

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПРИНЦИПОВ

Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе: последствия и значение для выработки политики

Sarah Thomson, Josep Figueras,
Tamás Evetovits, Matthew Jowett,
Philipa Mladovsky, Anna Maresso,
Jonathan Cylus, Marina Karanikolos,
Hans Kluge



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTHCARE

ECONOMIC RECESSION

HEALTH POLICY

HEALTH SYSTEMS PLANS

HEALTHCARE FINANCING

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
(в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения).

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

Publications

WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51,
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/ru/publications/bibliographical-databases/contact-us/request-forms>.

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.

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

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

Предлагаемое краткое изложение принципов является очередным документом из новой серии, предназначенной 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.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПРИНЦИПОВ № 12

Экономический
кризис, системы
здравоохранения
и здоровье населения
в Европе: последствия
и значение для
выработки политики

Sarah Thomson, Josep Figueras,
Tamás Evetovits, Matthew Jowett,
Philipa Mladovsky, Anna Maresso,
Jonathan Cylus, Marina Karanikolos,
Hans Kluge

Данный документ представляет собой краткое изложение принципов исследования о последствиях кризиса для здоровья населения и систем здравоохранения в Европе, подготовленного Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

Анализ последствий кризиса для систем здравоохранения разных стран представлен в следующей публикации: Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, Cylus J, Karanikolos M, Kluge H (2015). Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе: последствия и значение для выработки политики. Maidenhead: Open University Press.

Обзор ответных мер системы здравоохранения на кризис по странам и анализ примеров из практики последствий кризиса в отдельных странах представлен в следующей публикации:

Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, Cylus J, Evetovits T, Jowett M, Figueras J and Kluge H, eds (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1).

Данное исследование является частью более общей инициативы, включающей мониторинг последствий кризиса для систем здравоохранения и здоровья населения. Последние данные в рамках проводимого анализа можно найти на сайте Системы мониторинга здравоохранения и финансового кризиса Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и Школы общественного здравоохранения Андалусии (<http://www.hfcm.eu/>) и Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems).

Авторы

Sarah Thomson, Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук

Josep Figueras, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Tamás Evetovits, Европейское региональное бюро ВОЗ

Matthew Jowett, ВОЗ (Женева)

Philipa Mladovsky, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук

Anna Maresso, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук

Jonathan Cylus, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук

Marina Karanikolos, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Hans Kluge, Европейское региональное бюро ВОЗ

Редакция

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

Главный редактор

Govin Permanand

Редакционная коллегия

Josep Figueras

Hans Kluge

John Lavis

David McDaid

Elias Mossialos

Ответственные за выпуск

Jonathan North

Caroline White

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

№ 12

ISSN 2078-5011

Содержание

	стр.		стр.
Список таблиц и рисунков	vi	6 Ответные меры системы здравоохранения: планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения	24
Список сокращений	vii	6.1 Организации, занимающиеся планированием и закупкой услуг здравоохранения	25
Благодарности	viii	6.2 Услуги общественного здравоохранения	25
1 Описание исследования	1	6.3 Первичная медико-санитарная помощь	27
1.1 Цели, методы и общий обзор	1	6.4 Сектор стационарной помощи	28
1.2 Ограничения	3	6.5 Лекарственные средства и приборы медицинского назначения	29
2 Последствия кризиса для государственных доходов и доходов домашних хозяйств	4	6.6 Медицинские работники	30
2.1 Снижение ВВП	4	6.7 Методика оценки медицинских технологий	30
2.2 Рост безработицы	4	6.8 Электронное здравоохранение	31
2.3 Усугубление бюджетных проблем	9	7 Последствия для показателей деятельности системы здравоохранения	32
2.4 Контрциклическое государственное финансирование	9	7.1 Стабильность, достаточность и справедливость финансирования системы здравоохранения	32
3 Последствия для государственных расходов на здравоохранение	10	7.2 Финансовая защита и справедливый доступ к медицинской помощи	34
3.1 Снижение государственных расходов на здравоохранение на душу населения	10	7.3 Эффективность и качество медицинской помощи	38
3.2 Меньшая приверженность государства решению проблем здравоохранения	11	8 Последствия для состояния здоровья населения	40
3.3 Сокращение доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение	11	8.1 Доказательства на основе предыдущих экономических кризисов	40
3.4 Смешанные тенденции в частных расходах на здравоохранение	11	8.2 Доказательства на основе нынешнего кризиса	40
4 Ответные меры системы здравоохранения: государственное финансирование	14	9 Практические выводы в отношении политики	41
4.1 Сокращение бюджетов на здравоохранение	16	9.1 Воздействие кризиса	41
4.2 Усилия по мобилизации государственных доходов	16	9.2 Содержание политики	42
4.3 Использование механизмов адресной поддержки в целях защиты малоимущего населения	17	9.3 Внедрение политики	44
5 Ответные меры системы здравоохранения: охват услугами здравоохранения	18	9.4 Будущее	46
5.1 Право населения на получение государственных услуг здравоохранения	20	Библиография	47
5.2 Пакет льгот	20		
5.3 Плата за услуги	21		
5.4 ДМС	22		

Список таблиц и рисунков

Таблица 1

Страны, в которых государственные расходы на здравоохранение на душу населения снизились (в национальной денежной единице), 2008–2012 гг., Европейский регион ВОЗ

Таблица 2

Страны, в которых изменения в государственных расходах на здравоохранение на душу населения были более значительными в сравнении с ранее зафиксированными данными (в национальной денежной единице), 2009–2012 гг., Европейский регион ВОЗ

Таблица 3

Краткое изложение изменений государственного финансирования системы здравоохранения, 2008–2013 гг., Европейский регион ВОЗ

Таблица 4

Краткое изложение изменений в охвате услугами здравоохранения, 2008–2013 гг., Европейский регион ВОЗ

Таблица 5

Десять ведущих причин отсутствия эффективности в системах здравоохранения

Таблица 6

Краткое изложение изменений в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения, 2008–2013 гг., Европейский регион ВОЗ

Рисунок 1

Рост реального ВВП на душу населения (ППС национальной денежной единицы за долл. США): среднегодовой рост периода 2000–2008 гг. в сравнении с ростом 2009 г., 2010 г., 2011 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ

Рисунок 1.1

Страны, в которых не был отмечен негативный рост ВВП, 2008–2012 гг.

Рисунок 1.2

Страны, в которых был отмечен только один год негативного роста ВВП, 2008–2012 гг.

Рисунок 1.3

Страны, в которых было отмечено два года или более негативного роста ВВП, 2008–2012 гг.

Рисунок 2

Уровень безработицы (%) среди населения в возрасте 15–64 лет, 2008–2012 гг., отдельные европейские страны

Рисунок 3

Годовые изменения (%) в государственных расходах на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), 2007–2012 гг., страны Европейского региона ВОЗ, в которых уровень 2012 г. был ниже в сравнении с 2007 г. в абсолютном выражении

Рисунок 4

Изменения (в процентных пунктах) доли государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, 2007–2011 гг., Европейский регион ВОЗ

Рисунок 5

Аспекты охвата услугами здравоохранения: право населения на получение государственных услуг здравоохранения, пакет льгот и плата за услуги

Рисунок 6

Рост доли (%) населения, имеющего неудовлетворенную потребность в услугах здравоохранения по причине затрат, 2008–2012 гг.

Рисунок 7

Различия между экономией средств и повышением эффективности

Рисунок 8

Изменение (%) государственных расходов на здравоохранение по функции, 2007–2011 гг., ЕС–27 и отдельные европейские страны

Список сокращений

ВВП	валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМС	добровольное медицинское страхование
ЕС	Европейский союз
МВФ	Международный валютный фонд
ППС	паритет покупательной способности

Благодарности

Данный документ представляет собой краткое изложение принципов исследования, опубликованного в двух томах:

Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, Cylus J, Karanikolos M and Kluge H (2014). Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе: последствия и значение для выработки политики. Maidenhead: Open University Press.

Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, Cylus J, Evetovits T, Jowett M, Figueras J and Kluge H, eds (2014). Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience, Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Данное исследование, охватывающее период более двух лет, основано на результатах научно-исследовательской работы и опыта десятков ученых. Мы выражаем им глубокую признательность за знания, пристальное внимание к деталям и терпение, проявленное к запросам информации и последних данных.

Мы также хотели бы поблагодарить рецензентов первоначальных вариантов обоих томов и краткого изложения принципов. Особую благодарность мы адресуем John Langenbrunner и Steve Thomas за рецензирование первого тома. Они внесли огромный вклад в данное исследование своими ценными замечаниями и наблюдениями.

Проведение данного исследования было бы невозможно без значительной поддержки проекта и подготовки публикации со стороны наших коллег из Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Научно-исследовательского центра по вопросам здоровья и социальной помощи при Лондонской школе экономики, Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения и Европейского регионального бюро ВОЗ.

Авторы и редакторы несут полную ответственность за все ошибки.

В проведении исследования приняли участие (в алфавитном порядке):

Авторы глав (первый том):

Jonathan Cylus, Tamás Evetovits, Josep Figueras, Matthew Jowett, Marina Karanikolos, Hans Kluge, Anna Maresso, Martin McKee, Philipa Mladovsky, Mark Pearson, Aaron Reeves, David Stuckler, Sarah Thomson.

Авторы анализа примеров из практики (второй том):

Carlos Artundo, Helda Azevedo, Patrícia Barbosa, Sarah Barry, Ronald Batenburg, Karen Berg Brigham, Enrique Bernal Delgado, Matthias Brunn, Sara Burke, Luis Castelo Branco, Karine Chevreul, Irina Cleemput, Charalambos Economou, Tamás Evetovits, Sandra García Armesto, Joeri Guillaume, Triin Habicht, Cristina Hernández Quevedo, Gintaras Kacevičius, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, Alexander Kentikelenis, Madelon Kroneman, Anna Maresso, Uldis Mitenbergs, Anne Nolan, Luis Oteo, José Ramón Repullo, Isabel Ruiz Pérez, Anna Sagan, Constantino Sakellarides, Aris Sissouras, Maris Taube, Steve Thomas, Carine Van de Voorde.

Национальные эксперты, участвовавшие в опросе (второй том):

Baktygul Akkazieva, Tit Albreht, Anders Anell, John Appleby, Natasha Azzopardi Muscat, Leonor Bacelar Nicolau, Patrícia Barbosa, Sarah Barry, Ronald Batenburg, Enrique Bernal Delgado, Martina Bogut, Seán Boyle, Genc Burazeri, Sara Burke, Luis Castelo Branco, Tata Chanturidze, Karine Chevreul, Irina Cleemput, Elisavet Constantinou, Thomas Czypionka, Milka Dancevic Gojkovic, Antoniya Dimova, Csaba Dosza, Charalambos Economou, Shelley Farrar, Francesca Ferre, Adriana Galan, Sandra García Armesto, Aleksander Grakovich, Sigrun Gunnarsdottir, Triin Habicht, Klaus-Dirk Henke, Maria Hofmarcher, Alberto Holly, Fuad Ibrahimov, Gintaras Kacevičius, Ninel Kadyrova, Daphne Kaitelidou, Gafur Khodjamurodov, Jan Klavus, Ratka Knezevic, Adam Kozierekiewicz, Philippe Lehmann, Mall Leinsalu, Valeriia Lekhan, Fredrik Lennartsson, Anne Karin Lindahl, Marcus Longley, Jon Magnussen, Pat McGregor, Uldis Mitlenbergs, Salih Mollahaliloglu, Karol Morvay, Sandra Mounier-Jack, Lyudmila Niazyan, Anne Nolan, Irina Novik, Victor Olsavszky, Ciaran O'Neill, Varduhi Petrosyan, Ceri Philips, Paul Poortvliet, Mina Popova, Elena Potapchik, Wilm Quentin, Vukasin Radulovic, José Ramón Repullo, Walter Ricciardi, Bruce Rosen, Enver Rosh, Tomas Roubal, Andreas Rudkjøbing, Constantino Sakellarides, Skirmante Sauline, Valeriu Sava, Amir Shmueli, Christoph Sowada, David Steel, Jan Sturma, Tomáš Szalay, Szabolcs Szigeti, Mehtap Tatar, Maris Taube, Mariia Telishevska, Natasa Terzic, Mamas Theodorou, Steve Thomas, Fimka Tozija, Eva Turk, Carine Van de Voorde, Karsten Vrangbæk, Lauri Vuorenkoski.

Рецензенты: Leonor Bacelar Nicolau, Daiga Behmane, Girts Brigis, Министерство здравоохранения Ирландии, Beatriz González López-Valcárcel, Melitta Jakab, Maris Jesse, Raul Kivet, John Langenbrunner, Richard Layte, Lycurgus Liaropoulos, Hans Maarse, Министерство здравоохранения Греции, Министерство здравоохранения Латвии, Министерство здравоохранения Литвы, Министерство здравоохранения Португалии, Министерство здравоохранения, социальных услуг и равенства Испании, Министерство социальных дел Эстонии, Sandra Mounier-Jack, Liuba Murauskiene, Ciaran O'Neill, João Pereira, José Manuel Pereira Miguel, Anastas Philalithis, Pedro Pita Barros, Erik Schokkaert, Jorge Simões, Steve Thomas, Giedrius Vanagas, Miriam Wiley, John Yfantopoulos; участники авторского семинара, состоявшегося в Барселоне в январе 2013 г. и в Лондоне в июле 2013 г.; а также участники Сопещания высокого уровня ВОЗ по «Здравоохранению в условиях глобального экономического кризиса: ситуация в Европейском регионе ВОЗ», состоявшегося в Осло в апреле 2013 г. (включая последовавшее за ним консультативное сопещание в онлайн режиме), которое было великодушно организовано Министерством здравоохранения Норвегии.

Поддержка проекта: Susan Ahrenst, Csilla Bank, Stefan Bauchowitz, Teresa Capel Tatjer, Pep Casanovas, Juliet Chalk, Claire Coleman, Lisa Copple, Céline Demaret, Juan García Domínguez, Maribel Gené Cases, Ana Gutiérrez-Garza, Champa Heidbrink, Suszy Lessof, Annalisa Marianneci, Ruth Oberhauser.

Подготовка публикации: Координатором публикации и редактирования обоих томов и краткого изложения принципов был Jonathan North при поддержке Caroline White. Дополнительную помощь оказывали Sarah Cook (редактор текста) и Ольга Четверикова (перевод текста).

1 Описание исследования

Кризис привел к возобновлению давней и зачастую теоретической дискуссии о финансовой устойчивости систем здравоохранения в Европе. На протяжении многих лет такие процессы как старение населения, развитие высокотехнологичных технологий и повышение ожиданий со стороны общественности были приоритетными для европейских руководителей, обеспокоенных ростом расходов на здравоохранение. Однако настоящая угроза реализовалась в виде трех различных явлений: финансового кризиса, кризиса государственного долга и экономического кризиса. После 2008 г. основное внимание стало уделяться вопросам настоящего, а не будущего, а также тому, как обеспечить финансирование медицинской помощи не на последующие 30 лет, а в ближайшие три месяца.

Не все европейские страны были затронуты этим кризисом. В тех странах, которые пострадали от кризиса, степень воздействия на бюджет здравоохранения была различной. В некоторых странах отмечалось значительное и продолжительное снижение государственных расходов на здравоохранение, в других странах такого не наблюдалось. Данные изменения и сравнительный анализ различий предоставляют уникальную возможность для оценки того, как руководители разрабатывают ответные меры по удовлетворению медицинских потребностей в условиях большей, чем обычно, экономии средств. Масштаб кризиса (его размеры, продолжительность и географическая распространенность) придает данным мерам все более актуальный характер.

Исходя из опыта предыдущих кризисных ситуаций, мы знаем, что экономические потрясения представляют угрозу здоровью населения и деятельности системы здравоохранения. Они приводят к росту потребности населения в медицинской помощи и ограничивают доступ населения к необходимой помощи. Они оказывают воздействие на системы здравоохранения,

приводя к усугублению бюджетных проблем и истощению государственных ресурсов на фоне того, что население в большей степени полагается на государственные услуги здравоохранения. Мы также знаем, что негативные последствия для здоровья, как правило, приходится на отдельные группы населения, в особенности безработного, а также то, что они могут быть смягчены стратегическими направлениями действий. Несмотря на то, что многие важные стратегические рычаги находятся вне сектора здравоохранения и принадлежат лицам, ответственным за проведение бюджетной политики и обеспечение социальной защиты, тем не менее, ответные меры системы здравоохранения имеют большое значение.

1.1 Цели, методы и общий обзор

В рамках данного исследования рассмотрены три вопроса. Как системы здравоохранения Европы¹ отреагировали на кризис? Как данные ответные действия повлияли на деятельность системы здравоохранения и состояние здоровья населения? Каковы последствия такого опыта для систем здравоохранения, которым в будущем предстоит столкнуться с экономическим шоком и другими потрясениями? Вклад данного исследования состоит в систематическом описании и анализе ответных мер политики в Европе в период с конца 2008 г. и до середины 2013 г. Данное исследование является частью более общей инициативы, включающей: мониторинг последствий кризиса для систем здравоохранения и здоровья населения; определение тех мер политики в области здравоохранения, которые, вероятнее всего, способствуют стабилизации деятельности систем здравоохранения, столкнувшихся с бюджетными проблемами; а также достижение более глубокого понимания

¹ В данном документе под термином «Европа» понимаются страны Европейского региона ВОЗ, включая 53 государства-члена, а также Израиль и республики Центральной Азии.

в отношении стратегической экономии внедрения реформ в условиях кризиса².

Данное исследование включает три основных источника информации:

- опрос государств-членов Европейского региона ВОЗ, проведенного в два этапа. В рамках первого этапа были привлечены 45 ключевых информированных лиц из 45 государств-членов и собраны данные, касающиеся ответных мер систем здравоохранения по состоянию на конец марта 2011 г. (Mladovsky et al., 2012). В рамках второго этапа были привлечены 92 ключевых информированных лица из 47 государств-членов и собраны данные, касающиеся ответных мер систем здравоохранения по состоянию на конец января 2013 г.;
- подробный анализ примеров из практики, касающихся ответных мер систем здравоохранения на кризис в Греции, Ирландии, Латвии, Литве, Португалии и Эстонии (Maresso et al., 2014). Эти государства были выбраны из ряда стран, в той или иной мере тяжело пострадавших от кризиса. Каждый анализ примеров из практики был составлен национальными экспертами и научными исследователями по типовому шаблону;
- статистический анализ международных баз данных.

В разделе 2 данного документа представлено краткое описание последствий кризиса в Европе, затронувших государственные доходы и доходы домашних хозяйств.

В разделе 3 содержится краткое изложение тенденций в расходах на здравоохранение в 2007–2012 гг. (последний год, за который имеются данные международных источников).

В разделах 4–6 рассмотрены ответные меры систем здравоохранения на кризис. На фоне усугубления бюджетных проблем – растущего дисбаланса государственных доходов и расходов или роста потребности в государственном финансировании – подходы, имеющиеся в распоряжении руководителей, включают:

- рационализацию имеющихся ресурсов посредством повышения эффективности;
- сокращение затрат на здравоохранение посредством ввода ограничений бюджета, производственных расходов или охвата услугами здравоохранения;
- мобилизацию дополнительных доходов в сектор здравоохранения.

² Основные элементы данной инициативы включают Совещание высокого уровня ВОЗ по «Здравоохранению в условиях глобального экономического кризиса: ситуация в Европейском регионе ВОЗ», состоявшегося в Осло в апреле 2013 г., и Систему мониторинга здравоохранения и финансового кризиса Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и Школы общественного здравоохранения Андалусии (см. <http://www.hfcm.eu/>).

Данные подходы не являются взаимоисключающими. Основной принцип подразумевает, что действия должны соответствовать целям политики в области здравоохранения во избежание подрыва деятельности системы. Необходимость достижения бюджетного баланса в секторе здравоохранения не существует независимо от других целей и не заменяет их (Thomson et al., 2009). Имеет значение, если достижение бюджетного баланса происходит за счет снижения финансовой защиты, доступа, эффективности, качества, показателей состояния здоровья и социальной справедливости. Также важно помнить, что система здравоохранения может обладать бюджетным балансом и при этом быть неэффективной. В зависимости от размера дисбаланса повышения эффективности может быть недостаточно для того, чтобы сократить разрыв между доходами и расходами, поэтому может потребоваться сокращение затрат или мобилизация дополнительных доходов. Сокращение государственных расходов может способствовать достижению бюджетного баланса, но приведет к подрыву деятельности системы.

В данном исследовании приведен анализ ответных мер системы здравоохранения в следующих направлениях политики: государственное финансирование системы здравоохранения, охват услугами здравоохранения (право населения на получение государственных услуг здравоохранения, пакет льгот и плата за услуги), а также планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения.

Важно отметить, что в таблицах, предоставляющих информацию об ответных мерах систем здравоохранения, различаются «прямые» и «частичные» ответные меры на кризис. В данном документе названия стран, выделенные курсивом, означают, что либо в данной стране были отмечены частичные ответные меры на кризис (запланированные до начала кризиса, но осуществленные после с большей/меньшей скоростью/интенсивностью, чем было запланировано), либо, возможно, ответные меры на кризис (запланированные и внедренные с началом кризиса, но не определенные соответствующими органами власти в качестве ответных мер на кризис).

В разделе 7 рассмотрены последствия ответных мер систем здравоохранения на кризис с точки зрения основных аспектов деятельности системы: стабильности, достаточности и справедливости финансирования системы здравоохранения, финансовой защиты и справедливого доступа к медицинской помощи, а также эффективности и качества предоставляемых услуг здравоохранения.

В разделе 8 кратко описано воздействие кризиса на состояние здоровья населения.

В разделе 9 содержатся основные заключения исследования и практические выводы в отношении политики.

1.2 Ограничения

Подход, используемый в рамках данного исследования, сопряжен с некоторыми (преимущественно неизбежными) трудностями, которые включают:

- сложности в определении соответствия ответных мер системы здравоохранения кризису;
- сложности в определении степени воздействия кризиса на системы здравоохранения и здоровье населения в связи с отсутствием аналитических и оценочных исследований, задержек, связанных с предоставлением международных данных, и времени, необходимого для проявления последствий;
- сложности в разграничении воздействия кризиса в целом и воздействия ответных мер системы здравоохранения на кризис;
- наложение трех подходов по разрешению бюджетных проблем: например, некоторые сокращения затрат и ограничения охвата могли бы повысить эффективность, а повышение эффективности является одним из способов мобилизации дополнительных доходов.

2 Последствия кризиса для государственных доходов и доходов домашних хозяйств

Кризис в Европе был многогранным, отличался разнообразием сценариев развития по странам и не оказал воздействия на все страны в равной степени.

2.1 Снижение ВВП

В Европейском регионе удар мирового финансового кризиса 2007–2008 гг. привел к снижению на 3,3% ВВП на душу населения¹ в 2009 г. (ВНО, 2014). В некоторых странах, особенно расположенных в самой восточной части Европейского региона ВОЗ, последствия кризиса практически не ощущались (*рис. 1.1*). В других – таких как Латвия, Литва и Эстония наблюдалось резкое снижение ВВП в 2009 г. с последующим быстрым возвращением к стабильному росту при сохранении высокого уровня безработицы (*рис. 1.2*). В ряде стран произошли далеко идущие изменения ВВП и уровня безработицы, а последствия кризиса будут ощутимы в последующие годы (*рис. 1.3*). Страны, которые больше всего пострадали от устойчивого снижения ВВП (от трех или более лет негативного роста в 2008–2013 гг.), являются членами Европейского союза (ЕС) и в основном входят в еврозону – это Греция, Испания, Италия, Кипр, Португалия, Словения, Хорватия и Чешская Республика (Eurostat, 2014).

2.2 Рост безработицы

В результате кризиса многие домашние хозяйства столкнулись с растущим финансовым давлением и незащищенностью. В ЕС уровень безработицы резко вырос с 7% в 2008 г. до 11% в 2013 г. (*рис. 2*) (Eurostat, 2014). В наибольшей степени пострадали безработная молодежь и лица, у которых наблюдалось длительное отсутствие работы. В 2013 г. общий уровень безработицы был самым высоким в Греции и Испании (около 25%) и очень высоким в Ирландии, Латвии, Литве, Португалии, Словакии и Хорватии (около или более 15%).

По данным ЕС в 2009–2011 гг. доходы наименее беднейшего квартиля населения резко снизились в Болгарии, Греции, Исландии, Испании, Латвии, Литве, Португалии, Румынии, Хорватии и Эстонии. Начиная с 2007 г. доля бедного квартиля населения, подверженного риску бедности и социальной маргинализации, в среднем выросла в странах ЕС и особенно резко возросла в Греции, Ирландии, Испании, Италии, Литве, Мальте и Соединенном Королевстве. После начала кризиса неравенство в уровне доходов выросло быстрее, чем в предшествующее ему десятилетие (Rawdanowicz, Wurzel & Christensen, 2013). В результате кризиса большая часть населения Европы может оказаться более уязвимой к экономическим потрясениям в будущем.

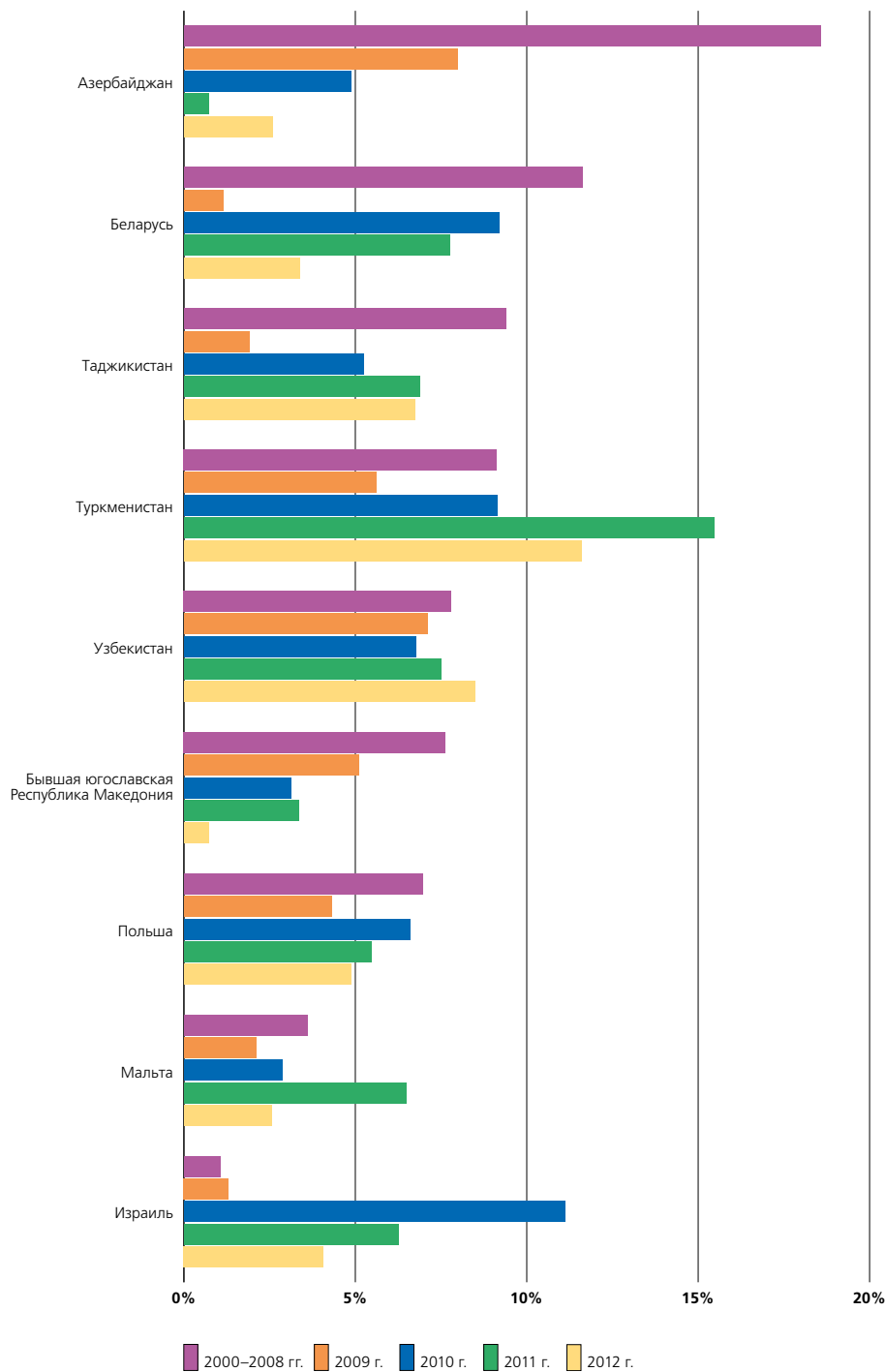
¹ Скорректировано с учетом паритета покупательной способности (ППС).

Рисунок 1

Рост реального ВВП на душу населения (ППС национальной денежной единицы за долл. США): среднегодовой рост периода 2000–2008 гг. в сравнении с ростом 2009 г., 2010 г., 2011 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ

Рисунок 1.1

Страны, в которых не был отмечен негативный рост ВВП, 2008–2012 гг.

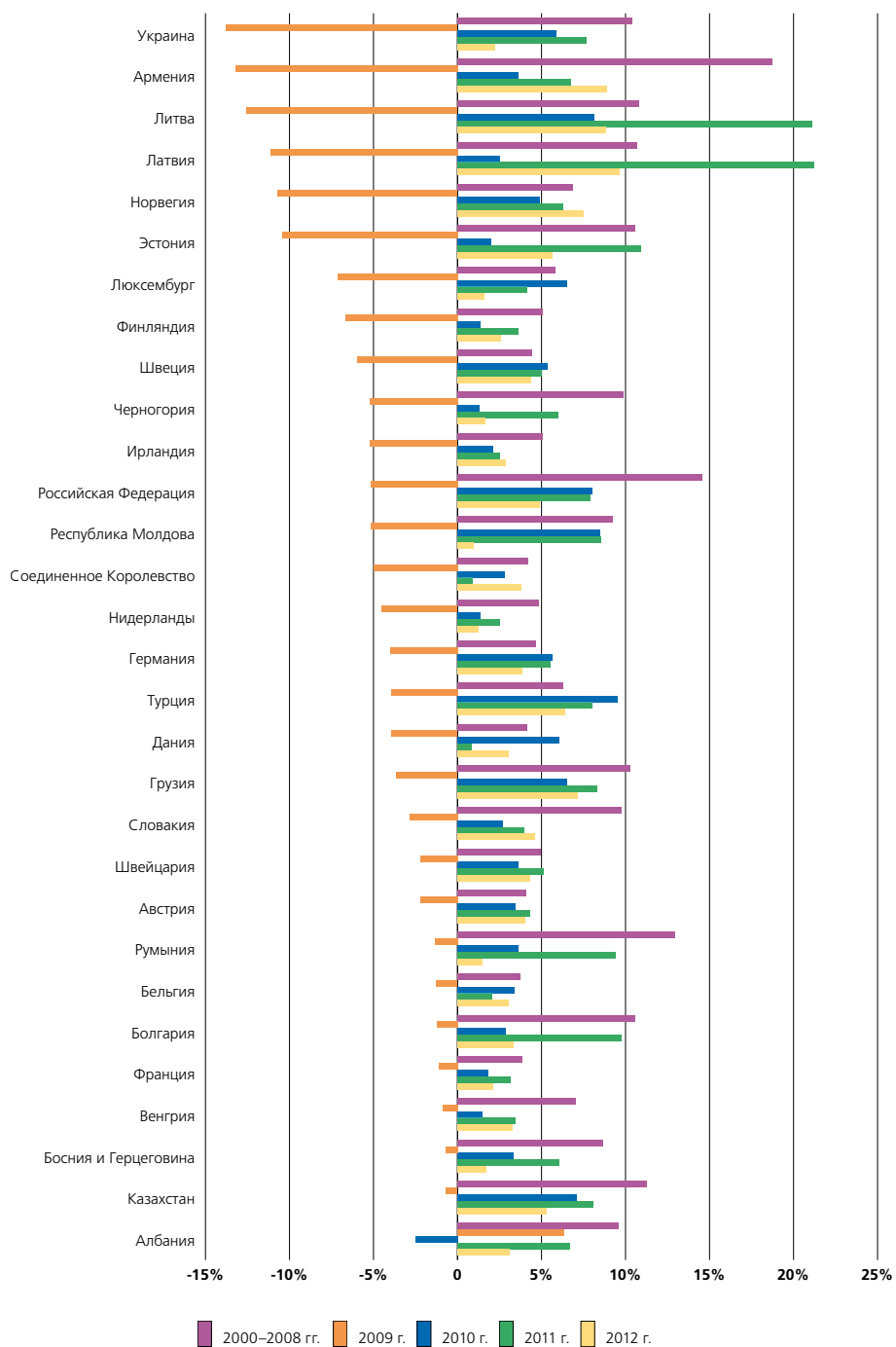


Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке убывания по показателю наибольшего роста ВВП в 2000–2008 гг.

Рисунок 1.2

Страны, в которых был отмечен только один год негативного роста ВВП, 2008–2012 гг.

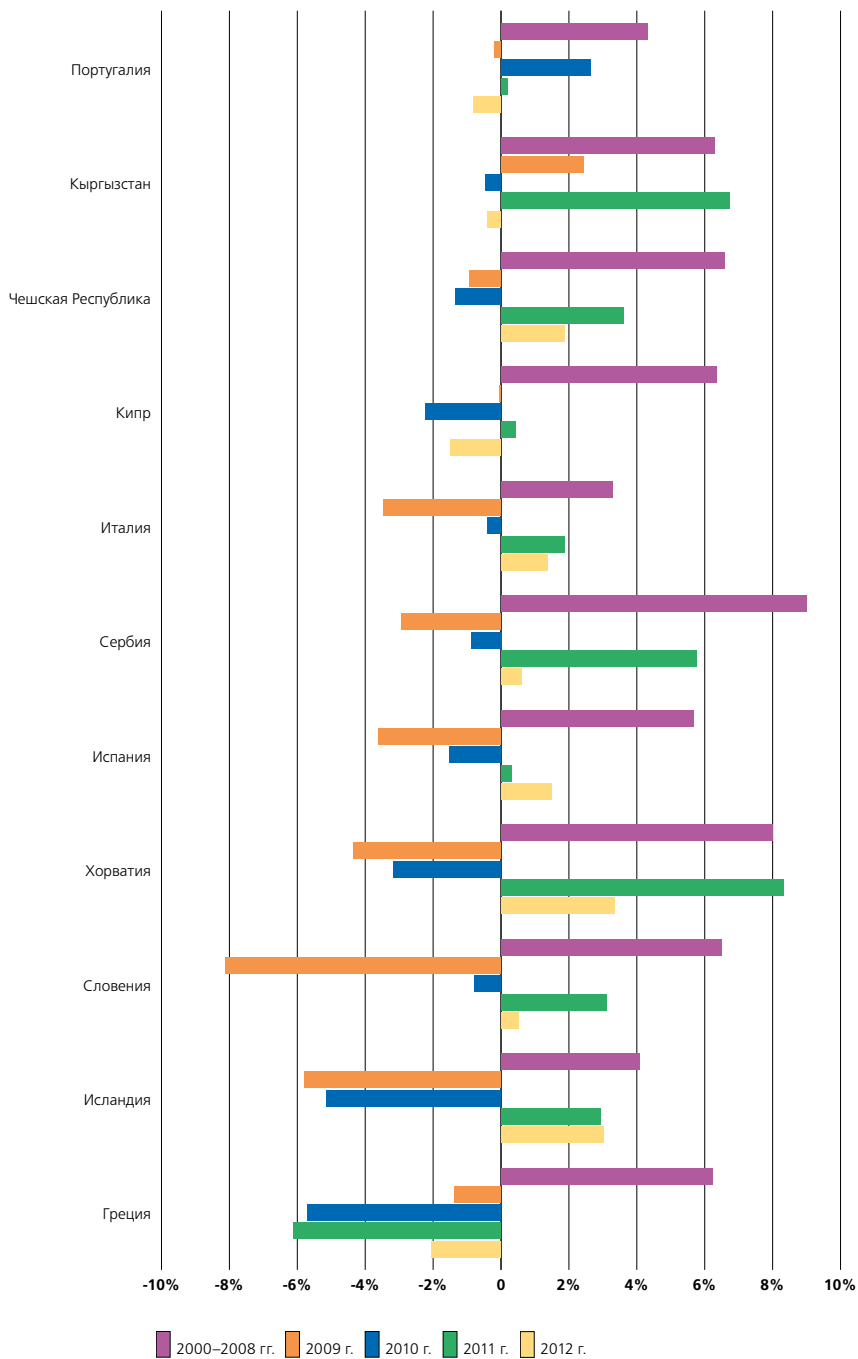


Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке убывания по показателю наибольшего снижения ВВП в 2009 г.

Рисунок 1.3

Страны, в которых было отмечено два года или более негативного роста ВВП, 2008–2012 гг.

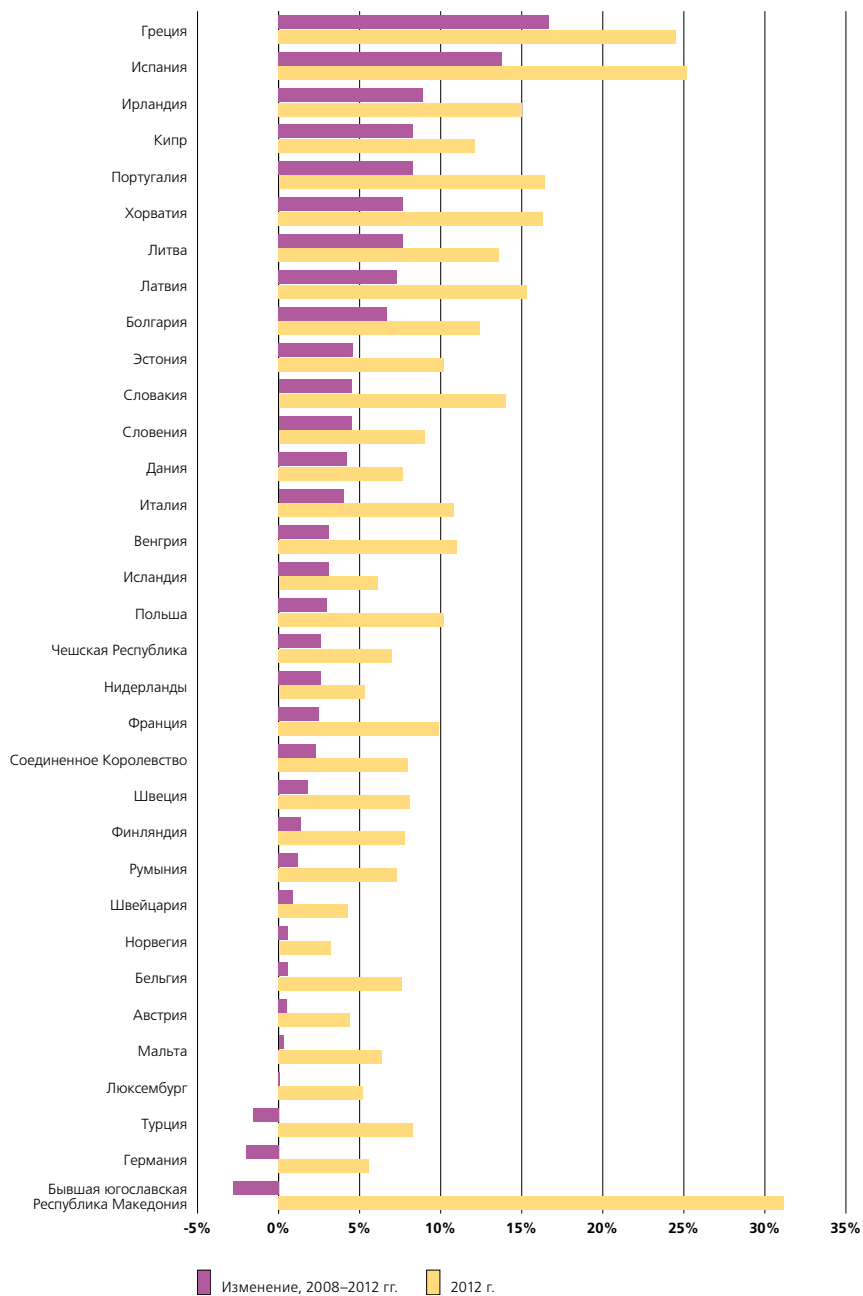


Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке нарастания по показателю наибольшего общего снижения ВВП в 2008–2012 гг.

Рисунок 2

Уровень безработицы (%) среди населения в возрасте 15–64 лет, 2008–2012 гг., отдельные европейские страны



Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы по показателю наибольшего роста безработицы в 2008–2012 гг.

2.3 Усугубление бюджетных проблем

Отдельные государства столкнулись с серьезными бюджетными проблемами, возникшими в результате высокого уровня государственного долга, имеющегося до начала кризиса, обвала рынка недвижимости, действий правительства по спасению компаний финансового сектора, резкого роста стоимости заимствования и снижения ресурсов, обусловленные высоким уровнем безработицы, уменьшением доходов домашних хозяйств и более низким уровнем потребления домашних хозяйств. Правительства Греции, Ирландии, Испании, Кипра и Португалии были вынуждены прибегнуть к международной финансовой помощи. Во всех странах, за исключением Испании, предоставление данного вида помощи сопровождалось программами финансовой поддержки ЕС-МВФ, предусматривающими значительные сокращения государственных расходов.

2.4 Контрциклическое государственное финансирование

Государственное финансирование часто носило контрциклический характер, оставаясь на стабильном уровне или даже повышаясь на фоне снижения ВВП, так как правительства старались поддержать спрос в экономике и обеспечить защиту домашних хозяйств посредством предоставления трудоустройства, медицинского обслуживания и других льгот. Однако в ряде стран подобной тенденции не наблюдалось. В 2008–2012 гг. доля государственных расходов на душу населения снизилась в номинальном выражении в Венгрии, Греции, Ирландии, Исландии, Кипре, Румынии, Соединенном Королевстве и Чешской Республике. В целях разрешения бюджетных проблем многие правительства осуществили перераспределение государственных ресурсов, которое было в целом незначительным. Около половины стран, по которым имеются данные, перенаправили средства из сектора здравоохранения на финансирование других областей, при этом наибольшее перераспределение в 2007–2010 гг. было отмечено в Ирландии, Исландии, Латвии и Словакии.

3 Последствия для государственных расходов на здравоохранение

В данном разделе кратко изложены тенденции в распределении государственных расходов на здравоохранение в 2007–2012 гг. (последний год, за который имеются данные международных источников).

3.1 Снижение государственных расходов на здравоохранение на душу населения

В 2007–2012 гг. государственные расходы на здравоохранение на душу населения либо снизились, либо темпы их роста замедлились во многих странах. В таблице 1 представлены страны, в которых отмечалось падение данного показателя по отношению к предыдущему году. Поскольку не представляется возможным однозначно определить, насколько снижение

государственных расходов на здравоохранение связано с кризисом или является отдельной проблемой, в таблице 2 указаны страны, в которых изменения показателя государственных расходов на здравоохранение на душу населения отличались от ранее зафиксированных данных более чем на два стандартных отклонения.

В целом, несмотря на то, что в большинстве случаев снижение расходов на здравоохранение на душу населения было незначительным, в отдельных странах наблюдалось их значительное или устойчивое сокращение, таким образом, уровень государственных расходов на здравоохранение был ниже в 2012 г. по сравнению с 2007 г. в Греции, Ирландии, Латвии, Португалии и Хорватии (рис. 3).

Таблица 1

Страны, в которых государственные расходы на здравоохранение на душу населения снизились (в национальной денежной единице), 2008–2012 гг., Европейский регион ВОЗ

2008	2009	2010	2011	2012
Андорра	Андорра	Албания	Андорра	Албания
Армения	Болгария	Греция	Греция	Венгрия
Мальта	Бывшая югославская Республика Македония	Ирландия	Грузия	Греция
Сан-Марино	Венгрия	Исландия	Дания	Ирландия
	Ирландия	Испания	Ирландия	Италия
	Латвия	Кипр	Испания	Кипр
	Литва	Латвия	Италия	Норвегия
	Румыния	Литва	Люксембург	Португалия
	Сан-Марино	Люксембург	Португалия	Румыния
	Хорватия	Сан-Марино	Румыния	Словения
	Черногория	Словения	Хорватия	Швейцария
	Эстония	Хорватия		
		Чешская Республика		
		Эстония		

Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Таблица 2

Страны, в которых изменения в государственных расходах на здравоохранение на душу населения были более значительными в сравнении с ранее зафиксированными данными (в национальной денежной единице), 2009–2012 гг., Европейский регион ВОЗ

2009	2010	2011	2012
Ирландия	Греция	Греция	Греция
Латвия	Ирландия	Ирландия	Ирландия
	Исландия	Испания	Италия
	Испания	Италия	Норвегия
	Словения	Португалия	Португалия
	Финляндия	Словения	Словакия
	Чешская Республика	Соединенное Королевство	Словения
			Соединенное Королевство

Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Примечание: в 1995–2008 гг. был отмечен более низкий уровень среднегодового роста – более чем на два стандартных отклонения – в сравнении с ранее зафиксированными данными; этот перечень не является полным и может не включать страны, в которых наблюдалось сокращение бюджета в ответ на кризис, обусловленное тем, что либо такое сокращение в той или иной мере соответствовало ранее проявленным тенденциям в уровне расходов, либо в прошлом отмечался более высокий уровень годовых изменений в государственных расходах на здравоохранение.

3.2 Меньшая приверженность государства решению проблем здравоохранения

В 2007 г. доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах в Европейском регионе ВОЗ в среднем составила 13%, уступая по значимости объема государственного финансирования только сектору социальной защиты (без учета здравоохранения). В 2007–2011 гг. доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах в определенный момент сократилась в 44 странах. Данный показатель был ниже в 2011 г. в сравнении с 2007 г. в 24 странах, а с интервалом более чем на два процентных пункта в Армении, Ирландии, Исландии, Кыргызстане, Латвии, Люксембурге, Хорватии и Черногории (рис. 4).

3.3 Сокращение доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение

В 2007–2012 гг. доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение снизилась в 24 странах. Наибольшее сокращение было отмечено в Ирландии, где данный показатель упал значительно ниже среднего уровня по ЕС.

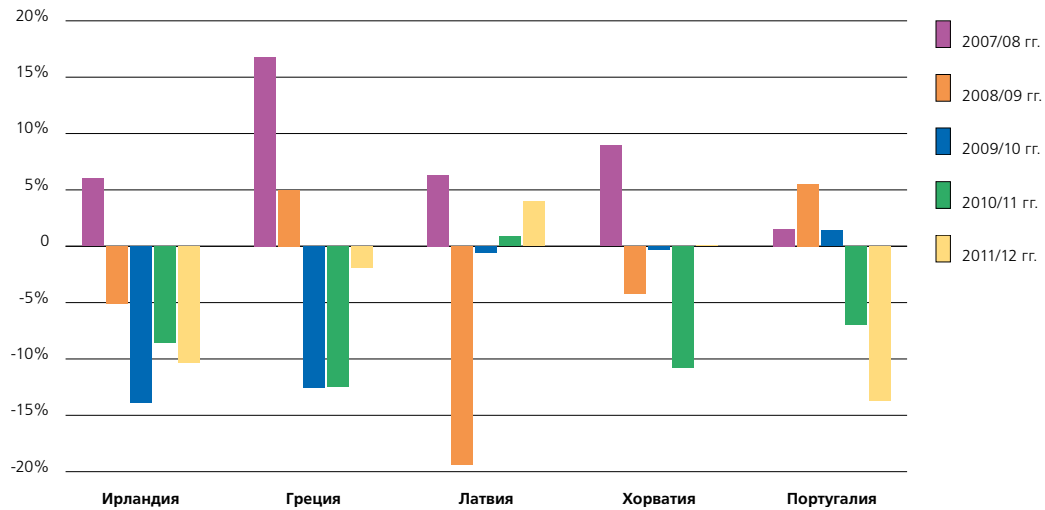
В целом изменения в государственных расходах на здравоохранение не всегда соответствовали масштабу кризиса. В отдельных странах при отсутствии значительного снижения экономической активности наблюдалось большее замедление темпов роста государственных расходов на здравоохранение по сравнению с теми странами, в которых было отмечено сильное падение ВВП.

3.4 Смешанные тенденции в частных расходах на здравоохранение

В ряде стран, в особенности в Греции, отмечалось резкое снижение уровня частных расходов на здравоохранение, однако, в большинстве других стран наблюдался его рост. В значительной степени данный рост был обусловлен личными платежами граждан, а не добровольным медицинским страхованием (ДМС). В 2007–2012 гг. доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение резко сократилась в 31 из 53 стран. Наибольшие изменения в уровне личных платежей граждан произошли в странах, более всего пострадавших от кризиса. Например, за данный период времени доля личных платежей граждан сократилась на порядка 15% в Греции и Эстонии, но в Латвии, Литве и Чешской Республике увеличилась на порядка 7%, в Ирландии и Хорватии – на порядка 10%, в Исландии – на порядка 15%, в Португалии – почти на 25%.

Рисунок 3

Годовые изменения (%) в государственных расходах на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), 2007–2012 гг., страны Европейского региона ВОЗ, в которых уровень 2012 г. был ниже в сравнении с 2007 г. в абсолютном выражении

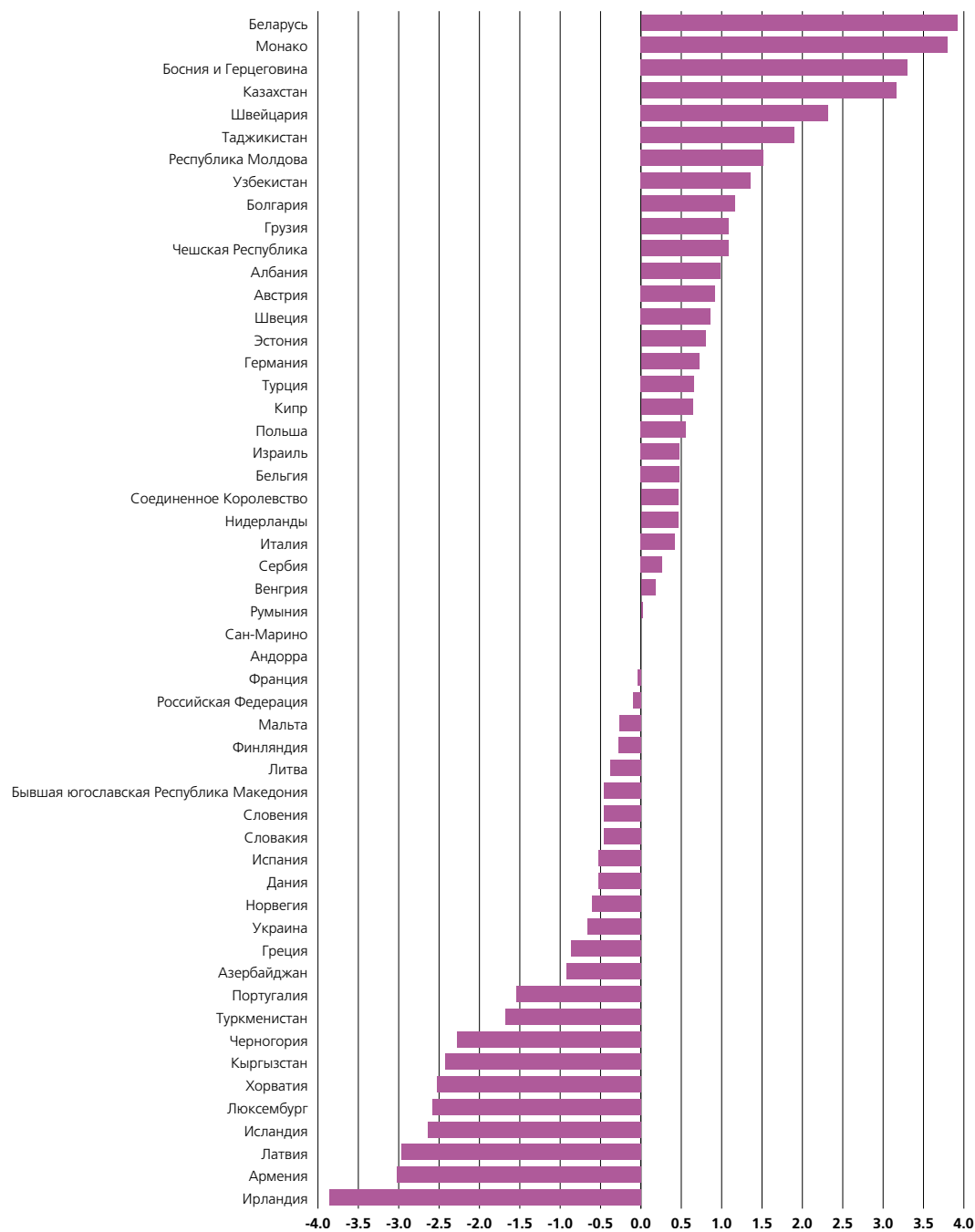


Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке убывания – от наибольшей (Ирландия) до наименьшей (Португалия) – по степени сокращения в 2008–2012 гг.

Рисунок 4

Изменения (в процентных пунктах) доли государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, 2007–2011 гг., Европейский регион ВОЗ



Источник: Thomson et al. (2014) на основе WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы по уровню наибольшего роста в 2007–2011 гг.

4 Ответные меры системы здравоохранения: государственное финансирование

Достижение достаточного уровня государственного финансирования системы здравоохранения, прогнозируемых потоков государственных доходов и того, чтобы привлечение денежных средств не ложилось несправедливым бременем на домашние хозяйства, является необходимым для укрепления финансовой защиты, справедливого доступа к эффективным услугам здравоохранения и справедливости финансирования (Kutzin, 2008; Всемирная организация здравоохранения, 2010). Желательно также, чтобы привлечение и распределение средств государственного финансирования происходило как можно более эффективно и прозрачно.

В ответ на усугубление бюджетных проблем, руководители могут предпринять попытки по ограничению государственных расходов посредством сокращения бюджета здравоохранения. Однако системы здравоохранения в целом нуждаются в больших, а не в меньших ресурсах в условиях экономического кризиса. Имеются достоверные данные, подтверждающие важность использования контрциклического государственного финансирования в особенности в социальных секторах (Velényi & Smitz, 2014). Таким образом, возможности страны по мобилизации государственных доходов на здравоохранение имеют решающее значение для поддержания деятельности системы здравоохранения.

То, до какой степени снижение уровня государственных расходов на здравоохранение представляется проблематичным, определяется

рядом факторов. Страны могут справиться с замораживаниями или сокращениями бюджетов на короткий срок, даже при росте спроса на медицинскую помощь, при соблюдении следующих условий:

- достаточный уровень государственного финансирования системы здравоохранения: например, доля государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах остается высокой, что отражает серьезную приверженность государства сектору здравоохранения при обосновании решений о распределении государственных ресурсов¹;
- доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение является небольшой², а домашние хозяйства в состоянии справиться с незначительным ростом частных расходов, не приводящим к неоправданным финансовым лишениям;
- присутствие политической воли, направленной на разрешение проблемы расточительности в системе здравоохранения, таким образом, представляется возможным снизить производственные расходы, не подрывая деятельность системы, а разрыв между уровнем доходов и расходов настолько небольшой, что подлежит сокращению за счет повышения эффективности;
- наличие хорошо спланированных социальных стратегий, направленных на поддержку тех групп населения, которые находятся в состоянии или подвержены риску бедности, безработицы и социальной маргинализации.

¹ В 2011 г. в Европейском регионе ВОЗ данная доля варьировала от 3,7% до 21,3% и в среднем составила 12,9% (WHO, 2014).

² В 2012 г. в Европейском регионе ВОЗ данная доля варьировала от 5,6% до 69,0% и в среднем составила 27,6% (WHO, 2014).

Таблица 3

Краткое изложение изменений государственного финансирования системы здравоохранения, 2008–2013 гг., Европейский регион ВОЗ

Стратегическая область	Число стран, предоставивших отчетность:	
	прямые ответные меры	частичные ответные меры
Сокращение (или замедление роста) бюджетов здравоохранения		
Сокращение бюджетов министерств здравоохранения	18	1
Сокращение государственных бюджетных трансфертов в сектор здравоохранения	4	0
Внедрение или усиление механизмов контроля государственных расходов на здравоохранение	4	1
Внедрение или усиление механизмов контроля государственных расходов в целом	5	1
Мобилизация доходов		
Дефицитное финансирование	3	1
Увеличение государственных бюджетных трансфертов	12	8
Использование резервов	7	0
Внедрение контрциклической модели государственных бюджетных трансфертов в сектор здравоохранения	0	1
Повышение социальных страховых взносов	9	3
Повышение или упразднение потолков заработной платы для уплаты страховых взносов	3	1
Взимание налогов с нерегулярного дохода	4	1
Обеспечение сбора средств	1	1
Централизация сбора средств	1	0
Внедрение новых/целевых налогов для системы здравоохранения	2	3
Механизмы адресной поддержки		
Упразднение налоговых субсидий и льгот	2	1
Снижение страховых взносов в целях защиты малоимущего населения	2	0
Снижение страховых взносов в целях защиты трудоустройства	5	0

Источник: Thomson et al. (2014).

В случае неудовлетворения данных условий сокращения бюджета здравоохранения могут привести к долгосрочным деструктивным последствиям для деятельности системы здравоохранения, включая косвенное воздействие на население, общество и экономику.

В половине стран-респондентов, принявших участие в данном опросе, в качестве прямых ответных мер на кризис были произведены изменения в государственном финансировании сектора здравоохранения (табл. 3). Несмотря на то, что в ряде стран были проведены определенные сокращения бюджета здравоохранения (19), многие из этих стран (12), равно как и другие страны (12), прибегли к мобилизации доходов, применив ряд стратегий. В нескольких странах были приняты целевые стратегии по защите малоимущего населения или по предотвращению негативных последствий для трудоустройства.

Данные сокращения в равной степени имели место как среди стран, в основном финансируемых из общих государственных доходов, так и среди стран, финансируемых из средств фонда медицинского страхования. Усилия по мобилизации доходов были сконцентрированы в основном в системах, функционирующих на основе фондов медицинского страхования, что может свидетельствовать о более неотложной потребности компенсировать снижение доходов фонда оплаты труда, доступности стратегических рычагов, отсутствующих в других системах (например, страховых взносов), или наличии более сильного политического императива по поддержанию системы предоставления льгот населению, которое платит взносы.

4.1 Сокращение бюджетов на здравоохранение

В некоторых странах были отмечены автоматические сокращения доходов, получаемых от обязательного медицинского страхования (ОМС), обусловленного безработицей и резким снижением заработных плат (Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Литва, Польша, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Черногория, Швейцария, Эстония).

В качестве ответа на усугубление бюджетных проблем многие страны приняли следующие меры:

- сокращение бюджетов министерств здравоохранения (Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Греция, *Грузия*, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Португалия, Румыния, Сербия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Эстония);
- сокращение или замораживание государственных бюджетных трансфертов в схемы медицинского страхования (Греция, Португалия, Финляндия, Чешская Республика);
- внедрение или усиление механизмов контроля темпов роста государственных расходов на здравоохранение (*Австрия*, Бельгия, Испания, Португалия, Франция);
- внедрение или усиление механизмов контроля темпов роста государственных расходов в целом (*Дания*, Испания, Словения, Хорватия, Черногория, Чешская Республика).

4.2 Усилия по мобилизации государственных доходов

Страны использовали различный спектр стратегий в целях поддержания докризисного объема государственных расходов на здравоохранение.

Дефицитное финансирование

В ряде стран для поддержания уровня государственных расходов на здравоохранение были предприняты дополнительные государственные займы (Португалия, Франция, Чешская Республика) или списание долгов (*Австрия*).

Увеличение государственных бюджетных трансфертов

Отдельные страны сохранили или увеличили уровень государственных бюджетных трансфертов в схемы медицинского страхования (Австрия, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, *Грузия*, *Казахстан*, *Кыргызстан*, Литва, *Мальта*, *Норвегия*, Польша, Республика Молдова, *Российская Федерация*, Румыния, Словакия, Таджикистан, Турция, Черногория, *Швейцария*, Швеция).

Автоматические стабилизаторы: использование резервов и внедрение контрциклических моделей

Некоторым странам удалось использовать встроенные механизмы, которые обеспечивают контроль колебаний за счет стабилизации доходов сектора здравоохранения на протяжении экономического цикла, включая следующие:

- использование резервов фонда медицинского страхования (Бельгия, Болгария, Литва, Республика Молдова, Словения, Чешская Республика, Эстония);
- использование существующих формул государственных бюджетных трансфертов (Литва, Словакия);
- внедрение формулы государственных бюджетных трансфертов (*Российская Федерация*).

Повышение страховых взносов или потолков зарплаты для уплаты страховых взносов, распространение ставки страхового взноса на нерегулярный доход, обеспечение сбора средств

Отдельные страны попытались провести мобилизацию доходов для системы медицинского страхования, используя следующие меры:

- повышение уровня страховых взносов медицинского страхования (Болгария, Греция, Ирландия, *Нидерланды*, Португалия, Российская Федерация, Словакия, Черногория);
- повышение потолков зарплаты для уплаты страховых взносов (Болгария, *Нидерланды*, Словакия);
- упразднение потолков зарплаты для уплаты страховых взносов (Чешская Республика);
- распространение ставки страхового взноса на нерегулярный доход (Венгрия), в том числе на дивиденды (Словакия), временные контракты (неполная рабочая занятость) (Словакия, Словения), самозанятое население (Словения), выходные пособия (Франция) и пенсии (Румыния, Хорватия);
- обеспечение сбора страховых средств (*Литва*, Словения);

- централизация сбора страховых средств (Чешская Республика);
- повышение уровня социальных страховых взносов в целом (Латвия, Литва, Франция, Черногория).

Однако во избежание роста расходов на заработную плату некоторые страны предприняли следующие шаги:

- снижение страховых взносов (бывшая югославская Республика Македония, Германия, Хорватия);
- избирательное снижение страховых взносов работодателей (Венгрия, Черногория).

Введение новых налогов, перевод существующих налогов в целевые или повышение целевых налогов на здравоохранение

В нескольких странах была принята бюджетная политика, включающая следующие элементы:

- введение новых целевых налогов на здравоохранение (Венгрия, Хорватия, Франция);
- повышение доли целевых налогов на здравоохранение (Бельгия, Венгрия, Франция);
- введение новых видов целевых налогов на здравоохранение (Хорватия).

4.3 Использование механизмов адресной поддержки в целях защиты малоимущего населения

При осуществлении попыток мобилизации доходов, в некоторых странах были предприняты меры, направленные на защиту населения с низким уровнем доходов, включая следующие:

- избирательное снижение страховых взносов для населения с низким уровнем доходов (пенсионеры в Черногории, самозастрахованное население в Республике Молдова);
- избирательное повышение страховых взносов для более обеспеченного населения (самозанятые с высоким уровнем дохода во Франции, более обеспеченные пенсионеры в Румынии);
- снижение страховых взносов для работников государственного сектора (в Португалии, в отношении схем, которые приносят несоразмерную выгоду более обеспеченным работникам или пенсионерам);
- упразднение или сокращение таких налоговых субсидий, как на ДМС (Дания, Ирландия) или личных платежей граждан (Ирландия, Португалия), которые преимущественно выгодны более обеспеченным домашним хозяйствам.

5 Ответные меры системы здравоохранения: охват услугами здравоохранения

Как показано на рисунке 5, охват услугами здравоохранения включает несколько аспектов: долю населения, имеющего право на получение государственных услуг здравоохранения, спектр предоставляемых услуг и уровень личных платежей граждан за услуги по месту их оказания. В том случае, когда охват услугами здравоохранения является эффективным, население должно иметь доступ к необходимой медицинской помощи, не оказываясь в ситуации финансовых лишений. Другими словами, личные платежи граждан за медицинскую помощь не должны приводить население к бедности или составлять такую большую долю дохода, чтобы не оставалось достаточно средств на продукты питания, жилье и предметы первой необходимости.

В качестве ответных мер на усугубление бюджетных проблем руководители могут предпринять сокращение государственных расходов на здравоохранение посредством ограничений одного или более аспектов охвата услугами здравоохранения, что могло бы способствовать возможной мобилизации дополнительных частных доходов для системы здравоохранения. В то же время они могут прибегнуть к повышению эффективности (и возможной мобилизации дополнительных государственных доходов) посредством избирательного отказа от использования неэффективных услуг.

Сокращение охвата услугами здравоохранения приводит к перекалыванию ответственности за оплату медицинских услуг на население, и, как правило, способствует повышению роли личных платежей граждан в системе здравоохранения (прямые платежи за не покрываемые услуги и плата за покрываемые услуги). Данная ситуация, скорее всего, может привести к отсрочкам в обращении за медицинской помощью, большим финансовым лишениям и неудовлетворенным потребностям, усугублению неравенств в доступе к медицинской помощи, более низкой справедливости

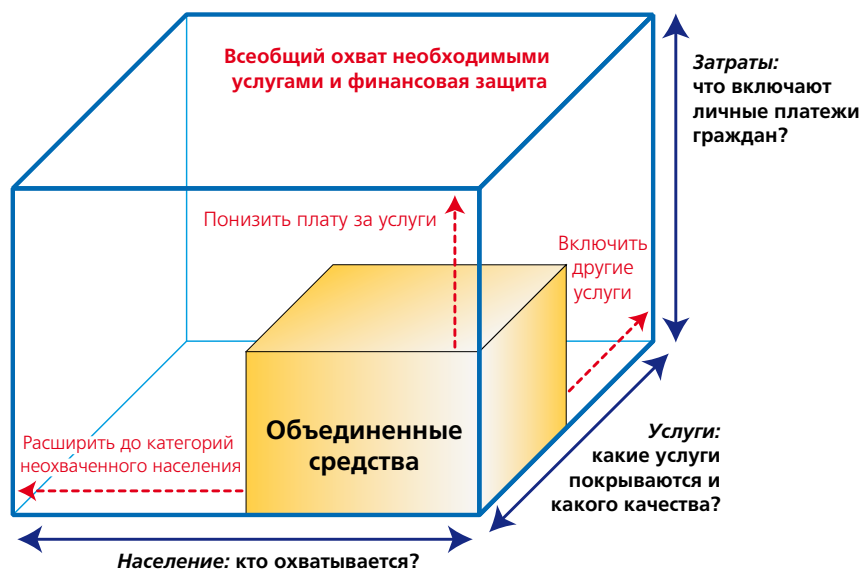
финансирования, а также меньшей прозрачности системы здравоохранения. Она также может способствовать развитию неэффективности, например, сокращению ресурсов в необходимых областях или поощрению населения в использовании ресурсоемких служб скорой и неотложной медицинской помощи вместо обращения в учреждения первичной медико-санитарной помощи, известные своей эффективностью с точки зрения затрат. Таким образом, ограничения охвата услугами здравоохранения могут привести к определенному краткосрочному высвобождению бюджетных средств, но также способствовать увеличению затрат системы здравоохранения в долгосрочной перспективе.

Некоторые из этих негативных показателей состояния здоровья населения могут быть смягчены, если в рамках стратегий, направленных на ограничение охвата услугами здравоохранения, применяется избирательный подход, и они учитывают научно-обоснованные данные таким образом, что обеспечивают систематическую приоритетность неэффективных с точки зрения затрат услуг или имеющихся схем сокращения масштабов деятельности (деинвестирование), а не оказывают негативного воздействия на группы населения, которые уже являются уязвимыми в отношении состояния здоровья и доступа к медицинской помощи.

Почти во всех странах-респондентах, принявших участие в данном опросе, в качестве ответных мер на кризис были внесены изменения в охват услугами здравоохранения (табл. 4). Многие страны ввели смешанные стратегии, направленные на расширение и ограничение охвата услугами здравоохранения. Одной из самых распространенных прямых ответных мер было сокращение льгот (в 18 странах, в основном внеплановое), повышения платы за услуги (13) и снижение платы за услуги или повышение защиты от роста платы за услуги (14). В небольшом количестве стран наблюдалось расширение (8) или ограничение (6) охвата населения услугами здравоохранения или

Рисунок 5

Аспекты охвата услугами здравоохранения: право населения на получение государственных услуг здравоохранения, пакет льгот и плата за услуги



Источник: адаптировано, Всемирная организация здравоохранения (2010).

Таблица 4

Краткое изложение изменений в охвате услугами здравоохранения, 2008–2013 гг., Европейский регион ВОЗ

Стратегическая область	Число стран, предоставивших отчетность:	
	прямые ответные меры	частичные ответные меры
Право населения на получение государственных услуг здравоохранения		
Расширение охвата	8	7
Ограничение охвата	6	0
Пакет льгот		
Добавление новых льгот	4	9
Сокращение льгот, основанное на методике оценки медицинских технологий	4	9
Внеплановое сокращение льгот	14	3
Плата за услуги		
Понижение платы за услуги (или повышение защиты)	14	10
Повышение платы за услуги	13	11

Источник: Thomson et al. (2014).

внесение дополнительных категорий в пакет льгот (4). Страны, которые ввели две или более ответных мер, направленных на ограничение охвата услугами здравоохранения, как правило, достаточно сильно пострадали от кризиса (все государства-члены ЕС)¹.

Стратегии иногда вводились, но впоследствии были либо не завершены, либо реализованы не в полной мере. В нескольких странах были приостановлены запланированные меры, направленные на расширение охвата услугами здравоохранения.

¹ По меньшей мере, две стратегии (из трех): Болгария, Греция, Ирландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Нидерланды, Португалия, Румыния, Словения, Чешская Республика, Эстония. Три стратегии: Ирландия, Испания, Латвия, Словения, Чешская Республика.

5.1 Право населения на получение государственных услуг здравоохранения

Ограничение охвата государственными услугами здравоохранения подвергает деятельность системы здравоохранения риску, равно как и приводит к очевидным стратегическим рискам. Следуя логике избирательного подхода, (высокий) уровень дохода представлялся бы наиболее целесообразным критерием для исключения определенных категорий граждан, исходя из того, что более состоятельное население может оплачивать услуги здравоохранения из личных средств или посредством ДМС. Однако международный опыт в значительной мере свидетельствует о том, что ограничения населения на основе уровня дохода не приводят к уменьшению бюджетных проблем (Smith, 2010; Smith & Normand, 2009; Thomson & Mossialos, 2006). Система здравоохранения утрачивает государственные доходы, отказываясь от взносов (на уровне выше среднего) более состоятельного населения или оказываясь вынужденной вводить налоговые льготы на частные расходы для компенсации более состоятельного населения. В итоге в системе может находиться меньше средств на душу населения, предназначенных на нужды группы населения с уровнем риска выше среднего.

Системы здравоохранения, в которых доступ к медицинской помощи предоставляется на основе проверки на нуждаемость, скорее всего, испытают рост государственных расходов в качестве ответной меры на экономическое потрясение, поскольку при снижении уровня доходов большая часть населения получает право на пользование бесплатными или льготными услугами здравоохранения. Критерии нуждаемости можно повысить для уменьшения бюджетных проблем, но это приведет к большим финансовым лишениям, поскольку относительно малоимущее население окажется исключенным из охвата государственными услугами здравоохранения.

Расширение охвата

В некоторых странах было отмечено расширение охвата государственными услугами здравоохранения на группы населения, не охваченного до начала кризиса, или принятие мер по усилению защиты отдельных групп населения (Австрия, Бельгия, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Греция, Исландия, Испания, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Франция, Черногория, Швеция, Эстония). Около половины этих изменений стратегий были запланированы до начала кризиса и продолжены, несмотря на него. Наиболее распространенными целевыми группами для расширения охвата государственными услугами здравоохранения стали малоимущее взрослое и детское население. При наступлении кризиса Эстония расширила охват услугами первичной медико-санитарной помощи на население, долгое время находящееся без работы.

Ограничение охвата

В противоположность перечисленным выше мерам по расширению охвата ограничения были направлены на относительно уязвимые группы населения.

В странах со всеобщим охватом наблюдалось следующее:

- ограничение охвата государственными услугами здравоохранения для лиц, не имеющих статуса постоянного жителя (Чешская Республика), нелегальных мигрантов и граждан стран, не входящих в ЕС (взрослое население в Испании);
- ограничение охвата государственными услугами здравоохранения посредством повышения критерия нуждаемости (переход от минимальной заработной платы к получению социальных льгот, в Словении);
- переход от критерия постоянного проживания, как основы права на получение государственных услуг здравоохранения, к статусу застрахованного (в Латвии, запланированные изменения).

В странах, характеризующихся отсутствием всеобщего охвата, наблюдалось следующее:

- ограничение охвата государственными услугами здравоохранения за счет повышения критерия нуждаемости (Ирландия, Кипр);
- исключение более состоятельного пожилого населения из охвата государственной первичной медико-санитарной помощью (Ирландия);
- задержки в проведении запланированных мер, направленных на расширение охвата (Ирландия, Кипр).

5.2 Пакет льгот

В результате кризиса страны получили возможность сосредоточить усилия на дезинвестировании – систематическом изъятии из охвата услуг, имеющих низкую ценность (неэффективных с точки зрения затрат). В противоположность внеплановым те сокращения льгот, которые основаны на методике оценки медицинских технологий, обладают двойным преимуществом: они повышают эффективность государственного финансирования сектора здравоохранения и сводят к минимуму озабоченность вопросами негативного воздействия на состояние здоровья населения. Основная проблема, однако, состоит в том, что население может продолжать пользоваться отмененными услугами, если врачи продолжают их предписывать, таким образом, приводя к повышению уровня личных платежей граждан. Во избежание данной ситуации процесс исключения отдельных видов услуг из списка льготных категорий должен сопровождаться предоставлением подробной информации пациентам и поставщикам услуг.

Большее использование методики оценки медицинских технологий в обосновании решений, касающихся охвата, требует инвестиций, мощностей и политической воли. Однако даже в тех случаях, когда дезинвестирование не приводит к значительной экономии затрат в краткосрочной перспективе, оно позволяет руководителям повысить эффективность и может привести к большей политической осуществимости ограничений охвата, особенно в сочетании с общественными консультациями и коммуникацией.

Сокращение льгот на основе методики оценки медицинских технологий

В некоторых странах было отмечено систематическое ограничение льгот на основе определенных критериев преимущественно для лекарственных средств (*Бельгия, Венгрия, Германия, Дания, Испания, Италия, Литва, Польша, Румыния, Франция, Хорватия, Швейцария*). Фактическое число стран может быть больше, потому что некоторые страны предоставили данные о том, что они вводят новые пакеты минимальных льгот или «позитивные списки», но не всегда уточняли, были ли эти меры продиктованы методикой оценки медицинских технологий. Зачастую систематические изменения были указаны как запланированные до начала кризиса.

Некоторые страны, относительно сильно пострадавшие от кризиса, ввели новый пакет минимальных льгот (*Греция, Испания*) или разработали планы по введению минимальных льгот (*Кипр, Португалия*). Испания и Кипр постарались провести данные меры на основе систематических критериев, включая эффективность с точки зрения затрат.

Внеплановое сокращение льгот

В тех случаях, когда не использовались систематические критерии, из охвата, как правило, исключались лекарственные средства (*Босния, Греция, Испания, Литва, Нидерланды, Республика Молдова, Сербия, Словения*), денежные пособия по временной нетрудоспособности по болезни (*Босния и Герцеговина, Венгрия, Литва, Словения, Эстония*) и стоматологическая помощь (*Ирландия, Нидерланды, Чешская Республика, Эстония*). В нескольких странах было отмечено ограничение доступа к первичной медико-санитарной помощи (*Румыния*) и профилактическим медицинским услугам (*Болгария, Нидерланды*).

Некоторые страны отменили льготы и позднее отказались от данных мер в результате оппозиции со стороны общественности (*Швейцария* исключила бесплатные очки для всего населения, но заменила данную льготу на очки для детского населения; *Нидерланды* отказались от планов сокращения охвата услугами по охране психического здоровья).

Добавление новых льгот

В 13 странах наблюдалось расширение пакета льгот, но, как правило, не в результате прямых ответных мер на кризис. Многие из этих добавлений стали результатом действий по усилению финансовой защиты отдельных групп населения (в основном детей). Некоторые страны расширили охват профилактическими медицинскими услугами (бывшая югославская Республика Македония, Соединенное Королевство (Северная Ирландия)). В Сербии и Хорватии в результате стратегий, направленных на улучшение ценовой политики в отношении лекарственных средств и охвата, удалось добавить новые медицинские препараты в «позитивные списки» лекарственных средств.

5.3 Плата за услуги

Зачастую страны вводят плату за услуги с тем, чтобы сдержать спрос на услуги здравоохранения в надежде, что это приведет к контролю затрат. Однако имеется недостаточно данных, чтобы предположить, что введение платы за услуги приводит к более надлежащему использованию или сдерживает государственные расходы на здравоохранение. Согласно имеющимся в большом количестве однородным данным (см. Swartz, 2010) введение платы за услуги, скорее всего, может подорвать деятельность системы здравоохранения в связи с тем, что данная мера:

- имеет небольшой избирательный эффект, приводя к сокращению надлежащего и ненадлежащего потребления почти в равной мере;
- удерживает население от обращения за надлежащей и эффективной с точки зрения затрат помощью (особенно в случае профилактических и иницируемых пациентом услуг здравоохранения), даже при низкой плате за услуги;
- может оказать негативное воздействие на состояние здоровья, особенно среди малоимущего населения;
- может привести к замене, способствующей росту затрат.

Плата за услуги может содействовать повышению эффективности, если применяется избирательно для отражения относительной стоимости (эффективности с точки зрения затрат) различных услуг здравоохранения (Chernew, Rosen & Fendrick, 2007). Однако данный подход не является панацеей, и, скорее всего, может быть полезным в том случае, когда плата за услуги повсеместно применяется, имеются достоверные данные о стоимости и целевое воздействие на поставщиков менее осуществимо с политической точки зрения (Thomson, Schang & Chernew, 2013). Во избежание того, чтобы пациенты не оказались в невыгодном положении из-за решений поставщиков в отношении лечения,

важно, чтобы плата за услуги на основе ценности была подкреплена мерами, гарантирующими надлежащее предоставление услуг. Во многих случаях использование целевого подхода в отношении поставщиков, скорее всего, окажется более эффективным, чем применение целевого подхода к пациентам.

Согласно данным научных исследований, в тех случаях когда применяется плата за услуги, важно введение адекватных механизмов защиты (освобождение от оплаты при конкретных условиях и установление потолка для личных платежей граждан) таким образом, чтобы финансовое бремя в меньшей степени сказывалось на населении с низким уровнем доходов и тех, кто вынужден регулярно обращаться за медицинской помощью. Плата за услуги на основе ценности и механизмы защиты часто включают значительные транзакционные издержки.

Повышение платы за услуги

В 24 странах наблюдалось введение или повышение платы за услуги наиболее часто за следующие виды услуг:

- рецептурные лекарственные средства для амбулаторного лечения (*Беларусь, Греция, Ирландия, Испания, Италия, Кипр, Португалия, Словения, Турция, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швеция – снижение дотаций*);
- специализированная стационарная помощь (*Армения, Болгария, Греция, Ирландия, Латвия, Португалия, Румыния, Словения, Франция, Чешская Республика, Эстония*);
- специализированная амбулаторная помощь (*Болгария, Греция, Дания, Исландия, Италия, Латвия, Нидерланды, Словения, Таджикистан, Эстония*);
- первичная медико-санитарная помощь (*Греция, Исландия, Кипр, Латвия, Португалия, Словения, Франция, Хорватия*);
- лечебно-диагностические вмешательства в отделениях экстренной медицинской помощи (во всех случаях: *Армения, Кипр*; во всех случаях кроме неотложных: *Италия, Португалия*);
- долговременная помощь (*Португалия, Эстония*).

В Греции, Кипре и Португалии отмечалось повышение платы за услуги с целью удовлетворения требований программ финансовой поддержки ЕС-МВФ. Франция была единственной страной, которая сообщила о большем использовании платы за услуги на основе ценности.

В 8 странах были проведены меры по снижению защиты от платы за услуги посредством:

- повышения потолков (*Ирландия – плановое, Латвия, Португалия, Финляндия, Швеция*);

- применения платы за услуги к ранее не включенным категориям населения (*Беларусь, Болгария – позднее отменены, Греция*).

В Соединенном Королевстве (Англии) отказались от ранее запланированной меры по расширению числа хронических болезней, рецептурные лекарственные средства для амбулаторного лечения которых предоставляются без взимания платы.

Понижение платы за услуги или повышение защиты

В 14 странах была упразднена или снижена плата за следующие виды услуг:

- посещение организаций первичной медико-санитарной помощи (*Венгрия, Германия, Турция, Финляндия*);
- специализированная амбулаторная помощь (*Бельгия, Венгрия, Германия, Дания, Италия – позднее отменены, Нидерланды, Турция*);
- рецептурные лекарственные средства для амбулаторного лечения (*Латвия, Таджикистан, Турция, Соединенное Королевство (Северная Ирландия), Чешская Республика*);
- диагностические тесты в государственных больницах (*Греция, Италия*);
- специализированная стационарная помощь (*Венгрия, Чешская Республика*);
- услуги здравоохранения для нелегальных мигрантов (*Дания, Франция*);
- стоматологическая помощь (*Венгрия*).

В некоторых случаях данные меры были предприняты с тем, чтобы отменить недавние изменения, произошедшие в результате применения стратегий (*Дания, Франция, Чешская Республика*).

В 15 странах наблюдались меры, направленные на усиление защиты от платы за услуги посредством снижения стоимости услуг, освобождения от оплаты при конкретных условиях и установления потолка для личных платежей граждан (*Австрия, Беларусь, Бельгия, Болгария, Греция, Испания, Казахстан, Латвия, Литва, Португалия, Румыния, Словакия, Таджикистан, Финляндия, Эстония*), в основном направленные на рецептурные лекарственные средства для амбулаторного лечения, малоимущее население или уязвимые группы. Австрия, Бельгия, Испания и Португалия усилили защиту в трех или более областях. В более чем половине данных стран обеспечение большей защиты было напрямую связано с ростом платы за услуги. Призывы ввести или увеличить плату за услуги были отклонены в Дании, Румынии, Сербии и Соединенном Королевстве (Шотландии).

5.4 ДМС

ДМС может обеспечить защиту населения от необходимости платить из личных средств, но не способствуют эффективному сокращению разрыва в охвате государственными услугами здравоохранения в большинстве европейских систем здравоохранения, особенно в странах с высоким уровнем личных платежей граждан за медицинскую помощь (Thomson & Mossialos, 2009; Thomson, 2010). ДМС обладает ограниченными возможностями по уменьшению бюджетных проблем, и страны столкнулись со сложностями в достижении большего распространения ДМС без предоставления налоговых субсидий. В итоге нельзя в целом ожидать, что ДМС будет играть более серьезную роль в ответных мерах на экономическое потрясение.

Во Франции ДМС, включающее плату за услуги, стало более доступным для малоимущего населения. В нескольких странах были предложены или проведены изменения законодательства с тем, чтобы способствовать развитию ДМС, охватывающему исключенные услуги (бывшая югославская Республика Македония, Италия, Литва, Польша, Турция, Черногория). Инициатива в Литве не состоялась из-за негативного общественного мнения, а в Польше она не была введена. В Дании были упразднены налоговые субсидии на корпоративную закупку ДМС, а в Португалии – налоговые субсидии на частные расходы на здравоохранение для населения в двух верхних квартилях дохода, а также сокращены с 30% до 10% от общих личных частных расходов для всех остальных.

В 2007–2012 гг. доля ДМС в общих частных расходах на здравоохранение выросла в порядка двух третьих стран, по которым имеются данные, часто в тех странах, которые очень сильно пострадали от кризиса. Однако во многих случаях это, скорее всего, служит отражением сокращений общих частных расходов, а не увеличения числа ДМС. В Ирландии, например, доля населения, охваченного ДМС, снизилась на 6 процентных пунктов² во время кризиса (Health Insurance Authority, 2013), однако, доля ДМС в общих частных расходах значительно выросла. В Европейском регионе ВОЗ большая часть роста частных расходов, произошедшая во время кризиса, стала результатом роста личных платежей граждан, а не ДМС.

² С 51% в 2008 г. до 45% в 2013 г.

6 Ответные меры системы здравоохранения: планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения

Способ организации планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения оказывает прямое воздействие на основные аспекты деятельности системы здравоохранения, в особенности на эффективность, качество и доступность (Всемирная организация здравоохранения, 2000; Figueras, Robinson & Jakubowski, 2005). Потому как поставка услуг здравоохранения является основной движущей силой затрат системы здравоохранения, именно на нее должны быть обращены усилия по контролю над расходами (Hsiao & Heller, 2007). Сюда входит сосредоточение внимания на методах распределения ресурсов и сочетании финансовых и нефинансовых инициатив, с которыми сталкиваются покупатели и поставщики услуг здравоохранения, начиная с областей, представленных в таблице 5.

В качестве ответных мер на усугубление бюджетных проблем руководители могут прибегнуть к краткосрочной экономии затрат за счет сокращения административных расходов, штата медицинских работников и услуг здравоохранения или ограничения инвестиций в инфраструктуру, медицинское оборудование и обучение персонала. Вопрос заключается в том, насколько при сокращении расходов можно добиться экономии затрат без подрыва эффективности, качества медицинской помощи и ее доступности, особенно если такие меры предпринимаются в качестве ответных на экономическое потрясение в условиях, когда необходимо быстрое принятие решений, мощности ограничены, и важно сохранить доступ к услугам здравоохранения.

Экономическое потрясение также представляет возможность для укрепления системы здравоохранения, если в результате изменения становятся более ощутимыми, и действия в

рамках стратегий систематически направлены на укрепление основных слабых мест в деятельности системы здравоохранения, исходя из двух принципов: обеспечения избирательного сокращения расходов и ограничения охвата с тем, чтобы краткосрочная экономия не привела к большим расходам в системе в долгосрочной перспективе, и взаимосвязи между расходами и ценностью (не только ценой или объемом) с целью определения областей, в которых сокращения могут способствовать снижению расходов, не приводя к сильным негативным последствиям.

Если следовать данным принципам, то, возможно, удастся добиться повышения эффективности за счет решения проблемы избыточных мощностей и высоких цен на услуги, включая заработную плату; применения стратегии замены к лекарственным средствам, медицинским работникам и медицинским учреждениям с целью достижения аналогичных результатов при меньших затратах; ограничения охвата или моделей потребления услуг здравоохранения неэффективных с точки зрения затрат; объединения медицинских организаций с тем, чтобы свести к минимуму дублирование услуг; а также уменьшения фрагментации при объединении средств и закупках.

Очевидно, что финансовые, временные и мощностные ограничения могут привести к тому, что руководители прибегнут к относительно простым для разработки и внедрения стратегиям (снижение цен, введение контроля над объемами), а не к более комплексным реформам, предполагающим дополнительные инвестиции (изменения профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов, перераспределение сектора стационарной помощи, более частое использование методики оценки медицинских технологий для

Таблица 5

Десять ведущих причин отсутствия эффективности в системах здравоохранения

Лекарственные средства:
<ul style="list-style-type: none"> • недостаточное использование дженериков и цены на лекарственные средства выше необходимого; • использование некачественных и поддельных лекарственных средств; • неподходящее или неэффективное использование.
Продукция и услуги здравоохранения:
<ul style="list-style-type: none"> • чрезмерные поставки и использование оборудования, исследований и процедур.
Медицинские работники:
<ul style="list-style-type: none"> • ненадлежащая или затратная структура кадровых ресурсов, немотивированные сотрудники.
Медицинские услуги:
<ul style="list-style-type: none"> • необоснованная госпитализация и продолжительность пребывания в стационаре; • ненадлежащий размер больницы (недостаточное использование инфраструктуры); • врачебные ошибки и некачественное оказание помощи.
Утечки в системе здравоохранения:
<ul style="list-style-type: none"> • растраты, коррупция, мошенничество.
Медицинские вмешательства:
<ul style="list-style-type: none"> • неэффективный пакет или неподходящий уровень стратегий.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (2010).

обоснования решений об охвате и предоставлении услуг здравоохранения, а также электронное здравоохранение). Однако в условиях тяжелого или длительного кризиса повышение эффективности за счет контроля над ценообразованием и объемами услуг может быть недостаточно для того, чтобы сократить разрыв доходы–расходы. Поэтому руководителям необходимо постараться мобилизовать дополнительные ресурсы не только для того, чтобы «функционировать в нормальном режиме», но также способствовать проведению более глубоких изменений, направленных на улучшение эффективности, качества и доступа в долгосрочной перспективе.

Данные практически всех стран, участвующих в опросе, указывают на то, что в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения произошли изменения (табл. 6). Меры, направленные на сокращение расходов стационарного сектора, наиболее часто использовались в качестве прямых ответных мер на кризис, впоследствии сопровождавшихся мерами по сокращению системных административных затрат, снижению цен на лекарственные средства и сокращению штата медицинских работников и оплаты труда.

6.1 Организации, занимающиеся планированием и закупкой услуг здравоохранения

В 22 странах в качестве прямых ответных мер на кризис и с целью сокращения накладных расходов была проведена реструктуризация министерств здравоохранения, учреждений общественного здравоохранения или организаций, занимающихся закупкой (Австрия, Беларусь, Бельгия, Болгария, Греция, Ирландия, Исландия, Испания, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Португалия, Румыния, Словакия, Соединенное Королевство, Таджикистан, Украина, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария). Самые большие сокращения были отмечены в Латвии: в 2009–2012 гг. порядка 55% штатного персонала министерства здравоохранения и подотчетных ему организаций были сокращены.

Значительные усилия по сведению к минимуму дублирования и укреплению механизма закупки включают предложение по созданию единой организации медицинского страхования в Чешской Республике и нового агентства по закупке в Греции посредством объединения фондов медицинского страхования.

Таблица 6

Краткое изложение изменений в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения, 2008–2013 гг., Европейский регион ВОЗ

Стратегическая область	Число стран, предоставивших отчетность:	
	прямые ответные меры	частичные ответные меры
Организации системы здравоохранения по планированию и закупке		
Меры по снижению административных расходов	22	9
Службы общественного здравоохранения		
Сокращения бюджетов общественного здравоохранения	6	0
Меры по усилению укрепления здоровья и профилактике болезней	12	18
Первичная медико-санитарная и амбулаторная помощь		
Снижение уровня финансирования	5	0
Повышение уровня финансирования	3	2
Изменения методов оплаты	1	4
Предоставление услуг: ликвидация	2	0
Предоставление услуг: перераспределение стационарного сектора	11	3
Предоставление услуг: профессионально-квалификационная структура кадровых ресурсов	3	0
Предоставление услуг: доступ	5	1
Сектор стационарной помощи		
Снижение уровня финансирования и инвестирование не в полном объеме	28	8
Повышение уровня инвестирования	3	6
Изменение методов оплаты	8	12
Предоставление услуг: ликвидация, объединение	11	7
Лекарственные средства и приборы медицинского назначения		
Снижение цен	22	20
Использование на основе методов фактических данных	10	8
Медицинские работники		
Снижение уровня заработной платы и численности штата	22	5
Роль методики оценки медицинских технологий		
Большее использование методики оценки медицинских технологий в принятии решений, касающихся охвата	7	8
Большее использование методики оценки медицинских технологий в принятии решений, касающихся предоставления услуг здравоохранения	9	6
Роль электронного здравоохранения		
Большее использование электронного здравоохранения	4	7

Источник: Thomson et al. (2014).

6.2 Услуги общественного здравоохранения

Сокращения бюджетов общественного здравоохранения могут способствовать тому, что странам удастся достичь краткосрочных целей по сдерживанию расходов, но, скорее всего, приведут к росту затрат и ухудшению в показателях здоровья населения в долгосрочной перспективе (Martin-Moreno et al., 2012). Рост объема фактических данных по экономическим выгодам профилактических мер свидетельствует о том, что инвестиции в данную область могут играть ключевую роль в замедлении роста расходов на здравоохранение в долгосрочной перспективе

(McDaid, Sassi & Merkur, 2014). Эффективные с точки зрения затрат меры включают проведение систематических скринингов с целью выявления артериальной гипертензии, повышенного уровня холестерина и некоторых видов онкологических заболеваний; регулирование; медицинские консультации по вопросам рациона питания, употребления алкоголя и табакокурения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи; налоги в интересах общественного здравоохранения, в особенности налоги на ликероводочную продукцию и табачные изделия (Chaloupka & Warner, 2000; Sassi, 2010; McDaid & Suhrcke, 2012).

Сокращение бюджетов общественного здравоохранения

В 5 странах было отмечено сокращение бюджетов общественного здравоохранения (бывшая югославская Республика Македония, Дания, Нидерланды, Чешская Республика, Эстония), еще в 5 странах наблюдалось упразднение или объединение учреждений общественного здравоохранения (Болгария, Исландия, Латвия, Литва, Украина).

Усиление мер по укреплению здоровья и профилактике

В 27 странах были отмечены действия, направленные на улучшение здоровья населения, но за исключением налогов в интересах общественного здравоохранения большинство данных стратегий не были предприняты в качестве прямых ответных мер на кризис, скорее они представляют общие стратегические тенденции в данной области. Согласно предоставленным данным стратегии включали:

- рост финансирования для программ общественного здравоохранения (*Австрия, Болгария, Дания, Литва, Чешская Республика*);
- введение новых или улучшение действующих стратегий, программ скрининга или целей (*Австрия, Бельгия, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Греция, Латвия, Литва, Мальта, Португалия, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Соединенное Королевство (Северная Ирландия), Таджикистан, Украина, Хорватия*);
- введение или распространение запрета курения на общественные места (*Бельгия, Болгария, Венгрия, Греция, Украина*);
- введение или повышение налогов на:
 - ликероводочную продукцию (*Беларусь, Венгрия, Дания, Кипр, Российская Федерация, Румыния, Словения, Украина, Франция, Черногория, Эстония*);
 - табачные изделия (*Беларусь, Болгария, Венгрия, Дания, Испания, Кипр, Португалия, Российская Федерация, Румыния, Словения, Украина, Франция, Черногория, Эстония*);
 - «нездоровые» продукты питания (*Венгрия, Словения, Франция*).

6.3 Первичная медико-санитарная помощь

Системы здравоохранения, отличающиеся сильным сектором первичной медико-санитарной помощи, ассоциируются с улучшенной деятельностью системы (Kringos et al. 2013). Обеспечение удобного доступа населения к широкому спектру жизненно важных услуг первичной медико-санитарной помощи, включая профилактические меры, своевременную диагностику и ведение болезней, повышает качество и эффективность.

Это особенно важно для людей с хроническими болезнями. Фактические данные указывают, что улучшения в ведении болезней и расширении прав и возможностей пациентов могут привести к улучшению показателей здоровья и сокращению затрат за счет предотвращения осложнений или их отсрочки, а также использования неотложной лечебной помощи. Кризис послужил импульсом для введения некоторых изменений, необходимых для лучшего предоставления медицинской помощи при ведении хронических болезней, однако, настоящих улучшений, возможно, будет трудно достичь без лидерства и дополнительных инвестиций, в том числе в электронное здравоохранение (см. далее).

Повышение уровня финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи

По данным в 5 странах было отмечено, что кризис создал импульс для повышения уровня финансирования или роста цен в секторе первичной медико-санитарной помощи (*Бельгия, Венгрия, Литва, Нидерланды, Республика Молдова*). Еще в 5 странах наблюдалось снижение уровня финансирования или цен (*Бельгия, Германия, Латвия, Румыния, Эстония*), несмотря на то, что во всех случаях предпринимались усилия по ограничению негативных последствий, например, достижение того, чтобы снижение цен в секторе первичной медико-санитарной помощи не превышало аналогичных сокращений в стационарном секторе, или обеспечение роста финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи и цен в последующие годы.

Реформирование методов оплаты в секторе первичной медико-санитарной помощи

В 6 странах были введены изменения методов оплаты труда врачей сектора первичной медико-санитарной помощи, большинство из которых определялось усилиями по установлению взаимосвязи между методами оплаты и показателями деятельности труда врачей общей практики (*Бельгия, Латвия, Румыния, Сербия, Франция*). Украина ввела пилотный проект по внедрению подушевой оплаты в секторе первичной медико-санитарной помощи.

Перераспределение стационарного сектора

В 15 странах были проведены структурные реформы по укреплению сектора первичной медико-санитарной помощи, включая перераспределение услуг из стационарного сектора в сектор первичной медико-санитарной помощи и служб помощи по месту жительства (*Беларусь, Венгрия, Греция, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Соединенное Королевство (Англия, Северная Ирландия, Уэльс), Украина, Франция*). В Греции и Португалии данные изменения были частью требований программ финансовой поддержки ЕС-МВФ.

Улучшение доступа к первичной медико-санитарной помощи

В 2 странах были введены меры по продлению часов работы учреждений первичной медико-санитарной помощи и обеспечению доступности данного вида помощи (Латвия, Соединенное Королевство (Уэльс)).

Изменение профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов

В 3 странах было отмечено изменение профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов (сочетание навыков или изменение кадровой структуры) в секторе первичной медико-санитарной помощи посредством перераспределения профилактических мер от врачей общей практики к медицинским сестрам (Словения), создания нового проекта, направленного на введение семейных медицинских сестер с целью усиления предоставления медицинской помощи пациентам с хроническими болезнями (Португалия) и введения категории помощника врача первичной медико-санитарной помощи (Беларусь).

6.4 Сектор стационарной помощи

Естественное следствие укрепления сектора первичной медико-санитарной помощи состоит в ограничении зависимости от сектора стационарной помощи. Решение проблемы избыточности инфраструктуры также способствует повышению эффективности за счет сокращения постоянных затрат. В качестве прямых ответных мер на кризис страны чаще всего указывали меры, направленные на снижение расходов больниц и инвестиций. В случаях признания необходимости реструктуризации стационарного сектора и при наличии уже существующего определенного планирования, меры, направленные на решение проблемы чрезмерных мощностей, скорее всего, приведут к экономии и повышению эффективности, особенно если они сопровождаются стратегиями по укреплению альтернативных медицинских учреждений, сокращению числа ненужных госпитализаций и упрощению процесса выписки из стационара (Kutzin, Cashin & Jakob, 2010; Rechel et al., 2009).

В некоторых странах отмечались отсрочки в государственных инвестициях или привлечение частных инвестиций в качестве экономии средств. Однако решения, принятые в спешке и направленные на сведение к минимуму расходов, а не на поддержание эффективных механизмов рационализации, могут не учитывать такие важные аспекты планирования стационарных мощностей, как распределение человеческих ресурсов (Ettelt et al., 2008). Потенциал для краткосрочной экономии

средств, таким образом, должен компенсировать рост затрат и неэффективность использования старых медицинских учреждений и износившегося оборудования, например, рисков безопасности медицинского персонала и пациентов. Данные европейских стран указывают на то, что использование государственно-частных партнерств для привлечения инвестиций в стационарный сектор является проблематичным и может не приводить к снижению затрат или обеспечению эффективности в долгосрочной перспективе (Rechel et al., 2009).

Снижение уровня финансирования, цен и инвестиций

В 19 странах было отмечено сокращение бюджетов больниц (*Австрия, Болгария, Греция, Дания, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство (Северная Ирландия), Хорватия*) или уровня платы за услуги и тарифов (*Бельгия, Болгария, Дания, Ирландия, Кипр, Польша, Словения, Соединенное Королевство (Англия), Франция, Чешская Республика, Эстония*).

В 20 странах наблюдались изменения в структуре инвестиций в сектор стационарной помощи, включая:

- отказ от или сокращение запланированных инвестиций (*Грузия, Исландия, Румыния, Словения, Швейцария*);
- замедление темпов развития программ, направленных на модернизацию больниц и служб скорой и неотложной медицинской помощи и приобретение дорогостоящего оборудования (*Армения, Беларусь, Болгария, Черногория*);
- сокращение капитальных расходов (*Босния и Герцеговина, Республика Молдова* – за сокращением последовал рост, *Соединенное Королевство (Англия, Северная Ирландия, Шотландия, Уэльс), Украина, Эстония* – следом за временным ростом).

Из вышеперечисленных стран 9 предприняли попытки по привлечению дополнительных ресурсов для инвестирования в сектор стационарной помощи, не всегда в качестве прямых ответных мер на кризис, посредством использования:

- частных ресурсов (государственно-частных партнерств) в целях инвестирования (*Дания, Испания* – запланировано, *Нидерланды, Соединенное Королевство (Шотландия)*);
- структурных фондов ЕС в целях инвестирования (*Болгария, Венгрия*);
- займов в целях роста инвестиций (*Бельгия, Румыния, Франция*).

Реформирование методов оплаты сектора стационарной помощи

В 18 странах были отмечены изменения методов оплаты сектора стационарной помощи, включая следующие:

- усилия, направленные на установление связи между уровнем оплаты труда и результатам деятельности (*Беларусь, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Италия, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Франция*);
- введение оплаты труда по клинически связанным группам (DRG/КСГ) (*Германия – психиатрические лечебницы, Греция, Кипр – запланировано, Латвия – запланировано, Литва, Польша, Республика Молдова, Словакия, Чешская Республика, Швейцария*);
- отказ от метода оплаты по койко-дням (*Латвия, Российская Федерация*).

Введение метода оплаты по клинически связанным группам (DRG/КСГ), как правило, было частью продолжающихся реформ, а не прямых ответных мер на кризис.

Реструктуризация служб стационарного сектора: централизация, ликвидации и объединения

В 19 странах наблюдалось ускорение существующего процесса реструктуризации стационарного сектора, в основном посредством ликвидаций и объединений, характеризующихся различной степенью прогресса (*Азербайджан, Бельгия, Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Греция, Дания, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Португалия, Румыния, Словакия, Украина, Чешская Республика*).

Снижение времени ожидания услуг здравоохранения

Отдельные страны предприняли попытки разрешить ситуацию с длительным временем ожидания услуг здравоохранения, в некоторых случаях с целью смягчения негативных последствий в отношении своевременного доступа к медицинской помощи, сопровождающего изменения в методе оплаты поставщиков медицинских услуг, применив следующие меры:

- введение, расширение или повышение прозрачности целевых показателей и гарантий в отношении времени ожидания услуг (*Дания, Испания, Италия, Российская Федерация, Соединенное Королевство (Англия, Шотландия), Чешская Республика, Швеция, Эстония*);
- повышение прозрачности информации в отношении времени ожидания услуг (*Венгрия, Казахстан, Словакия*);

- разработка альтернативных стратегий по снижению времени ожидания услуг (*Италия, Мальта, Словения, Соединенное Королевство (Уэльс), Финляндия*).

6.5 Лекарственные средства и приборы медицинского назначения

На протяжении многих лет повышение эффективности в использовании лекарственных средств является важным стратегическим направлением в Европе. Кризис усилил позиции органов государственного управления и других закупочных ведомств на переговорах, и многие страны смогли добиться снижения цен на лекарственные средства и приборы медицинского назначения, финансируемые из государственных средств. В некоторых странах также отмечалось усиление стратегий, направленных на улучшение рекомендаций по выписке лекарственных средств и большего использования дженериков (имеющихся в настоящее время для лечения большинства хронических болезней).

Снижение цен

В большинстве стран были введены или укреплены стратегии, направленные на снижение цен на медицинские товары (в основном лекарственные средства), в том числе:

- улучшение методов закупки, как правило, за счет централизации закупки (*Греция, Дания, Испания, Казахстан, Кипр, Португалия, Румыния, Франция*), но также посредством тендеров и выборочных контрактов (*Болгария, Венгрия, Нидерланды, Чешская Республика*);
- снижение цен (*Бельгия, Босния и Герцеговина, Греция, Ирландия, Италия, Литва, Португалия, Сербия, Словения, Турция, Украина, Финляндия, Франция, Швейцария*);
- цена–объем, воздействие на бюджет и соглашения о распределении рисков (*Бельгия, Греция, Латвия, Литва, Польша, Португалия, Румыния, Хорватия, Эстония*);
- внешняя референтная цена (*Бельгия, бывшая югославская Республика Македония, Ирландия, Кипр, Литва, Португалия, Украина*);
- внутренняя референтная цена (введена: *Греция, Мальта, Словакия, Словения, Хорватия*; изменена: *Венгрия, Латвия, Румыния, Словакия, Эстония*);
- нормы прибыли (*Кипр, Польша, Португалия, Российская Федерация, Франция*);
- снижение НДС (*Греция, Таджикистан*);
- другие меры (*Беларусь, Греция, Казахстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Хорватия*).

Улучшение механизмов назначения, отпуска и использования лекарственных средств

В 17 странах были предприняты действия по поддержанию механизмов назначения, отпуска и использования лекарственных средств на основе фактических данных посредством:

- назначения международных непатентованных наименований (*Венгрия, Греция, Исландия, Испания, Латвия, Литва, Португалия, Республика Молдова, Румыния*);
- назначения лекарственных средств в электронном виде (*Греция, Португалия, Румыния, Эстония*);
- руководств по назначению лекарственных средств (*Греция, Дания, Португалия*);
- мониторинга назначения лекарственных средств (*Кипр, Португалия, Черногория*);
- перехода на дженерики при отпуске лекарственных средств в аптеках (*Бельгия, Венгрия, Испания, Латвия, Литва, Эстония*);
- предоставления информации и обучения (*Казахстан, Российская Федерация, Словения, Эстония*).

В ряде стран были отмечены такие изменения стратегий охвата и компенсации затрат населения, как создание «позитивных списков» и более частое использование методики оценки медицинских технологий для обоснования решений по охвату (см. раздел 5.2).

6.6 Медицинские работники

Затраты на заработную плату медицинских работников составляют наибольшую долю расходов на здравоохранение и являются общепринятым целевым показателем для экономии расходов, иногда в тех странах, в которых в недавнее время отмечался резкий, даже слишком, рост заработных плат медицинских работников, но также в странах с достаточно низким уровнем заработных плат. Вознаграждение за труд медицинских работников и условия труда играют важную роль в привлечении и удержании квалифицированных медицинских специалистов, укреплении мотивации и морального духа, а также проведение инициатив по повышению эффективности труда и деятельности системы здравоохранения (Buchan, 2008; Wismar et al., 2011). Таким образом, изменения стратегий найма медицинских работников должны проводиться настолько избирательно, насколько это представляется возможным (Dussault et al., 2010), а при сокращении персонала и заработной платы должны учитываться воздействие на мотивацию медицинских работников, эффективность труда и уровень удержания кадров на местах. Отмена сокращений и реинвестирование в человеческие ресурсы по мере улучшения экономической ситуации, возможно, также является проблематичным и дорогостоящим в данной области.

Реформы профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов могут способствовать решению проблемы нехватки медицинских кадров и неравного распределения, равно как и повышения качества и эффективности предоставления услуг здравоохранения в долгосрочной перспективе (Bourgeault et al., 2008). Однако эффективность данных мер определяется структурами инициатив на местах и изменениями, необходимыми для обеспечения качества, делегирования полномочий и ответственности сторон.

Сокращение численности штата

В отдельных странах были отмечены меры по сокращению численности работников сектора здравоохранения, практически во всех случаях – в результате прямых ответных мер на кризис (*Греция, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Португалия, Румыния, Словения, Соединенное Королевство (Англия, Шотландия, Уэльс), Хорватия, Швеция*).

Снижение уровня заработной платы

В 16 странах наблюдались изменения уровня оплаты труда медицинских работников, практически во всех странах – в результате прямых ответных мер на кризис (*Австрия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Португалия, Румыния, Сербия, Словения, Соединенное Королевство (Англия, Северная Ирландия, Шотландия), Черногория*). В ряде стран были отмечены значительные сокращения заработных плат, в особенности в тех, которые имеют программы финансовой поддержки ЕС-МВФ.

Изменение профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов

См. раздел 6.3.

6.7 Методика оценки медицинских технологий

Методика оценки медицинских технологий способствует повышению деятельности системы здравоохранения посредством определения безопасных, эффективных, ориентированных на пациента и эффективных с точки зрения затрат вмешательств. Решения об охвате услугами здравоохранения и использовании передового опыта в предоставлении услуг здравоохранения, которые не основаны на фактических данных (затратной) эффективности, могут привести к косвенным результатам в отношении показателей состояния здоровья населения и, скорее всего, способствовать расточительности в отношении ресурсов (Velasco Garrido et al., 2008). По имеющимся данным разница в качестве предоставляемых услуг пациентам одной категории послужила импульсом для поддержания усилий по оптимизации, и когда это целесообразно, стандартизации лечения отдельных состояний или групп пациентов на протяжении курса лечения посредством клинических руководств,

протоколов и «маршрутов пациентов». Небольшое количество данных указывает на то, что механизмы, преимущественно предназначенные для повышения качества предоставления услуг здравоохранения, также могут способствовать повышению эффективности и сокращению расходов (Legido-Quigley et al., 2013).

Большее использование методики оценки медицинских технологий в обосновании решений по охвату

В 15 странах были предприняты действия по большему использованию методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату. Фактическое число стран может быть больше, поскольку в некоторых странах была введена новая «позитивные списки» (Босния и Герцеговина, Болгария, Греция, Казахстан, Литва, Португалия, Сербия, Таджикистан) или пересмотрены уже существующие (Польша, Словения), но без уточнения того, были ли данные действия разработаны на основе методики оценки медицинских технологий или нет. В большинстве стран лекарственные средства и приборы медицинского назначения были основными целевыми показателями для применения методики оценки медицинских технологий. Данные, предоставленные странами, указывают на следующие меры:

- создание нового агентства по установлению приоритетов (Дания, Черногория);
- укрепление сетей, использующих методику оценки медицинских технологий (Испания);
- использование методики оценки медицинских технологий при добавлении лекарственных средств в «позитивные списки» (Беларусь, Испания, Российская Федерация, Хорватия);
- применение методики оценки медицинских технологий к таким новым областям, как приборы медицинского назначения (Бельгия, Венгрия, Румыния, Турция) и дорогостоящее оборудование (Беларусь);
- добавление новых критериев к процессам, используемым в методике оценки медицинских технологий (Германия, Франция, Швейцария);
- планы по систематическому использованию методики оценки медицинских технологий в составлении пакетов льгот в целом (Испания, Кипр);
- другие меры (Норвегия).

Большее использование методики оценки медицинских технологий в обосновании решений по предоставлению услуг здравоохранения

В 13 странах были разработаны новые клинические руководства и протоколы (бывшая югославская Республика Македония, Кипр, Казахстан, Латвия, Португалия) или «маршрутов пациентов» (бывшая югославская Республика Македония, Бельгия, Дания, Ирландия, Италия, Российская Федерация, Словения, Франция). В некоторых странах были предприняты усилия по внедрению клинических руководств на обязательной основе (Бельгия) или посредством повышения мониторинга (Португалия, Украина) и введения финансовых стимулов (Кипр). Многие из этих новых инициатив проводятся в странах, в которых отсутствуют устоявшиеся программы развития руководств.

6.8 Электронное здравоохранение

В условиях, отличающихся от кризисных, внедрение электронной системы ведения медицинской документации и назначения лекарственных средств в некоторых странах уже имело положительное воздействие на затратную эффективность и качество (Dobrev et al., 2010). Как было доказано, создание электронной системы ведения медицинской документации оказалось сложным и часто ассоциируемым с ростом инвестиционных расходов (Black et al., 2011), таким образом, возможно, не подходящим к быстрому внедрению в условиях кризиса. Однако электронные системы ведения медицинской документации могут быть важным инструментом повышения эффективности в использовании лекарственных средств и диагностических тестов, если таковые применяются для мониторинга моделей назначения лекарственных средств и сопровождаются мерами, направленными на решение проблемы неэффективности назначения лекарственных средств.

В 11 странах были отмечены изменения в системах электронного здравоохранения, включая электронную систему назначения лекарственных средств (Бельгия, бывшая югославская Республика Македония, Греция, Латвия, Португалия, Румыния, Сербия, Турция, Франция, Хорватия, Чешская Республика).

7 Последствия для показателей деятельности системы здравоохранения

В качестве ответных мер на усугубление бюджетных проблем системы здравоохранения европейских стран не просто прибегнули к сокращению расходов и охвата, но также предприняли меры по рационализации доступных ресурсов и мобилизации дополнительных доходов. В рамках программ финансовой поддержки ЕС-МВФ потребовалось сокращение охвата (Греция, Кипр, Португалия) и снижение расходов (Греция) (Baeten & Thomson, 2012). Таким образом, у этих стран в отличие от других было меньше возможностей найти альтернативные пути разрешения бюджетных проблем.

Анализ соотношения прямых и частичных ответных мер на кризис в различных странах (см. табл. 3, 4, 6) указывает на то, что если бы ни кризис, страны не ввели бы ограничение охвата государственными услугами здравоохранения, а многих сокращений расходов удалось бы избежать, в особенности тех, которые коснулись министерств здравоохранения, служб общественного здравоохранения, штата сотрудников сектора первичной медико-санитарной помощи и медицинских работников, а также уровня оплаты труда персонала. Данный анализ также указывает на то, что в целом кризис послужил импульсом для стран в проведении более комплексных изменений, с большей вероятностью того, что они поспособствуют повышению эффективности в долгосрочной перспективе; данный кризис не привел к сбоям осуществляющихся реформ в отношении методов оплаты поставщиков, а также стимулировал широкий спектр усилий по мобилизации дополнительных государственных доходов для сектора здравоохранения.

Ответные меры на кризис систем здравоохранения варьировали по странам, отражая разницу контекста, а также различия в выборе стратегий: изменения государственных расходов на здравоохранение и охвата не всегда соответствовали масштабу кризиса. Например, Литва не повысила

уровня платы за услуги и даже попыталась провести меры по усилению защиты от текущих цен на услуги, несмотря на устойчивое снижение подушевых расходов на здравоохранение, в то время как уровень платы за услуги повысился в таких странах, как Финляндия и Франция, характеризующихся ростом государственных расходов на здравоохранение.

В данном разделе мы рассматриваем последствия ответных мер на кризис систем здравоохранения в отношении следующих аспектов деятельности: стабильности, достаточности и справедливости финансирования системы здравоохранения; финансовой защиты и справедливого доступа к медицинской помощи; и эффективности и качества услуг здравоохранения.

7.1 Стабильность, достаточность и справедливость финансирования системы здравоохранения

Для достижения финансовой защиты, справедливого доступа к медицинской помощи и справедливости финансирования необходимо обеспечение достаточного уровня государственного финансирования системы здравоохранения и предсказуемых объемов государственных доходов, а также сбора доходов методом, не обременяющим домашние хозяйства несправедливыми лишениями (Kutzin, 2008; Всемирная организация здравоохранения, 2010). Желательно также, чтобы сбор и распределение государственных финансовых средств происходил как можно более эффективно и прозрачно.

Стабильность

В годы, последовавшие за наступлением кризиса, во многих странах наблюдалась значительная неустойчивость уровней подушевого государственного финансирования на здравоохранение (см. табл. 1). Сокращения бюджетов на здравоохранение в равной степени имели место как в системах, в основном

финансируемых посредством государственного бюджета, так и в системах, полагающихся на целевые взносы, собираемые фондом медицинского страхования. Усилия по мобилизации доходов были сконцентрированы в основном в системах, функционирующих на основе фондов медицинского страхования.

Хотя наибольшие сокращения годовых расходов произошли в результате решений органов государственного управления (Греция, Ирландия, Латвия, Португалия), это в большей степени стало отражением масштабов экономического потрясения, включая внешнее вмешательство в виде программ финансовой поддержки ЕС-МВФ. Это также свидетельствовало об отсутствии автоматических стабилизаторов: в Греции не было резервов или контрциклических формул для компенсации системы медицинского страхования, характеризующейся снижением доходов от налогов на фонд заработной платы, а в Ирландии не было контрциклической формулы для покрытия резкого роста доли населения, имеющего право на льготы на основе критериев нуждаемости.

Резервы и контрциклические формулы создали необходимый защитный буфер в нескольких странах. Однако за исключением Эстонии, которая накопила значительные резервы медицинского страхования до начала кризиса¹, только одних автоматических стабилизаторов было недостаточно для того, чтобы сохранить уровни государственного финансирования для системы здравоохранения тех стран, в которых кризис был тяжелым или устойчивым. Ответные меры политики сыграли важную роль в обеспечении стабильности; без стратегических действий уровни государственных расходов на здравоохранение были бы ниже.

В данном исследовании показаны три урока для будущего по достижению стабильности. Во-первых, автоматические стабилизаторы оказывают существенную помощь в сохранении уровня государственного дохода для системы здравоохранения в условиях экономического кризиса. Во-вторых, несмотря на то, что резервы и контрциклические формулы были изначально созданы для предотвращения колебаний потока поступлений, получаемых из фонда оплаты труда, нет причин для того, чтобы системам, преимущественно финансируемым из средств государственного бюджета, не следовало бы вводить аналогичные механизмы адаптации к изменениям потребностей населения в услугах здравоохранения или финансирования роста охвата государственных услугами здравоохранения на основе критериев нуждаемости. В-третьих, большое значение имеют ответные меры политики, предпринимаемые во время развития кризиса: автоматические стабилизаторы не заменяют действия. Потому как

они, скорее всего, в определенный момент потребуют дефицитного финансирования, они, возможно, не будут обеспечивать достаточной защиты в условиях тяжелого и длительного кризиса или в ситуации, когда факторы стратегической экономики станут приоритетными по сравнению с задачами системы здравоохранения.

Достаточность

Незначительные сокращения государственных расходов на здравоохранение не могут, сами по себе, привести к подрыву деятельности системы здравоохранения, особенно если они являются результатом мер, направленных на повышение эффективности. Однако эти сокращения, скорее всего, могут быть деструктивными если:

- они носят устойчивый характер;
- они имеют место в системах здравоохранения, не получающих достаточного финансирования: тех системах, которые на момент начала кризиса были относительно слабыми в силу того, что распределение доли государственных средств в сектор здравоохранения было ниже среднего, а уровни личных платежей граждан за услуги здравоохранения были выше среднего;
- кризис протекает тяжело.

В рамках данного исследования оценка стран, подверженных риску недостаточных уровней государственного финансирования после начала кризиса, указывает на то, что наибольший риск был отмечен в Греции и Латвии, далее следовали Ирландия, Литва, Португалия и Хорватия, а за ними – Армения, Венгрия, Мальта, Российская Федерация, Туркменистан, Украина и Черногория. К странам, отмеченным средней степенью риска, относятся: Албания, Азербайджан, Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Кипр, Люксембург, Словения, Эстония. Примечательно, что такое большое число стран, находящихся в состоянии высокого риска, приходится на ЕС.

Страны, в которых наблюдались самые высокие уровни личных платежей граждан на услуги здравоохранения и значительные разрывы в охвате в начале кризиса², имели наименьшие возможности для сокращения государственных расходов, не сопровождающегося дальнейшим разрушением финансовой защиты и ограничением доступа к услугам здравоохранения. Скорее всего, такие значительные сокращения государственных расходов на здравоохранение оказали негативное воздействие на эти важные аспекты деятельности системы здравоохранения в Греции и Латвии. Кипр может испытать аналогичные проблемы, если последуют дальнейшие сокращения.

¹ Фонд медицинского страхования Эстонии извлек уроки из тяжелого экономического кризиса, с которым страна столкнулась в начале 1990-х гг. и в 2000-х гг. в преддверии экономического спада увеличил дополнительные резервы.

² Например, в 2007 г. на долю личных платежей граждан пришлось более одной трети общих расходов на здравоохранение в следующих странах: Албания, Армения, Азербайджан, Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Греция, Кипр, Латвия, Туркменистан (WHO, 2014)

Вместе с тем Ирландия и Хорватия получили выгоду от распределения относительно большой доли государственных расходов в сектор здравоохранения и низкого уровня личных платежей граждан до наступления кризиса³. Литва и Португалия также имели определенную возможность (более ограниченную). Тем не менее, сокращения нанесли ущерб в Хорватии и Ирландии, где в 2007–2012 гг. наблюдалось резкое снижение доли государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение (на 7 и 11 процентных пунктов, соответственно), в результате чего в Ирландии данный показатель снизился до 64% в 2012 г, что значительно ниже среднего по ЕС уровня в 72%.

В целом вызывает беспокойство то, что такое большое количество стран прибегнуло к проциклическим моделям государственных расходов на здравоохранение в условиях кризиса, особенно в ЕС. Еще большую обеспокоенность вызывает то, что расходование на основе проциклических моделей было сконцентрировано в странах, которые больше всего пострадали от кризиса, включая страны, в которых действуют программы финансовой поддержки ЕС-МВФ. Это указывает на то, что значимый экономический и социальный полезный эффект вложения государственных средств в охрану здоровья не был признан в достаточной степени ни в стратегических решениях относительно бюджетной политики, ни в программах финансовой поддержки ЕС-МВФ.

Справедливость финансирования

Некоторые страны воспользовались возможностью, предоставленной кризисом, для того, чтобы разрешить давнюю проблему источников несправедливости в финансировании. К примерам мер, направленных на повышение справедливости, относятся: упразднение или ограничение налоговых субсидий на личные платежи граждан и ДМС (Дания, Ирландия, Португалия); повышение или упразднение потолков заработной платы для уплаты страховых взносов (Болгария, Нидерланды, Словакия, Чешская Республика); проведение подготовленных тщательным образом, целенаправленных изменений уровня страховых взносов с тем, чтобы избежать роста финансового бремени для малоимущего населения (Ирландия, Республика Молдова, Хорватия, Черногория); а также распространение ставки страхового взноса на нерегулярный доход (Словакия).

Однако в 2007–2012 гг. доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение выросла в 21 стране, что указывает на перераспределение расходов в сторону домашних хозяйств, что, скорее всего, сделало финансирование здравоохранения более

³ В 2007 г. в обеих странах государственные расходы на здравоохранение составили более 16% от общих государственных расходов, а доля личных платежей граждан составила менее 15% от общих расходов на здравоохранение (WHO, 2014).

регрессивным. В одной или двух странах были введены взносы для пенсионеров, которые могут подорвать справедливость финансирования в странах, пенсионеры которых в целом бедны, если только малоимущие пенсионеры не защищены от необходимости оплачивать услуги здравоохранения.

7.2 Финансовая защита и справедливый доступ к медицинской помощи

Соблюдение финансовой защиты способствует тому, что население не сталкивается с финансовым бременем, связанным с обращением за услугами здравоохранения, а также обеспечивает справедливый доступ к медицинской помощи. Данный кризис, возможно, подорвал обеспечение финансовой защиты⁴ и справедливого доступа к медицинской помощи⁵ по причине приводимых ниже различных факторов:

- роста безработицы и бедности, что может привести к росту потребности населения в медицинской помощи и отказу от частного финансирования услуг, особенно в странах, которые характеризовались уже высоким уровнем личных платежей граждан на медицинскую помощь;
- отсутствия своевременных и эффективных стратегических действий, направленных на сокращение существующих разрывов в охвате, особенно в случаях, когда эти разрывы касаются слоев населения, подверженных риску бедности, безработицы, социальной маргинализации и плохого здоровья;
- сокращения расходов и ограничение охвата, введенных в качестве ответных мер на кризис.

Несостоятельность в сокращении существенных разрывов в охвате

Безработное население представляет собой наиболее уязвимую группу в странах, которые не предоставляют права на комплексный пакет медицинской помощи, финансируемой государством, после определенного периода отсутствия трудовой занятости, и еще более уязвимую группу в странах, которые столкнулись с кризисом трудоустройства. Ответные меры политики, направленные на разрешение данной ситуации, различались по странам. Например, в 2009 г. в самом начале этого кризиса Эстония расширила охват услугами здравоохранения на категории населения, зарегистрированного в качестве безработного более 9 месяцев, с условием,

⁴ Измеряемая с точки зрения распространенности катастрофических личных расходов населения за услуги здравоохранения (отражает излишне большую долю, приходящуюся на личные платежи) или уровня личных платежей граждан, ведущего к обнищанию (выталкивает население на порог бедности).

⁵ Измеряемая с точки зрения справедливости в потреблении услуг здравоохранения.

что люди находились в активном поиске работы. В результате большая доля населения, длительное время находящегося без работы, на данный момент получает выгоды от улучшенной финансовой защиты, даже, несмотря на то, что данной категории населения не предоставлен доступ к плановой специализированной помощи, финансируемой государством (Habicht & Evetovits, 2014). С другой стороны, Греция, в которой, по оценкам, от 1,5 до 2,5 млн человек были исключены из категорий граждан, которым гарантирована медицинская помощь в рамках охвата государственными услугами здравоохранения из-за своего статуса безработных или неспособности оплачивать страховые взносы, предприняла изначально ограниченные, медленные и неэффективные действия по защите данных категорий населения (Economou et al., 2014). Только в 2014 г. рецептурные лекарственные средства и стационарная помощь были включены в охват для категорий незастрахованного населения.

Ограничение охвата для более уязвимых групп населения

Практически во всех случаях ограничение охвата государственными услугами здравоохранения коснулось малоимущих домашних хозяйств (Ирландия, Кипр, Словения) и населения, не имеющего гражданства (Испания, Чешская Республика). В Ирландии, Кипре и Словении целенаправленные действия в отношении малоимущих домашних хозяйств стали результатом повышения критериев нуждаемости. Это указывает на то, что хотя метод на основе критериев нуждаемости дает руководителям определенную гибкость в условиях кризиса и может обеспечить защиту самым бедным слоям населения, он не обеспечивает защиту остальным категориям населения.

Взаимосвязь права на получение государственных услуг здравоохранения и выплаты страховых взносов

В двух странах были предприняты шаги, которые приведут к переходу от предоставления права на получение государственных услуг здравоохранения на основе статуса постоянно жителя. В Латвии поступило предложение связать право на получение государственных услуг здравоохранения и страховые взносы, а в Болгарии было введено ограничение права на получение государственных услуг здравоохранения, в частности на предоставление вакцинации и лечения заболеваний, передающихся половым путем, только для тех категорий граждан, которые охвачены социальным страхованием. В обоих случаях произошедшие изменения нуждаются в тщательном мониторинге с тем, чтобы определять и предотвращать негативные последствия.

Исключение единиц, имеющих оптимальное соотношение затрат и результатов, или целых сфер медицинской помощи из пакетов льгот
Для Европы было нехарактерно проведение целенаправленных мер по дезинвестированию

услуг или моделей с неблагоприятным соотношением затрат и результатов. Систематическое сокращение масштабов деятельности на основе методики оценки медицинских технологий наблюдалось только в странах ЕС и Швейцарии. С другой стороны, сокращения льгот были внеплановыми. Это вызывает обеспокоенность, особенно в свете предоставленных данных по ограничению сектора первичной медико-санитарной помощи, так, например, в Румынии было введено новое ограничение в рамках охвата на число повторных посещений врача общей практики (в 2010 г. число повторных посещений составило 5 в год, а в 2011 г. данный показатель сократили до 3), и произошли сокращения льгот по временной нетрудоспособности.

Непропорциональные сокращения инвестиций и урезание уже низких производственных расходов

Сокращения бюджетов, инфраструктуры и человеческих ресурсов могут иметь непосредственное воздействие на доступ, если они достаточно большие. Например, значительные сокращения бюджетов больниц в Греции и Латвии привели к увеличению времени ожидания услуг здравоохранения. В Латвии слишком длительное время ожидания плановой хирургии привело к тому, что по существу данный вид услуг перестал оказываться в рамках финансируемого государством охвата, и те пациенты, которые нуждались в данном виде услуг, вынуждены были оплачивать их из личных средств (Taube, Mitenbergs & Sagan, 2014). И наоборот, последствия недостаточного инвестирования в инфраструктуру или миграцию медицинских работников из-за сокращений штата и заработной платы могут со временем стать только еще более очевидными.

Рост уровня платы за услуги, не подкрепленный введением защитных мер

Изменения, касающиеся платы за услуги, не были самыми часто применяемыми мерами в ответ на разрешение проблемы охвата, что указывает на то, что для многих стран данная мера представляла собой достаточно простой стратегический рычаг, и только несколько стран при повышении платы за услуги одновременно усилили защиту. Хотя в рамках программ финансовой поддержки ЕС-МВФ, осуществляемых в Греции, Кипре и Португалии, необходимо было повышение платы за услуги, данные программы не способствовали созданию защитных механизмов от повышения платы за услуги. В этой связи, требования программ финансовой поддержки ЕС-МВФ не соответствовали ни международным данным, ни передовому опыту, и введение защитных мер было оставлено на усмотрение руководителей на национальном уровне.

Защитные меры

Отдельные страны продемонстрировали осведомленность в отношении важности обеспечения финансовой защиты и укрепления механизмов защиты от повышения платы за услуги. Некоторые страны также попытались разрешить бюджетные проблемы с помощью повышения эффективности, а не за счет ограничения охвата. Например, снижение цен на лекарственные средства в странах, которые установили плату за услуги в качестве доли расходов на лекарственные средства, привело к уменьшению финансового бремени пациентов или расширению спектра лекарственных средств, подлежащих государственному финансированию.

Последствия

Вопрос состоит в эффективности защитных стратегий, особенно в отношении уязвимых групп населения. Для ответа на этот вопрос необходимы: данные (с разбивкой по уровню дохода и состоянию здоровья) по потреблению услуг здравоохранения, распространенности катастрофических или приводящих к обнищанию расходов населения на медицинскую помощь и неудовлетворенной потребности в ней. В Европе плановые данные имеются только по последней категории⁶.

Данные по потреблению услуг здравоохранения имеются только для небольшого числа стран и даны без разбивки по уровню дохода. Совокупные данные не демонстрируют значительных изменений потребления услуг здравоохранения. Однако в нескольких странах были отмечены изменения, указывающие на то, что кризис оказал воздействие на модели потребления услуг здравоохранения. Например, многие из жителей Ирландии перестали приобретать ДМС, а население Греции и Кипра сменило частных поставщиков услуг здравоохранения на государственных. В Греции этот переход сопровождался резким снижением доли личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение.

На рисунке 6 на основе данных со слов респондентов показаны изменения неудовлетворенной потребности в услугах здравоохранения по причине затрат как для всего населения, так и для наиболее беднейшего квинтиля населения среди стран, в которых неудовлетворенная потребность в услугах здравоохранения выросла в 2008–2012 гг. Неудовлетворенная потребность в услугах здравоохранения по причине затрат выросла для всего населения в 17 странах и для наиболее беднейшего квинтиля в 20 странах. В 11 странах данный показатель вырос среди наиболее беднейшего квинтиля, но не среди населения в целом.

⁶ По данным «Опросного обследования доходов и условий жизни населения в странах ЕС» (EU-SILC), охватывающего страны ЕС-28, Исландию, Норвегию, Турцию и Швейцарию.

Наибольший рост неудовлетворенной потребности – увеличение в два раза или более – наблюдался в Бельгии, Ирландии, Исландии, Испании, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Словакии и Соединенном Королевстве, хотя и с низкой отправной точкой во всех странах за исключением Португалии. В Греции и Латвии рост данного показателя был меньше, но с более высокой отправной точки. Исходя из этих данных не представляется возможным утверждать, чем определяются увеличения неудовлетворенной потребности по причине затрат – изменениями финансового положения домашних хозяйств или изменениями охвата (или и тем, и другим).

Недавно проведенный анализ данных распространенности катастрофических или приводящих к обнищанию расходов на услуги здравоохранения охватывает только несколько стран. Данные исследования в Португалии указывают на то, что с введением нового уровня платы за услуги в 2012 г. распространенность катастрофических расходов населения на услуги здравоохранения выросла, таким образом, повернув вспять тенденцию предыдущего десятилетия (Galrinho Borges, 2013; Kronenberg & Pita Barros, 2013). Анализ данных из Венгрии также указывает на то, что тенденция к сокращению была повернута вспять (Gaál, 2009). Ни освобождение от оплаты при конкретных условиях, ни снижение цен на лекарственные средства не остановили рост показателя в Португалии, но более низкие цены на лекарственные средства имели определенный защитный эффект в Португалии и Эстонии (Galrinho Borges, 2013; Vörk et al., 2014).

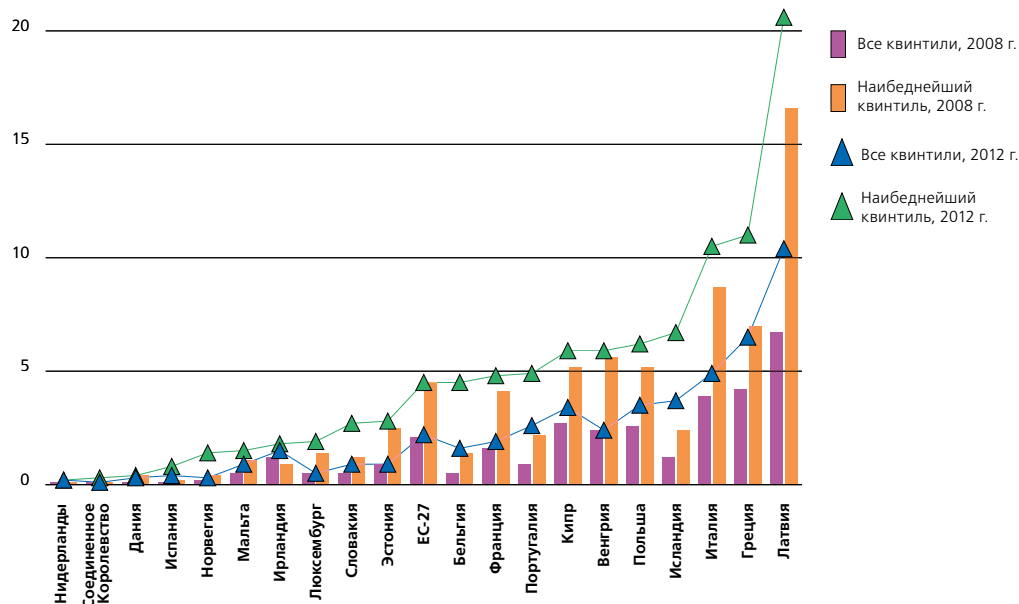
Для того чтобы в полной мере понять последствия кризиса для финансовой защиты и справедливого доступа к медицинской помощи, нам необходимы улучшенные данные по потреблению услуг здравоохранения, больше сравнительных данных по показателю неудовлетворенной потребности населения и больше систематического анализа катастрофических и приводящих к обнищанию расходов населения.

7.3 Эффективность и качество медицинской помощи

Страны использовали широкий спектр стратегий, направленных на обеспечение экономии средств и в некоторых случаях на повышение эффективности и качества. Отсутствие оценки затрудняет проведение анализа последствий для эффективности и качества. Хотя страны иногда указывали на экономию средств, не совсем ясно насколько данные национального анализа основаны на подсчете чистой экономии средств транзакционных издержек или являются результатом непреднамеренных последствий, при которых экономия средств в одной сфере провоцирует рост расходов в другой. Проведение оценки еще в большей степени усложнено контекстуальными различиями в отправных точках

Рисунок 6

Рост доли (%) населения, имеющего неудовлетворенную потребность в услугах здравоохранения по причине затрат, 2008–2012 гг.



Источник: Thomson et al. (2014) на основе Eurostat (2014).

Примечание: В 2008–2012 гг. неудовлетворенная потребность в услугах здравоохранения по причине затрат не выросла в Австрии, Болгарии, Германии, Литве, Румынии, Словении, Финляндии, Хорватии, Швейцарии и Швеции. Данные по Ирландии представлены за 2011 г.

и разработке политики, а также тем фактом, что некоторые последствия могут не сразу проявиться. Далее мы предоставим информацию о затратах системы здравоохранения, а затем уделим внимание в основном экономии средств и эффективности, по возможности разграничивая эти два понятия (см. рис. 7).

Расходы системы здравоохранения

Сравнительные данные по государственным расходам на здравоохранение по функции предоставлены только для некоторых (преимущественно входящих в ЕС) стран, не содержат данных ранее 2003 г. и охватывают период только до 2011 г. Таким образом, представляется сложным установить четкую отправную точку для совокупных изменений расходов, показанных на рисунке 8, или определить, как после 2011 г. развивался показатель расходов. Тем не менее, наблюдается явная тенденция к замедлению роста расходов по всем видам помощи в 2007–2011 гг., а также фактические сокращения расходов по всем видам помощи за исключением амбулаторной помощи. Наибольшие различия в уровне сокращений наблюдались между секторами профилактики и общественного здравоохранения, стационарной помощи и медикаментозной помощи. В 2009 г. за первоначальными сокращениями последовал их рост в последующие годы. Мы не располагаем данными о затратах на заработную плату медицинских работников.

Наибольшие сокращения, как правило, пришлось на страны, наиболее тяжело пострадавшие от кризиса (Греция, Латвия, Литва, Португалия, Испания), несмотря на то, что устойчивые сокращения наблюдались в такой стране, как Польша, которая не пострадала от экономического спада. Общедоступные международные данные по Ирландии и Хорватии отсутствовали. В 2007–2011 гг. на Кипре были отмечено замедление роста, однако, с тех пор, скорее всего, произошли наибольшие сокращения расходов.

Делать то же или больше при использовании меньшего уровня ресурсов: экономия средств и повышение эффективности

Использование определенных стратегий, возможно, способствовало бы экономии средств и повышению эффективности (или, по крайней мере, без наличия сильного негативного воздействия). Например, объединение фондов медицинского страхования в целях разрешения проблемы фрагментации объединения финансовых средств и механизмов закупок; улучшение процедур закупок, более низкие цены на лекарственные средства и большее использование дженериков, что является одной из наиболее распространенных ответных мер, свидетельствующей о более медленном росте расходов на лекарственные средства в некоторых странах; целевые сокращения избыточных мощностей, включая сокращения накладных расходов и заработных плат медицинских работников в тех случаях, когда таковые считались высокими по национальным и международным нормам.

Рисунок 7

Различия между экономией средств и повышением эффективности



Источник: Thomson et al. (2014).

Делать меньше при использовании меньшего уровня ресурсов: экономия средств без повышения эффективности

Другие стратегии, возможно, привели к экономии средств, но подорвали эффективность посредством непропорциональных сокращений производительности или качества. Например, сокращения государственных бюджетов на здравоохранение; значительные или устойчивые сокращения бюджетов больниц, ведущие к увеличению длительности времени ожидания эффективных услуг здравоохранения или ухудшению качества (что представляет особую проблему в Греции и Латвии); значительные и устойчивые сокращения заработной платы медицинских работников в случае уже низкого уровня оплаты труда, что привело к таким непреднамеренным последствиям, как внешняя миграция или досрочный выход на пенсию квалифицированных специалистов и увеличение проблем системы здравоохранения, связанных с ростом нагрузки на персонал и снижением мотивации.

Данные виды ответных мер отражают тенденцию приоритета использования быстрой экономии средств в краткосрочной перспективе над необходимостью достижения эффективности и контроля расходов в долгосрочной перспективе. Некоторые страны прибегли к сокращению заработных плат в качестве компромисса для удержания медицинского персонала на местах;

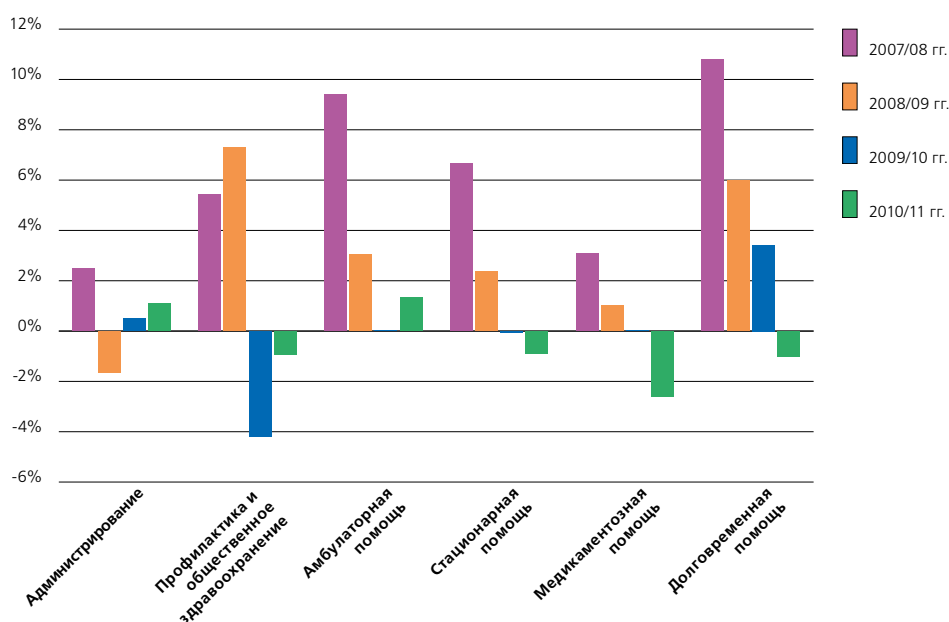
в других странах были предприняты меры по защите доходов медицинских работников с низкой заработной платой за счет большего снижения уровня заработной платы сотрудников с более высокой оплатой труда. Однако непреднамеренные последствия, которых в некоторых случаях можно было бы избежать, скорее всего, потребуют применения сложных и затратных решений в будущем.

Делать больше при использовании того же или большего уровня ресурсов: повышение эффективности без (непосредственной) экономии средств

К примерам стратегий, которые могут способствовать повышению эффективности без непосредственной экономии средств или начальных инвестиций, относятся: создание централизованного агентства по поддержанию процедур закупок в Чешской Республике; усиление стратегий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний (относительно распространенное явление, несмотря на то, что, как правило, было запланировано до кризиса); большее использование методики оценки медицинских технологий для обоснования решений по охвату и предоставлению услуг здравоохранения; развитие электронного здравоохранения; реструктуризация, направленная на перераспределение сектора стационарной помощи и развитие сектора

Рисунок 8

Изменение (%) государственных расходов на здравоохранение по функции, 2007–2011 гг., ЕС–27 и отдельные европейские страны



Источник: Thomson et al. (2014) на основе OECD-WHO-Eurostat (2013).

Примечание: Данные представлены по ЕС–27, Исландии, Норвегии и Швейцарии.

первичной медико-санитарной помощи; реформа методов оплаты поставщиков, включая усилия по установлению взаимосвязи между методами оплаты и показателями деятельности труда.

Было отмечено значительное число попыток по укреплению роли методики оценки медицинских технологий и электронного здравоохранения в качестве ответных мер на кризис. Данные реформы требуют инвестиций и мощностей и не являются очевидными мерами в условиях кризиса. Во многих случаях они стали результатом предкризисного планирования или требований в рамках программ финансовой поддержки ЕС-МВФ (например, на Кипре и в Португалии и Греции). В этом отношении программы финансовой поддержки ЕС-МВФ ориентированы на достижение определенного баланса потребностей в краткосрочной и долгосрочной перспективе, даже если ожидания возможных достижений в условиях тяжелых бюджетных и временных ограничений, скорее всего, не соответствуют действительности.

Делать меньше при использовании того же или большего уровня ресурсов: отсутствие экономии средств и повышения эффективности

Некоторые стратегии, возможно, подорвали эффективность и не способствовали достижению чистой экономии средств, получаемой после учета транзакционных издержек или затрат на непреднамеренные последствия. Например, рост

платы за услуги без адекватных механизмов защиты, в результате чего население либо откладывает получение необходимой помощи, либо вынуждено пользоваться более ресурсоемкими службами (например, обращаться в отделения экстренной медицинской помощи вместо учреждений сектора первичной медико-санитарной помощи).

Добиться более полного понимания последствий кризиса для эффективности и качества можно будет только при дальнейшем анализе и тщательном мониторинге как в пределах стран, так и между странами, в особенности это касается: долгосрочных последствий значительных сокращений штата, снижения заработных плат медицинских работников и сокращения расходов больниц, снижения доли расходов на службы общественного здравоохранения и сектора первичной медико-санитарной помощи, а также замедления или сокращения инвестиций в инфраструктуру.

8 Последствия для состояния здоровья населения

В данном разделе кратко изложено то, что мы знаем о воздействии экономических спадов на состояние здоровья населения.

8.1 Доказательства на основе предыдущих экономических кризисов

Экономические спады могут наносить ущерб здоровью населения за счет снижения финансовой безопасности домашних хозяйств, особенно в результате потери работы и сокращений государственных ресурсов. Хотя предыдущие экономические кризисы оказались выгодными для здоровья населения в плане положительных изменений поведения и всеобщего снижения показателя смертности, совершенно очевидно, что за улучшениями для некоторых категорий граждан скрывались неблагоприятные последствия для более уязвимых групп населения. Исследования недавних случаев экономического спада, включая нынешний кризис, не указывают на снижение смертности. Во многих индивидуальных исследованиях, проведенных в большинстве стран с высоким уровнем дохода, была установлена связь между потерей трудовой занятости и ростом смертности.

8.2 Доказательства на основе нынешнего кризиса

Психическое здоровье населения является наиболее уязвимым к экономическим изменениям. В некоторых европейских странах наблюдался значительный рост уровня суицида, зачастую поворачивая вспять уже устоявшуюся тенденцию к сокращению, а также имеются определенные данные, свидетельствующие о росте распространенности психических расстройств. Данные в целом указывают на то, что безработица и финансовая незащищенность повышают риск возникновения проблем, связанных с психическим здоровьем.

Данные, имеющиеся в отношении других показателей состояния здоровья населения, неоднородны. Существует ограниченное число

доказательств (из Греции) об ухудшении состояния здоровья населения в целом и росте таких инфекционных болезней, как ВИЧ и малярии. Изменения поведенческих факторов риска указывают на наличие смешанных моделей с ограниченным числом доказательств того, что употребление алкоголя растет среди населения, уже страдающего сильной алкогольной зависимостью, или безработных.

Однако важно помнить, что уязвимые группы населения могут оказаться под большим негативным воздействием по сравнению с населением в целом, и эти группы населения, как правило, не видны в совокупных данных. Негативные последствия, скорее всего, оказывают воздействие на одни из самых уязвимых и наименее видимых групп общества, включая мигрантов, бездомных и лиц, употребляющих наркотики – тех категорий населения, доступ к которым у исследователей затруднен.

Для того чтобы последствия кризиса для здоровья населения могли проявиться в полной мере, потребуются годы. Большая часть доказательств, анализ которых представлен в данном исследовании, связана с условиями, предполагающими небольшой временной интервал между их проявлением и воздействием на состояние здоровья населения, как например, психические расстройства, суицид, инфекционные болезни и травмы. Однако, скорее всего, будут наблюдаться дальнейшие негативные последствия для здоровья населения в силу большей финансовой незащищенности домашних хозяйств, неадекватного и несвоевременного доступа к услугам здравоохранения и сбоев в ведении хронических болезней. Данные последствия могут некоторое время не проявляться. Таким образом, необходим тщательный мониторинг на национальном и международном уровнях, равно как и стратегические действия по смягчению неблагоприятных последствий. Отсутствие мониторинга и действий может дорого обойтись в человеческом и экономическом плане.

9 Практические выводы в отношении политики

Данный раздел вкратце описывает основные научные данные и практические выводы в отношении политики в рамках проведенного исследования.

9.1 Воздействие кризиса

Кризис в Европе был многогранным, отличался разнообразием сценариев развития по странам и не оказал воздействие на все страны в равной степени. В результате кризиса в нескольких странах наблюдалось устойчивое снижение ВВП, в ЕС резко вырос уровень безработицы, а многие домашние хозяйства столкнулись с растущим финансовым давлением и незащищенностью.

В 2007–2012 гг. государственные расходы на здравоохранение либо снизились, либо темпы их роста замедлились во многих странах как в абсолютном выражении, так и в качестве доли государственных расходов. В целом изменения были относительно незначительными, но в некоторых странах государственные расходы на здравоохранение были ниже в 2012 г. по сравнению с 2007 г.

Нынешний кризис подтверждает то, что мы знали из предыдущего опыта: экономические потрясения представляют угрозу здоровью и деятельности системы здравоохранения. Они приводят к росту потребности населения в услугах здравоохранения, но ограничивают доступ населения к необходимой помощи. Они приводят к усугублению бюджетных проблем за счет истощения государственных ресурсов на фоне того, что население в большей степени полагается на государственные услуги здравоохранения. Негативные последствия для здоровья, как правило, приходится в основном на отдельные группы населения, в особенности безработного, но они могут быть смягчены путем принятия стратегических мер.

Некоторые системы здравоохранения были подготовлены лучше других для разрешения значительных бюджетных проблем.

Факторы, которые способствовали укреплению устойчивости к внешним воздействиям, включали: контрциклические финансовые стратегии; достаточные уровни государственных расходов на здравоохранение; отсутствие значительных разрывов в охвате; относительно низкий уровень личных платежей граждан; хорошее понимание тех областей, в которых необходимы реформы; информацию об эффективности с точки зрения затрат различных услуг и вмешательств; четкие приоритеты; а также политическую волю в разрешении вопросов неэффективности и мобилизации доходов для сектора здравоохранения. Данные факторы способствовали тому, что страны предприняли эффективные меры в ответ на кризис. С другой стороны, **слабое руководство и низкие показатели деятельности системы здравоохранения подорвали устойчивость к внешним воздействиям.**

Во многих странах отмечались положительные изменения, проводимые в качестве ответных мер на кризис. Многие страны проявили вариативность в мобилизации государственных доходов в сектор здравоохранения, в том числе способами, которые принесли дополнительную выгоду, например, введение налогов в интересах общественного здравоохранения или мер, направленных на обеспечение более справедливого финансирования здравоохранения. Кризис привел к мерам, ориентированным на укрепление финансовой защиты, включая расширение охвата на новые категории населения и сокращения или упразднения платы за услуги. Столкнувшись с растущими бюджетными проблемами, страны также предприняли шаги по большему использованию имеющихся ресурсов. Наиболее

распространенными были усилия по укреплению стратегии в отношении лекарственных средств.

Но страны не всегда предпринимали необходимые действия, не всегда были способны достичь желаемых результатов и иногда вводимые ими изменения, скорее всего, оказывались деструктивными для деятельности системы здравоохранения. В результате в нескольких странах наблюдалось резкое и устойчивое снижение государственных расходов на здравоохранение, а также имеется ограниченное число доказательств роста неудовлетворенной потребности населения в услугах здравоохранения, распространенности катастрофических расходов населения и нарушений психического здоровья. Данные, свидетельствующие об этих негативных последствиях, могут увеличиваться по мере усугубления кризиса (особенно в странах, которые до сих пор характеризуются высоким уровнем безработицы) и по мере того, как начнут проявляться более долгосрочные последствия повсеместных сокращений расходов и ограничений охвата.

9.2 Содержание политики

Руководители имеют выбор даже в условиях жесткой экономии средств. Ответные меры на кризис в рамках налогово-бюджетной стратегии и политики в области здравоохранения различались по странам, отражая проводимые меры политики, а не только разницу контекстов. Широкий спектр ответных мер (и их последствий), анализ которых приводится в данном исследовании, указывает на то, как страны, испытывающие тяжелые бюджетные проблемы, могут ввести изменения, способствующие укреплению деятельности системы здравоохранения и устойчивости к внешним воздействиям.

До проведения мер по сокращению государственных расходов на здравоохранение руководителям следует учесть предполагаемые компромиссные решения и сопоставить сиюминутные потребности и долгосрочные приоритеты.

Необходимы серьезные аргументы для оправдания сокращений расходов на здравоохранение и другие социальные секторы в качестве ответных мер на экономическое потрясение. Подобного рода сокращения, скорее всего, приведут к подрыву фундаментальных целей общества, росту лишений среди уже уязвимых групп населения, ослаблению деятельности системы здравоохранения и усугублению бюджетных проблем в будущем. Большие и устойчивые сокращения представляют наибольший риск. Страны должны воздержаться от того, чтобы формировать стратегические решения на основе краткосрочных экономических колебаний, и должны учитывать потребности населения в услугах здравоохранения и другие цели при разработке мер бюджетной устойчивости.

В условиях нынешнего кризиса и предыдущих экономических потрясений сектор здравоохранения подвергался сокращениям исходя из его в целом большой доли в общих государственных расходах. Определение того, что и в каком объеме подлежит сокращению на основе только объема расходов, примитивно даже если и уместно, потому как не включает ценностный компонент затрат. Мы учитываем практические и стратегические преимущества сокращения «по всем статьям». Мы также признаем, что в некоторых обстоятельствах замораживание или сокращение бюджета на здравоохранение может быть соответствующей ответной мерой, особенно если стоит выбор между расходами на здравоохранение и расходами на другие социальные секторы. Наша позиция состоит в том, чтобы избегать сокращения расходов на здравоохранение любым способом. И напротив, решения о распределении государственных ресурсов должны быть основаны (по возможности) на понимании необходимости компромисса. Определение областей, в которых использование государственных средств не приносит значительной выгоды (ценности), и избирательное сокращение расходов в данных областях позволит не только избежать ущерба, но и повысить эффективность.

В тех случаях, когда сокращение расходов и ограничение охвата выбраны в качестве действий, они должны быть настолько избирательными, насколько возможно, и основываться на данных о ценности.

В рамках сектора здравоохранения произвольные сокращения охвата, бюджетов, инфраструктуры, штата медицинских работников и заработной платы персонала или цен на услуги здравоохранения, скорее всего, приведут к подрыву эффективности, качества и доступа и в меньшей степени позволят разрешить основополагающие проблемы деятельности системы здравоохранения. В результате они могут обойтись системе здравоохранения дороже в долгосрочной перспективе. С другой стороны, *избирательные* сокращения на основе данных и процессов установления приоритетов могут способствовать повышению эффективности. Не все виды расходов в одинаковой степени приносят выгоду. Таким образом, целесообразным с финансовой точки зрения является определение и ограничение расходов в областях, имеющих низкую ценность (меньшая экономическая эффективность), и защита расходов в областях, имеющих высокую ценность (большая экономическая эффективность), включая службы общественного здравоохранения и сектор первичной медико-санитарной помощи. Целенаправленные действия в отношении избыточных мощностей, высоких цен и услуг здравоохранения, имеющих низкую ценность, в сочетании с перераспределением ресурсов на услуги, имеющие высокую ценность, приведут к большему выигрышу для здоровья и повышению эффективности.

Надежная финансовая защита и доступ к услугам здравоохранения должны быть в приоритете, особенно для людей, входящих в группы риска по показателям бедности, безработицы, социальной маргинализации и физического нездоровья. Экономические потрясения приводят к росту потребности населения в услугах здравоохранения и ограничивают доступ населения к необходимой помощи. Они также оказывают большее негативное воздействие на одни группы населения по сравнению с другими. Обеспечение финансовой защиты и доступа к услугам здравоохранения играет ключевую роль в предотвращении ухудшения показателей состояния здоровья населения и, следовательно, должно быть приоритетом политики. Возможно, потребуются целенаправленный подход для обеспечения доступа к категориям населения, входящего в группу высокого риска, особенно тех, кто потерял работу. Эффективные ответные меры сектора здравоохранения включают сокращение значимых разрывов в охвате, укрепление защиты от платы за услуги и целенаправленные действия по сокращению налоговых субсидий и повышению уровня страховых взносов для более состоятельных домашних хозяйств.

Основной акцент на повышении эффективности и экономически эффективного инвестирования в сектор здравоохранения. К стратегиям, которые, скорее всего, могут привести как к экономии средств, так и к повышению эффективности в условиях экономического потрясения, относятся: улучшение процессов закупки лекарственных средств, ценовой политики и стратегий замены в целях достижения тех же показателей состояния здоровья населения при меньших затратах; снижение высоких цен на услуги здравоохранения и заработной платы персонала; ограничение охвата услугами здравоохранения, уже имеющими низкую ценность; ускоренное проведение плановой реструктуризации стационарного сектора; а также объединение фондов медицинского страхования в целях уменьшения дублирования услуг и разрешения проблемы фрагментации при объединении средств и закупках.

Более комплексные изменения, которые, скорее всего, не приведут к быстрой экономии средств и могут потребовать начальных инвестиций, но в долгосрочной перспективе будут способствовать повышению эффективности, включают: усиление стратегий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний; большее использование методики оценки медицинских технологий для обоснования решений по охвату и предоставлению услуг здравоохранения; реструктуризация, направленная на перераспределение сектора стационарной помощи и приоритетное развитие сектора первичной медико-санитарной помощи; реформа методов оплаты поставщиков, включая по установлению взаимосвязи между методами оплаты

и показателями деятельности труда; развитие стратегий по изменению профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов; а также развитие электронного здравоохранения.

В условиях кризиса усилия, направленные на повышение эффективности, были, как правило, ориентированы на лекарственные средства, а не на услуги здравоохранения или профессионально-квалификационную структуру кадровых ресурсов, что свидетельствует о необходимости добиться краткосрочной экономии средств в ущерб долгосрочному контролю над расходами; об отсутствии информации, анализа и мощностей для эффективного обоснования решений; а также о сопротивлении заинтересованных сторон. Странам сложнее разрабатывать эффективные ответные меры в отношении бюджетных проблем, поскольку и в самой системе здравоохранения, и в управлении ею, имеются основные слабые места.

Повышения эффективности может быть недостаточно для сокращения разрыва доходов и расходов при тяжелом и длительном экономическом потрясении или при ограниченной политической воле по разрешению проблемы расточительности в системе здравоохранения. В таких случаях руководителям придется прибегнуть к мобилизации дополнительных государственных ресурсов.

Стратегия финансирования здравоохранения может усугубить или смягчить степень угрозы, представляемой экономическим потрясением, и играет исключительно важную роль в укреплении устойчивости системы здравоохранения к негативным воздействиям. Кризис явно указал на важность разработки стратегии финансирования здравоохранения. В начале кризиса многие системы здравоохранения пострадали от наличия слабых мест, подрывающих деятельность и устойчивость, например таких, как сильная зависимость от личных платежей граждан, предоставление населению права на получение государственных услуг здравоохранения не только на основе статуса постоянного жителя (с учетом ряда других факторов), а также отсутствие автоматических стабилизаторов по выравниванию доходов на протяжении экономического цикла.

Предоставление населению права на получение государственных услуг здравоохранения на основе статуса трудовой занятости не выдержало испытания на прочность в условиях кризиса, в результате уязвимые группы населения были не в состоянии получить доступ к медицинской помощи тогда, когда она была им больше всего необходима. Страны, в которых право на получение государственных услуг здравоохранения основано на уровне дохода (по критериям нуждаемости), обнаружили, что спрос на медицинскую помощь, финансируемую государством, вырос по мере снижения доходов сектора здравоохранения, поскольку падение уровня дохода населения способствовало тому, что увеличилось число

людей (иногда в значительной степени), которые обрели право на получение государственных услуг здравоохранения. Ни в одной из этих стран не функционировали контрциклические формулы, направленные на установление взаимосвязи государственных расходов с потребностями населения в услугах здравоохранения.

Достижение всеобщего доступа к услугам здравоохранения посредством предоставления населению права на получение государственных услуг здравоохранения сопряжено с рядом сложностей, если оно основано на других факторах, а не на статусе постоянного жителя. Данная ситуация также ставит вопросы справедливости. Страны все чаще используют доходы от общего налогообложения для поддержания финансирования сектора здравоохранения, осуществляемого на основе страховых взносов, и это может восприниматься как несправедливость в том плане, что незастрахованное население вносит вклад в данные доходы посредством потребительского налога, фактически субсидируя затраты на здравоохранение застрахованного населения, но при этом оно по-прежнему исключено из охвата.

Во время кризиса такие автоматические стабилизаторы, как резервы и контрциклические формулы для трансфертов государственного бюджета в сектор здравоохранения, способствовали уменьшению бюджетных проблем. Ответные меры политики также сыграли важную роль в определении способности страны поддерживать достаточный и устойчивый поток средств в сектор здравоохранения. К положительным инициативам относятся: усовершенствованные механизмы введения налогов и сбора страховых взносов; повышение или упразднение потолков заработной платы для уплаты взносов социального страхования; расширение ставки страхового взноса на нерегулярный доход; упразднение неэффективных или неравноправных налоговых субсидий на ДМС; а также введение или расширение налогов в интересах общественного здравоохранения.

Для смягчения негативных последствий экономического потрясения на здоровье и системы здравоохранения необходимы межсекторальные ответные меры. Некоторые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения попадают под влияние факторов, находящихся за пределами непосредственного контроля системы здравоохранения. Две наиболее актуальные области государственной политики включают **социальную политику**, которая обеспечивает финансовую безопасность домашних хозяйств, и **бюджетную политику**, которая позволяет государству поддерживать достаточные уровни социальных расходов, включая расходы на систему здравоохранения. Руководители в сфере здравоохранения должны взаимодействовать с

руководителями данных областей. Взаимодействие с руководителями в сфере бюджетной политики является исключительно важным, потому как очевидно, что системы здравоохранения в целом нуждаются в больших, а не меньших ресурсах во время экономического кризиса с тем, чтобы удовлетворить растущую необходимость в медицинской помощи и справиться с большей зависимостью населения от государственных услуг здравоохранения. В рамках бюджетной политики такая возможность должна учитываться напрямую. Меры социальной политики могут приводить к ограничению периодов безработицы, обеспечивать механизмы социальной защиты для безработного населения и смягчать негативное воздействие на здоровье, вызываемое потерей работы.

9.3 Внедрение политики

Используйте кризис как возможность для введения новых изменений, но избегайте быстрого внедрения комплексных реформ.

Экономическое потрясение может представлять как угрозу, так и возможность для сектора здравоохранения. Данная возможность возникает, когда имеется мощный толчок для изменения, и ответные меры политики направлены на систематическое разрешение основных слабых мест деятельности системы здравоохранения. Однако способность страны предпринимать эффективные ответные меры и добиваться поистине трансформационных изменений в условиях кризиса может быть ограничена отсутствием ресурсов, времени, информации, мощностей и политической поддержки, а также неясностью перспектив экономики.

Программы финансовой поддержки ЕС-МВФ оказали большое давление для получения быстрой экономии средств, однако, в то же время в рамках данных программ странам пришлось создать электронную систему ведения медицинской документации, внедрить процессы установления приоритетов на основе методики оценки медицинских технологий, разработать клинические руководства, ввести метод оплаты труда по клинически связанным группам (DRG/KCG) и организовать перераспределение сектора стационарной помощи (как правило, с промежуточным периодом в 2 года). Проведение таких комплексных реформ (которые многие страны с трудом могут осуществить даже в нормальных условиях) во временных рамках, не соответствующих действительности, является рискованным и может подрывать способность внедрять необходимые изменения в будущем.

Быстрое или частичное внедрение без наличия достаточных мощностей, специальных ресурсов или достаточного внимания к коммуникации оказалось проблематичным в нескольких странах. В результате иногда реформы не приводили к разрешению проблемы неэффективности, способствовали созданию разрывов в зонах

ответственности таких ключевых областей, как общественное здравоохранение, а также приводили к непреднамеренным последствиям и росту затрат системы здравоохранения.

Реформы должны строиться на наличии мощностей, инвестиций и реалистичных временных рамок. Существенные бюджетные проблемы в сочетании с давлением по достижению экономии средств очень быстро приводят к тому, что страны откладывают запланированные меры по расширению охвата и принимают стратегии достаточно простые для внедрения, но, скорее всего, приводящие к подрыву целей в отношении эффективности и доступа к медицинской помощи, например, повсеместные сокращения расходов и штата медицинских работников, упразднение учреждений общественного здравоохранения, повышение критериев нуждаемости и платы за услуги.

Устойчивые бюджетные проблемы в равной степени представляют трудность по двум причинам. Во-первых, существуют определенные ограничения того, что страна может достигнуть посредством таких стратегий, как сокращение производственных расходов. В конечном итоге странам придется рассмотреть более фундаментальные изменения и предпринять попытки по мобилизации дополнительных ресурсов. Как правило, добиться таких изменений в короткий период времени достаточно сложно, и зачастую они требуют инвестиций в основной капитал, на которые в основном направлены сокращения в рамках нынешнего кризиса. Во-вторых, постоянное давление может оказать негативное воздействие на политическую волю к изменениям, исчерпать терпение медицинских работников в отношении дальнейших сокращений оплаты и ухудшений условий труда, а также подорвать общественное доверие к сектору здравоохранения.

Реформы должны соответствовать целям, ценностям и приоритетам национальной политики. Во время кризиса многие системы здравоохранения испытали на себе мощное внешнее давление ввести изменения. Данное давление распространялось на международном уровне посредством программ финансовой поддержки ЕС-МВФ и главным образом на национальном уровне через министерства финансов. Опыт европейских стран свидетельствует о том, что изменения, скорее всего, приживаются если они соответствуют существующим целям, ценностям и приоритетам, а также отражают определенный консенсус в отношении необходимости изменений и основаны на данных. Некоторые требования программ финансовой поддержки ЕС-МВФ в отношении сектора здравоохранения были технически обоснованными и соответствовали национальным целям, даже если они не представлялись реалистичными с точки зрения бюджетного контекста. Однако некоторые из них были известны (или должны бы

были быть известны) как требования, имеющие потенциально деструктивные последствия для деятельности системы здравоохранения, например, повышение платы за услуги, не сопровождающееся введением механизмов защиты и проциклического расходования государственных средств на здравоохранение.

Обеспечение прозрачности в донесении аргументации реформ и предвосхищение сопротивления данным изменениям, затрагивающим интересы определенных кругов. Изменения, произошедшие в ответ на кризис, часто встречали сопротивление заинтересованных сторон. Это вполне ожидаемо, особенно в тех случаях, когда сокращения и другие меры непосредственно ставят под угрозу доход пациентов, медицинских работников, организаций поставщика услуг и поставщиков лекарственных средств, приборов и оборудования. Некоторые страны предвосхитили и справились с сопротивлением более эффективно, чем другие, отчасти это объясняется переговорами и усилиями донести информацию до общественности и других заинтересованных сторон.

Улучшение информационных систем в целях обеспечения своевременного мониторинга, оценки и обмена передовым опытом.

Европейским руководителям необходим более улучшенный доступ к информации и анализу здоровья населения и систем здравоохранения. Оценить последствия кризиса сложно, что свидетельствует о том, что руководители на международном и национальном уровнях уделяют относительно мало внимания следующим вопросам: сбору данных о состоянии здоровья населения, уровне смертности, потреблении услуг здравоохранения, распространенности и распределении катастрофических и приводящих к обнищанию расходов населения, кадровым ресурсам и услугам здравоохранения, и показателям системы здравоохранения. Отсутствие своевременных и актуальных данных затрудняет проведение мониторинга и оценки последствий стратегий, что, в свою очередь, ограничивает дальнейшее совершенствование деятельности.

Смягчение негативных воздействий на здоровье населения и системы здравоохранения требует сильного управления и лидерства на национальном и международном уровнях. Управление и лидерство играют важную роль в создании эффективных ответных мер. Помимо обеспечения сбора своевременных и актуальных данных соответствующие факторы включают: установление четких приоритетов действий в соответствии с целями системы здравоохранения; создание и использование информационных систем для мониторинга и анализа; использование данных и передового опыта в качестве основы изменений; применение метода оценки при определении последовательности реформ; а также сведение

к минимуму оппозиции и путаницы посредством хорошей коммуникации. Не все из стратегий системы здравоохранения, рекомендованные в рамках программ финансовой поддержки ЕС-МВФ, послужили отражением международного передового опыта и данных; иногда приоритет в значительной степени был отдан сдерживанию затрат, а не достижению эффективности; кроме того, ожидания, касающиеся достижений в условиях кризиса, зачастую не соответствовали действительности. Аналогичные ограничения присутствовали и на национальном уровне.

9.4 Будущее

Для того чтобы в будущем в лучшей степени разрешать бюджетные проблемы руководители на международном и национальном уровнях должны быть нацелены на:

- **Развитие более совершенных информационных систем.** Отсутствие сбора своевременных и актуальных данных затрудняет разрешение экономического потрясения и мониторинга его последствий.
- **Сокращение значительных разрывов в охвате.** Страны, имеющие значительные уже существующие разрывы в охвате, обладают меньшим числом стратегических рычагов для разрешения бюджетных проблем. Нынешний кризис показал, что использование статуса трудовой занятости или уровня дохода в качестве основы для определения права населения на получение государственных услуг здравоохранения имеет значительные ограничения, а использование статуса постоянного жителя приносит выгоды.
- **Укрепление проектирования финансовой политики сектора здравоохранения таким образом,** что в будущем система здравоохранения в меньшей степени подвержена и в большей степени способна справиться с проциклическими колебаниями; уровни государственных расходов на здравоохранение более явно связаны с потребностями населения в услугах здравоохранения; база государственных поступлений не в полной мере зависит только от фонда заработной платы; а налоговые субсидии не ведут к росту неравенства в методах оплаты и доступа к услугам здравоохранения.
- **Инвестирование в меры по повышению эффективности.** Имеется риск того, что по мере уменьшения бюджетных проблем будет утерян импульс для поддержания эффективности, но повышение эффективности должно проводиться на постоянной основе.
- **Укрепление управления и лидерства на международном и национальном уровнях.** То, насколько страны смогут сосредоточить свои действия на областях, перечисленных выше, в большей степени будет зависеть от качества управления и политического лидерства.

Библиография

- Всемирная организация здравоохранения (2000). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 8 июня, 2015 г.).
- Всемирная организация здравоохранения (2010). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 8 июня, 2015 г.).
- Kutzin J (2008). Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78873/E91422R.pdf, по состоянию на 8 июня, 2015 г.).
- Kutzin J, Cashin C and Jakab M (2010). Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/151023/e94240R.pdf, по состоянию на 8 июня, 2015 г.).
- Baeten R and Thomson S (2012). Health care policies: European debate and national reforms, in Natali D and Vanhercke B (eds), Social developments in the European Union 2011. Brussels: ETUI and OSE.
- Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T et al. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Med*, 8(1):e1000387.
- Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E and Wrede S (2008). How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Buchan J (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Chaloupka F and Warner W (2000). The economics of smoking. *Handbook of Health Economics*. Cuyler A and Newhouse J. Amsterdam: Elsevier Science.
- Chernew M, Rosen AB and Fendrick AM (2007). Value-based insurance design. *Health Affairs*, 26(2):w195–2203.
- Dobrev A, Jones T, Stroetmann VN, Stroetmann KA, Vatter Y and Peng K (2010). Interoperable eHealth is Worth it: Securing Benefits from Electronic Health Records and ePrescribing. Brussels: European Commission.
- Dussault G, Buchan J, Sermeus W and Padaiga Z (2010). Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Assessing future health workforce needs. Policy brief produced by the European Observatory on Health Systems and Policies and the Health Evidence Network of WHO/Europe, at the request of the Belgian Government in preparation for the Belgian Presidency of the EU Council of Health Ministers.
- Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A and Maresso A (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, in Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al. (eds), *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays M and the International Healthcare Comparisons Network (2008). Capacity planning in health care. A review of the international experience. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Eurostat (2014). Статистическая база данных: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>.
- Figueras J, Robinson R and Jakubowski E, eds (2005). Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead: Open University Press.
- Gaál (2009). Report on the impact of health financing reforms on financial protection and equity in Hungary. Budapest: Semmelweis University, неопубликованный отчет.
- Galrinho Borges A (2013). Catastrophic health care expenditures in Portugal between 2000–2010: assessing impoverishment, determinants and policy implications. Lisbon: NOVA School of Business and Economics, неопубликованный отчет.
- Habicht T and Evetovits T (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia, in Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al. (eds), *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Health Insurance Authority (2013). Annual report and accounts 2013. Dublin: Health Insurance Authority.
- Hsiao W and Heller P (2007). What should macroeconomists know about health care policy? New York: International Monetary Fund.
- Kringos DS, Boerma WGW, Van der Zee J and Groenewegen PP (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health, but also to higher health spending. *Health Affairs* (April 2013), 32(4):686–94.

- Kronenberg C and Pita Barros P (2013). Catastrophic healthcare expenditure – drivers and protection: the Portuguese case. *Health Policy*, 115:44–51.
- Legido-Quigley H, Panteli D, Car J, McKee M, Busse R (2013). Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid D and Suhrcke M (2012). The contribution of public health interventions: an economic perspective, in Figueras J and McKee M (eds), *Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education.
- McDaid D, Sassi F and Merkur S, eds (2014). *The economics of prevention*. Maidenhead: Open University Press.
- Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al., eds (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Martin-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, Alfonso-Sanchez JL and Gorgojo L (2012). Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer*, 48(14):2212–18.
- Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S et al. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD-WHO-Eurostat (2013). *Health data: joint data collection*. Paris: OECD.
- Rawdanowicz L, Wurzel E and Christensen A (2013). *The Equity Implications of Fiscal Consolidation*. OECD Economics Department Working Papers, No. 1013. Paris: OECD.
- Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B and McKee M (2009). *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sassi F (2010). Obesity and the economics of prevention: Fit not fat. Paris: OECD.
- Smith S (2010). Equity in Irish health care financing: measurement issues. *Health Economics, Policy and Law*, 5:149–69.
- Smith S and Normand C (2009). Analysing equity in health care financing: A flow of funds approach, *Social Science and Medicine*, 69(3):379–86.
- Swartz K (2010). *Cost-sharing: effects on spending and outcomes*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Taube M, Mitenbergs U and Sagan A (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Latvia, in Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al. (eds), *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thomson S (2010). What role for voluntary health insurance? In Kutzin J, Cashin C and Jakab M (eds), *Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thomson S and 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):315–27.
- Thomson S and Mossialos E (2009). *Private health insurance in the European Union*. Report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Brussels: European Commission.
- Thomson S, Schang L and Chernew M (2013). Value-based cost sharing in the United States and elsewhere can increase patients' use of high-value goods and services. *Health Affairs*, 32(4):704–12.
- Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G and Bryndova L (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al., eds (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Maidenhead: Open University Press.
- Velasco Garrido M, Børlum Kristensen F et al. (2008). *Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe. Current status, challenges and potential*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Velényi EV and Smitz MF (2014). Cyclical patterns in government health expenditures between 1995 and 2010: are countries graduating from the procyclical trap or falling back? HNP Discussion Paper. Washington DC: The World Bank.
- Vörk A, Saluse J, Reinap M and Habicht T (2014). *Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia 2000–2012*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2014). *Global health expenditure database*: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>.
- Wismar M, Maier C, Glinos I, Dussault G and Figueras J, eds (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

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

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

6. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? – Sherry Merkur, Franco Sassi, David McDaid

7. Communicating clearly: enhancing information-packaging mechanisms to support knowledge brokering in European health systems – John N. Lavis, Cristina Catallo, Govin Permanand, Amy Zierler, BRIDGE Study Team

8. Learning from one another: enriching interactive knowledge-sharing mechanisms to support knowledge brokering in European health systems – John N. Lavis, Cristina Catallo, Nasreen Jessani, Govin Permanand, Amy Zierler, BRIDGE Study Team

9. Matching form to function: designing organizational models to support knowledge brokering in European health systems – John N. Lavis, Nasreen Jessani, Govin Permanand, Cristina Catallo, Amy Zierler, BRIDGE Study Team

10. Addressing needs in the public health workforce in Europe – Vesna Bjegovic-Mikanovic, Katarzyna Czabanowska, Antoine Flahault, Robert Otok, Stephen Shortell, Wendy Wisbaum, Ulrich Laaser

11. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? – Ellen Nolte, Emma Pitchforth

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, 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>.

Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья оказывает поддержку государствам-членам в обновлении их систем общественного здравоохранения и в совершенствовании лечебно-профилактических услуг в целях более полного удовлетворения медико-санитарных потребностей XXI века. Эти задачи решаются путем преодоления трудностей, связанных с дефицитом кадровых ресурсов, улучшения доступности и качества лекарственных средств, создания устойчивых механизмов финансирования здравоохранения и внедрения эффективных инструментов управления в целях укрепления подотчетности.