



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

**СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
ГЛОБАЛЬНОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА:
ПОСЛЕДНЯЯ ИНФОРМАЦИЯ О СИТУАЦИИ В**

ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Осло, Норвегия, 17–18 апреля 2013 г.

Фото на обложке:

«Фрам» (по- норвежски Fram - «вперёд») - норвежская деревянная парусно-моторная шхуна, специально построенная для нужд полярных исследований, в частности, длительного дрейфа в паковых льдах. Конструктор – Колин Арчер, автором проекта был Фритьоф Нансен, строительство велось под наблюдением Отто Свердруп. От самой постройки судно было государственной собственностью. На «Фраме» в 1893–1912 годах были совершены три экспедиции к Северному и Южному полюсам.

В ходе этих экспедиций шхуна достигла широт 85° 57' с. ш. и 78° 41' ю. ш., дрейфовала в паковых льдах Центральной Арктики, что превзошло достижения деревянных строений того времени.

Шхуна «Фрам» экспонируется в музее Фрама в Осло, Норвегия.

Материал из Википедии, свободной энциклопедии

Дизайн и форматирование произведено кампанией

Phoenix Design Aid, Denmark



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

**СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
И БЛАГОСОСТОЯНИЯ В КОНТЕКСТЕ ПОЛИТИКИ
ЗДОРОВЬЕ-2020:**

РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛОЖЕНИЙ ТАЛЛИННСКОЙ ХАРТИИ 2008 Г.

Таллинн, Эстония, 17–18 октября 2013 г.

Ключевые слова

HEALTH FINANCING
HEALTH POLICY
HEALTH SERVICES
HEALTHCARE REFORM
HEALTHCARE SYSTEMS
PUBLIC HEALTH
UNIVERSAL COVERAGE

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	I
Введение	1
Цели и задачи совещания	1
Заседание 1: Влияние экономического спада на итоговые показатели здоровья населения и системы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ	3
Кризис как испытание на приверженность ценностям социальной справедливости, солидарности и всеобщего охвата услугами здравоохранения	3
Борьба с последствиями экономического кризиса в контексте основ политики и стратегии Здоровье-2020	4
Критический анализ фактических данных	5
<i>Пленарная дискуссия</i>	8
Заседание 2: Взаимное влияние между налогово-бюджетной политикой и политикой в отношении финансирования здравоохранения	10
Последствия кризиса для налогово-бюджетной политики и государственного финансирования секторов здравоохранения и социального обеспечения	10
<i>Дискуссия группы экспертов в формате круглого стола</i>	12
Заседание 3: Кризис как благоприятная возможность для реформирования систем здравоохранения: краткосрочные результаты и видение долгосрочной перспективы	15
Выживание в условиях жесткой экономии: поможет ли повышение рациональности?	15
<i>Дискуссия группы экспертов в формате круглого стола: опыт стран</i>	16
<i>Заказной доклад</i>	19
<i>Пленарная дискуссия</i>	20
Заседание 4: Общественное здравоохранение и профилактика	21
Может ли нас спасти профилактика? Экономические аспекты вмешательств в области общественного здравоохранения	21
<i>Дискуссия группы экспертов в формате круглого стола</i>	23
Заседание 5: Сильные системы здравоохранения: готовы и устойчивы к неблагоприятным условиям	26
Основные тезисы конференции и рекомендации ВОЗ в отношении политики	26
<i>Мнения государств-членов</i>	27
Заключительные замечания и закрытие	28
Приложение 1. Итоговый документ: проект для консультации	29
Приложение 2. Список участников	36

РЕЗЮМЕ

В апреле 2009 г. Правительство Норвегии принимало организованное ВОЗ совещание высокого уровня по вопросу «Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ». За прошедшее с тех пор время кризис во всем Регионе углубился и оказал пагубное воздействие на государственные финансы многих государств-членов. Учитывая быстро меняющуюся экономическую и политическую обстановку, Европейское региональное бюро ВОЗ приняло решение созвать повторное совещание по этой же проблематике, которое состоялось в Осло 17-18 апреля 2013 г.

Цели этого совещания состояли в следующем:

- проанализировать воздействие продолжающегося экономического кризиса на здоровье населения и системы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ;
- извлечь из этого стратегические уроки, касающиеся трех широких тем:
 - » сохранение и укрепление социальной справедливости, солидарности и всеобщего охвата услугами здравоохранения;
 - » механизмы адаптации к меняющимся условиям, с акцентом на повышение рациональности;
 - » повышение готовности и устойчивости систем здравоохранения к неблагоприятным условиям;
- наметить рекомендации в отношении политики и предложить государствам-членам рассмотреть их и, возможно, в будущем принять на их основе политические обязательства.

Тему первого заседания раскрыли г-н Jonas Gahr Støre, министр здравоохранения и социальных услуг Норвегии, который выступил с докладом об экономическом кризисе как испытании на приверженность ценностям социальной справедливости, солидарности и всеобщего охвата услугами здравоохранения, и г-жа Zsuzsanna Jakab, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, которая в своем выступлении рассматривала кризис в контексте основ политики и стратегии Здоровье-2020. Затем на заседании был сделан обзор последствий кризиса для здоровья населения и функционирования систем здравоохранения. Было рассмотрено, каким образом кризис и принимаемые в связи с ним ответные меры политики влияют на итоговые показатели здоровья населения, и определены стратегии и инструменты, которые требуются для отслеживания и смягчения негативных последствий. Участники заседания также рассмотрели трудности и благоприятные возможности, которые создает кризис для систем здравоохранения, проанализировали ответные меры политики и обсудили их значение для функционирования систем здравоохранения. На заседании была подчеркнута роль различных вариантов политики в решении непростой задачи обеспечения финансовой устойчивости и особо выделена важность наличия сильных лидеров и стратегического руководства.

На втором заседании рассматривался вопрос о взаимном влиянии между налогово-бюджетной политикой и политикой в отношении финансирования здравоохранения в



условиях экономического спада. В бюджете большинства европейских государств расходы на здравоохранение являются второй по величине статьёй расходов и поэтому становятся одной из первых жертв сокращения бюджета. Однако в ответственной налогово-бюджетной политике принимаются во внимание потребности населения в услугах здравоохранения, тем более во время экономического спада, когда потребность в услугах возрастает. Ответственное управление бюджетами здравоохранения, наоборот, может помочь избежать диспропорций в бюджете страны. В среднесрочной перспективе для развития экономики и социальной сферы бюджетная устойчивость должна быть восстановлена, и это требование должно соблюдаться все секторы государственного управления (в том числе и сектор здравоохранения). Однако бюджетное пространство для здравоохранения не является статичным: оно зависит от приоритетов государства, налоговой политики и результатов функционирования самой системы здравоохранения.

На третьем заседании участники рассматривали кризис как благоприятную возможность для проведения реформ системы здравоохранения: в этих условиях страны могли бы добиваться положительных эффектов в краткосрочном плане, стремясь при этом осуществить свое видение долгосрочной перспективы. Было высказано мнение о том, что повышение рациональности в работе систем здравоохранения может смягчить последствия жесткой экономии, но только в том случае, если лица, формирующие политику, будут направлять усилия на улучшение итоговых показателей и поведения врачей, признавать и изменять пассивное поведение учреждений, финансирующих здравоохранение действовать осторожно (предпринимая научную оценку новых направлений политики и ожидая противодействия со стороны потенциальных проигравших). Затем члены группы экспертов – представители Австрии, Греции, Ирландии, Испании, Латвии и Португалии рассказали об опыте своих стран в осуществлении ответных мер в связи с экономическим кризисом. С заказным докладом выступил представитель Европейской комиссии.

На четвертом заседании участники рассматривали проблемы общественного здравоохранения и профилактики. В первом докладе был сделан вывод о том, что выбор действенных вмешательств (многие из которых предполагают существенные элементы профилактики), конечно, может помочь ограничить расходы систем здравоохранения, однако придется выбирать между профилактикой и лечением, между видами лечения и между более заметными и менее заметными людьми и группами населения. Во втором докладе было подчеркнута, что экономический кризис – это серьезная проблема для итоговых показателей здоровья и социального благополучия населения, и частью решения этой проблемы может быть общественное здравоохранение. Издержки теперешнего бездействия могут быть значительными. Как показывают фактические данные, профилактика вполне оправдывает затраты на нее и может приводить к экономии денег: небольшие вложения сулят большие выгоды. Члены группы экспертов – представители Венгрии, Республики Молдова, Словакии, Финляндии, Эстонии и сети EuroHealthNet, объединяющей органы общественного здравоохранения стран ЕС, затем поделились своими мыслями о том, как разделить порой сокращающийся бюджет общественного здравоохранения и профилактики так, чтобы добиться наибольшей отдачи на вложенные средства.

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ резюмировала основные тезисы конференции и десять рекомендаций, касающихся политики, которые содержались в «итоговом документе»:

- Краткосрочные меры политики в условиях нехватки средств должны соответствовать долгосрочным целям и реформам системы здравоохранения.
- В налогово-бюджетной политике в положительно выраженной форме должно учитываться ее влияние на здоровье населения.
- Системы социальных гарантий и стратегии в отношении рынка труда должны смягчать негативные последствия финансового и экономического кризиса для здоровья населения.
- Ответные меры политики здравоохранения имеют большое значение для итоговых показателей здоровья, доступа к медицинской помощи и финансового бремени населения.
- Необходимо защищать от сокращений финансирование услуг общественного здравоохранения.
- В налогово-бюджетной политике необходимо избегать продолжительных и чрезмерных сокращений бюджета здравоохранения.
- Системы здравоохранения, имеющие высокие показатели эффективности и отличающиеся большей рациональностью, в условиях кризиса оказываются лучше подготовленными и более устойчивыми к неблагоприятным условиям.
- Для того, чтобы более глубокие структурные изменения в системах здравоохранения привели к экономии ресурсов, потребуется время.
- Для того, чтобы гарантировать доступ к услугам, необходима методично и надежно работающая система информационного обеспечения и мониторинга.
- Подготовленные и устойчивые к неблагоприятным обстоятельствам системы здравоохранения являются в первую очередь результатом надлежащего стратегического руководства.

ВВЕДЕНИЕ

1. В апреле 2009 г. Правительство Норвегии принимало организованное ВОЗ совещание высокого уровня по вопросу «Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ». За прошедшее с тех пор время кризис во всем Регионе углубился и оказал пагубное воздействие на государственные финансы многих государств-членов. Учитывая быстро меняющуюся экономическую и политическую обстановку, Европейское региональное бюро ВОЗ приняло решение созвать повторное совещание, чтобы проанализировать новейшие фактические данные о том, как были затронуты кризисом системы здравоохранения, рассмотреть ответные меры политики, принятые правительствами стран, и оценить общее воздействие кризиса на системы здравоохранения и итоговые показатели здоровья населения.
2. Совещание, которое проходило 17–18 апреля 2013 г. в Осло, открыла директор Европейского регионального бюро ВОЗ г-жа Zsuzsanna Jakab. Участников совещания (см. Приложение 2) приветствовал г-н Jonas Gahr Støre, министр здравоохранения и социальных услуг Норвегии.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СОВЕЩАНИЯ

3. Директор отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Hans Kluge заявил, что цели совещания заключаются в следующем:
 - рассмотреть воздействие продолжающегося экономического кризиса на здоровье населения и системы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ;
 - извлечь стратегические уроки, касающиеся трех широких тем:
 - » сохранение и укрепление социальной справедливости, солидарности и всеобщего охвата услугами здравоохранения;
 - » механизмы адаптации систем к меняющимся условиям, с акцентом на повышение их рациональности;
 - » повышение готовности и устойчивости систем здравоохранения к неблагоприятным условиям;
 - наметить рекомендации в отношении политики и предложить государствам-членам рассмотреть их и, возможно, в будущем принять на их основе политические обязательства.
4. Было отмечено, что от совещания ожидаются три результата:

- более глубокое понимание влияния мер жесткой экономии на здоровье населения и системы здравоохранения;
- определение ключевых направлений действий в области политики для решения нынешних и будущих проблем, созданных кризисом, и
- рекомендации, которые должны быть вынесены на рассмотрение Европейского регионального комитета ВОЗ.

ЗАСЕДАНИЕ 1. ВЛИЯНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СПАДА НА ИТОГОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Кризис как испытание на приверженность ценностям социальной справедливости, солидарности и всеобщего охвата услугами здравоохранения

5. Представляя тему первого заседания, г-н Jonas Gahr Støre напомнил, что в 1993 г. Всемирный банк опубликовал доклад о мировом развитии «Инвестирование в здравоохранение», ознаменовавший смену экономической парадигмы, в котором была документально подтверждена связь между макроэкономикой и здоровьем населения и был сделан вывод о том, что инвестирование в охрану здоровья идет на пользу экономике в целом. Развивая положения этого доклада, Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здравоохранению (созданная в январе 2000 г. по распоряжению прежнего Генерального директора ВОЗ д-ра Гру Харлем Брундтланд) установила явную связь между экономическими стратегиями и итоговыми показателями здоровья населения. В 2009 г. европейские государства-члены ВОЗ провели в Осло совещание с целью обсуждения того, что было тогда серьезным кризисом в финансовом секторе, который ставил государственные бюджеты в сложное положение. Один из выводов, сделанных на том совещании, заключался в том, что важно обеспечить всеобщий доступ к медико-санитарной помощи, в частности, при решении вопроса о принятии мер в связи с сокращениями бюджета. Однако времена изменились, и за прошедшие с тех пор годы кризис распространился на более широкую сферу экономики, в результате чего многие страны Региона переживают длительные периоды отрицательного роста экономики, тогда как бедность и безработица, особенно среди молодежи, достигли максимального уровня. Теперь вопрос заключается в том, как превратить кризис в нечто конструктивное, разумно определить приоритеты и добиться того, чтобы не было произвольных сокращений бюджетов, и воспользоваться возможностью для осуществления столь необходимых структурных перемен.

6. Когда внешние условия вызывают необходимость перемен, важно соблюсти четыре принципа: социальная справедливость, или необходимость сделать так, чтобы любые осуществляемые изменения не увеличивали социальной несправедливости; налаженное функционирование системы первичной медико-санитарной помощи, доступной всем гражданам; профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения, для чего потребуются, чтобы министры здравоохранения придерживались межсекторального принципа и работали вместе с другими министрами («Охрана здоровья – слишком важное дело, чтобы отдавать его на откуп одним министрам здравоохранения»), и инновации в здравоохранении, внедрение новых технологий, структур и методов работы. Независимо от кризиса, в предстоящие годы всем европейским странам придется принимать трудные решения, касающиеся

определения приоритетов, чтобы обеспечить долговременную устойчивость своих систем здравоохранения.

Борьба с последствиями экономического кризиса в контексте основ политики и стратегии Здоровье-2020

7. Г-жа Zsuzsanna Jakab отметила, что финансовый и экономический кризис ставит под угрозу улучшения показателей здоровья населения, достигнутые в последние десятилетия во всем Европейском регионе ВОЗ, и усугубляет трудности более долгосрочного характера, перед которыми стоят системы здравоохранения. Умножая факторы социального отчуждения, повышая уязвимость и истощая способности психосоциальной адаптации людей и сообществ, кризис расширяет разрыв в показателях здоровья внутри стран и между странами. Поэтому Европейский региональный комитет ВОЗ на своей шестидесяти второй сессии, прошедшей в сентябре 2012 г., принял новую основу европейской политики здравоохранения Здоровье-2020, цель которой состоит в значительном улучшении здоровья и благополучия населения европейских стран, снижении неравенств в отношении здоровья и обеспечении устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на интересы и нужды людей.
8. При разработке политики Здоровье-2020 был использован огромный объем фактических данных, собранных в ходе двухлетнего процесса выработки и интегрирования информации, общения с государствами-членами и партнерами и выполнения заинтересованными сторонами экспертных оценок. В частности, для изучения влияния экономического кризиса на здоровье населения и системы здравоохранения было проведено два обследования ответных мер в области политики, принимаемых в связи с кризисом всеми пятьюдесятью тремя государствами-членами ВОЗ в Европейском регионе, а также выполнен обзор опубликованной литературы и официальных баз данных и проведены углубленные исследования некоторых стран (эти исследования еще продолжаются). Помимо аналитической работы, проводимой с целью наращивания базы фактических данных, ВОЗ активизировала своё взаимодействие с государствами-членами по вопросам финансовой устойчивости систем здравоохранения еще двумя способами:
 - стимулированием диалога по вопросам политики и мероприятий по организации посредничества в передаче знаний с целью распространения имеющихся на сегодняшний день фактических данных и обмена идеями и опытом относительно ответных мер в области политики и уроками на будущее
 - предоставлением странам прямой технической помощи.
9. Стало очевидно, что после первоначального финансового шока и резкого снижения валового внутреннего продукта (ВВП) в странах Региона в 2009 г. наступил продолжительный кризис: во многих странах ухудшилось состояние государственных финансов и государственный долг в процентах от ВВП в пострадавших от кризиса странах резко увеличился. В результате многие правительства столкнулись с резким ростом стоимости заёмных средств. Одновременно произошел быстрый рост безработицы, особенно в Европейском союзе (ЕС). Сектор здравоохранения является крупнейшим работодателем, и на его долю в 27 странах, входящих в ЕС (ЕС27), приходится около 10% ВВП. Безработица является самым значительным

отдельно взятым фактором, посредством которого финансовые кризисы прямо ведут к повышению риска нездоровья, но фактические данные также свидетельствуют о возрастании и других факторов риска или заболеваний (таких как алкогольное отравление, цирроз печени, нарушения психического здоровья и суицид). Однако известно, что вмешательства с целью повышения занятости населения и обеспечения доступа к медицинским и другим социальным услугам могут смягчать эти негативные последствия: расходы на социальное обеспечение (включая здравоохранение) в расчете на душу населения ассоциируют с более существенным снижением смертности, чем соответствующий рост ВВП на душу населения.

10. Таким образом, на данном совещании нужно будет поднять и обсудить целый ряд проблем и вопросов, а именно: как сектор здравоохранения может более рационально расходовать имеющиеся ресурсы; как можно отслеживать с большей точностью последствия экономических спадов для здоровья населения; как можно оградить от сокращений финансирование общественного здравоохранения; как можно сохранить гарантированный доступ к услугам здравоохранения; как можно улучшить защиту бедных и уязвимых и как сделать системы здравоохранения более устойчивыми к неблагоприятным условиям?

Критический анализ фактических данных

11. Министр здравоохранения Украины д-р Раиса Богатырёва, выступая в качестве председателя, представила двух основных докладчиков и ведущего последовавшей затем пленарной дискуссии, отметив, что в условиях глубокого кризиса необходимо твердо придерживаться ценностей и целей, которыми всегда вдохновлялись медицинские работники: это увеличение продолжительности жизни людей и улучшение качества их жизни. Болезни являются следствием целого комплекса проблем; для решения этих проблем большое значение имеют здоровый образ жизни и равенство возможностей, и в усилиях по укреплению здоровья населения должно принимать участие всё общество, как определено в Целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (ЦТР).
12. David Stuckler, ведущий руководитель исследовательских программ, Оксфордский университет, Соединенное Королевство, отметил, что разные страны принимают в связи с экономическим кризисом разные ответные меры. Однако в Европейском регионе ВОЗ можно увидеть некоторые широкие закономерности: в пакетах мер жесткой бюджетной экономии, реализованных странами в 2009–2011 годах, были предусмотрены существенные сокращения государственных расходов в таких областях, как культурно-бытовое обслуживание, здравоохранение, образование и социальная защита. В последней из перечисленных областей наибольшие сокращения коснулись поддержки семьи, пособий по безработице и инвалидности. Таким образом, баланс бюджетов поддерживался за счет наиболее уязвимых групп населения. Как отметила директор Регионального бюро, в краткосрочном плане последствия мер жесткой бюджетной экономии для здоровья населения проявились в росте самоубийств и депрессии, возрастании обусловленного алкоголем вреда, вспышках инфекционных болезней и ограниченном доступе к медико-санитарной помощи. Можно ожидать, что в долгосрочном плане последствия будут включать повышение риска развития

сердечно-сосудистых заболеваний, развитие лекарственной устойчивости и рост расходов на медико-санитарную помощь.

13. В опубликованном недавно рабочем документе Международного валютного фонда (МВФ)¹ было отмечено, что налогово-бюджетные мультипликаторы оказались значительно выше, чем подразумевали в своих исходных допущениях авторы прогнозов. Иными словами, была допущена недооценка негативного влияния мер жесткой бюджетной экономии на потерю рабочих мест и в целом на экономику. И наоборот, было установлено, что больший объем государственных расходов привел к более высоким темпам восстановления экономики. Следуя примеру таких политиков, как Аньюрин Бивен (министр здравоохранения, ответственный за создание в 1948 г. Национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства) и Франклин Д. Рузвельт (который в период с 1933 г. по 1936 г. учредил ряд экономических программ помощи, восстановления экономики и реформ в Соединенных Штатах Америки, получивший название «Новый курс»), д-р Stuckler призвал к принятию «нового Нового курса», который должен состоять из трех составных частей: во-первых, «не навредить»; во-вторых, помочь людям вернуться на работу и, в-третьих, инвестировать в общественное здравоохранение.
14. Д-р Sarah Thomson, представитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, сообщила, что недавно было проведено новое обследование основных информантов в 47 странах в Европейском регионе ВОЗ, которым был задан вопрос о том, что страны сделали в ответ на кризис², а также были завершены новые ситуационные исследования семи стран³, в которых изучался вопрос о том, почему и как были приняты меры и каков был их эффект. В очень многих странах, помимо других сдерживающих факторов, таких как неопределенность экономических перспектив, ограниченность времени для принятия действенных мер и отсутствие информации и кадрового потенциала, произошло сокращение государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения, причем в некоторых странах это сокращение происходило целых три года подряд. Их опыт можно оценить с точки зрения значения кризиса для трех аспектов функционирования систем здравоохранения: финансирование, доступ к медицинской помощи и рациональность.
15. Что касается первого из этих аспектов (адекватное, стабильное и справедливое финансирование), кризис предоставил возможность продемонстрировать полезность автоматических «стабилизаторов» или противочиклических мер, отменить налоговые субсидии, от которых больше всех выигрывают более состоятельные люди, и расширить базу поступлений. Некоторые страны и в самом деле действовали оперативно и приняли меры к тому, чтобы защитить бюджет здравоохранения, рынок труда и малообеспеченных людей; однако совершенно очевидно, что введение критерия нуждаемости усугубило финансовые трудности и что критическим фактором все же являются ответные меры политики (а не автоматические стабилизаторы).

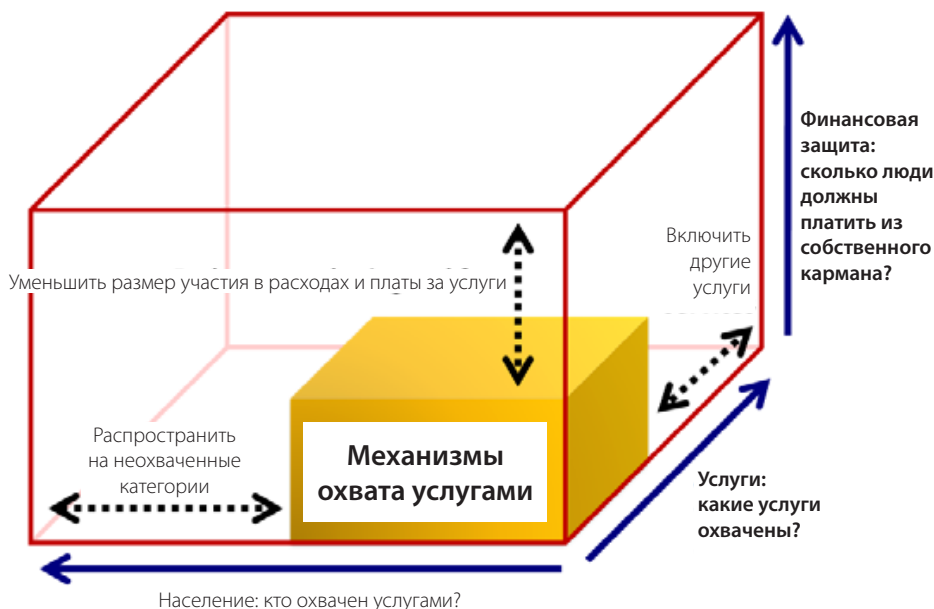
¹ Blanchard O, Leigh D. *Growth forecast errors and fiscal multipliers*. Washington, International Monetary Fund, 2013 (working paper WP/13/1).

² Под ред. Mladovsky P et al. *Меры, предусматриваемые в политике здравоохранения в Европе в ответ на финансовый кризис*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Краткое изложение принципов № 5, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/185056/e96643-final-Rus.pdf, по состоянию на 23 января 2014 г.).

³ См., например, Thomson S et al. eds. *Health system responses to financial pressures in Ireland: policy options in an international context*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (Observatory Studies Series 31).

16. Доступ к действенной медицинской помощи можно наглядно представить в трех измерениях: охват населения, охват услуг и финансовая защита (см. рис. 1).

Рис. 1



17. В ходе обследования было установлено, что в 22 из 47 стран не было никаких изменений в правах населения на пользование услугами; в 12 странах охват населения был расширен, а в 4 странах охват был уменьшен. В 13 странах не было никаких изменений в пакете льгот и услуг, в 12 странах произошло его расширение, а в 14 странах – сокращение. Картина в отношении платы за пользование медицинскими услугами оказалась более пестрой: никаких изменений не произошло в 10 странах, в 6 странах было достигнуто улучшение охвата, в 11 странах плата за услуги была увеличена, в 12 странах последствия были смешанными. В целом тенденции к улучшению охвата медико-санитарной помощью во время кризиса никто не препятствовал, но есть факты, свидетельствующие о росте преград для доступа к помощи. Имеющаяся в ЕС статистика доходов и условий жизни (EU-SILC) показывает, что в беднейшем квинтиле населения растет неудовлетворенная потребность в медико-санитарной помощи. Что касается уроков и выводов из опыта стран, то совершенно ясно, что системы социальных гарантий, или так называемые “сетки социальной безопасности” не всегда безопасны, что добровольное медицинское страхование не восполняет пробелов в охвате медицинскими услугами и что упущена возможность проводить политику, основанную на ценностях.
18. Что касается рациональности, кризис дал возможность заняться проблемой расточительности в системе здравоохранения, провести разумное сокращение расходов, проявлять осмотрительность в инвестировании средств и приступить к структурным реформам. Однако обследование показало, что повышение рациональности было достигнуто главным образом в области политики в отношении лекарственных средств; в остальном же сокращения носили огульный характер, в том числе и в общественном здравоохранении, а попыток проводить разумные

сокращения было мало. Очевидно, что легче повысить плату за пользование услугами, чем модернизировать пакет услуг, и легче сократить заработную плату медицинских работников, чем снизить цены на услуги. Давление с целью добиться экономии в краткосрочном плане явно было сильнее, чем желание повысить рациональность.

19. В целом очевидно, что ответные меры политики имеют решающее значение и что у лиц, формирующих политику, есть выбор, хотя в условиях кризиса и неопределенности осуществить комплексные реформы трудно. Во все времена для функционирования систем здравоохранения важнейшее значение имеют и стратегическое руководство (анализ, определение приоритетов и целей, мониторинг и прозрачность) и лидеры (глубокое понимание проблем, ясность, мужество и коммуникация).

Пленарная дискуссия

20. Ведущим в последовавшей затем пленарной дискуссии выступал директор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения д-р Josep Figueras. Один из участников высказал мнение, что в отношении последствий кризиса для итоговых показателей здоровья населения все еще сохраняется известная доля разногласий: с одной стороны, в предыдущие два года начала снижаться ожидаемая продолжительность здоровой жизни, но с другой стороны, ожидаемая продолжительность самой жизни все еще увеличивается, число суицидов возросло, но тут же снизилось, а число случаев смерти, обусловленной алкоголем, снижается (хотя это, возможно, является результатом повышения цен на алкоголь). Было высказано предположение о том, что при наличии систем социальных гарантий кризис может и не подрывать здоровье населения.
21. Другой выступающий напомнил, что статья 168 Договора о функционировании Европейского союза требует, чтобы "при определении и осуществлении всех направлений политики и деятельности Союза обеспечивался высокий уровень охраны здоровья людей." Это неизбежно влечет необходимость оценивать различные направления политики с точки зрения их влияния на "ценник услуг" здравоохранения и более тесно взаимодействовать с другими секторами.
22. Кроме того, необходимо собирать фактические данные о тех страданиях, которые испытывают люди из-за экономического кризиса. Если данные о смертности имеются только трехгодичной давности, то данных о заболеваемости нет вообще; необходимы обследования на местном уровне, в которых должны изучаться такие аспекты, как хронический стресс у детей, число беременных женщин, не пользующихся медико-санитарной помощью из страха потерять работу, или число людей, испытывающих трудности доступа из-за отсутствия общественного транспорта. Кроме того, необходимо должным образом учитывать субъективное восприятие людьми функционирования систем здравоохранения: в одном из проведенных "Евробарометром" обследований "социального климата" 50% респондентов считали, что за последние пять лет качество медицинских услуг ухудшилось. Необходимо выяснить причины такого субъективного восприятия (т.е. то, как функционируют различные части системы здравоохранения).
23. Недавно Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) опубликовала доклад, в котором рекомендовала в ответ на экономический кризис сократить государственные расходы. Один из участников задал вопрос о том, как лучше всего защитить от сокращений расходы на социальные нужды и здравоохранение, а

другой участник призвал международные организации к тому, чтобы они разработали инструменты, которые помогли бы государствам-членам осуществлять разумные инвестиции и определять приоритеты в условиях, когда приходится урезать бюджеты. Министерством здравоохранения нужно будет показать министерствам финансов, почему важно сохранять и улучшать итоговые показатели здоровья населения во времена жесткой бюджетной экономии. Помочь в этом отношении могли бы заключительный отчет Комиссии по социальным детерминантам здоровья и основы новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020.

24. Представитель одной из стран сообщил, что для обеспечения постоянного доступа населения сельских районов к медико-санитарной помощи были приняты меры компенсирующего финансирования и другие, нефинансовые меры. Было отмечено, что в некоторых случаях "сетки социальной безопасности" (такие как гарантированная бесплатная медико-санитарная помощь беременным женщинам и матерям, имеющим детей в возрасте до двух лет) могут выступать в качестве отрицательного стимула, подталкивающего людей к тому, чтобы они не оформляли добровольного медицинского страхования. Был высказан призыв не идти самым легким путем сокращения заработной платы медицинских работников ("не срывать плод, до которого легче всего дотянуться"): важно вкладывать средства в людей, а не в пилюли.
25. Несколько участников приветствовали тот факт, что основные докладчики сделали особый упор на профилактику заболеваний и первичное звено медико-санитарной помощи. Для того, чтобы не допустить ослабления потенциала в этих областях здравоохранения, необходимо придерживаться принципа межсекторального сотрудничества.
26. Подводя итоги заседания, председатель подтвердила, что при проведении реформы системы здравоохранения, которая недавно прошла в ее стране, использовались положения политики Здоровье-2020 и основное внимание было уделено укреплению первичной медико-санитарной помощи и профилактике заболеваний. Бюджет сектора здравоохранения в 2013 г. был увеличен, средства направляются на профилактику рака и туберкулеза, инвестирование в новые центры охраны здоровья матери и ребенка и неотложной помощи, а также на повышение зарплаты и улучшение профессиональной подготовки медицинских работников. Краеугольным камнем политики здравоохранения считается социальная справедливость, которая важнее экономических соображений.

ЗАСЕДАНИЕ 2. ВЗАИМНОЕ ВЛИЯНИЕ МЕЖДУ НАЛОГОВО-БЮДЖЕТНОЙ ПОЛИТИКОЙ И ПОЛИТИКОЙ В ОТНОШЕНИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

27. На втором заседании председательствовал г-н Geert Van Maanen, генеральный секретарь по вопросам здравоохранения, министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта Нидерландов. Как бывший генеральный секретарь министерства финансов Нидерландов и бывший председатель Рабочей группы старших должностных лиц по бюджетным вопросам (СДЛБВ) ОЭСР, он обратил внимание участников на Сеть СДЛБВ по вопросу расходов на здравоохранение, председателем которой он является. В июне 2012 г. в Таллинне (Эстония) состоялось совместное заседание Сети и СДЛБВ стран Центральной, Восточной и Юго-Восточной Европы.

Последствия кризиса для налогово-бюджетной политики и государственного финансирования секторов здравоохранения и социального обеспечения

28. Профессор Peter Heller, приглашенный профессор экономики, Вильямс-колледж, Соединенные Штаты Америки, заявил, что кризис привел к значительным бюджетным дефицитам, в результате чего существенно возрос государственный долг. Во многих странах государственный долг достиг уровней, которые воспринимаются как неприемлемые. В некоторых странах бюджетный дефицит стал чрезмерным, долг рос, как снежный ком, и из-за этого увеличилась надбавка за риск при получении заёмных средств (в основном в странах Южной Европы), что привело к самым решительным мерам жесткой экономии бюджетных средств, которые часто принимались в контексте программ, осуществляемых под эгидой МВФ и ЕС.

29. В некоторых странах (например, в Венгрии, Исландии, Эстонии) сокращение государственных расходов на здравоохранение произошло еще в 2008/2009 гг., затем, в 2009/2010 гг. оно прокатилось по многим другим странам (Греции, Дании, Испании, Португалии, Словении, Чешской Республике); во всех других европейских странах резко снизились по отношению к 2007/2008 гг. темпы роста расходов на здравоохранение. Сокращения бюджета коснулись также и других социальных секторов, таких как выплата пенсий и пособий по безработице, шире стали использоваться целенаправленные меры с тем, чтобы ограничить расходы социального сектора помощью беднейшим домашним хозяйствам.

30. В большинстве стран режимы строгой бюджетной экономии сохранятся и в будущем. В странах еврозоны отсутствие обменного курса как инструмента политики вызвало необходимость использовать в качестве средства восстановления жизнеспособности текущего платежного баланса налогово-бюджетную политику. В некоторых странах меры по уменьшению дефицита были приняты в наибольшем объеме уже в самом начальном периоде; однако расчеты бюджетного дефицита показали, что необходимо

и дальше уменьшать размеры первичного баланса и продолжать режим жесткой экономии.

31. Существующие в странах Европы в целом высокие ставки налогообложения приводят к тому, что все требования жесткой бюджетной экономии сводятся к сокращению расходов; однако признается и тот факт, что в тех областях, которые стимулируют экономический рост, расходы необходимо увеличивать и что сокращения должны быть сосредоточены в таких категориях расходов, которые характеризуются низкими эффектами мультипликатора. Следует признать, что есть разные точки зрения относительно целесообразности существенной бюджетной экономии в кратковременных условиях низкого экономического роста или рецессии, однако относительно необходимости консолидации бюджета в среднесрочном и долгосрочном плане расхождений среди ведущих международных макроэкономических учреждений нет.
32. Дефицит бюджета возникает не только как следствие финансового кризиса, но и в результате комбинированного влияния старения населения и структурных характеристик систем социального страхования. Недостаток средств для расходов сектора здравоохранения является результатом чрезмерного роста расходов, связанного с техническим прогрессом, и повышения вероятности того, что возникнет необходимость принимать меры по предоставлению долговременной помощи престарелым.
33. Поэтому очевидная трудность заключается в том, как сократить расходы в секторах здравоохранения и социального обеспечения наиболее оптимально. Гораздо более очевидными являются альтернативы политики в секторе пенсионного обеспечения (повышение пенсионного возраста, уменьшение индексации пенсий и т.д.). В секторе здравоохранения альтернативы политики могут включать ограничение доступности новых, непроверенных технологий, обеспечивающих лишь незначительные выгоды; использование лекарственных препаратов-дженериков и внедрение национальных программ закупки лекарственных препаратов; стимулирование принятия наиболее рациональных передовых методов работы; более широкое применение механизмов участия населения в оплате издержек (особенно если применяются меры, обеспечивающие прогрессивность такого участия); наконец, отказ от сокращений расходов на мероприятия по профилактике.
34. Д-р Tamás Evetovits, старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, согласился с тем, что необходимо в среднесрочной перспективе восстанавливать финансовую устойчивость, и делать это нужно и по экономическим, и по социальным причинам. Но восстановление бюджетного баланса не должно быть простой бухгалтерской операцией: напротив, из приоритетов государственной политики выбор сознательно должен быть сделан в пользу минимизации неблагоприятных последствий для здоровья населения, социальной справедливости и финансовой защиты.
35. В предыдущем десятилетии расходы на здравоохранение не оттягивали на себя несправедливо большую долю растущих государственных расходов (за период с 2000 по 2010 г. они выросли с 13,7% до 14,4% общих государственных расходов), и граждане Европы считают, что их необходимо увеличивать в первую очередь. Доля

здравоохранения оказывается наибольшей в государственных расходах в странах с высоким уровнем доходов, тогда как в странах со средне-высоким уровнем доходов эта доля фактически уменьшается, а в некоторых странах в период кризиса было проведено непропорционально большое сокращение доли здравоохранения в государственном бюджете.

36. Не следует забывать и о том, что главной причиной, по которой здравоохранение является вторым по величине сектором в государственных расходах, является то, что перераспределительное государственное финансирование достигает более надежной финансовой защиты и справедливости в отношении доступа к помощи; именно этими соображениями и следует руководствоваться при выработке налогово-бюджетной политики и принятии решений о сокращении расходов, когда такие сокращения неизбежны. “Страховочная функция” государственных расходов требует применения противочиклических схем для того, чтобы избежать внезапных, чрезмерных сокращений бюджетов здравоохранения. Возможные варианты включают использование накопленных резервов, увеличение дефицитного финансирования (если позволит здоровье финансов) и перераспределение средств в пределах государственного бюджета.
37. Перекладывание бремени на плечи пациентов – вариант не самый лучший. В нескольких государствах-членах частные расходы (в основном из собственного кармана) на здравоохранение и без того велики, а затяжной кризис чреват риском их новых увеличений. Во многих странах выросли также и платежи за пользование услугами, но бедные и уязвимые группы населения освобождены не от всех таких платежей. Выборочно сокращать услуги, наименее оправданные с экономической точки зрения, оказалось непросто, поэтому главный тезис для политики финансирования здравоохранения (подтвержденный Генеральным директором ВОЗ д-ром Маргарет Чен) состоит в том, что “гораздо лучшим вариантом, чем сокращение услуг или введение неподъемных для бедняков расценок, является повышение рациональности”⁴.

Дискуссия группы экспертов в формате круглого стола

38. В последующей затем дискуссии экспертов в формате круглого стола директор управления научных исследований, оценки и статистики министерства социальных дел и здравоохранения Франции г-н Franck Von Lennep отметил, что во времена экономических кризисов право управлять системой здравоохранения переходит от министерства здравоохранения к министерству финансов. У него в стране целевые показатели по расходам впервые были достигнуты в 2010 г., а теперь перед министерством здравоохранения стоит задача реализовать новую стратегию обеспечения устойчивости. Нужно собрать фактические данные, которые продемонстрируют, что достигается окупаемость инвестиций, выражающаяся в повышении рациональности и качества помощи.
39. Руководитель отделения здравоохранения ОЭСР г-н Mark Pearson заявил, что его организация убеждена в том, что в тех странах, которые в меньшей степени оказались затронутыми кризисом, действительно есть основания для усиления налогово-бюджетного стимулирования. Поступления и расходы, конечно, нужно рассматривать

⁴ Выступление на шестьдесят пятой сессии Регионального комитета ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, г. Джокьякарта, Индонезия, 5 сентября 2012 г.

вместе, однако вызывают сожаление некоторые тенденции (такие как рост платежей из собственного кармана и сокращение расходов на профилактику). В части поступлений не рекомендуется полагаться на доходы работающих, а нужно приложить усилия к тому, чтобы перейти к использованию в этих целях доходов от потребления или налогов на недвижимость. Во всяком случае, вряд ли системам здравоохранения удастся обеспечить положительное отношение населения к повышению налогов, если не будут представлены доказательства повышения рациональности в их деятельности.

40. Координатор политики Генерального директората по экономическим и финансовым вопросам Европейской комиссии г-жа Ana Xavier отметила, что в целом назрела необходимость реформы медико-санитарной помощи и что экономический кризис может дать толчок инициативам в области политики. В докладе Европейской комиссии, опубликованном в 2010 г.⁵, показан целый ряд реформ, которые можно было бы провести в области стратегического руководства системами здравоохранения, и высказано предложение о более разумном объединении ресурсов. Она приветствовала усилия ВОЗ по созданию базы фактических данных о мерах по повышению рациональности в деятельности систем здравоохранения. Важно будет посмотреть на “исходную точку” для системы здравоохранения в каждой стране и провести различие между последствиями экономического кризиса, мер строгой бюджетной экономии и реформы здравоохранения в целом.
41. Заведующий сектором Всемирного банка г-н Daniel Dulizky сказал, что сокращения расходов на медицинскую помощь и фармацевтические препараты должны сопровождаться целевыми противоциклическими вмешательствами или “страховочными сетками” для защиты бедных и уязвимых групп населения. Меры по повышению рациональности нужно осуществлять деликатно, с помощью инструмента, подобного скальпелю (а не мечу или мачете), чтобы отсечь расточительство и избыточность в предоставлении услуг, если это необходимо в отдельных регионах той или иной страны, но сохранить те услуги, которые необходимы и демонстрируют положительное соотношение затрат и эффективности.
42. Координатор по вопросам политики финансирования здравоохранения штаб-квартиры ВОЗ г-н Joseph Kutzin, говоря об уроках и выводах из глобального опыта ВОЗ, согласился с тем, что лучше избегать использования тупых инструментов политики и проциклических мер. Необходимо в любом случае выбирать варианты политики для того, чтобы выполнить обязательства, принятые странами в Таллиннской хартии 2008 г. “Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния”, а экономический кризис лишь сделал эти варианты более явными. Тонкий подход с учетом всех нюансов на микроуровне предполагает необходимость действовать исходя из целого ряда принципов:
 - Не ухудшать ситуацию еще больше для наиболее уязвимых групп населения.
 - Больше прогрессивности в сборе поступлений (устранить регрессивные субсидии, уменьшить налоговые скидки).

5 *Joint Report on Health Systems prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG)*. Brussels, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2010 (European Economy, Occasional Papers 74, http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf, accessed 24 April 2013).

- Отойти от тесной увязки между заработной платой и поступлениями – охватить все источники дохода.
 - Признать ответственность министерства здравоохранения (оно может решать, что и где нужно сократить).
 - Обеспечить готовность системы здравоохранения (проявлять сдержанность во время благоприятных экономических условий, ограничивать дефициты).
 - Вести постоянный поиск путей повышения рациональности.
43. В ходе последующей пленарной дискуссии один из участников отметил, что, хотя повышение соплатежей, возможно, и не самая желательная мера вмешательства, в условиях широкой распространенности неформальных платежей оно может в действительности уменьшить общие расходы людей на здравоохранение и увеличить поступления в систему здравоохранения. С другой стороны, введение частного финансирования рассматривается как несправедливый, высокочатный путь решения проблем финансирования. В целом было бы предпочтительнее решать сложные вопросы путем принятия менее сложных, но все же всеобъемлющих подходов.
44. Еще один выступающий поднял вопрос о том, не отходят ли ОЭСР и другие организации от использования ВВП как показателя роста и не будет ли предпочтительнее рассматривать общую политическую подотчетность и стратегическое руководство, а не чисто финансовую ответственность. Участники согласились с тем, что нужно проводить различие между получением заёмных средств для инвестиций (когда вместе с долгом возникает соответствующий актив) и получением заёмных средств для потребления (когда такого актива нет). Порой министерства здравоохранения не вполне осознают своего вклада в более широкую программу создания рабочих мест и роста экономики.
45. Выступающие представители стран восточной части Региона подчеркивали, что системами здравоохранения нельзя управлять только исходя из экономических принципов: системы финансирования не гарантируют хорошего качества жизни, а одни рыночные силы без твердого регулирования не приведут к всеобщему охвату услугами здравоохранения.
46. Председатель заседания в заключение отметил, что целью систем здравоохранения и после окончания экономического кризиса останется сохранение устойчивости. Министерствам финансов и в целом правительствам потребуются факты, доказывающие, на что лучше всего потратить деньги. Для этого ВОЗ и ОЭСР должны продолжать и расширять свою работу в областях оценки и анализа политики.

ЗАСЕДАНИЕ 3: КРИЗИС КАК БЛАГОПРИЯТНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДЛЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КРАТКОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ВИДЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ

47. На третьем заседании председательствовал министр здравоохранения Республики Молдова д-р Андрей Усатий.

Выживание в условиях жесткой экономии: поможет ли повышение рациональности?

48. Профессор Йоркского университета (Соединенное Королевство) Alan Maynard заявил, что цели медико-санитарной помощи можно в обобщенном виде сгруппировать в три категории: рациональность, или достижение максимального улучшения в состоянии здоровья при минимальных затратах; социальная справедливость, которая требует обеспечения финансовой защиты от банкротства при одновременных гарантиях справедливости в пользовании услугами и в расходах на здравоохранение, и контроль над расходами, или сдерживание неоправданного раздувания расходов. Сохраняющаяся нерациональность в медико-санитарной помощи объясняется некачественным проведением оценки эффективности медицинской помощи и политики здравоохранения, широкими различиями в клинической практике, врачебными ошибками и гипердиагностикой, а также низким качеством оценки исходов.
49. В течение сотен лет в ходе реформ предлагались средства преодоления нерациональности в медико-санитарной помощи, и каждый раз эти средства игнорировались. Например, в начале XIX века Томас Персиваль выступал за то, чтобы оценивать исходы по тому, «были ли пациенты излечены, получили ли облегчение, были ли выписаны или умерли». При этом он отмечал, что благодаря оценке исходов «врачи-терапевты и хирурги будут получать более ясное представление о сравнительных успехах своих больниц и частных практик, и это будет подстегивать их к добросовестному расследованию причин существующих различий.» В 1915 г. хирург Эрнест Кодмен лишился своего места в центральной Массачусетской больнице в г. Бостон, Соединенные Штаты Америки, за то, что проповедовал необходимость проведения оценки исходов лечения пациентов.
50. Имеются многочисленные примеры того, как стратегии, направленные на повышение рациональности, оканчивались неудачей. В большинстве случаев реформирование структуры финансирования и предоставления медико-санитарной помощи сводилось к «ре-дезорганизации», которая обычно не имела под собой никакой доказательной

основы и сама проводилась нерационально. Взимание платы за пользование услугами напрягает ресурсы больных, ведет к приватизации расходов и может привести к росту общих расходов, но не в состоянии уменьшить нерациональность в работе поставщиков услуг. Разделение покупателей и поставщиков услуг тоже не приводит к повышению рациональности, так как покупатели пассивно принимают цену и качество вместо того, чтобы активно их формировать. Обычно реформы медико-санитарной помощи влекут за собой высокие инвестиционные затраты, но не дают никакого доказуемого повышения рациональности.

51. Нужно, чтобы вмешательства на уровне политики были нацелены на группы людей, принимающих клинические решения, а не на учреждения или регионы. Да и материальные стимулы тоже должны быть направлены на врачей и на врачебные бригады. «Меню» стимулов вызывает целый ряд вопросов, которые требуют изучения: чьи показатели деятельности нужно улучшать (больницы, клинической бригады или отдельно взятого врача); какие показатели деятельности нужно учитывать (строгое соблюдение руководств по выполнению процессов или улучшения в исходе); какие материальные стимулы следует применять (финансовые или нефинансовые, выплату премий или взыскание штрафов) и каков должен быть их размер; какова продолжительность эффекта и что должно быть критерием успеха (эффективность или соотношение затрат и эффективности)?
52. Соответственно, повышение рациональности может смягчать последствия мер жесткой бюджетной экономии, но только в том случае, если лица, формирующие политику, сосредоточат усилия на улучшении исходов и поведения врачей, признают и изменят пассивное поведение учреждений, финансирующих здравоохранение, и будут действовать осторожно (предпримут научную оценку новых направлений политики и будут ожидать противодействия со стороны потенциальных проигравших).

Дискуссия группы экспертов в формате круглого стола: опыт стран

53. Ведущим в состоявшейся затем дискуссии экспертов в формате круглого стола был д-р Matthew Jowett, исполняющий обязанности руководителя Барселонского офиса Европейского регионального бюро ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.
54. Министр здравоохранения Португалии д-р Paulo Moita de Macedo заявил, что после упорядочения долгов в бюджет здравоохранения 2012 г. в его стране были внесены коррективы в сторону увеличения – с 4,6% до 5,9% ВВП. В качестве краткосрочных и среднесрочных стратегических вариантов были выбраны укрепление первичного звена медико-санитарной помощи, проведение реформы в больничном секторе и пересмотр политики в отношении фармацевтической продукции. В долгосрочной перспективе обеспечить устойчивость национальной службы здравоохранения должна активизация мер по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Описав поставленные цели и меры, принятые в каждом из этих направлений, министр в качестве особенно трудной проблемы на будущее выделил расходы на лекарственные препараты в стационарных учреждениях. Также принимается сбалансированный комплекс мер по уменьшению платежей из собственного кармана при одновременном сохранении разумной доступности помощи. Равновесие факторов, выраженное в реформе сектора здравоохранения в его стране, строится на взаимозависимости между улучшением помощи, снижением издержек и ненужных расходов и улучшением здоровья населения.

55. Министр здравоохранения Латвии д-р Ingrida Circene сказала, что, оглядываясь назад, экономический кризис можно рассматривать как возможность ускоренного проведения реформы сектора здравоохранения: в ее стране акцент был перемещен со стационарной помощи на первичную медико-санитарную помощь и были введены социальные страховочные сетки для защиты бедных от необходимости платить из собственного кармана. Также приоритетное значение придается неотложной медицинской помощи и охране здоровья матерей и детей. Ключом к успеху этих усилий является межсекторальное сотрудничество. Тем не менее, сохраняются и трудности: инициативы в области реформ продолжаются в рамках программы государства и реализуются новые программы. Продолжающийся экономический кризис делает необходимость в таких программах еще более насущной.
56. Специальный советник министра здравоохранения Греции г-н Haris Kandiloros отметил, что начавшийся в 2009 г. экономический кризис привел к сокращениям государственных бюджетов и доходов пациентов. Эти сокращения в свою очередь наглядно показали проблемы и проявления нерациональности, присущие национальной системе здравоохранения, которые создают угрозу общественному здоровью как в настоящее время, так и в отдаленной перспективе. С другой стороны, очевидно, что возникает благоприятный момент для проведения реформы, поскольку большинство граждан позитивно оценивают усилия по реформированию, а во всех правительственных ведомствах признается и приветствуется идея о необходимости реформ. Разнообразие и масштабы намеченных реформ также указывают на необходимость выработки широкого стратегического плана действий.
57. Главными направлениями реформы в Греции являются следующие: а) система социального обеспечения, которая в настоящее время предусматривает единообразный пакет льгот и услуг, предоставляемых через Национальную организацию по предоставлению медицинской помощи (ΕΟΡΥΥ), при постоянном мониторинге механизма финансирования; б) рынок лекарственных препаратов, введение системы компенсации эталонной цены и процентных долей соплатежей; в) система электронных рецептов для борьбы с практикой назначения чрезмерного количества лекарственных средств и проверки поведения врачей и фармацевтов; г) учреждения медико-санитарной помощи и управление национальной системой здравоохранения (уменьшение коечного фонда и числа отделений в стационарах, внедрение системы расчета издержек по клинико-статистическим группам); д) закупки (централизованное проведение торгов и пересмотр контрактов на предоставление услуг с подрядчиками со стороны); е) первичная медико-санитарная помощь (подготовка законопроекта, в котором будут определены процедуры и закреплены функции регулирования доступа к дальнейшей медицинской помощи). Кроме того, проводится апробация программы «ваучеров здоровья», которая позволит обеспечить доступ к первичной медико-санитарной помощи для граждан, не имеющих страховки.
58. Что касается стратегического руководства, в принятой министерством здравоохранения инициативе «Здравоохранение в действии» участвуют девять подкомитетов, каждый из которых занимается своим отдельным направлением реформы, а все они подчиняются Руководящему комитету по проведению реформ здравоохранения, который возглавляет генеральный секретарь по вопросам здравоохранения. Долгосрочная реорганизация системы осуществляется на основании более широкого стратегического плана, который состоит из 7 основных направлений, 47 стратегий

и 254 мероприятий. Одним из аспектов постоянного сотрудничества Греции с ВОЗ будет разработка набора показателей для мониторинга воздействия экономического кризиса на здоровье в реальном масштабе времени.

59. Г-жа Bairbre Nic Aongusa, помощник генерального секретаря, департамент здравоохранения Ирландии, указала, что обвал банковского и строительного секторов в 2008 г. и рост соотношения размера долга к размеру ВВП привели к тому, что «тройкой» в составе Европейского союза, Европейского центрального банка и МВФ в 2010 г. было принято решение о предоставлении Ирландии чрезвычайной финансовой помощи. Последствия кризиса для системы здравоохранения оказались тяжелыми: в период между 2008 и 2013 гг. бюджет здравоохранения сократился на 12%, а численность кадров здравоохранения – на 11%. В Ирландии самый высокий коэффициент рождаемости в ЕС и необыкновенно высокий показатель роста численности населения – 8,5% за период с 2005 по 2011 г. В подобной ситуации роста спроса и сокращения ресурсов принятая стратегия предусматривала сокращение (для государства) стоимости расходов на предоставление услуг, а не сокращение самих услуг. Были снижены цены (на лекарственные препараты, медицинские приборы и капитальные затраты), уменьшены расходы на выплату заработной платы и переложены на пациентов расходы посредством повышения платы за услуги (это был наиболее предпочтительный инструмент для министерства финансов и для «тройки», поскольку он гарантировал получение поступлений в короткие сроки).
60. В 2011 г. правительство Ирландии приняло программу далеко идущих реформ, направленных на сокращение очередей и времени ожидания в очереди на получение стационарных услуг, обеспечение всех бесплатной помощью врача общей практики к 2015 г., достижение всеобщего охвата медицинским страхованием к 2016 г. и улучшение качества услуг, предоставляемых инвалидам и лицам с нарушениями психического здоровья. Однако в результате ситуационного исследования, проведенного Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения, выяснилось, что с крупными реформами связано повышение административных расходов. Кроме того, безоговорочно рассматривать экономический кризис как благоприятную возможность мешает целый ряд факторов: каждый год все труднее добиваться экономии средств, не исчезают изначальные проблемы структурного характера, которые существовали и до кризиса (отсутствие гибкости в кадровом обеспечении, неразвитость первичного звена медико-санитарной помощи, отсутствие справедливости в отношении доступа к услугам, проблемы безопасности и качества обслуживания в больницах), и невозможно достичь дальнейшей экономии без проведения структурных реформ. Наконец, некоторые инициативы в рамках реформ (такие как предоставление бесплатных услуг лицам старше 70 лет или соглашение об уровнях оплаты труда в государственном секторе) вызывают вопросы, касающиеся справедливости по отношению к разным поколениям, и возникает угроза того, что на процесс принятия решений будут оказывать влияние крупные промышленные компании (фармацевтические компании с тем количеством рабочих мест, которое они обеспечивают, или частные страховые программы, которые субсидируются государственной системой здравоохранения).
61. Генеральный директор министерства здравоохранения Австрии д-р Clemens Auer заявил, что сильной стороной системы медико-санитарной помощи в его стране является то, что она пользуется большим уважением среди населения, предоставляет

большое количество услуг и достигает неплохих исходов. С другой стороны, растет озабоченность по поводу показателей функционирования системы: она является весьма дорогостоящей в сопоставлении с достигаемыми исходами, быстро растут расходы на медико-санитарную помощь относительно ВВП. «Выход из положения» заключается в повышении как рациональности, так и эффективности услуг, и для улучшения показателей функционирования системы здравоохранения был принят принцип предоставления комплексной помощи, ориентированной на нужды и запросы пациентов. Учитывая высокую фрагментарность системы амбулаторной и стационарной помощи, в которой участвуют учреждения и работники медико-санитарной помощи, учреждения социального страхования, региональные фонды здравоохранения, федеральное ведомство здравоохранения и три уровня государственного управления (федеральный, региональный и местный), принимаются меры по внедрению системы согласованного и совместного стратегического руководства. Для того, чтобы увязать повышение расходов (государственных) на здравоохранение с прогнозируемым ростом номинального ВВП к 2016 г. (+3,6%), одна федеральная и девять региональных комиссий по стратегическому руководству занимаются заключением «договоров» о финансовых целевых показателях и о целевых показателях, касающихся процессов и структур предоставления медико-санитарной помощи. Бюджетный кризис помог подтолкнуть реформы в нужном направлении.

62. Генеральный секретарь министерства здравоохранения, социального обслуживания и справедливости Испании д-р Pilar Farjas Abadia сообщила, что в период 2009–2011 гг. государственный долг испанской национальной системы здравоохранения вырос на 173%. Рост государственных расходов на медико-санитарную помощь превысил за этот период рост ВВП, и хотя расходы на лекарственные препараты с 2009 г. сократились, число выписываемых рецептов продолжало расти до 2011 г. Поэтому в 2012 г. был осуществлен всеобъемлющий пакет реформ системы здравоохранения, охвативший корзину услуг и льгот, «портфель» лекарственных препаратов, меры по повышению оптимальности услуг, организацию труда медицинских работников, социальный и медицинский договор и права в отношении медицинского страхования. На сегодняшний день благодаря этим реформам была получена экономия расходов, например, на лекарственные препараты в сумме 1385 миллионов евро и на 50% была уменьшена задолженность больниц за лекарственные препараты. Эти успехи были достигнуты при сохранении показателей функционирования национальной системы здравоохранения, которые оцениваются по критериям самооценки состояния здоровья, пользования медицинскими услугами и охвата страховыми услугами. Таким образом, реформы обеспечивают устойчивость и справедливость системы и создают стабильность и предсказуемую основу, которая нужна и которую требуют все заинтересованные стороны.

Заказной доклад

63. Сотрудник отдела систем медико-санитарной помощи Генерального директората здравоохранения и защиты потребителей Европейской комиссии г-н Artur Jose Moreira Coutinho de Carvalho напомнил один из вопросов, поднятых ведущим пленарной дискуссии на первом заседании предыдущего дня: сохраняются ли фундаментальные европейские ценности солидарности и справедливости в отношении здоровья? Европейская комиссия применяет разные методы для оценки своего сотрудничества с двумя группами стран-членов в зависимости от того, заключили они меморандумы о взаимопонимании с Комиссией или нет, однако в ежегодном обзоре экономического

роста 2013 г.⁶ было рекомендовано осуществить «реформы систем медико-санитарной помощи, чтобы обеспечить положительное соотношение затрат и эффективности и устойчивость, и оценивать показатели функционирования этих систем с точки зрения достижения двойной цели – более рационального использования государственных ресурсов и доступа к высококачественной медицинской помощи.» Что касается вопроса о вкладе расходов на здравоохранение в экономический рост, в Рабочем документе, подготовленном сотрудниками Комиссии, об инвестициях в здравоохранение⁷ безоговорочно подтверждается роль сектора здравоохранения в рамках стратегии ЕС до 2020 г. в решении таких проблем, как создание рабочих мест, рост экономики, всеобщий доступ и профилактика заболеваний.

64. Относительно видения более долгосрочных перспектив, Европейская комиссия подчеркивает необходимость постоянно оценивать показатели деятельности систем здравоохранения и обращать особое внимание на вопросы доступа к медико-санитарной помощи, особенно для групп населения, находящихся в неблагоприятном положении. В этом контексте необходимо будет заняться решением целого ряда вопросов:

- Улучшить качество анализа имеющихся данных.
- Определить, как экономический кризис повлиял на доступ к медицинским услугам.
- Оценить последствия для здоровья населения, создаваемые тем, что некоторые группы не имеют доступа к медицинским услугам.
- Обеспечить доступ для граждан, переезжающих из одной страны ЕС в другую.
- Добиться того, чтобы системы здравоохранения компенсировали различия в состоянии здоровья, а не усугубляли их.

65. Поэтому Европейская комиссия твердо привержена ценностям социальной справедливости и солидарности, но предстоит сделать еще немало для того, чтобы эти ценности были воплощены в жизнь.

Пленарная дискуссия

66. В ходе последующей пленарной дискуссии участники провели параллель между опытом своих стран и тем, что описывали в своих выступлениях члены группы экспертов, и задали вопрос: каков был тот главный фактор, который дал возможность снизить цены на лекарственные препараты, особенно в контексте мер, предпринимаемых фармацевтическими компаниями по компенсации своих затрат. В ответ члены группы экспертов высказали предположение, что действенные методы в данном случае включали расширение использования препаратов-дженериков, введение модели эталонной цены, уменьшение мошенничества и ведение прозрачных переговоров об установлении цен.

6 2013 Annual Growth Survey. Brussels, European Commission, 2012 (COM(2012) 750 final, http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/ags2013_en.pdf, accessed 27 April 2013).

7 *Investing in health*. Brussels, European Commission, 2013 (SWD(2013) 43 final, http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf, accessed 27 April 2013).

ЗАСЕДАНИЕ 4: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Может ли нас спасти профилактика? Экономические аспекты вмешательств в области общественного здравоохранения

67. Профессор Charles Normand, Тринити-колледж, Дублин, Ирландия, он же председатель Руководящего комитета Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, заявил, что, хотя изначально присущих преимуществ у профилактических мер над лечебными мерами нет, во многих случаях профилактика дает больший эффект и имеет большую ценность. Однако для того, чтобы сместить центр тяжести на усиление профилактики, потребуется тщательный анализ. Некоторые способы классификации принимаемых мер становятся все более неадекватными: паллиативные вмешательства продлевают жизнь, а лечебные улучшают качество жизни. Стратегические сдвиги, конечно, важны, но главная цель должна заключаться в использовании ресурсов с наибольшим эффектом для уменьшения бремени болезней.
68. Попыткам сконцентрировать усилия на исходах и определить наиболее выгодные стратегии предупреждения бремени болезней с точки зрения соотношения затрат и эффективности препятствует целый ряд факторов. Профилактика часто воспринимается как дело важное, но не срочное; результаты профилактики обычно бывают менее заметными и иногда менее индивидуальными, а каналы проявления результатов более сложными; у профилактики может не быть технической сложности и гламурности лечебных вмешательств; наконец, работникам в сфере профилактики часто меньше платят и они стоят ниже на иерархической лестнице.
69. Вакцинация детей в случае одних заболеваний позволяет экономить затраты, а в случае других имеет чрезвычайно благоприятное соотношение затрат и эффективности. Хотя существует много других стратегий профилактики, выгодных с точки зрения соотношения затрат и эффективности, наибольший эффект для здоровья достигается от снижения распространенности курения и ожирения. Доводы в пользу профилактики и мер в области общественного здравоохранения особенно убедительны, когда последствия образа жизни для здоровья полностью или частично необратимы. Общая закономерность такова, что более благоприятное соотношение затрат и эффективности имеют вмешательства, которые предпринимаются раньше, более целенаправленны и лучше обеспечены ресурсами. Хорошо продуманные стратегии профилактики совершенно точно могут замедлить рост расходов на здравоохранение, однако для экономии денег нужны эффективные системы финансирования и платежей, а также способность сказать «нет» вмешательствам, которые не дают большой отдачи на вложенные деньги. Сдерживающим фактором является «тирания срочных задач», особенно в первые дни, перед тем, как сполна проявятся результаты стратегий профилактики.
70. Поэтому важно собирать и понимать фактические данные о профилактике, но для этого необходимо преодолеть или принять во внимание целый ряд трудностей. Многие вмешательства не поддаются испытаниям в контролируемых условиях или формальному мета-анализу; во многих исследованиях не удается обеспечить

«слепое» участие испытуемых, а многие действенные меры профилактики изначально являются сложными, их трудно стандартизировать и они могут потребовать широкого круга вмешательств на индивидуальном уровне. Наконец, профилактика часто больше воздействует на исходы, чем на оцениваемые факторы риска. При оценке эффективности вмешательств в области общественного здравоохранения необходимо мириться с некоторой долей аналогии и экстраполяции и иметь некоторое понимание временных масштабов и сложности: не совсем убедительные фактические данные – это не то же самое, что отсутствие фактических данных.

71. Выбор действенных вмешательств (многие из которых включают в себя существенные элементы профилактики), несомненно, может помочь сдержать рост расходов системы здравоохранения, однако придется выбирать между профилактикой и лечением, между различными видами лечения и между более и менее заметными людьми и группами населения.
72. Затем был показан короткий видеофильм «*Общественное здравоохранение – часть решения*»⁸.
73. Старший советник сектора услуг общественного здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Joanna Nurse представила доводы в пользу инвестиций в общественное здравоохранение. На своей шестьдесят второй сессии, состоявшейся в сентябре 2012 г., Европейский региональный комитет ВОЗ утвердил Европейский план действий по укреплению общественного здравоохранения и его десять основных оперативных функций (ОФОЗ). Проект «Северная Карелия» и многочисленные исследования, проведенные с использованием, среди прочего, модели ИМПАСТ, ясно показали большой вклад профилактики заболеваний в снижение смертности от коронарной болезни сердца.
74. На основе проделанной работы и в рамках своей деятельности по разработке методик и инструментов для общественного здравоохранения Европейское региональное бюро ВОЗ построило целый ряд таблиц, в которых количественно определяются издержки непринятия мер в отношении итоговых показателей здоровья населения и факторов риска. С помощью этих таблиц удалось определить несколько наиболее выгодных с экономической точки зрения вмешательств в отношении ряда факторов риска (табака, алкоголя, рациона питания, отсутствия физической активности, инфекции) и конкретных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, рака и респираторных заболеваний). Эти наиболее выгодные вмешательства были охарактеризованы с точки зрения предотвратимого бремени болезней (которое выражается в утраченных годах здоровой жизни – DALY) и затрат на реализацию, реализуемости и соотношения затрат и эффективности вмешательства.
75. Затем был проведен дополнительный анализ с целью выявления примеров наиболее экономичных и эффективных в сопоставлении с затратами вмешательств, направленных на воздействие на факторы, влияющие на поведение людей (психическое здоровье и насилие), социальные детерминанты здоровья (жилье, долги, работа) и детерминанты в окружающей среде (дорожно-транспортный травматизм, зеленые зоны, активные способы передвижения, опасные факторы окружающей среды), а

⁸ См. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/event/oslo-conference-on-health-systems-and-the-economic-crisis/multimedia/video-public-health-part-of-the-solution>

также вмешательств, связанных со скринингом и вакцинацией. Эта работа со всей очевидностью проиллюстрировала эффект мультипликатора как в плане пользы для здоровья, так и в плане социальной выгоды, который был получен благодаря вмешательствам в различных областях, представляющих интерес (укрепление психического благополучия, безопасное планирование городов и т.д.). Поэтому вызывает беспокойство тот факт, что в некоторых странах ОЭСР профилактика и общественное здравоохранение является такой категорией расходов на здравоохранение, в которой государственные расходы в 2009/2010 гг. сократились больше всего, и что страны ОЭСР продолжают расходовать на эту категорию в среднем не более 3% от всех расходов на здравоохранение.

76. Таким образом, экономический кризис создает проблему ухудшения итоговых показателей здоровья и социального благополучия населения; частью решения этой проблемы может быть общественное здравоохранение. Нынешние издержки бездействия велики. Фактические данные показывают, что профилактика характеризуется благоприятным соотношением затрат и эффективности и может давать экономию денег; небольшие капиталовложения сулят большие выгоды.

Дискуссия группы экспертов в формате круглого стола

77. Ведущий дискуссию группы экспертов профессор Alan Maryon-Davis, Королевский колледж, Лондон, Соединенное Королевство, предложил членам группы экспертов поразмышлять о том, как можно разделить иногда уменьшающийся бюджет общественного здравоохранения и профилактики таким образом, чтобы получить наибольшую отдачу на капиталовложения.
78. Государственный министр здравоохранения Венгрии д-р Miklós Szócska рассказал, что в дополнение к активной кампании против курения в его стране введен государственный налог в пользу общественного здравоохранения (состоящий из налогов на соль, сахар и ингредиенты в энерготониках), цель которого состоит в том, чтобы направить поступления на программы общественного здравоохранения, хотя в настоящее время поступления от этих налогов используются для повышения заработной платы в государственном секторе. На основании сложного анализа коммерческой информации также были установлены предпочтительные диапазоны эталонных цен на некоторые лекарственные препараты-дженерики и была внедрена модель материального стимулирования, способствующая улучшению ведения диабета. Кроме этого, были приняты меры по экономии ресурсов, такие как совместные закупки энергии для больниц на национальном уровне. Достигнутые на сегодняшний день результаты включают увеличение налоговых поступлений, экономию расходов на лекарственные препараты и снижение частных расходов на лекарства.
79. Д-р Andrei Usatii, министр здравоохранения Республики Молдова и председатель Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN), заявил, что еще в 2001 г. в Дубровникском обязательстве были намечены семь областей общественного здравоохранения, являющихся объектами общей озабоченности⁹. Входящие в Сеть страны исполнены решимости осуществлять политику здравоохранения Здоровье-2020 и Европейский план действий. Через свои региональные центры развития в области

⁹ *The Dubrovnik Pledge: Meeting the health needs of vulnerable populations in south-east Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99738/e94525.pdf, accessed 26 April 2013).

неинфекционных заболеваний, безопасности крови и кровепродуктов, кадровых ресурсов здравоохранения, эпиднадзора и контроля за инфекционными болезнями, психического здоровья, укрепления систем и услуг общественного здравоохранения и устойчивости к антибиотикам. Сеть SEEHN содействует перестройке систем здравоохранения, делая при этом заметный акцент на укрепление здоровья и профилактику заболеваний. В секторе общественного здравоохранения и в первичном звене медико-санитарной помощи предпринимаются совместные усилия к тому, чтобы расширить масштабы профилактических мероприятий и шире распространить результаты программ борьбы с факторами риска. Во всех секторах на уровне страны и особенно на уровне местных сообществ нужны комплексные ответные меры в области политики, чтобы воплотить национальные стратегии в реальные планы работы на местном уровне.

80. Генеральный директор министерства здравоохранения Словакии д-р Mario Miklošič рассказал, что в его стране в предыдущем году профилактические программы осуществлялись очень успешно, поэтому расходы сохранятся на том же уровне. Вакцинация против туберкулеза в прошлом году была прекращена, однако, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, ее продолжают для групп риска. Признается ведущая роль врачей общей практики, однако половина из них уже почти достигла 60-летнего возраста, и это серьезная проблема, которую нужно решать. Вывод: профилактика важна, но «окупаемость» ее можно будет увидеть только в отдаленном будущем.
81. Директор Национального института развития здравоохранения Эстонии д-р Maris Jesse высказала мнение о том, что крайне важно продемонстрировать рациональность и актуальность программ во всех областях, в том числе в области общественного здравоохранения. Как отмечалось на совещании министров в Осло в 2009 г., важно определить, где в первую очередь нужны сокращения; она утверждала, что нельзя сокращать программы борьбы с инфекционными болезнями (ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и т.д.). Наконец, экономический кризис можно считать благоприятной возможностью при том условии, что лица, формирующие политику, договорятся о таких стратегиях, которые не будут обременять государственную казну и будут приносить пользу здоровью населения – в качестве примера такой стратегии было приведено уменьшение ценовой доступности алкоголя.
82. Г-жа Taru Koivisto, директор управления укрепления здоровья министерства социальных дел и здравоохранения Финляндии, напомнила, что ее страна пережила тяжелый экономический кризис в начале 90-х годов прошлого столетия, когда ВВП сократился на 13%, уровень безработицы достиг 16%, а процентные ставки превысили 20%. Правительство оказалось не готово к такой ситуации, и последствия многих принятых мер были осложнены сокращениями социальных и медицинских услуг. Еще до кризиса в стране была введена децентрализованная система, и многие муниципалитеты, в частности, сократили услуги профилактики. Это имело долговременные последствия, которые проявляются и по сей день. Один из уроков того кризиса состоит в том, что не обязательно поддерживать всеобщий охват услугами здравоохранения; другой урок заключается в том, что нужен межсекторальный подход, в основе которого лежит принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях. Нельзя сокращать расходы на профилактическую помощь детям и молодежи. Необходимо поддерживать потенциал общественного здравоохранения, для чего нужна прочная база научных

исследований и фактических данных. Работники общественного здравоохранения должны играть роль активных пропагандистов профилактики и первичной медико-санитарной помощи.

83. Директор европейской сети здравоохранения EuroHealthNet г-н Clive Needle приветствовал возможность работы над осуществлением Европейского плана действий. Основываясь на выводах совещания министров в Осло в 2009 г., важно не просто защищать, но и укреплять общественное здравоохранение и профилактику и идти при этом тремя путями: а) комплексный и многосекторальный подход, при котором уделяется внимание всем этапам жизни и который возглавляет премьер-министр, принесет реальные выгоды и улучшения здоровья населения при оптимальном соотношении затрат и эффективности; б) внимание должно быть сосредоточено на предотвратимых несправедливостях, как это делается в стране, принимающей данное совещание; и в) лозунгом, как и в Оттавской хартии по укреплению здоровья, должно быть слово «переориентация», когда наряду с сохранением всего положительного нужно внедрять новые подходы, которые предусматривают работу с заинтересованными сторонами, такими как некоммерческие организации и социальные предприятия, по реализации ОФОЗ 9 (коммуникация, информационно-разъяснительная деятельность и социальная мобилизация в интересах здоровья, особенно направленная на другие секторы).

ЗАСЕДАНИЕ 5: СИЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ГОТОВЫ И УСТОЙЧИВЫ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ УСЛОВИЯМ

Основные тезисы конференции и рекомендации ВОЗ в отношении политики

84. Г-жа Zsuzsanna Jakab подытожила основные тезисы совещания. Макроэкономические перспективы для Европейского региона ВОЗ не внушают оптимизма, и положение усугубляется структурными проблемами. Фискальное пространство ограничено, лимиты на расходы на здравоохранение, скорее всего, останутся, но у правительств есть выбор в том, куда направлять финансирование, и они должны выделить приоритетные области, которые способствуют экономическому росту и укрепляют солидарность и справедливость. Экономический кризис повлиял на здоровье людей и его детерминанты. Полностью дать количественное определение этого воздействия на здоровье в период кризиса, возможно, не удастся, однако уже достаточно много известно о рисках для здоровья, чтобы можно было принять меры по его ослаблению.
85. Десять стратегических рекомендаций, принятых по завершении совещания министров в Осло в 2009 г., остаются в силе. Области, в которых можно осуществить реформы с целью повышения рациональности без ущерба для бедных или для социальной справедливости, включают стимулирование мер по профилактике и укреплению здоровья, укрепление первичного звена медико-санитарной помощи и проведение больничной реформы, переориентацию политики в отношении лекарственных препаратов и модернизацию пакетов льгот и услуг. Плата за услуги и другие источники частного финансирования вносят лишь ограниченный вклад в достижение целей в секторе здравоохранения.
86. В «итоговом документе» совещания (Приложение 1) содержатся десять стратегических рекомендаций, которые можно кратко изложить следующим образом:
- Краткосрочные ответные меры политики в условиях нехватки средств должны согласовываться с долгосрочными целями и реформами системы здравоохранения.
 - В налогово-бюджетной политике в положительной форме должны учитываться ее последствия для здоровья населения.
 - Системы социального страхования и стратегии в отношении рынка труда способны смягчить негативные последствия для здоровья, связанные с финансовым и экономическим кризисом.
 - Ответные меры политики здравоохранения влияют на итоговые показатели здоровья населения, доступ к помощи и финансовое бремя, которое ложится на население.
 - Финансирование услуг общественного здравоохранения должно быть защищено.

- Налогово-бюджетная политика не должна допускать продолжительных и чрезмерных сокращений бюджета здравоохранения.
 - Системы здравоохранения с высокими показателями функционирования, отличающиеся большей рациональностью, в условиях кризиса оказываются лучше подготовленными и более устойчивыми к неблагоприятным условиям.
 - Для того, чтобы более глубокие структурные перемены в системах здравоохранения привели к экономии ресурсов, потребуется время.
 - Для того, чтобы гарантировать доступ к услугам, необходима методично и надежно работающая система информационного обеспечения и мониторинга.
 - Находящиеся в состоянии готовности и устойчивые к негативным воздействиям системы здравоохранения являются в первую очередь результатом надлежащего стратегического руководства.
87. Проект итогового документа будет обсуждаться на открытом заседании Постоянного комитета Европейского регионального комитета ВОЗ, которое состоится в Женеве 18-19 мая 2013 г., а затем будет разослан государствам-членам для консультации по сети Интернет. После того, как будет закончен процесс сбора фактических данных, документ будет доработан и представлен на утверждение Европейскому региональному комитету ВОЗ на его шестьдесят третьей сессии в сентябре 2013 г.

Мнения государств-членов

88. Представители государств-членов приветствовали итоговый документ. Они высказали мнение о том, что можно было бы добавить одну конкретную рекомендацию, касающуюся взаимодействия между министерствами финансов и здравоохранения, подчеркнув при этом, что согласовать интересы улучшения здоровья населения и улучшения финансового положения возможно. Кроме того, можно было бы сделать больший упор на необходимость подходить к финансированию здравоохранения с общегосударственных позиций: было бы полезно направить итоговый документ во все министерства, чтобы политика здравоохранения присутствовала во всех стратегиях и направлениях политики.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ И ЗАКРЫТИЕ

89. Д-р Hans Kluge отметил, что Европейское региональное бюро ВОЗ будет продолжать работать над созданием такого инструмента коммуникации, которым могли бы пользоваться министры здравоохранения для того, чтобы обращаться в министерства финансов, и совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения вырабатывать новые фактические данные. Региональное бюро также будет вместе с Грецией – страной, которая должна председательствовать в Совете Европейского союза в первой половине 2014 г. – разрабатывать «инструментарий», которым смогут пользоваться государства-члены для мониторинга воздействия экономического кризиса на здоровье населения. Наконец, ВОЗ будет продолжать участвовать в деятельности Сети по расходам на здравоохранение, созданной Рабочей группой старших должностных лиц по бюджетным вопросам (СДЛБВ) ОЭСР. В июне 2012 г. Сеть провела в Таллинне (Эстония) совместное совещание с ВОЗ по вопросу «Финансовая устойчивость систем здравоохранения в Центральной, Восточной и Юго-Восточной Европе», а во второй раз собиралась в марте 2013 г. в Париже. Выступающий выразил надежду, что совещания будут проводиться и дальше.
90. Генеральный секретарь министерства здравоохранения и социальных услуг Норвегии д-р Bjørn-Inge Larsen выразил одобрение позиции Европейского регионального бюро ВОЗ, которое все четыре года, прошедших после первого совещания министров в Осло, не выпускало из поля зрения воздействие экономического кризиса на здоровье населения. Оперативно и компетентно работала Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, которая подготовила несколько очень хороших докладов и представляет собой великолепную сеть экспертов. Совещание показало, что страны принимают инновационные подходы к преодолению последствий сокращения финансирования, хотя можно было сделать и больше для того, чтобы выявить услуги с низкой эффективностью в сопоставлении с затратами на их предоставление и ограничить выделяемые на них средства.
91. Директор Европейского регионального бюро ВОЗ г-жа Zsuzsanna Jakab перед тем, как закрыть совещание, заверила собравшихся в том, что ВОЗ и впредь будет предоставлять государствам-членам как нормативную, так и техническую поддержку в их усилиях по укреплению своих служб здравоохранения. На конференции по системам здравоохранения, которая запланирована на 17-18 октября 2013 г. в Таллинне (Эстония), будет отмечен прогресс, достигнутый за время, прошедшее после того, как государства-члены на Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения в 2008 г. приняли Таллиннскую хартию.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ: ПРОЕКТ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ

А. Нынешняя экономическая ситуация и перспективы в среднесрочном плане

1. Результатом наступления в 2008 г. глобального финансового кризиса стал сильный первоначальный экономический шок: реальный валовый внутренний продукт (ВВП) на душу населения в целом по Европейскому региону ВОЗ в 2009 г. снизился на 4,5%. Заглядывая в ближайшее будущее, многие страны в 2013 г. рассчитывают лишь на незначительный рост или ожидают полного отсутствия роста. В результате **резко выросла безработица**; в одном лишь Европейском Союзе (ЕС) уровень безработицы вырос с 6,9% в 2008 г. до 9,6% в 2010 г. По оценкам Евростата, в 2013 г. этот показатель достигнет 11,9%.
2. Признавая разнообразие условий в Европейском регионе ВОЗ, важно отметить, что не все страны были затронуты экономическим кризисом или были затронуты не в одинаковой степени. Если в целом в Восточной Европе в 2009 г. произошел отрицательный рост реального ВВП на душу населения, то страны Центральной Азии и Азербайджан оказались в значительной мере защищенными от экономического спада. Кроме того, влияние кризиса в Восточной Европе и на Кавказе было непродолжительным, и уже в 2010 г. снова начался положительный рост. В совокупности все эти факторы привели во многих странах к **ухудшению состояния государственных финансов**: в затронутых кризисом странах произошел резкий рост государственного долга в процентах от ВВП. Многие правительства также столкнулись с резким увеличением стоимости заемных средств.
3. Затронутые кризисом европейские страны плывут по волнам кризиса уже пять лет, что указывает на его затяжной характер. В среднесрочной перспективе ожидается продолжение жестких бюджетных ограничений и высокого уровня безработицы. В нескольких странах кризис вызывает далеко идущие социальные и политические последствия, дестабилизирующие существующее положение дел. Сектор здравоохранения, на долю которого во многих странах приходится около 10% экономики, сам по себе играет важную роль работодателя. Поэтому чрезвычайно важно реально оценить ситуацию, чтобы лучше подготовиться и выработать ответные меры политики, которые могут ослабить социальную и политическую напряженность, ощущаемую обществом, выборными политиками и правительствами. Краеугольным камнем ответных мер будет подтверждение приверженности принципу солидарности и реализация этой приверженности.

В. Инструменты политики, предложенные Европейским региональным бюро ВОЗ

Европейское региональное бюро ВОЗ вместе с государствами-членами ведет интенсивную работу по выработке эффективных стратегических решений, направленных на улучшение состояния здоровья населения и сокращение неравенств в период кризиса. Фундаментом для этой деятельности, в которой главный упор делается на принципы солидарности и

справедливости и на укрепление лидерства и стратегического руководства в интересах здоровья, является политика Здоровье–2020, которая также служит основным механизмом поддержки государств-членов в условиях экономического кризиса. Поддержка со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ сконцентрирована на двух стратегических целях и четырех приоритетных направлениях политики Здоровье–2020, для чего им был разработан и постоянно совершенствуется целый ряд инструментов для оказания странам в контексте данной политики максимально возможной поддержки в их усилиях по адаптации к нынешней финансовой ситуации:

- **Рамочная основа для анализа ответных мер государственной политики в условиях финансового кризиса и для синтеза фактических данных о влиянии этих мер на здоровье населения и показатели деятельности систем здравоохранения.**
- **Диалог по вопросам политики и мероприятия по организации посредничества в распространении знаний, а также проведение учебных курсов.**
- **Прямая техническая помощь.**

По просьбе государств-членов ЕРБ ВОЗ оказывает ряду стран, включая Грецию, Ирландию, Кыргызстан, Латвию, Литву, Таджикистан и Эстонию, поддержку в проведении аналитической работы, выработке, реализации и оценке эффективности политики. ВОЗ тесно сотрудничает в условиях полной координации действий с такими партнерами, как Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, ОЭСР и Всемирный банк. Значительная поддержка также была оказана при создании доказательной базы для политики Здоровье–2020, примером чего могут служить исследования в области экономики профилактики, Отчет о социальных детерминантах здоровья и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ и Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.

С. Краткое изложение новейших фактических данных

Влияние кризиса на состояние здоровья населения

а) Особенно явно среди имеющихся фактических данных выделяются два широких наблюдения. Во-первых, как было отмечено на организованном ЕРБ ВОЗ совещании в Осло в апреле 2009 г., экономический кризис негативно повлиял *“на многие **социальные детерминанты здоровья**, такие как доходы, занятость, образование, питание, корпоративное поведение (например, маркетинг и ценообразование) и налогообложение. Влияние кризиса зависит от размеров семейного имущества, основных моделей поддержки семьи и социального обеспечения, и т.д.”*

Во-вторых, в условиях роста потребностей в услугах здравоохранения по мере роста безработицы и снижения доходов домашних хозяйств принимаемые ответные меры в области политики могут сами по себе оказывать добавочное воздействие на здоровье населения. Важную роль в обеспечении функционирования эффективных систем социального страхования и защиты доступа к необходимым услугам, а также качества этих услуг играют как **ответные меры налогово-бюджетной политики** страны, то есть выбор между курсом на жесткую экономию бюджета и курсом на противочиклическое расходование

бюджетных средств, так и **ответные меры политики в области здравоохранения**. В данном контексте также представляются актуальными рекомендации в отношении политики, содержащиеся в Отчете о социальных детерминантах здоровья и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ.

б) Несмотря на недостатки данных и трудности, возникающие при отнесении на счет экономического кризиса некоторых последствий для здоровья, не вызывает никаких сомнений тот факт, что **психическое здоровье** населения весьма чутко реагирует на экономический спад: это проявляется как в повышении вероятности развития заболеваний, так и в замедлении выздоровления; во всем Европейском союзе начиная с 2007 г., после некоторой тенденции к снижению снова выросло число самоубийств среди людей моложе 65 лет. Важными способствующими факторами здесь являются и безработица, и страх перед потерей работы. В некоторых из стран, больше других пострадавших от кризиса, где в результате урезания бюджета были сокращены программы профилактики (такие как программы обмена игл) и объемы услуг по лечению на ранних стадиях заболевания, резко увеличилась распространенность **инфекционных болезней** (например, ВИЧ-инфекций). Это свидетельствует о важности сохранения финансирования услуг профилактики, потребность в которых во времена экономического кризиса возрастает. Столь же важной задачей представляется защита населения, особенно наиболее бедных и уязвимых его групп, от финансовых рисков, связанных с получением доступа к помощи при росте спроса на нее, во избежание дальнейшего обнищания этих людей.

Снижение доходов домашних хозяйств влияет также на **опасное для здоровья поведение**, такое как курение и вредное потребление алкоголя; так, многие страны сообщают, что в целом распространенность вредных для здоровья форм поведения снижается. В то же время эту ситуацию следует детально изучить сквозь призму социальной справедливости, поскольку среди некоторых групп населения распространенность таких форм поведения заметно увеличивается, приводя к негативным последствиям для их здоровья. Некоторые из таких последствий проявляются не сразу, но **изменения в доступности для населения необходимых услуг, вероятно, позволят увидеть, в каких сферах могут возникнуть проблемы в будущем**. Согласно имеющимся данным, правительства стран во всем Европейском регионе ВОЗ предприняли огромные усилия для амортизации сокращения бюджета и защиты доступа к услугам путем снижения их стоимости, главным образом за счет снижения стоимости лекарственных средств и заработной платы в секторе общественного здравоохранения. В то же время, некоторые страны ограничили права некоторых групп населения на получение действенного лечения или огульно повысили плату за пользование услугами, что может сделать необходимые услуги менее доступными. Если изменения в пакете услуг и плате за пользование услугами будут касаться только тех услуг, которые имеют низкую клиническую ценность (низкую эффективность в сопоставлении с затратами), и не будут распространяться на бедные и уязвимые группы населения, негативное воздействие на доступ к услугам здравоохранения и на здоровье населения будет минимальным.

D. Выводы для политики, вытекающие из имеющихся фактических данных

1) Действуя в условиях кризиса, крайне важно не упускать из виду вызовы для систем здравоохранения более долгосрочного характера.

Краткосрочные меры политики в условиях нехватки средств должны согласовываться с реформами системы здравоохранения, которые необходимы для преодоления проблем здоровья населения, перед которыми сейчас стоит общество в европейских странах. Это требует создания систем согласованного оказания услуг на базе первичного звена медико-санитарной помощи и внебольничной помощи в тесной увязке с социальными услугами, а также применения принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях с акцентом на факторы риска неинфекционных заболеваний и особого внимания укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Очень важно, чтобы поставщики услуг вкладывали достаточные средства в профессиональное образование для того, чтобы быть на высоте меняющихся требований, предъявляемых к системам здравоохранения, и легче адаптироваться к необходимым изменениям в системе предоставления услуг; частью этого процесса может стать расширение функций медицинских сестер и акушерок. Стратегической рамочной основой для решения этих задач является политика Здоровье-2020.

2) В налогово-бюджетной политике в положительной форме должны учитываться ее вероятные последствия для здоровья населения.

Существуют убедительные доказательства того, что, несмотря на наличие определенных благоприятных влияний на здоровье, в целом в условиях финансового кризиса и экономического спада риск негативных последствий для здоровья возрастает, особенно для бедных и уязвимых групп населения. Значительный рост безработицы ассоциирует с ростом заболеваемости, особенно связанной с нарушениями психического здоровья, и с ростом смертности в результате суицида, а также с ростом употребления алкоголя и табака. Эти фактические данные должны приниматься во внимание как важные факторы в процессе выработки налогово-бюджетной политики, особенно политики, ориентированной на жесткую экономию бюджетных средств, и в политике должны предусматриваться шаги по смягчению негативных последствий для здоровья населения.

3) Системы социального страхования и стратегии в отношении рынка труда способны смягчить негативные последствия для здоровья, связанные с финансовым и экономическим кризисом.

Имеющиеся фактические данные показывают, что, несмотря на существование повышенного риска нездоровья во времена экономических спадов, согласованные меры на межсекторальном уровне, такие как стратегии по активному стимулированию рынка труда, способны ограничить продолжительную безработицу, а эффективные системы социального страхования, охватывающие лиц, оставшихся без работы, способны в значительной степени смягчить негативные последствия для здоровья, связанные с экономическим спадом. Благодаря тому, что сектор здравоохранения заботится о наличии достаточного потенциала, позволяющего справиться с растущим спросом на услуги по охране психического и соматического здоровья, его роль в обеспечении общей социальной защиты населения имеет огромное значение.

4) Ответные меры политики здравоохранения влияют на последствия финансового и экономического кризиса для здоровья населения

Сокращения государственных расходов на здравоохранение в ответ на ухудшение ситуации в налогово-бюджетной сфере происходят как раз в то время, когда обычно повышается спрос на услуги здравоохранения. Перед тем, как перекладывать расходы на плечи пациентов, особенно из бедных слоев населения, необходимо сначала исчерпать все возможности в области политики для смягчения последствий сокращения бюджета путем принятия мер со стороны предложения (например, снижение цен). Финансирование эффективных в сопоставлении с затратами, хорошо организованных и жизненно важных услуг необходимо защищать за счет хуже организованных услуг, имеющих низкую практическую ценность. Огульные сокращения могут привести к ухудшению ситуации, поскольку они не направлены избирательно на области, функционирующие нерационально, а непродуманные сокращения могут порождать новые формы нерациональности. Для минимизации негативных последствий сокращения бюджетов для здоровья очень важно сокращать их разумно и осмотрительно.

5) Необходимо защитить финансирование услуг общественного здравоохранения.

Финансовые трудности еще более наглядно показывают необходимость обеспечить разумное соотношение затрат и эффективности в расходах на здравоохранение. На опыте доказано, что инвестициями, способными улучшить конечные показатели здоровья населения при относительно небольших затратах, являются инвестиции в услуги общественного здравоохранения (включая охрану здоровья и профилактику заболеваний), поэтому необходимо защитить финансирование этих услуг. Кроме того, вмешательства в области общественного здравоохранения могут в немалой степени способствовать восстановлению экономики благодаря защите психического здоровья, мерам по укреплению здоровья на предприятиях и в организациях и преобладанию таких вмешательств, которые позволяют системам здравоохранения экономить затраты.

б) Учитывая, что потребности населения в услугах здравоохранения быстро и существенно возрастают по мере роста безработицы и снижения доходов домашних хозяйств, **налогово-бюджетная политика не должна допускать продолжительных и чрезмерных сокращений бюджета здравоохранения**, за исключением тех случаев, когда становится ясно, что такие корректировки бюджета в сторону сокращения не поставят под угрозу доступность необходимых для населения услуг. Имеются веские аргументы в пользу противочиклического подхода к расходованию государственных средств, чтобы сохранить объемы предоставления услуг в условиях растущего спроса на них, что в свою очередь требует ответственной налогово-бюджетной и экономической политики в периоды экономического роста. Аналогичным образом, лучше подготовиться к экономическому спаду системам здравоохранения помогут соответствующие реальным потребностям и рациональные инвестиции в инфраструктуру, своевременное и обоснованное реформирование системы предоставления услуг, акцент на вмешательства с благоприятным соотношением затрат и результатов и осмотрительный подход к расширению услуг в периоды увеличения бюджета здравоохранения.

7) Системы здравоохранения с высокими показателями функционирования в условиях кризиса могут оказаться более устойчивыми к неблагоприятным воздействиям.

Усилия по повышению рациональности следует предпринимать постоянно, вне зависимости от того, в каком состоянии – роста или сокращения – находится в данный момент бюджет здравоохранения. У систем здравоохранения с высокими показателями функционирования с большей вероятностью может быть защищено финансирование, чем у систем, допускающих в своей деятельности большую нерациональность. Рационально функционирующие системы здравоохранения обычно располагают лучшими кадрами управления, что в свою очередь повышает их жизнестойкость перед лицом сокращений финансирования, когда такие сокращения становятся неизбежными. Систематический сбор информации в процессе оценки технологий здравоохранения с целью обоснования стратегических закупок и создание правильных стимулов для всех действующих субъектов в системе в сочетании с крепким управленческим потенциалом может помочь министерствам определить приоритеты в расходовании средств и минимизировать негативные последствия для здоровья населения в условиях бюджетных трудностей.

8) В условиях нехватки времени более глубокие реформы едва ли способны привести к быстрой экономии ресурсов

Затяжной характер финансовых трудностей (некоторые страны вот уже пятый год испытывают серьезную нехватку бюджетных средств) усложняет стоящую перед реформами системы здравоохранения задачу амортизировать дальнейшие сокращения расходов без ущерба для доступа к необходимым услугам. Проведение более фундаментальных реформ, затрагивающих, например, основополагающую структуру издержек по предоставлению услуг, часто требует немедленных инвестиций, средства для которых в условиях кризиса могут быть ограниченными и вряд ли смогут быть обеспечены за короткое время. Это нужно учитывать при выделении бюджетных средств на цели здравоохранения. Этот тезис также подчеркивает, что системам здравоохранения необходимо добиваться рационализации своей деятельности постоянно, а не только когда грянет кризис.

9) Для того, чтобы гарантировать доступ к услугам, необходима методично и надежно работающая система информационного обеспечения и мониторинга.

Одной из приоритетных задач должно быть определение и использование комплекса легко собираемых, специфичных, чувствительных и дезагрегированных до субнационального уровня показателей для мониторинга воздействия стратегий, например, на неравенства в доступе к медико-санитарной помощи. Мониторинг временной динамики воздействия на здоровье или эффекта ответных мер в области политики, принимаемых в связи с финансовым кризисом, охватывает конечные показатели здоровья населения, как связанные, так и не связанные с летальностью, а также их детерминанты, в том числе детерминанты, связанные с системой медико-санитарной помощи.

10) Находящиеся в состоянии готовности и устойчивые к негативным внешним воздействиям системы здравоохранения являются в первую очередь результатом надлежащего стратегического руководства

Кризисы могут создавать благоприятную политическую возможность для проведения структурных реформ в системах здравоохранения, однако необходимость осуществлять изменения ускоренными темпами может привести и к негативным последствиям. Например, крупные структурные изменения в системах предоставления услуг или реформы систем оплаты следует проводить постепенно; к тому же они могут быть более успешными в

условиях роста бюджетов. Своевременное решение этих проблем является для систем здравоохранения своего рода испытанием на эффективность стратегического руководства: неустанное стремление к повышению рациональности и ответственное распоряжение государственными ресурсами в секторе здравоохранения в сочетании с благоразумной налогово-бюджетной политикой являются наиболее действенными стратегиями защиты социальной справедливости и солидарности в период экономического спада. Руководством и рамочной основой для такого подхода является политика Здоровье–2020.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Австрия

Д-р Clemens Martin Auer
Генеральный директор, секция I
Министерство здравоохранения
Вена

Г-н Markus Netter
Советник по экономическим вопросам,
кабинет федерального министра
Министерство здравоохранения
Вена

Андорра

Г-н Josep M. Casals Alis
Генеральный директор здравоохранения
и социального обеспечения
Министерство здравоохранения и
социального обеспечения

Армения

Г-н Саро Цатурян
Директор, Государственное агентство
здравоохранения
Министерство здравоохранения
Ул. Геворга Ховсепяна, 10, район Норк
Мараш
Ереван

Бельгия

Г-н Jo De Cock
Исполнительный директор
Национальный институт страхования
здоровья и инвалидности
Брюссель

Д-р Daniel Reynders
Руководитель службы, служба
международных отношений
Федеральное ведомство
здравоохранения, безопасности
пищевой цепи и охраны окружающей
среды
Брюссель

Болгария

Г-жа Dessislava Dimitrova
Заместитель министра здравоохранения
Министерство здравоохранения
София

Босния и Герцеговина

Г-н Sredoje Novic
Министр гражданских дел
Министерство гражданских дел Боснии и
Герцеговины
Сараево

Д-р Slobodan Stanic
Министр здравоохранения и
социального обеспечения
Министерство здравоохранения и
социального обеспечения Республики
Српска
Баня-Лука

Бывшая югославская Республика Македония

Г-н Jovan Grpovski
Директор
Фонд медицинского страхования
Скопье

Венгрия

Д-р Miklós Szócska
Государственный министр по вопросам
здравоохранения
Министерство кадровых ресурсов
Будапешт

Германия

Г-жа Chariklia Balas
Старший советник, глобальное
здравоохранение
Министерство здравоохранения
Бонн

Греция

Г-н Haris Kandiloros
Специальный советник, кабинет
министра здравоохранения
Министерство здравоохранения
Афины

Г-жа Lena Konsta
Советник министра здравоохранения,
кабинет министра здравоохранения
Министерство здравоохранения
Афины

Грузия

Г-жа Mariam Jashi
Заместитель министра
Министерство труда, здравоохранения и
социальных дел
Тбилиси

Израиль

Профессор Avi Israeli
Главный научный сотрудник
Министерство здравоохранения
Иерусалим

Ирландия

Г-жа Bairbre Nic Aongusa
Помощник генерального секретаря,
управление финансов, информации, ИКТ,
научных исследований и сотрудничества
с ЕС/международных отношений
Министерство здравоохранения
Дублин

Исландия

Г-жа Anna Lilja Gunnarsdóttir
Постоянный секретарь
Министерство социального обеспечения
Рейкьявик

Испания

Д-р Pilar Farjas Abadia
Генеральный секретарь по
здравоохранению и защите
потребителей
Министерство здравоохранения,
социальных услуг и справедливости
Мадрид

Д-р Karoline Fernandez de la Hoz
Начальник, отдел международной
технической координации, генеральный
секретариат по здравоохранению и
защите потребителей
Министерство здравоохранения,
социальных услуг и справедливости
Мадрид

Г-н Manuel Suarez Lemus
Советник генерального секретаря,
генеральный секретариат по
здравоохранению и защите
потребителей
Министерство здравоохранения,
социальных услуг и справедливости
Мадрид

Италия

Д-р Daniela Roderigo
Генеральный директор, генеральный
директорат европейских и
международных отношений
Министерство здравоохранения
Рим

Д-р Giuseppe Ruocco
Генеральный директор, генеральный
директорат профилактики
Министерство здравоохранения
Рим

Казахстан

Д-р Эрик Байжунусов
Заместитель министра здравоохранения,
Центр организации здравоохранения
Министерство здравоохранения
Астана

Г-н Кайрат Ниткалиев
Директор, Центр организации медико-
санитарной помощи
Республиканский центр развития
здравоохранения
Астана

Латвия

Д-р Ingrida Circene
Министр здравоохранения
Министерство здравоохранения
Рига

Г-жа Daina Murmane-Umbrasko
Заместитель государственного секретаря
Министерство здравоохранения
Рига

Литва

Г-н Erikas Mačiūnas
Заместитель министра
Министерство здравоохранения
Вильнюс

Г-н Algis Sasnauskas
Директор
Литовский национальный фонд
медицинского страхования
Вильнюс

Мальта

Г-жа Jacqueline Camilleri
Генеральный директор, управление
финансов и администрации, отдел
финансового мониторинга и контроля
Министерство здравоохранения
Валетта

Нидерланды

Г-н Geert Van Maanen
Генеральный секретарь по
здравоохранению
Министерство здравоохранения,
социального обеспечения и спорта
Гаага

Д-р Gert-Jan Rietveld
Старший советник по вопросам политики
Министерство здравоохранения,
социального обеспечения и спорта
Гаага

Норвегия

Г-н Jonas Gahr Støre
Министр здравоохранения и социальных
услуг
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Д-р Vjørn-Inge Larsen
Генеральный секретарь
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Д-р Vjørn Guldvog
Генеральный директор здравоохранения
и главный врач
Норвежский директорат
здравоохранения
Осло

Д-р Knut-Inge Klepp
Помощник генерального директора
Норвежский директорат
здравоохранения
Осло

Г-н Frode Myrvold
Генеральный директор
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Г-н Are Forbord
Заместитель генерального директора
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Г-жа Hilde Caroline Sundrehagen
Заместитель генерального директора
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Г-жа Synnøve Roald
Заместитель генерального директора
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Г-жа Tone Hobaek
Помощник генерального директора
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Г-жа Heidi Langaas
Советник по вопросам здравоохранения
и безопасности пищевых продуктов
Постоянное представительство
Норвегии при Европейском союзе
Брюссель

Г-н Anders Lamark Tysse
Старший советник
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Г-н Thor Erik Lindgren
Старший советник
Министерство здравоохранения и
социальных услуг
Осло

Г-жа Cecilie Daae
Начальник отдела
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Г-н Arne-Petter Sanne
Директор
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Г-н Jakob Linhave
Директор
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Г-н Otto Christian Rø
Старший советник
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Г-н Bengt Skotheim
Старший советник
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Г-жа Tone Torgersen
Старший советник
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Г-н Arild Blomkvist
Советник
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Г-н Eivind Berg Weibust
Советник
Норвежский директорат
здравоохранения
St. Olavs plass

Польша

Г-н Filip Domanski
Главный специалист, управление
медицинского страхования
Министерство здравоохранения
Варшава

Португалия

Д-р Paulo Moita de Macedo
Министр здравоохранения
Министерство здравоохранения
Лиссабон

Д-р Fernando Leal da Costa
Государственный секретарь, помощник
министра здравоохранения
Министерство здравоохранения
Лиссабон

Республика Молдова

Д-р Andrei Usatii
Министр здравоохранения
Министерство здравоохранения
Кишинэу

Д-р Андрей Матей
Начальник управления бюджета,
финансов и страхования
Министерство здравоохранения
Кишинэу

Российская Федерация

Д-р Фарит Кадыров
Заместитель директора, Федеральный
научно-исследовательский институт
организации здравоохранения и
информатики
Министерство здравоохранения
Москва

Сан-Марино

Г-н Francesco Mussoni
Министр здравоохранения
и социального обеспечения,
национального страхования, семьи и
экономического планирования
Министерство здравоохранения
Каилунго

Д-р Andrea Gualtieri
Директор, управление здравоохранения
по вопросам разрешений, аккредитации
и качества медицинских услуг
Министерство здравоохранения
Каилунго

Сербия

Г-н Milan Simurdic
Посол
Посольство Республики Сербия в
Норвегии
Осло

Г-н Ivo Vjovodic
Первый секретарь
Посольство Республики Сербия в
Норвегии
Осло

Словакия

Д-р Mario Mikloši
Генеральный директор, сектор
здравоохранения
Министерство здравоохранения
Братислава

Г-н Ivan Poprocký
Директор, Институт политики
здравоохранения
Министерство здравоохранения
Братислава

Словения

Г-жа Vesna-Kerstin Petric
Начальник, управление
профилактической медицинской
помощи, директорат общественного
здравоохранения
Министерство здравоохранения
Любляна

Г-н Dušan Jošar
Начальник, управление экономики
здравоохранения, директорат экономики
медико-санитарной помощи
Министерство здравоохранения
Любляна

Г-н Tit Albreht
Директор, Центр анализа систем
здравоохранения
Институт общественного
здравоохранения
Любляна

Г-жа Anne-Marie Yazbeck
Старший научный сотрудник, бюро
научных исследований и управления
проектами
Институт общественного
здравоохранения
Любляна

Таджикистан

Г-н Сохибназар Рахмонов
Заместитель министра, управление
реформ и международных отношений
Министерство здравоохранения
Душанбе

Узбекистан

Г-н Асилбек Худаяров
Заместитель министра здравоохранения
Министерство здравоохранения
Ташкент

Украина

Д-р Раиса Богатырёва
Министр здравоохранения
Министерство здравоохранения
Киев

Г-жа Людмила Харив
Советник министра здравоохранения
Министерство здравоохранения
Киев

Швейцария

Г-жа Thérèse Furrer
Экономист, сектор тарифов и
поставщиков услуг
Федеральное бюро общественного
здравоохранения
Берн

Швеция

Д-р Lars-Erik Holm
Генеральный директор
Национальный совет по
здравоохранению и социальному
обеспечению
Стокгольм

Финляндия

Г-жа Taru Koivisto
Директор
Министерство социальных дел и
здравоохранения

Франция

Г-н Franck Von Lennep
Директор, управление научных
исследований, оценки и статистики
Министерство социальных дел и
здравоохранения
Париж

Г-жа Léa Das Neves Bicho
Специалист по международному
здравоохранению, управление
европейского и международного
сотрудничества
Министерство труда, занятости и
здравоохранения
Париж

Хорватия

Д-р Danica Kramarić
Начальник, отдел укрепления и охраны
здоровья, управление охраны здоровья
Министерство здравоохранения
Загреб

Эстония

Г-жа Liis Rooväli
Начальник, управление информации и
анализа здравоохранения
Министерство социальных дел
Таллинн

Г-н Tanel Ross
Председатель совета управляющих
Эстонский фонд медицинского
страхования
Таллинн

Г-жа Triin Habicht
Начальник, управление медико-
санитарной помощи
Эстонский фонд медицинского
страхования
Таллинн

Основные докладчики

Д-р David Stuckler
Ведущий руководитель
исследовательских программ
Оксфордский университет
Соединенное Королевство

Профессор Peter Heller
Профессор экономики
Вильямс-колледж
Соединенные Штаты Америки

Профессор Alan Maynard
Профессор экономики здравоохранения,
медико-санитарный факультет
Йоркский университет
Соединенное Королевство

Профессор Charles Normand
Кафедра политики и организации
здравоохранения им. Эдварда Кеннеди и
руководитель Центра
Тринити-колледж
Дублинский университет
Ирландия

Временные советники

Профессор Carlos M. Artundo
Директор
Андалузская школа общественного
здравоохранения
Гранада
Испания

Профессор Alan Maryon-Davis
Отделение научных исследований в
области медицинской и социальной
помощи
Медицинский факультет
Королевский колледж
Лондон
Соединенное Королевство

Д-р Charalampos Economou
Доцент
Университет социологии и политологии
«Пантейон»
Афины
Греция

Д-р Maris Jesse
Директор
Национальный институт развития
здравоохранения
Таллинн
Эстония

Г-н Clive Needle
Директор
Сеть EuroHealthNet
Брюссель
Бельгия

Профессор Constantino Sakellarides
Португальская ассоциация развития
общественного здравоохранения
Лиссабон
Португалия

Д-р Mark Taube
Директор
Национальная служба здравоохранения
Рига
Латвия

Представители других организаций

Европейская комиссия
Artur Jose Moreira Coutinho de Carvalho
Отдел систем медико-санитарной
помощи, Генеральный директорат
здравоохранения и защиты потребителей
Брюссель
Бельгия

Г-жа Ana Xavier
Координатор политики, Генеральный директорат по экономическим и финансовым вопросам
Брюссель
Бельгия

Европейский форум здравоохранения в Гаштайне (ЕФЗГ)

Г-н Helmut Brand
Президент
Бад-Хофштайн
Австрия

Г-жа Dorli Kahr-Gottlieb
Генеральный секретарь
Бад-Хофштайн
Австрия

Европейская ассоциация управления здравоохранением (ЕНМА)

Jenni Bremner
Директор
Брюссель
Бельгия

Европейский альянс общественного здравоохранения

Kosinska Monika
Генеральный секретарь
Брюссель
Бельгия

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)

Г-н Mark Pearson
Руководитель отделения здравоохранения
Париж
Франция

Всемирный банк

Г-жа Rekha Menon
Старший экономист, регион Европы и Центральной Азии
Вашингтон
Соединенные Штаты Америки

Г-н Daniel Dulizky
Заведующий сектором
Вашингтон
Соединенные Штаты Америки

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Г-жа Zsuzsanna Jakab
Директор регионального бюро

Г-жа Susan Ahrenst
Ассистент по административным вопросам, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Д-р Roberto Bertollini
Представитель при Европейском союзе

Г-жа Christine Brown
Руководитель программы, отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

Г-жа Myra Cabales Hansen
Секретарь, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Г-жа Gitte Andersen Havn
Ассистент, административно-финансовый отдел

Г-жа Teresa Capel Tatjer
Сотрудник по административным вопросам, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Jon Cylus
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Д-р Tamás Evetovits
Старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Д-р Josep Figueras
Директор, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Г-н Juan García
Ассистент программы, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Д-р Cristina Hernandez Quevido
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Д-р Melitta Jakab
Старший аналитик по вопросам политики в области финансирования здравоохранения, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Д-р Matthew Jowett
И.о. руководителя Барселонского офиса по укреплению систем здравоохранения, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Г-жа Marina Karanikolos
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Д-р Hans Kluge
Директор, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Г-жа Anna Maresso
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Г-жа Leen Meulenbergs
Исполнительный директор, Партнерства и коммуникации

Г-жа Philipa Mladovsky
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Д-р Joanna Nurse
Старший советник, услуги общественного здравоохранения, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Г-жа Anna Sagan
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Д-р Sarah Thomson
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Штаб-квартира ВОЗ

Г-н Joseph Kutzin
Координатор, политика в области финансирования здравоохранения

Д-р René Flamholt Christensen
Консультант

Наблюдатели

Его Превосходительство Посол Mamuka Tsikhelashvili

Посольство Грузии в Норвегии

Г-жа Sofia Balanchivadze

Первый секретарь, Посольство Грузии в Норвегии

Его Превосходительство Посол Sundus Omar Ali

Посольство Республики Ирак в Норвегии

Г-н Mohammad O. Al-Shaikhly

Первый секретарь, Посольство

Республики Ирак в Норвегии

Его Превосходительство Посол Юрий Онищенко

Посольство Украины в Норвегии

Г-н Виталий Пантус

Советник, Посольство Украины в

Норвегии

Г-н Piret Aun
Помощник заместителя генерального
секретаря по вопросам политики
здравоохранения, министерство
социальных дел Эстонии

Г-жа Kelly Otsman
Главный специалист, управление
европейской и международной
координации, министерство социальных
дел Эстонии

Секретарь-докладчик

Г-н Charles Robson

Переводчики

Г-н Александр Решетов

Г-н Андрей Решетов

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

MEMBER STATES

Австрия	Испания	Словакия
Азербайджан	Италия	Словения
Албания	Казахстан	Соединенное
Андорра	Кипр	Королевство
Армения	Кыргызстан	Таджикистан
Беларусь	Латвия	Туркменистан
Бельгия	Литва	Турция
Болгария	Люксембург	Узбекистан
Босния и Герцеговина	Мальта	Украина
Бывшая югославская Республика Македония	Монако	Финляндия
Венгрия	Нидерланды	Франция
Германия	Норвегия	Хорватия
Греция	Польша	Черногория
Грузия	Португалия	Чешская Республика
Дания	Республика Молдова	Швейцария
Израиль	Российская Федерация	Швеция
Ирландия	Румыния	Эстония
Исландия	Сан-Марино	
	Сербия	



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 30 70 00, Факс: +45 45 30 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int