтии). Также известно, что условия жизни малообеспеченных слоев населения варьируют в значительной степени в пределах Региона и что бедность имеет, в целом, более тяжелые проявления в странах, где численность малоимущих наиболее высока. Дети и пожилые люди обычно подвергаются большему риску обнищания: согласно имеющейся информации, проблема безработицы затрагивает в большей степени мужчин, чем женщин, а также лиц в возрасте ниже 24 лет и старше 50 лет, по-видимому потому, что в наибольшей мере пострадал промышленный сектор.

18. К счастью, правительства большинства стран Европы, по-видимому, продолжают уделять значительное внимание вопросам социальной сплоченности и социальной защиты. Становится ясно, что кризис не только повлияет на условия и образ жизни людей, но также ускорит изменения и сдвиги в социальных нормах или экономической политике. Так, например, необходимость координированного глобального регулирования финансового и банковского секторов в настоящее время приобретает более широкое признание, а повышение государственного дефицита и государственного долга (что ранее считалось недопустимым) теперь рассматриваются как неизбежное зло, с которым следует мириться.

19. Интенсивные политические и технические дискуссии, происходящие в настоящее время, также уделяют внимание этическим аспектам текущего финансово-экономического кризиса. По мере того, как люди чувствуют себя более уязвимыми, восприятие социальных неравенств во многих странах, по-видимому, изменяется и становится менее абстрактным, при этом общественная реакция уже далеко не ограничивается критикой в отношении бонусов, выплачиваемых банковским спекулянтам, или “золотых парашютов” для представителей высшего руководства в сфере бизнеса. Опросы общественного мнения и социальные барометры сигнализируют о широко распространенном пессимизме и возмущении по поводу несправедливости; многие люди требуют, чтобы этические аспекты кризиса заняли более важное место как в политических дебатах, так и в процессе принятия финансовых решений. Заслуживает внимания тот факт, что вопрос о необходимости повышения уровня социальной справедливости занимает все более приоритетное положение в политической повестке дня именно в то время, когда Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья подчеркивает существующие социальные неравенства в отношении здоровья и призывает к сокращению имеющихся разрывов.

Вставка 1. Социально-экономические изменения и здоровье: примеры Эстонии (кризис в 1990 г.) и Финляндии (кризис в 1986–1994 гг.)

Не вызывает сомнения, что любые быстрые социальные и экономические изменения в переходный период будут иметь последствия для здоровья населения. В то же время масштабы, тяжесть и распределение этих последствий могут колебаться в значительных пределах, в зависимости от того, насколько общество и его учреждения готовы противостоять кризису и бороться с его последствиями и располагают возможностями для этого. Важное значение, как представляется, имеет наличие социальных систем защиты, полнота охвата ими, а также устойчивость функционирования системы здравоохранения (т.е. ее способность противостоять угрозам ее основополагающим ценностям, источникам финансирования и показателям деятельности). Хорошим примером таких различий могут служить Эстония и Финляндия, две страны со схожими социально-культурными условиями, однако с различиями в недавнем прошлом с точки зрения политической и социальной организации.

Эстония

Очевидно, что политические и социальные изменения в переходный период после распада Советского Союза, носили во многом особый характер. Их нельзя сравнивать с каким-либо другим экономическим кризисом, поскольку они охватывали также общие изменения всех социальных реалий. При изучении такого кризиса существует также вероятность того, что могут быть сделаны неправильные причинно-следственные выводы: причинные процессы, формировавшиеся на протяжении десятилетий, могут проявляться позднее и могут неправильно интерпретироваться в отношении более недавних периодов – например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Эстонии в 1980 г. (69,1 года) и в 1990 г. (69,5 года) была фактически ниже, чем в 1970 г. (70,0 лет). Кроме того, количественное соотношение различных образовательных категорий в рамках населения в большинстве стран изменилось, что оказывает влияние на любые сравнения.

С учетом всего вышесказанного, тем не менее, были проведены исследования, которые могут пролить некоторый свет на последствия экономического кризиса, имевшего место после того, как Эстония вновь вернула свою политическую независимость в 1991 г. Например, были проанализированы изменения в показателях смертности в зависимости от уровня образования с 1989 г. по 2000 г., чтобы оценить влияние изменений самих по себе, а также отдаленные эффекты развития ситуации до переходного периода в отношении групп с высоким, средним и низким уровнями образования. В течение первого десятилетия после повторного обретения независимости в Эстонии общая ожидаемая продолжительность жизни оставалась стабильной, хотя характеризовалась различиями в показателях смертности в зависимости от социально-экономического статуса, который определялся, в основном, уровнем образования. Смертность от всех причин снизилась во всех возрастных группах, в особенности среди лиц старше 60 лет, а также лиц с низким и средним уровнями образования, однако повысилась в группе лиц с высоким уровнем образования.

Важно отметить, что улучшение образовательной структуры препятствовало еще большему снижению ожидаемой продолжительности жизни – это означает, что жители Эстонии с высоким уровнем образования могут потенциально достичь более высоких показателей в отношении здоровья (в действительности, показатели здоровья значительно улучшились: ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла с 70,9 года в 2000 г. до 72,6 года в 2005 г. Хотя в значительном числе случаев причинами преждевременной смерти по-прежнему являются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, достигнуто значительное снижение показателей смертности в грудном возрасте – с 12,4 на 1000 живорожденных в 1990 г. до 8,4 в 2000 г. и 6,0 в 2005 г.).

Одним из важных выводов в отношении методологии является то, что анализы тенденций в области неравенств в отношении здоровья в странах Центральной и Восточной Европы должны учитывать изменяющийся состав населения. Как указывалось выше, не может быть сделано четких выводов в отношении причинно-следственных связей, так как помимо социальных потрясений и роста неравенства в отношении благосостояния (возможные недавние детерминанты), усиление различий может быть также связано с долгосрочными тенденциями, проистекающими из прошлого. Следует отметить в качестве гипотезы в контексте данного документа, что ухудшение ожидаемой продолжительности жизни в некоторых группах населения (тенденция, которая не отмечается в Финляндии или Испании) может быть связано с отсутствием систем социальной защиты, на создание которых у страны могло не быть времени, а также с распадом самой системы здравоохранения. В то же время отсутствие ухудшения таких показателей в Чешской Республике требует иного объяснения. Необходимо проведение дальнейших научных исследований.

Финляндия

Начиная с 1950-х годов социальная структура в Финляндии претерпела значительные изменения, частично связанные с чрезвычайно быстрыми темпами урбанизации. Доля фермеров значительно снизилась, в то время как численность служащих (значительная часть которых составляют женщины) увеличилась с течением времени. К другим одновременным изменениям социальной структуры относится рост уровня образования как среди мужчин, так и женщин.

В начале 1990-х годов наступил период экономической рецессии, вызвав впервые за несколько десятков лет рост безработицы, ставшей серьезной социальной проблемой. С конца 1970-х годов уровень безработицы колебался от 3% до 8%, однако в 1994 г. поднялся до 18%. Уровень длительной безработицы, в частности, увеличился до 27% в 1994 г.

Несмотря на это, показатели младенческой смертности в Финляндии в период с 1986 г. по 1994 г. снизились с 6,3 до 4,0 на 1000 живорожденных, а общее состояние здоровья населения оставалось стабильным или несколько улучшилось среди взрослого населения; таким образом экономическая рецессия и безработица не оказали существенного влияния на состояние здоровья населения Финляндии.

Изменения в социальном неравенстве в отношении здоровья, оцениваемое по классовым и образовательным различиям между финскими мужчинами и женщинами (используя в качестве показателей длительные заболевания, ограничивающие возможности человека, а также восприятие состояния здоровья как ниже, чем хорошее) были в большинстве случаев незначительными. Состояние здоровья населения в районе Хельсинки, являющимся наиболее развитым в стране, где проживает около одной пятой части всего населения, продолжало оставаться лучше, чем у населения остальной части страны, однако характер и уровень относительных социальных неравенств в отношении здоровья оставались в целом стабильными на протяжении восьмилетнего периода исследования. Показатели неравенств в отношении здоровья среди мужчин и женщин в конце изученного периода были ближе друг к другу, чем восемью годами ранее. В отношении различий между социальными классами, как среди работающих, так и безработных, наблюдались лишь незначительные изменения.

Можно высказать лишь предположения в отношении причин наблюдаемых основных тенденций в состоянии здоровья населения в течение периода структурных изменений в Финляндии. Возможны два основных объяснения. Во-первых, отрицательные последствия экономической рецессии для здоровья могут проявиться позднее – что является возможным объяснением в отношении хронических заболеваний длительного характера, ограничивающих возможности жизнедеятельности, однако в меньшей степени

способно объяснить высокосуъективный компонент самооценки состояния здоровья – либо в основе наблюдаемой тенденции могут лежать одновременные и разнонаправленные процессы (более высокий уровень образования, меньшая подверженность физическим травмам и т. д.). Кроме того, отрицательные тенденции в состоянии здоровья могут проявляться лишь в отношении социально ущемленных и уязвимых подгрупп. Во-вторых, полученные результаты могут объясняться наличием государственных институтов социальной защиты, принятием экономических и политических мер, а также достигнутыми в стране показателями социального обеспечения, которые оставались на удивление стабильными в течение данного периода. С точки зрения социального обеспечения это позволяет предположить, что страна развивалась хорошо, независимо от структурных изменений.

Это означает, что, несмотря на социально-экономические трудности и последующие структурные изменения, ценности, принципы и основы государства общего благосостояния (с хорошо развитой системой социальной защиты и системой здравоохранения, обеспечивающей всеобщий охват всеми основными службами) оставались неизменными и, таким образом, были способны противостоять внешним угрозам.

Можно допустить, что такие обобщения могут носить субъективный характер, и возможны альтернативные объяснения, и что такие причинно-следственные выводы, как минимум, рискованны. Тем не менее, примеры этих и других стран и полученный опыт требуют лучшего понимания смягчающей роли сильных систем социальной защиты и систем здравоохранения, а также мер политики, основанных на фактических данных.

Источники

Koppel A et al. (2008). *Estonia: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 10, No. 1).

Lahelma E et al. (1997). Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986–1994. *Social Science and Medicine*, 44 (6):789–799.

Lahelma E et al. (2001). Changing health inequalities in the Nordic countries? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (suppl. 55):1–5.

Leinsalu M, Vågerö D, Kunst AE (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32:1081–1087.

Manderbacka K et al. (2001). Structural changes and social inequalities in health in Finland, 1986–1994. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (suppl. 55): 41–54.

Shkolnikov V et al. (2006). The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:875–881.

Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, published on line 8 July 2009 (DOI:10.1016/S0140-6736(09)61124-7).

Vuorenkoski L (2008). *Finland: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 10, No. 4).

Наблюдаемые и потенциальные последствия для здоровья и систем здравоохранения

20. Из прежнего опыта мы знаем, что во время кризиса изменение объема ресурсов, доступных для систем здравоохранения (финансовые и кадровые ресурсы, лекарства и медицинское оборудование, текущие расходы и инфраструктура), изменение условий и образа жизни и потребительского поведения, а также изменение социальных норм и ценностей могут оказывать влияние на показатели здоровья населения и повышать риск возникновения у людей

финансовых трудностей, обусловленных нарушениями здоровья. В идеале, система здравоохранения может и должна решать три задачи: (i) защищать наиболее нуждающихся, (ii) уделять основное внимание тем областям, в которых достигается высокая эффективность и создаются дополнительные преимущества, и (iii) действовать в качестве разумного субъекта экономической деятельности в отношении инвестиций, расходов и занятости.

Вставка 2. Фактические данные о влиянии экономических кризисов и спадов на состояние здоровья и системы здравоохранения

Внутренние расходы на нужды здравоохранения

- Частные расходы на нужды здравоохранения почти всегда снижаются при снижении располагаемых доходов семьи.
- Государственные расходы на нужды здравоохранения нередко, но не всегда снижаются, частично в связи со снижением государственных доходов или непропорциональным урезанием бюджета на нужды здравоохранения. И в то же время правительства некоторых стран за последнее время увеличили расходы на нужды здравоохранения и социального сектора в период рецессии.
- Инвестиции в капитальные активы (инфраструктура, оборудование) откладываются, финансовые средства либо сберегаются, либо переносятся на другие категории расходов более актуального характера.
- При девальвации местной валюты импортируемые товары (например лекарственные средства и расходные материалы) становятся более дорогими в местной валюте и, таким образом, менее доступными по цене.

Использование служб здравоохранения

- Показатели использования служб здравоохранения, требующих оплату за свои услуги, снижаются – эти результаты отмечаются во всех странах.
- Происходит переход к использованию государственных и субсидируемых или некоммерческих организаций.
- Увеличивается дисбаланс между спросом на услуги здравоохранения в государственных учреждениях и нормированием предлагаемых услуг; качество предоставляемой помощи снижается в результате нехватки бюджетных средств и других ресурсов.

Смертность и заболеваемость

- Сообщения об отрицательном воздействии на состояние здоровья носят частый характер.
- В странах с низким уровнем доходов часто наблюдается рост показателей младенческой и детской смертности, а также распространенности дефицита микронутриентов и анемии среди женщин.
- В странах с более высоким уровнем доходов наблюдается рост психических заболеваний, самоубийств и иногда смертности среди взрослых мужчин.
- Более тяжелое бремя заболеваний испытывают малоимущие и уязвимые группы населения.
- В странах с хорошо функционирующей системой социальной защиты и помощи влияние на состояние здоровья носит умеренный характер или отсутствует, в зависимости от тяжести, продолжительности и глубины кризиса.

Источник

Основано на Evans, David, 2009, *The Impact of the Economic and Financial Crisis on Global Health* (Выступление на совещании высокого уровня по вопросам глобального кризиса, Женева, 19 января 2009 г.).

21. Для тех стран, где система здравоохранения финансируется через общие налоговые поступления, снижение ВВП и других экономических показателей может приводить к значительному уменьшению объема государственных средств для здравоохранения. В тех же странах, где основным источником финансирования являются отчисления из заработной платы в фонды медицинского страхования, рост безработицы по всей вероятности приведет к сокращению доходов, предназначенных для здравоохранения. Инфляция и снижение валютных курсов могут приводить к росту международных цен на лекарства и другие расходные материалы. Параллельное сокращение доходных статей и покупательной способности может вынуждать руководителей и организаторов урезать бюджеты, вводить или повышать оплату услуг пользователями, совместные платежи или другие формы частного финансирования, сокращать пакеты льгот или мириться с более длительными очередями на обслуживание.

22. Объективная суть, однако, заключается в том, что несмотря на, как минимум, ежеквартальное опубликование как детальных, так и комплексных экономических обзоров и прогнозов, непосредственное воздействие текущего многопланового кризиса на здоровье еще не вполне ясно. До настоящего времени имеющаяся информация и фактические данные относительно конкретного воздействия на отдельных людей, уязвимые группы и системы здравоохранения в целом, носят разрозненный и фрагментированный характер. Кроме того, эти данные с трудом поддаются систематизации и анализу; во многих странах существующие системы информации и мониторинга по-видимому не вполне отвечают потребностям руководителей в отношении этих важнейших вопросов.

23. Отмечены некоторые изменения в характере расходов систем здравоохранения. Европейский сектор здравоохранения² (в котором занято свыше 10% от общего объема трудовых ресурсов), по-видимому, не потерял много рабочих мест и фактически выступает в качестве стабилизирующей отрасли. Так же как и в США, в Европе здравоохранение – это один из очень немногих экономических секторов, где все еще создаются новые рабочие места. Кредитный кризис вероятно в большей степени нанес ущерб частным инвесторам в сфере здравоохранения или схемам медицинского страхования, а также ряду форм государственно-частных партнерств. Сокращения бюджетов и другие бюджетные меры со значительными последствиями для здравоохранения или других социальных отраслей, отмечены пока только в ограниченном числе стран, несмотря на наличие признаков того, что такие явления учащаются и достигнут более значительных масштабов в ближайшем будущем.

24. Снижение курсов валют приводит к росту цен на импортные лекарства и медицинское оборудование в соответствующих странах, что в первую очередь затрагивает менее обеспеченные из этих стран. Фармацевтическая индустрия, наряду с уже имеющимися проблемами, связанными с истечением срока действия патентов на наиболее популярные “репараты-бестселлеры” и ростом издержек на научные

² В наиболее общем плане, понятие “сектор здравоохранения” включает в себя собственно систему здравоохранения, в соответствии с определением, использованным на Таллиннской конференции по системам здравоохранения, здоровью и благосостоянию (“политических и институциональных рамках каждой страны система здравоохранения – это совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений, структур и ресурсов, предназначение которых – улучшать, сохранять или восстанавливать здоровье людей. Системы здравоохранения включают предоставление как индивидуальных, так и общественных услуг, а также действия по оказанию влияния на политику и деятельность других секторов, с тем чтобы в них уделялось необходимое внимание социальным, экологическим и экономическим детерминантам здоровья”), а также отрасли промышленного производства и общие службы, непосредственно связанные с данной системой.

исследования и разработки, сообщает теперь о трудностях в кредитовании и ожидает дополнительного давления в сторону снижения цен на лекарственные препараты.

25. Вне зависимости от того, связано ли это с безработицей, ожидаемое снижение семейных доходов может повлиять на объем частных расходов на здравоохранение и возможности семей оплачивать услуги здравоохранения. Известно, что ежегодно 150 миллионов человек в мире опускаются ниже черты бедности в связи с катастрофическими расходами семьи на медицинскую помощь в результате платежей за доступ к службам здравоохранения, однако до настоящего времени нет достоверных данных - хотя имеются отдельные факты – о сколько-нибудь значительном уменьшении финансовой доступности медицинской помощи в Европе (по сравнению с США, где уже отмечаются некоторые признаки, свидетельствующие о такой опасности). В ряде случаев сообщалось о снижении доступности дополнительного медицинского страхования.

26. Известно, что несоблюдение предписанного режима лечения болезни может, в качестве отдаленных последствий, приводить к росту ее распространенности, повышению частоты осложнений хронических состояний и случаев лекарственной устойчивости при инфекциях. Однако на сегодняшний день отмечены лишь ограниченные изменения в уровнях эффективного использования услуг здравоохранения и потребления лекарственных препаратов – это важный факт, поскольку в европейских странах со средним уровнем доходов наличные платежи за лекарства для пациентов с хроническими состояниями по-видимому являются наиболее серьезным фактором риска финансовой катастрофы, связанной с медицинской помощью.

27. Увеличение масштабов безработицы, ухудшение условий жизни миллионов людей и дополнительный стресс, обусловленный кризисом, могут вести к активизации менее здорового образа жизни или рискованных форм поведения – например, к росту потребления наркотиков и алкоголя. Известно, что даже незначительные изменения в сегодняшнем поведении человека, накапливаясь с течением времени, могут проявиться в показателях здоровья через ряд лет. Отмечаются признаки индивидуального изменения поведения, которые могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на здоровье. Например, имеются сообщения о росте потребления дешевой пищи быстрого приготовления, однако в ряде стран люди также стали меньше пользоваться личными автомобилями, предпочитая общественный транспорт и/или повышая уровень своей физической активности.

28. Несмотря на отсутствие четкой статистики по поводу последствий кризиса для миграции, нынешняя ситуация вероятно вызовет определенные изменения в характере миграции и мобильности: работники (и их семьи) будут перемещаться в страны, где возможности получить работу выше, или возвращаться домой из тех стран, где эти перспективы ухудшились. В соответствии с этим, прогнозируется глобальное снижение потоков финансовых средств от лиц, работающих за рубежом, которое однако вряд ли достигнет значительных масштабов (сохранится в пределах менее 6%), несмотря на то, что отдельные страны могут пострадать в большей степени, чем другие. В настоящее время отмечаются лишь очень небольшие изменения в отношении мобильности работников здравоохранения.

Преодолевая особо тяжелые времена

29. МВФ, Всемирный банк, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Европейская комиссия (ЕК) и ряд других организаций выступили с аналогичными экономическими прогнозами, согласно которым темпы экономического роста мире могут постепенно восстановиться в 2010 г., однако до меньшего уровня, чем в 2007 г. (до 2%). Вместе с тем эксперты сходятся во мнениях о том, что в современном

экономическом климате любым прогнозам свойственна весьма значительная степень неопределенности. Факторы риска многочисленны, условия финансового рынка потребуют времени для нормализации вне зависимости от принятых подходов, и в сфере производства решения о сокращении штатов обычно принимают быстрее, чем о наборе новых сотрудников. Современная ситуация не только не дает оснований для радужных прогнозов, но и не позволяет исключить возможность развития длительной и глубокой рецессии или даже депрессии.

30. По мере развития кризиса возникает ряд вопросов относительно возможных подходов и мер, направленных на его преодоление. Ведутся дискуссии о том, что в программах экономического восстановления следует отдавать предпочтение инвестициям, нежели стимулированию потребления. Другие вопросы касаются путей минимизации социального ущерба и защиты наиболее уязвимых группы и даже того, какую роль мог бы сыграть сектор здравоохранения в качестве отрасли экономической деятельности для оказания помощи странам по выходу из кризиса. Государства-члены рассматривают различные подходы к улучшению показателей деятельности и думают о том, следует ли воспользоваться настоящим кризисом в качестве удобного случая для осуществления радикальных и нередко давно откладываемых изменений в функционировании и общей структуре своих систем здравоохранения.

31. Последствия резкого ухудшения состояния государственных финансов для здравоохранения, по всей видимости, в полной мере можно будет ощутить в конце этого года, когда будут обсуждаться бюджеты на 2010 г. В условиях существующих уровней государственной задолженности более чем вероятно, что возможности для финансового маневра останутся ограниченными. Ухудшение государственного финансирования и вытекающее из этого сокращение бюджетного пространства могут вынудить правительства к принятию крайних мер адаптации и жесткой экономии. В предстоящие годы ресурсы для систем здравоохранения могут испытывать тяжелую нагрузку. Органы здравоохранения и соответствующие заинтересованные стороны должны будут пройти через особенно трудные времена в обозримом будущем, уделяя при этом внимание тому, что будет происходить после кризиса (для начала потребуются выплатить долги).

Вставка 3. Венгрия: противоречивые выводы по результатам изучения деятельности системы здравоохранения в условиях финансового кризиса 1995 г.

После политических перемен, произошедших в начале 1990-х годов, государственные расходы в Венгрии росли более быстрыми темпами, чем ее экономика. Хотя рост ВВП не стал отрицательным, к 1995 г. начался серьезный финансовый кризис. В попытке сбалансировать государственный бюджет были произведены значительные сокращения бюджетных средств для сектора здравоохранения; в период с 1994 г. по 1998 г. общие государственные расходы на здравоохранение (исключая инвестиции и общественное здравоохранение) сократились в реальном выражении на 26%. Выплаты денежных средств фондом медицинского страхования сократились в реальном выражении более чем на 50%, а выплаты на стоматологическую помощь – на 30%. Расходы на стационарную помощь сократились на 15%, а число больничных коек – на 20% (однако без значительного сокращения числа учреждений здравоохранения и фиксированных затрат). Бюджет на оказание первичной помощи и специализированной поликлинической помощи также сократился на 24%. Несмотря на это, число обращений пациентов к врачам не уменьшилось в отношении первичной помощи и даже возросло в отношении стационарной помощи (т.е. больницы стали более производительными под давлением финансовых ограничений).

Наиболее приемлемым объяснением является то, что финансовые стимулы в рамках новой сложной схемы платежей за стационарную помощь, основанных на числе случаев, способствовали получению такого результата; лучшее управление производственным

процессом стало основным источником роста производительности. Однако государственные инвестиции в капитальные активы сократились почти на 40%, приводя к задержке необходимых капиталовложений и ремонтных работ. Отмечались признаки проблем в отношении качества услуг (включая, в ряде случаев, качество клинической помощи). Уровень удовлетворенности работой системы здравоохранения снизился.

Расходы на лекарственные средства оставались стабильными, несмотря на предусмотренное планом сокращение их на 10%, возможно в связи с лоббистским давлением и маркетингом со стороны фармацевтической промышленности. В результате их доля в общих расходах сектора здравоохранения увеличилась (за счет других услуг здравоохранения). Число случаев долевого участия пациентов в расходах также увеличилось, в основном в результате более высоких доплат за лекарственные средства, что вместе со сказанным выше привело к общему росту сбыта фармацевтической продукции во время финансового кризиса. Единственной областью, где уровень расходов продолжал расти, были услуги диализа, которые предоставлялись почти исключительно частными учреждениями (они сумели договориться о росте цен даже в условиях значительного сокращения бюджетных средств на нужды неотложной помощи).

В то же время эти сокращения не привели к значительному ухудшению состояния здоровья населения. Хотя средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Венгрии была (и остается) далекой от самых лучших показателей в Европе при высоких показателях смертности от онкологических болезней и болезней печени/цирроза среди мужчин среднего возраста, ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении оставалась на одном уровне более чем 20 лет (66,3 года в 1970 г., 65,5 – в 1980 г., 65,0 – в 1991 г. и 64,5 – в 1993 г.) и затем начала довольно медленно возрастать (до 65,3 – в 1995 г., 66,4 – в 1997 г., 66,3 – в 1999 г. и 68,2 – в 2001 г.). Показатели младенческой смертности также были (и остаются) выше средних значений для стран ЕС (23,2 на 1000 живорожденных в 1980 г. и 15,6 – в 1991 г.; они снизились до 12,5 – в 1993 г., 10,7 – в 1995 г., 9,9 – в 1997 г., 8,4 – в 1999 г. и 8,1 – в 2001 г.).

Анализ расходов на нужды здравоохранения во время этого кризиса позволяет сделать некоторые другие интересные выводы. Во-первых, большое значение имеет исходная ситуация: высокие размеры денежных выплат и слишком большой больничный сектор открывали относительно большие возможности для сокращения средств без ущерба не только для показателей здоровья, но даже использования служб. Во-вторых, сильные механизмы сдерживания расходов единым плательщиком посредством платежей больницам по числу случаев с фиксированным максимумом позволяли добиться значительного роста производительности работы больниц (хотя в Венгрии система предоставления услуг впоследствии не была реструктурирована). В-третьих, относительно слабый контроль и регулирование со стороны государства привели к росту случаев неэффективного расходования средств на лекарственное обеспечение, о чем свидетельствует довольно высокий объем и цены, превышающие и без того высокие показатели стран Западной Европы.

Источники

Gaál P (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 6, No. 4).

National Health Insurance Fund Administration of Hungary (1994–1999). [Statistical yearbooks]. Budapest.

Orosz É et al. (1998). Hungarian health care system in transition: the unfinished agenda. In: Bokros L, Dethier J, eds. *Public finance reform during the transition: the experience of Hungary*. Washington DC, World Bank.

32. На сегодняшний день, несмотря на эпизодическое наличие в отдельных программах восстановления компонента “зеленых инвестиций” с потенциально позитивным влиянием на показатели здоровья в средне- и долгосрочном плане, в этих

программах практически отсутствуют наборы целенаправленных вмешательств, прямо относящихся к защите здоровья. Однако возможности, которые имелись в рамках первой волны программ экономического восстановления, были упущены, поскольку во многих из этих программ решение проблем, касающихся здоровья и окружающей среды, было отодвинуто на более поздние сроки. Инвестиции, адекватно учитывающие интересы здоровья и окружающей среды, могли бы помочь в экономии энергии, снижении уровня загрязнения окружающей среды, уменьшении рисков, связанных с угрозой инфекционных болезней, они могли бы более эффективно способствовать удовлетворению потребностей пожилых людей и уязвимых групп населения и значительно снизить определенные виды издержек как для семей, так и для общества в целом. Однако во многих странах, по-видимому, имеется потенциал для внедрения энергосберегающих технологий в инфраструктуру здравоохранения, что могло бы способствовать снижению текущих расходов отдельных медицинских учреждений и систем здравоохранения в целом. Снижение фиксированных расходов (на отопление, электроэнергию и т.п.) позволит отводить более значительную долю имеющихся государственных ресурсов на различные вмешательства в поддержку собственно оказания помощи пациентам (например, на закупку лекарственных препаратов и других медицинских расходных материалов).

33. Последствия кризиса для здоровья и систем здравоохранения будут проявляться по-разному в различных странах в соответствии со структурой экономики, характером зависимости от экспорта и/или колебаний курса национальной валюты, а также в зависимости от стратегических действий, предпринимаемых правительствами. Безусловно, не будет предложено универсальных рецептов или готовых подходов. В этих условиях будет необходимо разрабатывать индивидуальные решения для стран, с учетом их конкретных потребностей. Безусловно понадобится обмен информацией и опытом между странами и координация предпринимаемых мер, однако ключевым приоритетом должно стать оказание поддержки в подготовке и реализации конкретных страновых программ.

34. Опыт преодоления предыдущих кризисов призывает к тому, чтобы сохранять уверенность в будущем и проявлять решительность в действиях. Наихудший исход никогда не следует считать неизбежным, и кризисы также открывают правительствам возможности продвигать реформы, которые в обычной ситуации были бы политически мало реальными. Так или иначе, кризисы обладают потенциалом как позитивного, так и негативного воздействия на показатели здоровья населения и системы здравоохранения. Имеются также свидетельства того, что в критической ситуации люди способны разрабатывать весьма эффективные стратегии противодействия, которые продолжают приносить пользу в течение долгого времени после затихания шторма. Иными словами, даже если слово “кризис” имеет отрицательный оттенок, предполагая рост заболеваний и страданий, он непременно открывает определенные благоприятные возможности и дает шанс, который не следует упускать.

35. Помимо прочего, в отличие от прошлых экономических кризисов, правительства стран теперь более глубоко осознают жизненную важность сектора здравоохранения и значение здоровья для экономики. Благодаря проведенным кампаниям по внедрению принципов первичной медико-санитарной помощи, стратегий “Здоровье для всех” и учета интересов здоровья в политике всех секторов, деятельности Комиссии по социальным детерминантам здоровья и принятию Таллиннской хартии по системам здравоохранения для здоровья и благосостояния, в среде политического руководства стран Европейского региона ВОЗ получило широкое признание представление о том, что улучшение доступа к услугам здравоохранения – это один из наиболее эффективных путей сокращения масштабов бедности и социальных неравенств и что инвестиции в здоровье приносят пользу для упрочения социальной стабильности и развития экономики. Опыт Финляндии в период кризиса в 1990-х годах подтверждается

ежедневно, показывая, что во времена экономических потрясений надежные системы здравоохранения обеспечивают защиту людей и оберегают многих из них от необходимости нести катастрофические расходы, связанные с болезнью.

36. В предстоящие недели и месяцы еще остается шанс для повышения уровня готовности систем здравоохранения к надвигающейся буре. Как и в любой ситуации жесткого финансового дефицита, может оказаться неминуемым введение ограничительных мер (откладывание или пересмотр инвестиций, отказ от предоставления определенных видов услуг, повышение объемов соплатежей или удлинение очередей на медицинское обслуживание). Министерства здравоохранения должны выявить и согласовать основные направления, службы и мероприятия, для которых следует обеспечить полную гарантию сохранения; упрочить реалистичное понимание кризиса и консенсус по принимаемым решениям среди ключевых заинтересованных сторон; во многих случаях – приступить к незамедлительному внедрению давно необходимых, но трудно реализуемых ключевых реформ. В данном документе отражены некоторые концептуальные позиции относительно вышеперечисленных возможностей.

Вставка 4. Кыргызстан: создание универсальной системы финансирования здравоохранения для смягчения кризисов в будущем

Опыт Кыргызстана в качестве независимой страны характеризуется рядом последовательных экономических кризисов, некоторые из которых сопровождались ростом социальной нестабильности: “революция тюльпанов” в марте 2005 г., например, свергла находившееся в то время у власти правительство.

К 1995 г. финансовые сокращения привели к тому, что общие государственные доходы составляли лишь 15% ВВП (по сравнению с 41% в 1989 г.); к 1998 г. реальный уровень государственных расходов на нужды здравоохранения снизился вдвое по сравнению с 1991 г.; к концу 1990-х годов Кыргызстан был (и остается) классифицирован Всемирным банком как страна с низким уровнем доходов. Ситуация стала нестабильной; в 2000 г. более 21% расходов на нужды здравоохранения в рамках государственного бюджета приходилось на оплату расходов на электроэнергию, отопление и другие коммунальные услуги, оставляя мало средств для оплаты лекарственных препаратов и материалов.

Реструктурирование инфраструктуры было невозможным в связи с тем, что унаследованная система характеризовалась двумя важными особенностями: финансирование, основанное на нормах затрат, и фрагментированная структура (каждый уровень правительства осуществлял финансирование и управление своей собственной системой здравоохранения). Сочетание финансового спада с обширной инфраструктурой привело к образованию широкого разрыва между потребностями в финансировании и имеющимися средствами. В результате, хотя медицинская помощь формально была бесплатной, неофициальные платежи из собственных средств стали значительным барьером на пути к получению помощи и серьезным финансовым бременем для семей, нуждающихся в такой помощи.

Начиная с 1997 г. в стране была начата реформа, в рамках которой был создан Фонд обязательного медицинского страхования в качестве организации, способной обеспечивать объединение средств на национальном уровне и использовать новые информационные системы в качестве основы для перехода от методов платежей на основе затрат к платежам на основе конечных результатов. Была также создана единая информационная система больниц для всех пациентов, независимо от их страхового статуса. Это заложило основу для начала перехода к всеобщей системе в 2001 г. с введением единого плательщика: все общие бюджетные средства местных органов власти на нужды здравоохранения были объединены в каждом областном или региональном отделении Фонда обязательного медицинского страхования, который использовал эти средства для обеспечения всеобщего охвата населения области, используя методы оплаты

на основе результатов и расширенную автономию поставщиков услуг, что устраняло фрагментацию и стимулы к расширению мощностей.

Реформа, предусматривающая введение единого плательщика, была проведена во всех областях к 2004 г. В 2006 г. в ходе дальнейшей реформы объединение средств было централизовано на национальном уровне. Реформа предусматривает сочетание характеристик системы Бевериджа и Бисмарка, которые дополняют друг друга, обеспечивая всеобщий охват на основе гражданства/места жительства, предоставляя также дополнительные льготы (снижение совместных платежей и пакет лекарственного обеспечения для амбулаторного лечения) на основе долевых взносов для “застрахованного” населения. Это являлось адаптацией к условиям экономики с низким уровнем официальной занятости. В 2007 г., например, 84% государственных средств поступали из государственного бюджета, а 16% – за счет налога на заработную плату. Однако организовав объединение этих двух источников дополнительным образом, Кыргызстан добился быстрых успехов на пути к созданию всеобщей системы.

Снизив фрагментацию системы и решив проблему несогласованных стимулов в области бюджетирования, эти реформы привели к улучшению ситуации. Это проявилось в усилении справедливости: после централизации объединения средств в 2006 г. разрыв в государственном финансировании на душу населения между столицей и другими областями уменьшился во всех случаях, за исключением одного; финансовые барьеры для получения помощи (согласно анализам, проведенным в ходе обследований домашних хозяйств в 2001, 2004 и 2007 гг.) также постоянно уменьшались, при этом расходы за счет собственных средств снизились в особенности для двух квинтилей наименее обеспеченных групп населения; доля пациентов, осуществляющих неофициальные платежи, значительно снизилась для всех категорий расходов пациентов. Было также достигнуто повышение эффективности: число недостаточно используемых больничных зданий было сокращено более чем на 30% за первый год, а доля доходов больниц, направляемых на лечение пациентов (лекарственные средства, материалы, питание) удвоилась. Наконец, была достигнута большая прозрачность: финансовая нагрузка на больных, в особенности в отношении лекарственных средств и медицинских материалов, была снижена, а неофициальные платежи были заменены официальными совместными платежами.

В то же время в Кыргызстане предстоит проделать еще немало работы, так как имеющееся государственное финансирование все еще требует значительного участия в расходах со стороны частных средств. Постоянной задачей реформ в области финансирования здравоохранения остается дальнейшее усиление финансовой защиты.

Источники

Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A (2007). *Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan*. Bishkek, World Health Organization (Policy research paper 46, MANAS health policy analysis project).

Kutzin J et al. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:549–554.

Meimanaliev et al. (2005). *Kyrgyzstan: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 7, No. 2).

Ministry of Health (2008). *Mid-term review report: Manas Taalimi health sector strategy*. Bishkek.

37. Государства - члены Европейского региона ВОЗ выразили прочную приверженность укреплению своих систем здравоохранения на основе ценностей и принципов, согласованных в Таллиннской хартии (“активно претворять в жизнь общие ценности солидарности, справедливости и общественного участия – в политике

здравоохранения, в распределении ресурсов и других действиях, уделяя должное внимание удовлетворению нужд менее обеспеченных слоев населения и других уязвимых групп”). Необходимо должным образом принимать во внимание существующую социальную ситуацию при определении конкретных путей улучшения показателей здоровья на справедливой основе, обеспечения финансовой защиты, оперативности реагирования и повышения эффективности. Государства-члены должны внимательно изучить, как осуществляется предоставление услуг, обеспечиваются необходимые ресурсы, осуществляется финансирование служб и стратегическое управление единой системой всех государственных и частных организаций, учреждений и ресурсов, которые призваны улучшить, сохранить или восстановить показатели здоровья в рамках политической и институциональной системы в каждой стране.

38. Министерство здравоохранения, в качестве органа стратегического управления системой охраны здоровья, обязано предложить программу действий другим заинтересованным сторонам и всемерно содействовать продвижению таких государственных стратегий, которые уделяют важное внимание вопросам стратегического управления и финансирования здравоохранения, а также учитывают интересы здоровья и малоимущих слоев населения в деятельности всех секторов. Это имеет особенно большое значение в рамках обсуждений планов экономического восстановления с министерствами финансов в отношении доли бюджета, которую следует выделить на нужды здравоохранения и для других социальных секторов и которая не должна быть направлена лишь на рост экономических показателей или только на сохранение существующих рабочих мест.

39. Государства-члены предлагают ВОЗ играть ведущую роль в этой области, обеспечивая лидерство, предоставляя услуги, адаптированные к конкретным потребностям страны, и современную информацию/аналитические данные по вопросам здравоохранения, а также рекомендации путем ведения политического диалога со странами на основе инновационных подходов, обеспечивающих дополнительные преимущества. Многие из них выступают за проведение (i) добровольного сопоставительного анализа; (ii) совместной работы с участием заинтересованных стран по конкретным вопросам; (iii) всеобщего обмена информацией; и (iv) контроля за исполнением решений на основе минимального набора соответствующих общих показателей.

Вставка 5. Испания: кризис в 1990-х годах в условиях децентрализации после политических изменений

За последние три десятилетия в Испании произошли глубокие изменения, включая переход к парламентской демократии и широкой политической децентрализации. Были созданы 17 автономных общин, которые взяли на себя общую ответственность за предоставление услуг общественного характера, включая медицинскую помощь, и руководство ими.

В течение этого периода Испания также переживала экономические потрясения, которые сопровождались тяжелым экономическим кризисом в начале 1990-х годов в дополнение к структурным изменениям (“реконверсия промышленности”). После отрицательного годового роста на уровне -0,4% в 1979 г., в 1993 г. был зарегистрирован новый отрицательный показатель (-1,1%). По официальным данным о безработице по результатам “обследования активного населения”, публикуемым ежеквартально Национальным институтом статистики (INE), в 1980 г. впервые уровень безработицы достиг двузначной цифры (11,41%), дойдя до 21,45% в 1985 г. и до максимального значения 24,11% в 1994 г. Впоследствии официальные показатели безработицы оставались двузначными, и несмотря на активный экономический рост, снизились до однозначного уровня лишь в 2005 г. (9,13%).

Однако на протяжении этого периода показатели здоровья населения Испании улучшились. Уровень младенческой смертности сократился с 20,78 на 1000 живорожденных в 1970 г. до 12,41 – в 1980 г., 7,6 – в 1990 г., 4,38 – в 2000 г. и 3,46 – в 2007 г. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла, соответственно, с 72,88 года в 1970 г. до 75,6 – в 1980 г., 77 – в 1990 г., 79,49 – в 2000 г. и 80,34 – в 2007 г.

Хотя достоверность официальных данных об уровне безработицы в Испании часто подвергается сомнению, они, по-видимому, с определенной точностью отражают последствия кризиса – ничто не указывает на то, что, независимо от любых неточностей, ситуация была иной в какой-либо конкретный период.

Чем же объясняется расхождение между экономическими данными и данными озанятости, с одной стороны, и показателями здравоохранения, с другой? Вероятнее всего, это объясняется воздействием механизмов социальной защиты. Несмотря на развитие экономической ситуации, всему населению Испании услуги здравоохранения предлагались бесплатно по месту их получения. Обязательное страхование работников (“социальное обеспечение”) было начато в 1943 г., и с тех пор его объемы расширились, обеспечивая охват “лиц без финансовых средств” в 1989 г. и всеобщий охват примерно в 1991 г.

Передача услуг в распоряжение автономных общин в качестве региональных территориальных единиц с избранными органами власти легально гарантирует доступ к медицинской помощи для всех и включает обязательство устранять неравенства в отношении здоровья. Точный эффект децентрализации с точки зрения снижения неравенства в отношении здоровья остается неясным. Исследование, проведенное в период с 1980 г. по 2001 г. с использованием таких показателей, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении и младенческая смертность, показывает, что процесс децентрализации либо не повлиял на сближение показателей, либо привел к расхождениям в показателях здоровья. В действительности, в случае младенческой смертности показатели в некоторых провинциях, где они были изначально низкими, улучшились и превысили те, которые изначально находились в лучшем положении. Конечным результатом, однако, явилось большее расхождение показателей, чем первоначально. По мнению авторов, выводы, полученные по результатам данного исследования “должны быть проверены с помощью других исследований (...) с использованием альтернативных показателей или иной методологии, однако они представляют собой первый шаг на пути к пониманию сложной зависимости между показателями здоровья населения и территориальной децентрализацией, по крайней мере в институциональных условиях всеобщего охвата и финансирования системы здравоохранения на основе налогов”.

Источники

Duran A et al. (2006). *Spain: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 8, No. 4).

Freire Campo JM (2005). La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento [Population coverage by the national health system: importance and challenges of universalization and equity in insurance]. In: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible* [A new social contract for a sustainable national health system]. Barcelona, Ariel:61–99.

Montero-Granados R et al. (2007). Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980–2001). *Social Science and Medicine* 64:1253–1264.

SESPAS (2000). Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo [Informe SESPAS 2000: Public health faced with the challenges of a new century]. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública (http://www.sespas.es/ind_lib04.html, accessed 22 July 2009).

40. В целях прогнозирования рисков будет крайне важно регулярно проводить на национальном и международном уровнях анализ экономической и социальной ситуации и ее последствий для здоровья и систем здравоохранения. Во многих случаях существующие информационные системы в государствах-членах не могут своевременно предоставлять аналитическую информацию в области здравоохранения, необходимую для руководителей и других заинтересованных сторон. При поддержке ВОЗ на региональном уровне создается виртуальная сеть, платформа обмена информацией и “горячая линия”, для того чтобы облегчить доступ министерств и партнеров к соответствующей информации и консультативной помощи. Министерством и другим органам здравоохранения также может потребоваться перейти на работу “в кризисном режиме”, уделяя особое внимание таким процессам как оперативный сбор информации (включая и разрозненные факты), регулярный анализ ситуации, формулирование стратегических вариантов и предложений по антикризисным мерам и вмешательствам.

41. В условиях дефицита информации, как уже было указано выше, трудно прогнозировать с какой-либо точностью масштаб и характер последствий для населения государств-членов. Однако накопленный опыт и уроки, извлеченные из прошлых кризисов, помогают сосредоточить внимание на конкретных вопросах в целях прогнозирования предстоящих трудностей, анализа имеющихся возможностей и подготовки антикризисных мер. В Приложении 2 приводится ряд рекомендаций общего характера, содержащих определенные идеи, которые государства-члены могли бы использовать с учетом своих условий для формулирования предложений по возможным антикризисным пакетам мер в защиту здоровья и систем здравоохранения. Эти идеи были использованы в ходе обсуждений, состоявшихся до конференции в Осло в апреле.

Вставка 6. Соединенное Королевство: нормированное распределение по опыту прошлых кризисов – “экономия на мелочах и расточительность в крупном”?

В условиях серьезных финансовых ограничений или сокращения бюджета лица, принимающие решения на всех уровнях, нередко испытывают искушение прибегнуть к одному из следующих краткосрочных вариантов решений, которых следует избегать.

Пусть список ожидающих своей очереди увеличивается – сокращение объема услуг в целях снижения (переменных) затрат может в краткосрочной перспективе обеспечить некоторую, часто небольшую, экономию, однако маловероятно, что она приведет к сдерживанию расходов в более долгосрочной перспективе, поскольку: (i) снижается эффективность, так как меньший объем услуг предоставляется на единицу фиксированных затрат; (ii) задержка в предоставлении помощи может привести к ухудшению состояния больного и, таким образом, увеличить расходы на ведение болезни в целом; (iii) пациенты могут обращаться за получением помощи в другое учреждение, либо в частном секторе, либо за рубежом, что сведет к нулю любую экономию в целом; (iv) это серьезно влияет на уровень удовлетворенности пациента, и таким образом, увеличивает операционные издержки; (v) это вызывает обратный политический эффект, приводя к радикальным переменам или крупным реформам когда они, в сущности, могут и не требоваться, как показывает недавний опыт решения проблем, связанных с основополагающими ценностями и “структурными элементами” Национальной службы здравоохранения в Соединенном Королевстве.

Снижение качества – отказ от предоставления полного объема основных медицинских услуг, подкрепленных вескими доказательствами их эффективности (например стандартное лечение и протоколы ведения пациентов) должен увеличить расходы, а не обеспечить их сдерживание ввиду отдаленных результатов для здоровья (например медицинские ошибки) и последствий для служб здравоохранения (например рост числа случаев повторной госпитализации в связи с тем же эпизодом болезни), не говоря уже о серьезной угрозе безопасности пациента (например ятрогенные инфекции) и здоровью населения

(резистентность к антибиотикам), а также подрыву общественного доверия к системе.

Метод “выжженной земли” и экономия по принципу “постепенного урезывания” – урезывание расходов беспорядочного характера неэффективно и наносит вред, поскольку эти меры ориентированы на затраты, а не на “ценность”, и могут нанести непосредственный вред. Представьте себе экономию на расходах на реконструкцию или эксплуатацию больниц, проводимую повсеместно, которая сопровождается риском роста числа случаев постхирургических инфекций! Эти меры также могут поставить в невыгодное положение эффективно работающих и обеспечивать возможную экономию средств для тех, кто работает неэффективно.

Снижение заработной платы – хотя уровни заработной платы могут нуждаться в некоторой корректировке, они не должны подвергаться серьезному урезанию, что может вызвать уход с работы наилучших сотрудников и демотивировать других. Краткосрочными последствиями для тех, кто остается, будут удлинение рабочего дня, снижение производительности, демотивация, рост числа случаев невыхода на работу и т.д. Долгосрочными последствиями будет прием на работу и обучение нового персонала, восстановление морального духа и улучшение показателей деятельности.

Сокращение расходов на обучение – предыдущий опыт показывает, что плохо продуманная экономия на подготовке кадров не только снижает качество, в связи с чем может увеличивать общий объем затрат, но также ведет к нехватке кадров, когда ситуация улучшится и спрос на дополнительный персонал возрастет, что в долгосрочной перспективе приведет к увеличению фонда заработной платы.

Сокращение расходов на профилактику – снижение государственных расходов на профилактику в целях защиты лечебных служб всегда является ошибкой и может привести к катастрофическим последствиям.

Источник

Adapted from: NHS Confederation (2009). *Dealing with the downturn: The greatest ever leadership challenge for the NHS?* London (Future of leadership series, Paper 4).

42. Представленные ниже рекомендации сформулированы по итогам конференции высокого уровня, которая состоялась в Осло 1–2 апреля 2009 г.

1. Распределять материальные блага на основе принципов солидарности и справедливости.

Во всех странах Европы органы здравоохранения обеспокоены тем, что при нынешней экономической системе материальные блага не распределяются исходя из принципов солидарности и справедливости, и это препятствует улучшению здоровья населения. Руководители здравоохранения призывают осуществить такие изменения экономической системы, которые способствовали бы улучшению здоровья.

2. Увеличивать объемы официальной помощи на цели развития (ОПР) с тем, чтобы защитить наиболее уязвимых

Наиболее бедные страны являются и наиболее уязвимыми в плане ухудшения здоровья населения в условиях кризиса. Нынешний кризис требует увеличения, а не сокращения объемов ОПР.

3. Инвестировать в здоровье, чтобы повышать благосостояние; защищать бюджеты здравоохранения

Инвестиции в здоровье – это вклад в развитие человеческого потенциала, социальное благополучие и экономическое благосостояние людей. Улучшение здоровья позволяет улучшить социальное обеспечение. Инвестиции в

здравоохранение ведут к материальному благосостоянию. Необходимо защищать бюджеты здравоохранения, сохранять страховое покрытие лечения и кадры специалистов в течение всего времени экономического спада. Включать инвестиции, связанные с охраной здоровья и окружающей среды, в планы экономического восстановления.

4. “Каждый министр – это министр здравоохранения”

Способствовать практической реализации принципа “интересы здоровья во всех стратегиях”. Учитывать влияние всех политических реформ на здоровье и распределение материальных благ.

5. Сохранить услуги общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, дающие реальный эффект при наименьших затратах

Если будут сокращены расходы на здравоохранение, необходимо:

- сохранить расходы на программы общественного здравоохранения;
- сохранить расходы на первичную медико-санитарную помощь;
- сократить расходы на услуги, наименее эффективные с точки зрения затрат. Как правило, такие услуги входят в число наиболее высокотехнологичных, наиболее дорогостоящих услуг, предоставляемых в стационарах. Отложить осуществление планов капитальных вложений, предусматривающих установку дорогостоящего оборудования, и способствовать более широкому применению непатентованных лекарственных препаратов.

6. Добиваться проведения в жизнь принципа “больше денег на нужды здравоохранения и больше здоровья за потраченные деньги”

Добиваться того, чтобы на нужды здравоохранения выделялось больше денег и чтобы на выделенные деньги обеспечивалось улучшение состояния здоровья. Улучшать качество посредством прозрачного мониторинга и оценки показателей деятельности. Укреплять медицину на доказательной основе и повышать безопасность медико-санитарных услуг.

7. Укреплять базу всеобщего доступа к программам социальной защиты

Использовать кризис как возможность принятия более согласованных мер по укреплению базы всеобщего доступа к программам социальной защиты.

8. Обеспечивать всеобщий доступ к услугам здравоохранения

Использовать кризис как возможность обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Обеспечить систему социальных гарантий для наиболее уязвимых социальных групп.

9. Способствовать применению всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов

Стремиться к обеспечению справедливости в финансировании услуг здравоохранения посредством применения всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов.

10. Рассмотреть вопрос о введении или повышении налогов на табачные изделия, алкоголь, сахар и соль

Рассмотреть возможность укрепления здоровья населения путем проведения реформ общественного здравоохранения, в ходе которых были бы осуществлены меры структурного характера. Например, повысить налоги на табачные изделия, алкоголь и продукты с высоким содержанием сахара или соли. Это могло бы

помочь обеспечить финансирование систем социальной защиты и одновременно положительно воздействовать на здоровье населения.

11. Усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и обеспечивать соблюдение этических принципов при найме на работу

Мы должны признать, что даже при нынешнем кризисе сегодня не хватает кадров медицинских специалистов и что в будущем потребности в медицинских кадрах будут расти. Необходимо усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и местных работников здравоохранения сообразно с условиями на местах. Использовать кризис как возможность привлечения новых медицинских работников. Продолжать поддержку разработки этических норм и правил найма на работу в разных секторах и разных странах.

12. Поощрять активное участие общественности в разработке мер по смягчению последствий экономического кризиса для здравоохранения

Органы здравоохранения призывают к более активным консультациям с общественностью и к более активному ее участию в выработке, реализации и мониторинге исполнения решений, касающихся кризиса. Участие общественности может быть непосредственным (публичные дебаты, консультации с общественностью) или опосредованным, через представительные организации, объединения и профсоюзы.

Библиография³

European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2009). *Interim forecast, January 2009*. Brussels, European Commission
(http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim_forecast_jan_2009_en.pdf)

European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2009). *Joint report on social protection and social inclusion 2009*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm#2009)

International Labour Organization (2009). *Global employment trends January 2009*. Geneva
(<http://www.ilocarib.org.tt/portal/images/stories/contenido/pdf/LabourMarketInformation/get09.pdf>)

International Monetary Fund (2009). *World Economic Outlook, update 8 July 2009*. Washington DC

International Monetary Fund (2009). *Regional Economic Outlook: Europe, addressing the crisis, May 2009*. Washington DC

International Monetary Fund (2009). *Global financial stability report, 28 January 2009*. Washington DC

International Organization for Migration (2009). *The impact of the global financial crisis on migration*. Geneva
(http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/policy_documents/policy_brief_jan2009.pdf)

World Bank (2009). *EU 10 Regular economic report*. Washington DC

World Health Organization (2009). *The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation, 19 January 2009*. Geneva

WHO Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e91438.pdf>)

Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26 (4):972–983

³ Все веб-сайты – по состоянию на 22 июля 2009 г.

Приложение 1

Обзор ситуации в Европейском регионе ВОЗ

В настоящем документе дается краткая характеристика явлений и событий, связанных с глобальным финансовым и экономическим кризисом, которые происходили в Европейском регионе с момента обострения кризиса в 2008 г. В документе сделана попытка отразить разнообразие событий и общие тенденции, которые касаются секторов, имеющих наибольшее значение для охраны здоровья. В качестве основы в нем использованы отдельные примеры из ситуации в государствах-членах и информация, которая имела в открытой печати в феврале 2009 г.

Документ состоит из двух частей. Первая часть посвящена экономическим и социальным аспектам. В ней рассматривается динамика экономического роста, государственного долга, курсов валют, анализируется значение происходящих событий для рынка труда и социальной сферы и дается выборочный обзор ответных мер, предпринятых на сегодняшний день государствами. Во второй части рассматриваются аспекты, касающиеся сектора здравоохранения, и особое внимание уделяется финансированию здравоохранения, ресурсам систем здравоохранения и предоставлению и использованию медико-санитарной помощи.

В настоящем документе были использованы новейшие данные, имеющиеся в международных источниках, со следующими ограничениями: во-первых, в документе не ставилась цель дать исчерпывающий обзор ситуации. Во-вторых, между данными, касающимися состояния экономики и занятости, предоставленными правительствами, и данными, имеющимися в международных источниках, имеются существенные различия. В-третьих, данные, представленные в настоящем документе, не были подтверждены государствами - членами ВОЗ или Всемирной организацией здравоохранения. Учитывая быстро изменяющуюся ситуацию и ввиду отсутствия подтверждения статистической достоверности, при использовании всей информации и всех данных, содержащихся в настоящем документе, следует соблюдать осмотрительность.

Экономические и социальные аспекты

Тенденции экономического роста

В четвертом квартале 2008 года экономический рост во всех странах Европейского региона существенно замедлился, и в большинстве стран наступила рецессия.

Во многих странах Региона наблюдается спад промышленного производства вследствие сокращения спроса как на внешних, так и на внутренних рынках. Некоторые секторы пострадали сильнее других. Во многих странах Западной и Центральной Европы, в том числе в Чешской Республике, Франции, Германии, Италии, Португалии, Словакии и Швеции, трудные времена переживает автомобильная промышленность. В Исландии, Соединенном Королевстве, Франции, Испании, Швеции и Дании существенно ухудшилось положение на рынке жилья. Во многих странах Центральной и Восточной Европы, в том числе в Армении, Грузии, Венгрии, Польше и Чешской Республике, прекратился строительный бум, который в течение последнего десятилетия способствовал стабильному экономическому росту.

За последние шесть месяцев постоянно пересматривались в сторону снижения международные прогнозы показателей роста ВВП в 2009 г. в большинстве стран Региона (аналитическая служба журнала The Economist, 2009 г.). Особенно тяжелый удар пришелся

на Исландию и Литву, где рост ВВП сократился на 12%, и существенные отрицательные показатели роста также ожидаются в Ирландии, Эстонии и Латвии (табл. 1).

Государственный долг и дефицит государственного бюджета

Финансовый и экономический кризис вызывает – и, по всей вероятности, будет вызывать и дальше – серьезные последствия для государственных финансов в большинстве европейских стран. Во-первых, на государственные доходы влияет замедление роста и падение цен на сырьевые товары. Во-вторых, государства предпринимают чрезвычайные меры по поддержке финансового сектора (путем вливаний капитала, приобретения активов, открытия кредитных линий для финансовых учреждений и гарантий по задолженности финансового сектора). В-третьих, государства приняли пакеты фискальных стимулов. В результате этого ухудшается фискальный баланс и растет государственный долг. Это относится как к странам с высоким уровнем доходов, так и к странам со средним уровнем доходов (International Monetary Fund, 2009a).

В настоящее время размер государственного долга в процентах от ВВП среди стран Европейского региона ВОЗ больше всех у Италии – более 100%, за ней следуют Греция, Франция, Бельгия, Израиль, Норвегия и Венгрия (таблица 1). В 2009 году ожидается, что государственный долг превысит 60% от ВВП по меньшей мере в 12 странах, и некоторая часть этого долга связана с финансовыми обязательствами по пакетам экономических ответных мер. Согласно прогнозам, в Исландии в 2009 году государственный долг превысит 100% от ВВП (табл. 1). Во многих европейских странах последствия изменений в размерах государственного долга для государственных расходов, в том числе расходов на здравоохранение, будут иметь более долгосрочный характер.

Европейская комиссия ожидает, что в 2009 году дефицит государственного сектора экономики в Европейском Союзе (ЕС) возрастет более чем вдвое, от 2% от ВВП в 2008 году до 4,5% в 2009 г. Прогнозируется, что в нескольких государствах-членах этот показатель будет оставаться выше контрольного уровня в 3% от ВВП (European Commission, 2009).

Динамика валютных курсов

Существенная девальвация валюты в Центральной и Восточной Европе ведет к росту цен на товары, имеющие отношение к здоровью, такие как пищевые продукты, медицинские устройства и лекарственные средства. Девальвация имеет место, например, в Албании, Армении, Венгрии, Казахстане, Польше, России, Румынии и Сербии. С 2008 г. польский злотый и украинская гривна упали, соответственно, по отношению к евро примерно на 30%, а по отношению к доллару США примерно на 60%. Аналогичный эффект наблюдается в Исландии и в Соединенном Королевстве.

Последствия для рынка труда и социальной сферы

В большинстве стран Европейского региона ВОЗ растет безработица.

Многие компании закрываются или существенно сокращают масштабы своей деятельности. Основная часть сокращения занятости приходится на строительство и обрабатывающую промышленность, причем в большей мере сокращение затронуло мужчин. В Бельгии только в четвертом квартале 2008 г. обанкротилось почти 3000 предприятий. В Хорватии за первые два месяца 2009 г. работу потеряли 30 000 человек. В Сербии сообщается о росте числа увольнений в экспортно-

ориентированных отраслях производства, таких как производство пищевых продуктов, резины и пластмасс, а также металлов и химической продукции.

По данным Евростата (2008), Статистического бюро Европейских сообществ, в октябре прошлого года количество безработных в ЕС составляло 17,2 миллиона человек (7,1% активного населения), что превышало показатели июля 2008 года больше чем на полмиллиона человек. Значительный и быстрый рост уровня безработицы наблюдается в Эстонии (от 4,1% до 7,5%) и Испании (от 8,5% до 12,8%). В течение последнего квартала 2008 года потеряли работу более 80000 человек во Франции, причем здесь не учитывается сокращение временной занятости.

Ожидается, что в 2009 г. безработица превысит уровень 12% или приблизится к нему в Албании, Ирландии, Латвии, Хорватии, Грузии, Турции и Испании; а во Франции, Германии, Польше и Португалии этот показатель составит более 9%. По данным Unedic (the National Union for Employment in Industry and Commerce), только во Франции работу могут потерять около 450 000 человек. В таких странах, как Австрия, Португалия и Швеция, уровень безработицы выше среди молодых и пожилых людей, и он непропорционально выше среди людей, имеющих базовое обязательное образование.

В Боснии и Герцеговине уровень безработицы приблизился к 30%, в бывшей Югославской Республике Македония – к 33%, а в Сербии превысил 17%. В Сербии безработица среди молодых людей также связана с более высоким уровнем образования. В Сербии не имеют работы более 50% молодых женщин. Считается, что масштабы безработицы в ряде стран Восточной Европы занижены, потому что многие не регистрируются в качестве безработных или находятся в неоплачиваемом отпуске. В Сербии заметно выросло число людей, работающих не по найму, и считается, что они более уязвимы перед угрозой обнищания, чем работники государственного сектора.

В среднем по Европейскому региону ВОЗ происходит снижение заработной платы. В Исландии реальная заработная плата сократилась на 10%. Эстония сократила зарплату государственных служащих на 7%. В Венгрии тоже была сокращена заработная плата государственных служащих и отменены пенсионные льготы. Впервые с 2000 г. сообщается о сокращении заработной платы в Румынии. Ирландия пока сопротивляется сокращению фонда заработной платы в государственном секторе, но оно возможно. Вероятность такого сокращения существует также в Албании, Беларуси, Боснии и Герцеговине и Латвии. Ожидается сокращение возможностей трудоустройства для мигрантов, например, в Российской Федерации, куда приезжают сезонные рабочие из Армении, Азербайджана, Беларуси, Молдовы и Центральной Азии.

Сократилась трудовая миграция из Польши и многих других стран Центральной Европы, а возвращению мигрантов на официальные рынки труда своих стран препятствует напряженная ситуация на этих рынках (World Bank, 2008a).

Многим странам региона из-за финансового кризиса трудно достичь своих плановых показателей по снижению уровня бедности. По данным Всемирного банка, в число 40 стран, которые считаются наиболее уязвимыми перед угрозой роста бедности, связанного с финансовым кризисом, входят Кыргызстан, Узбекистан, Таджикистан и Туркменистан (World Bank, 2009). Высказывается беспокойство по поводу роста числа обедневших людей и значительной доли населения, живущей ниже черты бедности, в Сербии. В настоящее время здесь наблюдается новое явление – рост бедности среди городского населения. Число бедных людей в Словении (национальное определение бедности: люди, живущие менее чем на 221,70 евро в месяц) с ноября 2008 г. выросло примерно на 10% – с 40 450 человек до 44 340 человек и составило более 2% населения.

Одной из стран, где произошло наиболее резкое снижение благосостояния в Европейском регионе, является Исландия.

Рост безработицы, ухудшение условий труда и жизни и неудовлетворенность инициативами государства по смягчению последствий кризиса могут привести к дестабилизации обстановки в государствах-членах во всем Европейском регионе ВОЗ.

Таблица 1. Макроэкономический обзор¹.

Страны	Рост ВВП (% изменения)		Государственный долг (% от ВВП)		Безработица (%)	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Источник ²	(b)	(c)	(a)	(b)	(a)	(b)
Австрия	1,6	-1,6	60,3	62,1	3,8	4,3
Азербайджан	10,8	2,5	5,9	7,1	0,8	1,0
Албания	6	4	51,2		12,5	12,0
Андорра						
Армения	6,8 (a.)	1,1			6,3	
Беларусь	8,1	10,3			1,6	
Бельгия	1,2	-2,0	85,7	88,2	7,9	7,8
Болгария	5,4	-0,6	14,9	16,5	6,3	6,9
Босния и Герцеговина	5,0	1,5	40,0	43,0	29	
Бывшая югославская Республика Македония	4,9	1,0	29		33,5	35
Венгрия	0,4	-3,0	68,6	69,3	7,8	8,5
Германия	1,3	-2,4	64,2	69,8	7,8	9,2
Греция	1,1	-1,8	93,4	96,5	7,8	8,6
Грузия	7,0	2,5	29 ³	27,4 ³	13,6	14,0 ³
Дания	-0,9	-2,5	23,2	25,4	1,9	3,7
Израиль	4,1	0,4	79,7	83,9	6,1	7,6
Ирландия	-2,8	-4,8	31,8	48,2	6,9	11,9
Исландия	-3,5	-12,3	29	109	1,8	8,7
Испания	1,1	-2,9	39,9	51,9	11,3	14,8
Италия	-0,6	-2,5	105,4	110,3	6,7	8,5
Казахстан	3,2	0,3	9,0	15,7	6,6	7,6
Кипр	3,5	1,0	49	48	3,8	4,1
Кыргызстан	8,5	7,6	52,2	47,2	18	
Латвия	-4,6	-12,0	14,0	36,0	5,3	13,0
Литва ³	3,2	-8,0	12,8	12,9	4,5	8,6
Люксембург	0,6	-2,8	6,5		4,7	6,8
Мальта	2,5				6,4	
Монако						
Нидерланды	2,0	-2,1	41,7	43,6	4,0	5,2
Норвегия	1,5	-1,0	67,6	88,8	2,6	4,0
Польша ³	4,8	0,7	44,8	45,8	9,8	10,4
Португалия	0,3	-2,0	64,5	69,1	8,9	9,1
Республика Молдова	7,2	-1,0	21,9	28,8	1,5	2,6
Российская Федерация	5,6	-2,0	6,7	12,5	6,3	8,0
Румыния	7,7	-1,8	14,1	15,4	4,4	7,6
Сан-Марино						
Сербия	5,4	0,0	38,0	35,0	17,6	20,3
Словакия	6,8	2,0	35,3	37,9	7,7	9,0
Словения	4,0	0,5	23,0	28,5	6,7	8,1

¹ В таблице были использованы самые последние данные, имеющиеся в международных источниках. Между данными о состоянии экономики и занятости, взятыми из национальных и международных источников, существуют значительные расхождения. Данные, приведенные в таблице 1, не обязательно отражают позицию ВОЗ.

² Economist Intelligence Unit, Country Report February 2009 (или последние имеющиеся данные); а – фактически;

b - расчетные цифры; c - прогнозные цифры.

³ Данные из Национальных источников.

Соединенное Королевство	0,7	-3,6	52,6	62,8	5,7	8,0
Таджикистан	5,8	2,5			2,4	
Туркменистан	3,0	2,0			33,5	35
Турция	1,5	-1,5	39,6	40,3	10,2	11,0
Узбекистан ³	8,6	2,5	13,5	13,7	0,9	1,2
Украина	2,1	-6,0	10,0	11,4	3,0	4,0
Финляндия	1,6	-1,3	32,5	38,9	4,1	1,2
Франция	0,7	-2,5	65,4	71,0	7,4	9,0
Хорватия	2,2	0,4	48,9		13,7	14,9
Черногория	6,5	2,0	26,8	32 ³	14,7	
Чешская Республика	3,5	-2,0	27	30,2	5,4	7,3
Швейцария	1,8	-1,8	44,0	44,8	2,6	4,1
Швеция	0,5	-2,1	37,1	42,4	6,3	7,9
Эстония ³	-2,8	-5,0	4,3	5,8	5,3	7,3

Ответные меры правительств

В глобальном масштабе сумма всех пакетов финансовой помощи составляет около 2,8 триллионов долларов США. Многие страны Западной Европы предоставили своим банковским учреждениям прямую финансовую помощь – например, в Германии, Бельгии и Швеции в форме кредитных гарантий и стабилизационных мер для решения проблем ликвидности. Швеция опирается на опыт успешного вывода из кризиса своих финансовых учреждений в начале 90-х годов прошлого века (вставка 1).

Ставка 1: Использование опыта кризиса банковской системы 1992 года в Швеции

В 1992 году Швеция столкнулась с банковским кризисом, который был успешно преодолен путем передачи безнадежных активов независимому наблюдательному органу, что позволило найти выход из проблемы задолженностей и превратить активы в деньги. После кризиса государство вернуло свои вложения, продав национализированные им активы. Опыт Швеции признан в США образцовой моделью планов по выходу из финансового кризиса (Dougherty, 2008).

Большинство стран Западной Европы и несколько стран Центральной и Восточной Европы приняли планы стимулирования экономики, на реализацию которых будет потрачено 0,3% ВВП в Италии (там ожидается, что за этими планами последуют новые меры), 1,3% ВВП до 2010 г. во Франции, 3,4% ВВП до 2010 г. в Германии и 1,5% ВВП в Соединенном Королевстве (International Monetary Fund, 2009b). Расходы на эти цели составляют 1,5% ВВП в Азербайджане, 2% ВВП в Чешской Республике и целых 15% ВВП в Кыргызстане. План Кыргызстана предусматривает краткосрочные меры в области продовольственной безопасности, энергетики, социальной политики и финансирования здравоохранения. Кипр обязался выделить на пакет экономических стимулов 1% ВВП. Сербия утвердила пакет стоимостью 1,2 млрд. евро (около 0,5% своего ВВП).

Большинство планов по стимулированию экономики направлены главным образом на активизацию государственных инвестиций, содействие занятости и предоставление кредитной поддержки, а также на повышение частного спроса. Есть надежда, что частное потребление возрастет за счет снижения налоговых ставок, в том числе налога на фонд заработной платы (отчислений в фонд социального страхования). Страны ЕС-10⁴ приняли решение о немедленном выделении помощи в целях обеспечения ликвидности финансовых учреждений (World Bank, 2008a). Что касается инвестирования в планы по стимулированию экономики, тут их финансовые возможности более ограничены. Планы стимулирования экономики в

⁴ Болгария, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Словакия и Словения.

Германии, Венгрии и Чешской Республике предусматривают снижение взносов в фонд социального страхования здоровья, выплачиваемых работодателями (Венгрия) и работниками (Германия, Чешская Республика). Финляндия пошла на общее сокращение налогов в целях повышения занятости. Франция, Греция и Израиль начали или ввели сокращения налогов для групп населения с низким и средним уровнем доходов. Польша приняла решение о создании фонда солидарности, который финансируется за счет повышения акцизных сборов на алкоголь и импортируемые автомобили. Пособия, финансируемые из этого фонда, скорее всего будут ориентированы на уязвимые группы населения. Словения решила повысить акцизные сборы на алкоголь, табачные изделия и топливо.

Итальянский план предусматривает более скромные расходы, что обусловлено обеспокоенностью по поводу фискального дефицита. Это пример плана, ориентированного на уязвимые группы населения (вставка 2).

Вставка 2: Экономический план по поддержке уязвимых и особых групп населения в Италии

План предусматривает несколько мер, ориентированных на семьи и граждан с низким уровнем доходов, в том числе создание гарантийного фонда для семейных пар с новорожденными детьми, учреждение семейной премии, субсидий на приобретение молока и подгузников для младенцев, субсидий на выплату арендной платы, прекращение роста стоимости билетов на поезда регионального сообщения, а также замораживание тарифов за пользование платными дорогами и многое другое. Что касается занятости, то для поддержания механизмов социальной защиты выделено 1,2 млрд. евро, а для преподавателей и научных работников, работавших за границей и возвращающихся в Италию, предусмотрены стимулы в форме снижения налогов.

Эксперты по охране окружающей среды начали выступать за то, чтобы расходы, предусмотренные планами стимулирования экономики, увязывались с мерами по обеспечению экологической безвредности хозяйственной деятельности, направленными на снижение загрязнения окружающей среды выбросами углерода, посредством постановки краткосрочных целей (создание рабочих мест, помощь домашним хозяйствам в виде обеспечения доступности жилья и гибких цен на электроэнергию) и более долгосрочных целей (сохранение рабочих мест, снижение выбросов парниковых газов, повышение эффективности использования энергии, содействие экспорту продукции экологически чистых отраслей промышленности). Уровень выбросов парниковых газов будет оказывать более долгосрочное воздействие на здоровье. В 2007 г. Европейский Союз расширил свои обязательства по Киотскому протоколу и Рамочной конвенции ООН об изменении климата (РКИК), согласился к 2020 г. снизить уровень выбросов парниковых газов на 20% в сравнении с уровнем 1990 г., повысить долю возобновляемых источников энергии до 20% всех потребляемых в ЕС энергоносителей и повысить эффективность использования энергии на 20% (World Bank, 2009). Информации о том, будет ли реализация планов в области охраны окружающей среды отложена в связи с финансовым кризисом, пока нет.

По оценкам Программы ООН по окружающей среде, самыми экологичными являются планы по стимулированию экономики Китая и Южной Кореи (UNEP, 2009). В программах стимулирования экономики Германии и Соединенного Королевства на природоохранную деятельность выделяется около 13% и 7% финансовых средств, соответственно.

Международная помощь, предоставляемая государствам

Венгрия получила от Международного валютного фонда (МВФ), Всемирного банка и Европейского Союза (ЕС) пакет экстренной помощи в сумме 20 млрд. евро. Она также продолжает получать финансовую помощь от ЕС на реализацию нескольких программ в области общественного здравоохранения (в сфере онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний, охраны детства), что позволит до 2013 г. развивать предоставление медико-санитарной помощи (врачи общей практики, амбулаторное лечение) и информационную технологию. Латвия получила 7,5 млрд. евро.

В настоящее время рассматривается вопрос о выделении помощи Румынии. Международное сотрудничество в условиях финансового кризиса также активизировалось в Боснии и Герцеговине: здесь ЕС планирует оказать поддержку развитию инфраструктуры и малого и среднего бизнеса в размере 40 млн. евро. Будет ускорена реализация текущих проектов, финансируемых Всемирным банком, а также будут активизированы переговоры по новым проектам и консультации с другими международными финансовыми учреждениями.

Армения получает грант в размере 35 млн. долларов, предназначенный для поддержки занятости в сельских районах за счет строительства дорог и инвестиций в инфраструктуру (World Bank, 2009).

Украина договорилась с МВФ о выделении кредита в размере 16 млрд. долл. США для покрытия существующего дефицита финансовых средств. Сербия получит от МВФ заем в сумме 518 млн. долларов и будет искать дополнительной международной поддержки для сдерживания роста своего бюджетного дефицита. Беларусь получит заем в размере 2,46 млрд. долларов на 15 месяцев. Исландия получает от МВФ помощь в виде займа в сумме 2,1 млрд. долларов. Грузия обратилась за финансовой помощью к нескольким организациям.

Хотя и существует целый ряд мер по поддержке отдельных стран, но очевидно также и то, что общий поток международной денежной помощи нуждающимся странам сократится.

Аспекты, касающиеся сектора здравоохранения

Финансирование здравоохранения

Государственный бюджет и бюджет здравоохранения

Вследствие сокращения базы налоговых поступлений во многих странах можно ожидать пересмотра в сторону сокращения государственных бюджетов на 2009 г. и последующие годы.

Об изменениях в своих бюджетах, скорректированных с учетом доходной части, оказавшейся ниже ожидаемой, уже объявили Португалия, Бельгия, Эстония, Латвия, Литва, Венгрия, Словакия и Чешская Республика. Эстония, Латвия, Литва, Венгрия и Румыния также объявили о сокращении бюджетов сектора здравоохранения или намереваются сократить расходы для уменьшения дефицита бюджета. Бюджет здравоохранения Украины остается на уровне 2008 г. несмотря на инфляцию на уровне 21% и обесценивание местной валюты в 2008 г. Примерно на 3% сократила расходы на медицинское страхование Черногория, отчасти из-за сокращения своего базового пакета услуг первичной медико-санитарной помощи, покрываемых медицинской страховкой (в основном уменьшение страхового покрытия стоматологической помощи), вследствие проводимой реформы системы. Корректировка бюджета также ожидается в Молдове, Беларуси, Болгарии и Азербайджане, хотя в Азербайджане есть надежда, что Азербайджанский государственный нефтяной фонд покроет любые дефициты доходной части бюджета и что здравоохранение останется в числе приоритетных статей расходов.

Ряд стран в своих проектах на 2009 г. первоначально планировал рост бюджетов. Рост был объявлен в Армении (около 20%), Албании (около 4,7%), Грузии (около 21%), Литве (13%), Молдове (30%), Кыргызстане, бывшей югославской Республике Македонии и Турции. Однако большинство бюджетов составлялись на основании более ранних прогнозов поступлений и расходов, а с тех пор в них произошли большие изменения. Нельзя с уверенностью сказать, удастся ли сохранить этот рост. Некоторым из этих стран, возможно, придется довольствоваться лишь пятьюдесятью процентами тех поступлений, на которые они рассчитывали при составлении проектов своих бюджетов.

Ответные меры по обеспечению финансирования здравоохранения

В соответствии с особенностями своих систем, страны Западной Европы в настоящее время, по-видимому, рассматривают разные варианты преодоления последствий снижения доходов, необходимых для финансирования здравоохранения, и покрытия прогнозируемого дефицита финансовых средств на нужды здравоохранения. К ним относятся, например, увеличение государственных субсидий на социальное медицинское страхование, введение новых формул распределения средств для финансирования на региональном уровне и сдерживание расходов на предоставление медико-санитарной помощи. В системе децентрализованного финансирования здравоохранения, существующей, например, в Швеции и Италии, ввиду кризиса могут потребоваться определенные коррективы, связанные с перечислением средств из центрального бюджета и перераспределения их между регионами (вставка 3).

Вставка 3. Возмещение сократившихся объемов финансирования здравоохранения на уровне провинций в Швеции и Италии

В Швеции основную часть расходов на здравоохранение оплачивают советы муниципалитетов и округов, которые в качестве главного источника поступлений используют местные налоги. Большинство советов округов приняло решение повысить налоги еще в 2008 г. Но если сопоставить утвержденные ими бюджеты с сокращениями в прогнозируемых ныне поступлениях, можно предположить, что в 2009 г. они, тем не менее, могут оказаться перед проблемой дефицита бюджета, так как сокращения поступлений оказываются значительно больше, чем того ожидали в 2008 г. Поскольку дефициты должны быть сбалансированы в следующем году, решающим в этом отношении станет развитие ситуации в 2010 г., когда будет проводиться наблюдение над тем, как округам и муниципалитетам удастся устранять дефициты в своих счетах. Также важно будет наблюдать за распределением финансовых рисков между советами округов и различными вариантами преодоления этих рисков.

В Италии некоторым областям для финансирования бюджетов здравоохранения были выделены дополнительные ресурсы. Были также установлены новые нормы, чтобы области могли сравняться с плановыми показателями, принятыми для здравоохранения всей страны.

Уменьшены взносы по медицинскому страхованию в Чешской Республике; рассматривается также вопрос об уменьшении взносов в Венгрии. В 2007 г. Черногория приняла решение сократить ставки взносов по медицинскому страхованию с 12 до 10,5%. Германия и Австрия ввели государственные субсидии для покрытия растущего дефицита в системе социального медицинского страхования (вставки 4, 5).

Вставка 4. Меры по преодолению последствий резкого снижения поступлений в системе социального медицинского страхования в Австрии

Компании социального медицинского страхования в Австрии в 2008 г. сообщили о накопленном дефиците в сумме около 1,2 млрд. евро. В нескольких фондах медицинского страхования ожидают дальнейшего роста дефицита бюджета в 2009 г. вследствие продолжающегося роста расходов и снижения поступлений из-за нынешнего экономического спада. Планы правительства предполагают увеличение государственных субсидий, начиная с 2010 г., которое в сумме составит 450 млн. евро. Кроме того, должен быть создан структурный фонд, размер которого ежегодно будет составлять 100 млн. евро. Субсидии из этого фонда, выдаваемые медицинским страховым компаниям, будут ставиться в зависимость от показателей экономической эффективности.

Вставка 5. Новый централизованный фонд в Германии позволяет усилить влияние правительства в сфере социального медицинского страхования

В Германии кризис совпал с учреждением 1 января 2009 г. нового централизованного фонда, в котором на федеральном уровне будут объединяться все взносы по социальному медицинскому страхованию. Первоначально установлена стандартная ставка взносов (15,5% валового дохода до максимального уровня доходов), но ожидаемая база поступлений – рассчитанная в октябре 2008 г. на основе цифр за 2007 г. – была скорректирована в сторону уменьшения и учитывает сокращение общей суммы заработной платы, средних размеров заработной платы и занятости (Federal Ministry of Health, 2009). Второй план стимулирования предусматривает очередное вливание за счет налогов с целью снижения ставки взносов до 14,9%. Государственные субсидии системе социального медицинского страхования к 2012 г. постепенно будут увеличены до 14 млрд. евро (Federal Ministry of Health, 2009). Учреждение нового централизованного фонда облегчает проведение более централизованного мониторинга поступлений в системе социального медицинского страхования и расширяет возможности осуществлять перечисления из облагаемых налогами источников. Финансовый кризис может стать важным этапом проверки в процессе реализации намеченных планов.

В значительной степени будет затронуто страховое покрытие медицинских услуг и групп населения. В одних странах приняты планы расширения страхового покрытия, в других – планы его уменьшения. Например, Грузия расширила свою “Программу медицинской помощи” (полностью субсидируемый ваучер медицинского страхования, покрывающий пакет основных услуг медико-санитарной помощи, содержание которого определяет государство) еще на 200 000 человек, живущих за чертой бедности. В Словении в январе 2009 г. введено государственное обеспечение взносов по медицинскому страхованию для уязвимых групп населения. В Сербии из-за финансовых трудностей возникает риск прекращения страхового покрытия государством некоторых уязвимых групп населения. Однако министерство здравоохранения продолжает реализацию плана действий по охране здоровья живущих в стране цыган, которые относятся к самым уязвимым группам. Молдова в настоящее время рассматривает вопрос о модернизации своей системы государственного субсидирования взносов по медицинскому страхованию с тем, чтобы предоставлять более целенаправленную поддержку наиболее уязвимым группам.

Особую озабоченность по-прежнему вызывает роль частных источников финансирования в покрытии дефицита денежных средств, необходимых для финансирования здравоохранения. В Португалии была выдвинута политическая инициатива, согласно

которой предлагается отменить или уменьшить плату, взимаемую с пациентов в отделениях неотложной помощи и в стационарных учреждениях, а в Словении решается вопрос о снижении в целом платы за пользование медико-санитарными услугами, однако в большинстве стран Центральной и Восточной Европы доля частных источников в финансировании здравоохранения будет возрастать. Например, Эстония осуществляет комплекс мер по ограничению издержек, в который входит сокращение государственных административных расходов и уменьшение пособий по болезни. Кроме того, Эстония ввела налог на добавленную стоимость на лекарственные средства. Вопрос о повышении НДС и акцизных сборов рассматривается в Венгрии. Хорватия планирует повысить плату, взимаемую с пациентов за пользование лекарственными средствами (вставка 6). Латвия повышает плату за пользование услугами первичной и вторичной медико-санитарной помощи и вводит принцип совместной оплаты лекарственных средств. Грузия начинает реализацию программы добровольного медицинского страхования, субсидируемую государством (вставка 7).

Вставка 6. Правительство Хорватии планирует повысить плату за пользование медико-санитарными услугами и за рецепты и содействовать распространению дополнительного страхования

Для уменьшения дефицита в системе медицинского страхования правительство планирует увеличить на 20% размеры совместных платежей за лекарственные средства и плату за пользование услугами и поощрять потребление дополнительных услуг медицинского страхования. От совместных платежей и платы за пользование услугами будут освобождены особые группы населения, в частности, уязвимые и социально обездоленные группы. Повышение платы распространяется на лиц, имеющих медицинскую страховку без покрытия дополнительным государственным медицинским страхованием. Страховые взносы по дополнительному государственному медицинскому страхованию будут повышаться пропорционально доходам. Против этих планов выступают некоторые оппозиционные партии и примерно половина всех врачей общей практики в стране, которые опасаются, что повышение платы за рецепты и страховых взносов по дополнительному страхованию отпугнет пациентов от обращения за нужной им помощью.

Вставка 7. Программа частного медицинского страхования, субсидируемого государством, в Грузии

В марте 2009 г. Грузия учредила программу добровольного медицинского страхования, субсидируемого государством, которая покрывает неотложную медицинскую помощь и целый ряд услуг первичной медико-санитарной помощи для грузинских граждан в возрасте от 3 до 60 лет. Государством будет оплачиваться две трети страхового взноса. Страховой полис выдается частными компаниями медицинского страхования.

Ресурсы здравоохранения

Кадровые ресурсы

Картина обеспеченности здравоохранения кадровыми ресурсами довольно пестрая. Во многих странах Западной Европы сектор здравоохранения является одним из тех секторов, где в 2008 году отмечался рост численности специалистов. Например, в австрийской провинции Тироль сообщается об увеличении числа работающих медицинских специалистов в 2008 г. на 10%. Об общем увеличении числа трудоустроенных медицинских специалистов в 2008 г. также сообщается в Германии (было принято на работу 33 тысячи новых работников,

т.е. рост на 3,2%), хотя данные Федерального ведомства занятости показывают тенденцию к росту числа безработных врачей, стоматологов и других медицинских специалистов с ноября 2008 г. (без поправки на сезонные колебания).

В отношении роста уровня заработной платы медицинских работников принимаются самые разнообразные меры. В Болгарии и Венгрии заморожен уровень заработной платы медицинских работников в государственных больницах и в министерстве здравоохранения, Венгрия ввела снижение заработной платы на незначительную величину для тех медицинских работников, чьи заработки превышают определенный порог. В то же время Финляндия и Греция во исполнение соглашения с профсоюзами повысили уровни заработной платы медицинских работников. Должна повыситься на 7% зарплата медицинских работников в Румынии (Economist Intelligence Unit, 2009). В Словении осуществляется повышение заработной платы медицинских работников, которое было запланировано еще до кризиса, и ожидается, что это создаст трудности для бюджета медицинского страхования.

Поставщики медико-санитарной помощи

Пока у нас нет фактических данных о тенденциях к снижению возможностей поставщиков медико-санитарной помощи вследствие финансового кризиса. В настоящее время рассматривается вопрос о снижении числа больничных коек путем закрытия сельских больниц в Латвии, но против этих планов имеются серьезные возражения.

В Португалии осуществляемые в настоящее время реформы, касающиеся поставщиков первичной, вторичной и долгосрочной медицинской помощи, скорее всего продолжатся именно ввиду кризиса, поскольку ожидается, что они позволят получить дополнительные поступления в бюджет (Portuguese Republic, Ministry of Finance and Public Administration, 2009). Большинство стран в Регионе в настоящее время рассчитывают продолжать осуществление программ реформирования систем здравоохранения несмотря на кризис.

В нескольких странах Западной Европы, таких как Дания, Франция и Германия, в комплексах мер по стимулированию экономики большое внимание уделяется увеличению государственных инвестиций в развитие инфраструктуры, что может открыть возможность для финансирования капиталовложений поставщиков медико-санитарной помощи (вставка 8). Греция в своей инициативе по увеличению инвестиций в развитие инфраструктуры предусматривает содействие партнерским отношениям между частным и государственным секторами, включая государственные больницы, однако государственных средств на реализацию этих инициатив не хватает.

Вставка 8. Второй пакет мер стимулирования: возможности для инвестирования в больницы в Германии

За последние годы немецкие больницы накопили миллиарды евро в виде временно приостановленных инвестиций. Во второй пакет мер стимулирования входит программа инвестиций общим объемом 50 млрд. евро, из которых 10 млрд. евро выделяются на местные инвестиционные программы, откуда могут быть взяты средства для инвестирования в больницы любых форм собственности. Ожидается, что федеральные земли (а они отвечают за капитальное финансирование больниц) будут покрывать 25% инвестиционных расходов (Federal Ministry of Health, 2009).

Лекарственные средства

На рынок лекарственных средств финансовый кризис влияет повышающим воздействием на уровень цен. В Литве (вставка 9) ии рост цен связан с повышением налога на добавленную стоимость. Сообщается о повышении цен на лекарственные средства на

30% в Казахстане, Молдове и Украине. Общее повышающее воздействие кризиса на цены во всем Регионе усугубляется обесцениванием валюты в отдельных странах, как видно на примере Армении (вставка 10).

Вставка 9. Увеличение НДС в Литве вызывает рост цен на лекарственные средства и возрастание расходов на медико-санитарную помощь

В декабре 2008 г. Литва отменила льготную ставку НДС в размере 5% на лекарственные средства. Теперь они облагаются налогом по стандартной ставке 19%. В результате цены на лекарственные средства увеличились в декабре 2008 г. по сравнению с декабрем 2007 г. почти на 14%, а расходы на медико-санитарную помощь – на 10 %.

Вставка 10. Инфляция цен в Армении

Рост потребительских цен в 2008 г. сохранялся на довольно высоком уровне – 9%, однако в конце года снизился до 5,3%. Однако в марте 2009 г. Армения отменила фиксированный обменный курс армянского драма и ввела плавающий курс. Это вызвало немедленный рост цен на сырьевые товары, такие как нефть и продовольствие, на 20–30%. Есть опасение, что это повлияет на уровни цен на основные лекарственные средства, такие как антибиотики и вакцины.

Предоставление медико-санитарной помощи и пользование ею

Проблемы, касающиеся влияния кризиса на пользование медицинской помощью, только появляются. В Италии беспокойство в связи с угрозой лишения пациентов возможности получать стоматологическую помощь, которая традиционно связана с высоким уровнем платы за услуги и ложится тяжелым финансовым бременем на бюджеты домашних хозяйств, привело к тому, что на региональном уровне предпринята инициатива по сохранению доступа к стоматологической помощи для уязвимых групп населения (вставка 11).

Вставка 11. Региональная инициатива по противодействию угрозе лишения пациентов доступа к стоматологической помощи в Италии

Итальянское общество стоматологической помощи предупреждает, что нынешний кризис уже теперь отрицательно влияет на число пациентов, обращающихся за услугами стоматологического лечения. Это еще больше усиливает опасение негативных последствий для здоровья граждан в средне- и долгосрочной перспективе. Совет области Лацио в декабре 2008 г. начал осуществлять программу предоставления “социальной стоматологической помощи”, цель которой состоит в удовлетворении потребностей экономически неблагополучных групп населения.

Серьезное беспокойство по поводу повышения цен на медико-санитарные услуги и лекарственные средства отмечается в восточной части Европейского региона. Например, в Украине в первые два месяца 2009 г. цены на медико-санитарные услуги выросли более чем на 30% по сравнению с аналогичным периодом в 2008 г. Во многих странах Региона рост цен в значительной мере скажется на частных расходах на здравоохранение, которые могут иметь форму официальной платы за пользование услугами и совместных платежей, платы за лекарственные средства или неформальных платежей, и есть опасение, что это может удерживать пациентов от обращения за необходимой помощью по мере того, как она становится им не по карману. Еще до кризиса ВОЗ отмечала, что в 2005 г. доля частных расходов на здравоохранение в Албании, Азербайджане, Армении, Греции, Грузии, Кипре, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане превышала 50% от

общей суммы расходов (WHO, 2008). Уже сегодня различные последствия кризиса, в частности, появление факторов, способствующих снижению общих сумм государственных расходов, и растущие цены на основные вводимые ресурсы здравоохранения, такие как лекарственные средства, создают условия, которые могут вынудить страны Региона все больше полагаться на частные источники финансирования.

Образ жизни, влияющий на здоровье

Опасение вызывает и то, что цены на товары первой необходимости заставят потребителей изменить свой образ жизни, и эти изменения могут сказаться на их здоровье. Всемирный банк указывает на двойную опасность, исходящую от повсеместного роста цен на нефть и пищевые продукты, начиная с 2006 г. Рост цен будет угрожать здоровью домашних хозяйств, которые расходуют от 50 до 90% своих доходов на питание. Продовольственная ситуация имеет важнейшее значение для здоровья детей и молодежи, а также беременных и кормящих женщин (World Bank, 2008b). Несмотря на то, что в период с середины 2008 г. до начала 2009 г. цены на нефть упали, по мере дальнейшего углубления кризиса ожидается их существенное повышение (UNEP, 2009). А повышение цен на нефть вызовет дальнейший рост цен на пищевые продукты, поскольку цены на нефть влияют на издержки производства, распределения и перевозок. Продолжающийся продовольственный кризис привел к взвинчиванию цен примерно на 40% в Узбекистане и на 30% в Кыргызстане (вставка 12).

Вставка 12. Рост цен на пищевые продукты в Молдове и Кыргызстане

После засухи 2007 г. цены на пищевые продукты в Молдове в период с января 2007 г. по январь 2008 г. выросли на 60%. В мае 2008 г. уровень инфляции цен на пищевые продукты оценивался в 24%. В наиболее бедных домашних хозяйствах расходы на питание составляют 80% всех доходов домашнего хозяйства. Для поддержки сельскохозяйственного производства в 2007 г. правительство предоставило всем фермерам фиксированную единовременную субсидию.

В Кыргызстане инфляция цен на пищевые продукты в 2007 г. составляла около 32% – это самый высокий уровень в Европейском регионе. Правительство приняло программы выдачи биологически активных добавок к пище и выплаты денежных пособий бедным и уязвимым группам населения, включая беременных женщин и детей в возрасте до 5 лет. Продовольственный кризис, сезонный завоз топлива и модернизация сельского хозяйства потребуют примерно от 400 до 475 млн. долл. США (World Bank, 2008b).

Серьезную стратегическую проблему, вызывающую озабоченность в Европейском регионе, представляет бремя болезней, обусловленных употреблением алкоголя и наркотиков, и состояние психического здоровья, и кризис может спровоцировать дальнейшее обострение этой проблемы. В Швеции тем или иным расстройством психического здоровья страдает около 30 процентов населения (Ministry of Health and Social Affairs, 2009).

Аналогичное беспокойство вызывает проблема злоупотребления незаконными наркотиками. Например, в Италии появляются свидетельства возможной связи между ростом употребления психоактивных веществ на основе героина и финансовым кризисом (вставка 13).

Вставка 13. Может ли рост числа задерживаемых партий героина в Италии быть связан с кризисом?

Выдвинута гипотеза о причинно-следственной связи между потреблением героина в Италии и нынешним кризисом: высказывается мнение, что наркоторговцы, по-видимому, стремятся наводнить рынок наркотиками, вызывающими у потребителей сильную зависимость, такими как героин, чтобы обеспечить себе более стабильный источник доходов. Похоже, что эту гипотезу подтверждает рост числа партий героина, задерживаемых полицией, а также повышение спроса на услуги по лечению наркозависимости в лечебно-профилактических учреждениях.

В целом же фактических данных о последствиях финансового и экономического кризиса для здоровья населения и систем здравоохранения на сегодняшний день во всем Регионе мало. Отсюда следует, что необходимо продолжать систематические и непрерывные наблюдения за этими последствиями.

Библиография⁵

- Dougherty C (2008). Stopping a financial crisis, the Swedish way. *New York Times*, 22 September 2008 (http://www.nytimes.com/2008/09/23/business/worldbusiness/23krona.html?_r=4&em&oref=slogin)
- Economist Intelligence Unit (2009). *Country reports*. London (http://countryanalysis.eiu.com/country_reports). (примечание: для получения докладов необходимо внести абонентскую плату.)
- European Commission (2009). *Interim forecast January 2009*. Brussels (http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim_forecast_jan_2009_en.pdf).
- Eurostat (2008). Euro area unemployment up to 7.7%. *Eurostat news release: euroindicators*, 28 November 2008:167 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PRE_REL_YEAR_2008/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2008_MONTH_11/3-28112008-EN-BP.PDF).
- Federal Ministry of Health (2009). *Maßnahmenpaket der Regierung stabilisiert Gesundheitssektor in schwierigen Zeiten* Bonn (http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/pm27-01-09.html?__nnn=true) (press release 27 January 2009).
- International Monetary Fund (2009a). *The state of public finances: outlook and medium term policies after the 2008 crisis*. Washington DC (<http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/030609.pdf>).
- International Monetary Fund (2009b). *The size of the fiscal expansion: an analysis for the largest countries*. Washington DC (<http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/020109.pdf>).
- Ministry of Health and Social Affairs (2009). *Sweden's strategy report for social protection and social inclusion 2008-2010*. Stockholm (<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/11/42/69/1009c964.pdf>).
- Portuguese Republic. Ministry of Finance and Public Administration (2009). *Stability and Growth Programme 2008-2011. January 2009 update*. Lisbon (http://www.min-financas.pt/inf_economica/PEC_2008-2011_En.pdf).
- UNEP (2009). *The environmental food crisis*. Nairobi (http://www.unep.org/pdf/FoodCrisis_lores.pdf).
- WHO (2008). *National health accounts*. Geneva (http://www.who.int/nha/country/nha_ratios_and_percapita_levels_2001-2005.xls).
- World Bank (2008a). *EU10 regular economic report, October 2008*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/258598-1225385788249/EU10+Main+Reportoct08.pdf>).
- World Bank (2008b). Rising food and fuel prices: addressing the risks to future generations. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMMEXT/Resources/Food-Fuel.pdf?resourceurlname=Food-Fuel.pdf>).
- World Bank (2009). *The global economic crisis: Assessing vulnerability with a poverty lens*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/NEWS/Resources/WBGVulnerableCountriesBrief.pdf>).

⁵ Все веб-сайты – по состоянию на 24 марта 2009 г.

Приложение 2

Общие рекомендации для антикризисных мероприятий

- Создайте в составе министерства здравоохранения антикризисное подразделение с функциями сбора и анализа информации в режиме реального времени, оперативного рассмотрения стратегических вариантов и обсуждения (при необходимости) вопросов технической реализуемости и экономических аспектов потенциальных практических мер. В максимально возможной степени переориентируйте работу и перераспределите ресурсы в целях обеспечения гарантированного продолжения основных видов деятельности, а также наращивания или расширения мер, направленных на поддержку малообеспеченных слоев населения
- То, каким образом осуществляется вмешательство, иной раз не менее важно, чем его содержание; постоянно держите в курсе дела все заинтересованные стороны. Еще до того, как вы завершите окончательную подготовку стройного “антикризисного пакета”, сформулируйте аргументы в поддержку информационно-разъяснительных мероприятий, проводимых среди других участников государственного управления, основных заинтересованных сторон и партнеров. Поддерживайте постоянный диалог с профсоюзами, ассоциациями потребителей и другими структурами в целях построения консенсуса, а также для того, чтобы постоянно “держать руку на пульсе” общества по вопросам, относящимся к кризису.
- Старайтесь всемерно улучшать механизмы прямых контактов (даже если они уже и без того неплохие) в рамках правительства и поддерживайте особенно тесные связи между министерствами здравоохранения и финансов. Добивайтесь сохранения бюджетов здравоохранения и включения в планы экономического восстановления инвестиций, направленных на защиту здоровья и окружающей среды – особенно тех, что способствуют снижению издержек.
- Пересматривайте существующие планы и программы развития на предмет снижения расходов на сложное оборудование и инфраструктуру и наращивайте поддержку таким видам деятельности, которые характеризуются более интенсивными потребностями в кадрах. Пересматривайте профессиональную структуру и обновляйте требования к квалификации персонала, чтобы обеспечить большую эффективность работы в условиях кризиса.
- Тщательно отслеживайте и по мере целесообразности старайтесь поддерживать уровень найма в секторе здравоохранения. При условии экономической эффективности рассматривайте варианты вовлечения сотрудников в предоставление услуг профилактической и первичной помощи. Ведите переговоры с профсоюзами и представителями коллективов сотрудников и разрабатывайте инициативы по развитию помощи на дому и других служб для пожилых и наиболее уязвимых слоев населения.
- Готовьтесь к перераспределению ресурсов в целях обеспечения наиболее важных приоритетов здоровья и систем здравоохранения. В частности, перераспределяйте фонды так, чтобы обеспечить работу по профилактике инфекционных болезней, включая иммунизацию и предупреждение вспышек.
- Повышайте готовность всех заинтересованных сторон к более бережливому расходованию ресурсов, так чтобы достигать большего при меньших затратах. В частности, изучайте возможности и предпринимайте меры по снижению расходов на лекарства и медицинское оборудование. Разрабатывайте и проводите кампании бережливости среди работников здравоохранения, нацеленные на продвижение всех форм экономии (электроэнергии, лекарств и т.д.). Рационализируйте

деятельность и организационные структуры, чтобы избежать дублирования. Используйте экономию от масштаба и координацию действий.

- Содействуйте созданию или совершенствованию работы групп поддержки по управлению лечебно-профилактическими учреждениями в целях разработки конкретных технических рекомендаций и оказания непосредственной помощи руководителям больниц, центров первичной помощи и других лечебно-профилактических учреждений в процессе адаптации к новым условиям путем сокращения расходов, но с соблюдением гарантий качества и безопасности.
- Выявляйте и анализируйте варианты действий по поддержанию и расширению доступа населения к необходимым медицинским услугам. По мере необходимости, осуществляйте пересмотр пакетов услуг с целью исключения необязательных видов помощи, так чтобы наиболее экономически эффективные услуги оставались доступными для всех. Используйте результаты научных исследований для дополнительного разъяснения причин спорных решений, если это необходимо.
- Напоминайте всем о важности сокращения неравенств в отношении здоровья (как подчеркнуто в выводах Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья и в положениях Таллиннской хартии), включая анализ и мониторинг их причин с использованием надежных показателей здравоохранения, а также путем улучшения доступа к услугам здравоохранения в целях снижения риска бедности. Социальные и экономические стратегии оказывают воздействие на то, насколько справедливо показатели здоровья распределены в пределах социального спектра и каков уровень защиты от неблагоприятных последствий, связанных с нарушениями здоровья.