

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ
ПРИНЦИПОВ №5

Меры, предусматриваемые в политике здравоохранения в Европе в ответ на финансовый кризис

Philipa Mladovsky, Divya Srivastava,
Jonathan Cylus, Marina Karanikolos,
Tamás Evetovits, Sarah Thomson,
Martin McKee



Всемирная организация
здравоохранения
Европейское региональное бюро

Европейская
обсерватория 
по системам и политике здравоохранения

 **HEALTH EVIDENCE NETWORK**
Health Evidence Network
ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ПОДДЕРЖКУ
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Ключевые слова:

FINANCING, HEALTH

DELIVERY OF HEALTH CARE –
economics

HEALTH POLICY

PUBLIC HEALTH
ADMINISTRATION

HEALTH SYSTEM PLANS –
organization and
administration

Предлагаемое краткое изложение принципов является одним из новой серии документов, предназначенных для должностных лиц, вырабатывающих политику, и руководителей систем здравоохранения.

При подготовке таких документов ставится задача разработать ключевые тезисы для поддержки процесса формирования политики на научной основе, и редакционная коллегия вместе с авторами продолжит работу по улучшению этой серии, в частности, усилив внимание к вопросам, связанным с выбором тех или иных вариантов политики и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2012 г.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>

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 явной 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.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПРИНЦИПОВ № 5

Меры, предусматриваемые в политике здравоохранения в Европе в ответ на финансовый кризис

**Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus,
Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson,
Martin McKee**

Меры, предусматриваемые в политике здравоохранения в Европе в ответ на финансовый кризис

Содержание	Страница
Выражение благодарности	iv
Реферат	v
Основные положения	xi
1 Введение	1
2 Понимание мер, предусматриваемых в политике здравоохранения в ответ на финансовый кризис	4
3 Методы	13
4 Результаты	14
5 Выводы	37
Библиография	40
Приложения	49

Авторы

Philipa Mladovsky, научный сотрудник, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и LSE Health (Центр исследований в области здравоохранения Лондонской школы экономики).

Divya Srivastava, научный сотрудник, LSE Health, Лондонская школа экономики и политических наук.

Jonathan Cylus, технический специалист/научный сотрудник, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и LSE Health.

Marina Karanikolos, технический специалист/научный сотрудник, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Tamás Evetovits, специалист по экономике здравоохранения, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.

Sarah Thomson, старший научный сотрудник, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, заместитель директора отделения Обсерватории при LSE и научный сотрудник и заместитель директора LSE Health.

Martin McKee, профессор кафедры европейского общественного здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Редакция

Под редакцией
Европейского
регионального бюро
ВОЗ и Европейской
обсерватории по
системам и политике
здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Редакционная коллегия

Josep Figueras
Claudia Stein
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск

Kate Willows Frantzen
Jonathan North
Caroline White

Авторы и редакторы
выражают благодарность
рецензентам, которые
прислали свои комментарии
по данной публикации
и поделились своими
профессиональными
знаниями и опытом.

№ 5

ISSN 2078-5011

Выражение благодарности

Предлагаемое краткое изложение принципов является плодом сотрудничества между Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения, Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейской комиссией (Генеральный директорат по занятости, социальным делам и общественной интеграции). В этом исследовании использованы результаты научно-исследовательских работ, проведенных в рамках проекта “Состояние здоровья, медико-санитарная помощь и длительный уход в Европейском союзе”, который финансируется Европейской комиссией (Генеральный директорат по занятости, социальным делам и общественной интеграции, контракт № VC/2008/932) (Srivastava & Mladovsky, 2011).

Авторы выражают благодарность гг. Josep Figueras, Matthew Jowett, Nora Markova, Erica Richardson, Tiziana Leone, David Stuckler, экспертам Генерального директората по здравоохранению и защите потребителей (DG SANCO) и Генерального директора по занятости, социальным делам и общественной интеграции, участникам совещания Группы по вопросам европейской политики здравоохранения, которое состоялось в апреле 2012 г. в Копенгагене, и анонимному рецензенту за их замечания, касающиеся черновых вариантов данного документа, а также г-же Katharina Hecht за помощь и участие в организации и осуществлении сбора данных. Особой благодарности заслуживают поименованные ниже эксперты из отдельных стран, чей вклад выразился в заполнении вопросников и без чьего участия провести это исследование было бы невозможно: Австрия – Maria M. Hofmarcher и Leslie Tarver; Азербайджан – Фуад Ибрагимов; Албания – Genc Burazeri; Англия – Vanessa Saliba; Армения – Людмила Ниязян; Беларусь – Александр Гракович; Бельгия – Sophie Gerkens и Maria Isabel Farfan-Portet; Болгария – Evgenia Delcheva; Босния и Герцеговина – Drazenka Malicbegovic; бывшая югославская Республика Македония – Fimka Tozija; Венгрия – Barbara Koncz; Германия – Marcial Velasco-Garrido; Греция – Daphne Kaitelidou; Грузия – George Gotsadze; Дания – Karsten Vrangbæk; Израиль – Amir Shmueli; Ирландия – Steven Thomas; Исландия – Sigrun Gunnarsdottir; Испания – Alexandrina Stoyanova; Италия – Margherita Giannoni; Кипр – Mamas Theodorou; Кыргызстан – Бактыгюль Акказиева; Латвия – Anita Villerusa; Литва – Skirmante Starkuviene; Мальта – Natasha Azzopardi Muscat; Нидерланды – Ronald Batenburg; Норвегия – Anne-Karin Lindahl; Польша – Adam Kozierkiewicz; Португалия – Leonor Bacelar Nicolau; Республика Молдова – Валериу Сава; Российская Федерация – Кирилл Данишевский; Румыния – Victor Olsavszky; Сербия – Vukasin Radulovic; Словакия – Lucia Kossarova; Словения – Rade Pribakovic; Турция – Salih Mollahaliloğlu; Узбекистан – Мохир Ахмедов; Украина – Валерий Лехан; Швейцария – Raphaël Bize; Швеция – Anna Melke; Финляндия – Jan Klavus; Франция – Sandra Mounier-Jack; Хорватия – Martina Bogut; Чешская Республика – Tomas Roubal; Эстония – Triin Habicht. Ответственность за любые возможные ошибки лежит на нас.

Реферат

Введение

Глобальный финансовый кризис, начавшийся в 2007 г., можно определить как шок для системы здравоохранения, т.е. неожиданное явление, возникшее вне системы здравоохранения и оказывающее большое отрицательное влияние на наличие ресурсов в системе здравоохранения или большое положительное влияние на спрос на услуги здравоохранения. Всякий экономический шок создает для лиц, формирующих политику, три главные проблемы:

- Для систем здравоохранения нужны предсказуемые источники поступления средств, имея которые можно планировать инвестиции, определять бюджеты и закупать товары и услуги. Внезапные нарушения в непрерывности потоков государственных доходов могут создать трудности в сохранении необходимых уровней медико-санитарной помощи.
- Сокращения государственных расходов на здравоохранение в ответ на экономический шок обычно имеют место как раз в то время, когда системам здравоохранения может потребоваться никак не меньше, а напротив, больше ресурсов – например, для преодоления неблагоприятных последствий, которые создает безработица для здоровья людей.
- Произвольные сокращения жизненно необходимых услуг могут еще больше дестабилизировать систему здравоохранения, если они будут подрывать финансовую защиту, справедливость в отношении доступа к помощи и качество предоставляемой помощи и в долгосрочной перспективе вести к повышению затрат на здравоохранение и на другие нужды. Мало того, что огульные сокращения вряд ли помогут устранить имеющиеся проблемы нерационального использования ресурсов, они еще и создают новые проблемы такого рода, и это может еще больше усугубить бюджетные трудности.

В 2009 г. Европейский региональный комитет ВОЗ принял резолюцию (EUR/RC59/R3), в которой призвал государства-члены добиваться того, чтобы их системы здравоохранения в период экономического кризиса продолжали защищать и поощрять всеобщий доступ к полноценным медико-санитарным услугам. На сегодняшний день не было выполнено ни одного систематического сравнительного анализа мер реагирования систем здравоохранения на финансовый кризис в разных странах Европы, хотя и было опубликовано несколько обзоров ответных мер, которые принимаются системами здравоохранения в связи с этим кризисом.

Предлагаемое “Краткое изложение принципов” предназначено для того, чтобы восполнить пробел в литературе: в нем представлена система анализа ответных мер политики здравоохранения в связи с экономическими потрясениями, обобщаются результаты обследования ответных мер политики здравоохранения в связи с финансовым кризисом во всех 53-х государствах-членах Европейского региона ВОЗ и рассматриваются возможные последствия этих мер для деятельности систем здравоохранения.

Понимание мер, предусматриваемых в политике здравоохранения в ответ на финансовый кризис

Оказавшись перед лицом экономического потрясения, затрагивающего сектор здравоохранения, вырабатывающие политику руководители могут принять решение либо сохранить, либо снизить, либо повысить нынешние уровни государственных расходов на здравоохранение. При каждом из этих вариантов они также могут осуществить перераспределение средств внутри системы здравоохранения таким образом, чтобы добиться более рационального использования ресурсов. Для изменения уровней расходов можно применять целый ряд инструментов, которые группируются по следующим разделам политики: уровень *взносов* на предоставление помощи, финансируемой государством; *объем и качество* помощи, финансируемой государством; *затраты на помощь*, финансируемую государством.

Когда лица, вырабатывающие политику, принимают решения в отношении того, какие использовать инструменты, они должны учитывать воздействие планируемых реформ на достижение стратегических целей системы здравоохранения. Вполне возможно, что в условиях финансового кризиса обеспечение баланса бюджета очень важно, однако обычно это не считается первоочередной целью *системы здравоохранения* – равной по важности или более важной, чем такие цели политики здравоохранения, как улучшение показателей здоровья населения или финансовая защита – поскольку, если бы достижение баланса было важнее, его можно было бы обеспечить за счет урезания государственных расходов на здравоохранение, не считаясь с последствиями. Это противоречит задаче обеспечения более рационального использования ресурсов. Цель попыток повысить эффективность использования ресурсов в секторе здравоохранения заключается в достижении максимальных результатов при данном уровне государственных расходов, выделяемых на медико-санитарную помощь.

Ответные меры государств осуществляются в условиях более широких ограничений и возможностей, существующих внутри системы

здравоохранения и вне её. Меры государственной политики, принимаемые в ответ на экономические потрясения, должны различаться в зависимости от характера потрясения. В некоторых странах Европы кризис привел к разрушительным последствиям, особенно в странах, у которых и раньше были высокие уровни задолженности и бюджетного дефицита и которым поэтому оказалось трудно получать заемные средства для поддержания государственных расходов на прежнем уровне. Неспособность получить кредит под приемлемый процент или обеспечить поступление доходов за счет налогообложения резко ограничивает пространство для бюджетного маневра страны с высоким уровнем задолженности и практически не оставляет ей никакого другого выбора, кроме сокращения государственных расходов. На ответные меры государственной политики также могут влиять и политические предпочтения.

Результаты обследования

Результаты обследования показывают, что меры, принимаемые в Европейском регионе в ответ на кризис, в разных системах здравоохранения существенно различаются и отчасти зависят от того, насколько значительным был спад экономики, произошедший в странах. Одни страны не вводили в свою политику никаких изменений, другие ввели много нового. Одни системы здравоохранения оказались подготовленными лучше, чем другие, благодаря налогово-бюджетным мерам, осуществленным еще до кризиса, таким, например, как накопление финансовых резервов. Было много случаев, когда принципы и направления политики, принятые до 2008 г., осуществлялись более интенсивно или ускоренно, поскольку перед лицом кризиса они становились еще более необходимыми или политически осуществимыми, особенно принципы реструктуризации вторичного звена медико-санитарной помощи. Были также случаи, когда в ответ на кризис запланированные реформы замедлялись или от них полностью отказывались.

Стратегии, направленные на изменение уровня взносов на медико-санитарную помощь, финансируемую государством

Несколько стран сообщили о сокращении национального бюджета здравоохранения в ответ на финансовый кризис. В некоторых странах сокращения бюджета были частично обусловлены ростом безработицы, из-за которого сократились поступления за счет взносов в фонд социального страхования. В нескольких случаях поступления и расходы за счет социального страхования продолжали расти, что частично объясняется противочиклической ставкой взносов, уплачиваемых государством за экономически неактивных людей. В нескольких странах

в ответ на кризис была повышена или введена плата за пользование услугами. Другие страны, напротив, сообщили о расширении льгот.

Стратегии, направленные на изменение объема и качества медико-санитарной помощи, финансируемой государством

В целом предусмотренный законом пакет медицинских услуг и масштабы охвата населения этими услугами после финансового кризиса радикальных изменений не претерпели, но некоторые сокращения имели место, обычно предельно малые. Что касается стратегий, направленных на снижение спроса на медико-санитарные услуги, в нескольких странах были повышены ставки налога на алкоголь и сигареты, но в очень немногих странах в ответ на кризис проводилась политика укрепления здоровья, в частности, стратегии здорового питания, физической активности и скрининга. Только в одной стране было увеличено время ожидания в качестве явно выраженной меры в ответ на кризис, хотя в других странах время ожидания могло увеличиться как побочный результат других реформ политики здравоохранения.

Стратегии, направленные на сдерживание расходов на медико-санитарную помощь, финансируемую государством

Во многих странах были введены или усилены стратегии, направленные на снижение цен на медицинские изделия или повышение рациональности в использовании лекарственных средств. В большинстве случаев эти стратегии являлись частью проводимых реформ. Кризис лишь заставил активизировать усилия по установлению на рынках некоторых стран взаимоприемлемых цен на фармацевтические изделия.

Некоторые страны снизили заработную плату медицинских работников, заморозили ее, уменьшили темпы ее роста или использовали другие подходы к снижению заработной платы. В нескольких странах были снижены оплачиваемые поставщикам цены на медико-санитарные услуги, или плата за эти услуги была увязана с улучшением результатов работы, чтобы повысить рациональность использования ресурсов и сдерживать расходы. В нескольких странах правительства в попытке повысить эффективность использования ресурсов и снизить накладные расходы проводят реструктуризацию своих министерств здравоохранения, фондов обязательного медицинского страхования или других закупочных ведомств.

Во многих странах экономический кризис дал толчок ускорению уже идущего процесса реструктуризации больничного сектора, предполагающего закрытие, слияние и централизацию лечебных учреждений, переход к амбулаторной помощи и улучшение координации с первичным звеном медико-санитарной помощи или инвестиции в первичное звено.

Выводы

Результаты проведенного обследования показывают, что страны Европейского региона ВОЗ в ответ на финансовый кризис применяли разные инструменты политики. Некоторые страны, по-видимому, воспользовались кризисом для повышения эффективности использования ресурсов, хотя и мало что было сделано для увеличения отдачи за счет стратегий, направленных на улучшение здоровья населения – это явно упущенная возможность.

Стратегии, направленные на обеспечение финансовой устойчивости перед лицом финансового кризиса и повышение финансовой готовности сектора здравоохранения к финансовым кризисам, должны согласовываться с основными целями системы здравоохранения.

Рискуя представить дело чересчур упрощенно, можно сказать, что содействовать достижению целей системы здравоохранения могут следующие инструменты политики: более широкое применение объединения рисков; стратегический подход к закупкам, при котором контракты сочетаются с механизмами подотчетности, включающими показатели качества, показатели исходов со слов пациентов и другие формы обратной связи; оценка медицинских технологий, проводимая для того, чтобы помочь определить приоритеты, в сочетании с мерами обеспечения подотчетности, мониторинга и прозрачности; контролируемые инвестиции в сектор здравоохранения, в частности, для развития инфраструктуры здравоохранения и закупки дорогостоящего оборудования; меры общественного здравоохранения по снижению бремени болезни; снижение цен на фармацевтические изделия в сочетании с анализом соотношения затрат и эффективности и другими мерами, направленными на содействие рациональному назначению и отпуску лекарственных средств; переход от стационарного лечения к однодневной госпитализации или амбулаторному лечению, сообразно с конкретной ситуацией; интеграция и координация первичной и вторичной медико-санитарной помощи, а также медицинской и социальной помощи; снижение административных расходов при сохранении способности управлять системой здравоохранения; налогово-бюджетная политика, направленная на расширение базы государственных доходов; противоциклические меры, в том числе субсидии, для защиты доступа и сохранения финансовой защиты пациентов, особенно в наиболее бедных группах населения и среди регулярных потребителей медико-санитарной помощи. За пределами сектора здравоохранения это программы повышения активности на рынке труда и услуги социальной поддержки для смягчения некоторых неблагоприятных последствий экономического спада.

К числу инструментов политики, которые ставят под угрозу достижение целей системы здравоохранения, относятся: сокращение спектра основных услуг, обеспеченных системой страхования; сокращение охвата населения; увеличение времени ожидания в очереди для получения основных услуг; плата за пользование основными услугами и сокращение численности медицинских работников, обусловленное снижением заработной платы.

Обсуждение дает возможность наглядно показать компромиссы, на которые приходится идти при принятии любого решения, касающегося политики. Необходимо понять эти компромиссы и прямо указать на них, и тогда лица, принимающие решения, смогут в соответствии с принятыми в обществе ценностями открыто взвесить факты в сопоставлении с идеологией. При принятии решений, касающихся политики, нужно руководствоваться прежде всего необходимостью повышения ценности системы здравоохранения для общества, а не выявления тех областей, в которых можно легче всего пойти на сокращения. Если лица, принимающие решения, будут рассматривать бюджетный баланс как ограничивающий фактор, с которым нужно считаться, а не как самостоятельную цель, это позволит им перенести акцент в дебатах с балансирования бюджета любой ценой на максимальное улучшение результатов деятельности системы здравоохранения.

Основные положения

- Всякое экономическое потрясение создает для лиц, формирующих политику, три главные проблемы:
 - Для систем здравоохранения нужны предсказуемые источники поступления средств. Внезапные нарушения в непрерывности потоков государственных доходов могут создать трудности в сохранении необходимых уровней медико-санитарной помощи.
 - Сокращения государственных расходов на здравоохранение в ответ на экономический шок обычно имеют место как раз в то время, когда системам здравоохранения может потребоваться не меньше, а больше ресурсов – например, для преодоления неблагоприятных последствий безработицы для здоровья.
 - Произвольные сокращения жизненно необходимых услуг могут еще больше дестабилизировать систему здравоохранения, если они будут подрывать финансовую защиту, справедливость в отношении доступа к помощи и качество предоставляемой помощи и в долгосрочной перспективе вести к повышению затрат. Мало того, что огульные сокращения вряд ли помогут устранить имеющиеся проблемы нерационального использования ресурсов, они еще и создают новые проблемы такого рода, и это может еще больше усугубить бюджетные трудности.
- Меры, принимаемые в Европейском регионе в ответ на кризис, в разных системах здравоохранения существенно различаются. Одни страны не вводили в свою политику никаких изменений, другие ввели много нового. Одни системы здравоохранения оказались подготовленными лучше, чем другие, благодаря налогово-бюджетным мерам, осуществленным еще до кризиса, таким, например, как накопление финансовых резервов. Было много случаев, когда принципы и направления политики, принятые до 2008 г., осуществлялись более интенсивно или ускоренно, поскольку перед лицом кризиса они становились еще более необходимыми или политически осуществимыми. Были также случаи, когда в ответ на кризис запланированные реформы замедлялись или от них полностью отказывались.
- Страны Европейского региона ВОЗ в ответ на финансовый кризис применяли разные инструменты политики. Некоторые из ответных мер политики носили положительный характер и указывали на то, что некоторые страны благодаря кризису попытались повысить эффективность использования ресурсов. Широта и объем установленного законом охвата услугами остались в значительной степени без изменений, а в некоторых случаях для малообеспеченных групп населения перечень льгот и услуг был расширен. Однако

некоторые страны уменьшили глубину охвата, повысив плату за пользование основными услугами, и это не может не вызывать беспокойства. Очень мало было сделано для повышения эффективности использования ресурсов путем принятия стратегий, направленных на укрепление здоровья населения.

- Стратегии, принимаемые с целью обеспечения финансовой устойчивости перед лицом нынешнего финансового кризиса и повышения готовности сектора здравоохранения к финансовым кризисам с точки зрения состояния его бюджета, должны соответствовать основным стратегическим целям системы здравоохранения.
- Риска представить дело чересчур упрощенно, можно сказать, что достижению целей системы здравоохранения с наибольшей вероятностью могли бы способствовать следующие инструменты политики: объединение рисков; стратегический подход к закупкам; оценка медицинских технологий; контролируемые инвестиции; меры в области общественного здравоохранения; снижение цен на фармацевтические изделия в сочетании с рациональным назначением и отпуском лекарственных средств; переход от стационарного лечения к однодневной госпитализации или амбулаторному лечению; интеграция и координация первичной и вторичной медико-санитарной помощи, а также медицинской и социальной помощи; снижение административных расходов при сохранении способности управлять системой здравоохранения; меры налогово-бюджетной политики, направленные на расширение базы государственных доходов; противочиклические меры, в том числе субсидии, для защиты доступа и сохранения финансовой защиты, особенно в отношении наиболее бедных категорий населения и регулярных потребителей медико-санитарной помощи.
- К числу инструментов политики, которые ставят под угрозу достижение целей системы здравоохранения, относятся: сокращение спектра основных услуг, обеспеченных системой страхования; сокращение охвата населения; увеличение времени ожидания в очереди для получения основных услуг; плата за пользование основными услугами и сокращение численности медицинских работников, обусловленное снижением заработной платы.
- В тех случаях, когда сиюминутная ситуация вынуждает правительство сокращать государственные расходы на здравоохранение, главный упор в политике следует делать на разумном сокращении таким образом, чтобы минимизировать отрицательные последствия для качества функционирования системы здравоохранения, повысить ее ценность и обеспечить условия для проведения реформ, направленных на повышение эффективности использования ресурсов в более долгосрочной перспективе.

1 Введение

Глобальный финансовый кризис, начавшийся в 2007 г., можно определить как шок для системы здравоохранения, т.е. неожиданное явление, возникшее вне системы здравоохранения и оказывающее большое отрицательное влияние на наличие ресурсов в системе здравоохранения или большое положительное влияние на спрос на услуги здравоохранения. Экономические потрясения создают три угрозы, с которыми должны бороться лица, формирующие политику здравоохранения. Во-первых, для систем здравоохранения нужны предсказуемые источники поступления средств, имея которые можно планировать инвестиции, определять бюджеты и закупать товары и услуги. Внезапные нарушения в непрерывности потоков государственных доходов могут создать трудности в сохранении необходимых уровней медико-санитарной помощи. Во-вторых, сокращения государственных расходов на здравоохранение в ответ на экономический шок обычно имеют место как раз в то время, когда системам здравоохранения может требоваться никак не меньше, а наоборот, больше ресурсов – например, для преодоления неблагоприятных последствий безработицы для здоровья (см. вставку 1). В-третьих, характер ответных мер политики здравоохранения в связи с экономическим шоком может еще больше дестабилизировать систему здравоохранения, особенно если произвольные сокращения жизненно необходимых услуг будут подрывать финансовую защиту, справедливость в отношении доступа к помощи и качество предоставляемой помощи и в долгосрочной перспективе вести к повышению затрат на здравоохранение и на другие нужды, усугубляя тем самым бюджетные трудности.

В 2009 г. Европейский региональный комитет ВОЗ принял резолюцию (EUR/RC59/R3), в которой призвал государства-члены добиваться того, чтобы их системы здравоохранения в период экономического кризиса продолжали защищать и поощрять всеобщий доступ к полноценным медико-санитарным услугам (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г.). В этой резолюции развиваются положения Таллиннской хартии 2008 г., которая дала новый импульс укреплению систем здравоохранения и в которой отмечается, что системы здравоохранения содействуют как укреплению здоровья, так и повышению благосостояния людей, что инвестиции в здравоохранение – это вклад в будущее развитие человеческого потенциала и что надежно функционирующие системы здравоохранения составляют важнейшее условие улучшения здоровья и достижения справедливости в отношении здоровья в любом обществе (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г.). В последнее время ВОЗ уделяет повышенное внимание задаче сохранения ценностей

Вставка 1. Влияние спадов в экономике на здоровье

Исследование состояния здоровья населения Соединенных Штатов Америки в годы Великой депрессии 1929–1937 гг., показало, что, несмотря на рост числа самоубийств, общий показатель смертности снизился благодаря снижению распространенности инфекционных заболеваний и числа дорожно-транспортных происшествий (Fishback, Haines & Kantor, 2007). Проведенное недавно исследование, в котором использовались данные о смертности на уровне городов и штатов с разбивкой по причинам смерти, продемонстрировало, что, кроме роста числа самоубийств и снижения числа случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий, изменения в общих показателях смертности не были связаны собственно с депрессией (Stuckler et al., 2011a).

Рецессия, наступившая после развала Советского Союза в начале 90-х годов прошлого столетия, имела разрушительные последствия для здоровья населения всего региона. В некоторых странах рост смертности достигал 20%. Быстрота, с которой произошли перемены, включая массовую приватизацию и отсутствие системы социальных гарантий в некоторых странах, повсеместно повлияла на показатели продолжительности жизни (Stuckler, King & McKee, 2009). Многие бывшие социалистические страны восстановили уровень продолжительности жизни, который был у них до перестройки, только два десятилетия спустя. Неблагоприятные последствия быстрых экономических реформ оказались менее выраженными в тех странах, где многие люди были членами общественных организаций, таких как профсоюзы, религиозные общины или спортивные клубы (Stuckler, King & McKee, 2009).

Страны, пострадавшие от экономического кризиса 90-х годов в Юго-Восточной Азии, принимали различные стратегии восстановления экономики. В Таиланде и Индонезии, где были сокращены расходы на социальную защиту, наблюдался кратковременный рост смертности, в то время как в Малайзии программы социальной защиты удалось сохранить, и там явных изменений в показателях смертности не было (Waters, Saadah & Pradhan, 2003; Hopkins, 2006; Chang et al., 2009).

Эти примеры показывают, как могут различаться итоговые показатели здоровья населения после наступления рецессии: различия отчасти зависят от конкретной ситуации и причин кризиса в стране, но также зависят и от того, как страна реагирует на него.

В ряде исследований с использованием агрегированных данных было показано, что в странах с высоким уровнем доходов экономический спад может не оказывать влияния на здоровье населения: когда экономическая активность снижается, смертность, как правило, тоже снижается, а когда экономика находится на подъеме, смертность повышается (Ruhm, 2000, 2003, 2008; Gerdtham & Ruhm, 2006). Подобный эффект наблюдается по крайней мере в краткосрочном плане, причем степень его проявления существенно различается в разных возрастных группах (Joyce & Moran, 1993), в зависимости от пола (Chang et al., 2009) и заболеваний (Waters, Saadah & Pradhan, 2003), и отмечается некоторая зависимость результатов наблюдений от того, какие показатели используются для оценки экономических перемен (Gerdtham & Johannesson, 2005; Svensson, 2007; Economou, Nikolau &

Theodossiou, 2008; Stuckler, Meissner & King, 2008). Отмечая парадоксальность этих результатов (Catalano & Bellows, 2005), исследователи высказывают предположение о том, что рецессии могут оказывать и положительное воздействие на здоровье, поскольку увеличение свободного времени дает людям возможность заниматься такими видами деятельности, которые укрепляют здоровье, например, физическими упражнениями, или сократить чрезмерное потребление пищи и алкоголя.

Однако другие исследования показывают, что экономический спад создает явные угрозы для здоровья, проявляющиеся в виде суицидов и смертности, обусловленной алкоголем (Stuckler et al., 2009; Stuckler, Basu & McKee, 2010; Suhrcke et al., 2011). Этими же исследованиями установлено, что отрицательные последствия можно частично смягчить, если организовывать программы возвращения к трудовой деятельности и оказывать поддержку семьям в периоды экономической нестабильности, а также сохранять законодательное регулирование алкогольной индустрии, чтобы не допустить распространения опасного употребления алкоголя как средства психологической адаптации. Там, где принимаются такие меры, выгоды для здоровья от экономических кризисов (например, снижение числа дорожно-транспортных происшествий из-за того, что люди меньше ездят в автомобилях) обычно перевешивают риски, и здоровье населения улучшается, по крайней мере в краткосрочном плане.

Итак, хотя для понимания более отдаленных и косвенных последствий экономических кризисов для здоровья и систем здравоохранения требуются дополнительные исследования, некоторые данные, собранные во время прежних экономических спадов, свидетельствуют о том, что рецессия, особенно если она сопровождается ростом безработицы, наносит ущерб здоровью населения (Kaplan, 2012; McKee, Basu & Stuckler, 2012). Уменьшить отрицательное воздействие на здоровье может сохранение прежнего уровня расходов на социальную защиту населения, прежде всего на программы повышения активности на рынке труда.

Ввиду длительной задержки по времени между сбором и публикацией данных о смертности во многих странах, можно сделать лишь предварительные выводы относительно последствий нынешнего кризиса в Европе. Тем не менее, проведенные на сегодняшний день исследования подтверждают резкий рост числа самоубийств в странах, наиболее пострадавших от кризиса, и снижение числа случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий, наиболее заметное в странах с наиболее высокими исходными уровнями таких происшествий (Stuckler et al., 2011b).

Более подробные сведения, поступающие из Греции – страны, больше других стран Европы пострадавшей от финансового кризиса – указывают на ухудшение состояния психического здоровья за последние два года (Economou et al., 2011; Madianos et al., 2011). С момента начала кризиса также ухудшилось общее состояние здоровья со слов респондентов и произошел значительный рост числа людей, которые считают, что им нужна медико-санитарная помощь, но они не имеют доступа к ней (Kentikelenis et al., 2011). Резко возросло число новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), что, как полагают, вызвано снижением объема предоставляемых услуг (EMCDDA & ECDC, 2011).

социальной справедливости, солидарности и улучшения показателей здоровья населения в условиях финансового кризиса, подчеркивая при этом разнообразие политики здравоохранения, проводимой государствами-членами в связи с бюджетными затруднениями (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011b).

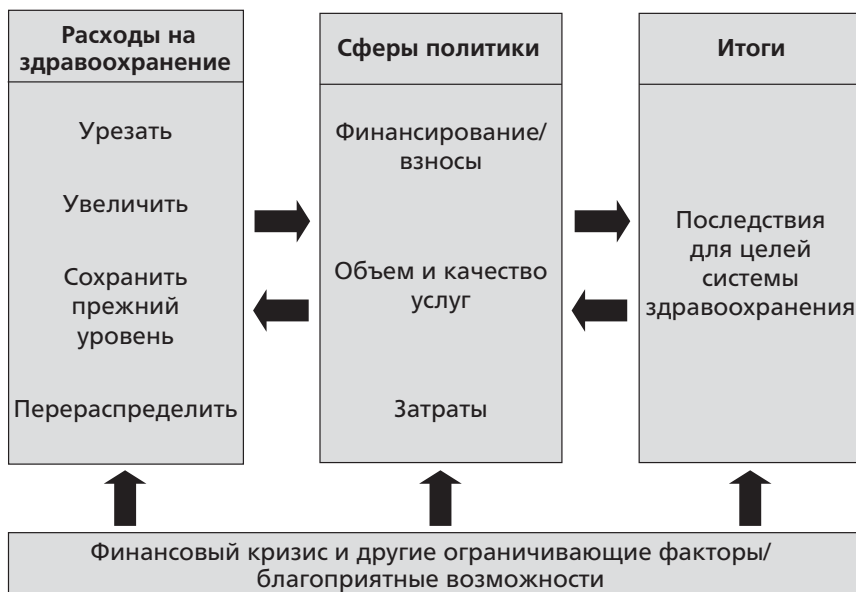
На сегодняшний день нет ни одного систематического сравнительного анализа ответных мер, принимаемых в политике здравоохранения в разных странах Европы в связи с финансовым кризисом, хотя и было опубликовано несколько обзоров мер реагирования систем здравоохранения на этот кризис (Schneider, 2009; European Commission & Economic Policy Committee (AWG), 2010; Doetter and Gotze, 2011; European Hospital and Healthcare Federation, 2011; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011b; European Federation of Nurses Associations, 2012).¹ Предлагаемое “Краткое изложение принципов” предназначено для того, чтобы восполнить пробел в литературе: в нем представлена система анализа ответных мер политики здравоохранения в связи с экономическими потрясениями, обобщаются результаты обследования ответных мер политики здравоохранения в связи с финансовым кризисом во всех 53-х государствах-членах Европейского региона ВОЗ и рассматриваются возможные последствия этих мер для деятельности систем здравоохранения.

2 Понимание мер, предусматриваемых в политике здравоохранения в ответ на финансовый кризис

На рис. 1 показана структура описания возможных ответных мер политики здравоохранения в связи с потрясениями, испытываемыми системой здравоохранения. В этой структуре отражены три главных аспекта: варианты расходов на здравоохранение, сферы политики и итоги. Во-первых, столкнувшись с экономическим кризисом, затронувшим сектор здравоохранения, вырабатывающие политику руководители могут принять решение сохранить, снизить или повысить существующие уровни *государственных расходов на здравоохранение*. При каждом варианте они также могут перераспределить средства внутри системы здравоохранения для того, чтобы повысить эффективность использования ресурсов.

¹ Кроме того, была опубликована статья, в основу которой был положен один из первоначальных вариантов настоящего “Краткого изложения принципов” (Mladovsky et al., 2012).

Рис. 1. Меры, предусматриваемые в политике здравоохранения в ответ на финансовый кризис и другие экономические потрясения



Во-вторых, для изменения уровней расходов можно использовать целый ряд инструментов политики в трех основных *сферах политики*. Эти сферы можно определить следующим образом:

- уровень *взносов* на предоставление помощи, финансируемой государством (размер национального бюджета здравоохранения, взносы на социальное страхование и перечисления из бюджета здравоохранения, аспекты налогово-бюджетной политики, такие как целевое использование налоговых поступлений на нужды здравоохранения, переход к частным расходам на здравоохранение в форме платы за пользование услугами или частного медицинского страхования);
- *объем и качество* помощи, финансируемой государством (установленный законом пакет услуг, охват населения, неценовое нормирование в виде времени ожидания);
- затраты на помощь, финансируемую государством (цена товаров медицинского назначения, заработная плата медицинских работников, платежи поставщикам, накладные расходы, реструктуризация услуг).

Во многих случаях стратегии затрагивают не один, а несколько из этих факторов. Например, изменение цены изделий медицинского назначения приводит к изменению не только удельных затрат на оказание помощи: оно может также изменить объем предоставляемых изделий медицинского назначения и уровень взносов, если взимается плата за пользование услугами.

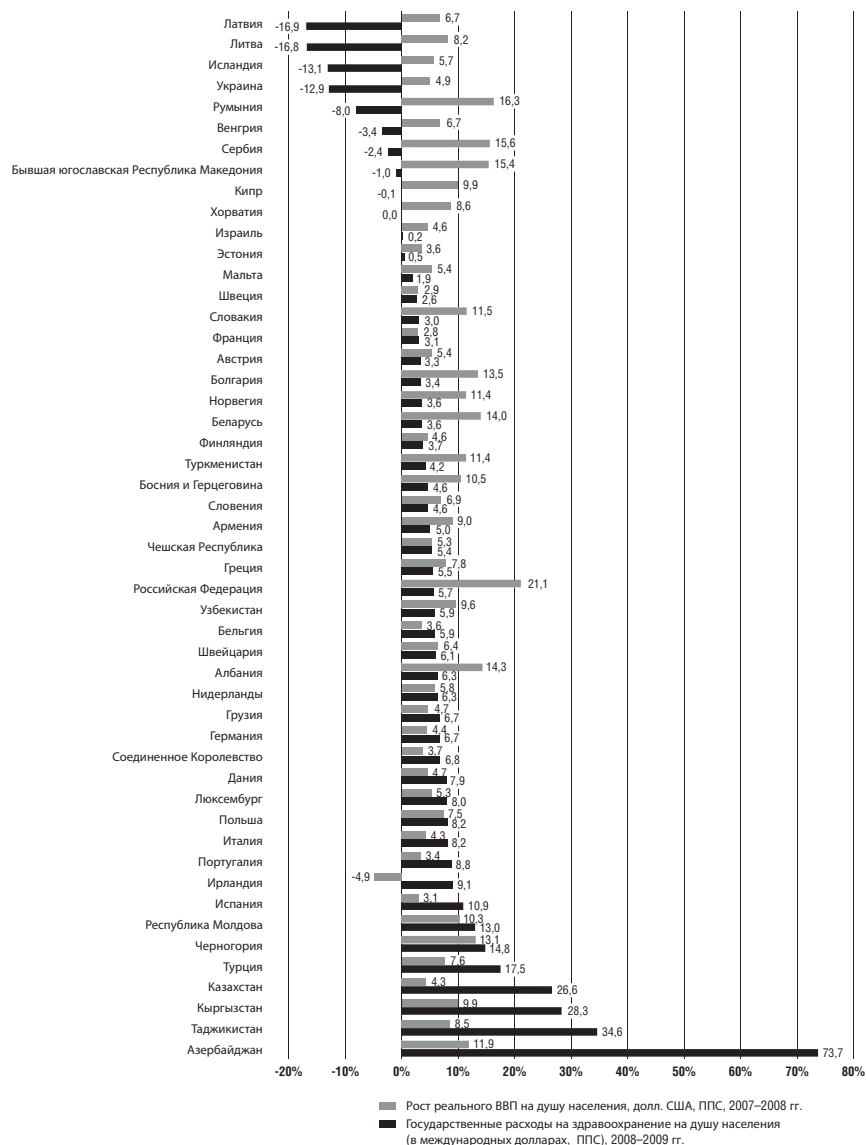
В-третьих, когда руководители, вырабатывающие политику, принимают решения, они должны учитывать воздействие любых планируемых реформ на достижение **стратегических целей системы здравоохранения**. Стратегические цели системы здравоохранения можно формулировать по-разному, и в разных программных документах выдвигается целый ряд стратегических целей (см. ВОЗ, 2000 г., 2010 г.; Figueras, Lessof & Srivastava, 2006; Kutzin, 2008):

- состояние здоровья: улучшение итоговых показателей здоровья населения и исходов оказания медико-санитарных услуг;
- финансовая защита: обеспечение таких условий, при которых люди не испытывают финансовых трудностей при пользовании необходимой медико-санитарной помощью;
- эффективность использования ресурсов: достижение максимального улучшения показателей здоровья при данном объеме ресурсов и недопущение непроизводительных затрат, повышение создаваемой ценности путем обеспечения превышения выгод над затратами;
- социальная справедливость: создание таких условий, при которых медико-санитарные услуги распределяются в зависимости от потребности, а размеры взносов устанавливаются в соответствии со способностью платить;
- качество: сочетает в себе клиническую эффективность и то, с чем приходится сталкиваться пациенту, и, таким образом, охватывает безопасность, действенность, доступность, приемлемость;
- отзывчивость: удовлетворение законных немедицинских ожиданий людей в отношении того, как должна обращаться с ними система здравоохранения;
- прозрачность: предоставление достоверной информации о таких характеристиках системы здравоохранения, как льготы, затраты и качество;
- подотчетность: мониторинг и оценка результатов деятельности, связанные с ощутимыми последствиями (наказания или поощрения).

На рис. 2 ясно показаны связи между расходами на медико-санитарную помощь, инструментами политики и стратегическими целями или итогами. Изменения в уровнях расходов следует рассматривать в свете их потенциального влияния на достижение стратегических целей системы здравоохранения. Вполне возможно, что в условиях финансового кризиса обеспечение баланса бюджета очень важно, однако обычно это не считается первоочередной целью системы здравоохранения – равной по важности или более важной, чем такие цели политики здравоохранения, как улучшение показателей здоровья населения или финансовая защита – поскольку, если бы достижение баланса было важнее, его можно было бы обеспечить за счет урезания государственных расходов на здравоохранение, не считаясь с последствиями (Thomson et al., 2009). Это противоречит цели обеспечения эффективности использования ресурсов.² Цель попыток повысить эффективность использования ресурсов² в секторе здравоохранения заключается в достижении максимальных результатов при данном уровне государственных ресурсов, выделяемых на медико-санитарную помощь (Weinstein & Stason, 1977). Повышение эффективности использования ресурсов подразумевает достижение одинаковых результатов при меньших затратах, лучших результатов при одинаковых затратах или лучших результатов при больших затратах при условии, что достигнутые выгоды превышают потребовавшиеся для этого дополнительные затраты (Chernew et al., 1998; Palmer & Torgerson, 1999; Docteur & Oxley, 2003; Goetghebeur, Forrest & Hay, 2003; Dormont, Grignon & Huber, 2005; OECD, 2006; Pammolli et al., 2008). Как уже было отмечено, произвольные сокращения государственных расходов на здравоохранение в ответ на экономическое потрясение могут подорвать функционирование системы здравоохранения, так как они приведут к снижению уровней финансовой защиты, справедливого доступа к помощи и качества предоставляемой помощи. Это в свою очередь может снизить эффективность использования ресурсов, поскольку в долгосрочной перспективе снизятся итоговые показатели здоровья и повысятся затраты на здравоохранение и другие расходы. Мало того,

² Техническая эффективность использования ресурсов означает физическое соотношение между ресурсами (капиталом и рабочей силой) и итоговыми показателями здоровья: достижение максимального уровня производства услуг при данном уровне вводимых ресурсов или минимального уровня вводимых ресурсов при данном уровне производства услуг. Производственная эффективность использования ресурсов означает минимизацию общих затрат при данном объеме производства услуг или достижение максимальных итоговых показателей здоровья при данном уровне затрат. Распределительная эффективность использования ресурсов означает достижение максимальной стоимости произведенных услуг или правильное сочетание программ здравоохранения для достижения максимального уровня здоровья общества (Palmer & Torgerson, 1999).

Рис. 2. Рост ВВП и динамика государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения, Европейский регион ВОЗ



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011а (данные о ВВП); WHO, 2011 (данные о расходах на здравоохранение).

Примечание: данные скорректированы по паритету покупательной способности.

что огульные сокращения вряд ли помогут устранить имеющиеся проблемы нерационального использования ресурсов, они еще и создают новые проблемы такого рода, и это может еще больше усугубить бюджетные трудности (Kutzin, 2008; Thomson, Foubister & Mossialos, 2009).

Все три комплекса ответных мер осуществляются в условиях более широких ограничений и возможностей, существующих внутри системы здравоохранения и вне её. Меры государственной политики, принимаемые в ответ на экономические потрясения, должны различаться в зависимости от характера потрясения. Нынешний экономический кризис, который, по мнению многих, является самым тяжелым со времен Великой депрессии, был вызван сочетанием таких факторов, как легкий доступ к кредиту, безответственное кредитование и инвестиции, сопряженные с высокой степенью риска, с использованием сложных финансовых инструментов. Когда ссуды, связанные с инвестициями, не могли быть погашены, финансовые инструменты утратили значительную часть своей стоимости (Wade, 2009) и финансовые институты и другие субъекты, у которых были эти ценные бумаги или которые вложили в них средства, понесли огромные убытки. Нежелание кредиторов принимать на себя новые обязательства привело к нехватке ликвидности и вызвало озабоченность по поводу платежеспособности финансовых институтов, что еще больше углубило кризис и стало причиной его распространения далеко за пределы финансового сектора. Несмотря на то, что в определенной степени кризис зародился в Соединенных Штатах Америки, он быстро распространился на другие страны, что привело к краху банков, обвалам на фондовых рынках, падению цен на активы, отрицательному росту валового внутреннего продукта (ВВП), росту безработицы и, в конечном итоге, к необходимости спасения от банкротства целых стран.

В некоторых странах Европы кризис привел к разрушительным последствиям, особенно в странах с высоким уровнем прежней задолженности и дефицита, которым оказалось сложно получить заемные средства для поддержания устойчивого уровня государственных расходов. Неспособность получить кредит под приемлемый процент или обеспечить поступление доходов за счет налогообложения резко ограничивает пространство для бюджетного маневра страны с высоким уровнем задолженности и практически не оставляет ей никакого другого выбора, кроме сокращения государственных расходов. На территории еврозоны варианты политики борьбы с кризисом ограничены также из-за того, что у стран нет возможности формировать самостоятельную денежно-финансовую политику. Пакеты мер по оказанию финансовой помощи Греции, Ирландии и Португалии со стороны так называемой “тройки” – Европейской комиссии, Международного валютного фонда

(МВФ) и Европейского центрального банка – по существу вынудили эти страны проводить реформы государственного сектора (в том числе реформы в секторе здравоохранения) как одно из условий получения денег, что означает утрату национальной автономии в некоторых областях государственной политики (Fahy, 2012).

Пространство для бюджетного маневра может также быть ограничено быстрым ростом безработицы. Уровень безработицы в Европейском союзе вырос с 7,4% в 2008 г. до 8,6% в 2009 г. (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.). Растущая безработица не только влечет за собой снижение уровня потребления в домашних хозяйствах и налоговых поступлений, она также повышает нагрузку на государственный бюджет социальной защиты, поскольку возрастает потребность в пособиях по безработице и других пособиях по социальному обеспечению, в том числе пособиях на медико-санитарную помощь. Страны, рассчитывающие на то, что финансировать медико-санитарную помощь им удастся благодаря стабилизации положения на рынке труда, могут обнаружить, что уплата взносов в фонд социального страхования за постоянно увеличивающееся число безработных является еще одним источником нагрузки на бюджет. Наконец, в такой же степени, как и масштабы финансовых ограничений, возникших или усугубившихся в результате финансового потрясения, влиять на ответные меры государственной политики могут политические предпочтения.

В условиях раздающихся требований урезать государственные расходы скорее всего пострадает сектор здравоохранения. Исследования показывают, что после предыдущих экономических кризисов государственные расходы на здравоохранение в Европе обычно снижались, причем часто более ускоренными темпами, чем другие виды государственных расходов (Cylus, Mladovsky & McKee, находится в печати). Последние данные о расходах на здравоохранение свидетельствуют о том, что аналогичная закономерность начинает проявляться во многих странах и теперь (см. раздел 4). Есть несколько причин тому, что сектор здравоохранения может быть уязвимым перед сокращениями бюджета. На долю государственных расходов на здравоохранение приходится существенная часть суммарных расходов государства – в среднем по Европейскому региону почти 13% (см. таблицу 1). С политической точки зрения может быть трудно доказывать необходимость поддержания расходов на здравоохранение на прежнем уровне в период строгой финансовой экономии, если ресурсы в системе здравоохранения используются неэффективно. Также сократить государственные расходы на здравоохранение может быть легче, чем на другие сферы социальной защиты, такие как пенсионное обеспечение, либо потому, что в системе здравоохранения больше возможностей для повышения эффективности

Таблица 1. Государственные расходы на здравоохранение в процентах от общих государственных расходов, Европейский регион ВОЗ

Страна	2008 г.	2009 г.	Разница между 2008 и 2009 гг.
Казахстан	8,3	11,3	3,0
Монако	15,8	18,5	2,7
Таджикистан	5,0	6,4	1,4
Азербайджан	2,5	3,7	1,2
Босния и Герцеговина	14,0	15,1	1,1
Республика Молдова	13,0	14,1	1,1
Узбекистан	8,6	9,6	1,0
Беларусь	8,2	8,8	0,6
Италия	13,6	14,2	0,6
Мальта	12,4	13,0	0,6
Албания	8,2	8,4	0,2
Грузия	7,3	7,5	0,2
Кыргызстан	11,5	11,7	0,2
Швейцария	19,9	20,0	0,1
Австрия	15,8	15,8	0,0
Андорра	21,3	21,3	0,0
Бельгия	14,8	14,8	0,0
Болгария	9,1	9,1	0,0
Венгрия	10,2	10,2	0,0
Германия	18,0	18,0	0,0
Греция	13,0	13,0	0,0
Дания	15,3	15,3	0,0
Израиль	10,0	10,0	0,0
Ирландия	16,0	16,0	0,0
Исландия	13,1	13,1	0,0
Испания	15,2	15,2	0,0
Кипр	5,8	5,8	0,0
Латвия	10,2	10,2	0,0
Литва	12,8	12,8	0,0
Люксембург	13,7	13,7	0,0
Нидерланды	16,2	16,2	0,0
Норвегия	16,7	16,7	0,0
Польша	10,9	10,9	0,0
Португалия	15,4	15,4	0,0
Румыния	11,8	11,8	0,0
Сан-Марино	13,6	13,6	0,0
Словения	12,9	12,9	0,0
Соединенное Королевство	15,1	15,1	0,0

Страна	2008 г.	2009 г.	Разница между 2008 и 2009 гг.
Туркменистан	7,0	7,0	0,0
Турция	12,8	12,8	0,0
Украина	8,6	8,6	0,0
Финляндия	12,6	12,6	0,0
Франция	16,0	16,0	0,0
Хорватия	17,6	17,6	0,0
Черногория	13,6	13,6	0,0
Чешская Республика	13,3	13,3	0,0
Швеция	13,8	13,8	0,0
Сербия	14,1	13,9	-0,2
Эстония	11,9	11,7	-0,2
Армения	7,2	6,6	-0,6
Российская Федерация	9,2	8,5	-0,7
Словакия	15,4	14,0	-1,4
Бывшая югославская Республика Македония	13,6	12,1	-1,5

Источник: ВОЗ, 2012 г.

использования средств, либо потому, что выгоды для здоровья населения определяются не так ясно, как другие выгоды (Fahy, 2012). И наоборот, такие противоциклические стратегии здравоохранения, как откладывание финансовых резервов, предназначенных для нужд здравоохранения, или увязывание государственных взносов за экономически неактивные группы населения со средними заработками в предыдущие годы, могут ослабить требования сократить государственные расходы на здравоохранение (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011b).

К числу других факторов, которые могут повлиять на характер, масштабы и интенсивность ответных мер политики здравоохранения в связи с кризисом, относятся способность основных заинтересованных сторон осуществлять эти меры (например, наличие кадровых ресурсов и необходимых знаний и опыта), наличие фактических данных и их использование для определения конкретного содержания реформ (например, наличие полноценных систем оценки медицинских технологий), политическая осуществимость мер (например, политики, специалисты или общественность могут воспротивиться проведению стратегий или добиться их отмены, и наоборот, в условиях кризиса намеченные “непопулярные” стратегии могут стать политически осуществимыми) и одновременное проведение других реформ

в государственном секторе (например, сокращения или пакеты стимулов, затрагивающие пенсии, рабочие места, пособия по социальному страхованию и уровень безработицы).

3 Методы

Для того, чтобы отобразить картину ответных мер политики здравоохранения, принимаемых в связи с финансовым кризисом, мы проанализировали данные о расходах на здравоохранение, взятые из баз данных “Здоровье для всех” и WHOSIS (Статистической информационной системы ВОЗ), и разослали экспертам по вопросам политики здравоохранения во всех 53-х государствах-членах Европейского региона вопросник. Большинство экспертов являлись сотрудниками высших учебных заведений, страновых офисов ВОЗ и других неправительственных организаций. Заполненные вопросники были получены нами в марте и апреле 2012 г.

Поскольку не всегда было ясно, в какой степени та или иная политика или стратегия действительно была мерой, принятой в ответ на кризис, а не являлась составной частью уже идущего процесса реформ, мы попросили респондентов разделить стратегии на две группы в зависимости от того, были ли они а) определены соответствующими государственными органами в стране как меры реагирования на кризис или же б) либо частично были мерами реагирования на кризис (т.е. были запланированы до кризиса, но осуществлены с большими или меньшими темпами или интенсивностью, чем планировалось), либо могли быть мерами реагирования на кризис (т.е. были запланированы и осуществлены после начала кризиса, но не были определены как меры реагирования соответствующими государственными органами). В данном документе рассматриваются оба типа стратегий. Мы также попросили респондентов привести фактические данные, свидетельствующие о влиянии ответных мер политики на показатели деятельности системы здравоохранения, однако почти во всех случаях респонденты ответили, что таких фактических данных пока нет.

Ответы на вопросник были классифицированы с помощью структуры, приведенной на рис. 1. Все данные анализировались независимо двумя исследователями (т.е. два человека выбирали и анализировали одни и те же данные, чтобы обеспечить точность) и сводились в таблицы. Таблицы проверялись респондентами и экспертами ВОЗ. Законченное “Краткое изложение принципов” рецензировалось экспертами ВОЗ, Всемирного банка и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Полные результаты обследования приведены в приложении 1.

В данном исследовании имеется несколько недостатков. Во-первых, как мы и предполагали, трудно определить, являются ли принимаемые меры действительно мерами реагирования на финансовый кризис. Во-вторых, мы просили респондентов по возможности представить информацию, позволяющую различить типы медико-санитарной помощи (лечебная, профилактическая, длительный уход, изделия медицинского назначения и т.д.), однако сравнивать типы медико-санитарной помощи в разных странах очень сложно, прежде всего потому, что отсутствует общее для всех определение термина "общественное здравоохранение" (McKee & Jacobson, 2000; Kaiser & Mackenbach, 2008). В необходимых случаях мы уточняли терминологию у респондентов. В-третьих, представленная экспертами информация может различаться по своей полноте и качеству. В-четвертых, мы не смогли систематически включать информацию о степени финансовой готовности каждой системы здравоохранения. Некоторые страны могли принять меры по повышению эффективности использования ресурсов или сокращению затрат незадолго до начала кризиса и поэтому возможностей для продолжения реформы у них было немного. Эти обстоятельства можно отразить в ситуационных исследованиях по отдельным странам, однако подробный анализ, охватывающий 53 страны, не входил в задачу данного исследования. Наконец, оценка ответных мер политики в связи с финансовым кризисом в общем плане может вводить в заблуждение, поскольку разные принципы и направления политики должны рассматриваться в конкретном контексте, чтобы можно было установить действительное влияние на показатели деятельности системы здравоохранения и расходы на здравоохранение.

4 Результаты

Ответы на вопросник прислали сорок пять стран. Ниже представлены ответы стран в обобщенном виде, с кратким комментарием относительно потенциального воздействия каждого инструмента политики на показатели деятельности системы здравоохранения. Более подробные результаты приведены в приложении 1.

4.1 Общий обзор

Данные ВОЗ показывают, что в период с 1998 по 2008 г. в большинстве европейских стран (в 35-ти из 53-х) государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли. В 2007–2008 гг. реальный ВВП на душу населения сократился только в одной стране (Ирландии), но во всех остальных странах увеличился в пределах от 2,8% во Франции до 21,1% в Российской Федерации (рис. 2). В 2008–2009 гг.

во всех странах, кроме девяти,³ произошел рост государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения (рис. 2). Это свидетельствует о том, что немедленных бюджетных мер в секторе здравоохранения в ответ на финансовый кризис принято не было. Однако рост ВВП в 2008–2009 гг. указывает на более мрачные перспективы: объем реальной экономики сократился в разной степени в 38 странах (от -0,1% в Португалии до -13,9% в Украине). В целом по Европейскому региону реальный ВВП на душу населения сократился на 3,4%. Прежде, чем снижение ВВП начнет влиять на политические решения, касающиеся государственных расходов на здравоохранение, может пройти некоторое время, поэтому более точную картину тенденций должны дать данные за 2010–2011 гг., когда они появятся.

В период с 1998 по 2008 г. суммарные государственные расходы в процентах от ВВП в Европейском регионе снизились (в совокупном выражении с 42,4% до 40,9%); т.е. доля государственного сектора в экономике (размер участия государства) уменьшилась. За этот же период государственные расходы на здравоохранение возросли и стали поглощать больший процент общих расходов государства (с 11,6% в 1998 г. выросли до 12,8% в 2008 г.), поскольку государства сохранили или увеличили долю здравоохранения в государственном бюджете (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011b). Однако с 2008 по 2009 г. рост государственных расходов на здравоохранение в процентах от общих государственных расходов был отмечен только в 14 странах (в пределах от 0,1% до 3%) (таблица 1). Большинство из них составляли государства-члены, которые остались в значительной степени незатронутыми финансовым кризисом и в которых рост государственных расходов на здравоохранение начинался с очень низкого исходного уровня. Это позволяет сделать вывод о том, что в затронутых кризисом странах финансовый кризис уже может оказывать свое негативное влияние на приоритет, придаваемый правительствами бюджету здравоохранения.

Влияние финансового кризиса на политику здравоохранения в разных системах здравоохранения в Европе было разным и отчасти зависело от того, насколько значительным был спад экономики, который почувствовали страны. Наиболее защищенными от кризиса среди стран Европейского региона были Азербайджан, Албания, Израиль и Норвегия, которые поэтому не сообщили о каких-либо прямых ответных мерах политики здравоохранения. Среди стран, которые пострадали от кризиса,

³ Снижение реальных государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения произошло на Кипре (-0,1%), в бывшей югославской Республике Македония (-1,0%), Сербии (-2,4%), Венгрии (-3,4%), Румынии (-8,0%), Украине (-12,9%), Исландии (-13,1%), Литве (-16,8%) и Латвии (-16,9%).

некоторые приняли в ответ на него несколько новых направлений своей политики – это Греция, Ирландия, Португалия, Республика Молдова, Чешская Республика, причем в Греции, Ирландии и Португалии реформы были составной частью более широкого процесса реструктуризации долга, который потребовал вмешательства ЕС, Европейского центрального банка и МВФ. Однако в остальных затронутых кризисом странах в политику либо вообще не было введено ничего нового, либо введенных изменений было мало (бывшая югославская Республика Македония, Германия, Дания, Исландия, Кыргызстан, Мальта, Польша, Российская Федерация, Словакия, Узбекистан, Финляндия, Швейцария). И в том и другом случае было много примеров, когда стратегии, запланированные до 2008 г., осуществлялись с большей интенсивностью или более высокими темпами по мере того, как они становились более насущными или (что было чаще) политически осуществимыми перед лицом кризиса, в частности, реструктуризация вторичного звена медико-санитарной помощи. В целом же использовался широкий спектр мер, охватывающий все три сферы политики, представленные на рис. 1.

Также были и такие случаи, когда запланированные реформы в ответ на кризис замедлялись или прекращались. Например, Румыния отказалась от плана построить восемь новых больниц, а Ирландия не построила каждое четвертое из запланированных новых лечебных учреждений. В Болгарии правительство приняло решение отложить введение полного запрета курения в общественных местах. Там же, в Болгарии, программа введения системы обязательного частного медицинского страхования, которая и без того была непопулярна среди населения и профсоюзов врачей, была отвергнута новым правительством, которое хотело сохранить контроль над государственными ресурсами и учреждениями через Национальный фонд медицинского страхования. Босния и Герцеговина из-за отсутствия надежных источников финансирования столкнулась с трудностями в реализации недавно принятых законов о медицинском страховании и поэтому решила подождать до окончания кризиса. В Грузии из-за ухода инвесторов в результате финансового кризиса и войны с Российской Федерацией в 2008 г. застопорилась передача больничной инфраструктуры из собственности государства в руки частного сектора; процесс возобновился в 2010 г. Украина попыталась внедрить программы, направленные на повышение эффективности использования ресурсов, но большинство из них не было реализовано из-за отсутствия политической воли. С другой стороны, правительства некоторых стран смогли воспользоваться финансовым кризисом как рычагом для укрепления своих позиций на проходивших переговорах с другими партнерами, заинтересованными в развитии системы здравоохранения, в частности, с фармацевтическим сектором (например,

в Австрии, Латвии, Польше, Португалии, Российской Федерации, Сербии, Словении и Турции).

Несколько программных мер, запланированных или уже реализованных в ответ на кризис, были быстро отменены вследствие их непопулярности среди ключевых заинтересованных сторон, и среди них, в частности, меры по реформированию системы оплаты поставщикам услуг. В Болгарии министерство финансов попыталось взять под контроль установление цен на медико-санитарные услуги, однако этой реформе решительно воспротивился профсоюз врачей, и она в конце концов была отменена. В Венгрии в системе оплаты услуг поставщиков стационарной помощи были введены механизмы более жесткого регулирования объемов услуг, но они просуществовали недолго и тоже были отменены под давлением со стороны больниц. В бывшей югославской Республике Македония на некоторое время была снижена на 10% стоимость одного балла в нормативах подушевой оплаты услуг врачей первичного звена, однако протесты врачей заставили отменить решение о снижении. В Румынии в рамках пересмотренного рамочного контракта была предложена новая система оплаты услуг врачей общей практики, включающая установление верхнего предела на число часов работы в неделю, но врачи общей практики отвергли ее. На Украине правительство попыталось стабилизировать рост цен на фармацевтические препараты путем установления верхнего предела розничных цен, что привело к закрытию аптек. Против такого подхода яростно выступила фармацевтическая промышленность, и правительство отреагировало введением более мягких механизмов контроля цен, что стало причиной колебаний курса национальной валюты.

В небольшой группе стран полным ходом осуществлялись серьезные реформы сектора здравоохранения, финансируемые за счет займов от международных организаций, таких как МВФ, Всемирный банк и ЕС, когда грянул кризис, так что продолжением этих реформ стало урезание расходов или меры по повышению эффективности использования ресурсов (Румыния и Сербия). Во многих странах, входящих в Содружество Независимых Государств (СНГ), очень низки уровни расходов на здравоохранение и высока доля расходов в виде выплат из собственного кармана, и это практически не оставляет места для урезания государственных расходов на здравоохранение (таблица 1). Некоторые из этих стран также имеют текущие обязательства перед внешними финансирующими организациями, согласно которым они должны каждый год увеличивать свои государственные расходы на здравоохранение (например, Кыргызстан), и в настоящее время у них осуществляются принятые еще до кризиса программы, направленные на повышение эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения.

Одна или две страны в последние годы принимают меры к замедлению темпов роста расходов на здравоохранение, и из-за этого трудно определить, были ли новые стратегии положительно выражены мерами реагирования на кризис (например, Хорватия, Швейцария).

Некоторые страны оказались подготовленными лучше, чем другие, благодаря налогово-бюджетным мерам, принятым еще до кризиса (Италия, Литва, Республика Молдова, Словакия, Чешская Республика и Эстония). Эти страны смогли использовать свои резервы или применить другие противочиклические механизмы, которые могут компенсировать снижение поступлений от налога на фонд оплаты труда. Например, в самом начале кризиса эстонское правительство сократило государственные расходы, в том числе на здравоохранение (это было политическое решение, принятое для соблюдения Маастрихтских критериев, чтобы Эстония смогла вступить в еврозону; у Эстонии был низкий уровень внешней задолженности и низкий дефицит текущего баланса, поэтому вполне реальной альтернативой было дефицитное финансирование). Эстонская система здравоохранения была подготовлена к бюджетным ограничениям лучше, чем системы здравоохранения у многих из ее соседей. У такой лучшей подготовленности было в основном два объяснения. Во-первых, ранее принятое обязательство отдавать приоритет расходам на здравоохранение в период экономического спада, для чего сектору здравоохранения было позволено накапливать резервы в фонде медицинского страхования, поставило этот фонд в относительно благоприятное положение, когда пришло время вести переговоры о бюджете с министерством финансов. В результате состоялись прозрачные политические дебаты по вопросу о том, где нужно сокращать и насколько сокращать. Во-вторых, эстонская система здравоохранения вкладывала достаточные средства в сектор здравоохранения до кризиса, а когда разразился кризис, система смогла справиться с задержками инвестиций, не жертвуя в краткосрочном плане такими стратегическими целями системы здравоохранения, как качество помощи. Совсем иная картина была в других странах, например, в Венгрии, где система здравоохранения к началу финансового кризиса уже исчерпала свои резервы эффективности (неструктурной), и поэтому достижение стратегических целей системы здравоохранения могло оказаться под угрозой намного скорее.

Некоторые страны в качестве первоочередной задачи определили оплату долгов сектора здравоохранения в ущерб росту расходов на здравоохранение. В других странах бюджеты здравоохранения были надежно ограждены от сокращений, в то время как в остальных секторах сокращения произошли (Англия, Бельгия и Дания). Финское

правительство для ослабления некоторых негативных последствий экономического спада ввело пакет экономических стимулов.

4.2 Стратегии, направленные на изменение уровня взносов на медико-санитарную помощь, финансируемую государством

4.2.1 Национальный бюджет здравоохранения

Несколько стран сообщили о сокращениях национального бюджета здравоохранения в ответ на финансовый кризис (Болгария, Венгрия, Греция, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Латвия, Румыния, Португалия, Хорватия, Эстония). В некоторых из этих стран бюджет здравоохранения был сокращен более чем на 20% (например, в Болгарии и Латвии). Отчасти эти сокращения были вызваны ростом безработицы, который привел к снижению поступлений от взносов на социальное страхование (Болгария, Венгрия, Румыния, Эстония). В других странах (в Австрии, Польше, Словакии и Чешской Республике) поступления и расходы за счет средств социального страхования продолжали расти, причем в Словакии это объяснялось высокой и противочиклической ставкой взносов, уплачиваемых государством за экономически неактивных людей. Национальный бюджет здравоохранения вырос также в бывшей югославской Республике Македония, Дании, Турции и Франции. В Дании для перекрестного субсидирования бюджета здравоохранения использовали бюджет образования. На прежнем уровне сохранился бюджет в Албании, Англии, Бельгии и Норвегии. Латвия получила в качестве меры реагирования на кризис ссуду от Всемирного банка, которая была предназначена для покрытия расходов по обеспечению доступа к услугам здравоохранения для наиболее бедных групп населения.

Как отмечалось выше, на решения о том, увеличивать или уменьшать государственные расходы на здравоохранение в ответ на потрясения, испытываемые системой здравоохранения, может влиять сочетание политических предпочтений и технических соображений. Во время нынешнего кризиса масштабные нарушения бюджетного баланса практически не оставили некоторым странам никакого выбора относительно своих ответных мер. Так, особенно сильно пострадали от кризиса Греция и Португалия, и от них в качестве предварительного условия предоставления финансовой помощи для спасения экономики потребовали урезать расходы в государственном секторе. В тех странах, где ситуация в краткосрочном плане требует от правительств сокращать государственные расходы на здравоохранение, акцент в политике должен быть сделан на разумном подходе к сокращениям, чтобы минимизировать негативные последствия для деятельности системы здравоохранения, на максимальном повышении ее реальной ценности

и на создании условий для реформ, направленных на повышение эффективности использования ресурсов в более отдаленной перспективе. В остальной части документа говорится о том, как этого добиться.

4.2.2 Налогово-бюджетная политика

Несмотря на то, что были повышены налоги на алкоголь и сигареты (см. ниже), стран, которые реформировали налогово-бюджетную политику таким образом, чтобы увеличить объем поступлений для финансирования системы здравоохранения, было немного. В Италии области, имеющие большой дефицит бюджета здравоохранения, для его покрытия подняли ставки местных налогов. Во Франции для того, чтобы финансировать расходы на социальное обеспечение (в том числе и здравоохранение), в 2009 г. был введен новый налог в размере 2% на некоторые источники дохода, который затем был увеличен до 4% в 2010 г. и до 6% в 2011 г. Венгрия ввела налог в интересах общественного здравоохранения на пищевые продукты и напитки с повышенным содержанием сахара.

Хотя повышение налогов и может уменьшить необходимость в увеличении объемов государственного заимствования, очень немногие страны использовали налогово-бюджетную политику для увеличения поступлений для служб здравоохранения в ответ на нынешний кризис. В основе нежелания вводить более высокие налоги для финансирования здравоохранения могут лежать справедливые технические и политические соображения (такие как негативное влияние на рынок труда, производительность труда и конкурентоспособность), но мнение, будто финансирование медико-санитарной помощи за счет налогов, как правило, долго продолжаться не может, является несостоятельным (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009).

4.2.3 Поступления за счет обязательного медицинского страхования

Некоторые страны повысили ставки взносов нанимателей/работников на медицинское страхование либо для всех, либо для определенных групп населения (Болгария, Греция, Португалия, Румыния, Словения). Словакия уменьшила взнос государства за экономически неактивных людей. Венгрия уменьшила ставку взносов, но правительство увеличило свои бюджетные перечисления в пользу групп населения, которые не платят взносов, но имеют право на медицинское обслуживание, чтобы компенсировать фонду обязательного медицинского страхования потери поступлений (это было ее самой явной и прогрессивной мерой в ответ на финансовый кризис; см. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011b). В Республике Молдова скидка по взносам на обязательное

медицинское страхование для малообеспеченных групп населения была увеличена с 50 до 75%. Турция переложила ответственность за оплату медико-санитарной помощи государственным служащим и их иждивенцам с министерства финансов на Институт социального обеспечения. В Швейцарии вопрос об увеличении субсидий на уплату страховых взносов для малообеспеченных семей обсуждался, но никаких мер принято не было. В Словакии и Литве уже были реализованы противочиклические меры, предусматривающие государственные субсидии для тех, кто застрахован государством, для того, чтобы поддержать поступления в фонд обязательного медицинского страхования в период экономического спада. В Австрии и Румынии государство установило субсидии для оказания финансовой помощи фондам социального медицинского страхования с тем, чтобы они могли рассчитаться с долгами и не допустить новой задолженности.

В странах, которые в основном полагаются на взносы в фонд социального страхования в виде отчислений с заработной платы и из фонда оплаты труда, поток поступлений можно сохранить путем отмены потолка на доходы или заработки, расширения базы взносов настолько, чтобы она охватывала незарплатные доходы, или повышения объема перечислений из государственного бюджета (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009). Все эти варианты вполне могут быть подходящими для правительства, которое желает стимулировать занятость и одновременно сохранить или увеличить государственные расходы на здравоохранение (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009). Еще одна стратегия, которую можно использовать для сглаживания изменчивости поступлений между фазами экономических циклов, заключается в том, чтобы сделать взносы, уплачиваемые государством за экономически неактивные группы людей, противочиклическими, для чего увязывать эти взносы со средними заработками в предыдущие годы, как делают Литва и Словакия.

4.2.4 Плата за пользование услугами (глубина страхового покрытия)

Несколько стран в ответ на кризис повысили или ввели плату за пользование услугами здравоохранения (Армения, Греция, Дания, Ирландия, Италия, Латвия, Нидерланды, Португалия, Российская Федерация, Румыния, Словения, Турция, Франция, Чешская Республика, Швейцария, Эстония). В некоторых странах была введена или повышена плата за пользование услугами в больничном секторе (Армения, Чешская Республика, Эстония (за сестринские услуги в стационаре), Ирландия, Россия, Румыния, Франция). В нескольких странах повышение платы за пользование услугами коснулось фармацевтических препаратов (Ирландия, Латвия, Португалия, Словения, Франция, Чешская Республика). В Англии предыдущим правительством было объявлено о принятии

программы расширения спектра долговременных нарушений здоровья, при которых лекарства должны назначаться бесплатно, однако эта программа осуществлена не была и теперь к ней возвращаться не будут. Плата за амбулаторные услуги была повышена в Греции, Италии, Румынии и Турции. В Ирландии повысили плату за пользование услугами отделений неотложной помощи, в Италии – за услуги, не считающиеся экстренными. В Швейцарии с 10% до 15% будет повышена ставка совместного страхования для людей, которые выберут традиционные страховые планы (чтобы стимулировать людей к принятию модели страхования с регулируемым медицинским обслуживанием).

Некоторые страны ввели или повысили плату за определенные услуги, такие, например, как экстракорпоральное оплодотворение (Дания и Нидерланды), перевозка на машинах скорой помощи (Словения и Франция), физиотерапия (Нидерланды), некоторые виды психиатрических услуг (Нидерланды), некоторые вакцины, например, против желтой лихорадки, японского энцефалита, брюшного тифа, менингита и четырехвалентная вакцина против бешенства (Португалия), посещение больных на дому врачом общей практики (Румыния), лечение минеральными водами по поводу неострых заболеваний, протезирование зубов и некоторые офтальмологические приспособления (Словения), а также врачебное заключение о нетрудоспособности пациента (Португалия) (см. раздел 4.3.1, касающийся уменьшения пакета услуг).

Другие же страны, наоборот, сообщили о расширении перечня льгот, предоставлении льгот малообеспеченным группам по оплате фармацевтических препаратов (Австрия, Ирландия, Италия, Республика Молдова, Франция), снижении платы за пользование услугами (Хорватия – за услуги первичной медико-санитарной помощи и за лекарственные препараты, назначаемые амбулаторным больным) или отмене платы за некоторые услуги (Венгрия, Италия – в Венгрии это было сделано не в ответ на кризис, но помогло повысить уровень финансовой защиты).

Данные из настоящего исследования и исследования, посвященного предыдущим кризисам (Cylus, Mladovsky & McKee, находится в печати), позволяют утверждать, что лица, формирующие политику, могут полагаться на систему платежей за пользование услугами и другие стратегии, в результате которых затраты перекладываются на пациентов в попытке замедлить совокупный рост расходов. Однако плата за пользование услугами увеличивает финансовую нагрузку на домашние хозяйства (Wagstaff et al., 1992) и, как было показано, в равной мере может приводить к снижению в пользовании видами помощи, имеющими большую ценность для здоровья (оправданными с точки зрения соотношения затрат и результатов), и малоценными видами

помощи и, в частности, может вызвать снижение пользования услугами среди малообеспеченных лиц и лиц пожилого возраста, даже когда уровень платы невысок (Lohr et al., 1986; Manning et al., 1987; Newhouse & Rand Corporation Insurance Experiment Group, 1993; Gemmill, Thomson & Mossialos, 2008). Введение или повышение платы за пользование услугами первичной или амбулаторной специализированной помощи может ухудшить итоговые показатели здоровья населения и привести к росту затрат в других областях (например, в области неотложной помощи). В результате ограничивается потенциальная экономия затрат или рост эффективности использования ресурсов. С большей вероятностью эффективность использования ресурсов может быть повышена благодаря целевым платежам за пользование услугами, применяемым выборочно к малоценным услугам или с освобождением от оплаты или установлением верхних пределов оплаты для наименее обеспеченных домашних хозяйств или регулярных пользователей помощью. Однако не всегда удастся определить малоценные виды помощи, и связанные с этим операционные издержки могут быть весьма значительны (Braithwaite & Rosen, 2007; Bach, 2008; Thomson, Foubister & Mossialos, 2009).

4.3 Стратегии, направленные на изменение объема и качества медико-санитарной помощи, финансируемой государством

4.3.1. Услуги, обеспечиваемые медицинским страхованием (объем предусмотренных услуг)

В целом предусмотренный законом пакет медицинских услуг, обеспечиваемых государством, после наступления финансового кризиса радикальным изменениям не подвергся, однако некоторые сокращения в нем, обычно предельно малые, имели место. Большинство стран не сообщали о том, как принимались решения об охвате услуг медицинским страхованием. Только Чешская Республика и Эстония сообщили о планах более активного применения оценки медицинских технологий при оценке пакета медико-санитарных услуг (хотя в случае Эстонии это делалось в рамках уже идущего процесса, отношение к которому со стороны лиц, формирующих политику, в свете кризиса стало более благосклонным). Сокращения предусмотренного законом объема услуг, обеспечиваемых государством, о которых сообщалось в ответах стран, включали снижение компенсации расходов на стоматологическую помощь для определенных групп населения (Ирландия, Эстония), экстракорпоральное оплодотворение, физиотерапию, психиатрические услуги и помощь, получаемую за пределами ЕС (Нидерланды), косметические операции (Португалия), лечение минеральными водами по поводу неострых заболеваний, определенные лекарственные препараты, услуги скорой

помощи в неэкстренных случаях, протезирование зубов и некоторые офтальмологические устройства (Словения), очки (Швейцария), а также пособия по временной нетрудоспособности, выплачиваемые фондом обязательного медицинского страхования (Венгрия, Литва и Эстония). Российская Федерация отложила до 2013 г. включение в пакет услуг, охватываемых медицинским страхованием, лекарственных средств, отпускаемых по рецепту амбулаторным больным. С другой стороны, Армения включила первичную медико-санитарную помощь в базовый пакет услуг первичной медико-санитарной помощи, хотя это было сделано в рамках проводимых реформ. Другие страны осуществляли целевое расширение объема медико-санитарных услуг, которое рассматривается в разделе 4.3.2 (широта охвата медицинскими услугами и страховые взносы).

Одна из главных целей политики здравоохранения в любое время, но особенно во время экономического кризиса заключается в сохранении доступа к жизненно необходимым услугам для всего населения и прежде всего для наименее обеспеченных групп и регулярных пользователей медико-санитарной помощью (World Bank, 2009). Изменение спектра услуг, включенных в предусмотренный законом пакет, обеспечиваемый государством (т.е. изменение объема услуг, предусмотренных медицинским страхованием), может оказаться весьма ценным инструментом, с помощью которого можно установить приоритеты в системе здравоохранения, особенно в том случае, когда эти изменения основаны на фактических данных и направлены на то, чтобы стимулировать пользование такой помощью, которая имеет высокую ценность для здоровья, и препятствовать пользованию малоценной помощью. Этот инструмент также можно применять для того, чтобы в положительно выраженной форме нормировать объем доступной помощи. Ограничение объема помощи и принятие мер к обеспечению обязательного соблюдения руководств по ведению практики можно оправдать фактическими данными, свидетельствующими об отсутствии единообразия в клинической практике и о нерациональном пользовании услугами, но реализовать такую политику с прицелом на конкретные виды услуг будет сложно. В Венгрии были введены ограничения на объем услуг, оказываемых в стационарах, но право нормировать в скрытой или явной форме оказание помощи было предоставлено самим больницам и врачам. Когда страны испытывают нехватку ресурсов, они могут распространить сокращение бюджета на весь сектор и уменьшить финансирование большинства предоставляемых услуг. Однако при огульных сокращениях возникает угроза ограничения доступа к действительно необходимым услугам и негативного влияния на финансовую защиту, здоровье населения и эффективность использования

имеющихся ресурсов. А вот выборочные, основанные на реальных фактах и прозрачные сокращения объема услуг, обеспечиваемых медицинским страхованием, дают возможность повысить эффективность использования ресурсов без ущерба для функционирования системы здравоохранения (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009).

С этой целью во многих странах для того, чтобы помочь в установлении приоритетов (Velasco-Garrido & Busse, 2005), главным образом в области обеспечения фармацевтическими препаратами, и для разработки клинических руководств (Draborg et al., 2005; Lavis et al., 2007; Sorenson, Drummond & Kanavos, 2008) в последние двадцать лет была принята процедура оценки медицинских технологий (ОМТ). Однако ее использование при определении содержания пакета услуг, обеспеченных медицинским страхованием, ограничено вследствие технических и политических трудностей и недостатка ресурсов (Ettelt S et al., 2007; Sorenson, Drummond & Kanavos, 2008). Поэтому ОМТ будет скорее полезна как средство повышения эффективности использования ресурсов в рамках стратегии, рассчитанной на более отдаленную перспективу, нежели как инструмент для оперативного принятия решений. Тем не менее, у стран, имеющих реально действующие программы ОМТ, будет больше возможностей для принятия всесторонне обоснованных решений во времена экономических кризисов.

4.3.2. Охват населения (широта охвата медицинскими услугами)

Единственной страной, которая лишила некоторые категории лиц, проживающих на ее территории, права пользоваться некоторыми аспектами предусмотренного законом охвата медицинскими услугами, была Ирландия: в 2008 г. ирландское правительство приняло решение о том, что предусмотренный законом охват населения услугами первичной медико-санитарной помощи не распространяется на богатых граждан старше 70 лет, хотя после парламентских выборов в феврале 2011 г. правительство объявило о планах расширения охвата услугами на все население (всеобщий охват). Чешская Республика сообщила о незначительном урезании прав, выразившемся в сокращении спектра предусмотренных законом медицинских услуг для иностранцев. Кипр объяснил финансовым кризисом свое решение вновь отложить реализацию принципа всеобщего охвата медицинскими услугами, в то время как Венгрия ввела стимулы для более тщательных проверок наличия у людей права на получение предусмотренных законом и обеспечиваемых государством услуг, чтобы посредством таких проверок выявлять и наказывать тех, кто уклоняется от выплаты страховых взносов. Несколько стран сообщили о распространении охвата предусмотренными законом услугами на ранее незастрахованные группы людей (Беларусь, Босния

и Герцеговина, Грузия, Республика Молдова) или о введении всеобщего охвата (бывшая югославская Республика Македония). Таким образом, некоторые страны, особенно республики бывшего Советского Союза, не достигшие всеобщего охвата, в настоящее время расширяют права на получение льгот на целевые группы населения, однако это происходит в рамках идущих реформ, а не в ответ на экономический кризис.

Доля населения, имеющего право на получение предусмотренных законом и обеспечиваемых государством медицинских услуг, является одной из ключевых детерминант финансовой защиты в системе здравоохранения. Ограничение права на предусмотренное законом обеспечение медицинскими услугами (например, на основании величины доходов домашнего хозяйства) может привести к сокращению в абсолютном выражении государственных расходов на здравоохранение. Однако данные из Германии и Нидерландов показывают, что эта мера скорее увеличивает, чем облегчает тяжелое финансовое положение в системе здравоохранения (Thomson & Mossialos, 2006; Albrecht, Schiffhorst & Kitzler, 2007). Частично это объясняется прекращением взносов от более обеспеченных домашних хозяйств. Это также вызвано сегментацией национального пула рисков, вследствие которой в пуле рисков, предусмотренном законом, концентрируются лица старшего возраста, менее обеспеченные и более нездоровые люди и люди, имеющие иждивенцев, которые не платят страховых взносов (Thomson & Mossialos, 2006). Нидерланды в 2006 г. отказались от этой политики, а Германия предприняла многочисленные меры для смягчения ее неблагоприятных последствий.

Уменьшение широты, объема и глубины охвата открывает возможность для распространения добровольного медицинского страхования (ДМС). Однако вследствие характерных для ДМС сбоев в рыночном механизме, в частности, проблем информации, касающихся неблагоприятного отбора и выбора рисков, лица, доверившиеся добровольному страхованию, могут подвергаться риску (Barr, 2004), особенно лица пожилого возраста и люди со слабым здоровьем (Mossialos & Thomson, 2004; Thomson & Mossialos, 2006, 2009). Кроме этого, опыт применения ДМС в Европе показывает, что в большинстве стран оно не устраняет пробелов в охвате обязательным медицинским страхованием: расширение рынка услуг ДМС часто бывает очень ограниченным, особенно за пределами стран ЕС15; страховые полисы ДМС часто не настолько распространены, чтобы обеспечить покрытие наиболее значительных пробелов, а там, где их можно оформить, они могут быть недоступны для наиболее нуждающихся в них лиц, даже когда рынок отрегулирован во всех деталях (Thomson & Mossialos, 2009).

4.3.3. Неценовое нормирование (время ожидания в очереди на получение услуг, “разбавление” и задержка в предоставлении услуг)

В марте 2009 г. наблюдательный совет Эстонского фонда медицинского страхования попытался нормировать объем предоставляемой помощи, приняв решение увеличить максимальное время ожидания амбулаторного приема у узких специалистов с четырех до шести недель. Больше ни одна страна не сообщала об увеличении времени ожидания как о мере, специально принятой в ответ на финансовый кризис. Другое дело, что реформы в секторе здравоохранения в некоторых странах могли непреднамеренно привести к увеличению времени ожидания, как, например, было в Ирландии, где в период 2009–2010 гг. изменения в политике здравоохранения привели к увеличению на 9% числа пациентов, ожидающих очереди на прием к специалисту.

Изменение времени ожидания может вызвать изменения в спросе на медико-санитарную помощь, финансируемую государством, без ущерба для итоговых показателей здоровья, если пациенты, поставленные в более долгую очередь, выберут частные варианты (Hoel & Sæther, 2003) или решат отказаться от лечения. Из обзора литературы о времени ожидания лечения (Garber, 2000) следует, что необходимо выделять ресурсы на разные виды лечения в зависимости от свойственного им соотношения затрат и эффективности. Однако ограничение своевременного доступа к помощи может отрицательно повлиять на качество лечения, а это может повредить цели улучшения здоровья. Использование такой меры в качестве инструмента реализации политики может также быть ограничено тем, что пациенты вправе ожидать приемлемых стандартов медико-санитарной помощи.

Совершенно неизученной остается область применения механизмов неценового нормирования, которые менее осязаемы как для пациентов, так и для лиц, формирующих политику, и трудно поддаются изучению. Эти механизмы могут принимать разные формы задержки, отказа в предоставлении и “разбавления” лечебных услуг (экономии на качестве), и их применение имеет серьезные последствия для улучшения здоровья и эффективности использования ограниченных ресурсов. Имеются не подтвержденные исследованиями данные о том, что поставщики помощи прибегают к таким мерам в ответ на сокращения бюджета. Завуалированная задержка в предоставлении помощи и отклонения от требований руководств по клинической практике по соображениям экономии затрат – это лишь два из множества механизмов неявного нормирования со стороны предложения. Там, где не налажен контроль за соблюдением поставщиками услуг клинических стандартов, а профессиональные организации не проявляют строгости в обеспечении

неукоснительного следования нормам надлежащей клинической практики, неявные механизмы нормирования могут скрывать некоторые неблагоприятные последствия экономического кризиса. Хотя очереди на получение помощи, возможно, и не являются желаемой альтернативной формой нормирования, они, по крайней мере, делают этот процесс явным и более прозрачным. Для изучения масштабов применения неявного нормирования и получения фактических данных, которые нужны для ориентирования лиц, вырабатывающих политику, необходимы программы целевых исследований (ВОЗ, 2011 г.).

4.3.4 Изменение поведения людей (профилактика заболеваний и укрепление здоровья)

Как уже было отмечено выше, сравнивать данные из разных стран, касающиеся финансирования и политики общественного здравоохранения, трудно, так как нет единого европейского определения термина “общественное здравоохранение”. Поэтому приведенные ниже фактические данные о влиянии финансового кризиса на общественное здравоохранение в Европе носят иллюстративный характер и не могут восприниматься как всеобъемлющий обзор.

Несколько стран повысили налоги на алкоголь и сигареты (Болгария, Украина и Эстония, есть планы сделать то же самое в 2012 г. у Чешской Республики) или проводили политику укрепления здоровья, например, поощряли здоровое питание, физическую активность и скрининг (Бельгия, Босния и Герцеговина, Венгрия, Греция, Республика Молдова). Эти стратегии направлены на то, чтобы снизить потребность в медико-санитарной помощи, и в целом предназначены для уменьшения объема медицинской помощи, финансируемой государством. Четыре страны сообщили о сокращении бюджета общественного здравоохранения. В Эстонии расходы министерства здравоохранения сократились в 2009 г. на 24% по сравнению с 2008 г. Отчасти это было достигнуто за счет сокращения в 2009 г. административных расходов и бюджета общественного здравоохранения. Сокращения затронули в первую очередь программы борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), тогда как программы в области инфекционных болезней остались нетронутыми. Для компенсации сокращения бюджета, выделенного на борьбу с НИЗ, были использованы средства из социальных фондов ЕС, однако уже с 2012 г. эти средства больше не выделяются. В Италии планировалось сократить фонд профилактики заболеваний и укрепления здоровья с 29,6 млн евро до 5,9 млн в 2011 г. В Латвии бюджет общественного здравоохранения в период с 2008 по 2010 г. сократился на 88,6%. На 9% уменьшились расходы на профилактические услуги в Украине. Три страны сообщили о закрытии или слиянии органов общественного здравоохранения.

В Исландии планировалось в 2011 г. объединить Управление здравоохранения и Институт общественного здравоохранения. В Латвии в 2009 г. было закрыто Управление общественного здравоохранения. Многие функции общественного здравоохранения были распределены между другими учреждениями, а некоторые из них были утрачены. В Литве прошла реорганизация общественного здравоохранения, в результате которой в 2009–2010 гг. было осуществлено слияние семи учреждений общественного здравоохранения.

В последние годы появилось еще больше фактических данных об экономических выгодах профилактики, подтверждающих необходимость широких мер по укреплению общественного здоровья и профилактике заболеваний (таких, например, как систематический скрининг с целью выявления гипертензии, повышенного уровня холестерина, некоторых онкологических заболеваний, медицинские консультации по вопросам питания, употребления алкоголя и курения), хотя определенные пробелы в данных все еще сохраняются (Schwappach, Boluarte & Suhrcke, 2007). Однако большинство исследований было опубликовано в Соединенных Штатах Америки и в Австралии (Atun, 2004; Atun, Bennett & Duran, 2008). Имеются данные, позволяющие утверждать, что действенным инструментом политики, с помощью которого можно решать проблемы общественного здоровья и обеспечить поступления в государственный бюджет, может быть налогообложение (Chaloupka & Warner, 2000). Исследование, проведенное ОЭСР, показывает, что наряду с налогово-бюджетными мерами не менее эффективными с точки зрения соотношения затрат и результатов средствами являются санитарное просвещение и пропаганда здоровья, законодательно-нормативное регулирование и предоставление семейными врачами консультаций по вопросам питания, курения и употребления алкоголя (Sassi, 2010). Благодаря этим мерам можно улучшить соотношение затрат и результатов при оказании медико-санитарных услуг в среднесрочной и долгосрочной перспективе, но они не могут помочь в преодолении бюджетных ограничений в краткосрочном плане.

4.4 Стратегии, направленные на сдерживание расходов на медико-санитарную помощь, финансируемую государством

4.4.1 Цены на изделия медицинского назначения

Многие страны приняли или усилили свои стратегии, направленные на снижение цен на изделия медицинского назначения (фармацевтические препараты, медицинские приборы и оборудование) или более рациональное использование лекарственных средств (Австрия, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика

Македония, Венгрия, Греция, Ирландии, Исландия, Испания, Латвия, Литва, Мальта, Республика Молдова, Польша, Португалия, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Турция, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Эстония). При этом были использованы самые разнообразные меры, в том числе замена патентованных лекарственных средств на непатентованные (дженерики), назначение лекарственных средств по международным непатентованным названиям, механизмы возврата бюджетных средств, переговоры об установлении цен и удлинение срока действия рецептов. В большинстве случаев эти стратегии были предусмотрены проводимыми реформами, но часто кризис выступал как фактор, подталкивающий, ускоряющий или активизирующий их реализацию. Болгария и Чешская Республика в настоящее время также усиливают государственное регулирование закупок медицинских приборов. В то же время во многих странах тот выигрыш, который пациенты получили благодаря мерам, направленным на снижение цен, в определенной степени оказался утраченным в результате повышения НДС, затронувшего фармацевтические препараты и другие изделия медицинского назначения.

Кризис заставил более активно вести переговоры по установлению приемлемых цен на фармацевтические изделия на рынках некоторых стран и показал, насколько велика может быть власть государства как монопольного покупателя. Снижению цен на лекарственные препараты способствуют более грамотная организация государственных закупок и наличие позитивных списков товаров с одной стороны и регулирование оптовых и розничных наценок с другой стороны (WHO, 2004). Методы, применяемые странами для регулирования цен, включают свободное ценообразование, определение ожидаемых цен (*ex ante*) относительно изделия-заменителя, определение цен на основании международных эталонов, соглашения о цене в зависимости от объема, снижение цен, регулирование прибыли и установление цен, сложившихся на данный момент (*ex post*), относительно изделия-заменителя (Office of Fair Trading, 2007).

Однако положительный эффект от применения механизмов регулирования цен может быть сведен на нет ростом количества назначаемых лекарственных препаратов или такими изменениями в номенклатуре продукции, при которых в нее попадают более дорогие препараты. Например, понижающее влияние на цены, относимое на счет ориентации на международные эталоны, часто бывает недолгим (Lopez-Casasnovas & Puig-Junoy, 2000; Donatini et al., 2001; Nink, Schroder & Selke, 2001). По этой причине стратегии ценообразования нужно сочетать со стратегиями, направленными на поощрение медицинских работников к тому, чтобы они более рационально назначали и отпускали лекарственные препараты

при оказании первичной и вторичной медико-санитарной помощи. Но и в этом случае экономия может быть сведена на нет увеличением объема и поэтому может оказаться недолгой (Harris & Scrivener, 1996; Buzzelli et al., 2006; Andersson et al., 2007; Mossialos & Srivastava, 2008). Тем не менее, если такими мерами политики и не удастся сократить расходы на фармацевтические изделия, они все равно могут повысить эффективность использования ресурсов без какого-либо негативного влияния на показатели здоровья населения. Благодаря политике поощрения более широкого использования лекарств-дженериков можно снизить расходы на фармацевтические изделия и повысить эффективность использования ресурсов (Mrazek & Frank, 2004). Что же касается стратегий, целью которых является сокращение государственных расходов на назначаемые врачом лекарственные средства путем перекаладывания бремени этих расходов на домашние хозяйства, то они, как правило, оказываются малоэффективными. Эти стратегии рассматриваются выше в разделе, посвященном плате за пользование услугами.

4.4.2 Заработная плата и мотивация работников сектора здравоохранения

В некоторых странах заработная плата медицинских работников была снижена (Греция, Кипр, Ирландия, Литва, Румыния, Франция), заморожена (Англия, Португалия, Словения), или темпы ее роста были замедлены (Дания). Применялись и другие способы снижения заработной платы: существенное повышение взносов работников государственного сектора в пенсионный фонд и снижение льгот и пособий, что привело к фактическому снижению заработков (Англия), сокращение сверхурочных работ и ночных смен и увеличение продолжительности смен, требующих меньшей численности персонала и меньших затрат (Исландия), и предложение работать за меньшую плату, чтобы сохранить свое место работы (вспомогательный персонал административно-хозяйственных служб и служб информационных технологий, работающий по частным контрактам, в Сербии). В Чешской Республике благодаря переговорам и протестам врачам удалось отстоять свои зарплаты. Албания, которую кризис в значительной мере обошел стороной, Беларусь и Украина продолжали повышать зарплату медицинских работников. В 2011 г. в бывшей югославской Республике Македония было разрешено принять на работу дополнительное количество медицинских работников, чтобы улучшить качество услуг и доступ к государственным медицинским учреждениям, а также предотвратить уход квалифицированного врачебного персонала из государственного сектора.

В 18 странах Европейского региона, по которым имеются данные, на долю заработной платы и пособий, выплачиваемых работникам,

приходится 42,3% государственных расходов на здравоохранение (ВОЗ, 2006 г.). Этим и объясняется направленность политики многих стран на снижение заработной платы. Однако подобная политика может усугубить неравенство в уровнях заработной платы между странами (в зависимости от изменений в заработной плате в странах преимущественной иммиграции относительно стран преимущественной эмиграции) и, возможно, приведет к росту миграции медицинских работников в Европе и других регионах и обострению проблем нехватки кадровых ресурсов, что поставит под угрозу качество и эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения (Wisnar et al., 2011). Неравенство в заработной плате также может возникнуть внутри страны, если зарплаты в секторе здравоохранения будут снижаться не такими темпами, как в других секторах. Для того, чтобы сохранить кадры и улучшить показатели функционирования системы здравоохранения, лица, вырабатывающие политику, могут применять разнообразные нефинансовые инструменты, такие как четкие должностные инструкции, профессиональные нормы и кодексы этики, обеспечение соответствия уровня квалификации уровню выполняемых функций, контроль, информация и коммуникация, обеспечение инфраструктуры (оборудование и материалы), учеба на протяжении всей жизни, совершенствование управления коллективом и бригадная работа, а также ответственность и подотчетность (ВОЗ, 2006 г.). Улучшения в этих областях могут хотя бы отчасти помочь сохранить работников здравоохранения, которым угрожают сокращение и замораживание заработной платы.

Повышение эффективности использования имеющихся кадровых ресурсов здравоохранения с прицелом на более отдаленную перспективу требует более широкого спектра стратегий, в частности, предполагающих изменение профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов и замещение одних категорий медицинских работников на другие (как правило, выполнение медицинскими сестрами и врачами общей практики части работы узких специалистов или выполнение медицинскими сестрами некоторых функций врачей общей практики) для снижения удельных затрат на оплату труда или для повышения производительности труда. В обзорах было установлено, что замещение врача медицинской сестрой обычно либо никак не влияет на качество услуг, либо приводит к некоторому его улучшению, и это позволяет сделать вывод о том, что данная стратегия в принципе может повысить эффективность использования ресурсов (McKee, Dubois & Sibbald, 2006). Однако экономия затрат при этом зависит от величины различий в заработной плате между врачами и медицинскими сестрами и может быть сведена на нет более низкой производительностью труда медицинских сестер по сравнению с врачами (Laurant et al., 2005).

4.4.3 Оплата услуг поставщиков

В ответ на кризис в нескольких странах были снижены тарифы (т.е. цены) на услуги, предоставляемые поставщиками (Ирландия, Румыния, Словения, Эстония), или плата поставщикам была увязана с улучшением показателей работы, чтобы тем самым обеспечить более высокую эффективность использования ресурсов и сдержать рост расходов (новые меры, предусматриваемые в контрактах, по оценке и контролю стоимости услуг поставщиков в Боснии и Герцеговине; сообщения о планах внедрения принципа оплаты стационарных услуг на основе клинико-статистических групп в Болгарии и Чешской Республике; оплата за фактически оказанные услуги в Италии; подушевая оплата в первичном звене в Португалии; оценка деятельности и финансирование на основе результатов в Республике Молдова). В одних странах кризис ускорил проведение реформ в этой области (Австрия), в других реформы натолкнулись на сопротивление (Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия). В Украине была создана система контроля качества медико-санитарных услуг, но какого-либо практического эффекта она не дала, так как не были разработаны меры реагирования на несоблюдение нормативных требований. В Российской Федерации запланированные изменения в правовом статусе поставщиков медико-санитарной помощи, затрагивающие систему оплаты их услуг, были отложены до 2013 г.

Меры, нацеленные на поставщиков, открывают широкий простор для улучшений в функционировании системы здравоохранения по сравнению с мерами, которые сосредоточены на том, чтобы ограничить пациентов в пользовании услугами. Изменения в системе закупки услуг медико-санитарной помощи и платы поставщикам за их услуги обладают значительными потенциальными возможностями в плане повышения эффективности использования ресурсов, качества и социальной справедливости. Многие страны ЕС перешли от пассивного вознаграждения услуг поставщиков к принципу стратегических закупок, при которых распределение ресурсов в положительной выраженной форме увязывается с информацией о потребностях населения в медицинских услугах, соотношении затрат и эффективности предоставляемых услуг и показателях деятельности поставщиков (Figueras, Robinson & Jakubowski, 2005). В эту категорию мер входят проведение оценки потребностей в медицинских услугах, оценки технологий здравоохранения, заключение контрактов, контроль качества и оплата в зависимости от предоставленных услуг и их качества. Кроме того, в большинстве стран тарифы устанавливаются централизованно с коррекцией на тяжесть случая, и это может способствовать конкуренции между поставщиками помощи на основе качества предоставляемых услуг в тех случаях, когда имеется информация о качестве (Busse et al., 2011).

Повышение эффективности использования ресурсов в больницах связывают с заключением контрактов, оговаривающих объемы и исходы помощи, в сочетании с оплатой на основе предполагаемых лечебных мероприятий с использованием некоторых показателей нозологического состава больных, таких как клинико-статистические группы. Однако в таких типах контрактов нужно оговаривать все тонкости, чтобы не дать возможности поставщикам использовать различные уловки, тогда как необходимые для этого информационные системы имеются лишь в очень немногих странах Европы (Figueras, Robinson & Jakubowski, 2005). Что касается платы врачам (обычно в первичном звене медико-санитарной помощи), гонорарный и подушевой методы оплаты оказались негодными для мотивации врачей к достижению конкретных целей. Достижению стратегических целей системы здравоохранения могут способствовать инновационные методы оплаты, сочетающие в себе элементы гонорарной, подушевой оплаты и платы за случай оказания помощи. Эти инновационные методы включают подушевую оплату с выделением гонорарных выплат, бюджеты отделений с индивидуальной гонорарной или “контактно-подушевой” оплатой и плату за определенные эпизоды болезни по тарифу за случай оказания помощи (Robinson, 2001). Растет также популярность оплаты за фактически оказанные услуги, хотя полученные в Соединенных Штатах Америки и Соединенном Королевстве данные показывают, что лицам, формирующим политику, следует обращать особое внимание на то, как построена схема оплаты за фактически оказанные услуги и как она реализуется (Maynard, 2008). При любой реформе оплаты услуг поставщиков помощи на ее успешное осуществление может влиять множество других факторов, в том числе то, как организовано и регламентируется предоставление помощи.

4.4.4 Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и закупочных ведомств

В нескольких странах правительство осуществляет реструктуризацию министерства здравоохранения, фонда обязательного медицинского страхования или иных закупочных ведомств, стремясь таким образом снизить накладные расходы и повысить эффективность использования ресурсов (Англия, Болгария, Исландия, Латвия, Литва, Португалия, Румыния, Хорватия, Чешская Республика).

Сокращение численности чиновников или отмена условий их трудового договора (срок пребывания в должности, должностной оклад, пенсии) – это один из способов сокращения государственных расходов на здравоохранение, но он же создает риск потери квалифицированных сотрудников и забастовки работников государственного сектора, что и продемонстрировали недавние тенденции в Европе (Parry, 2011).

В зависимости от конкретной ситуации, такие меры также создают угрозу того, что будут потеряны опытные сотрудники как раз в момент ускоренных реформ, которые требуют не ослабления, а усиления потенциала в области планирования и надзора за ходом реформ.

Накладные расходы также можно уменьшить, если реформировать структуру рынка медицинского страхования (например, путем консолидирования пулов рисков) (Kutzin, 2008; Thomson, Foubister & Mossialos, 2009). Кроме того, решение проблемы фрагментарности пулов может в значительной степени способствовать финансовой устойчивости, так как чем меньше пулов, тем меньше потребности в сложном и ресурсоемком расчете поправки на риск, а благодаря тому, что при этом усиливаются позиции покупателей относительно поставщиков, может улучшиться система закупок (которая приобретет более стратегический характер).

4.4.5 Инфраструктура поставщиков и капиталовложения

Во многих странах экономический кризис породил положительный импульс: благодаря ему ускорился начавшийся процесс реструктуризации больничного сектора, сопровождающийся закрытием, слиянием и централизацией лечебных учреждений (Греция, Дания, Латвия, Португалия, Словения); произошел сдвиг в сторону амбулаторной помощи (Беларусь, Греция, Ирландия, Литва); улучшилась координация с первичным звеном или были увеличены инвестиции в первичное звено (Армения, Литва, Нидерланды, Республика Молдова); проведено слияние центров здоровья (Исландия) и реорганизованы службы неотложной медицинской помощи (бывшая югославская Республика Македония). В некоторых странах отказались от инвестиционных планов строительства новых больниц (Румыния) или остановили их реализацию (Грузия), замедлили программы модернизации больниц и служб скорой помощи (Армения) и закупки дорогостоящего оборудования (Беларусь) или уменьшили долю капитальных расходов (Украина). Другие страны, напротив, увеличили финансирование программ модернизации поставщиков услуг общественного здравоохранения, используя для этого средства из фонда обязательного медицинского страхования (Республика Молдова) или создали системы электронного здравоохранения, внедрив для этого интегрированные информационные системы управления здравоохранением и электронную медицинскую карту (бывшая югославская Республика Македония, Латвия) и новую систему электронных рецептов (Хорватия).

Значительную часть государственных расходов на здравоохранение (35–70%) в Европейском регионе поглощает больничный сектор (Rechel et al.,

2009). В большинстве стран в настоящее время идет процесс сокращения мощности больниц в целях более эффективного использования ресурсов, для чего закрываются ненужные учреждения, а дорогостоящая стационарная помощь заменяется более рациональными с точки зрения соотношения затрат и эффективности альтернативами, такими как дневные хирургические стационары (McKee & Nealy, 2002). В целом имеющиеся данные показывают, что эти изменения не оказали какого-либо отрицательного влияния на качество помощи. Однако, хотя благодаря им, возможно, и повышается эффективность использования ресурсов, они отнюдь не всегда приводят к снижению государственных расходов, поскольку сэкономленные средства расходуются в системе здравоохранения на другие нужды. Кроме того, расходы неустановленной величины могут также нести пациенты и их неформальные помощники по уходу, и такие расходы нужно должным образом контролировать (Clarke, 1996). Совершенно очевидно, что для того, чтобы сохранить качество помощи, сокращение мощностей для оказания помощи при острых состояниях должно сопровождаться инвестициями в альтернативные услуги, такие как помощь по месту жительства (иногда это называется "реконfigurацией больниц"). В Западной Европе стратегии планирования были в этом отношении более успешными, чем рыночный механизм (Nealy & McKee, 2002).

В одних странах правительство стремится финансировать капиталовложения за счет более широкого использования рыночной конкуренции, в других выбор делается в пользу ведущей роли государства в вопросах капиталовложений. Первый подход, который характеризуется партнерством между государством и частным сектором, создает много проблем. Он может выступать преградой на пути сотрудничества между лечебными учреждениями, предлагающими определенной группе населения дополняющие услуги, и это ведет к раздробленности и дублированию. Кроме того, партнерства между государством и частным сектором не порождают новых финансовых ресурсов для сектора здравоохранения, а лишь представляют собой один из способов привлечения долгового финансирования, при котором риски часто перекадываются на будущее поколение. Это может быть выгодно для правительств, которым нужно достичь краткосрочных финансовых целей, но вовсе не всегда при этом снижаются затраты или повышается эффективность использования ресурсов в долгосрочной перспективе (Rechel et al., 2009).

Сокращение мощности больничного сектора является отражением того растущего внимания, которое уделяется координации первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи, осуществляемой для того, чтобы можно было предоставлять помощь в условиях,

требующих меньших затрат, когда это возможно и уместно, расширять спектр услуг, которые могут предоставляться с меньшими затратам, и укреплять внутрисистемную согласованность в интересах повышения качества и преодоления неэффективности в использовании ресурсов как следствия фрагментарности в предоставлении помощи (Saltman, Rico & Voerma, 2006; Figueras et al., 2008). Одним из признанных способов координирования помощи является использование врачей общей практики в качестве регулировщиков доступа к медицинской помощи, хотя здесь нужно проявлять осторожность и следить за тем, чтобы это не приводило к ненужным задержкам в получении специализированной помощи, когда она требуется. К числу нововведений последнего времени относятся сети на базе первичного звена, осуществляемые медицинскими сестрами самостоятельные стратегии (Нидерланды, Соединенное Королевство, Швеция, Франция), программы ведения заболеваний, использование многопрофильных бригад для помощи в проведении аудита и контроля качества, реформы финансирования с целью более тесной интеграции помощи, предполагающие финансирование или перераспределение средств на основе риска (Нидерланды и Германия), премии за привлечение пациентов (Франция) и плата поставщикам помощи за фактически оказываемые услуги (Соединенное Королевство, Франция) (Nolte, Knai & McKee, 2008). Фактические данные, касающиеся эффективности таких реформ, неубедительны. В такой ключевой области, как интеграция помощи людям с хроническими заболеваниями, отсутствуют данные о качестве помощи и исходах лечения для пациентов при применении разных подходов и о возможности переноса помощи из одной системы в другую. Однозначно фактические данные указывают на то, что нельзя рассчитывать на реформы для получения экономии затрат (Nolte & McKee, 2008).

5 Выводы

Результаты обследования показывают, что страны Европейского региона ВОЗ в ответ на финансовый кризис применяли разные инструменты политики. Некоторые страны, по-видимому, воспользовались кризисом для того, чтобы попытаться повысить эффективность использования ресурсов, особенно в больничном и фармацевтическом секторах, хотя и мало что было сделано для увеличения отдачи за счет стратегий, направленных на улучшение здоровья населения – это явно упущенная возможность.

На сегодняшний день широта и объем охвата медицинскими услугами, обеспечиваемыми государством, остались в целом без изменений. Некоторые страны фактически расширили льготы для малообеспеченных

групп, чтобы улучшить доступ к медико-санитарной помощи. Однако в некоторых странах была повышена плата за жизненно важные услуги и тем самым была уменьшена глубина охвата, что не может не вызывать беспокойства. Данные, полученные в разных странах, показывают, что плата за пользование услугами оказывает несоразмерно большее негативное влияние на малообеспеченные группы и регулярных пользователей помощью и в долгосрочной перспективе вряд ли приведет к снижению государственных или общих расходов на здравоохранение, так как снизится пользование необходимой помощью, а в некоторых случаях повысится частота пользования бесплатными, но более ресурсоемкими услугами, такими как неотложная помощь.

Исследования позволяют разобраться в том, каков потенциальный эффект многих принятых стратегий, однако при оценке каждой стратегии нужно быть внимательным и учитывать те конкретные условия, в которых она осуществляется, поскольку важную роль в определении конечных результатов всегда играют и исходное состояние данной системы здравоохранения, и цели и задачи каждой стратегии. Рискуя представить дело чересчур упрощенно, можно разделить варианты политики на две категории: варианты, которые могут повысить эффективность использования ресурсов и не будут оказывать неблагоприятного воздействия на другие цели системы здравоохранения, а может быть даже и будут содействовать их достижению, и варианты, которые могут иметь более неблагоприятные последствия.

Инструменты политики, которые могут содействовать достижению стратегических целей системы здравоохранения:

- более широкое применение объединения рисков;
- стратегический подход к закупкам, при котором контракты сочетаются с механизмами подотчетности, включающими показатели качества, показатели исходов со слов пациентов и другие формы обратной связи;
- оценка медицинских технологий, проводимая для того, чтобы помочь определить приоритеты, в сочетании с мерами обеспечения подотчетности, мониторинга и прозрачности;
- контролируемые инвестиции в сектор здравоохранения, в частности, для развития инфраструктуры здравоохранения и закупки дорогостоящего оборудования;
- меры общественного здравоохранения по снижению бремени болезни;
- снижение цен на фармацевтические изделия в сочетании с анализом соотношения затрат и эффективности и другими мерами,

направленными на содействие рациональному назначению и отпуску лекарственных средств;

- переход от стационарного лечения к однодневной госпитализации или амбулаторному лечению, когда позволяют обстоятельства;
- интеграция и координация первичной и вторичной медико-санитарной помощи, а также медицинской и социальной помощи;
- снижение административных расходов при сохранении способности управлять системой здравоохранения;
- налогово-бюджетная политика, направленная на расширение базы государственных доходов;
- противочиклические меры, принимаемые до наступления потрясений в системе здравоохранения;
- принятие мер финансовой защиты, нацеленных на наименее обеспеченных людей и регулярных потребителей медико-санитарной помощи.

Инструменты политики, которые ставят под угрозу достижение целей системы здравоохранения:

- сокращение спектра основных услуг, обеспеченных системой страхования;
- сокращение охвата населения;
- увеличение времени ожидания в очереди для получения необходимых услуг;
- плата за пользование основными услугами;
- сокращение численности медицинских работников, обусловленное более низкой заработной платой по сравнению с другими отраслями народного хозяйства и, в соответствующих случаях, рынками труда за границей.

В настоящем “Кратком изложении принципов” наглядно показан широкий спектр ответных мер политики в связи с финансовым кризисом в странах Европы и отмечены некоторые компромиссы, на которые приходится идти при принятии этих мер. В нескольких странах кризис практически не оставил никакого другого выбора, кроме сокращения расходов. В тех случаях, когда сиюминутная ситуация вынуждает правительство сокращать государственные расходы на здравоохранение, главный упор в политике следует делать на разумном сокращении таким образом, чтобы минимизировать отрицательные последствия

для качества функционирования системы здравоохранения, повысить ее ценность и обеспечить условия для проведения реформ, направленных на повышение эффективности использования ресурсов в более долгосрочной перспективе.

Библиография

- Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C (2007). Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. In: Klusen N, Meusch A, eds. *Beiträge zum Gesundheitsmanagement*. Baden-Baden, Nomos.
- Andersson K et al. (2007). Impact of a generic substitution reform on patients' and society's expenditure for pharmaceuticals. *Health Policy*, 81(2–3):376–384.
- Atun RA (2004). *Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (Доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья).
- Atun RA, Bennett S, Duran A (2008). *Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?* Краткий аналитический обзор. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.
- Bach P (2008). Cost sharing for health care – Whose skin? Which game? *New England Journal of Medicine*, 358:411–413.
- Barr N (2004). *The economics of the welfare state* (4th edition). Oxford, Oxford University Press.
- Braithwaite R, Rosen AB (2007). Linking cost sharing to value: an unrivalled yet unrealized public health opportunity. *Annals of Internal Medicine*, 146(8):602–605.
- Busse R et al., eds. (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead, Open University Press.
- Buzzelli C et al. (2006). Impact of generic substitution on pharmaceutical prices and expenditures in OECD countries. *Journal of Pharmaceutical Finance, Economics and Policy*, 15(1):41–63.
- Catalano R, Bellows B (2005). Commentary: if economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *International Journal of Epidemiology*, 34(6):1212–1213.

- Chaloupka F, Warner W (2000). The economics of smoking. In: Cuyler AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, Elsevier.
- Chang S et al. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, 68(7):1322–1331.
- Chernew ME et al. (1998). Managed care, medical technology, and health care cost growth: a review of the evidence. *Medical Care Research and Review*, 55(3):259–288.
- Clarke A (1996). Why are we trying to reduce length of stay? Evaluation of the costs and benefits of reducing time in hospital must start from the objectives that govern change. *Quality in Health Care*, 5(3):172–179.
- Cylus J, Mladovsky P, McKee M (in press). Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of 24 European countries. *Health Services Research* [epub ahead of print].
- Docteur E, Oxley H (2003). *Health care systems – lessons from the reform experience*. Paris, OECD (OECD Health Working Papers No. 9).
- Doetter LF, Gotze R (2011). Health care policy for better or for worse? Examining NHS reforms during times of economic crisis versus relative stability. *Social Policy & Administration*, 45(4):488–505.
- Donatini A et al. (2001). *Health care systems in transition: Italy*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Dormont H, Grignon M, Huber H (2005). *Health expenditures and the demographic rhetoric: reassessing the threat of ageing*. Lausanne, IEMS, Université de Lausanne (Working Paper No. 05-01).
- Draborg E et al. (2005). International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21:89–95.
- Economou A, Nikolau A, Theodossiou I (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies*, 35:368–384.
- Economou M et al. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*, 378(9801):1459.

EMCDDA, ECDC (2011). *HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease Prevention and Control (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/hiv-in-injecting-drug-users-2011>, accessed 13 June 2012).

Ettelt S et al. (2007). *The systematic use of cost-effectiveness criteria to inform reviews of publicly funded benefits packages*. Report commissioned by the Department of Health. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

European Commission, Economic Policy Committee (AWG) (2010). *European economy. Joint report on health systems*. Brussels, European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs (Occasional Papers 74) (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf, accessed 28 March 2012).

European Federation of Nurses Associations (2012). *Caring in crisis. The impact of the financial crisis on nurses and nursing. A comparative overview of 34 European countries*. Brussels, European Federation of Nurses Associations. (<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EFNReportontheImpactoftheFinancialCrisisonNursesandNursing-January2012.pdf>, accessed 28 March 2012).

European Hospital and Healthcare Federation (2011). *The crisis, hospitals and healthcare*. Brussels, HOPE Publications (http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf, accessed 13 June 2012).

Fahy N (2012). Who is shaping the future of European health systems? *British Medical Journal*, 344:e1712.

Figueras J, Lessof S, Srivastava D (2006). Managing paradox. In: Marinker M, ed. *Constructive conversations about health: policy and values*. Abingdon, Radcliffe.

Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (2005). Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press:44–80.

Figueras J et al., ред. (2008). *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Fishback P, Haines M, Kantor S (2007). Births, deaths, and New Deal relief during the Great Depression. *Review of Economics and Statistics*, 89(1):1–14.

- Garber A (2000). Advances in cost-effectiveness analysis. In: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, Elsevier.
- Gemmill MC, Thomson S, Mossialos E (2008). What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *International Journal for Equity in Health*, 7:12.
- Gerdtham UG, Johannesson M (2005). Business cycles and mortality: results from Swedish microdata. *Social Science & Medicine*, 60(1):205–218.
- Gerdtham UG, Ruhm CJ (2006). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economic and Human Biology*, 4(3):298–316.
- Goetghebeur MM, Forrest S, Hay JW (2003). Understanding the underlying drivers of inpatient cost growth: a literature review. *American Journal of Managed Care*, 9(1):3–12.
- Harris CM, Scrivener G (1996). Fundholders' prescribing costs: the first five years. *British Medical Journal*, 313:1531–1534.
- Healy J, McKee M (2002). The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press:14–35.
- Hoel M, Sæther EM (2003). Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care. *Journal of Health Economics*, 22:599–616.
- Hopkins S (2006). Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75(3):347–357.
- Joyce T, Mocan N (1993). Unemployment and infant health: time-series evidence from the state of Tennessee. *Journal of Human Resources*, 281:185–203.
- Kaiser S, Mackenbach JP (2008). Public health in eight European countries: an international comparison of terminology. *Public Health*, 122(2):211–216.
- Kaplan GA (2012). Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health – a tale of three countries. *Social Science & Medicine*, 74(5):643–646.
- Kentikelenis A et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378(9801):1457–1458.
- Kutzin J (2008). *Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (Стратегический документ по вопросам финансирования здравоохранения 2008/1).
- Laurant M et al. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database System Review*, (2):CD001271.

Lavis JN et al. (2007). *Towards optimally packaged and relevance assessed health technology assessments*. Report submitted to the Canadian Agency for Drugs and Therapeutics in Healthcare, Hamilton, McMaster University, Program in Policy Decision-Making.

Lohr K et al. (1986). Effect of cost sharing on use of medically effective and less effective care. *Medical Care*, 29:3–38, suppl. 39.

Lopez-Casasnovas G, Puig-Junoy J (2000). Review of the literature on reference pricing. *Health Policy*, 54(2):87–123.

McKee M, Healy J (2002). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press.

McKee M, Jacobson B (2000). Public health in Europe. *Lancet*, 356(9230): 665–670.

McKee M, Basu S, Stuckler D (2012). Health systems, health and wealth: the argument for investment applies now more than ever. *Social Science & Medicine*, 74(5):684–687.

McKee M, Dubois CAD, Sibbald BS (2006). Changing professional boundaries. In: Dubois CAD, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press:63–78.

Madianos M et al. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10):943–952.

Manning WG et al. (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, 77(3):251–277.

Maynard A (2008). *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Mladovsky P et al. (2012). Health policy in the financial crisis. *Eurohealth*, 18:1.

Mossialos E, Srivastava D (2008). *Pharmaceutical policies in Finland: challenges and opportunities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Mossialos E, Thomson S (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Mrazek M, Frank RG (2004). The off-patent pharmaceutical market. In: Mossialos E, Mrazek M, Walley T, eds. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Maidenhead, Open University Press:260–278.

- Newhouse JP, Rand Corporation Insurance Experiment Group (1993). *Free for all? Lessons from the Rand health insurance experiment*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Nink K, Schroder H, Selke GW (2001). Der Arzneimittelmarkt in der BDR. In: Schwabe U, Paffrath D, eds. *Arzneiverordnungs-Report 2001*. Berlin, Springer.
- Nolte E, McKee M (2008). Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press:64–91.
- Nolte E, Knai C, McKee M (2008). *Managing chronic conditions – experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Paris, OECD (Economics Department Working Papers No. 477).
- Office of Fair Trading (2007). *The pharmaceutical price regulation scheme*. London, Office of Fair Trading (Report No. 885).
- Palmer S, Torgerson DJ (1999). Definitions of efficiency. *British Medical Journal*, 318(7191):1136.
- Pammolli F et al. (2008). *Medical devices, competitiveness and impact on public health expenditure*. Study prepared for DG Enterprise European Commission, University of Florence.
- Parry R (2011). *The public sector workforce in recession 2010–11 – the course of policy development in the Euro area and the UK*. Paper for the annual conference of the Social Policy Association, Lincoln, 4–6 July 2011 (<http://www.social-policy.org.uk/lincoln2011/Parry%20P4.pdf>, accessed 13 June 2012).
- Rechel B et al. (2009). Conclusions and critical success factors. In: Rechel B et al. eds. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:249–264.
- Robinson JC (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly*, 79(2):149–177, III.
- Ruhm CJ (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*, 115:617–650.
- Ruhm CJ (2003). Good times make you sick. *Journal of Health Economics*, 22(4):637–658.

- Ruhm CJ (2008). A healthy economy can break your heart. *Demography*, 44:829–848.
- Saltman RB, Rico A, Boerma W (2006). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press.
- Sassi F (2010). *Obesity and the economics of prevention: fit not fat*. Paris, OECD.
- Schneider P (2009). *Mitigating the impact of the economic crisis on public sector health spending*. Washington, DC, World Bank.
- Schwappach DL, Boluarte TA, Suhrcke M (2007). The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations. *Cost Effective Resource Allocation*, 5:5.
- Sorenson C, Drummond M, Kanavos P (2008). *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Srivastava D, Mladovsky P (2011). *Health policy at a time of economic crisis*. Research note produced for the EC as part of the Health and Living Conditions Network of the European Observatory on the Social Situation and Demography.
- Stuckler D, Basu S, McKee M (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, 340:c3311.
- Stuckler D, King L, McKee M (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 373(9661):399–407.
- Stuckler D, Meissner CM, King LP (2008). Can a bank crisis break your heart? *Global Health*, 4:1.
- Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374(9686):315–323.
- Stuckler D et al. (2011a). Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1929–1937. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(5):410–419.
- Stuckler D et al. (2011b). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378(9786):124–125.
- Suhrcke M et al. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS One*, 6(6):e20724.

Svensson M (2007). Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Social Science & Medicine*, 65(4):833–841.

Thomson S, Mossialos E (2006). Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, 16(4):315–327.

Thomson S, Mossialos E (2009). *Private health insurance in the European Union*. Brussels, European Commission (DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities).

Thomson S, Foubister T, Mossialos E (2009). *Финансирование здравоохранения в Европейском союзе*. Проблемы и стратегические решения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Thomson S et al. (2009). *К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (совместное краткое изложение принципов № 1 СФДЗ и Обсерватории).

Velasco-Garrido M, Busse R (2005). *Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory policy briefs No. 8).

Wade R (2009). From global imbalances to global reorganisations. *Cambridge Journal of Economics*, 33:539–562.

Wagstaff A et al. (1992). Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11(4):361–387.

Waters H, Saadah F, Pradhan M (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan*, 18(2):172–181.

Weinstein M, Stason W (1977). Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *New England Journal of Medicine*, 296:716–721.

WHO (2004). *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2011) [WHO Statistical Information System (WHOSIS)]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whosis/en>, accessed 12 April 2012).

WHO (2012) [WHO Statistical Information System (WHOSIS)]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whosis/en>, accessed 12 April 2012).

Wismar M et al. (2011). Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. *Euro Observer*, 13(2).

World Bank (2009). *Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience*. Washington, DC, World Bank.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2008 г.). *Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf, по состоянию на 11 января 2013 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2009 г.). *Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2011а). *Здоровье для всех* [база данных в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html, по состоянию на 11 января 2013 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2011b). Раздел IV. Поддержание социальной справедливости, солидарности и устойчивого улучшения здоровья в условиях финансового кризиса. В документе *“Предварительный доклад о ходе реализации положений Таллиннской хартии”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2012). *Здоровье для всех* [база данных в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html, по состоянию на 11 января 2013 г.).

ВОЗ (2000 г.). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

ВОЗ (2006 г.). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Совместная работа на благо здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

ВОЗ (2010 г.). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

Приложение 1

Таблица А.1. Стратегии, направленные на изменение уровня финансовых взносов в систему здравоохранения в условиях финансового кризиса, в Европейском регионе ВОЗ

Примечание: Информация по Андорре, Казахстану, Люксембургу, Монако, Сан-Марино, Таджикистану, Туркменистану и Черногории отсутствует. Не выделенный курсивом текст означает, что данная стратегия была определена соответствующими органами страны как ответная мера в связи с кризисом. Выделенный курсивом текст означает, что стратегия либо частично является ответной антикризисной мерой, то есть была запланирована и разработана до начала кризиса, но осуществлялась после его начала более/менее высокими темпами или с большей/меньшей интенсивностью, чем планировалось первоначально, либо может быть ответной мерой, принятой в связи с кризисом, то есть была разработана и осуществлена уже после его начала, но не была определена как таковая соответствующими органами. Пустая клетка означает не отсутствие ответа на данный вопрос обследования, а то, что ответных мер политики в связи кризисом в стране принято не было.

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Австрия	В сентябре 2009 г. министерство здравоохранения Австрии представило Закон об Австрийском фонде здравоохранения, направленный на защиту средств, поступающих в больничные фонды, и не позволяющий фондам увеличивать свои долги вследствие экономического спада. Меры, касающиеся Фонда здравоохранения, предусматривают ежегодную государственную				В качестве меры оказания финансовой поддержки социально уязвимым держателям полисов с 1 января 2008 г. был установлен предельный размер платы за выплывание рецепта, эта мера в первую очередь направлена на защиту лиц с высокой потребностью в лекарствах и низким уровнем доходов.

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Австрия (продолж.)	денежную субсидию для больничных фондов, призванную поддерживать баланс бюджета, а также требование к больничным фондам сократить свои затраты. В 2009 г. размер государственного взноса в фонд здравоохранения был установлен в сумме 100 млн евро, однако в 2011 г. вследствие консолидации бюджетов в результате кризиса он был сокращен до 40 млн евро. Правительство обязалось вплоть до 2014 финансового года внести в Фонд 40 млн евро в год, однако пока не известно, сохранится ли эта политика и далее.			Новый закон предусматривает установление предельной доли чистого годового дохода застрахованного лица, которая расходуется на рецептурные лекарственные средства, в размере 2%, и после ее превышения данное лицо на протяжении оставшейся части календарного года освобождается от платы за рецептурные лекарственные средства.	
	Одновременно был представлен Закон о списании долгов, позволяющий списывать накопленные фондами долги ежегодно по 150 млн евро в период с 2010 по 2012 г.			Согласно первоначальному подсчетам Федерации фондов медицинского страхования, право на подобную льготу получит около 300 000 человек.	
	Согласно Закону о фонде здравоохранения, Федерация фондов социального			Учитывая связанные с этим потери для системы обязательного	

<p>медицинского страхования обязана представить план мер по сдерживанию роста затрат, разработанный совместно с поставщиками услуг, в первую очередь с ассоциацией врачей.</p>	<p>медицинского страхования, тем более в свете экономического спада, уверенности в стабильности такой стратегии нет. Неясно также, будет ли государство компенсировать потерю поступлений в систему социального страхования и кто в конечном счете будет оплачивать расходы, связанные с обновлением такого потолка.</p>
<p>Азербайджан</p>	<p>Осуществление масштабной реформы финансирования здравоохранения, включая введение обязательного медицинского страхования, задерживается. В январе 2008 г., перед началом кризиса, президент Азербайджана подписал указ об утверждении "Концепции реформы системы финансирования здравоохранения и введения обязательного медицинского страхования на 2008–2012 гг." В Концепции описываются общие подходы к реформе финансирования</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Азербайджан (продолж.)			<p>здравоохранения в Азербайджане, включая создание независимого единого платежного ведомства при Совете министров, внедрение новых механизмов выплат поставщикам и подушевое распределение средств на оказание медицинской помощи.</p> <p>В августе 2008 г. Совет министров утвердил план действий по реализации Концепции, однако на данный момент она остается нереализованной.</p> <p>В какой-то степени на готовность правительства начать реформы мог повлиять кризис, но официально такое объяснение не входит в число главных причин остановки программы.</p>		
Албания	<p>С начала кризиса объемы предоставляемой Албании внешней финансовой помощи значительно сократились. В то же время министерство здравоохранения утверждает, что это не привело к каким-либо существенным</p>				

<p>последствиям для сектора здравоохранения, и доля государственных расходов на здравоохранение в государственном бюджете (а именно, 7,6% в 2008 г. и 8,1% в 2009 г.) и в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) (а именно, 2,5% в 2008 г. и 2,7% в 2009 г.) остается относительно стабильной по меньшей мере с 2006 г.</p>	<p>В 2011 г. правительство ввело соплатежи со стороны пациентов за ряд услуг, номинально включенных в пакет услуг, предоставляемых в рамках обязательного медицинского страхования. В первую очередь этот шаг был продиктован стремлением увеличить поступления в государственный бюджет, поскольку министерство финансов относит больницы к одной из основных сфер "теневой экономики".</p>
<p>Армения</p> <p>Согласно Данным Национальных счетов здравоохранения (НСЗ), абсолютные показатели ВВП и общих государственных расходов в 2008 г. увеличились по сравнению с показателями 2007 г., однако государственные расходы на здравоохранение существенно сократились, с 66 до 53 млрд драмов. Это было обусловлено экономическим кризисом и противоречило целям государственной политики здравоохранения, которая заключалась в увеличении государственного финансирования сектора</p>	<p>В 2011 г. правительство ввело соплатежи со стороны пациентов за ряд услуг, номинально включенных в пакет услуг, предоставляемых в рамках обязательного медицинского страхования. В первую очередь этот шаг был продиктован стремлением увеличить поступления в государственный бюджет, поскольку министерство финансов относит больницы к одной из основных сфер "теневой экономики".</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Армения (продолж.)	здравоохранения, и принятой государством Стратегии снижения уровня бедности на 2004–2015 гг.			Поэтому конечной целью является придание официального характера неофициальным платежам.	
Беларусь		<p>Был утвержден перечень медицинских услуг, освобожденных от налога на добавленную стоимость (НДС).</p> <p>В 2009 г. налоговая система в Беларуси перешла от прогрессивной шкалы к плоской, на уровне 12% от дохода.</p>		<p>Начиная с 2009 г., правительство изучает различные стратегии взаимия с пользователями платы за услуги в качестве способа повышения уровня поступления.</p>	<p>Возросли объемы экспорта высокотехнологичных медицинских услуг, что привело к росту доходов государства (в 2010 г. объем экспорта достиг 18,6 млн долларов США, превысив запланированный показатель на 3,1 млн долларов США).</p>
Бельгия	В сложившейся экономической ситуации обсуждался вопрос о целесообразности сохранения показателя роста в 4,5%, установленного в 2004 г., и в результате было решено "защитить" бюджет здравоохранения.			<p>Расширена категория лиц, имеющих право на возмещение расходов на медико-санитарную помощь: с 2007 г. в нее вошли семьи (или отдельные лица) с низким уровнем доходов. В 2011 г. потолок</p>	

	<p>Доходов для этой категории был установлен на уровне 15 163,96 евро, плюс 2807,26 евро на каждого дополнительного члена семьи. Также были введены новые схемы возмещения расходов для лиц с некоторыми хроническими заболеваниями.</p>
<p>Бюджет министерства здравоохранения сократился с 713 млн левов в 2008 г. до 537 млн левов в 2009 г. и 570 млн левов в 2010 г.</p>	<p>Согласно плану, в 2009 г. поступления в Национальный фонд медицинского страхования должны были составить 2,47 млн левов, однако собрано было лишь 2,21 млн. Запланированные расходы составили 2,07 млн левов, в то же время фактически было потрачено 1,75 млн.</p> <p>В 2009 г. правительство увеличило взносы на социальное медицинское страхование с 6 до 8 процентов от дохода. Полученный вследствие этого дополнительный доход был переведен в резервный фонд, предназначенный для финансирования реформы медицинского страхования,</p>
<p>Болгария</p>	

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Болгария (продолж.)			<p>то есть предложенной правительством схемы обязательного страхования, предоставляемого частными фондами. Однако эта политика не получила поддержки общественности и профсоюзов врачей, и новое правительство отменило ее, сохранив контроль над государственными ресурсами и учреждениями через Национальный фонд медицинского страхования. В 2011 г. правительство приняло решение направлять дополнительные средства непосредственно на оплату услуг здравоохранения и утвердило сбалансированный бюджет Национального фонда медицинского страхования (иными словами, было решено расходовать все полученные средства).</p>		
Босния и Герцеговина					

<p>Бывшая югославская Республика Македония</p>	<p>Несмотря на колебания в финансировании различных приоритетных областей, в 2010, 2011 и 2012 гг. бюджет здравоохранения увеличивался: в 2010 г. на здравоохранение было выделено 21,8 млн евро, в 2011 г. – 34 млн, а в 2012 – 36 млн. Около 70–80% процентов прироста бюджета здравоохранения 2012 г. было направлено на приобретение медицинского оборудования и технологий. В целом в период кризиса финансирование системы социальной защиты было сохранено, в то время как другие, не приоритетные статьи расходов, были отменены.</p>	<p>Взносы на здравоохранение в 2009 г. были снижены с 9,2% до 7,5%, а в 2011 г. их планировалось снизить до 6%, чтобы привлечь дополнительные иностранные инвестиции, стимулировать экономическую активность и повысить собираемость налогов.</p>	<p>Изменения в размерах платы за услуги, взимаемой с пользователей, НЕ являются мерой, принятой в ответ на кризис, но все же необходимы и важны в контексте кризиса. В 2008 г. была отменена деятельность своих торговых представителей. Ее размер составляет</p>
<p>Венгрия</p>	<p>Номинально установленный централизованным порядком бюджет фонда медицинского страхования в период с 2008 по 2011 гг. существенно не менялся, что, с учетом инфляции, означает, что в действительности расходы на здравоохранение сократились. В целом,</p>	<p>С 2009 г. ставка отчислений работодателя на здравоохранение снизилась с 5% до 2% за работников, чья зарплата ниже двух ставок минимальной зарплаты; за работников, чья зарплата выше этого порогового уровня, размер отчисления остался прежним – 5%. Для того, чтобы компенсировать снижение поступлений</p>	<p>С 2008 г. компании, производящие фармацевтические препараты и медицинские приборы, обязаны платить казначейству пошлину за рекламную деятельность своих торговых представителей. Ее размер составляет</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Венгрия (продолж.)	государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП снизились. В 2008 г. общая сумма расходов фонда медицинского страхования, включая денежные пособия, составила 1445 млн форинтов, а в 2011 г. ожидалось, что она составит 1459 млн.		в фонд медицинского страхования, взносы из центрального бюджета за лиц, которые имеют право на помощь фонда, но при этом не делают взносов в него (пенсионеров, молодежи, бездомных и т.д.), были увеличены с 4500 до 9300 форинтов на человека. Эта мера повлекла за собой серьезные изменения в структуре поступлений в бюджет здравоохранения: общие налоговые поступления в фонд медицинского страхования были увеличены почти в два раза, что позволило компенсировать уменьшение поступлений на цели социального медицинского страхования, вызванное снижением взносов (для стимулирования рынка труда). В 2010 г. был отменен целевой взнос в здравоохранение – налог в размере 1950 форинтов в месяц, выплачиваемый работодателем за каждого работника.	к врачам общей практики или стоматологу, за амбулаторной помощью и амбулаторной реабилитацией; 600 форинтов за обращение для получения амбулаторной помощи при отсутствии необходимых документов, если таковые требуются для приема больного; 1000 форинтов за обращение без достаточных оснований в ночное время. Плата за пребывание в стационаре: 300 форинтов в день.	около 5 млн форинтов (около 20 000 евро) в год за торгового представителя фармацевтической компании и 1 млн форинтов за представителя компании-производителя изделий медицинского назначения.

<p>С 2008 г. врачи общей практики и поставщики амбулаторной и стационарной помощи получают 50 форинтов за каждую проверку права на получение льгот (проверку действительности страховки по личному номеру страхования) в онлайн-режиме. Это не означает, что пациенты без действующей страховки не получают лечения, но фонд медицинского страхования уведомляет о таких случаях налоговые органы, которые, в свою очередь, взимают неуплаченную сумму взносов с данных лиц задним числом. Эта мера была направлена на улучшение собираемости взносов.</p>	<p>Германия</p>
<p>Греция</p> <p>В мае 2010 г. в результате дефицита государственного бюджета, государственного долга и кредитного кризиса Греция была взята под контроль Европейской комиссией, Европейского центрального банка и Международного</p> <p>В 2011 г. ставка выплачиваемого работодателем (то есть государством) взноса в фонд социального медицинского страхования для государственных служащих была установлена на уровне 5,1% от зарплаты</p> <p>В 2011 г. плата за обращение в государственные амбулаторные учреждения выросла с 3 до 5 евро, а для некоторых уязвимых групп населения была отменена плата за услуги медицинских центров.</p>	<p>Греция</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Греция (продолж.)	валютного фонда. Подписанный Грецией Меморандум требует принятия ряда мер в секторе здравоохранения, в первую очередь по сокращению государственных расходов. Согласно Меморандуму, в 2011 г. государственные расходы на здравоохранение должны были быть сокращены на 0,5% ВВП. Бюджет здравоохранения в 2011 г. был сокращен на 1,4 млрд евро, причем 568 млн евро было сэкономлено благодаря положениям Меморандума о сокращении зарплат и социальных выплат, а еще 840 млн – за счет снижения текущих расходов больниц.		госслужащего, а ставка взноса пенсионеров в этот фонд постепенно повышается с 2,55% до 4% в 2013 г. До этого вклад государственного сектора не был фиксированным и устанавливался в зависимости от потребностей фонда социального обеспечения; средства направляю перечислялись через государственный бюджет. С созданием нового фонда социального обеспечения (Национальной организации медицинского обслуживания – ЕОРУУ) ставка взносов составила, согласно Меморандуму, 5,1%.		
Грузия	Хотя, начиная с 2006 г., государственный бюджет здравоохранения с каждым годом увеличивался, в 2011 г. он сократился по сравнению с 2010 г. на 7,9%.		Расширение медицинского страхования малообеспеченных категорий (за счет взносов государства), некоторых работников государственного сектора (из государственных средств) и добровольного медицинского страхования		Увеличена доля самостоятельно застрахованных лиц, включенных в рисковые пулы с предоплатой, путем введения добровольного медицинского

<p>(с государственными субсидиями для семей с низким уровнем доходов). Взносы по Программе медицинского страхования в полном объеме оплачиваются из бюджета, а услуги покупаются у частных страховых компаний. В 2011 г. в результате оптимизации страховых взносов правительство сократило бюджетные ассигнования на программу.</p> <p>В 2010 г. общенациональное обследование показало, что медицинским страхованием охвачено 30% населения (20% в рамках субсидируемой государством программы медицинского страхования, направленной в первую очередь на лиц, живущих за чертой бедности, и 10% в форме добровольного страхования).</p>	<p>страхования; в 2009 г. данные схемы охватили 9,7% населения.</p>
<p>В период с 2011 по 2013 гг. предусмотрено непрерывное увеличение бюджета медико-санитарной помощи на 5 млрд крон; частично этот рост финансируется перекрестным субсидированием бюджета здравоохранения из бюджета образования.</p>	<p>В 2011 г. введена плата за услуги экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).</p>
<p>Дания</p>	<p>В период с 2011 по 2013 гг. предусмотрено непрерывное увеличение бюджета медико-санитарной помощи на 5 млрд крон; частично этот рост финансируется перекрестным субсидированием бюджета здравоохранения из бюджета образования.</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Израиль					
Ирландия	<p>В 2009 г. бюджет здравоохранения был увеличен на 1%.</p> <p>В бюджете здравоохранения 2010 г. была достигнута экономия свыше 1 млрд евро.</p> <p>В 2011 г. общий бюджет здравоохранения сократился еще на 746 млн евро (в годовом исчислении бюджет управления услуг здравоохранения сократился на 6,6%).</p> <p>Увеличены объемы финансирования для охвата возрастающего количества лиц с низким уровнем доходов, имеющих право на получение медицинских карт (к сентябрю 2009 г. медицинскими картами были охвачены 1,4 млн человек, что на 4% превышает показатели предыдущего года); увеличине бюджета системы медицинских карт в 2009 г. эквивалентно</p>	<p>В 2009 г. сбор на цели здравоохранения (суррогатный подоходный налог) был увеличен вдвое и составил 4%, а для доходов, превышающих 75 036 евро, он составил 5%.</p> <p>Также был снижен пороговый уровень выплат.</p> <p>В рамках общей политики отмены налоговых льгот на недвижимость было принято решение о прекращении налоговых льгот для частных домов и престарелыми и инвалидами, однако точная дата прекращения льгот не названа. По-прежнему вычитаются из облагаемой налогом суммы</p>	<p>С 2009 г. для двух третей населения, не имеющего медицинских карт (медицинские карты, дают право на бесплатные услуги врача общей практики и бесплатное пребывание в стационаре для лиц, чей доход не превышает определенного уровня, и некоторых лиц старше 70 лет) возросли размеры платы за медицинские услуги в государственных (на 17%) и в частных больницах (на 20%), за пользование услугами отделения неотложной помощи в государственных больницах, за пребывание в таких отделениях</p> <p>и размеры вычетов на схемы компенсации стоимости лекарств (в рамках которой</p>		

<p>реальному увеличению финансирования на душу населения на 1%; в ноябре 2009 г. был принят дополнительный бюджет, а в декабрьском бюджете на 2010 г. были дополнительно выделены 230 млн евро.</p> <p>В бюджете на 2011 г. было незначительно увеличено финансирование помощи при онкологических заболеваниях (10 млн евро), помощи на дому (8 млн евро), защиты детей (9 млн евро) и программы Fair Deal [“Справедливое решение”] (6 млн евро), предусматривающей финансовую помощь лицам, признанным нуждающимися в длительном пребывании в домах престарелых и инвалидов.</p>	<p>расходы на паллиативную помощь.</p>	<p>лицам, не имеющим медицинских карт, возмещается стоимость лекарственных средств, превышающая определенный предел).</p> <p>В бюджете 2010 г. было предусмотрено введение оплаты в размере 50 центов за каждый рецепт для всех держателей медицинских карт (не более 10 евро на семью в месяц); до 120 евро в месяц (по сравнению с 100 евро в 2009 г.) был увеличен порог возмещения стоимости лекарственных средств для 70% населения, которое приобретает лекарства за свой счет.</p>
<p>Исландия</p>	<p>После начала кризиса национальный бюджет был существенно урезан; в частности, в секторах здравоохранения и социального страхования ежегодные сокращения составили около 5%. Согласно национальной статистике,</p>	

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Исландия (продолж.)	<p>в 2009 г. общие расходы на здравоохранение на душу населения сократились на 3,1%, а в 2010 г. – на 4,0%. С марта 2009 г. министерство здравоохранения снизило затраты на оборудование и лекарственные средства, транспортировку пациентов и текущие расходы.</p> <p>В период с 2007 по 2010 гг. бюджет Национальной университетской больницы сократился примерно на 18%.</p>				
Испания	<p>Система здравоохранения децентрализована до уровня автономных областей, которые отвечают за бюджет здравоохранения и меры по ограничению расходов. На данный момент единственным регионом, который подготовил План действий по обеспечению устойчивости системы здравоохранения, является Каталония (по состоянию на апрель 2011 г.). Согласно</p>				

<p>этому плану, бюджет здравоохранения 2011 г. сокращается по сравнению с бюджетом 2010 г. на 10% (и в номинальном выражении равен бюджету 2007 г.). Эти меры обоснованы исходной финансовой ситуацией в системе здравоохранения Каталонии: в период с 2003 по 2010 гг. бюджет здравоохранения области вырос на 76,5%, а дефицит уменьшился на 2,61 млн евро. Несмотря на эти меры, в 2010 г. дефицит бюджета составлял 850 млн евро.</p>	<p>В рамках соглашения, заключенного в декабре 2010 г. между центральным правительством и областями страны, в части, касающейся сектора здравоохранения, для наращивания объема финансирования Национальной службы здравоохранения и фондов длительной помощи и социального обеспечения, а также для финансирования инвестиций в инфраструктуру</p> <p>С 2010 г. области с большим дефицитом бюджета здравоохранения обязаны повысить местные налоги для компенсации дефицита.</p> <p>В период с 2010 по 2011 гг. была отменена плата в размере 10 евро за услуги специалистов и диагностику. Закон о финансах 2011 г. предусматривает увеличение соплатежей к врачам и анализы (10 евро и выше) и за вмешательства</p>
---	---

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Италия (продолж.)	<p>санитарно-эпидемиологической службы было предусмотрено выделение дополнительных ресурсов в размере 1,1 млн евро на 2010 г., а также 300 млн. и 400 млн. евро, соответственно, на два последующих года.</p> <p>Однако в 2011 г. правительством была предусмотрена новая серия сокращений расходов на здравоохранение. Национальная парламентская комиссия по социальным вопросам (<i>Commissione Affarisociali della Camera</i>) обсудила ряд предусмотренных Законом о финансах 2011 г. сокращений финансирования социального обеспечения, которые оказались весьма существенными. В 2011 г. инвестиции в инфраструктуру медико-санитарной помощи должны были быть сокращены с более чем 1 млрд до 236 млн евро. Финансирование</p>				<p>в отделениях неотложной помощи, не требующие срочных мер (25 евро и выше).</p>

научных исследований для государственного сектора здравоохранения должны были сократиться с 91,9 до 18,4 млн евро, бюджет фонда профилактики заболеваний и укрепления здоровья был урезан с 29,6 до 5,9 млн евро, а бюджет паллиативной помощи должен был сократиться до всего лишь 1 млн евро. Ресурсы на установку в общественных местах полуавтоматических дефибриляторов и родственного оборудования были сокращены с 4 до 2 млн евро.

В 2010 г. был установлен более низкий предельный размер расходов регионов на оплату лекарственных средств. С 2010 г. бюджет на оплату лекарств был сокращен в абсолютных цифрах на 800 млн евро; он установлен на уровне 13,3% от всех государственных расходов на здравоохранение. Таким образом, объемы государственного финансирования с 2010 г. сократились на 800 млн евро.

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Кипр					
Кыргызстан					
Латвия	<p>В период с 2005 по 2008 гг. расходы на здравоохранение выросли и составили 576,56 млн латов. В 2009 г. они снизились до 503,73 млн лат, а в 2010 г. – до 432,78 млн. По сравнению с 2008 г., в 2010 г. министерство здравоохранения урезало следующие статьи расходов: на лечение – на 40,4%, на общественное здравоохранение – на 88,6%, на центральный аппарат управления – на 58,6%, на медицинское и санитарное университетское образование и просвещение – на 41,7%, на управление финансированием медико-санитарной помощи – на 67,7%.</p>			<p>Кабинет министров внес поправки в Правила возмещения стоимости лекарственных средств, вступившие в силу в 2009 г. В соответствии с этими поправками, возмещение стоимости лекарств для некоторых диагнозов было сокращено с 75% до 50%, а для остальных диагнозов – с 90% до 75%. Тем самым часть финансового бремени была перенесена на пациентов и в 2009 г. уровень соплатежей для пациентов вырос по сравнению с 2008 г. на 59%; в результате в 2009 г. средний уровень соплатежей для пациентов</p>	

В 2010 г. финансирование кабинетов здорового сердца, а также санитарного контроля и эпиднадзора сократилось по сравнению с 2008 г. на 86,9%, а финансирование статистики здравоохранения – на 74%. В 2009 г. бюджет возмещения стоимости лекарственных средств сократился по сравнению с 2008 г. на 7,1%. Первичная медико-санитарная помощь была определена одним из приоритетных направлений, поэтому сокращение бюджета для возмещения стоимости лекарств было не столь существенным по сравнению с сокращениями в секторе стационарной помощи.

в системе возмещения затрат составил около 30%. В то же время, для большинства тяжелых заболеваний, таких как рак и болезни эндокринной системы, возмещение затрат по-прежнему составляет 100%. Повышение соплатежей затронуло в основном сердечно-сосудистые заболевания. Снижение процента возмещения затрат было краткосрочной мерой, направленной на сокращение расходов – было понимание того, что в долгосрочной перспективе она могла серьезно повлиять на итоговые показатели здоровья населения. С 1 ноября 2010 г. ставка возмещения затрат при сердечно-сосудистых заболеваниях была повышена до прежнего уровня 75%.

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Латвия (продолж.)				<p>В конце 2009 г. в Латвии на средства займа Всемирного Банка была создана Сеть социального страхования.</p> <p>Расходы этой Сети на здравоохранение по большей части предназначаются для покрытия соплатежей пациентов за услуги медико-санитарной помощи и для 100-процентной компенсации стоимости медицинских изделий для малоимущих, то есть лиц с доходом ниже 120 евро в месяц (170 евро) в месяц.</p> <p>Планировалось, что такая мера будет действовать до 31 декабря 2011 г.</p>	
Литва	<p>В 2008 г. государственные расходы на здравоохранение составили 1000,7 млн литов, а в 2009 г. снизились до 854,4 млн.</p> <p>В 2009 г. бюджет Фонда обязательного</p>		<p>Вследствие роста безработицы в последние годы существенно сократились поступления в Фонд обязательного медицинского страхования, а государственные субсидии на государственное</p>		

<p>медицинского страхования остался на том же уровне, что и в 2008 г., однако в 2010 г. он снизился по сравнению с 2009 и 2008 гг. на 8% (4,01 млрд литов против 4,39 млрд).</p> <p>страхование выросли более чем вдвое (с 674 млн литов в 2007 г. до 781 млн в 2008 г., 1,1 млрд в 2009 г. и 1,5 млрд в 2010 г.). Субсидии для лиц, застрахованных государством, выросли с 353 литов в 2007 до 428 литов в 2008 г., 605 литов в 2009 г. и 744 литов в 2010 г. на одного застрахованного в год. В 2011 г. планировалось, что на каждого застрахованного государство выплатит 733 лит. В соответствии с законодательством о медицинском страховании, в любой год эта сумма рассчитывается как примерно одна треть от средней начисленной зарплаты в стране за два года до этого.</p>	<p>Мальта</p>
<p>В 2010 г. вследствие ограничений, внесенных в пакет услуг, предусмотренных медицинским страхованием, были увеличены соплатежи за некоторые виды услуг.</p> <p>Нидерланды</p>	

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Норвегия	Благодаря значительным доходам от добычи нефти на протяжении всего кризиса государственный бюджет сокращениям не подвергался.				
Польша	Предполагалось, что в 2011 г. доходы и расходы Национального фонда здравоохранения вырастут по сравнению с 2010 г. на 2,6% вследствие незначительного роста безработицы. Для сравнения, в 2009 г. доходы и расходы Фонда выросли относительно показателей 2008 г. на 11,5%, а в 2010 – на 8% по сравнению с 2009 г. В 2009 г. государство вдвое сократило расходы на инвестиции в медико-санитарную инфраструктуру, и в государственном бюджете на последующие годы эта статья расходов оставалась урезанной.				
Португалия	Правительство начало реализацию целого комплекса реформ, направленных на повышение		В 2011 г. прошла реформа системы ADSE (системы здравоохранения для работников государственного сектора).	Была изменена система оплаты услуг Национальной службы здравоохранения и были	

<p>эффективности использования ресурсов и значительное сокращение расходов сектора здравоохранения. Предполагалось, что в 2011 г. эти реформы позволят сэкономить 700 млн евро, в том числе 100 млн в рамках дополнительного пакета мер по консолидации бюджета. В 2012 г. правительство намеревается дополнительно сэкономить 200 млн евро за счет сокращения на 10% текущих расходов.</p>	<p>Она не предусматривала повышения отчислений из зарплат государственных служащих, составляющих в настоящее время 1,5%, но при этом отчисления из пенсий (составляющие сейчас 1,3%) планируются ежегодно повышать на 0,1% до тех пор, пока они не достигнут уровня отчислений работающих.</p>	<p>созданы стимулы для поощрения скорейшей оплаты этих услуг (поскольку некоторые люди игнорируют требования об оплате, так как оплатить услуги предлагается уже после того, как они были оказаны). С 2011 г.:</p>
<p>Через Фонд науки и технологий (Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT)) государство субсидирует научные исследования и опытно-конструкторские разработки (НИОКР) и выделяет гранты на исследовательскую работу в высших учебных заведениях и финансирование для научно-исследовательских организаций. В 2011 г. некоторые организации в сфере НИОКР получили</p>	<p>(1) Повышена плата за некоторые вакцины, например, за вакцину против желтой лихорадки, японского энцефалита, брюшного тифа, менингита и четырехвалентную вакцину против бешенства; плата увеличилась с менее 1 евро до 50–100 евро за одну вакцину.</p>	<p>(2) Стоимость медицинских справок, выдаваемых органами здравоохранения или работниками общественного здравоохранения, выросла с менее 1 евро до 20 евро; стоимость заключения медицинской</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Португалия (продолж.)	уведомление о том, что значительная часть ранее обещанного финансирования выделена не будет и что многие гранты и стипендии на исследовательскую работу также будут отменены. Пока неясно, насколько серьезными будут дальнейшие сокращения финансирования.			комиссии о нетрудоспособности пациента по состоянию здоровья повышена до 50 евро, а стоимость заключения медицинской комиссии по обращению — до 100 евро. На практике это означает, что нетрудоспособное лицо или лицо с ограниченными возможностями, которое обращается за предоставлением налоговых льгот (таких как снижение подоходного налога или налога при покупке автомобиля, оборудованного для лиц с ограниченными возможностями) и которму для получения этих льгот нужно в обязательном порядке обратиться за медицинской справкой, выдаваемой врачебной комиссией, вынуждено заплатить намного больше, чем раньше.	

Частично или полностью отменены государственные субсидии на покупку некоторых лекарственных средств. В 2010 г. был отменен закон, предоставляющий полное возмещение стоимости некоторых антидепрессантов, антипсихотических и иных препаратов для лечения нескольких серьезных заболеваний (таких как шизофрения, деменция, аутизм и биполярное расстройство).

В настоящее время такие пациенты оплачивают 5–10% стоимости лечения. Союз врачей-терапевтов в своем официальном заявлении высказался против этой меры.

С января 2011 г. прекращено субсидирование 16 типов лекарств (отпускаемых без рецепта), включая парацетамол, антиоксиданты и противовирусные средства.

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Республика Молдова	В 2009 г. ВВП страны снизился на 6%; бюджет здравоохранения также был уменьшен. В то же время, благодаря стабилизации экономики страны, бюджеты на 2010 и 2011 г. от кризиса не пострадали.		В 2009 г. для компенсации снижения поступлений от налога на фонд заработной платы были увеличены на 7% выплаты из государственного бюджета в фонд обязательного медицинского страхования. С 50% до 75% был увеличен размер скидки при оплате страхового полиса для уязвимых в финансовом и экономическом отношении и социально неблагоприятных категорий самозанятых работников, в основном в сельской местности и в аграрном секторе.	Тарифы на медицинские услуги, оплачиваемые пациентами из собственного кармана, контролируются государством и периодически пересматриваются с учетом некоторых макроэкономических критериев. В дополнение к этому, для повышения защищенности от финансовых рисков, в 2010 г. Министерство здравоохранения ввело предельную цену на важнейшие и жизненно необходимые импортные лекарственные средства и фармацевтические препараты, продаваемые через аптечную сеть.	

Российская Федерация	<p>Ожидалось, что в 2011 г. и в последующие годы бюджет здравоохранения незначительно увеличится за счет повышения взносов на обязательное медицинское страхование. В то же время пока неясно, насколько правительство областей сократят финансирование медицинской помощи после того, как в системе страхования появятся больше средств.</p>	<p>В январе 2011 г. был представлен проект нового закона о медицинском страховании, принятие которого ожидается осенью 2012 г. Отчисления на обязательное медицинское страхование в виде налога на фонд заработной платы увеличатся с 3,1% до 5,1%. Поступления за счет этих дополнительных двух процентов будут накапливаться в специальном фонде и направляться на цели Президентской программы модернизации медицинской помощи, санитарной помощи, предусматривающей ремонт учреждений, стандартизацию помощи и компьютеризацию.</p>	<p>В 2012 г. в силу вступит закон, легализующий оплату пациентами из собственного кармана некоторых услуг государственных учреждений здравоохранения.</p>
Румыния	<p>Бюджет министерства здравоохранения сократился с 4969 млн лей в 2008 г. до 4417 млн лей в 2011 г. По сравнению с другими государственными секторами, сектор здравоохранения был относительно защищен от урезания бюджета.</p>	<p>Экономический спад привел к снижению отчислений работников и работодателей в Фонд медицинского страхования. В 2009 и 2010 гг. правительство выделяло Фонду субсидии из государственного бюджета, которые позволили ему погасить задолженность страховщиков перед аптеками и оптовыми поставщиками. В 2010 г. эти субсидии составили</p>	<p>Новые платежи за пользование услугами, которые были введены в 2011 г., включали следующие соплатежи: 5 лей за посещение врача общей практики, 15 лей за визит врача общей практики на дом, 10 лей за каждый день пребывания в стационаре, 50 лей</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Румыния (продолж.)			<p>около 24% от всего бюджета здравоохранения, однако бюджет Фонда медицинского страхования все равно сократился с 16 775 млн лей в 2008 г. до 16 497 млн лей в 2011 г.</p> <p>В 2010 г. было объявлено о планах по увеличению финансовых поступлений, в частности, путем улучшения собираемости страховых взносов, расширения базы сбора взносов за счет сокращения числа исключений из налогов и взносов, а также оптимизации управления системой. С 1 января 2011 г. для пенсионеров, чей доход составляет свыше 740 лей в месяц размер взносов в Фонд медицинского страхования составляет 5,5% от пенсии.</p>	<p>за непрерывную госпитализацию в течение нескольких дней. Сумма платежей не может превышать 600 лей на человека в год. Закон о соплатежах также предусматривает исключения, например, для ветеранов, пенсионеров с ежемесячным доходом менее 700 лей, детей и т.д.</p> <p>В 2010 г. впервые было введено ограничение на число обращений к врачу общей практики и узкому специалисту по поводу одного и того же заболевания с компенсацией их стоимости: не более пяти посещений.</p> <p>В 2011 г. число таких обращений было сокращено до трех. Пациент, желающий обратиться к врачу чаще, должен платить за это из своего кармана.</p>	

<p>Сербия</p> <p>Финансовый кризис привел к сокращению инвестиций в сектор здравоохранения после 2009 г., хотя между регионами страны отмечаются значительные различия в том, насколько сильно изменился уровень инвестиций. Европейский инвестиционный банк и Всемирный банк продолжают предоставлять финансирование, льготные займы и спонсорскую помощь для различных проектов.</p>	<p>Словакия</p> <p>В 2009 г. вследствие сокращения взносов наемных работников и самозанятых лиц темпы роста поступлений компаний медицинского страхования снизились (всего 2,6% по сравнению с приростом в 12,5% в 2008 г.). Частично сохранить поступления компаний медицинского страхования позволила высокая ставка</p> <p>Ставка взносов государства за экономически неактивную часть населения постепенно росла с 1993 г. (тогда она составляла 4%) и достигла в 2009 г. 4,9%, однако в 2010 г. правительство приняло решение о снижении этой ставки до 4,78%.</p>
--	---

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Словакия (продолж.)	взносов, уплачиваемых государством за лиц, не участвующих в экономической деятельности (в 2009 г. она составляла 4,9% от среднего дохода по стране за предыдущие два года). Таким образом, выплаты со стороны государства приобрели противочиклический характер.				
Словения	Принятые Национальным фондом медицинского страхования меры позволили сэкономить в сумме 135,9 млн евро в 2009 г. и 239 млн евро в 2010 г.		В 2009 г. Национальный фонд медицинского страхования принял следующие меры по улучшению собираемости поступлений: активизация сотрудничества с налоговыми органами и вовлечение в программы обязательных взносов лиц, входящих в дополнительные категории доходов (таких как самозанятые предприниматели и инвестирующие партнеры в компаниях).	В 2009 г. Национальный фонд медицинского страхования изменил систему оплаты за лечение, некоторые лекарственные средства, не связанные с неотложной помощью услуги машин "скорой помощи", протезирование зубов и некоторые офтальмологические устройства. Как следствие, пациенты стали возмещать большую часть	

<p>стоимости этих услуг (после чего большинству пациентов эти средства возмещаются благодаря добровольному медицинскому страхованию).</p>	<p>Стоимость этих услуг (после чего большинству пациентов эти средства возмещаются благодаря добровольному медицинскому страхованию).</p>
<p>Соединенное Королевство (Англия)</p> <p>После нескольких лет беспрецедентного роста бюджета (6,6% в год в период с 1999 по 2007 гг.), для Национальной службы здравоохранения (НСЗ) начался период жесткой экономии. В октябре 2010 г. министерство здравоохранения опубликовало четырехгодичный План бюджетных расходов для НСЗ, который предусматривал увеличение расходов в реальном выражении в среднем на 0,1% на протяжении следующих четырех лет и содержал требование вплоть до 2014/2015 г. обеспечивать повышение производительности, эквивалентное 5 млрд фунтов стерлингов в год, чтобы удовлетворить возросший спрос и повысить качество услуг.</p>	<p>Вследствие рецессии в 2009–2010 гг., по сравнению с предыдущим периодом, объем ожидаемых поступлений сократился, а дискреционные расходы незначительно выросли. Таким образом, в то время как предполагаемый общий объем государственных поступлений в 2008–2009 гг. должен был составить 575 млрд фунтов стерлингов, получено было только 533,8 млрд. Согласно оценкам, в 2009–2010 гг. общая сумма поступлений</p>
	<p>Предыдущее правительство объявило о расширении списка долготечущих заболеваний, при которых пациенты имеют право на бесплатное назначение лекарственных средств. Эта программа так и не была реализована, и новое правительство окончательно от нее отказалось.</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
<p>Соединенное Королевство (Англия) (продолж.)</p>	<p>В целом за указанный четырехлетний период действия Плана расходов затраты НСЗ увеличатся в реальном выражении на 0,4%, что станет самым низким показателем роста с 50-х гг. прошлого века. Однако многие аналитики утверждают, что фактически этот план расходов для НСЗ означает фактическое сокращение финансирования НСЗ в реальном выражении. Руководители организации НСЗ теперь, по существу, должны будут планировать сокращение расходов НСЗ в ближайшие пять лет на 20-30%, начиная с 2011 г.</p> <p>Для того, чтобы оплачивать растущие расходы на медико-санитарную помощь и удовлетворить растущий спрос на свои услуги, НСЗ в течение следующих четырех лет должна будет обеспечивать до 20 млрд фунтов стерлингов ежегодных сбережений</p>	<p>сократилась еще больше – до 514,6 млрд, из которых 95,6 млрд было получено в виде отчислений в Национальную систему страхования, 145,6 млрд – за счет подоходного налога, а остальная часть суммы – за счет других налогов, включая налоги на корпорации, акцизы, НДС и налоги на имущество (муниципальные налоги и налоги на нежилую недвижимость).</p>			

<p>за счет эффективного расходования ресурсов, причем все экономленные средства будут реинвестированы в мероприятия по удовлетворению растущего спроса на услуги, повышению качества услуг и улучшению их результатов для пациентов.</p>	<p>В 2009 г. бюджет министерства здравоохранения увеличился и составил 14 594 млн лир (в 2008 г. он составлял 11 994 млн лир), а в 2010 г. прирост бюджета оказался незначительным (до 14 768 млн лир). В 2009 г. доля расходов на здравоохранение в государственном бюджете выросла, а в 2010 – немного снизилась (12,8% в 2008 г., 12,8% в 2009 г.). Общий бюджет больницы увеличивался каждый год вплоть до 2011 г., однако в то время как в 2009 и 2010 гг. прирост бюджета был весьма существенным (9% и 17%, соответственно), в 2011 г. рост замедлился и составил всего 1%.</p>	
<p>Турция</p>	<p>В начале 2010 г. министерство финансов передало ответственность за оплату расходов по медицинскому обслуживанию государственных служащих и членов их семей Управлению социального страхования.</p>	<p>В последнем квартале 2008 г. были введены соплатежи за обращение в амбулаторные учреждения (за исключением учреждений первичной медико-санитарной помощи). Соплатежи за лекарственные средства для амбулаторных пациентов и за протезирование/ортопедические услуги в результате кризиса не менялись.</p>

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Узбекистан					
Украина	<p>В период с 2003 по 2007 гг. государственные расходы на здравоохранение в процентах от всех расходов ежегодно увеличивались. В 2008 г., однако, их доля начала уменьшаться: с 57,2% в 2008 г. до 54,9% в 2009 г. (самый низкий показатель за последние семь лет). В 2008 и 2009 гг. доля частных средств в финансировании здравоохранения достигла 42,5% и 45,1%, соответственно, причем большая часть из них (около 94%) приходится на прямые платежи домашних хозяйств ("выплаты из собственного кармана").</p> <p>Начиная с 2010 г., национальный бюджет не принимается каждый год, а регламентируется общими законом "Бюджетный кодекс Украины", в котором определено, что размеры защищенных</p>				<p>В Украине отсутствует система социального медицинского страхования, однако с 2000 г. в стране действует программа добровольного медицинского страхования для работников железной дороги. В период кризиса увеличились страховые взносы в систему добровольного медицинского страхования: в 2007–2008 гг. ежемесячный взнос составлял 16 гривен (по 8 гривен от работодателя и работника), в 2009 г. он был равен 24 гривнам (и так же поровну делился между работодателем и работником), а с сентября 2010 г. размер</p>

расходов не могут быть изменены при сокращении утвержденных бюджетных ассигнований. Перечень таких защитительных расходов был значительно расширен и включает зарплату бюджетников, закупку лекарственных средств и перевязочных материалов, питание, коммунальные услуги и электроснабжение учреждений, обслуживание государственного долга, текущие трансферты населению, текущие трансферты в местные бюджеты, финансирование высших учебных заведений I-IV уровней аккредитации, предоставление лицам с ограниченными возможностями технических и иных средств реабилитации, медицинские изделия для личного использования, фундаментальные исследования, прикладные исследования и технологическое развитие.

взноса составляет 32 гривны (20 гривен платит работник и 12 гривен – работодатель). В первую очередь повышение суммы взносов обусловлено резким скачком цен на лекарства. Размеры неофициальных выплат на душу населения (не считая стоимости лекарств) выросли на 70% (с 94,4 гривен в 2008 г. до 153,6 гривен в 2009 г.).

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Финляндия				<p>В 2010 г. плата за услуги общественного здравоохранения, взимаемая с пациентов, была повышена на 10% (плата за услуги пересматривается каждые два года и устанавливается в зависимости от государственного пенсионного индекса).</p>	<p>Все больше муниципалитетов вводят у себя систему ваучеров на получение услуг. Ожидается, что более активное применение таких ваучеров снизит расходы государственного сектора и предоставит пользователям услуг большую свободу выбора. По данным обследования, проведенного Sitra и Ассоциацией местных и региональных органов власти Финляндии, ваучеры на получение услуг особенно активно используются в сфере социальных услуг. Вести такие ваучеры в сферу медико-санитарной помощи было запланировано в 2011 г.</p>

Франция	<p>С начала экономического кризиса бюджет здравоохранения резко увеличился, а дефицит бюджета вырос с 4,4 млрд евро в 2008 г. до 10,6 млрд евро в 2009 г. В 2010 г. бюджет здравоохранения составил 11,9 млрд евро, а в 2011 г. планировалось сократить размер бюджета до 11,3 млрд. В 2010 г. общий рост расходов на здравоохранение по отношению к 2009 г. составил 3,2%. Повышение дефицита связано как с ростом расходов, так и со снижением налоговых поступлений (таких как общий социальный взнос, то есть часть подоходного налога, специально предназначенная на цели социального обеспечения).</p> <p>В 2011 г. при планировании бюджета предполагалось, что по сравнению с 2010 г. расходы на здравоохранение возрастут на 2,9%. Бюджет социального обеспечения на ноябрь</p>	<p>В результате внесения в 2007 г. изменений в законодательство в 2009 г. была увеличена доля поступлений от налогов на табачные изделия, направляемая на цели здравоохранения; в настоящее время 98,75% от этого налога поступает в бюджет медицинского страхования.</p> <p>Увеличена ставка нового взноса, взимаемого с некоторых видов доходов (<i>"forfait social sur l'épargne salariale"</i>), который был установлен в 2009 г.: с 2% в 2009 г. до 4% в 2010 г. и 6% в 2011 г.</p> <p>В целях стимулирования занятости в 2007 г. были введены налоговые льготы и льготы на взносы в систему социального страхования.</p>	<p>В 2008 г. было отменено возмещение из средств добровольного частного медицинского страхования новых соплатежей за рецептурные лекарства, обращения к врачу и доставку машины скорой помощи.</p> <p>Бюджет социального обеспечения в ноябре 2010 г. предусматривал следующие меры, направленные на повышение доходов: снижение возмещения стоимости лекарственных средств с 35% до 30% и снижение стоимости медицинских процедур с 65% до 60%. В дополнение к этому, с 16 до 18 евро в день увеличивается установленная в 2010 г. плата для пациента за пребывание в стационаре.</p>
---------	--	--	--

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Франция (продолж.)	2010 г. включал ряд мер по снижению расходов и повышению доходов. Предполагалось, что в 2011 г. экономия расходов на здравоохранение достигнет 2 млрд евро.			Помимо этого, в 2009 г. во французской системе обязательного медицинского страхования принято новое правило, согласно которому для пациентов, которые не следуют согласованному маршруту лечения, соплатежи возрастают на 40%.	
Хорватия	В 2008 г. государственный долг по расходам на здравоохранение составил 4,8 млрд кун, поэтому была поставлена задача снизить дефицит бюджета и обеспечить финансирование расходов только за счет поступлений, используя новые займы только для погашения прежних обязательств. К концу 2010 г. государственный бюджет здравоохранения сократился на 1,5 млрд кун (а задолженность сократилась почти на 20%). В 2011 г. в целях сокращения дефицита		Введено в 2011 г.: – вычеты на услуги здравоохранения из пенсий (в зависимости от размера пенсии); – специальные взносы, связанные с рисковыми формами поведения ("медицинский налог на табак"); – возмещение страховыми компаниями затрат на лечение в связи с дорожно-транспортными происшествиями – соплатежи в первичной медико-санитарной помощи; соплатежи	Соплатежи за обращения за первичной помощью и выписку рецептов были сокращены с 15 кун в 2009 г. до 10 кун.	В 2010 г. увеличились страховые взносы в систему дополнительного медицинского страхования – их величина определяется в зависимости от размера дохода: застрахованное лицо (работник по найму) с ежемесячной зарплатой/доходом свыше 5108 кун в месяц платит не 80, а 130 кун; застрахованное лицо (пенсиянер) с месячной

за выписку каждого рецепта;

– поступления от дополнительного медицинского страхования.

правительство приняло новый закон о финансовой ответственности (в том числе в секторе здравоохранения), предусматривающий финансирование затрат исключительно за счет доходной части бюджета, используя новые займы только для погашения предыдущих обязательств или на цели развития. При выявлении нарушений данного закона о финансовой ответственности чиновники – от высшего государственного до местного уровня – будут обязаны подать в отставку. Согласно этому закону, расходная часть общего бюджета (государственный бюджет плюс бюджеты местных органов самоуправления и финансовые планы внебюджетных получателей средств) должна ежегодно сокращаться на один процентный пункт от прогнозируемого ВВП.

пенсий/доходом свыше 5108 кун платит не 50, а 80 кун. Некоторые категории застрахованных лиц освобождаются от страхового взноса (в зависимости от состояния здоровья, экономического положения, возраста и т.д.).

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Чешская Республика	<p>В 2010 г. бюджет министерства здравоохранения сократился по сравнению с 2008 г. на 2000 млн крон (около 30%).</p>		<p>В период с 2008 по 2011 г. отмечался незначительный рост поступлений в фонд социального медицинского страхования, обусловленный использованием финансовых резервов.</p> <p>В 2012/2013 гг. для увеличения страховых взносов от лиц с высокими доходами планируется повысить сумму взносов для самозанятых работников (чтобы устранить существующее ныне неравенство с работниками по найму) и незначительно поднять предельный уровень страховых взносов.</p>	<p>В 2012 г. планируется повышение оплаты пациентам пребывания в стационаре с 60 до 100 крон за день.</p> <p>В 2012 г. планируется принять закон о предоставлении возможности взимания соплатежей за более комфортабельные условия оказания помощи (помощи такого же качества, как стандартные услуги в рамках социального страхования здоровья, но в улучшенных палатах гостиничного типа).</p> <p>В период с 2009 по 2011 г. министерство здравоохранения на 7% снизило процент возмещения стоимости лекарственных средствами страховыми фондами. Если импортеры/производители не снизят оптовую цену лекарств, такая мера может привести</p>	

<p>Швейцария</p>	<p>к увеличению соплатежей для пациентов.</p> <p>В сентябре 2011 г. Парламент проголосовал за реформу оплаты услуг пациентами, согласно которой ставка страховых соплатежей для лиц, выбирающих традиционные планы страхования, должна увеличиться с 10% до 15% (чтобы стимулировать людей к принятию модели страхования с регулируемым медицинским обслуживанием).</p> <p>Вследствие финансового кризиса фонды медицинского страхования понесли убытки от инвестиций, сделанных за счет средств, которые они должны были держать в резерве в качестве активов. Для того, чтобы компенсировать эти потери, в 2010 г. страховые взносы пришлось бы увеличить на 10–20%, а не на 4%, как в предыдущие годы. Поэтому в мае 2009 г. правительство предложило меры по снижению расходов компаний медицинского страхования на услуги здравоохранения.</p> <p>Также правительство планировало увеличить на 200 млн франков субсидии на оплату страховых взносов для домашних хозяйств с низким уровнем доходов, однако после долгих дебатов между двумя палатами Парламента в октябре 2010 г. эти меры были отклонены. Вместо этого в 2011 г. были приняты меры по снижению затрат компаний медицинского страхования (см. следующий столбец).</p>
------------------	--

Страна	Бюджет здравоохранения	Налогово-бюджетная политика	Взносы в систему обязательного медицинского страхования	Плата за услуги	Другое
Швеция	<p>В 2009 г. государство увеличило финансирование (7 млрд крон) муниципалитетов/советов округов, чтобы компенсировать снижение поступлений от местных налогов. С 2011 г. сумма ежегодных отчислений со стороны государства была увеличена на 5 млрд крон. Около трети этих средств поступает в советы округов, основной статьей расходов для которых является медико-санитарная помощь.</p>				
Эстония	<p>В 2009 г. бюджет системы медицинского страхования для оказания медико-санитарной помощи (исключая пособия по временной нетрудоспособности) по сравнению с 2008 г. сократился на 1%; это было достигнуто благодаря использованию накопленных резервов для восполнения разрыва между доходами и расходами. В 2009 г.</p>		<p>В 2009 г. снижение поступлений в систему социального медицинского страхования составило 11%, а в 2010 г. – 5%; это было вызвано ростом безработицы и снижением зарплат.</p> <p>Перед кризисом Эстонский фонд медицинского страхования накопил значительные резервы. Во время первой волны кризиса правительство не допустило истощения этих резервов, однако впоследствии они</p>	<p>В 2010 г. была введена 15-процентная ставка со-страхования для пациентов домов престарелых и инвалидов.</p>	

расходы министерства на услуги здравоохранения сократились по сравнению с 2008 г. на 24%, отчасти благодаря снижению в 2009 г. административных расходов и сокращению бюджета общественного здравоохранения. В основном сокращение коснулось программ по инфекционным заболеваниям (НИЗ), при этом программы профилактики и лечения инфекционных заболеваний затронуты не были. Для компенсации сокращения бюджета, выделенного на профилактику и лечение НИЗ, были использованы средства социальных фондов Европейского союза, однако с 2012 г. эти средства предоставляться не будут.

постепенно расходовались для компенсации снижения поступлений в Фонд.

Таблица А.2. Стратегии, направленные на изменение объема и качества медико-санитарной помощи в условиях финансового кризиса в Европейском регионе ВОЗ

Примечание: Информация по Андорре, Казахстану, Люксембургу, Монако, Сан-Марино, Таджикистану, Туркменистану и Черногории отсутствует. Не выделенный курсивом текст означает, что данная стратегия была определена соответствующими органами страны как ответная мера в связи с кризисом. Выделенный курсивом текст означает, что стратегия либо частично является ответной антикризисной мерой, то есть была запланирована и разработана до начала кризиса, но осуществлялась после его начала более/менее высокими темпами или с большей/меньшей интенсивностью, чем планировалось первоначально, либо может быть ответной мерой, принятой в связи с кризисом, то есть была разработана и осуществлена уже после его начала, но не была определена как таковая соответствующими государственными органами. Пустая клетка означает не отсутствие ответа на данный вопрос обследования, а то, что ответных мер политики в связи кризисом в стране принято не было.

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценное нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактика)
Австрия				
Азербайджан				
Албания				
Армения				
Беларусь				
	<p><i>В 2009 г. гражданам, страдающим лучевой болезнью, а также некоторым категориям граждан с инвалидностью было предоставлено право на приобретение назначенных лекарств по сниженной на 90% цене. Граждане с хирургическими заболеваниями могут приобретать по сниженной на 90% цене перевязочные материалы.</i></p>			

<p>Бельгия</p>	<p>С 2007 г. повышенное внимание уделяется скринингу на предмет раковых заболеваний, пропаганде здорового питания и физической активности и профилактике несчастных случаев с летальным исходом.</p> <p>Принятая в 2010 г. поправка к Закону о здравоохранении запрещает курение в помещениях в общественных местах, за исключением изолированных "комнат для курения".</p> <p>Администрация кафе и ресторанов с площадью менее 50м² вправе определять можно или нельзя курить во всем заведении целиком.</p> <p>Кризис (и связанные с ним финансовые проблемы ресторанный бизнеса) вынудил правительство отложить введение полного запрета на курение в общественных местах.</p> <p>В 2009 г. правительство повысило цену на сигареты на 25%, а в 2010 г. – на 38%.</p>
<p>Болгария</p>	<p>Министерство здравоохранения планирует составить т.н. "позитивный список" приборов медицинского назначения (аналогично позитивному списку лекарственных средств).</p> <p>После начала кризиса были приняты поправки в Закон о медицинском страховании, согласно которым страхованием охватывались дети (даже если их родители</p>
<p>Босния и Герцеговина</p>	<p>Сразу же после начала кризиса был составлен перечень основных лекарственных средств, которые предоставляются Фондом медицинского страхования бесплатно.</p>

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
Босния и Герцеговина (продолж.)		не охвачены страхованием), лица старше 65 лет и не застрахованные лица. Закон о медицинском страховании был пересмотрен в рамках общих реформ, однако особый акцент на уязвимые группы был сделан именно вследствие кризиса. В то же время, отсутствие надежных источников финансирования вызвало некоторые затруднения в реализации закона.	населения и пропаганду здорового образа жизни. Также в рамках этих кампаний общестественности представлялась информация о реформах в секторе здравоохранения.	
Бывшая югославская Республика Македония	В январе 2011 г. министерство здравоохранения начало кампанию по улучшению доступа к медико-санитарной помощи для жителей удаленных районов. Кампания предполагает бесплатные медицинские осмотры для жителей некоторых деревень.	В мае 2009 г. было принято постановление об обеспечении всеобщего охвата населения основными услугами за счет государственного бюджета. Это привело к увеличению общего количества застрахованных лиц. Всеобщий охват предусматривает профилактические осмотры, иммунизацию, а также включает некоторые лекарства и лечение ряда инфекционных болезней, содержащихся в "позитивном списке".		
Венгрия	В 2009 г. были сокращены размеры пособий по болезни. Ранее Фонд медицинского страхования мог выплачивать заболевшим работникам			

<p>с действительным полисом медицинского страхования пособия по болезни вплоть до одного года, а без медицинской страховки – на протяжении 45 дней. В настоящее время этот срок ограничен 30 днями. Сумма пособия при наличии страховки на срок не менее двух лет составляла 70% от дохода работника, а при страховке сроком менее двух лет или в случае пользования услугами стационара – 60% от дохода. После реформы размеры пособий были уменьшены, соответственно, до 60% и 50%.</p>	<p>Германия</p>
<p>В июне 2011 г. была проведена унификация пакетов социального обеспечения между различными фондами социального медицинского страхования.</p> <p>С 2011 г. лица, живущие за чертой бедности, и лица, не имеющие медицинской страховки, могут лечиться только в специализированных больницах, и им назначаются только лекарства-дженерики.</p> <p>Меморандумом предусматривается, что заявление о возмещении стоимости больничных услуг в фонды социального страхования на территории Греции или любого другого государства-члена ЕС, а также (для иностранных</p> <p>На период с 2008 по 2012 гг. были предусмотрены инициативы по укреплению здоровья, касающиеся сердечно-сосудистых заболеваний, рака, ожирения, питания, гигиены полости рта и здоровья матери и ребенка; в частности, был принят закон о запрете курения в общественных местах.</p>	<p>Греция</p>

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
Греция (продолж.)		<p>граждан и лиц, постоянно не проживающих на территории страны) в частные компании медицинского страхования должно быть подано в течение двух месяцев.</p>		
Грузия		<p>В 2007 г. государство начало финансировать охват медицинским страхованием некоторых групп работников государственного сектора (учителей, полицейских и военных), а в 2008 г. была принята программа государственных субсидий для семей с низким уровнем доходов ("Медицинское страхование для бедных"). Одновременно с этим были приняты меры по информированию лиц, живущих за чертой бедности, о наличии субсидий для медицинского страхования. В 2010 г. эта программа медицинского страхования охватила 21% населения, в то время как в 2007 г. она охватывала лишь 385 000 человек (или 8,8% населения).</p> <p>Ожидается, что в 2012 г. охват медицинским страхованием будет расширен и в первую очередь распространится на лиц старшего возраста и молодежь.</p>		

<p>Дания</p>	<p>Израиль</p>	<p>Ирландия</p>
	<p>В 2009 г. были отменены медицинские карты для 12 100 (3,4%) наиболее богатых граждан старше 70 лет. Медицинские карты открывают доступ к бесплатным услугам врачей общей практики и освобождают от оплаты услуг стационара лиц, чей уровень доходов ниже определенного порога.</p> <p><i>Избранное в 2011 Г. Новое правительство предложило ввести систему всеобщего медицинского страхования.</i></p>	<p>В начале 2009 г. был опубликован документ с описанием мер по сведению к минимуму последствий кризиса и сокращения расходов на здравоохранение, основное внимание в котором было уделено таким аспектам, как общественное здравоохранение, социальная справедливость и трудовые отношения. В результате был принят ряд мер, таких как предоставление с 2009 г. бесплатных стоматологических услуг семьям с низким уровнем доходов.</p>

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
Исландия (продолж.)	<p>Все большее внимание уделяется деятельности Исландского фонда реабилитации, направленной на восстановление трудоспособности, для планомерного снижения вероятности потери человеком работы вследствие нетрудоспособности или болезни. Исландский реабилитационный фонд был создан в 2008 г.</p>	<p>работников, длительное время находящихся в отпуске по болезни, в целях предотвращения потери ими работы. После того, как начался финансовый кризис, уровень активности фонда возрос.</p>		
Испания		<p>Каталония: с 2011 г. потребовала компенсации за лечение пациентов, постоянно проживающих в других автономных областях.</p>	<p>В Каталонии был принят план, согласно которому с 2011 г. в регионе применяется система управления очередями, а в критерии определения очередности пациентов были внесены некоторые изменения.</p> <p>С апреля 2010 г. в регионе были сокращены объемы несрочной помощи (офтальмологических операций, замены бедренных и коленных суставов).</p>	

Италия	
Кипр	<p>В 2011 г. правительство вновь решило отложить внедрение новой Национальной системы медицинского страхования. В системе здравоохранения страны не предусмотрены всеобщий охват услугами, и в 1991 г. Кипр проголосовал за закон о создании новой национальной схемы медицинского страхования, которая, однако, не внедрена до сих пор. По оценкам министерства здравоохранения, в 2007 г. комплексный охват бесплатными услугами здравоохранения по месту обращения был обеспечен для 83% населения, в то время как остальные граждане пользуются государственными услугами здравоохранения по сниженной или по полной стоимости (2% и 15% населения, соответственно).</p>
Кыргызстан	
Латвия	<p>В 2009 г. была начата программа раннего выявления онкологических заболеваний (рака шейки матки и молочной железы).</p>

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
Литва	<p>В 2009 г. были введены некоторые изменения, в соответствии с которыми были уменьшены пособия по болезни, которые выплачиваются заболевшим лицам, охваченным системой социального страхования, из средств Фонда социального страхования. Например, до указанных изменений размер пособия по болезни для лиц, охваченных социальным страхованием, в большинстве случаев составлял 85% от заработной платы. После реформы размер пособия в первые семь дней болезни составляет только 40% от заработной платы, а с восьмого дня – 80%.</p>			
Мальта				
Нидерланды	<p>В 2010 г. ограничено возмещение расходов на ЭКО; количество сеансов физиотерапии, оплачиваемых пациентом, увеличено до 15; возмещение затрат на помощь, оказанную за пределами ЕС, отменено и осуществляется теперь только на основании двусторонних соглашений с определенными странами;</p>			

ограничено возмещение стоимости психиатрических услуг, а количество оплачиваемых сеансов психологической помощи сокращено с 8 до 5.				
Норвегия				
Польша				
Португалия	С 2011 г. ADSE (система здравоохранения для работников государственного сектора) перестала покрывать услуги здравоохранения, связанные с производственными травмами и профессиональными заболеваниями, клинические испытания, нетрадиционные виды лечения и косметические операции.	Согласно реформе ADSE 2011 г., участие в системе утрачивает обязательный характер. Участие в системе для работников государственного управления стало факультативным еще в 2006 г., однако до настоящего времени работники, пришедшие в государственную сферу до 2006 г., все же обязаны участвовать в ней. По мнению экспертов, количество людей, которые выйдут из системы, будет незначительным.		Проведена оценка финансирования программ профилактики, увеличения охвата населения иммунизацией и мер по пропаганде здорового образа жизни в соответствии с европейскими стандартами.
Республика Молдова	В 2009 г. приоритетным направлением для финансирования из средств фондов обязательного медицинского страхования стала первичная медико-санитарная помощь, что позволило расширить список лекарственных средств, стоимость которых компенсируется пациентам,		В 2009–2010 гг. министерство здравоохранения совместно с Национальной компанией медицинского страхования внесли несколько поправок в Закон об обязательном медицинском страховании. Согласно новому закону, члены семей, имеющих право на социальные льготы, автоматически попадают	

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
<p>Республика Молдова (продолж.)</p>	<p>и начать использовать лекарства-дженерики для лечения заболеваний, наиболее значимых для бремени болезни и представляющих наибольший риск для здоровья населения. Был расширен пакет бесплатных услуг медико-санитарной помощи для незастрахованных лиц, и в настоящее время он включает оказание неотложной помощи и полностью охватывает услуги первичной медико-санитарной помощи, в том числе компенсацию стоимости лекарственных средств для амбулаторных пациентов. (До этого все незастрахованные граждане имели право только на медицинский осмотр с рекомендациями в отношении диагностики и лечения в учреждении первичного звена). Однако в 2010 г. размер компенсации стоимости лекарственных средств был уменьшен. Это новое законодательство по существу не было обеспечено дополнительным финансированием.</p>	<p>в систему обязательного медицинского страхования и получают полностью субсидированную медицинскую страховку. Также обязательное медицинское страхование было распространено еще на две группы лиц: матерей, имеющих четырех и более детей, и студентов докторантуры дневного отделения. Такое расширение охвата финансируется за счет увеличения перечислений из государственного бюджета в фонды обязательного медицинского страхования. Эта мера позволила увеличить охват населения, в том числе наиболее уязвимых групп, медицинским страхованием (согласно оценкам, в 2010 г. охват увеличился до 82% по сравнению с 72% в 2009 г.).</p>		

<p>В 2009 г. была проведена оценка национальных программ здравоохранения, после которой был расширен перечень профильных заболеваний и соответствующих категорий пациентов.</p>	<p>В 2009 г. было предложено резко повысить акцизы на алкоголь и табачные изделия. Изменения вступят в силу в 2011–2012 гг.</p>
<p>В 2007 г., еще до финансового кризиса, велось обсуждение комплексной программы предоставления бесплатных лекарств для амбулаторных пациентов в рамках обязательного медицинского страхования; однако были прекращены – возможно, в результате экономического спада. В середине 2011 г. обсуждения возобновились, и осуществление программы возмещения стоимости лекарств намечено на 2013–2015 гг.</p>	
<p>Российская Федерация</p>	
<p>Румыния</p>	
<p>Сербия</p>	
<p>Словакия</p>	
<p>Словения</p>	

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
Соединенное Королевство (Англия)	<p>Предыдущее правительство объявило о принятии программы сестринского ухода за больными раком по принципу "один пациент – одна медсестра" и сокращения срока ожидания результатов диагностики рака до одной недели. Однако эта программа так и не была реализована, и в ближайшее время осуществлять ее не планируется.</p>		<p>Появляются сообщения о сокращениях объемов некоторых услуг, вероятно, из-за уменьшения покупательной способности, которое приводит к использованию тех или иных форм нормирования или ограничения объемов услуг НСЗ. Впрочем, для того, чтобы подтвердить эту информацию, требуются дополнительные данные.</p>	
Турция				
Узбекистан				
Украина				<p>В марте 2008 г. Парламент принял закон об ограничении рекламы табачных изделий и алкоголя, а в целях увеличения поступлений в бюджет и сокращения негативных последствий для здоровья в 2008 и 2009 гг. правительство и парламент регулярно повышали налоги на табачные изделия и алкоголь. В результате минимальная ставка акцизного сбора на табачные изделия увеличилась более чем в шесть раз, а средняя</p>

	<p>стоимость пачки сигарет – в 2,5 раза. Также было введено ограничение на курение в общественных местах.</p> <p>В 2009 г. в приоритетном порядке финансировались программы и централизованные меры по борьбе с туберкулезом и иммунизации.</p>
Финляндия	
Франция	<p>В июне 2009 г. на смену <i>Revenu Minimum d'Insertion (RMI)</i>, или базовому социальному пособию, пришло <i>Revenu de Solidarité Active (RSA)</i>, в результате чего общее число получателей пособия стало больше. Благодаря этому изменению получатели нового пособия <i>RSA</i> автоматически приобретают право на получение полиса финансируемого государством всеобщего медицинского страхования <i>CMU (Couverture Maladie Universelle)</i> и Дополнительного страхования (<i>CMU-C</i>).</p>
	<p>С 2011 г. налог на табак увеличится на 6%.</p>

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
Хорватия	<p>Улучшения в системе установления цен на лекарственные препараты и возмещения их стоимости позволили сэкономить некоторые средства, что позволило в конце 2010 г. добавить в перечень льготного обеспечения лекарствами еще 64 наименования.</p>			
Чешская Республика	<p>В 2012–2013 гг. будет проведена оценка основного пакета льгот и перечня компенсируемых услуг с позиции оценки технологий здравоохранения (на основании фактических данных из других стран). В 2012 г. будет улучшено качество предоставляемой пациентам информации о том, стоимость каких услуг будет возмещаться. Эта мера может привести к перераспределению государственных и частных расходов. В 2011 г. было сделано обязательным использование "позитивных списков" лекарственных средств поставщиками услуг для министерства здравоохранения (университетскими</p>	<p>В 2011 г. было ограничено право иностранных граждан на получение помощи при заболеваниях, связанных с высоким риском, и ответственность за охват такими услугами передана частным страховым компаниям (в результате чего увеличилась сумма страховых взносов для иностранных граждан).</p>		<p>В 2012 г. планируется повысить потребительские налоги на табачные изделия и алкоголь.</p>

	<p>больницами, чья доля на рынке составляет 50%). Ранее использование позитивных списков было добровольным. В 2012 г. списки планируются дополнить.</p> <p>С начала 2011 г. обязательное медицинское страхование перестало покрывать стоимость очков. Это была одна из нескольких мер, направленных на замедление постоянного ежегодного роста величины страховых взносов. В ответ на это многие фирмы-производители оптики снизили стоимость очков для детей.</p>
<p>Швейцария</p>	
<p>Швеция</p>	
<p>Эстония</p>	<p>Эстонский фонд медицинского страхования принял две меры по сокращению пакета социального обеспечения. Во-первых, была проведена реформа системы выплаты пособий по болезни. С 1 июля 2009 г. пособия по болезни не выплачиваются в течение первых трех дней болезни или травмы (ранее пособие не выплачивалось только за первый день), с четвертого по восьмой день пособие выплачивается</p> <p>В марте 2009 г. наблюдательный совет Эстонского фонда медицинского страхования увеличил максимальное время ожидания амбулаторного приема специалистами с четырех до шести недель.</p> <p>С 2005 г. НДС на алкогольную продукцию повышается, но самое значительное повышение произошло в 2008 г. НДС на табачные изделия растет с 2011 г.</p>

Страна	Льготы (объем охвата)	Охват населения (широта охвата)	Неценовое нормирование (время ожидания в очереди)	Изменение поведения людей (укрепление здоровья и профилактики)
Эстония (продолж.)	работодателем (новый механизм разделения затрат – ранее работодатель не участвовал в выплате пособия по болезни), а Фонд медицинского страхования начинает выплачивать пособие с девятого дня болезни (до этого – со второго дня). Размер пособия по болезни был снижен с 80% до 70% дохода застрахованного лица, а пособия по уходу за больным ребенком младше 12 лет – со 100% до 80%. Максимальная продолжительность отпуска в связи с рождением ребенка сокращена со 154 до 140 дней. Ожидается, что такие меры позволят сэкономить 50 млн крон. Во-вторых, до 1 января 2009 г. все застрахованные лица не моложе 19 лет могли претендовать на выплату пособия на стоматологические услуги в размере 300 крон (19,18 евро), а после 2009 г. это право сохранилось только за застрахованными лицами старше 63 лет и лицами, имеющими право на получение пенсии			

по нетрудоспособности или пенсии по старости.

Ожидается, что такая мера приведет к экономии 4 млн крон.

В 2011 г. министерство социальной помощи совместно с Тартуским университетом

разрабатывало комплексную систему оценки технологий здравоохранения.

Таблица А.3. Стратегии, направленные на сдерживание расходов на медико-санитарную помощь, финансируемую государством, в условиях экономического кризиса в Европейском регионе ВОЗ

Примечание: Информация по Андорре, Казахстану, Казакстану, Люксембургу, Монако, Сан-Марино, Таджикистану, Туркменистану и Черногории отсутствует. Не выделенный курсивом текст означает, что данная стратегия была определена соответствующими органами страны как ответная мера в связи с кризисом. Выделенный курсивом текст означает, что стратегия либо частично является ответной антикризисной мерой, то есть была запланирована и разработана до начала кризиса, но осуществлялась после его начала более/менее высокими темпами или с большей/меньшей интенсивностью, чем планировалось первоначально, либо может быть ответной мерой, принятой в связи с кризисом, то есть была разработана и осуществлена уже после его начала, но не была определена как таковая соответствующими государственными органами. Пустая клетка означает не отсутствие ответа на данный вопрос обследования, а то, что ответных мер политики в связи кризисом в стране принято не было.

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министриства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Беларусь	Федерации фондов социального медицинского страхования путем переговоров удалось добиться от фармацевтических компаний снижения цен на лекарства и в результате сократить расходы на возмещение их стоимости и стоимости назначения		Федерация фондов социального медицинского страхования путем переговоров добилась от Ассоциации врачей принятия ряда мер по сдерживанию затрат, благодаря которым фонды медицинского страхования могут вести мониторинг мер по сдерживанию затрат			

лекарств врачами. В 2010 г. экономия затрат составила 132 млн евро и ожидается, что к 2013 г. экономия составит 222 млн евро.

Были заключены договорные контракты на поставку устройств для КТ и МРТ и вспомогательных медицинских приборов. На период с 2010 по 2013 гг. запланировано ежегодное сокращение расходов на 0,5%. Об экономии средств пока не сообщается.

и анализировать основные показатели. Это позволило сэкономить в 2010 г. 9 млн евро. В настоящее время правительство выработывает вместе с властями федеральных земель такие модели финансирования и оказания помощи, которые позволят повысить к 2012/2013 гг. эффективность использования ресурсов и качество работы. Федеральные земли распускаются бюджетами больниц, задолженность которых стремительно растет; в 2010 г. их долги увеличили общий государственный долг примерно на 3 млрд евро; согласно заключенному в 2008 г. и действующему до 2014 г. соглашению о выравнивании

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Австрия (продолж.)			финансирования, государство должно бюджет выработать стратегию, которая в 2014 г. ляжет в основу следующего соглашения. В соответствии с этой стратегией бюджет изменена модель руководства финансированием здравоохранения на основе оценки использования ежегодно выделяемых землям дополнительных средств (в размере 100 млн евро) на стационарную медико-санитарную помощь. Помимо этого, стратегия призвана устранить дисбаланс в системе поставок.			

Азербайджан

Правительство признало проблему крайне низкой заработной платы работников государственного сектора и начало стабильно повышать ее. Зарплата повышалась в годы, предшествующие финансовому кризису, а также в 2010 г. В 2009 г., однако, ресурсов на повышение зарплат для работников здравоохранения выделено не было; это могло быть вызвано снижением поступлений в государственный бюджет из-за падения в этом году цен на нефть.

В 2009–2011 гг. правительство продолжило выделять немалые средства на развитие физической инфраструктуры и обновление оборудования в секторе общественного здравоохранения, который в 90-х гг. прошлого века и в начале XXI века сталкивался с острым дефицитом инвестиций. Основные изменения, которые произошли в секторе здравоохранения в последние годы, включают закрытие большей части небольших сельских больниц, благодаря чему коечный фонд страны сократился почти на 50%. Оптимизация сети общественного здравоохранения планировалась еще до кризиса в рамках реформы национального сектора здравоохранения

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Азербайджан (продолж.)						и осуществляется при поддержке проекта Всемирного банка.
Албания		Последние несколько лет заработная плата работников здравоохранения устойчиво росла, увеличившись по сравнению с 2005 г. примерно вдвое. Согласно принятому бюджету, рост зарплат продолжится и далее.				
Армения	Из-за финансового кризиса курс армянского драма плавал на протяжении всего 2009 г., в результате чего сразу же выросла стоимость импорта различных товаров, включая и лекарственные средства.		В 2008 г. в рамках базового пакета социальных услуг была введена основанная на рыночных ценах плата за услуги по охране здоровья матери и ребенка лечебным учреждениям (поликлиникам)	В осуществляемых в настоящее время национальных программах приоритетное значение придается первичной медицинской помощи и улучшениям в охране здоровья матери и ребенка.		

и родильным домами) за каждого пациента в соответствии с тяжестью случая. В базовый пакет социальных услуг входят услуги здравоохранения, предоставляемые бесплатно ряду категорий уязвимых лиц, таких как лица с ограниченными возможностями, сироты младше 18 лет, ветераны войны и семьи жертв военных действий, семьи более чем с тремя детьми и дети до 18 лет, живущие в неполных семьях. До этого услуги по охране здоровья матери и ребенка финансировались так же, как и все другие услуги из пакета базовых социальных услуг (по цене ниже себестоимости), что создавало предпосылки для неофициальных платежей.

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Беларусь	<p>С 2009 г. признанные особо нуждающимися пациенты могут на льготных условиях получать лекарственные средства, стоимость которых обычно не возмещается, с обязательной регистрацией таких лекарств. В стране постоянно растет доля лекарств отечественного производства в общем количестве покупаемых лекарственных средств (26,5% в 2009 г. и 28,2% в 2010 г.); также увеличиваются объемы производства медицинского оборудования.</p>	<p>В 2009 г. были начаты реформы, направленные на повышение отдачи медицинских работников при выполнении служебных обязанностей и более рациональное распределение кадровых ресурсов здравоохранения, включающие сокращение неэффективных штатных единиц, введение норм обеспеченности населеня работниками амбулаторных учреждений здравоохранения и создание новых штатных единиц в рамках существующего штатного расписания путем заполнения</p>	<p>Переход к годовшему бюджетному финансированию обеспечил экономическую самостоятельность и повысил уровень ответственности лечебных учреждений за оказание медицинской санитарной помощи.</p>	<p>С 2009 г. осуществляются меры по снижению накладных расходов (главным образом за счет сокращения административных расходов). Снижены затраты на топливо и энергоресурсы, транспорт, командировки, услуги связи и т.д.</p>	<p>Была сокращена доля дорогостоящих услуг стационара, а освободившиеся ресурсы были перенаправлены на амбулаторные услуги (всего в 2009 г. на амбулаторный уровень было направлено 35,0% от общих расходов на здравоохранение, по сравнению с 31,4% в 2008 г.).</p> <p>Были отложены запланированные инвестиции в дорогостоящие здания, оборудование и материалы. Выделение бюджетных средств на финансирование проектов осуществляется на основании</p>	

<p>вакантных или нерационально используемых должностей. Продолжается повышение базового оклада работников здравоохранения; в 2010 г. продолжился процесс внедрения должности врача помощника в амбулаторных учреждениях первичного звена (в 2010 г. было создано 732 должности помощника врача, по сравнению с 62 в 2009 г.).</p>	<p>экспертных экономических оценок.</p>
<p>В 2010 г. была принята новая мера по сдерживанию расходов, в которой на два года вводилось обязательное снижение цен на "старые" лекарственные средства: фабричная цена и база для компенсации лекарств, расходы на приобретение</p>	<p>Улучшение координации помощи благодаря группированию услуг врачей общей практики и финансирование глобальной системы медицинских карт.</p>

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Бельгия (продолж.)	<p>которых возмещались в течение более 12 лет и менее 15 лет сокращается на 15%, а для лекарств, возмещение осуществляется свыше 15 лет – на 17%. Также с 2008 г. действуют новые правила возмещения стоимости имплантатов и приборов медицинского назначения. Цены на эти изделия были снижены, однако влияние снижения цен на объемы пока неизвестно.</p>					
Болгария			<p>В 2011 г. министерство здравоохранения вело подготовку к введению</p>		<p>В 2009 г. новое правительство объявило о планах снижения административных</p>	<p>В больничном секторе было начато несколько реформ. В 2009, 2010 и 2011 гг.</p>

<p>клинико-статистических групп в качестве основы для методики оплаты услуг неотложной стационарной помощи в 2012 г.</p> <p>В 2010 г. министр здравоохранения установил предельный уровень оплаты услуг для всех больниц, являющихся подрядчиками Национального фонда медицинского страхования.</p> <p>Предельная плата за бригаду врачей составляет 900 евро, а за одного врача – 700 евро. Ранее размеры оплаты устанавливались каждой больницей без какого-либо регулирования.</p> <p>В 2011 г. правительство намеревалось провести реформу системы закупок медицинских приборов путем введения централизованной</p>	<p>и накладных расходов всех государственных учреждений на 10%. Для этого в 2010 г. были внесены изменения в административную структуру и систему управления Национального фонда медицинского страхования. Направленные на снижение накладных расходов на несколько тысяч евро. Кроме того, в 2010 г. министр здравоохранения объявил о намерении сократить административные расходы министерства на 29,4%, что позволит сэкономить 4 млн евро в год.</p>	<p>Национальный фонд медицинского страхования ввел ограничение бюджетов больниц, ограничив количество пациентов, на которых выделяется финансирование. В 2010 г. были приняты новый закон и новые стандарты в отношении компетентности сотрудников, призванные сократить общее число больниц и других финансируемых Фондом лечебных учреждений.</p> <p>В рамках реформы, для проведения которой Оперативная программа Европейской комиссии «Региональное развитие» выделила 300 млн евро, в 2010 г. правительство предложило осуществить</p>
---	---	--

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Болгария (продолж.)			сертификации медицинского оборудования, лабораторий и высокоспециализированных лечебных мероприятий, а также введения "позитивного списка" медицинских приборов. Правительство намеревалось децентрализовать финансирование закупки лекарственных средств для лечения редких болезней и рака, передав ответственность за него от министерства здравоохранения Национальному фонду медицинского страхования.			стабилизацию и модернизацию государственных онкологических диспансеров и лечебных центров, реструктуризацию некоторых муниципальных и государственных больниц неотложной помощи, открытие некоторых небольших больниц, модернизацию государственных и муниципальных больниц, а также замену детских центров социальной и медицинской помощи новыми дневными стационарами. В 2011 г. была пересмотрена "Карта

В соответствии с поправкой к Закону о медицинском страховании от 2009 г., министерство финансов устанавливает цены на услуги здравоохранения, финансируемые Фондом; эта мера была инициирована министерством финансов. До этого цены устанавливались в процессе переговоров между Национальным фондом медицинского страхования и организациями врачей и включались в Национальный рамочный договор. Профсоюз медицинских работников отнесся к этой реформе крайне негативно, после чего в 2011 г. в Закон о медицинском страховании была внесена новая поправка, и теперь цены

здравоохранения страны", и в ней стали указывать не только минимальное, но и максимальное количество коек, врачей и лечебных учреждений для каждого региона страны. Эта реформа была направлена на перераспределение ресурсов в соответствии с потребностями. В 2011 г. министр здравоохранения из-за нехватки ресурсов отложил введение системы стимулов для больниц неоложной помощи.

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Болгария (продолж.)			На услуги вновь устанавливаются в процессе переговоров между Фондом и объединениями врачей.			
Босния и Герцеговина			<p>В 2009 г. существенно увеличились расходы лечебных учреждений на уплату НДС, поскольку с этого года из федерального и кантонального бюджетов для них перестали выделяться средства для субсидирования НДС и они утратили право на возврат НДС.</p> <p>С начала кризиса фонды медицинского страхования начали включать</p>		<p>В рамках общего плана реформ проводятся просветительские кампании для работников здравоохранения (семейных врачей, администраторов лечебных учреждений и фондов и т.д.) с особым акцентом на оптимизацию управления лечебными учреждениями, стратегическое планирование, навыки ведения переговоров и мониторинг и оценку.</p>	

<p>в договоры дополнительные положения, предусматривающие регулирование, сокращение и контроль затрат поставщиков медико-санитарной помощи (эти положения направлены на инвестиции в основной капитал и накладные расходы, такие как расходы на воду, электричество, лекарства и медицинские приборы) и контроль качества (минимальный требуемый объем запасов).</p>	<p>С начала кризиса в секторе здравоохранения был осуществлен целый ряд различных изменений, направленных на повышение качества услуг здравоохранения, таких как реорганизация системы</p>
<p>В 2010 г. Фонд медицинского страхования впервые использовал эталонные цены на лекарства из "позитивного списка", который устанавливается с учетом цен на лекарства в Словении, Хорватии, Сербии</p>	<p>В 2008 г. Фонд медицинского страхования выплатил все долги лечебных учреждений, составлявшие около 80 млн евро. Вследствие этой меры в 2009 г. финансирование государственных лечебных учреждений</p>
<p>В январе 2011 г. министерство здравоохранения в целях компенсации потерь медицинских кадров, уезжающих из страны, одобрило прием на работу в государственные организации здравоохранения дополнительно 200 врачей,</p>	<p>В январе 2011 г. министерство здравоохранения в целях компенсации потерь медицинских кадров, уезжающих из страны, одобрило прием на работу в государственные организации здравоохранения дополнительно 200 врачей,</p>

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Бывшая югославская Республика Македония (продолж.)	и Болгарии. Благодаря этому Фонд с тем же бюджетом смог закупить больше новых лекарств, а также обеспечить застрахованных граждан большим количеством лекарств без доплаты гражданами (простот объема лекарств составил 76%).	60 медсестер, 20 рентгенотехников и лаборантов, что обойдется в сумму 2–2,5 млн евро в год. Эта мера призвана повысить качество государственных лечебных учреждений и предотвратить отток квалифицированных медработников из государственного сектора.	сократилось на 6,1%. В апреле 2010 г. стоимость одного балла в нормативах подушевой оплаты врачей первичного звена была снижена на 10% (5 Динаров), однако вследствие протестов врачей эта мера была отменена.			неотложной медицинской помощи, создание комитета по укреплению сектора здравоохранения и внедрение интегрированной информационной системы управления здравоохранением и электронной медицинской карты.
Венгрия	В 2010 г. введены финансовые стимулы для рационального использования лекарств. Врачи получают премии за назначение более дешевых, но не менее действенных заменителей, а аптеки могут стимулировать	План “Земмельвайс” направлен на создание такой модели карьерного роста для работников здравоохранения, которая посредством изменения размеров заработной платы, уровня образования и условий найма	В 2008 г. были повышены коэффициенты финансирования (весовые коэффициенты для клинико-статистических групп, НДС) для реабилитации стационарных больных. В 2008 г. администрация Фонда	Планируется снизить с 1,5% до 1% административные расходы Национального фонда медицинского страхования.		

<p>использование именно таких лекарств, меняя выписанные врачами рецепты. В 2011 г. правительство объявило о планах реформирования системы субсидирования рецептурных лекарственных средств.</p>	<p>стимулирует работников к продолжению работы по специальности в Венгрии.</p>	<p>медицинского страхования получила право аннулировать договор о финансировании в случае, если не соблюдаются критерии в отношении качества или другие условия. В апреле 2009 г. были изменены условия финансирования амбулаторных и стационарных учреждений. Ранее была установлена фиксированная плата, действующая вплоть до определенного объема услуг. В рамках реформы объем услуг был сокращен, а оплата услуг, оказанных сверх этого объема, стала гибкой. Однако на практике сокращение и непредсказуемость бюджетов поставщиков специализированных услуг крайне осложнили вопросы управления,</p>
--	--	--

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Венгрия (продолж.)			<p>и в октябре они получили компенсацию в виде дополнительного перечисления 10,5 млрд форинтов (которые ранее не были включены в бюджетные ассигнования), реформа была отменена и была возвращена прежняя система. В 2010 г. поставщикам стационарных услуг вновь было выделено дополнительное финансирование (27,5 млрд форинтов) для предотвращения банкротства. Средства были потрачены главным образом на погашение долгов учреждений и сокращение</p>			

некоторых
очередей.
Принимая
такую помощь,
учреждения
обязывались
разработать план
консолидации,
участвовать
в постоянной
работе системы
мониторинга
задолженностей и
в реструктуризации
территориальной
инфраструктуры.

Принятый
правительством
в 2010 г. план
"Земмельвайс"
предусматривал
продолжение
этих реформ
в 2010/2011 гг.

Дополнительное
финансирование
бюджет направлено
в первую очередь на
три приоритетные
задачи –
модернизацию
автопарка
Национальной
службы скорой
помощи,
укрепление
первичного звена
и расширение
его функций (для
снижения нагрузки
на сектор специа-
лизированной

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Венгрия (продолж.)				<p>помощи) и на сокращение долга больниц и поставщиков медико-санитарной помощи. Для обеспечения финансовой устойчивости планируется создать эффективные и прозрачные механизмы распределения ресурсов, адаптированные к конкретным нуждам. Для этого планом предусмотрена отмена жестких лимитов по объемам стационарной и амбулаторной помощи. Планируется, что лечебные услуги в объемах, превышающих лимиты, будут</p>		

<p>оплачиваться на основании переменной стоимости лечения в каждом конкретном случае. Существующая ныне гонорарная система оплаты амбулаторной помощи будет заменена амбулаторными группами однокордных больных (венгерская версия клинико-статистических групп).</p>	<p>Германия</p>
<p>Греция</p> <p>В Меморандуме согласована задача 2 млрд евро на фармацевтической продукции (в 2011 г. экономия должна была составить 1 млрд евро) путем сокращения расходов на лекарства на 1% от ВВП.</p> <p>В 2011 г. был вновь введен в действие "позитивный список" лекарственных</p> <p>В 2011 г. были сокращены размеры заработной платы некоторых работников (например, по сравнению с 2009 г. зарплаты медсестер были снижены на 14%). Сокращены временные сотрудники, работающие по контрактам с фиксированным сроком. Ограничена замена работников, выходящих на пенсию (вместо</p> <p>В 2011 г. доходы фармацевтов снизились на 15–20%. Либерализация в деятельности аптек: в одной аптеке могут работать несколько фармацевтов, а также аптеки могут находиться на меньшем удалении друг от друга, чем раньше. Продлены часы работы аптек и снижено минимальное</p> <p>В 2011 г. доходы фармацевтов снизились на 15–20%. Либерализация в деятельности аптек: в одной аптеке могут работать несколько фармацевтов, а также аптеки могут находиться на меньшем удалении друг от друга, чем раньше. Продлены часы работы аптек и снижено минимальное</p> <p>В 2011 г. были сокращены размеры заработной платы некоторых работников (например, по сравнению с 2009 г. зарплаты медсестер были снижены на 14%). Сокращены временные сотрудники, работающие по контрактам с фиксированным сроком. Ограничена замена работников, выходящих на пенсию (вместо</p> <p>Вступивший в силу в 2011 г. новый закон о здравоохранении предусматривает создание главной государственной организации первичной медико-санитарной помощи – Национальной организации услуг здравоохранения (ЕОРУ), подчиняющейся министерству здравоохранения и социальной солидарности и труда</p> <p>В июне 2010 г. новое правительство приняло закон о создании новой структуры для муниципалитетов "Калликрат". Согласно этому плану, вместо 76 префектур было создано 13 областей, а вместо 1034 муниципалитетов осталось меньше 370. Предполагается, что в результате</p> <p>В 2011 г. началось спяние и закрытие больниц, в том числе спяние больницы системы социального страхования и национальной службы здравоохранения. Были продлены часы работы больниц национальной службы здравоохранения.</p>	

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарплата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Греция (продолж.)	<p>средств (оплаченный в 2006 г.), особый акцент в котором сделан на лекарства-дженерики. НДС на лекарства будет снижен с 11% до 6,5%, доля дженериков должна быть увеличена до 50% от всех лекарств в государственных больницах, стоимость дженериков не должна превышать 60% от стоимости брендовых лекарств, вводится централизованная закупка медицинских услуг и товаров, к заключению контрактов на закупку допускаются частные лица, а за выход за</p>	<p>пяти выходящих на пенсию работников (один).</p>	<p>количество населения, для которого может открываться аптека; разрешается делать скидки. Ведется работа по созданию системы управления цен на услуги больниц на основе тяжести случаев; система начтет использоваться для формирования бюджета больницы с 2013 г.</p>	<p>и социальной защиты. Организация начала функционировать в июне 2011 г. Задачи ЕОРУУ заключаются в координации первичной медико-санитарной помощи, регулировании договорных отношений с поставщиками медико-санитарной помощи и установлении стандартов качества и эффективности использования ресурсов; более широкой целью является снижение нагрузки на государственные больницы по оказанию амбулаторной и неотложной помощи. В структуру новой организации</p>	<p>реструктуризации региональные органы здравоохранения будут играть гораздо более важную роль в управлении и организации кадровых ресурсов национальной службы здравоохранения.</p>	<p>В рамках плана развития здравоохранения и социального обеспечения в 2010 г. начата разработка системы данных и показателей: а) для регистрации состояния здоровья граждан и б) для оценки достоячности, эффективности и рациональности услуг здравоохранения. Предусмотренные законодательством от 2011 г. новые меры направлены на расширение частных клиник при строительстве инфраструктуры, создание новых отделений, палат и лабораторий, а также новых больничных</p>

<p>рамки бюджета, предусмотренного контрактом на закупку, предусматриваются штрафы в размере от 500 до 50 000 евро.</p> <p>переводятся медицинские отделы основных фондов социального медицинского страхования.</p> <p>коек в пределах установленных темпов роста.</p> <p>В 2011 г. началось расширение электронной системы назначения лекарств для обязательного использования основными страховыми фондами при диагностических осмотрах и в стационарной помощи.</p>	<p>В 2009 г. были снижены барьеры для выхода на рынок и требования к размерам капитала для аптечной сети с целью повышения рыночной конкурентоспособности, которое может привести к снижению цен на лекарства.</p> <p>Проведенный недавно анализ продемонстрировал незначительное снижение цен на брендовые лекарства, хотя цены на дженерики не снизились.</p> <p>В отношении капитальных и накладных расходов следует отметить, что в 2007 г. правительство приняло решение об увеличении инвестиций в модернизацию имеющихся или строящихся новых лечебных учреждений и об оптимизации избыточного потенциала поставщиков услуг путем приватизации. План развития больничного</p>
<p>Грузия</p>	

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Грузия (продолж.)						<p>сектора пред-сматривал замену всей имеющейся инфраструктуры больницы в течение трех лет (2007–2009 гг.) путем передачи государством всех прав собственности частному сектору в процессе открытых торгов. Однако война 2008 г. и глобальный финансовый кризис создали серьезные проблемы ликвидности для инвесторов, особенно для строительных компаний, что существенно отразилось на возможности выполнения ими своих договорных обязательств</p>

в рамках данной программы.
Вследствие этого реализация генерального плана развития различного сектора затормозилась, и многие инвесторы, которые принимали участие в торгах с самого начала программы, были вынуждены отказаться от дальнейшего участия, несмотря на угрозу выплаты неустойки.
Впоследствии правительство решило эту проблему, найдя новых инвесторов, и в настоящее время в стране строится много новых больниц.
В 2010 г. были внесены изменения в порядок медицинского страхования для неимущих.
Правительство объявило конкурс на единый контракт на заключение договоров по

<p>Страна</p>	<p>Цены на изделия медицинского назначения</p>	<p>Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения</p>	<p>Выплаты поставщикам услуг</p>	<p>Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами</p>	<p>Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки</p>	<p>Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал</p>
<p>Грузия (продолж.)</p>	<p>каждой области, и частные страховые компании боролись за право стать единственным поставщиком услуг медицинского страхования для неимущих в каждой области. Помимо прочего, одним из условий выигрыша в этом конкурсе было обязательство частных страховых компаний построить новые больницы. Программа создания новой инфраструктуры должна завершиться в 2012 г.</p>					
<p>Дания</p>	<p>В результате проведенных в 2011 г. переговоров зарплаты работников здравоохранения</p>	<p>В рамках стратегий, выполнение которых было ускорено после 2008 г., была расширена практика проведения торгов</p>	<p>В результате реализации которых была ускорена после 2008 г., меры по повышению</p>	<p>В рамках стратегий, выполнение которых было ускорено после 2008 г., была осуществлена централизация</p>		

<p>рациональности фармакотерапии.</p> <p>увеличились лишь незначительно.</p> <p>для усиления конкуренции между поставщиками услуг (государственными больницами за пределами каждого региона, частными больницами и поставщиками для государственных больниц в каждом регионе). Для поиска возможностей экономии вводятся оценки бюджетов больниц.</p> <p>(в виде закрытия больниц или отделений больниц с целью достижения экономии за счет масштабирования и сокращения эксплуатационных расходов.</p> <p>Также в рамках активизации стратегий было проведено исследование в сфере информационных технологий.</p>
<p>Израиль</p>
<p>С 2010 г. пересматриваются условия соглашений с фармацевтическими компаниями.</p> <p>В 2009 г. был введен мораторий на прием на работу и повышение по службе, прекращена практика замены работников, уходящих в отпуск, закончены временные контракты; перевод работников; добровольные увольнения по сокращению штатов; сокращение расходов на образование и обучение. Бюджет 2010 г. предусматривал снижение</p> <p>С 2008 г. сокращена ежегодная доплата для врачей общей практики, обслуживающих держателей медицинских карт.</p> <p>С 2009 г. на 8% снижены гонорары всех медработников, а гонорары аптек снижены на 24–34%. В 2010 и 2011 гг. имело место новое снижение на 5% гонораров медработников.</p> <p>В 2009 г. Управление здравоохранения обязалось снизить расходы на административные цели, управление и рекламу как минимум на 3%.</p> <p>В бюджете на 2010 г. предусмотрено сокращение административных расходов, в том числе сокращение штата Управления на 6000 человек (300 млн евро) и дополнительное повышение эффективности</p> <p>Принимаются меры по увеличению объема услуг при сокращении ресурсов: например, за первые шесть месяцев 2009 г. объем услуг дневного стационара вырос на 5% по сравнению с уровнем 2008 г. и планом на 2009 г. В период между первым полугодием 2008 г. и 2009 г. количество</p>

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Ирландия (продолж.)		гонораров, уплачиваемых специалистам, работающим по договору (врачам общей практики и другим медработникам), что позволило сэкономить около 659 млн евро. Бюджет 2011 г. предусматривал сокращение постоянного и временно замещающего персонала, снижение гонораров специалистов, досрочный выход на пенсию или добровольное увольнение по сокращению штатов.			использования ресурсов в Управлении (90 млн евро). В бюджете на 2011 г. предполагается сокращение административных расходов на 43 млн евро.	амбулаторных посещений увеличилось на 3%, а количество новых обращений в амбулаторные отделения за этот же период – на 6%. Коечный фонд в период с января по июнь 2009 г. сократился на 519 коек.
Исландия	С марта 2009 г. действуют официальные правила назначения лекарственных средств, согласно которым, например,	В 2009 г. отдельным организациям медико-санитарной помощи было поручено сократить зарплаты медработников.			В октябре 2008 г. в целях снижения административных расходов и повышения эффективности использования	

<p>в первую очередь следует назначать дженерики, и лишь потом, при необходимости, переходить к более дорогим альтернативам; в противном случае пациент оплачивает полную стоимость лекарства. Это позволило в период с 2009 по 2010 гг. сократить соответствующие расходы на лекарства на 10,7%.</p>	<p>Обычным методом при этом было сокращение сверхурочной работы и ночных смен, а также удлинение таких смен, которые требовали меньше персонала. Дорожных расходов, непрерывного образования и т.д. Эта мера коснулась врачей-терапевтов и медсестер с высшим образованием, а также других практических работников и организаторов медико-санитарной помощи, многие потеряли работу. Например, в период с 2007 по 2010 г. Национальная университетская больница уволила свыше 700 работников (около 10% всего персонала). Согласно исследованиям, сокращения вызвали негативную реакцию работников. В настоящее время во многих лечебных</p>	<p>ресурсов были объединены министерство здравоохранения и министерство социального обеспечения. В 2011 г. планируется объединить Директорат здравоохранения и Институт общественного здравоохранения Исландии.</p>
		<p>Также были объединены несколько медицинских центров: например, в 2007 г. в стране было около 20 сельских медицинских центров, а в 2011 г. их осталось только 12.</p>

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Исландия (продолж.)		<p>учреждениях страны имеются вакантные должности врачей. Кроме того, быстро увеличивается средний возраст врачей, поскольку часто врачи не возвращаются в Исландию после прохождения специализации за границей.</p>				
Испания	<p>На национальном уровне предприниматели пытаются сократить расходы на лекарственные средства (путем ведения с поставщиками переговоров о более благоприятных условиях поставки, а не путем повышения эффективности использования лекарств).</p>	<p>На национальном уровне в 2010 г. Казначейство инициировало краткосрочное сокращение зарплат всех государственных служащих, включая работников здравоохранения.</p>	<p>В Каталонии ведутся переговоры с поставщиками об условиях контрактов, с 2011 г. предусматривается снижение цен на медицинские процедуры на 2%.</p>	<p>Каталония, 2011 г.: разработка стратегий определения приоритетов в клинической практике; меры, гарантирующие улучшение организации процесса; повышение качества и эффективности назначенных врачами лекарственных средств; мониторинг качества работы и уровня знаний медработников; меры по</p>	<p>Каталония, 2011 г.: введены правила упрощения административных процедур (которые, как ожидается, позволят повысить экономно ресурсов на 25%), включающие меры строгой экономии, в системе управления медицинскими центрами; приняты меры по расширению использования системы</p>	<p>Каталония, 2011 г.: более активно используются информационная технология и электронное здравоохранение. Приоритетное значение получили инвестиции в обновление существующей, а не в создание новой инфраструктуры.</p>

<p>Каталонский план предусматривает выработку в 2011 г. рациональных стратегий назначения лекарств, в основу которых будет положено достижение оптимального соотношения затрат и результатов, разделение ответственности между поставщиками услуг и пациентами и использование дженериков или менее дорогих альтернативных средств.</p>	<p>стимулированию ответственного использования населением услуг здравоохранения.</p> <p>электронного управления.</p>
<p>Италия</p>	<p>В 2010 г. в качестве меры сдерживания расходов создан механизм оценки деятельности, увязанный с оплатой услуг поставщиков.</p>
<p>Кипр</p>	<p>Сокращены зарплаты всех медицинских работников государственного сектора. Кроме того, министерство здравоохранения изменило размеры оплаты сверхурочной работы врачей.</p>

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министриства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Кыргызстан						
Латвия	<p>В 2009 г. были расширены базовые фармако-терапевтические группы и стало уделяться больше внимания международному сопоставлению цен на лекарства. В 2009 г. Центр экономики здравоохранения провел повторную оценку соотношения затрат и эффективности и цен лечения ВИЧ/СПИДа и представил рекомендации по назначению лекарств. Ранее средства для лечения ВИЧ/СПИДа закупались в централизованном порядке, но</p>	<p>В 2009 г. была принята программа повышения ответственности и расширения обязанностей семейных врачей, предполагающая усиление поддержки оказанию медико-санитарных услуг на дому.</p>	<p>В 2009 г. было закрыто Управление общественного здравоохранения. Многие функции по охране общественного здоровья были распределены между другими учреждениями, а некоторые функции были утрачены. В рамках реорганизации структуры, ответственной за выработку государственной политики в отношении здравоохранения и управление государственным финансированием медико-санитарной помощи, в целях сокращения административных</p>	<p>В 2009 г. было закрыто Управление общественного здравоохранения. Многие функции по охране общественного здоровья были распределены между другими учреждениями, а некоторые функции были утрачены. В рамках реорганизации структуры, ответственной за выработку государственной политики в отношении здравоохранения и управление государственным финансированием медико-санитарной помощи, в целях сокращения административных</p>	<p>Количество больниц, получающих государственное финансирование, сократилось с 88 в 2008 г. до 72 в 2009 г. и 39 в 2010 г. В 2009 г. на 100 000 населения приходилось 3,18 больницы, а в 2010 г. – 1,73. Кочечный фонд уменьшился с 746 на 100 000 населения в 2008 г. до 625 в 2009 г. и 493 в 2010 г. По сравнению с 2008 г., в 2009 г. количество госпитализаций и койко-дней в стационарах сократилось на 27,1%. Средняя стоимость одной госпитализации</p>	

<p>в 2010 г. они были включены в систему возмещения стоимости. Благодаря оценке соотношения затрат и эффективности и переговорам с фармацевтическими компаниями о снижении цен на лекарства на основании международных сравнений, Центр экономики здравоохранения смог добиться значительного снижения цен – от 3% до 49% по сравнению с ценами 2009 г. Это дало возможность за то же количество денег лечить больше пациентов.</p>	<p>издержек в 2009 г. был создан Медицинский платёжный центр. Это было связано с сокращением в 2009 г. бюджета программ на 127,8 млн лат, то есть на 24,8% по сравнению с 2008 г., и с сокращением штатов. Кроме того, общее количество сотрудников сократилось с 313 человек в 2008 г. до 139 в 2009 г. Реорганизации также подверглись службы неотложной помощи. В феврале 2009 г. вместо 39 учреждений была создана единая Служба неотложной бесплатной медицинской помощи, которая должна будет постепенно брать на себя функции неотложной помощи, ранее выполняемые учреждениями бесплатной медицинской помощи; это позволит централизовать</p>	<p>сократилась на 1,2%, но в то же время стоимость одного дня пребывания в стационаре увеличилась на 6,8%. В 2008 г. средняя продолжительность пребывания в больнице составляла 9,5 дней, в 2009 г. – 8,7 дней, а в 2010 г. – 8,5 дней. В 2009 г. из-за того, что несколько региональных больниц были закрыты, значительно возросли активность и количество услуг, оказываемых дневными стационарами. В 2009 г. услугами дневных стационаров воспользовались 39 507 пациентов, а уже в первые восемь месяцев 2010 г. – 50 938 человек. Общее количество госпитализаций в 2009 г. составило 373 313 случаев.</p>
---	---	---

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министрива здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Латвия (продолж.)				<p>систему оказания неотложной помощи и сократить административные расходы. Благодаря этому в 2009 г. количество вызовов неотложной помощи сократилось на 10%.</p>		
Литва	<p>В июле 2009 г. был принят План повышения доступности лекарств и снижения их цен. В 2010 г. были приняты новые требования к установлению цен на дженерики – например, для возмещения стоимости лекарства необходимо, чтобы цена первого дженерика была на 30% ниже цены оригинального препарата, а цена второго и третьего</p>	<p>В 2009 г. заработная плата медработников снизилась на 10%, а в 2010 г. – на 6%.</p>	<p>В 2011 г. началась подготовка к переходу от нынешней национальной системы финансирования больниц в зависимости от количества пациентов к принятой в международной практике системе стандартных клиничко-статистических групп.</p>		<p>В 2009 г. была принята программа реорганизации сети медицинских учреждений в систему районного, областного и национального уровней. В результате объединения более крупные больницы юридические лица количество учреждений, оказывающих услуги медико-санитарной помощи, сократилось на 24 единицы. Ожидается, что экономический</p>	<p>Реформы системы медико-санитарной помощи 2009 г. в первую очередь направлены на снижение объема услуг стационара и перенаправление имеющихся средств на услуги первичного звена, сектора амбулаторной помощи (с увеличением объема услуг как минимум на 5%), а также на услуги дневных стационаров (с увеличением</p>

Дженериков — как минимум на 10% ниже цены первого дженерика, подлежащего компенсации. Был принят каталог с новыми ценами лекарств, стоимость которых возмещается из средств фонда медицинского страхования. Стоимость лекарств стала возмещаться на основании действующего вещества (МНН), и пациент имеет право выбрать то лекарство, размер платежа за который будет самый низкий. Была снижена базовая цена более 1000 лекарственных препаратов. До этой реформы пациенты из собственного кармана оплачивали за эти лекарства 130 млн лит в год; предполагается, что, если пациенты смогут выбирать из нового ценового каталога более дешевые

эффект составит 1,37 млн лит. В 2009–2010 гг. была начата реструктуризация министерства здравоохранения и подчиненных ему учреждений. Также была проведена реорганизация системы общественного здравоохранения, в рамках которой в 2009–2010 гг. были объединены семь учреждений общественного здравоохранения.

как минимум на 8%) и сестринскую помощь. Также реформы предусматривают перенаправление узких специалистов медико-санитарной помощи в амбулаторные учреждения и дневные хирургические стационары, а также в систему длительной помощи.

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
<p>Литва (продолж.)</p> <p>лекарства, бюджет сжатолено 80 млн лит личных расходов граждан. Расходы Фонда обязательного медицинского страхования на лекарства и приборы медицинского назначения в амбулаторном секторе сократились с 201,64 млн евро в 2008 г. до 197,88 млн в 2009 г. и 189,22 млн в 2010 г., в то время как количество назначений увеличилось.</p>						
<p>Мальта</p> <p>В 2009 г. была создана нормативно-правовая база для установления максимальной эталонной цены на этапе</p>						

<p>принятия решения о включении лекарств в фармацевтический справочник. Эта мера уже начала давать ожидаемые результаты: в 2010 г. снизились цены на некоторые лекарства, что создало более благоприятные условия для государственных закупок.</p>	<p>Нидерланды</p> <p>В 2010 г. начали более ускоренно реализовываться стратегии, позволяющие фондам медицинского страхования играть более заметную роль в приобретении услуг медицинской помощи, что существенно повлияло на снижение цен, в частности, на лекарственные средства, и на реализацию "политики предпочтений", целью которой является контроль цен на лекарства.</p> <p>С 2010 г. в рамках изменений в системе закупок фондами социального медицинского страхования фармацевты начали получать фиксированную сумму за каждую услугу, а преимьяльные надбавки были отменены.</p> <p>С 2010 г. повышается уровень интегрирования первичной медико-санитарной помощи в местных сообществах; это делается для снижения пользования стационарной помощью и содействия развитию электронных услуг психиатрической помощи для поощрения самостоятельного ведения болезней. В соответствии с начатой в 2006 г. реформой</p>
--	--

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Нидерланды (продолж.)					голландской системы здравоохранения, в 2010 г. были разработаны меры дальнейшего стимулирования частных инвестиций в сектор медико-санитарной помощи. Для этого была создана система регулируемого получения прибыли в секторе медико-санитарной помощи. Призванная способствовать привлечению внешнего (частного) капитала для инноваций, повышения качества, улучшения материального обеспечения	

и общего обслуживания пациентов. В первые три года после инвестирования поставщики услуг не будут получать прибыли. Созданы инструменты и нормативные документы, которые будут обеспечивать оказание неотложной помощи при возникновении у больных финансовых трудностей: для того, чтобы подчеркнуть ответственность больниц, в них предполагается использование "системы раннего предупреждения".

Выходные
премиальные пособия для менеджеров сектора медицинской санитарной помощи ограничены суммой 75 000 евро.

Норвегия

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Польша	<p>В 2011 г. правительство представило новый закон о регулировании рынка лекарств, стоимость которых подлежит компенсации пациентам.</p> <p>Основные элементы законодательства включают ограничение максимальных расходов Национального фонда медицинского страхования на возмещение стоимости лекарственных средств на уровне 17% от всех расходов (при его превышении производительи лекарственных средств, участвующие в системе возмещения расходов,</p>					<p>В 2011 г. принят новый закон, разрешающий преобразование больниц в самостоятельные хозяйствующие субъекты. При этом больницы остаются в государственной собственности, но на них будет распространяться законодательство о банкротстве. Эта мера призвана оптимизировать финансовое управление.</p>

<p>обязаны вернуть определенную часть средств); ограничение максимальной наценки на лекарства в оптовой продаже и в продаже аптеками; установление фиксированных цен на продаваемые в аптеках лекарства, подлежащие компенсации пациентам; запрет оптовой продажи лекарств аптекам со скидкой. Данный закон подвергается ожесточенной критике со стороны фармацевтической индустрии, аптек и других заинтересованных сторон, но при этом пользуется большой поддержкой правительства и парламента страны.</p>	<p>Португалия</p> <p>С 2011 г. проводятся централизованные закупки лекарственных средств и диагностических тестов, снижены цены и размеры возмещения</p> <p>В 2010 г. в отношении работников государственного сектора (включая работников здравоохранения) были приняты следующие меры:</p> <p>В 2011 г. был осуществлен переход к подушевой системе оплаты.</p> <p>В декабре 2010 г. была отменена практика "сплошных" и плановых осмотров при отсутствии технических/</p> <p>В 2011 г. перед всеми подразделениями/медицинскими службами была поставлена задача сократить нынешние расходы,</p> <p>В соответствии с установившейся тенденцией, в стране сокращается коечный фонд, а также</p>
---	---

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Португалия (продолж.)	<p>стоимости для пациентов, ускорена процедура предоставления дженериков, введено назначение лекарств по действующему веществу, а также принято руководство по назначению лекарств и начата выдача рецептов в электронном формате.</p> <p>В национальном бюджете на 2011 г. были предусмотрены следующие меры:</p> <p>(1) Снижение цен на лекарства-дженерики, имеющие высокую цену по сравнению с международными ценами, начиная с наиболее продаваемых дженериков –</p>	<p>(1) Заморожены заработные платы.</p> <p>(2) Заморожено повышение по службе и карьерный рост в органах государственного управления.</p> <p>(3) Прекращен прием новых сотрудников и сокращается количество уже работающих (в первую очередь сокращению подлежат работники с нестабильными контрактами).</p> <p>(4) Сокращаются некоторые расходы, такие как расходы на командировки, питание и оплату сверхурочного труда, а также стало невозможно одновременно работать в государственном</p>	<p>научных оснований для таких осмотров; в информациональных системах были приняты меры против назначения осмотров, не нужных пациентам; ужесточен контроль за потреблением ресурсов в больницах амбулаторного типа; предусмотрены денежные штрафы для ненадлежащее использование лекарств.</p>	<p>кроме расходов на кадровые ресурсы, на 5%.</p> <p>После того, как будет опубликован Национальный план здравоохранения на 2011–2016 гг., Будет закрыто Управление Верховного комиссара по здравоохранению.</p>	<p>в последние годы закрываются центры первичной медико-санитарной помощи. Количество больничных коек на 100 000 населения сократилось с 336,7 в 2008 г. до 334,8 в 2009 г., а коек в центрах первичной медико-санитарной помощи – с 5,5 в 2008 г. до 4,6 в 2009 г. В последнее время незначительно сократилось и количество центров первичной медико-санитарной помощи (с 377 в 2008 г. до 375 в 2009 г.), но очень резко</p>	

<p>омепразола и симвастатина: цены на них должны быть как минимум на 35% ниже, чем на брендовые лекарства.</p> <p>(2) Снижение на 7,5% цен на биологические фармацевтические препараты.</p> <p>(3) Снижение цен на дополнительные процедуры диагностики и лечения: на 5% на клинические диагностические анализы и на 3% на рентгенографию и томографию.</p> <p>(4) Снижение на 10% цен на быстро расходуемые тест-полоски для гликемического контроля для диабетиков.</p> <p>(5) Снижение цен на гемодиализ.</p> <p>(6) Снижение на 6% цен на субсидируемую государством фармацевтическую продукцию.</p>	<p>секторе и получать пенсию. Эти меры привели к неожиданно массовому выходу врачей на пенсию: к ноябрю 2010 г. заявления об уходе на пенсию подали почти 600 врачей.</p>	<p>уменьшилось количество пунктов первичной помощи или сельских медицинских пунктов (с 1778 в 2008 г. до 1318 в 2009 г.).</p>
--	---	---

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Республика Молдова			<p>В 2009 г. была разработана система оценки деятельности и финансирования на основе достигнутых результатов, направленная на стимулирование медработников и повышение качества работы и эффективности использования ресурсов. Оплата расходов поставщикам услуг здравоохранения, с которыми были заключены договоры в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам и расценкам на медицинские услуги, установленным совместно</p>	<p>Министерство здравоохранения подготовило план действий по преодолению и смягчению последствий кризиса для общественного здравоохранения в соответствии с программой стабилизации и возрождения экономики страны на 2009–2011 гг. План предусматривает перераспределение финансирования различных типов и уровней медико-санитарной помощи, включая высокотехнологичную стационарную помощь и дорогостоящие медицинские услуги. Финансирование в приоритетном порядке неотложной</p>		<p>Несмотря на введенные министерством ограничения на капитальные вложения и ограничения расходов на кадровое обеспечение и обучение, министерству здравоохранения удалось сохранить и даже увеличить финансирование в этих областях благодаря новой поправке к Закону об обязательном медицинском страховании. Парламентом в июле 2010 г., позволяющей создать в рамках системы обязательного медицинского страхования новый "фонд</p>

<p>министерством здравоохранения и национальной компанией медицинского страхования и рассчитанным по формуле, которая предусматривает лимиты для накладных и некоторых текущих расходов и которая ежегодно корректируется с учетом уровня инфляции и тенденций в накоплении доходов и расходов Фонда медицинского страхования.</p>	<p>и первичной помощи (более 31% всего бюджета системы обязательного медицинского страхования) позволило сохранить доступность соответствующих медицинских услуг и расширить перечень лекарств, стоимость которых подлежит возмещению.</p>	<p>развития и модернизации поставщиков услуг общественного здравоохранения". Собранные финансовые ресурсы используются главным образом для развития потенциала поставщиков услуг здравоохранения, в том числе для инвестиций в основной капитал, закупки современного дорогостоящего оборудования, санитарного транспорта, информационных технологий и т.д.</p> <p>В 2009 г. планы инвестиций в дорогостоящее оборудование были пересмотрены и заморожены.</p>
<p>Российская Федерация</p> <p>В 2010 г. приняты правила регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших</p>	<p>Либерализация юридического статуса государственных и муниципальных учреждений, которые в результате могут становиться либо</p>	<p>В течение двух лет (2011–2013 гг.) в рамках проекта модернизации планируется освоить 460 млрд рублей (15 млрд Долларов США). Дополнительные налоговые</p>

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Российская Федерация (продолж.)	лекарственных препаратов, правила регистрации отпускных цен производителей и установления предельных размеров оптовых и розничных надбавок.		"автономными некоммерческими", "бюджетными" или "государственными" учреждениями. Первые два типа учреждений получают право взимать с граждан плату за услуги по установленным тарифам и объявлять себя банкротом. Их деятельность будет оплачиваться фиксированными бюджетными субсидиями на оказание определенного объема услуг, а помощь, оказанная сверх установленных предельных объемов, будет оплачиваться гражданами. Предполагалось, что разделение учреждений на			поступления будут направляться в первую очередь в инвестиции в основной капитал (строительство и ремонт зданий, закупка медицинского оборудования — 300 млрд рублей); 34 млрд рублей будет выделено на развитие информационных систем, а 136 млрд — на проект "Медицинская стандартизация" (наименее понятный сточки зрения содержания).

<p>три категории бюджет произведено в 2011 г., однако этот процесс еще продолжается, и официально учреждения обретут свой статус в 2013 г.</p>	<p>В 2009 г. под давлением фармацевтических компаний и оптовых поставщиков министерство здравоохранения скорректировало цены на лекарственные препараты с учетом нового обменного курса (который упал вследствие инфляции), что вызвало рост цен. В 2011 г. Национальный фонд медицинского страхования изменил систему эталонных цен для лекарств, стоимость которых возмещается пациентам; эта мера направлена на сдерживание расходов путем стимулирования назначения</p>	<p>В 2010 г. правительство на 25% сократило зарплаты всех работников государственного сектора, включая врачей и другой персонал больницы. Это привело к уменьшению отчислений на здравоохранение (для того, чтобы решить проблемы, следует указать, что в 2010 г. из 4 млн всех работающих, которые уплачивали взносы в Фонд медицинского страхования, около 1,4 млн человек работали в государственном секторе).</p>	<p>С 2009 г., в соответствии с рамочным контрактом, снижена стоимость баллов, на основании которых производится расчет вознаграждения врачей общей практики (согласно рамочному контракту, любые колебания в доходах Национального фонда медицинского страхования могут отразиться на уровне оплаты в первом звене). В пересмотренном рамочном контракте для врачей общей практики, принятом в 2010 г., было предложено установить новую систему оплаты услуг врачей</p>	<p>В начале 2011 г. министерство здравоохранения объявило о слиянии 111 больниц; 71 больница должна быть преобразована в дома престарелых. В рамках идущего процесса децентрализации повышен уровень ответственности местных органов власти за управление больницами. В 2010 г. было объявлено о плане введения новой информационной системы здравоохранения и "карточки страхователя" в целях повышения эффективности использования ресурсов в системе и сокращения бюрократических процедур.</p>	<p>Еще до кризиса министерство здравоохранения объявило о плане строительства восьми новых больниц, для чего было проведено предварительное экономическое исследование. Финансовый кризис привел к отказу от этого плана. Также были сокращены объемы закупки оборудования.</p>
--	---	---	--	--	---

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Румыния (продолж.)	<p>лекарственных средств, цена которых ниже эталонной.</p> <p>В 2010 г. для фармацевтических компаний был введен механизм возврата бюджетных средств (после вычета НДС министерству здравоохранения возвращается определенный процент от общего объема продаж лекарственных препаратов, стоимость которых возмещается пациентам; ставка возврата является плавающей и зависит от стоимости общего объема продаж).</p>	<p>общей практики (сокращение подушевой доли и увеличение гонорарной доли в вознаграждении врачей в узвязке с оценкой некоторых показателей работы) и ограничить количество рабочих часов в неделю. Такой вариант контракта был негативно воспринят врачами общей практики, и в 2011 г. он пересматривался.</p>				

Сербия	<p>Государственный Фонд медицинского страхования обратился к фармацевтическим компаниям с просьбой снизить цены на свою продукцию, и они согласились на период с марта 2011 г. по март 2012 г. снизить на 10% стоимость всего объема поставок, с возможностью продления такой скидки. Аналогичным образом Фонд пытается добиться сокращения расходов и на приборы медицинского назначения, однако приведет ли эти усилия к каким-либо положительным результатам.</p>	<p>В 2010 г. вспомогательный персонал административно-хозяйственных служб и служб информационных технологий, работающий в медицинских учреждениях по частным контрактам, согласился на снижение заработной платы в обмен на сохранение рабочих мест. На практике это часто означало, что зарплата по контракту в динарах оставалась такой же, но в реальном выражении оказывалась ниже вследствие инфляции и падения курса динара к евро.</p>	<p>Острый дефицит финансирования в Компании общего медицинского страхования вызвал задержки в оплате аптек и поставщикам услуг,</p>
Словакия	<p>В 2009–2010 гг. была введена система формирования цен на лекарственные препараты на основании эталонных цен. Это было главное</p>		

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Словакия (продолж.)	программное изменение, направленное на смягчение последствий кризиса 2009 г.				и правительство вынуждено было вмешаться. Меры правительства приняли форму слияния этой компании с Компанией общественного медицинского страхования, которое состоялось 1 января 2010 г. В результате слияния компания получила из государственного бюджета 65 млн евро, а еще примерно 33 млн поступили из финансовых резервов Компании общественного медицинского страхования.	
Словения	В 2009 г. Национальный фонд медицинского страхования пересмотрел перечни лекарственных	Государством были приняты следующие меры в отношении оплаты труда в государственном секторе (благодаря которым каждый	В 2009 г. Национальный фонд медицинского страхования снизил стоимость услуг здравоохранения (в целом) на 2,5%		В 2009 г. Национальный фонд медицинского страхования добился вынужденного сокращения	В 2009 г. Национальный фонд медицинского страхования на 5% снизил затраты на услуги третичного уровня.

<p>средств, путем переговоров с поставщиками снизил цены на лекарства, начал предоставлять населению информацию о надлежащем использовании лекарств и провел обучение врачей по рациональному назначению лекарств, а также благодаря снижению цен на эритропоэтин уменьшил стоимость диализа.</p>	<p>год экономится 23 млн евро); в 2009 г. не проводилась коррекция базовой величины зарплаты с учетом инфляции, а в 2010 г. размер коррекции был меньше уровня инфляции; были отложены меры по сокращению разрыва между зарплатами (до существующего уровня показателей экономического роста); с апреля 2009 г. отменена надбавка за перевыполнение плановых заданий. Национальный фонд медицинского страхования принял комплекс мер по уменьшению выходов на работу, включая усиление немедицинского контроля за невыходами на работу и обучение врачей общей практики методам оценки причин невыхода на работу.</p>	<p>и ввел штрафные санкции для поставщиков помощи за нарушение условий контракта, заключенного с фондом.</p>	<p>материальных затрат, а также сократил прямые издержки.</p>
---	---	--	---

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Соединенное Королевство (Англия)		<p>В апреле 2011 г. в условиях роста инфляции как минимум на два года были заморожены зарплаты медицинских работников.</p> <p>Запланированные меры по повышению эффективности использования ресурсов включают постоянное повышение производительности труда.</p>		<p>Запланированные меры по повышению эффективности использования ресурсов включают повсеместное применение в НСЗ передовой практики ведения долготечущих заболеваний и меры по обеспечению большей согласованности и единообразия в порядке госпитализации и амбулаторного приема больных.</p>	<p>В Плане бюджетных расходов на период с апреля 2011 г. по март 2014 г. предусматривается сокращение административных расходов на 33%. В частности, к 2014 г. планируется сократить с 18 до максимум десяти количество независимых и не связанных друг с другом организаций, таких как Управление охраны здоровья, Управление по стандартизации пищевых продуктов и Национальное управление по лечению алкоголизма и наркомании.</p>	<p>В Плане бюджетных расходов на период с апреля 2011 г. по март 2014 г. предусматривается сокращение административных расходов на 33%. В частности, к 2014 г. планируется сократить с 18 до максимум десяти количество независимых и не связанных друг с другом организаций, таких как Управление охраны здоровья, Управление по стандартизации пищевых продуктов и Национальное управление по лечению алкоголизма и наркомании.</p>
Турция	К 2009 г. предельный размер возмещения стоимости лекарств в системе					

	<p>Установления цен по эталонным ценам был снижен с 22% до 15% от стоимости самого дешевого лекарства, которое может быть назначено по данному показанию. После этого некоторые фармацевтические компании, чьи препараты раньше не покрывались системой, добровольно снизили цены, чтобы их препараты снова были включены в систему, и это привело к незначительной экономии – порядка 1 млрд дир.</p>
<p>Узбекистан</p>	<p>В октябре 2008 г. колебания курсов валют вызвали резкий рост цен на лекарственные препараты и медицинские изделия. Правительство установило предельные снабженческо-сбытовые наценки</p> <p>Поскольку заработная плата относится к защищенным статьям расходов, в 2009 г. расходы на зарплату выросли почти на 3% (после чего в 2010 г. они незначительно снизились). В то же время принятые в 2009 г.</p> <p>В 2009 г., несмотря на кризис, министерство здравоохранения разработало вертикальную (от министерства до поставщиков медико-санитарной помощи) систему управления и контроля качества медицинской</p> <p>В 2008 г. правительство приняло программу "Преодоление влияния мирового финансово-экономического кризиса и поступательное развитие". Специальный раздел</p>

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Украина (продолж.)	<p>для лекарственных средств, включенных в перечень основных лекарственных средств и изделий медицинского назначения (не выше 12% оптовой цены и не более 25% закупочной цены, а для лекарственных средств и изделий медицинского назначения, закупаемых за бюджетные средства – не более 10% как оптовой, так и закупочной цены). Попытка сдерживания цен не увенчалась успехом и привела к сокращению спектра имеющихся в наличии лекарств. Кроме того, она повлекла за собой увеличение доли</p>	<p>постановления правительства в отношении зарплат работников государственного сектора (о повышении минимальной и базовой заработной платы) позволили сохранить и даже увеличить (на 4–7%) зарплаты всех категорий медицинских работников. В 2010 г. правительство ввело доплату за стаж для врачей и медсестер в размере от 10% до 30%, благодаря чему зарплаты медработников значительно выросли (на 24–53%). При том, что в 2008 г. зарплаты медперсонала</p>		<p>помощи, включающую мониторинг и обеспечение соблюдения клинических протоколов и стандартов оказания медицинской помощи. Эта система, однако, не предусматривала ни санкций за несоблюдение медицинских стандартов, ни стимулов для их соблюдения, и потому на практике никак не повлияла на работу медицинского персонала.</p>		<p>в программе был посвящен обеспечению качественных и доступных медицинских услуг; предусмотрены некоторые меры по оптимизации сети лечебных учреждений. Эта программа, однако, реализована не была. В 2009 г. количество лечебных учреждений осталось неизменным, но коечный фонд в результате реструктуризации сократился на 7%; реструктуризация была предпринята местными властями, у которых не было достаточных средств для содержания лечебных учреждений.</p>

<p>дорогостоящих препаратов и сокращение аптечной сети, повышение уровня безработицы в данном секторе и в целом уровня социальной напряженности. В ответ на критику правительство начало применять более мягкий и более рыночно-ориентированный механизм контроля цен, используя формулу, учитывающую колебания курса валют. В 2008 г. цены на лекарства выросли по сравнению с предыдущим годом на 15%, в 2009 г. – на 42%, а в 2010 г. – только на 6,4%. Рост цен замедлился благодаря замене лекарств, покупаемых в странах с высокой стоимостью (Германия и Швейцария), на лекарства, покупаемые в тех странах, где их стоимость ниже,</p>	<p>В долларовой эквиваленте снизились почти на 30%, в 2010 г. они практически вернулись к уровню до 2008 г.</p>	<p>В результате на 50% сократилось количество небольших сельских больниц, которые были перепрофилированы в амбулаторные клиники. Судя по динамике общих расходов, больше всего изменения коснулись таких функций, как стационарная помощь (реальные расходы сократились на 13%, а расходы в долларовой эквиваленте – на 33,6%), обеспечение лекарствами (снижение на 2,5% и 25,5%, соответственно), и услуги профилактики (9% и 30,3%), однако больше всего были урезаны расходы на основной капитал (соответственно, на 22,4% и 40,7%). В период кризиса изменилась структура бюджетных расходов на</p>
--	---	--

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Украина (продолж.)	в частности в Индии, а также на лекарства отечественного производства.					коммунальное обслуживание учреждений (они увеличились на 2% в 2009 г. и незначительно снизились в 2010 г.). Расходы на лекарства и продовольствие оставались практически неизменными, а доля расходов на основной капитал, которые не относятся к категории защищенных, в 2008 г. резко сократилась (более чем втрое) и осталась низкой в 2010 г. (3,7% от общих расходов).
Финляндия			Введены ваучеры на такие услуги социальной помощи, как уход за близкими			Между муниципалитетами существуют немалые различия в обеспеченности

родственниками, бытовое обслуживание, вспомогательные услуги по жилищно-коммунальным вопросам и жилищно-коммунальные услуги для лиц с ограниченными возможностями. В 2011 г. было запланировано ввести такие ваучеры на услуги здравоохранения. Предполагается, что ваучеры позволят ослабить нагрузку на государственный сектор и расширить возможности выбора для потребителей услуг. Ваучеры используются 27 муниципалитетов, 32 муниципалитета планируют расширить или начать их использование (6 и 10 — для услуг специализированной помощи, 2 и 5 — для услуг по реабилитации, 4 и 13 — для стоматологических услуг).

финансовыми ресурсами и работниками здравоохранения, поэтому было принято решение о реструктуризации и слиянии муниципалитетов с объединением их ресурсов. В период с 2005 по 2011 гг. количество муниципалитетов сократилось с 432 до 336.

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколов для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Франция	Благодаря снижению стоимости медицинских изделий (в том числе за счет более широкого использования лекарств-дженериков) в 2011 г. ожидается экономия расходов.	В 2011 г. были снижены гонорары некоторых медицинских работников.				Принят пятилетний план инвестиций в больничный сектор на 2008–2012 гг. на сумму 16 млрд евро, из которой в 2010–2012 гг. будет израсходовано только 6 млн.
Хорватия	В 2010 г. Хорватия провела радикальную реформу системы регулирования ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств, отпускаемых по рецептам. Отпавшие цены на все лекарственные средства устанавливаются на основании международного	Была проведена реорганизация медико-санитарной помощи, в результате которой была введена подушевая плата, поставщикам первичной медико-санитарной помощи, которая разделяется на "фиксированную" и "плавающую". Фиксированная плата определяется	В феврале 2009 г. продлен срок действия рецептов на некоторые лекарства (до шести месяцев), что позволило снизить нагрузку на семейных врачей и сократить количество ненужных посещений врачей к врачу и административные расходы.	В январе 2011 г. Хорватский институт страхования и Управление по охране здоровья на производстве были объединены в национальный фонд медицинского страхования (под названием Хорватский институт медицинского страхования).	В 2010 г. началась экспериментальная фаза введения электронной медицинской документации (например, электронных рецептов и электронных направлений пациентов). Электронные рецепты были введены в полном объеме в январе 2011 г., что позволило	

<p>сравнения цен (с Францией, Италией, Испанией, Словенией и Чешской Республикой) и внутреннего механизма ценообразования с использованием эталонной цены. Международные сравнения цен используются для установления предельных оптовых цен. Вопросы финансирования лекарственных средств регулируются соглашениями, распространяющимися на разные категории изделий, и соглашениями о возврате средств (т.е. определяется максимальный фармацевтические компании возвращают перерасходованные средства или избегают перерасхода благодаря своевременным</p>	<p>фиксированными расходами, а плавающая плата зависит от количества направлений пациентов к специалистам, затрат на назначение лекарств, профилактическую и групповую практику. Общие бюджеты больниц увеличивались ежегодно вплоть до 2010 г. В то время как бюджеты 2009 г. на стационарную помощь выросли на 3,37%, в 2010 г. бюджет был сокращен по сравнению с 2009 г. на 3,28%.</p>	<p>снизить административную нагрузку на фармацевтов более чем на 90%.</p>
--	--	---

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Зарботная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколов для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
Хорватия (продолж.)	пожертвованиям средств, строгим санкциям за преднамеренное создание дефицита). Благодаря этим мерам затраты на лекарственные средства сократились на 7%.					
Чешская Республика	В 2010 г. была введена упрощенная процедура регистрации лекарств-дженериков для выхода на чешский рынок (в 2012 г. планируется принять дополнительные меры в этом направлении). В 2011 г. закупки нового медицинского оборудования стали осуществляться через аукционы	В 2009 г. на 10% были сокращены расходы на зарплату работников сектора государственного управления, в том числе работников сектора здравоохранения (за исключением таких медицинских работников, как врачи, медсестры и т.д.). В результате намеченного сокращения финансирования больницы врачи оказались под угрозой снижения	В 2010 г. размеры средств на возмещение страховыми фондами расходов больниц не увеличивались. В 2012 г. планируется изменить механизмы возмещения затрат больниц – перейти от общего бюджета к клиничко-статистическим группам.	В 2012 г. планируется внести в законодательство изменения, дополняющие слияние фондов социального медицинского страхования для повышения эффективности использования ресурсов.	В 2012 г. планируется внести изменения, дополняющие слияние фондов социального медицинского страхования для повышения эффективности использования ресурсов.	Рассматривается вопрос о реструктуризации коечного фонда в стационарах (в 2011 г. проведен соответствующий анализ) с целью уменьшения коечного фонда в отделениях неотложной помощи и увеличения коечного фонда в реабилитационных отделениях.

(в 2012 г. планируется принять дополнительные меры).

зарплат, однако они выступили против такой меры (20% врачей подали заявления об увольнении). В конце концов, страховые фонды решили не уменьшать платы больницам, и зарплаты врачей не упали. Однако по условиям договоренности врачи были вынуждены согласиться с другими реформами, которые были реализованы в 2011 г.

Швеция

Многие окружные советы планируют сокращение штатов путем приостановления приема на работу – например, взамен работников, которые выйдут на пенсию, не будут наниматься новые, или же не будут привлекаться подменные работники вместо временно отсутствующих по болезни.

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал	
Швейцария							
Эстония	<p>В марте 2010 г. министерство социального развития (MOSA) инициировало поправки в постановление министерства о назначении лекарственных средств, имеющие целью поддержать назначение и отпущк лекарств по действующему веществу. Это не меняет правил назначения лекарств, а лишь требует от аптек обеспечивать пациентов такими лекарствами, за которые пациенты должны платить минимальный процент стоимости в рамках системы разделения затрат, и отметить,</p>						
					<p>В 2009 г. Эстонский фонд медицинского страхования снизил цены на услуги здравоохранения на 6%, чтобы обеспечить баланс бюджета медицинского страхования, не уменьшая доступности помощи. До кризиса затраты (и цены) на услуги здравоохранения стремительно росли, поэтому это сокращение на 6% не стало для поставщиков большим ударом. С 2011 г. цены на услуги здравоохранения снизились на 5%, кроме первичной медико-санитарной помощи, где</p>		

уровень снижения цен был немого ниже (3%).

когда пациенты откладываются от более дешевых альтернатив. В апреле 2010 г. в Закон о медицинском страховании были внесены поправки, расширяющие применение ценовых соглашений и использование эталонных цен при установлении цен на лекарственные средства из категории минимального (50%) возмещения расходов (в нее входят некоторые лекарства с оптимальным соотношением цены и эффективности и многие лекарства с менее благоприятным соотношением). До этого ценовые соглашения распространялись только на лекарства с наибольшим процентом возмещения, стоимости (100%, 90% и 75%). В сентябре 2010 г. Эстонский фонд медицинского страхования

Страна	Цены на изделия медицинского назначения	Заработная плата и меры стимулирования работников сектора здравоохранения	Выплаты поставщикам услуг	Установление приоритетов или протоколы для изменения условий доступа к лечению, координации помощи и моделей пользования услугами	Накладные расходы: реструктуризация министерства здравоохранения и организаций, осуществляющих закупки	Инвестиции в инфраструктуру поставщиков услуг и в основной капитал
<p>Эстония (продолж.)</p>	<p>совместно с MOISA Государственным управлением лекарственных препаратов и Ассоциацией семейных врачей начал годичную кампанию по рекламе и пропаганде лекарств-дженериков на телевидении и на рекламных щитах. В начале 2010 г. Фонд медицинского страхования и MOISA ввели в действие новую систему электронных рецептов, в настоящее время действующую параллельно с выписыванием рецептов на бумаге. Новая система облегчает назначение лекарств по действующему веществу.</p>					

Совместно изданные краткие изложения принципов

1. К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения
Sarah Thomson, Tom Foubister, Josep Figueras, Joseph Kutzin, Govin Permanand, Lucie Bryndová
2. Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения
Gilles Dussault, James Buchan, Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga
3. Применение аудита с обратной связью, предполагающей высказывание оценок и отзывов медицинским работникам, как способ повышения качества и безопасности медико-санитарной помощи
Signe Agnes Flottorp, Gro Jamtvedt, Bernhard Gibis, Martin McKee
4. Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований
Peter C. Smith, Irene Papanicolas

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена во всех 53 государствах – членах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen> СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения – это партнерство, которое обеспечивает поддержку и содействие процессу формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и строго научного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу всестороннего освещения стратегических вопросов. С публикациями Обсерватории можно ознакомиться на сайте <http://www.healthobservatory.eu>.