

Серия публикаций Европейской **обсерватории** по системам и политике здравоохранения

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

Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе

Последствия и значение для выработки политики



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.



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 2015 г. (в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политики здравоохранения).

Первоначально опубликовано на английском языке издательством Open University Press (OUP) под названием *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy* в 2015 г.

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.

ISBN-13: 978-9-289-05035-7

Серия публикаций Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения^а

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения – уникальный проект по совершенствованию систем здравоохранения, в рамках которого сотрудничают:

- Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
- Правительство Австрии
- Правительство Бельгии
- Правительство Ирландии
- Правительство Норвегии
- Правительство Соединенного Королевства
- Правительство Словении
- Правительство Финляндии
- Правительство Швеции
- итальянский регион Венето
- Европейская Комиссия
- Всемирный банк
- Французский национальный союз фондов медицинского страхования (UNCAM)
- Лондонская школа экономических и политических наук
- Лондонская школа гигиены и тропической медицины

О серии

Книги данной серии посвящены ключевым вопросам разработки политики здравоохранения в Европе. В каждой из них анализируются способы построения более справедливых, эффективных и рентабельных систем здравоохранения в Европе: общие предпосылки, результаты и извлеченные уроки. Цель серии – помочь в разработке научно обоснованного подхода к определению политики в сфере здравоохранения.

Книги будут полезны всем, кто участвует в разработке и оценке национальной политики здравоохранения, и в первую очередь – руководителям и экспертам, то есть тем, в чьи обязанности входит совершенствование структуры и финансирования систем здравоохранения.

Преподавателям и студентам, занимающимся политикой здравоохранения, эти книги помогут лучше понять, насколько сложные задачи стоят перед системами здравоохранения в Европе и как трудно выбрать оптимальное решение этих задач.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и поощряет научно обоснованный подход к разработке политики здравоохранения путем тщательного исчерпывающего анализа динамики развития систем здравоохранения в Европе.

Редакторы серии

Josep Figueras – директор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, глава Европейского центра политики здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Martin McKee – научный руководитель Лондонского центра Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор кафедры Европейского общественного здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, содиректор Европейского центра по системам здравоохранения стран переходного периода.

^а Оригинальные издания данной серии выпускаются на английском языке издательством Open University Press (OUP).

Elias Mossialos – содиректор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, преподаватель кафедры политики здравоохранения имени Брайана Абель Смита факультета социальной политики Лондонской школы экономических и политических наук, директор Научно-исследовательского центра по вопросам здоровья и социальной помощи при Лондонской школе экономики.

Richard B. Saltman – соруководитель отдела по исследованиям и руководитель центра в Атланте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор кафедры политики и управления здравоохранением Школы общественного здравоохранения имени Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия.

Reinhard Busse – соруководитель отдела по исследованиям и руководитель Берлинского центра Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор кафедры управления здравоохранением Берлинского технического университета.

Серия публикаций Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Редакторы серии: Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos, Richard B. Saltman, Reinhard Busse

Публикации

Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства
Elias Mossialos, Monique Mrazek, Tom Walley

Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний: опыт Европы и Латинской Америки
Richard Coker, Rifat Atun, Martin McKee

Оказание помощи при хронических состояниях: взгляд с позиций системы здравоохранения
Ellen Nolte, Martin McKee

Health policy and European Union enlargement
Martin McKee, Laura MacLehose and Ellen Nolte (eds)

Social health insurance systems in western Europe
Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras (eds)

Purchasing to improve health systems performance
Josep Figueras, Ray Robinson and Elke Jakubowski (eds)

Human resources for health in Europe
Carl-Ardy Dubois, Martin McKee and Ellen Nolte (eds)

Primary care in the driver's seat
Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke Boerma (eds)

Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care
Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos and Graham Thornicroft (eds)

Decentralization in health care
Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbak (eds)

Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges
Jon Magnussen, Karsten Vrangbak and Richard B. Saltman (eds)

Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals
Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin and Miriam Wiley (eds)

Migration and health in the European Union
Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Deville, Barbara Rijk, Roumyana Petrova-Benedict and Martin McKee (eds)

Success and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges
Johan P. Mackenbach and Martin McKee (eds)

European child health services and systems: lessons without borders
Ingrid Wolfe and Martin McKee (eds)

Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research
Irene Papanicolas and Peter Smith (eds)

Facets of Public Health in Europe
Bernd Rechel and Martin McKee (eds)

Paying For Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability
Cheryl Cashin, Y-Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson (eds)

Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case
David McDaid, Franco Sassi and Sherry Merkur (eds)

Исследование воздействия кризиса на состояние здоровья населения и системы здравоохранения Европы было подготовлено Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

Краткое изложение принципов данного документа представлено в следующей публикации: S. Thomson, J. Figueras, T. Evetovits, M. Jowett, P. Mladovsky, A. Maresso, J. Cylus, M. Karanikolos, H. Kluge (2014) *Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе: последствия и значение для выработки политики*. Копенгаген: ВОЗ/Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/economic-crisis-health-systems-and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy>).

Обзор ответных мер системы здравоохранения на кризис по странам и анализ примеров из практики последствий кризиса в отдельных странах представлен в следующей публикации: A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) (2015) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

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).

Содержание

	Предисловие I	xi
	Предисловие II	xiii
	Список таблиц, рисунков и вставок	xv
	Благодарности	xxi
	Об авторах	xxiv
	Список сокращений	xxvi
Глава 1.	<i>Анализ ответных мер системы здравоохранения на экономический кризис</i>	1
	<i>Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Anna Maresso, Hans Kluge</i>	
Глава 2.	<i>Кризис и его последствия для финансовой безопасности домашних хозяйств, государственных ресурсов и расходов на здравоохранение</i>	23
	<i>Jonathan Cylus, Mark Pearson</i>	
Глава 3.	<i>Изменения государственного финансирования системы здравоохранения</i>	61
	<i>Matthew Jowett, Sarah Thomson, Tamás Evetovits</i>	

Глава 4.	<i>Изменения охвата услугами здравоохранения</i>	95
	<i>Sarah Thomson</i>	
Глава 5.	<i>Изменения планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения</i>	127
	<i>Philippa Mladovsky, Sarah Thomson, Anna Maresso</i>	
Глава 6.	<i>Последствия кризиса для состояния здоровья населения</i>	171
	<i>Marina Karanikolos, Aaron Reeves, David Stuckler, Martin McKee</i>	
Глава 7.	<i>Последствия кризиса для систем здравоохранения и состояния здоровья населения: практические выводы в отношении политики</i>	195
	<i>Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philippa Mladovsky, Anna Maresso, Hans Kluge</i>	
	Приложение: методы исследования и ограничения	221
	Указатель	227

Предисловие I

Начиная с 2008 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения проводят мониторинг последствий финансового и экономического кризиса для здоровья населения и деятельности систем здравоохранения в Европе, осуществляя совместную работу с Европейской комиссией и объединяя труды многих специалистов посредством Системы мониторинга здравоохранения и финансового кризиса.

Данная публикация является важным результатом этих совместных усилий. В ней представлены данные и анализ исследования ответных мер систем здравоохранения Европы на кризис, проведенного Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Данное исследование основано на обязательствах и общих ценностях, выраженных в Таллиннской хартии, подписанной в 2008 г. в момент начала финансового кризиса, а также на совместной деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения по исследованию финансовой устойчивости систем здравоохранения (2009 г.) и комплексных связей между системами здравоохранения, состоянием здоровья населения, благосостоянием населения и социальным благополучием (2011 г.).

Данные, полученные на ранних этапах этого исследования, были представлены государствам-членам на обсуждение на Совещании высокого

уровня ВОЗ, состоявшемся при поддержке правительства Норвегии в апреле 2013 г. в Осло. В результате были разработаны следующие стратегические рекомендации, каждая из которых была учтена в рамках данной публикации:

- краткосрочные ответные меры на бюджетные проблемы должны соответствовать долгосрочным целям и реформам системы здравоохранения;
- при разработке бюджетной политики необходимо тщательно учитывать последствия кризиса для состояния здоровья населения;
- механизмы социальной безопасности и меры по поддержке рынка труда могут способствовать смягчению негативного воздействия финансового и экономического кризиса на состояние здоровья населения;
- ответные меры систем здравоохранения оказывают положительное воздействие на состояние здоровья населения, доступ к услугам здравоохранения и обеспечивают снижение финансовых лишений для населения;
- финансирование государственных услуг здравоохранения должно носить гарантированный характер;
- стратегии в отношении бюджета должны исключать длительные и излишние сокращения бюджетов здравоохранения;
- системы здравоохранения с высокими показателями деятельности, которые являются более эффективными, лучше подготовлены и обладают большей устойчивостью к внешним воздействиям в условиях кризиса;
- необходимо время для того, чтобы более глубокие структурные изменения систем здравоохранения привели к экономии средств;
- обеспечение доступа к услугам здравоохранения требует систематической и надежной информации и системы мониторинга;
- подготовленные и устойчивые к внешним воздействиям системы здравоохранения являются результатом преимущественно надлежащего управления.

Поддержка, которую ВОЗ оказывает государствам-членам в условиях экономического кризиса, закреплена в документе 'Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века', основное внимание в котором уделяется достижению солидарности, справедливости и лучшего лидерства и управления здравоохранением. В рамках резолюции по системам здравоохранения в условиях кризиса, принятой Европейским региональным комитетом в 2013 г., государства-члены были призваны предпринять действия по указанным рекомендациям при формировании ответных мер политики на кризис. Этой резолюцией Региональному директору было предложено продолжить усилия по предоставлению государствам-членам инструментов и помощи в проведении анализа, разработке, внедрении и оценке мер политики в тесном сотрудничестве с партнерами. Осуществление мониторинга последствий кризиса для состояния здоровья населения и систем здравоохранения, являющегося частью мер по переходу ко всеобщему охвату государственными услугами здравоохранения в Европе, таким образом, остается в приоритете коллектива Регионального бюро.

Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Предисловие II

Основная цель данной публикации состоит в предоставлении знаний и данных для руководителей, столкнувшихся с проблемами в условиях экономических потрясений. Мы уверены, что данная публикация также будет полезна странам, которые переживают другие формы потрясений, например, финансовое давление, возникшее в результате невозможности сдержать рост бремени хронических заболеваний. Данная публикация содержит детальный, но при этом лаконичный анализ ответных мер систем здравоохранения Европы на кризис, благодаря чему достигается глубокое понимание мер политики, проведение которых, по всей вероятности, может способствовать обеспечению охраны здоровья населения, достижению финансовой безопасности и поддержанию деятельности систем здравоохранения, испытывающих бюджетные проблемы. Далее мы приводим три основных вывода, которые можно извлечь из данной публикации.

Во-первых, важное значение имеет вопрос устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям, в особенности в настоящий момент, когда страны преодолели самые большие трудности и начинают смотреть в будущее. Очевидно, что на момент начала кризиса отдельные системы здравоохранения были намного лучше подготовлены к разрешению бюджетных проблем по сравнению с другими. В данной публикации определен ряд факторов, которые способствовали достижению устойчивости к внешним воздействиям, и таким образом страны имели больше возможностей предпринять эффективные ответные меры.

К данным мерам относятся: контрциклические финансовые стратегии, в частности контрциклическое государственное финансирование сектора здравоохранения и других форм социальной защиты; 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; информация о затратоэффективности различных услуг и вмешательств; четкие приоритеты; а также политическая воля в разрешении вопросов неэффективности и мобилизации доходов для сектора здравоохранения.

Во-вторых, хотя предварительная подготовка важна, ответные меры политики на кризис имеют первостепенное значение. В данной публикации показано, что 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 стратегий, анализ которых приводится в данном исследовании, указывает на то, что страны, испытывающие тяжелые бюджетные проблемы, могут ввести изменения, способствующие обеспечению финансовой защиты и доступа к услугам здравоохранения для уязвимых групп населения, что приводит к укреплению деятельности системы здравоохранения и ее устойчивости к внешним воздействиям.

В-третьих, мы знаем по опыту предыдущих кризисов, что негативные последствия для состояния здоровья населения и деятельности систем здравоохранения можно смягчить посредством своевременных мер политики. Однако нынешний кризис показал более явно, чем когда-либо ранее, что руководители здравоохранения не могут действовать в одиночку. В целях обеспечения защиты здоровья населения и предоставления доступа к государственным услугам здравоохранения мы должны работать во взаимодействии с руководителями социальной и бюджетной сфер. Меры социальной политики направлены на продвижение финансовой безопасности домашних хозяйств, а стратегии бюджетной политики позволяют органам государственного управления поддерживать достаточные уровни финансирования сектора социальной защиты, включая финансирование системы здравоохранения. Во многих странах в результате данного кризиса появилась уникальная возможность диалога между министерствами здравоохранения и министерствами финансов. Данную возможность обязательно надо использовать.

Hans Kluge, директор, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, *Европейское региональное бюро ВОЗ*
Josep Figueras, директор, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

Список таблиц, рисунков и вставок

Таблицы

1.1	Ответные меры политики, направленные на разрешение бюджетных проблем сектора здравоохранения	11
1.2	Десять ведущих причин отсутствия эффективности в системах здравоохранения	12
1.3	Ответные меры политики, стратегические области и цели	12
2.1	Список стран ЕС, получающих с момента начала настоящего кризиса международную финансовую помощь	26
2.2	Страны, в которых темпы роста государственных расходов на здравоохранение на душу населения снизились по сравнению с ранее зафиксированными данными (в национальной денежной единице), 2009–2012 гг., Европейский Регион ВОЗ	43
2.3	Изменения доли частных расходов (%) в общих расходах на здравоохранение, относящиеся к личным платежам граждан, 2009–2010 гг., отдельные страны, Европейский регион ВОЗ	51
3.1	Изменения государственных расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), Европейский регион ВОЗ	62
3.2	Краткое изложение изменений государственного финансирования системы здравоохранения, 2008–2013 гг.	65
3.3	Меры по сокращению бюджетов здравоохранения или замедлению темпов роста	72

3.4	Меры по мобилизации государственных доходов в систему здравоохранения	72
3.5	Меры по обеспечению защиты трудоустройства и малоимущих домашних хозяйств	80
3.6.1	Риск недостаточного государственного финансирования системы здравоохранения, ЕС-28	84
3.6.2	Риск недостаточного государственного финансирования системы здравоохранения, страны Европейского региона ВОЗ, не входящие в ЕС	86
4.1	Краткое изложение изменений в охвате услугами здравоохранения, 2008–2013 гг.	97
4.2	Изменения охвата населения государственными услугами здравоохранения, 2008–2013 гг.	101
4.3	Ограничение или пересмотр льгот на внеплановой или систематической основе, 2008–2013 гг.	104
4.4	Механизмы защиты рецептурных лекарственных средств для амбулаторного лечения в странах ЕС-27, 2012 г.	106
4.5	Изменения мер политики в отношении платы за услуги, 2008–2013 гг.	108
4.6	Доступ к услугам здравоохранения для нелегальных мигрантов в странах ЕС, Норвегии и Швейцарии, 2011 г.	117
5.1	Краткое изложение изменений в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения, 2008–2013 гг.	129
5.2	Меры по снижению административных затрат системы здравоохранения, 2008–2013 гг.	131
5.3	Сокращения бюджетов общественного здравоохранения, 2008–2013 гг.	134
5.4	Меры по укреплению продвижения здорового образа жизни и профилактики болезней, 2008–2013 гг.	135
5.5	Изменения финансирования и ценообразования в секторе первичной медико-санитарной помощи, 2008–2013 гг.	137
5.6	Изменения в предоставлении первичной медико-санитарной помощи и профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов, 2008–2013 гг.	139
5.7	Изменения финансирования больниц и ценообразования, 2008–2013 гг.	143
5.8	Изменения методов оплаты сектора стационарной помощи, 2008–2013 гг.	143
5.9	Изменения структуры сектора стационарной помощи, 2008–2013 гг.	144
5.10	Изменения в инвестировании в сектор стационарной помощи, 2008–2013 гг.	145
5.11	Меры по снижению цен на лекарственные средства, 2008–2013 гг.	148
5.12	Меры, направленные на продвижение услуг здравоохранения и лекарственных средств на основе методов фактических данных, 2008–2013 гг.	149

5.13	Изменения методов оплаты труда медицинских работников и численности штата, 2008–2013 гг.	154
5.14	Изменения, касающиеся использования методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату, 2008–2013 гг.	159
5.15	Изменения по использованию методики оценки медицинских технологий для предоставления услуг здравоохранения, 2008–2013 гг.	160

Рисунки

1.1	Модели снижения показателей состояния здоровья населения в условиях экономического потрясения	4
1.2	Источники бюджетных проблем системы здравоохранения в условиях экономического потрясения	5
1.3	Последствия нормирования в секторе здравоохранения	12
2.1	Причины финансового кризиса в ЕС	24
2.2	Уровень безработицы (%) среди населения в возрасте 15–64 лет, 2008–2012 гг., отдельные европейские страны	29
2.3.1	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. Страны, в которых не был отмечен негативный рост ВВП с 2008 г.	32
2.3.2	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. Страны, в которых был отмечен только один год негативного роста ВВП с 2008 г.	33
2.3.3	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. Страны, в которых было отмечено два года или более негативного роста ВВП с 2008 г.	34
2.4	Рост реального ВВП на душу населения в 2009 г. (слева) и в 2011 г. (справа), отдельные европейские страны	35
2.5	Годовой государственный дефицит или профицит как доля (%) ВВП, 2000–2011 гг., среднее значение по странам ЕС–27, отдельные европейские страны с наибольшим дефицитом в 2010 г.	36
2.6	Государственный долг как доля (%) ВВП, 2000–2011 гг., среднее значение по ЕС–27, отдельные европейские страны	37

2.7	Долгосрочные процентные ставки на государственные облигации сроком на 10 лет, 2006–2013 гг., отдельные европейские страны	38
2.8	Государственные расходы как доля (%) ВВП, 2008 г. и 2013 г., ЕС–28, Исландия, Норвегия и Швейцария	39
2.9	Рост государственных расходов на душу населения (в евро), 2008–2013 гг., ЕС–28, Исландия, Норвегия и Швейцария	39
2.10	Изменение доли (%) государственного бюджета по секторам, 2007–2010 гг., отдельные европейские страны	40
2.11	Изменение (%) государственных расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), 2007–2012 гг., Европейский регион ВОЗ	42
2.12	Приоритет или приверженность вопросам здравоохранения: доля (%) государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, 2007 г. и 2011 г., Европейский регион ВОЗ	44
2.13	Изменения (в процентных пунктах) доли государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, 2007–2011 гг., Европейский регион ВОЗ	45
2.14	Доля (%) государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ	48
2.15	Рост государственных расходов на здравоохранение на душу населения (2009–2010 гг.) и рост реального ВВП на душу населения (2008–2009 гг.), Европейский регион ВОЗ	49
2.16	Изменения в уровне государственных и частных расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице по ППС в долл. США), 2009–2010 гг., Европейский регион ВОЗ	50
2.17	Доля (%) личных платежей граждан на услуги здравоохранения в общих расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ	53
2.18	Изменения уровня личных платежей граждан на душу населения (2009–2010 гг.) и реального ВВП на душу населения (2008–2009 гг.), отдельные страны, Европейский регион ВОЗ	54
2.19	Изменение (%) темпов роста общих расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице по ППС в долл. США), 2009–2010 гг., Европейский регион ВОЗ	55
3.1	Годовые изменения (%) в государственных расходах на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), 2007–2012 гг., страны, в которых уровень 2012 г. был ниже в сравнении с 2007 г. в абсолютном выражении	64

3.2	Доля личных платежей граждан (%) в общих расходах на здравоохранение и государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП (%), 2007 г., Европейский регион ВОЗ	68
3.3	Аккумуляирование и использование резервов медицинского страхования в Эстонии, (млн евро), 2001–2012 гг.	77
3.4	Воздействие контрциклических механизмов Литвы на доходы от фонда медицинского страхования (млн евро), 1997–2013 гг.	78
4.1	Аспекты охвата услугами здравоохранения: право населения на получение государственных услуг здравоохранения, пакет льгот и плата за услуги	96
4.2	Страны, сообщившие об изменениях охвата услугами здравоохранения посредством прямых или частичных/возможных ответных мер на кризис (из 40 стран), 2008–2013 гг.	98
4.3	Доля (%) населения, охваченного ДМС, за последний год с наличием данных, отдельные европейские страны	111
4.4	Доля (%) ДМС в общих расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ	112
4.5	Доля (%) ДМС в частных расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ	113
4.6	Рост доли (%) населения, имеющего неудовлетворенную потребность в услугах здравоохранения по причине затрат, 2008–2012 гг.	120
5.1	Государственные расходы на здравоохранение по функции, среднегодовые темпы роста, 2007–2011 гг., ЕС–27 и отдельные страны	133
5.2	Государственные расходы на профилактику и общественное здравоохранение, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны	136
5.3	Государственные расходы на амбулаторную лечебную и реабилитационную помощь, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны	140
5.4	Государственные расходы на стационарную лечебную и реабилитационную помощь, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны	145
5.5	Государственные расходы на лекарственные средства и другие медицинские товары краткосрочного назначения, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны	151

5.6	Вознаграждение врачей и медицинских сестер, находящихся на постоянном окладе, (в долл. США по ППС), 2008 г. (или за последний год с наличием данных), отдельные европейские страны	157
6.1	Ассоциативная связь (Испания) и отсутствие ассоциативной связи (Швеция) между уровнем безработицы и суицида во время экономического спада, 1980–2005 гг.	175
6.2	Взаимосвязь между отклонением от среднего странового показателя расходов на сектор социальной защиты (без здравоохранения) и смертностью от всех причин в странах ЕС–15, 1980–2005 гг.	179
6.3	Суицид в странах ЕС до и после 2007 г.	181
7.1	Различия между экономией средств и повышением эффективности	207

Вставки

3.1	Предпочтения общественности и приоритет органов государственного управления или приверженность сектору здравоохранения	67
3.2	Изменение структуры государственного финансирования системы здравоохранения Португалии в целях поддержания справедливости	74
3.3	Использование резервов фонда медицинского страхования в Эстонии	76
3.4	Меры контрциклического финансирования по стабилизации потока государственных доходов в систему здравоохранения Литвы	77
5.1	Реформа организаций, занимающихся планированием и закупкой услуг здравоохранения в Греции	133
5.2	Усилия по установлению взаимосвязи между методами оплаты и показателями деятельности труда врачей общей практики, 2008–2013 гг.	138
5.3	Лекарственный план Литвы и его последствия	152
5.4	Примеры изменений методов оплаты труда медицинских работников	155
6.1	Основные экономические потрясения XX века	178
6.2	Мониторинг состояния здоровья населения	180
6.3	Данные, свидетельствующие о росте суицида в Европе с момента начала кризиса	181

Благодарности

Данное исследование представляет собой результат огромных коллективных усилий. Оно основано на работе и экспертной оценке более 100 исследователей из 47 стран на протяжении более двух лет. Мы выражаем им глубокую признательность за знания, пристальное внимание к деталям и терпение. Мы также благодарны всем тем, кто участвовал в проведении экспертной оценки и помог в создании данной публикации, первого тома¹ и двух кратких изложений принципов². Особую благодарность мы адресуем John Langenbrunner и Stephen Thomas за рецензирование первого тома. Мы искренне благодарны Melitta Jakab и Joseph Kutzin, принявшим участие в двух авторских семинарах в 2013 г. Мы также выражаем благодарность Thomas Foubister за вычитку всей рукописи. Они внесли огромный вклад в данную публикацию – и особенно в исследование в целом – своими ценными замечаниями и наблюдениями. Мы хотели бы поблагодарить Martin McKee, Mark Pearson, Aaron Reeves и David Stuckler за вклад в написание двух глав данной публикации; Marina Karanikolos, Erica Richardson и Anna Sagan за помощь в редактировании данных опроса; а также наших коллег из Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Научно-исследовательского центра по вопросам здоровья и социальной помощи при Лондонской школе экономики, Европейского регионального бюро ВОЗ и Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения за предоставление значительной поддержки проекта и в подготовке публикации. Выражаем глубокую признательность Правительству Норвегии и Департаменту международного развития Соединенного Королевства за щедрую финансовую поддержку.

Ниже приводим в алфавитном порядке всех, кто внес свой вклад в данное исследование. Проведение данного исследования было бы невозможно без их научной, административной и финансовой поддержки. Авторы и редакторы несут полную ответственность за возможные ошибки.

Авторы анализа примеров из практики: Carlos Artundo, Helda Azevedo, Patrícia Barbosa, Sarah Barry, Enrique Bernal Delgado, Sara Burke, Luis Castelo Branco, Charalambos Economou, Tamás Evetovits, Sandra García Armesto, Triin Habicht, Cristina Hernández Quevedo, Gintaras Kacevičius, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, Alexander Kentikelenis, Anna Maresso, Uldis Mitenbergs, Anne Nolan, Luis Oteo, José Ramón Repullo, Isabel Ruiz Pérez, Anna Sagan, Constantino Sakellarides, Aris Sissouras, Maris Taube, Stephen Thomas.

Национальные эксперты, участвовавшие в опросе: 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 Cypionka, Milka Dancevic Gojkovic, Antoniya Dimova, Csaba Dózsa, 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 Mitenbergs, 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 Roshi, 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, Stephen Thomas, Fimka Tozija, Eva Turk, Carine Van de Voorde, Karsten Vrangbæk, Lauri Vuorenkoski.

Рецензенты: Leonor Bacelar Nicolau, Daiga Behmane, Girts Brigis, Министерство здравоохранения Ирландии, Thomas Foubister, Beatriz González López-Valcárcel, Melitta Jakab, Maris Jesse, Raul Kivet, John Langenbrunner, Richard Layte, Lycurgus Liagopoulos, 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, Mark Pearson, João Pereira, José Manuel Pereira Miguel, Govin Permanand, Anastas Philalithis, Pedro Pita Barros, Erik Schokkaert, Jorge Simões, Stephen Thomas, Giedrius Vanagas, Miriam Wiley, John Yfantopoulos; участники двух авторских семинаров, проведенных в 2013 г. Барселонским офисом ВОЗ по укреплению систем здравоохранения и Европейской

обсерваторией по системам и политике здравоохранения; а также участники Сопещения высокого уровня ВОЗ по 'Здравоохранению в условиях глобального экономического кризиса: ситуация в Европейском регионе ВОЗ', состоявшегося в апреле 2013 г. в Осло (включая последовавшее за ним консультативное совещание 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, Viktoriia Danilova, Céline Demaret, Juan García Domínguez, Maribel Gené Cases, Ana Gutiérrez-Garza, Katharina Hecht, Champa Heidbrink, Suszy Lessof, Annalisa Marianneci, Ruth Oberhauser.

Подготовка публикации: координатором подготовки и редактирования публикации был Jonathan North при поддержке Caroline White.

Финансовая поддержка: Правительство Норвегии и Департамент международного развития Соединенного Королевства.

Примечания

- 1 A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) (2014) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 2 P. Mladovsky, D. Srivastava, J. Cylus et al. (2012) *Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe*, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies; S. Thomson, J. Figueras, T. Evetovits et al. (2014) Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе: последствия и значение для выработки политики, Краткое изложение принципов №12. Копенгаген: ВОЗ/Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения.

Об авторах

Jonathan Cylus – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство.

Tamás Evetovits – исполняющий обязанности директора и старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Барселона, Испания.

Josep Figueras – директор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Брюссель, Бельгия.

Matthew Jowett – старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, Отдел управления и финансирования систем здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария.

Marina Karanikolos – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

Hans Kluge – директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья и Специальный представитель Регионального директора по вопросам профилактики и борьбы с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания.

Anna Maresso – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство.

Martin McKee – профессор кафедры Европейского общественного здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, и научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Соединенное Королевство.

Philipa Mladovsky – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук, и доцент кафедры международного развития, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство.

Mark Pearson – директор Отдела трудоустройства, занятости и социального обеспечения, ОЭСР, Париж, Франция.

Aaron Reeves – старший научный сотрудник кафедры социологии, Оксфордский университет, Соединенное Королевство.

David Stuckler – профессор кафедры политэкономии и социологии, Оксфордский университет, Соединенное Королевство.

Sarah Thomson – старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Барселона, Испания; старший научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; доцент кафедры социальной политики, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство.

Список сокращений

ВВП	валовой внутренний продукт
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМС	добровольное медицинское страхование
ЕС	Европейский союз
МВФ	Международный валютный фонд
ОМС	обязательное медицинское страхование
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ППС	паритет покупательной способности

Анализ ответных мер системы здравоохранения на экономический кризис

*Sarah Thomson, Josep Figueras,
Tamás Evetovits, Matthew Jowett,
Philipa Mladovsky, Anna Maresso,
Hans Kluge*

1.1 Зачем рассматривать ответные меры системы здравоохранения на экономический кризис?

Вскоре после начала глобального экономического кризиса 53 государства подписали Таллинскую хартию – рамочную основу для укрепления систем здравоохранения в Европе. Таллиннская хартия определяет отношения между системами здравоохранения, здоровьем и уровнем благосостояния населения, устанавливает ценности и принципы, являющиеся основополагающими для европейских систем здравоохранения, и демонстрирует приверженность реализации данных ценностей в действиях (Всемирная организация здравоохранения 2008). Подписавшие данный документ государства не могли знать о том, насколько быстро их приверженность будет испытана на прочность, хотя коллапс американского инвестиционного банка Lehmann Brothers за два дня до принятия хартии послужил предвестником будущих событий.

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, обеспечивая ростом расходов на здравоохранение. Однако когда угроза появилась, она 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 темпов роста государственных расходов на здравоохранение, в других такого не было. 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 этим мерам еще более актуальный характер.

В рамках данной публикации 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. Это 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 в отношении стратегической экономии внедрения реформ в условиях кризиса.

Необходимо учитывать уроки, доставшиеся от предыдущих экономических потрясений, несмотря на то, что нынешний кризис в Европе является беспрецедентным по отдельным аспектам. В следующих двух разделах мы сначала проведем теоретический анализ различных сценариев, при которых экономическое потрясение представляет угрозу для здоровья населения и систем здравоохранения, а затем рассмотрим данные международных источников, касающиеся предыдущих экономических спадов. Далее мы представим используемый в рамках данного исследования концептуальный подход, применяемый к анализу ответных мер систем здравоохранения на экономический кризис. Ответные меры политики в отношении усугубления бюджетных проблем в секторе здравоохранения могут включать как сокращение расходов, так и усилия по рационализации имеющихся ресурсов или мобилизации дополнительных доходов. В конце мы приводим методы исследования и ограничения, а также предлагаем краткое изложение публикации.

1.2 Кризис как угроза: теория

В ранее опубликованном издании мы предложили определение понятия 'потрясение системы здравоохранения' как 'неожиданное явление, возникшее за пределами системы здравоохранения, которое приводит к

значительным негативным последствием для доступности ресурсов системы здравоохранения или к значительным позитивным последствиям в отношении спроса на услуги здравоохранения' (или и то, и другое) (Mladovsky et al. 2012: v). Любое экономическое потрясение несет с собой особый риск, потому как создает проблемы во многих областях, оказывая воздействие на доходы/расходы домашних хозяйств, государственные доходы/расходы и доходы/расходы сектора здравоохранения. Эти проблемы в сочетании с вызываемыми ими ответными мерами, могут иметь серьезные последствия для здоровья населения и деятельности системы здравоохранения.

Экономические потрясения оказывают воздействие на состояние здоровья населения, поскольку они приводят к росту потребности населения в услугах здравоохранения, но ограничивают доступ населения к необходимой помощи (Musgrove 1987). На рисунке 1.1 показаны две модели, приводящие к снижению показателей состояния здоровья населения. Согласно первой модели, безработица, снижение доходов и рост долгов *снижают финансовую безопасность домашних хозяйств*, приводя к изменениям уровня стресса, форм поведения в отношении здоровья и доступа к услугам здравоохранения. Согласно второй модели, *сокращение государственных ресурсов* способствует появлению бюджетных проблем в системе здравоохранения, что также приводит к изменениям в доступе к услугам здравоохранения.

Ни одна из моделей не является линейной в той степени, в какой можно предположить согласно данному описанию. Обе модели содержат элементы, которые могут привести к усугублению первоначального воздействия на домашние хозяйства или органы государственного управления, создавая 'замкнутый круг'. К примеру, сокращение государственных ресурсов приводит к сокращению рабочих мест в государственном секторе или сокращение государственных расходов на социальные нужды, скорее всего, приведет к подрыву финансовой безопасности домашних хозяйств и окажет негативное воздействие на общие налоговые поступления. Кроме того, сокращение государственных расходов на здравоохранение, приводящее к повышению платы за услуги или увеличению времени ожидания услуг здравоохранения, будет способствовать перекладыванию части расходов на домашние хозяйства, увеличивая их финансовую незащищенность.

Данные модели зависят от широкого спектра мер государственной политики, многие из которых находятся вне сектора здравоохранения. Бюджетная политика представляет собой действия органов государственного управления по оказанию воздействия на экономику с помощью использования налоговых поступлений и расходов. Бюджетная политика формирует последствия кризиса для государственных расходов на обеспечение социальной защиты, а стратегии в области социальной защиты (без учета здравоохранения) приводят к тому, что домашние хозяйства оказываются подверженными финансовой незащищенности. Сектор здравоохранения также располагает стратегиями, даже в условиях бюджетных ограничений, что мы более подробно рассмотрим далее.

Переменные, представленные в обеих моделях, могут создать или усугубить *бюджетные проблемы* в секторе здравоохранения. Системы здравоохранения сталкиваются с бюджетными проблемами в ситуации, когда уровни государственных расходов на здравоохранение на душу

4 Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе

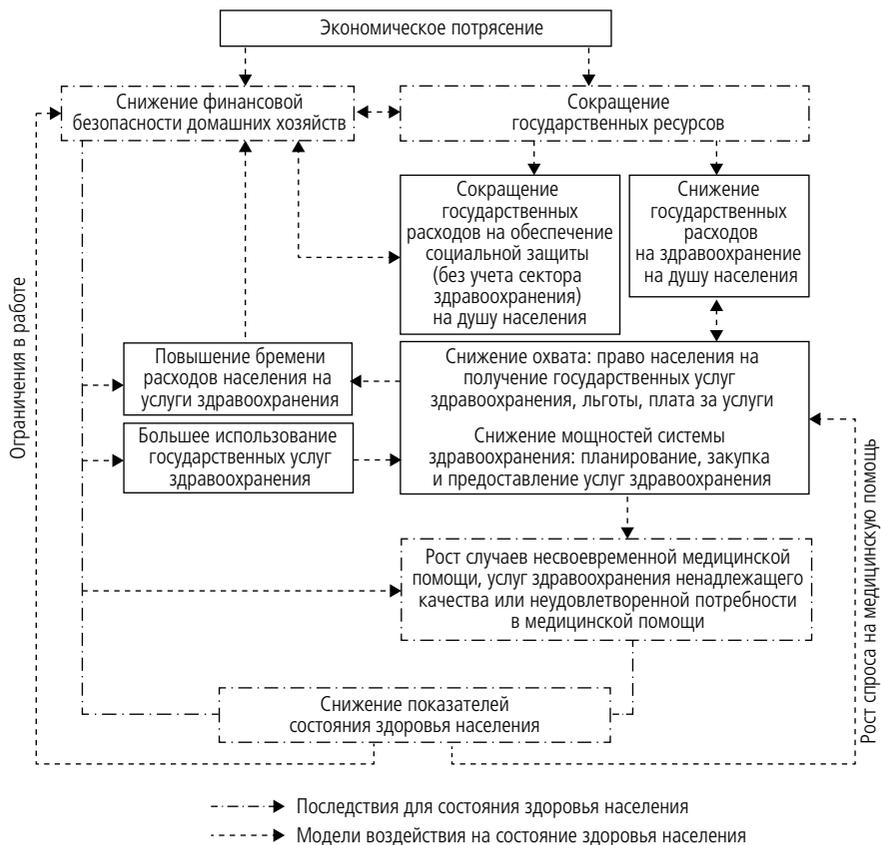


Рисунок 1.1 Модели снижения показателей состояния здоровья населения в условиях экономического потрясения

Источник: адаптировано, Musgrove (1987).

Примечание: на данном рисунке в основном представлены модели сектора здравоохранения. Важно отметить, что меры 'социальной защиты (без учета здравоохранения)', как правило, включают множество механизмов защиты домашних хозяйств и обеспечения их финансовой безопасности.

населения не соответствуют росту спроса на услуги здравоохранения или резко снижаются притом, что спрос остается стабильным или растет. В случае экономического потрясения источниками бюджетных проблем могут быть факторы, имеющие отношение к бюджетной политике, политике финансирования сектора здравоохранения, снижению показателей состояния здоровья населения и стратегиям социальной адаптации, используемым финансово незащищенными домашними хозяйствами.

Данные факторы рассмотрены более подробно на рисунке 1.2, подчеркивая значимость финансовой незащищенности домашних хозяйств как источника бюджетных проблем, а также представлены пути

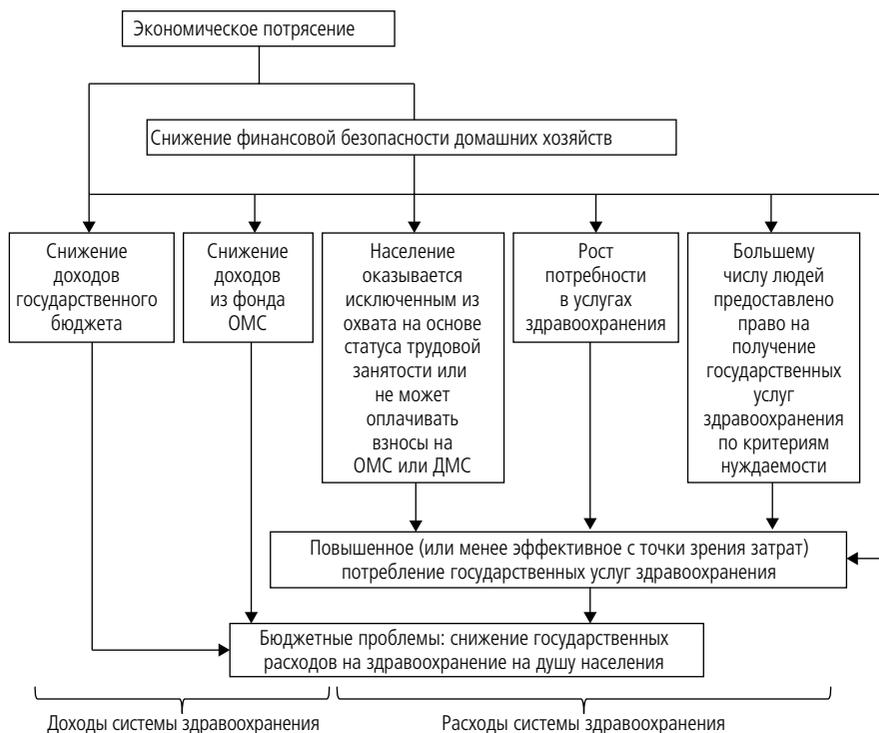


Рисунок 1.2 Источники бюджетных проблем системы здравоохранения в условиях экономического потрясения

Источник: авторы.

взаимодействия стратегий социальной адаптации и факторов системы здравоохранения, в результате которого возникают бюджетные проблемы. Несмотря на то, что бюджетная политика может быть сама по себе наиболее значимой основной причиной появления бюджетных проблем, имеются различные факторы, которые могут иметь большое значение, особенно в тех случаях когда наблюдается резкий рост безработицы, а право на предоставление государственных услуг здравоохранения определяется статусом трудовой занятости.

То, до какой степени финансовая незащищенность домашних хозяйств способствует появлению бюджетных проблем, становится особенно очевидным при рассмотрении расходов. В условиях большей финансовой незащищенности население чаще обращается за государственными услугами здравоохранения по ряду следующих причин: ухудшение состояния здоровья и рост потребности в медицинской помощи; предоставление права на получение государственных услуг здравоохранения на основе критериев нуждаемости посредством механизмов социальной защиты; население оказывается исключенным из охвата на основе статуса трудовой занятости или перестало оплачивать взносы на обязательное медицинское страхование

(ОМС) или добровольное медицинское страхование (ДМС) и может получить доступ только к государственным услугам здравоохранения, предоставляемым в рамках всеобщего охвата; население перестало приобретать ДМС; население старается избежать оплачивать частные услуги здравоохранения из личных средств (Di Matteo 2003). Финансово незащищенные категории населения могут также меньше обращаться за государственными услугами здравоохранения или использовать их способами, которые менее эффективны с точки зрения затрат для системы здравоохранения (например, люди перестают принимать назначенные лекарственные средства, откладывают обращение за медицинской помощью (особенно профилактических услуг) или больше полагаются на услуги экстренной медицинской помощи), что может привести к негативному воздействию на состояние здоровья населения в долгосрочной перспективе.

При отсутствии надлежащего управления бюджетные проблемы, скорее всего, приведут к подрыву всех аспектов деятельности системы здравоохранения, а не только состояния здоровья населения, включая следующие: финансовая безопасность, справедливость финансирования систем здравоохранения, справедливый доступ к услугам здравоохранения, качество и эффективность предоставления услуг здравоохранения, удовлетворенность пациентов, прозрачность и подотчетность (Всемирная организация здравоохранения 2000, 2010). Негативное воздействие на деятельность системы здравоохранения в определенной степени будет зависеть от уровня давления, оказываемого на систему здравоохранения и домашние хозяйства, а также от лежащего в основе контекста, включая деятельность системы здравоохранения и более широкой социальной защиты. Однако наиболее важным фактором, скорее всего, являются ответные меры директивных органов на бюджетные проблемы, в том числе руководство на уровне государственных органов управления вообще и сектора здравоохранения в частности.

1.3 Кризис как угроза: данные

Согласно литературе, имеющейся по степени воздействия предшествующих экономических спадов на состояние здоровья населения и системы здравоохранения, последствия экономического потрясения могут существенно различаться. В данном разделе мы предлагаем краткое изложение основных данных, касающихся воздействия кризиса на государственные расходы, доступ к медицинской помощи, потребление услуг здравоохранения и состояние здоровья населения.

Последствия для налогово-бюджетной области (то, до какой степени экономические потрясения оказывают воздействие на уровень *государственных расходов*), как правило, варьируют в зависимости от уровня доходов страны. В целом, государственные расходы, включая расходы на социальные нужды, характеризуются следующими моделями: в бедных странах преобладает проциклическое финансирование (снижение расходов по мере снижения роста валового внутреннего продукта (ВВП)), а в богатых странах – контрциклическое финансирование (рост расходов на фоне

снижения роста ВВП) (del Granado et al. 2013; Velényi and Smitz 2014). Однако важное значение имеют следующие данные, касающиеся двух областей. Во-первых, согласно данным исследования, сила национальных организаций является более значимым фактором воздействия по сравнению с макроэкономическими показателями (Calderon et al. 2012), несмотря на то, что структура расходов представляется связанной с наличием финансовых ресурсов в стране, что в особенности касается степени дефицита бюджета (Gottret et al. 2009). Другими словами, страны, в которых доминируют слабые организации, скорее всего, не будут применять стратегии контрциклического финансирования. Во-вторых, согласно недавно проведенному анализу, охватывающему ранние последствия нынешнего кризиса, тяжелый и длительный кризис может привести к активизации модели проциклического финансирования секторов здравоохранения и социальной защиты в странах с высоким уровнем дохода (Velényi and Smitz 2014).

Контрциклическое государственное финансирование имеет исключительно важное значение для развития экономики и человеческих ресурсов, а также играет значительную роль в обеспечении защиты здоровья населения в условиях экономического кризиса (Velényi and Smitz 2014). Согласно анализу государств-членов Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), рост государственных расходов на социальные нужды ассоциируется со снижением показателя смертности (Stuckler et al. 2010). В период экономического спада начала 1990-х годов европейским странам, имеющим сильные механизмы социальной защиты, особенно программы активизации рынка труда, удалось избежать зависимости уровня суицида от роста безработицы (Stuckler et al. 2009). Социальная защита сыграла важную роль в смягчении негативного воздействия на состояние здоровья населения как во время Великой депрессии 1930-х годов (Stuckler and Basu 2013), так и в периоды экономических потрясений, недавно охвативших страны со средним уровнем дохода (Musgrove 1987; Waters et al. 2003; Gottret et al. 2009). Последние исследования, проведенные в США, также указывают на то, что на протяжении предшествующих 40 лет более щедрые программы государственных льгот по безработице оказывают смягчающее воздействие на взаимосвязь между уровнем безработицы и суицидом (Cylus et al. 2014).

Однако в условиях кризиса поддержание уровня государственных расходов на сектор социальной защиты в докризисном объеме может быть просто недостаточно, особенно в тех случаях, когда изначально уровни расходов низкие. Содержание и охват программ социальной защиты, скорее всего, могут привести к позитивным сдвигам, а в странах, не имеющих всеобщего охвата данными программами, стратегии, направленные на уязвимые группы населения, могут оказаться более эффективными по сравнению с действиями, всецело направленными на поддержание докризисных уровней государственных расходов на здравоохранение (Gottret et al. 2009).

Большая часть данных, касающихся изменений в поведении домашних хозяйств в отношении обращения за медицинской помощью в результате экономического спада, приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. Это указывает на то, что при отсутствии всеобщего охвата

государственными услугами здравоохранения население перестает оплачивать взносы на медицинское страхование, пользуется меньшим набором услуг здравоохранения в целом и отказывается от частных услуг здравоохранения в пользу государственных поставщиков (Gottret et al. 2009). Неудивительно, что такие стратегии социальной адаптации в большей степени характерны для малоимущих домашних хозяйств (Gottret et al. 2009). Данные результаты подтверждены в рамках недавнего анализа стран Центральной Азии и Восточной Европы, указывающего на то, что снижение потребления услуг здравоохранения в значительной степени приходится на профилактические медицинские услуги, например, родовую помощь (Hou et al. 2013). Эти данные имеют значение для состояния здоровья населения и расходов системы здравоохранения.

Последствия для *состояния здоровья населения* в результате экономического спада различаются по уровню дохода стран. В странах с низким уровнем дохода наблюдается рост младенческой смертности и нарушений питания, которые могут быть значительными (Hou et al. 2013). В странах со средним уровнем дохода, скорее всего, отмечаются такие последствия для системы здравоохранения, как сокращения уровня государственных расходов и изменения в потреблении услуг здравоохранения, однако, по имеющимся данным в странах, испытывающих тяжелое экономическое потрясение, имеет место рост младенческой смертности и смертности от злоупотребления алкоголем (Hou et al. 2013). Для стран с высоким уровнем дохода характерно смешение позитивных и негативных последствий для состояния здоровья населения, вызванных безработицей. Рост уровня безработицы ассоциируется с улучшением состояния здоровья населения по таким показателям, как снижение уровня дорожно-транспортного травматизма и числа случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий. Вместе с тем, потеря индивидуальных рабочих мест приводит к негативным последствиям, наиболее часто включающим нарушения психического здоровья и суицид (Catalano et al. 2011). Последствия для других показателей состояния здоровья населения различаются по странам со средним уровнем дохода и определяются множеством факторов (см. гл. 6; содержит подробное описание воздействия экономического спада на состояние здоровья населения). Однако все данные указывают на общую тенденцию: показатели состояния здоровья населения, как правило, ухудшаются среди безработных категорий населения.

В рамках имеющейся литературы подтверждается следующее теоретически объяснимое явление: скорее всего, не все категории населения испытывают на себе последствия для состояния здоровья. В условиях кризиса негативные последствия для состояния здоровья приходится на группы населения, находящиеся в состоянии или подверженные риску бедности, безработицы, социальной маргинализации и физического нездоровья (Musgrove 1987; Yang et al. 2001; Cutler et al. 2002; Gottret et al. 2009). В анализе сводных данных за улучшениями для отдельных категорий граждан могут скрываться неблагоприятные последствия для относительно более уязвимых групп населения.

Мы пришли к трем основным выводам на основе краткого обзора воздействия предшествующих экономических потрясений на состояние

здоровья населения и системы здравоохранения. Во-первых, экономические потрясения создают или усугубляют бюджетные проблемы, так как в условиях экономического кризиса системы здравоохранения в целом нуждаются в больших, а не меньших ресурсах как для удовлетворения растущей потребности в услугах здравоохранения, так и в силу того, что население в большей степени полагается на государственные услуги здравоохранения.

Во-вторых, негативных последствий для состояния здоровья населения, вызванных экономическим потрясением, можно избежать или смягчить в рамках стратегических направлений действий. Однако отдельные показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения могут испытывать 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. Контрциклическое государственное финансирование сектора здравоохранения и отдельных видов социальной защиты играют важную роль в укреплении устойчивости системы здравоохранения к неблагоприятным внешним воздействиям (Thomas et al. 2013). Руководители сектора здравоохранения должны взаимодействовать с руководителями, отвечающими за формирование социальной и бюджетной политики, в целях защиты здоровья населения и поддержания деятельности системы здравоохранения.

В-третьих, в обеих моделях, представленных на рисунке 1.1, барьеры доступа к эффективным услугам здравоохранения являются фактором, способствующим снижению показателей состояния здоровья населения. Таким образом, устранение барьеров доступа к услугам здравоохранения, скорее всего, имеет важное значение для предотвращения снижения показателей состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения. Очевидно, что экономическое потрясение не повлияет на состояние здоровья всего населения, поскольку защищенные в финансовом отношении категории населения, скорее всего, не окажутся серьезно затронутыми кризисом. В этой связи меры политики должны быть в первую очередь направлены на группы населения, находящиеся в состоянии или подверженные риску бедности, безработицы, социальной маргинализации и физического нездоровья.

1.4 Анализ ответных мер системы здравоохранения на экономическое потрясение

Доказательства на основе предыдущих экономических кризисов четко указывают на важность ответных мер систем здравоохранения на экономическое потрясение. На фоне усугубления бюджетных проблем – растущего дисбаланса государственных доходов и расходов или роста потребности в государственном финансировании – руководители могут

применить один или более из следующих подходов:

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

В независимости от степени тяжести ограничений необходимость достижения бюджетного баланса в секторе здравоохранения не существует независимо от других целей и не заменяет их (Thomson et al. 2009b). Основной принцип подразумевает, что действия должны соответствовать целям политики в области здравоохранения во избежание подрыва деятельности системы. Имеет значение, если достижение бюджетного баланса происходит за счет снижения показателей состояния здоровья, финансовой защиты, социальной справедливости, эффективности и качества услуг здравоохранения. Также важно помнить, что система здравоохранения может обладать бюджетным балансом и при этом быть неэффективной. Таким образом, даже в условиях кризиса руководители должны учитывать этот основной принцип.

В таблице 1.1 представлены виды действий в рамках каждого подхода. *Рационализация имеющихся ресурсов* является очевидной ответной мерой, поскольку большинство систем здравоохранения обладают возможностями для повышения эффективности. По оценкам 'Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.' порядка 20–40% ресурсов системы здравоохранения расходуются впустую (Всемирная организация здравоохранения 2010). В рамках данного доклада также были определены десять типичных источников неэффективности в системах здравоохранения (табл. 1.2), каждый из которых поддается воздействию мер политики. Разрешение основных причин неэффективности часто предполагает наличие инвестиций и времени, однако, и того, и другого может не быть в условиях кризиса. В итоге существует риск того, что усилия по повышению эффективности будут неэффективны и, возможно, приведут к непреднамеренным последствиям. Например, перераспределение ресурсов из сектора стационарной помощи, не сопровождающееся развитием альтернативных услуг здравоохранения на базе местных сообществ, скорее всего, представляет сокращение ресурсов, а не преодоление источника неэффективности. Более того, при наличии бюджетных проблем (тяжелых или затянувшихся на протяжении последних лет) или слабой политической воли, направленной на разрешение проблемы расточительности в системе здравоохранения, повышение эффективности, скорее всего, не будет достаточно значительным для того, чтобы сократить разрыв между доходами и расходами. В определенный момент может потребоваться мобилизация дополнительных доходов или сокращение расходов.

В случае острых бюджетных проблем *сокращение расходов*, скорее всего, неизбежно, однако, оно несет определенные риски. Как показано на рисунке 1.3, сокращения, как правило, приводят к подразумеваемому или явному нормированию услуг здравоохранения, что оказывает негативное

Таблица 1.1 Ответные меры политики, направленные на разрешение бюджетных проблем сектора здравоохранения*Рационализация имеющихся ресурсов посредством повышения эффективности*

- улучшение процессов закупки;
- уменьшение накладных расходов;
- разрешение проблемы фрагментации при объединении средств, закупках и предоставлении услуг здравоохранения;
- повышение эффективности и качества предоставления услуг здравоохранения;
- использование методов оценки медицинских технологий для предоставления охвата и услуг здравоохранения на основе методов фактических данных;
- использование метода замены, способствующей сокращению расходов (например, лекарственные средства, профессионально-квалифицированная структура кадровых ресурсов, медицинские учреждения).

Сокращения расходов и ограничения охвата

- ограничение, замораживание или сокращение расходов сектора здравоохранения;
- ограничения охвата услугами здравоохранения: право населения на получение государственных услуг здравоохранения, пакет льгот, плата за услуги.

Мобилизация дополнительных государственных доходов

- дефицитное финансирование;
- увеличение государственных бюджетных трансфертов;
- использование резервов;
- внедрение контрициклической модели государственных бюджетных трансфертов в сектор здравоохранения;
- повышение социальных страховых взносов;
- повышение или упразднение потолков заработной платы для уплаты страховых взносов;
- взимание налогов с нерегулярного дохода;
- обеспечение сбора средств;
- централизация сбора средств;
- внедрение новых целевых налогов для системы здравоохранения (например, налоги в интересах общественного здравоохранения);
- упразднение налоговых субсидий и льгот на частные расходы на здравоохранение (например, на ДМС), особенно в отношении более состоятельных домашних хозяйств.

Источник: адаптировано, Thomson et al. (2009a, 2009b), Mladovsky et al. (2012).

воздействие на доступ к услугам здравоохранения, финансовую безопасность, удовлетворенность общественности и прозрачность системы здравоохранения. Внеплановые сокращения, скорее всего, приведут к возникновению неэффективности, что в долгосрочной перспективе обойдется системе здравоохранения дороже. Значительные сокращения персонала сектора здравоохранения и заработных плат медицинских работников, равно как и перераспределение расходов на услуги здравоохранения на домашние хозяйства, может иметь более широкие экономические последствия, например, при условии, что покупательная способность населения станет меньше, экономический спрос еще больше

Таблица 1.2 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).

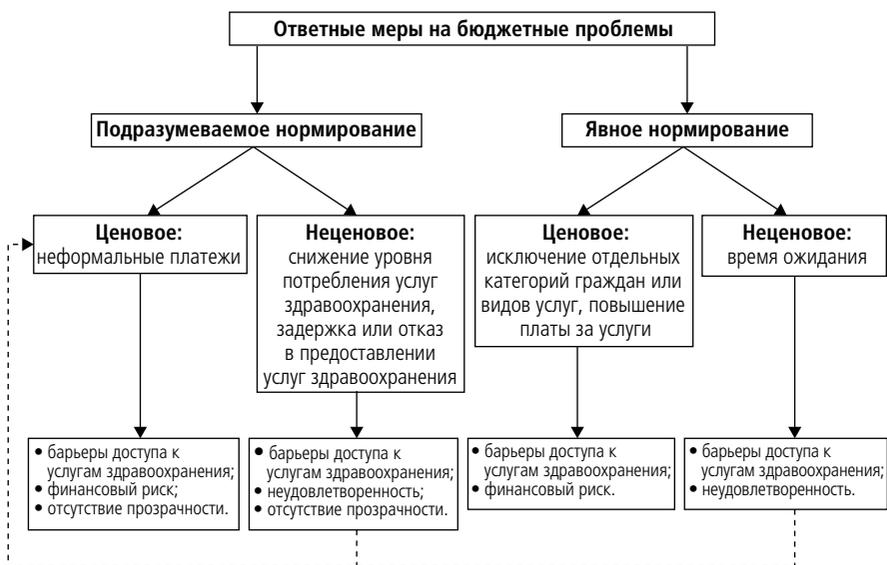


Рисунок 1.3 Последствия нормирования в секторе здравоохранения

Источник: адаптировано, Evetovits and Kutzin (2007).

Примечание: поставщики могут принять меры в ответ на неценовые ограничительные механизмы, таким образом, поддерживая неформальные платежи.

понижутся, а государственные доходы от налоговых поступлений будут продолжать падать. Одна из проблем для выработки политики состоит в том, чтобы определить те области, сокращения расходов в которых могут привести к повышению эффективности, достигаемой за счет уменьшения расходов, не приводящего к негативным последствиям для состояния здоровья населения. Один из способов достижения данной цели – дезинвестирование неэффективных с точки зрения затрат услуг.

Несмотря на то, что достижение третьего подхода – *мобилизации дополнительных доходов* – может казаться невозможным в краткосрочной перспективе, им не следует пренебрегать. Как было продемонстрировано в предыдущем разделе в условиях экономического кризиса системы здравоохранения, скорее всего, нуждаются в больших, а не меньших ресурсах. Кроме того, имеются достоверные данные, подтверждающие важность использования контрциклического *государственного* финансирования. Руководители, обладая данной информацией, должны прибегнуть к мобилизации дополнительных государственных ресурсов в сектор здравоохранения. В таблице 1.1 приведен широкий спектр потенциальных возможностей.

В таблице 1.3 представлено, как три подхода к мерам политики соответствуют таким трем основным стратегическим областям, как

Таблица 1.3 Ответные меры политики, стратегические области и цели

<i>Ответные меры политики на бюджетные проблемы</i>	<i>Затрагиваемые стратегические области (начиная с наиболее актуальных)</i>	<i>Цели системы здравоохранения</i>
Рационализация имеющихся ресурсов посредством повышения эффективности	<ul style="list-style-type: none"> • планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения; • охват услугами здравоохранения. 	Состояние здоровья населения Финансовая безопасность Справедливость финансирования
Сокращения расходов и ограничения охвата	<ul style="list-style-type: none"> • государственное финансирование; • охват услугами здравоохранения; • планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения. 	Социальная справедливость в использовании услуг здравоохранения Административная эффективность Эффективность и качество организации и предоставления услуг здравоохранения
Мобилизация дополнительных доходов	<ul style="list-style-type: none"> • государственное финансирование; • охват услугами здравоохранения. 	Удовлетворенность пациентов Прозрачность и подотчетность

Источник: адаптировано, Kutzin (2009), Mladovsky et al. (2012), Thomson et al. (2009b).

Примечание: см. табл. 1.1, в которой приведены примеры ответных мер политики для каждой из трех стратегических областей (средняя колонка). Цели системы здравоохранения (правая колонка) могут оказаться под воздействием любой из ответных мер политики в любой стратегической области.

государственное финансирование системы здравоохранения, охват услугами здравоохранения (право населения на получение государственных услуг здравоохранения, пакет льгот и плата за услуги) и планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения. В данной таблице также указаны цели системы здравоохранения, используемые авторами при проведении анализа воздействия кризиса на деятельность системы здравоохранения и состояние здоровья населения.

1.5 Методы исследования и ограничения

В начале данной публикации мы поставили вопрос о том, каким образом европейские системы здравоохранения предпринимали ответные меры на кризис. Для того чтобы ответить на него, мы провели опрос *92 экспертов в области политики здравоохранения из 47 стран*. Данный опрос был осуществлен в два этапа. В рамках первого этапа были проанализированы ответные меры систем здравоохранения с конца 2008 г. по конец марта 2011 г., результаты которого кратко изложены в отдельной публикации (Mladovsky et al. 2012). В рамках второго этапа был использован метод триангуляции и осуществлен сбор данных с 2011 г. по начало 2013 г. В этой публикации рассмотрены результаты обоих этапов. Респонденты, участвовавшие в опросе, были привлечены с использованием установленной сети международных экспертов² в области систем здравоохранения. Кроме того, была использована целевая выборка методом 'снежного кома'. Данные о таких странах, как Андорра, Люксембург, Монако, Сан-Марино и Туркменистан отсутствовали в рамках обоих этапов опроса.

Кроме того, мы заказали проведение *анализа примеров из практики 6 стран, относительно сильно пострадавших от кризиса*. В результате нынешнего кризиса такие страны, как Греция, Ирландия и Португалия обратились за международной финансовой помощью, провели значительные сокращения государственных расходов, включая на сектор здравоохранения, кроме того, с 2008 г. в данных странах отмечен устойчивый негативный экономический рост. В таких странах, как Латвия, Литва и Эстония наблюдалось резкое снижение ВВП на момент начала кризиса с последующим быстрым возвращением к стабильному росту при сохранении высокого уровня безработицы. Каждый анализ примеров из практики был составлен национальными экспертами и научными исследователями по типовому шаблону, кроме того, была проведена независимая экспертная оценка каждого документа для обеспечения аналитической точности и укрепления доказательной базы³.

В отдельной публикации *по странам* кратко изложены результаты обоих этапов данного опроса, а также представлен анализ примеров из практики, проведенный в 6 странах (Maresso et al. 2014). В этой публикации мы представляем данные и анализ результатов опроса и данные, полученные в результате анализа примеров из практики, *в разных странах*, используя более тематический подход. Мы использовали различные количественные показатели и маркеры качества для определения степени воздействия кризиса. Например, мы проанализировали следующие данные:

- о расходах здравоохранения с целью установить изменения в уровне государственных и частных расходов;
- о государственных расходах с целью определения изменений в структуре государственных расходов в результате кризиса;
- смешанные данные об ответных мерах в разных странах с тем, чтобы выявить насколько страны полагались исключительно на сокращение расходов и ограничения охвата или предприняли усилия по рационализации имеющихся ресурсов посредством повышения эффективности и мобилизации дополнительного дохода;
- о том, как страны, имеющие и без того очень высокий уровень личных платежей граждан на услуги здравоохранения, ввели неизбирательное сокращение расходов и ограничения охвата;
- о том, насколько страны предприняли меры по защите доступа к государственным услугам здравоохранения и поддержанию финансовой безопасности, особенно для групп населения, находящихся в состоянии или подверженных риску бедности, безработицы и социальной маргинализации;
- о степени воздействия кризиса на состояние здоровья населения.

Подход, используемый в рамках данного исследования, сопряжен с некоторыми (преимущественно неизбежными) трудностями. Во-первых, сложности в определении соответствия ответных мер системы здравоохранения кризису, поскольку отдельные изменения, возможно, были частью уже начавшихся реформ. В целях разрешения данной ситуации мы попросили респондентов, участвовавших в опросе, разделить меры политики на две группы на основе следующего принципа: (а) меры, которые были определены соответствующими органами власти страны в качестве ответных мер на кризис; (б) либо частичные ответные меры на кризис (запланированные до начала кризиса, но осуществленные после с большей или меньшей скоростью или интенсивностью, чем было запланировано), либо возможные ответные меры на кризис (запланированные и внедренные с началом кризиса, но не определенные соответствующими органами власти в качестве ответных мер на кризис). Мы предоставляем данные, касающиеся обоих видов мер политики, но при этом проводим разграничение между 'прямыми' и 'частичными или возможными' ответными мерами.

Во-вторых, трудно предоставить информацию о готовности каждой системы здравоохранения к кризису. В ряде стран, возможно, были введены меры, направленные на повышение эффективности или контроля расходов на здравоохранение до начала кризиса, таким образом, ограничивая масштаб будущих реформ. В результате те ответные меры, о которых мы сообщаем в рамках данного исследования, могут быть неверно поняты при сравнительном рассмотрении. Например, в отдельных странах не было проведено сокращение заработной платы медицинских работников, что может означать, что подобного рода изменения не были необходимы, или они оказались неосуществимы, поскольку уровень заработных плат упал до начала кризиса или исторически сложившийся уровень был очень низким, таким образом, исключая возможность сокращений. И напротив, это может свидетельствовать о несостоятельности предпринять

необходимые действия или определить масштаб дальнейших действий. Мы постарались указать важную информацию о контексте там, где это возможно, но предоставление такого рода данных на систематической основе по 47 странам и многочисленным стратегическим областям не представлялось возможным.

В-третьих, мы в равной степени рассматриваем все страны, принявшие участие в опросе и предоставившие данные, без учета степени тяжести кризиса в каждой отдельной стране. Такая позиция объясняется комплексной природой проведения измерений и ранжирования стран по причине многогранности явления (Keegan et al. 2013). Например, если рассматривать отдельные показатели, то наблюдается следующее: в 2008–2013 гг. в 42 из 47 стран был отмечен негативный рост ВВП. Из 5 стран, в которых данной тенденции не наблюдалось, в одной стране произошла девальвация национальной валюты, еще одна страна не сообщила о наличии каких-либо ответных мер на кризис, а оставшиеся три сообщили, что большинство принятых мер не были ответными мерами на кризис.

Наконец, было сложно определить степень воздействия кризиса на системы здравоохранения и состояние здоровья населения в связи с отсутствием аналитических и оценочных исследований, задержек, связанных с предоставлением международных данных, и времени, необходимого для проявления последствий. Кроме того, наблюдались сложности в разграничении воздействия кризиса в целом и воздействия ответных мер системы здравоохранения на кризис. Лишь незначительное число ответных мер, указанных странами в рамках опроса, были проанализированы и оценены. Некоторые реформы были отменены либо в результате оппозиции, либо из-за улучшения государственного финансирования. Скорее всего, последствия кризиса в долгосрочной перспективе все еще не полностью проявились. Возможно, наиболее важным является то, что плановые показатели критических областей деятельности отсутствуют в наличии по странам (например, количественные показатели финансовой защиты), или доступ к подобному рода данным ограничен значительными временными задержками (преимущественно показатели состояния здоровья населения).

1.6 Содержание публикации

Во **второй главе** представлены основные последствия финансового и экономического кризиса в Европе; особое внимание уделяется последствиям для финансового состояния домашних хозяйств, государственных ресурсов и расходов на сектор здравоохранения в краткосрочной перспективе. Авторы кратко описывают воздействие кризиса на население по таким показателям, как высокий уровень частного долга, рост безработицы и снижение доходов. Затем авторы представляют данные о воздействии таких показателей, как снижение темпов роста ВВП, повышение бюджетного дефицита, высокого уровня государственного долга и роста кредитной ставки, на уровень государственных расходов как доли ВВП и распределение государственных ресурсов. В последних

разделах главы рассмотрено воздействие кризиса на государственное и частное финансирование сектора здравоохранения.

В третьей, четвертой и пятой главах рассмотрены результаты опроса и данных, полученных в результате анализа примеров из практики. В отличие от второй главы, в которой представлены *результаты* ответных мер политики на кризис (их воздействие на уровень расходов на сектор здравоохранения), в **третьей главе** представлен анализ природы данных ответных мер. В рамках данного анализа рассмотрены разные методы, используемые странами для проведения изменений в таких областях, как государственное финансирование системы здравоохранения, включая меры по сокращению или замедлению темпов роста бюджетов здравоохранения; усилия по мобилизации доходов и действия по защите трудоустройства или малоимущих категорий населения. Авторы учли как масштаб сокращений финансирования, так и уровень финансирования, имеющегося на момент начала кризиса, в целях проведения оценки воздействия этих изменений на достаточность государственного финансирования сектора здравоохранения. Авторы также провели анализ роли автоматических стабилизаторов (таких встроенных контрциклических механизмов, как резервы) и того, насколько системы здравоохранения, финансируемые из фонда целевых взносов, демонстрируют большую стабильность в условиях экономического потрясения по сравнению с системами, финансируемыми из средств государственного бюджета.

В **четвертой главе** рассмотрены изменения в охвате услугами здравоохранения, реализуемые в качестве ответных мер на кризис. Охват услугами здравоохранения включает три аспекта: долю населения, имеющего право на получение государственных услуг здравоохранения, спектр предоставляемых услуг и уровень личных платежей граждан за услуги по месту их оказания (Всемирная организация здравоохранения 2010). Данный показатель является основополагающим для определения финансовой безопасности. Ограничения охвата услугами здравоохранения приводят к перекалыванию ответственности за оплату медицинской помощи на население, и таким образом, могут 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. Финансовые барьеры доступа к медицинской помощи в свою очередь могут способствовать развитию неэффективности посредством сокращения ресурсов в необходимых областях или, например, поощрению населения в использовании ресурсоемких служб экстренной медицинской помощи вместо обращения в учреждения первичной медико-санитарной помощи, известные своей затратоэффективностью. Таким образом, основная проблема, связанная с разработкой мер политики, состоит в том, чтобы определить можно ли провести ограничение охвата услугами здравоохранения, избежав при этом подрыва деятельности системы здравоохранения.

В **пятой главе** представлен анализ изменений методов планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения. Способ организации

данных функций имеет прямое воздействие на эффективность и качество услуг здравоохранения и доступ к ним (Всемирная организация здравоохранения 2000; Figueras et al. 2005). Потому как поставка услуг здравоохранения является основной движущей силой затрат системы здравоохранения, именно не нее должны быть обращены усилия по контролю над расходами (Hsiao & Heller 2007). Сюда входит сосредоточение внимания на методах направления ресурсов и сочетании финансовых и нефинансовых стимулов, имеющихся в распоряжении закупщиков и поставщиков услуг здравоохранения. 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.

В **шестой главе** авторы представляют обзор значительных результатов исследования, в рамках которого рассмотрено воздействие меняющихся экономических условий на состояние здоровья населения. В начале рассмотрены доказательства на основе предыдущих экономических кризисов, а затем авторы представляют доказательства, возникающие в рамках нынешнего кризиса. Имеющиеся данные требуют тщательного анализа, поскольку любые последствия для состояния здоровья могут быть не в полной мере видны на протяжении многих лет. Кроме того, представляется сложным разграничить воздействия кризиса в целом от воздействия ответных мер системы здравоохранения на кризис в силу потенциального наложения последствий. По этой причине авторы не пытаются проводить разграничение между последствиями, вызванными кризисом, и последствиями, связанными с введением ответных мер на кризис. В данной главе содержится обсуждение ряда основных факторов, которые, скорее всего, могут смягчить негативные последствия для состояния здоровья населения.

В **седьмой главе** на основе информации предшествующих глав кратко изложены последствия ответных мер системы здравоохранения на кризис,

включая следующие аспекты деятельности: стабильность, достаточность и справедливость финансирования системы здравоохранения, финансовая защита и справедливый доступ к медицинской помощи, а также эффективность и качество в организации и предоставлении услуг здравоохранения. Последствия для эффективности, обсуждаемые в данной главе, разграничены на экономию средств и повышение эффективности. Кроме того, определены меры политики, которые могут способствовать тому, что системы здравоохранения смогут достигать тех же или больших результатов с использованием меньших ресурсов, таким образом, приводя и к экономии средств, и к повышению эффективности. Также были выявлены меры, которые, скорее всего, могут привести к снижению показателей деятельности системы здравоохранения и состояния здоровья населения, не приводя ни к экономии средств, ни к повышению эффективности. В конце публикации предложены основные выводы и последствия для разработки мер политики, а также приведены практические выводы в отношении политики для будущего.

В данной публикации представлен анализ данных, охватывающий период с начала кризиса в Европе в конце 2008 г. по конец 2013 г., озаменованного выходом Ирландии из программы финансовой поддержки ЕС–МВФ. Несмотря на то, что с тех пор было отмечено некоторое улучшение экономической ситуации в Европе, кризис по-прежнему весьма ощутим. Причин для оптимистичных прогнозов мало, особенно в свете долгосрочных социальных последствий кризиса, вызванных снижением уровня доходов, ростом социальной несправедливости и масштабному росту безработицы, особенно среди молодежи. Как мы отметили в начале этой главы, данная публикация представляет только одну из ряда более широких инициатив по мониторингу последствий кризиса для деятельности систем здравоохранения и состояния здоровья населения. Последняя информация в рамках продолжающегося анализа данных для всех интересующихся лиц доступна в рамках *Системы мониторинга здравоохранения и финансового кризиса* Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения⁴ и на сайте Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ⁵.

Примечания

- 1 В данной публикации под термином 'Европа' понимаются страны Европейского региона ВОЗ, включая 53 государства-члена, а также Израиль и республики Центральной Азии.
- 2 Сеть в рамках Системы мониторинга систем и политики здравоохранения (Health Systems and Policy Monitor (HSPM)) является международной группой высокопрофильных организаций, имеющих престижную репутацию и академические достижения в области систем здравоохранения и анализа политики. Более подробная информация представлена на www.hspm.org.
- 3 Более подробная информация о методах проведения опроса и анализа примеров из практики представлена в приложении.
- 4 www.hfcm.eu
- 5 www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems

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 19 июня, 2015 г).
- Всемирная организация здравоохранения (2008). Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 19 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 19 июня, 2015 г).
- Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G. and Bryndova, L. (2009b) К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения. Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/76042/E93058R.pdf?ua=1, по состоянию на 19 июня, 2015 г).
- Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E. (2009a) Финансирование здравоохранения в Европейском союзе: проблемы и стратегические решения. Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1, по состоянию на 19 июня, 2015 г).
- Calderón, C., Duncan, R. and Schmidt-Hebbel, K. (2012) Do Good Institutions Promote Counter-cyclical Macroeconomic Policies? Dallas: Federal Reserve Bank of Dallas Globalization and Monetary Policy Institute.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K. et al. (2011) The health effects of economic decline, *Annual Review of Public Health*, 32: 431–50.
- Cutler, D., Knaul, F., Lozano, R., Mendez, O. and Zurita, B. (2002) Financial crisis, health outcomes and ageing: Mexico in the 1980s and 1990s, *Journal of Public Economics*, 84(2002): 279–303.
- Cylus, J., Glymour, M. and Avendano, M. (2014) Do generous unemployment benefit programs reduce suicides? A state fixed-effect analysis covering 1968–2008, *American Journal of Epidemiology*, doi: 10.1093/aje/kwu106.
- del Granado, J.A., Gupta, S. and Hajdenberg, A. (2013) Is social spending procyclical? Evidence for developing countries, *World Development*, 42: 16–27.
- Di Matteo, L. (2003) The income elasticity of health care spending: A comparison of parametric and nonparametric approaches, *European Journal of Health Economics*, 4(1): 20–9.
- Evetovits, T. and Kutzin, J. (2007) Conceptual framework for analysing deficits, potential causes and sustainability trade-offs. Presentation to Policy Conference ‘Getting to the roots: linkages between health system performance and deficit spending’, 26–7 March 2007, Zagreb, Croatia.
- Figueras, J., Robinson, R. and Jakubowski, E. (eds) (2005) Purchasing to Improve Health Systems Performance. Maidenhead: Open University Press.
- Gottret, P., Gupta, V., Sparkes, S., Tandon, A., Moran, V. and Berman, P. (2009) Protecting pro-poor health services during financial crises: Lessons from experience, in D. Chernichovsky and K. Hanson (eds) *Advances in Health Economics and Health Services Research*, Volume 21. Bingley: Emerald Group Publishing, pp. 23–53.

- Hou, X., Velenyi, E.V., Yazbeck, A.S., Iunes, R.F. and Smith, O. (2013) Learning from Economic Downturns: How to Better Assess, Track, and Mitigate the Impact on the Health Sector. Washington, DC: The World Bank.
- Hsiao, W. and Heller, P. (2007) What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? New York: International Monetary Fund.
- Keegan, C., Thomas, S., Normand, C. and Portela, C. (2013) Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure, *International Journal of Health Care Financing and Economics*, 13(2): 139–55.
- Kutzin, J. (2009) Health Financing Policy: A Guide for Decision Makers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S. et al. (eds) (2014) 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.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J. et al. (2012) Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Musgrove, P. (1987) The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America, *International Journal of Health Services*, 17(3): 411–41.
- Stuckler, D. and Basu, S. (2013) The Body Economic: Why Austerity Kills. London: Allen Lane.
- Stuckler, D., Basu, S. and McKee, M. (2010) Budget crises, health, and social welfare programmes, *British Medical Journal*, 340: c3311.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. and McKee, M. (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis, *The Lancet*, 374: 315–23.
- Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M. and Normand, C. (2013) A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case, *BMC Health Services Research*, 13: 450.
- Velényi, E. and Smitz, M. (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.
- Waters, H., Aaadah, F. and Pradhan, M. (2003) The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia, *Health Policy and Planning*, 18(2): 172–81.
- Yang, B., Prescott, N. and Bae, E. (2001) The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea, *Health Policy and Planning*, 16(4): 372–85.

Кризис и его последствия для финансовой безопасности домашних хозяйств, государственных ресурсов и расходов на здравоохранение

Jonathan Cylus, Mark Pearson¹

В данной главе содержится основа для понимания последствий кризиса для доходов домашних хозяйств, государственного финансирования и расходов на здравоохранение в краткосрочной перспективе. В первом разделе представлены пути развития финансового кризиса и его трансформация в кризис государственного долга и экономический кризис. В следующем разделе мы приводим анализ данных Евростата, ОЭСР и ВОЗ, касающийся последствий кризиса для финансовой безопасности домашних хозяйств по таким показателям, как уровень частного долга, безработицы и доходов, а также последствий для государственных ресурсов, включая уровень ВВП, дефицита, государственного долга, кредитной ставки, государственных расходов как доли ВВП и распределения государственного бюджета. В дальнейших разделах представлен обзор изменений уровня государственных, частных и общих расходов на здравоохранение до 2012 г. (последний год с наличием сопоставительных данных международных источников на момент написания).

2.1 Предыстория кризиса

На рисунке 2.1 кратко изложены основные факторы, приведшие к *финансовому кризису* 2007–2008 гг. в ЕС. В начале 2000-х годов на страны ЕС и США пришелся сильный экономический рост, являющийся в большей степени результатом роста уровня частного долга, подкрепленного высоким уровнем международных инвестиций, доступностью кредитов и низкими процентными ставками (European Economic Advisory Group 2012). Быстрый рост привел к искусственно завышенному уровню заработной платы и цен в отдельных частях ЕС, особенно в странах, удаленных от центра, что в свою очередь способствовало появлению значительного дисбаланса конкурентоспособности внутри еврозоны. В странах, присоединившихся к еврозоне, больше не представлялось возможным регулировать этот дисбаланс посредством изменения обменных курсов валют.

Низкие процентные ставки и высокий уровень международных инвестиций также способствовал росту спроса на недвижимость, в результате чего цены на нее выросли. Финансовые организации начали предлагать инвестиционные инструменты на основе ипотечного залога, поскольку инвестирование в недвижимость казалось более надежным с финансовой точки зрения. После того, как в 2006 г. в США и некоторых европейских странах произошел обвал рынка недвижимости, а цены на нее стали падать, финансовые организации и компании, имеющие ценные бумаги на основе ипотечного залога, понесли значительные потери капитала. У многих финансовых организаций не оказалось в наличии



Рисунок 2.1 Причины финансового кризиса в ЕС

Источник: авторы.

достаточных активов для того, чтобы справиться с такими значительными потерями, что привело к возникновению кризиса ликвидности и доверия, послужившего основной причиной возникновения данного финансового кризиса.

В качестве ответных мер правительства гарантировали сохранность банковских депозитов и поддержали компании финансового сектора, испытывающие затруднения, так как финансовые организации достигли статуса технического банкротства. В результате чего был отмечен рост уровня государственного долга. Поскольку гарантии для экономического роста отсутствовали, инвесторы поставили под сомнение способность отдельных государств к обслуживанию своих долгов. Кризис, начавшийся как финансовый, теперь приобретал черты кризиса государственного финансирования, а для некоторых стран – *кризиса государственного долга*.

До начала кризиса тенденции в уровне государственного долга и бюджетная ситуация в целом значительно различались в Европе. Такие страны, как Греция и Италия имели высокий уровень государственного долга по отношению к размерам экономики, в то время как начиная с 1970-х годов в Португалии аккумулировался значительный дефицит. И напротив, в 2003–2008 гг. в других странах – Ирландии, Исландии и Испании – был отмечен профицит. Тем не менее, эти страны также столкнулись с ростом уровня кредитной ставки в годы, последовавшие за началом кризиса, поскольку произошел резкий рост уровня государственного долга. Ирландия оказалась в трудной финансовой ситуации из-за масштаба государственных гарантий в отношении частных долгов. Разница между частными и государственными долгами в большинстве случаев перестала иметь значение. Любое ухудшение ситуации на финансовых рынках оказывало прямое негативное воздействие на государственное финансирование. В равной степени любая угроза способности государства обслуживать свои долги имела последствия для состоятельности финансовой системы.

Для стран, входящих в еврозону, переход с Евро на национальную валюту был сразу же исключен, поскольку такие меры привели бы к очень сильному экономическому и политическому потрясению. Единственным выходом из сложившейся ситуации для таких стран, как Греция, Ирландия, Португалия и (позже) для Кипра стало обращение за международной финансовой помощью, предоставляемой Международным валютным фондом (МВФ), Европейским центральным банком и Европейской комиссией (табл. 2.1). В рамках программ финансовой поддержки ЕС–МВФ согласованных с Тройкой (как стали именовать вышеперечисленные три организации) потребовалось проведение ‘жестких мер экономии’ (резкое сокращение государственных расходов по отношению к доходам) и ряда рыночных реформ. В соглашении с Грецией была предусмотрена явно выраженная приверженность государственных органов управления значительному сокращению государственных расходов на здравоохранение. Однако многие страны, не участвующие в программах финансовой поддержки Тройки, также использовали данный подход, зачастую в качестве ответных мер на проблемы, связанные с требованием соответствия дефицита и уровня долга бюджетным правилам ЕС. Более низкий уровень

Таблица 2.1 Список стран ЕС, получающих с момента начала настоящего кризиса международную финансовую помощь

<i>Страна</i>	<i>Годы</i>	<i>Вид помощи</i>	<i>Объем помощи (в млрд евро)</i>
Венгрия	2008–10	Многосторонняя финансовая помощь (ЕС, МВФ)	14,2
Латвия	2008–12	Многосторонняя финансовая помощь (ЕБРР, ЕС, МВФ, Всемирный банк, организации двустороннего сотрудничества)	4,5
Румыния	2009–15	Многосторонняя финансовая помощь (Европейский инвестиционный банк, ЕБРР, ЕС, МВФ, Всемирный банк, организации двустороннего сотрудничества)	20,0
Греция	2010–16	Программы финансовой поддержки ЕС–МВФ в целях адаптации макроэкономики	237,5
Ирландия	2010–13	Программы финансовой поддержки ЕС–МВФ в целях адаптации макроэкономики и реструктуризации банковского сектора	67,5
Португалия	2011–14	Программы финансовой поддержки ЕС–МВФ в целях адаптации макроэкономики и реструктуризации банковского сектора	78,0
Испания	2012–13	Европейский стабилизационный механизм для рекапитализации банковского сектора	41,3
Кипр	2013–16	Программы финансовой поддержки ЕС–МВФ в целях адаптации макроэкономики и реструктуризации банковского сектора	10,0

Источник: European Commission (2014).

Примечание: ЕБРР – Европейский банк реконструкции и развития.

государственных расходов в сочетании с более высоким уровнем налогов способствовал дальнейшему снижению потребительского спроса, который уже упал в силу ограничения кредитования, что привело к росту безработицы, снижению уровня жизни и негативному экономическому росту. К описываемому моменту кризис, начавшийся как финансовый, стал *экономическим кризисом*.

В условиях нынешнего кризиса развернулось широкомасштабное обсуждение по вопросу эффективности мер жесткой экономии в восстановлении бюджетного и экономического благополучия страны. Исследования последствий мер жесткой экономии для экономического роста недостаточно убедительны (Alesina and Ardagna 2010; Guajardo et al. 2011). Некоторые считают, что сокращения расходов, приведшие к снижению спроса в экономике, способствовали замедлению темпов роста. Например, во время пересмотра стратегии МВФ в отношении Греции было отмечено, что МВФ сделал излишне оптимистичные прогнозы в отношении того, как поведет себя спрос в условиях масштабных сокращений

государственных расходов (IMF 2013). Согласно данным МВФ, также было обнаружено, что более сильная плановая консолидация бюджета в Европе была связана с темпами экономического роста ниже ожидаемых, особенно на ранних стадиях кризиса (Blanchard and Leigh 2013). Согласно другому мнению, разногласие касается не столько общей стратегии, сколько степени воздействия, кроме того, истинный вопрос заключается в том, насколько быстро следует проводить меры по адаптации бюджета.

В результате такого базового анализа можно сделать три вывода. Во-первых, к кризису привели не только непродуманные меры бюджетной политики, но и несоответствующие меры экономической и регуляторной политики. Во-вторых, ответные меры политики имели большое значение как для разрешения проблем кризиса, так и для его усугубления. Например, к кризису государственного долга, скорее всего, привели гарантии правительства в отношении очень высоких уровней частного долга в качестве ответных мер на начавшийся финансовый кризис. Таким образом, в некоторых странах резкое сокращение государственных расходов в ответ на высокий уровень государственного долга и высокую кредитную ставку содействовало возникновению экономического кризиса. Это становится особенно очевидным в случае безработицы, как будет продемонстрировано в следующем разделе. В-третьих, степень воздействия кризиса на страны в его различных формах значительно варьировала в Европе. В отдельных странах последствия кризиса практически не ощущались. В других были отмечены далеко идущие последствия, которые, скорее всего, будут ощутимы на протяжении многих лет. В следующих разделах мы постараемся, где возможно, разграничивать страны на основе природы и масштаба кризиса, несмотря на то, что данный подход не всегда можно применить без ограничений (Keegan et al. 2013).

2.2 Последствия для финансовой безопасности домашних хозяйств

Нынешний кризис оказал серьезное воздействие на домашние хозяйства в европейских странах. В результате обвала цен на недвижимость, роста задолженности, потери трудоустройства и снижения уровня доходов многие домашние хозяйства столкнулись с растущим финансовым давлением и незащищенностью. В некоторых случаях снижение уровня доходов является результатом или сопровождается сокращениями государственных расходов, особенно на социальные нужды.

Высокий уровень частного долга

Во многих странах наличие высокого уровня частного долга до начала кризиса способствовало не только возникновению самого кризиса, но и повышению уязвимости домашних хозяйств к экономическим потрясениям (OECD 2012). В 2007 г. среди государств-членов ОЭСР долг частного сектора как доля ВВП достиг самого высокого уровня в Португалии (295%), Испании (286%) и Ирландии (285%) (OECD 2013), а задолженность по

ипотечному кредиту составила 80% данного долга в странах ЕС, имеющих самый высокий уровень долга (European Parliament 2010). В итоге обвал рынка недвижимости привел к значительным потерям для домашних хозяйств по мере обесценивания недвижимости. Кроме того, усугубление данной ситуации произошло в результате того, что по мере снижения доходов домашних хозяйств наблюдался рост их неспособности выплачивать ипотечные взносы.

Рост безработицы

Практически во всех странах отмечался рост уровня безработицы по мере снижения спроса на товары и услуги и ограничения кредитования, в результате чего у многих бизнесов возникли проблемы заимствования средств для финансирования своих ежедневных операционных нужд. В странах ЕС уровень общей безработицы вырос с 7% в 2008 г. до 10,2% в 2014 г., достигнув в 2013 г. своего пика в 10,9% (Eurostat 2015). Наибольший рост данного показателя отмечался в Греции и Испании, где в 2012 г. он составил порядка 25% при дальнейшем росте в 2013 г. до 27,5% и последующим незначительным снижением до 26,5% в 2015 г. (рис. 2.2). В 2012–2013 гг. уровень безработицы вырос в 18 из 28 стран ЕС, включая Грецию и Испанию, однако, впервые с 2005 г. снижение данного показателя было зафиксировано в Ирландии. В 2014 г. рост уровня безработицы наблюдался только в 6 из 28 стран ЕС, а его незначительное снижение было отмечено в Греции и Испании. В странах Балтии (Латвии, Литве и Эстонии) уровень безработицы достиг своего пика в 2010 г., и с тех пор наблюдалось его снижение. Во многих странах ОЭСР, особенно в Ирландии, Исландии и Испании, также наблюдалось значительное повышение уровня длительной безработицы (OECD 2014).

Особенно сильно от безработицы пострадала молодежь. В странах ЕС уровень безработицы среди населения в возрасте младше 25 лет вырос с 15,8% в 2008 г. до 23,4% в 2013 г. В 2013 г. данный показатель превысил 35% в Италии, Кипре и Португалии, и достиг еще более высокого уровня в таких странах, как Хорватия (50%), Испания (55%) и Греция (58%) (Eurostat 2014).

Структура занятости также подверглась изменениям. В 2008 г. в европейских странах ОЭСР на долю занятости на неполный рабочий день пришлось 16% от общей занятости при его дальнейшем росте до 17% в 2011 г. Однако за этим незначительным ростом скрывается существенное различие показателя по странам (OECD 2013). В Ирландии доля занятости на неполный рабочий день увеличилась с 20,8% от общей занятости в 2008 г. до 25,7% от общей занятости в 2011 г. В большинстве случаев занятость на неполный рабочий день является вынужденной: люди работают меньше 30 часов в неделю, потому что не могут устроиться на работу на полный рабочий день. Согласно данным ОЭСР, в 2011 г. самый высокий уровень вынужденно работающих на неполный рабочий день (более 70%) был отмечен в Испании, Италии, Люксембурге, Португалии, Франции и Чешской Республике.

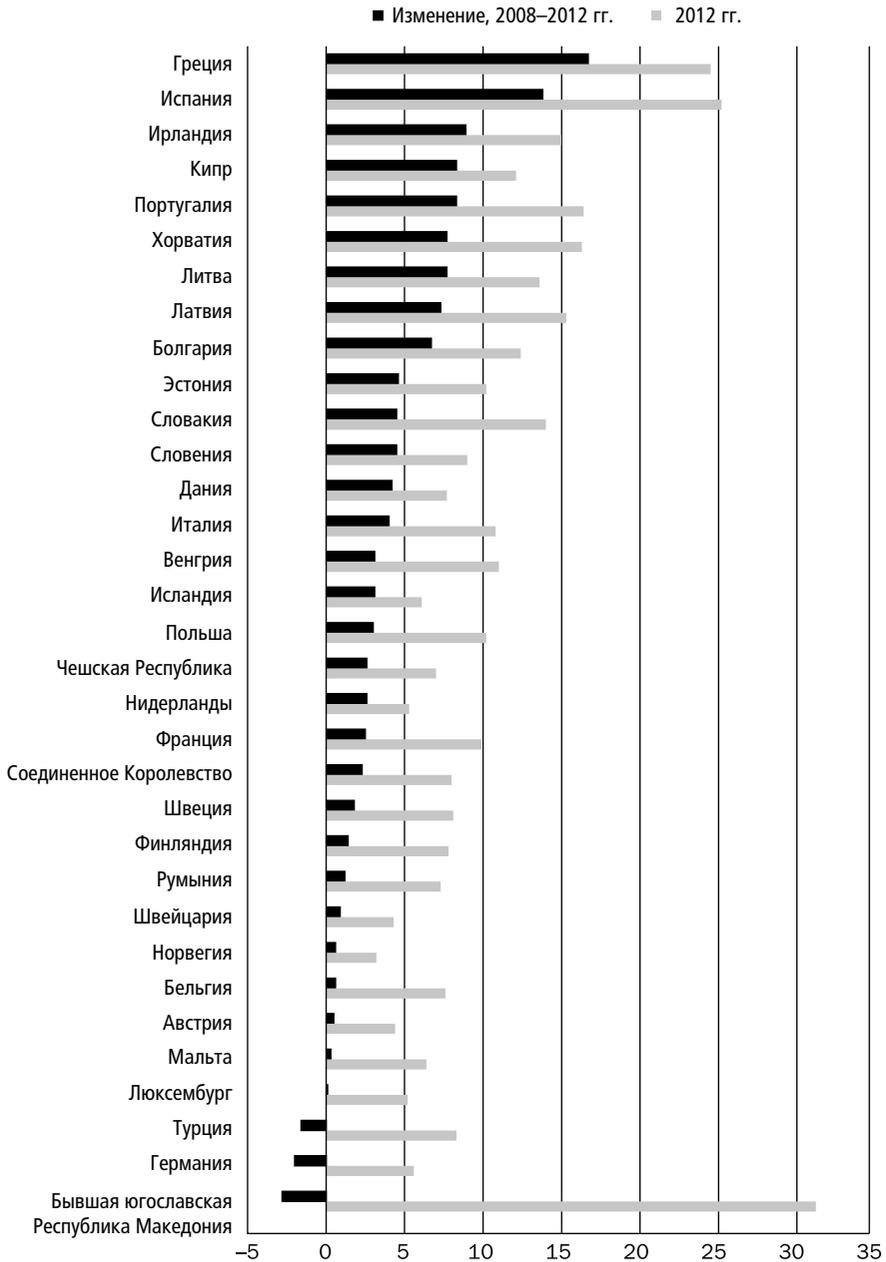


Рисунок 2.2 Уровень безработицы (%) среди населения в возрасте 15–64 лет, 2008–2012 гг., отдельные европейские страны

Источник: Eurostat (2014).

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

Снижение доходов

Кризис оказал воздействие на уровень доходов и покупательную способность тех категорий населения, которые оказались безработными или испытали сокращения заработных плат или пенсий, а также тех, кто пострадал от снижения цен на недвижимость. В странах ЕС–27 были отмечены замедления темпов реального роста наличного дохода и уровня потребления домашних хозяйств после начала кризиса (Eurostat 2014).

Во многих странах наиболее беднейшие группы населения испытали значительное сокращение уровня доходов домашних хозяйств. Согласно данным 'Опросного обследования доходов и условий жизни населения в странах ЕС' (EU-SILC), в 2009–2011 гг. отмечалось резкое снижение доходов населения наиболее беднейшего квартиля в таких странах, как Болгария, Греция, Исландия, Испания, Латвия, Литва, Португалия, Румыния, Хорватия и Эстония, при этом в ряде стран это снижение было весьма значительным (Eurostat 2014).

Имеющиеся количественные данные указывают на аналогичные тенденции для населения, входящего в группу риска по показателю бедности. В 2007–2012 гг. доля бедного квартиля населения, подверженного риску бедности и социальной маргинализации, снизилась в почти половине стран ЕС, однако, в среднем выросла в странах ЕС и особенно резко возросла в Греции, Ирландии, Испании, Италии, Литве, Мальте и Соединенном Королевстве (Eurostat 2014).

В странах ОЭСР неравенство в уровне доходов выросло больше в период с момента начала кризиса и до конца 2010 г., чем в предшествующие ему 12 лет, несмотря на смягчающее воздействие государственного финансирования на доходы домашних хозяйств посредством налогов и трансфертов (льгот) (Rawdanowicz et al. 2013). Благодаря системам налоговых льгот, укрепленным мерами бюджетного стимулирования, удалось добиться нейтрализации негативного воздействия и подверженности домашних хозяйств определенным лишениям. Однако как только меры стимулирования были заменены мерами жесткой экономии средств, стал более очевиден основополагающий рост неравенства в уровне доходов (Rawdanowicz et al. 2013).

2.3 Последствия для государственных ресурсов

В данном разделе мы представим обзор отдельных моделей воздействия кризиса на государственные ресурсы. Причины возникновения бюджетных проблем различались по странам, но наиболее распространенными были снижение темпов роста ВВП, рост дефицита и долга, а также более высокая кредитная ставка. Растущий спрос на государственные ресурсы (например, гарантия сохранности банковских депозитов и выплата льгот населению, столкнувшемуся с безработицей и снижением доходов) зачастую сопровождался более низким уровнем налоговых поступлений, являющихся результатом более слабого рынка занятости и снижения корпоративной прибыли, что способствовало усугублению бюджетных проблем для органов государственного управления.

Снижение темпов роста ВВП

На рисунке 2.3 показаны изменения уровня ВВП по странам Европейского региона. В целом наибольшее негативное воздействие на ВВП было отмечено в 2009 г., когда уровень ВВП на душу населения по паритету покупательной способности (ППС) снизился на 3,3% (WHO 2013). Однако не во всех странах наблюдалось снижение темпов роста ВВП (рис. 2.3.1). В ряде стран снижение данного показателя было отмечено только в одном году (преимущественно в 2009 г.) (рис. 2.3.2); в других – по меньшей мере, два года в период 2008–2012 гг.; а такие страны, как Кипр и Греция испытали три и четыре года, соответственно (рис. 2.3.3).

Среди стран ЕС темпы роста реального ВВП замедлились в среднем на 0,3% в 2012 г., затем незначительно выросли в 2013 г., и предположительно выросли на 1,6% к 2014 г. (Eurostat 2014). Однако в большинстве стран, в которых наблюдалось снижение темпов роста ВВП на протяжении двух или более лет в период 2008–2012 гг. (рис. 2.3.1), произошло дальнейшее снижение данного показателя еще на один год в 2013 г. (Греция, Испания, Италия, Кипр, Португалия, Словения, Хорватия, Чешская Республика) (Eurostat 2014).

В 2009 г. масштаб экономического спада значительно варьировал по странам. Наибольшее замедление темпов роста, превышающее порядка 10%, наблюдалось в Армении, Норвегии, Украине и трех странах Балтии, хотя во многих из этих стран был отмечен значительный рост, составивший в 2000–2008 гг. 5% и более. На рисунке 2.4 представлено различие в отношении сроков и масштабов снижения темпов роста ВВП в период 2009–2011 гг. В некоторых странах Восточной Европы, а также в странах Балтии, наблюдались очень резкие сокращения темпов роста реального ВВП в 2009 г. (о чем свидетельствуют области светлого цвета на рис. 2.4), однако к 2011 г. в этих странах стало наблюдаться восстановление относительно высоких темпов роста ВВП (о чем свидетельствуют области темного цвета на рис. 2.4). В других странах, особенно в Западной и Южной Европе, по-прежнему отмечался длительный негативный рост или медленные темпы роста в период 2008–2011 г. и после (о чем свидетельствует постоянное наличие областей светлого цвета, при этом в 2011 г. эти области были светлее по сравнению с 2009 г.).

Рост государственного дефицита

Согласно договору о Европейском союзе (Маастрихт, 1992 г), в странах ЕС и еврозоны уровень государственного дефицита не должен превышать 3% ВВП, а государственного долга – 60% ВВП. На рисунке 2.5 показано, что уровень государственного дефицита значительно вырос как в странах, которые имели структурный дефицит до начала кризиса (например, Греция и Португалия), так и в странах, в которых несколько лет наблюдался профицит (Ирландия, Исландия и Испания). Действия правительства по спасению компаний финансового сектора были основным источником роста дефицита как в этих странах, так и на Кипре и в Соединенном

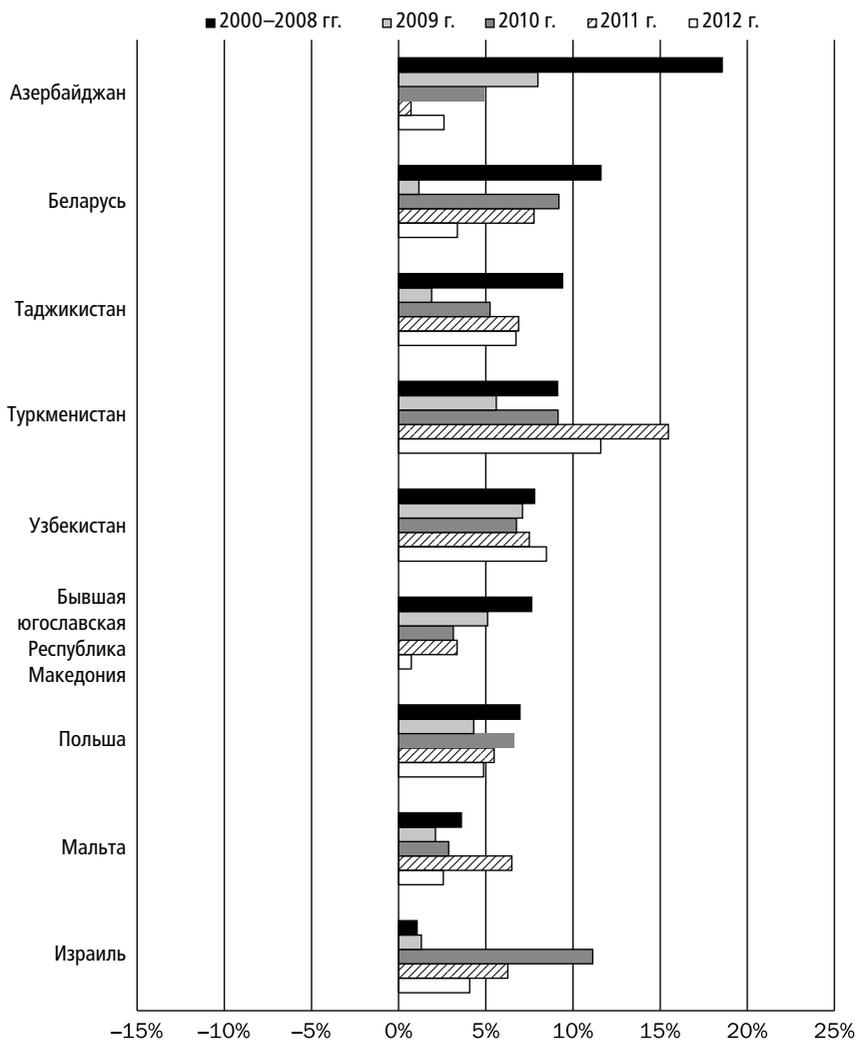


Рисунок 2.3.1 Рост реального ВВП на душу населения (ППС национальной денежной единицы за долл. США): среднегодовой рост периода 2000–2008 гг. в сравнении с ростом 2009 г., 2010 г., 2011 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ. Страны, в которых не был отмечен негативный рост ВВП с 2008 г.

Источник: WHO (2014).

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

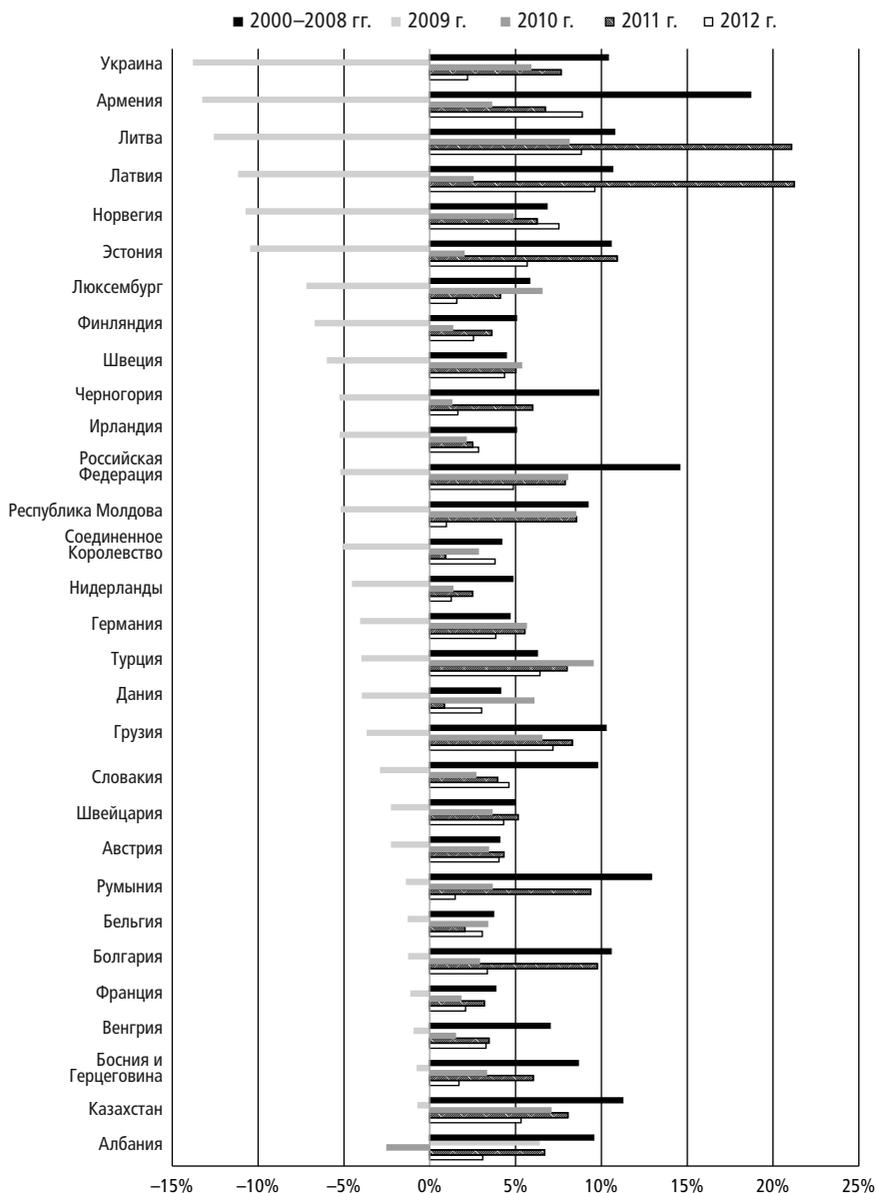


Рисунок 2.3.2 Рост реального ВВП на душу населения (ППС национальной денежной единицы за долл. США): среднегодовой рост периода 2000–2008 гг. в сравнении с ростом 2009 г., 2010 г., 2011 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ

Страны, в которых был отмечен только один год негативного роста ВВП с 2008 г.

Источник: WHO (2014).

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

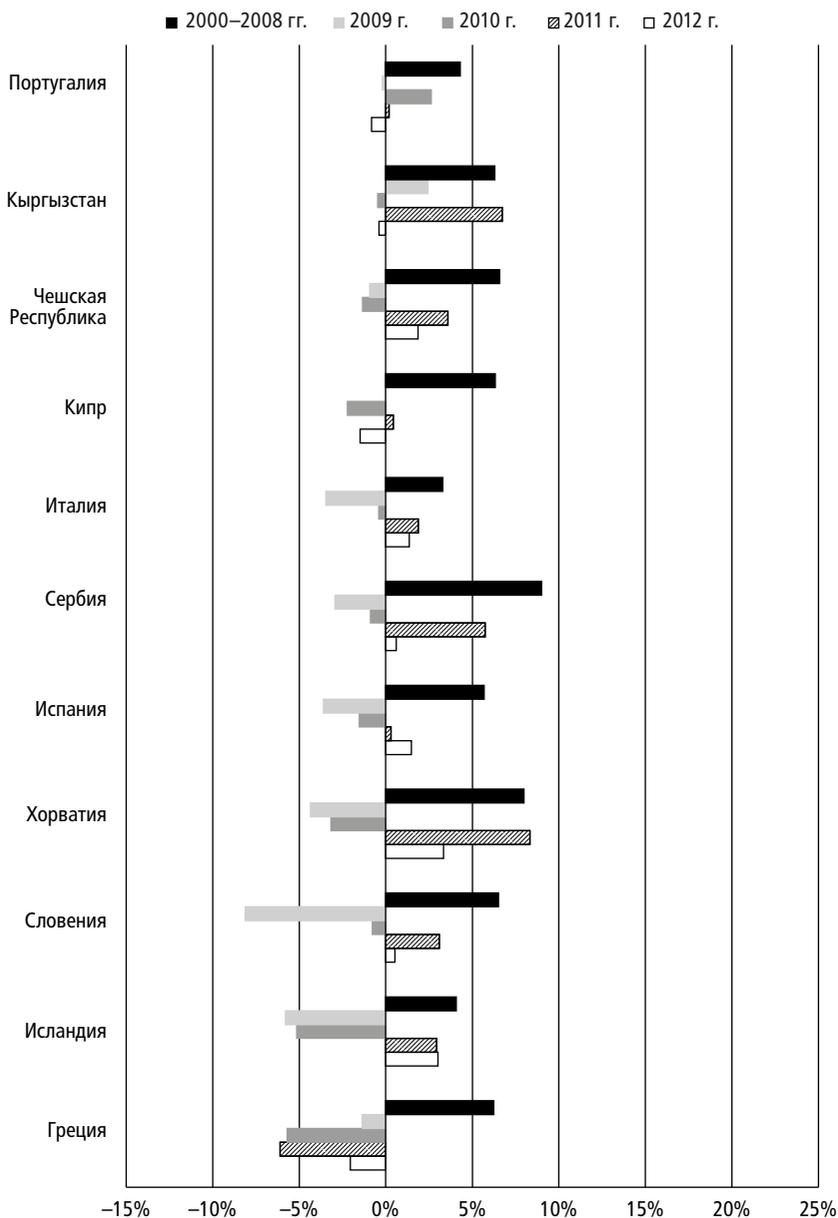


Рисунок 2.3.3 Рост реального ВВП на душу населения (ППС национальной денежной единицы за долл. США): среднегодовой рост периода 2000–2008 гг. в сравнении с ростом 2009 г., 2010 г., 2011 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ. Страны, в которых было отмечено два года или более негативного роста ВВП с 2008 г.

Источник: WHO (2014).

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

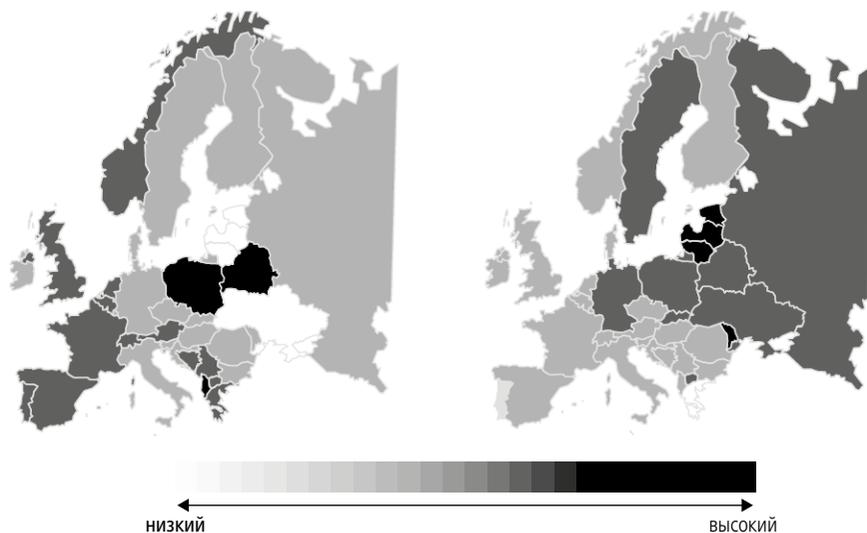


Рисунок 2.4 Рост реального ВВП на душу населения в 2009 г. (слева) и в 2011 г. (справа), отдельные европейские страны

Источник: авторы на основе WHO (2013).

Примечание: темным цветом выделены области с более высоким уровнем роста реального ВВП; уровень расходов адаптирован на основе дефлятора ВВП на момент 2000 г.

Королевстве, где значительная часть частного долга была переведена в государственный долг и перешла в сферу ответственности органов государственного управления. Например, к 2010 г. уровень частного долга достиг почти 400% от ВВП в Ирландии, а стоимость мер по спасению банковского сектора составила порядка 40% от ВВП в том же году. Во время кризиса на рост дефицита значительно меньшее воздействие оказали меры государственного финансирования, направленные на стимулирование экономики, и меры государственного финансирования по поддержанию механизмов социальной защиты, равно как и более низкий уровень налоговых поступлений.

Более высокий уровень государственного долга

До начала кризиса большинство стран ЕС были близки к выполнению условий договора о Европейском союзе (Маастрихт, 1992 г), за исключением Греции и Италии. Однако по мере развития кризиса такие страны, как Ирландия, Исландия, Испания и Соединенное Королевство, которые ранее имели относительно низкие уровни государственного долга, испытали быстрый и значительный рост данного показателя преимущественно по причине действий правительства по спасению компаний финансового сектора (рис. 2.6).

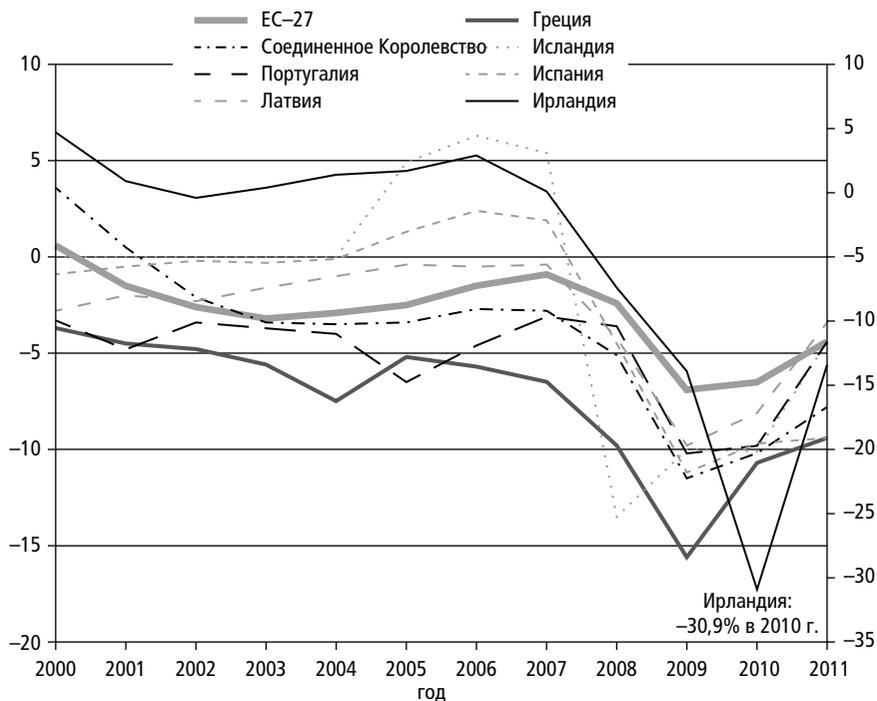


Рисунок 2.5 Годовой государственный дефицит или профицит как доля (%) ВВП, 2000–2011 гг., среднее значение по странам ЕС-27, отдельные европейские страны с наибольшим дефицитом в 2010 г.

Источник: Eurostat (2014).

Примечание: масштаб данных по Ирландии был изменен в силу очень высокого уровня дефицита (-30,9% в 2010 г.)

Рост кредитной ставки

Во многих странах был отмечен рост кредитной ставки, обусловленный высоким уровнем государственного долга, большей неуверенностью в способности страны обслужить свой долг и сложности в оценке кредитования. На рисунке 2.7 показано, что после начала кризиса в отдельных странах наблюдался резкий рост долгосрочных процентных ставок по государственным облигациям сроком на 10 лет (ЕСВ 2014), особенно в Греции, Ирландии, Латвии и Португалии (Венгрии и Румынии в середине 2009 г.), таким образом, сильно затрудняя, если вообще не лишая, данные страны возможности заимствования денежных средств на доступных условиях. В 2013–2014 гг. долгосрочные процентные ставки были высокими (порядка 4%) в таких странах, как Венгрия, Греция, Испания, Кипр, Польша, Португалия, Румыния, Словения и Хорватия (ЕСВ 2014).

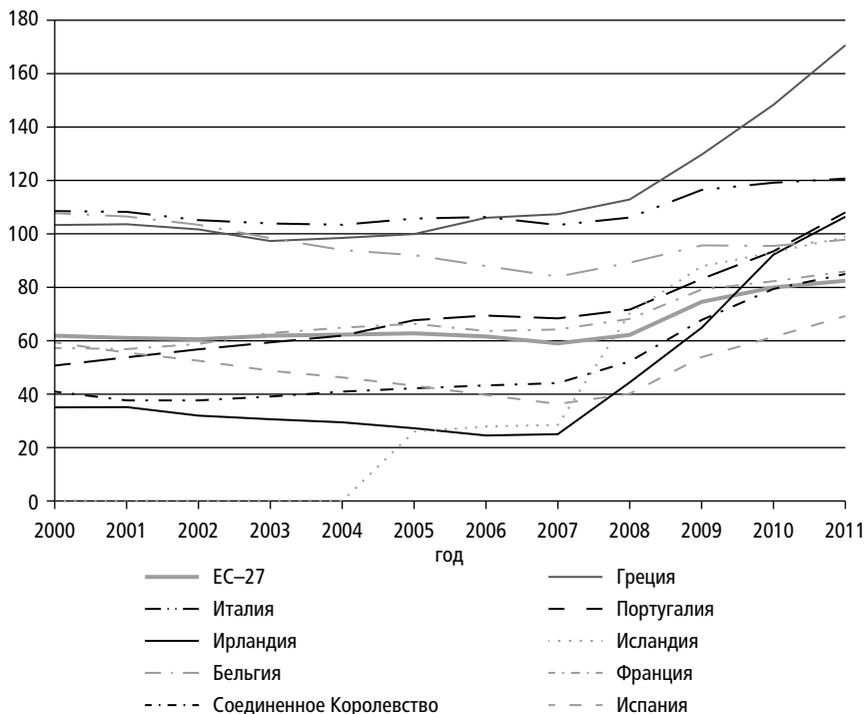


Рисунок 2.6 Государственный долг как доля (%) ВВП, 2000–2011 гг., среднее значение по ЕС–27, отдельные европейские страны

Источник: Eurostat (2014).

Изменения показателя государственных расходов как доли ВВП

В 2008 г. в странах ЕС доля государственного бюджета в среднем составила 47% от ВВП, достигнув немногим более 49% в 2013 г. (рис. 2.8) (Eurostat 2014). В 2008–2013 гг. темпы роста реального ВВП на душу населения замедлились в ряде стран ЕС, однако, показатель государственных расходов как доли ВВП вырос в большинстве стран, указывая на то, что уровень общих государственных расходов изначально не следовал за снижением темпов экономического роста. Зачастую органы государственного управления преднамеренно поддерживали на том же уровне или даже повышали государственные расходы по мере снижения темпов роста ВВП, таким образом, следуя контрциклической модели финансирования в целях поддержания спроса в экономике и обеспечения защиты домашних хозяйств посредством различных льгот, включая пособие по безработице, льготные услуги здравоохранения и другие.

Поскольку в 2009 г. в большинстве стран уровень ВВП упал, анализ государственных расходов по отношению к уровню ВВП не указывает на основные изменения уровня расходования средств даже в тех случаях,

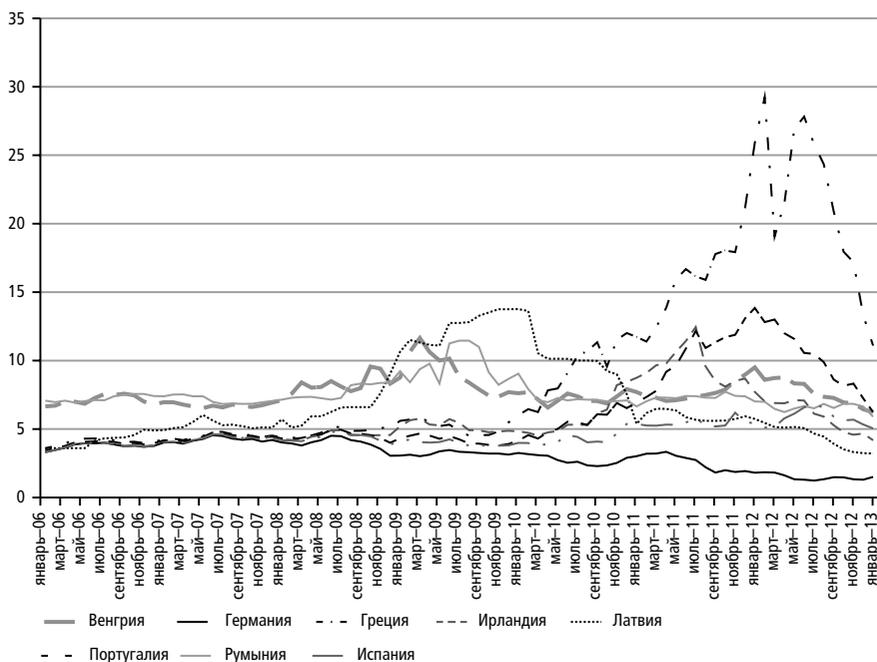


Рисунок 2.7 Долгосрочные процентные ставки на государственные облигации сроком на 10 лет, 2006–2013 гг., отдельные европейские страны

Источник: ЕСВ (2014).

когда государственное финансирование оставалось в приоритете. В 2008–2013 гг. среди стран ЕС и Исландии, Норвегии и Швейцарии уровень государственного финансирования на душу населения резко упал в таких странах, как Венгрия, Греция, Ирландия, Исландия, Кипр, Румыния, Соединенное Королевство и Чешская Республика (рис. 2.9) (Eurostat 2014). Другими словами, в данных странах была применена *проциклическая* модель финансирования, при которой снижение уровня государственных расходов происходило по мере замедления темпов экономического роста.

Изменения в распределении государственных расходов

Со временем структура расходования средств органами государственного управления изменилась. На рисунке 2.10 указаны страны, по которым имеются данные (ЕС, Исландия, Норвегия и Швейцария). Например, в Ирландии в 2007–2010 гг. доля государственного бюджета на сектор экономики выросла на 25,9 процентных пунктов благодаря действиям правительства по спасению компаний финансового сектора (Eurostat 2014). В целях компенсации было проведено сокращение государственных расходов во всех остальных секторах, включая здравоохранение, образование и социальную защиту.

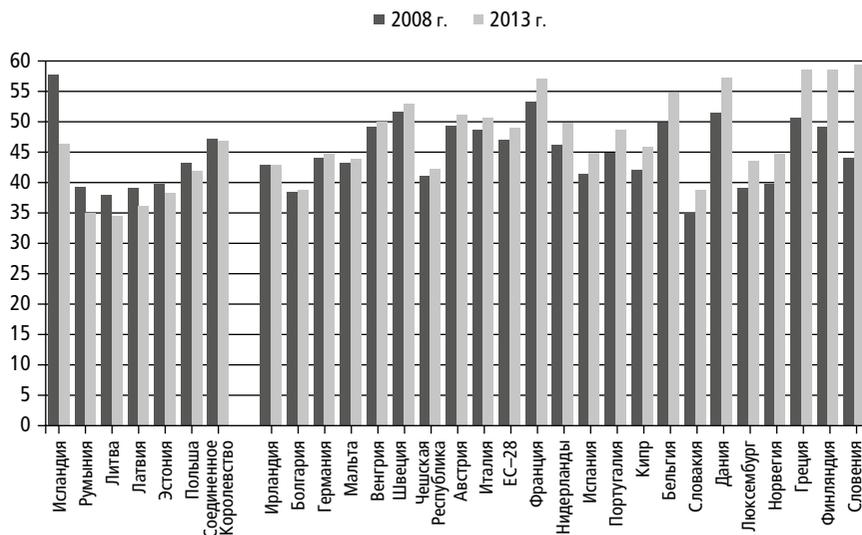


Рисунок 2.8 Государственные расходы как доля (%) ВВП, 2008 г. и 2013 г., ЕС-28, Исландия, Норвегия и Швейцария

Источник: Eurostat (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке нарастания по объему изменений общих государственных расходов как доли ВВП.

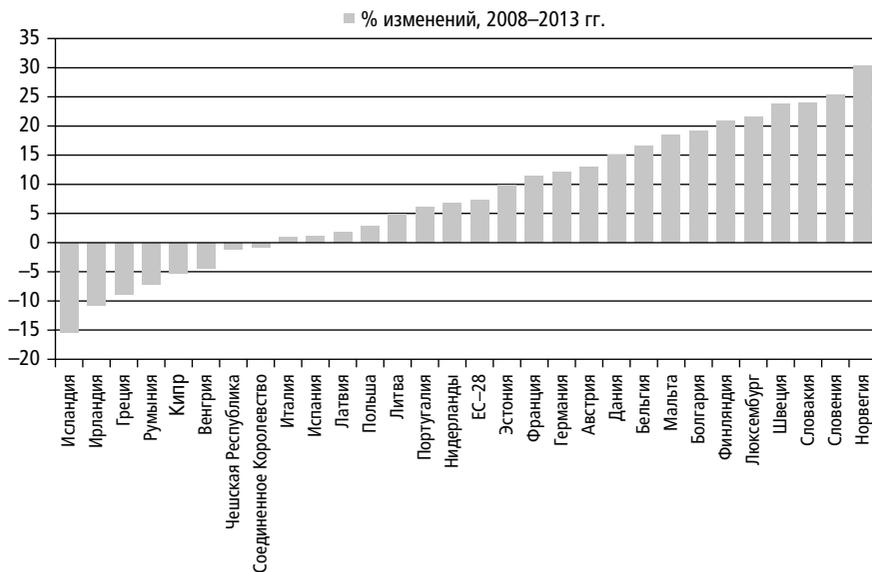


Рисунок 2.9 Рост государственных расходов на душу населения (в евро), 2008–2013 гг., ЕС-28, Исландия, Норвегия и Швейцария

Источник: Eurostat (2014).

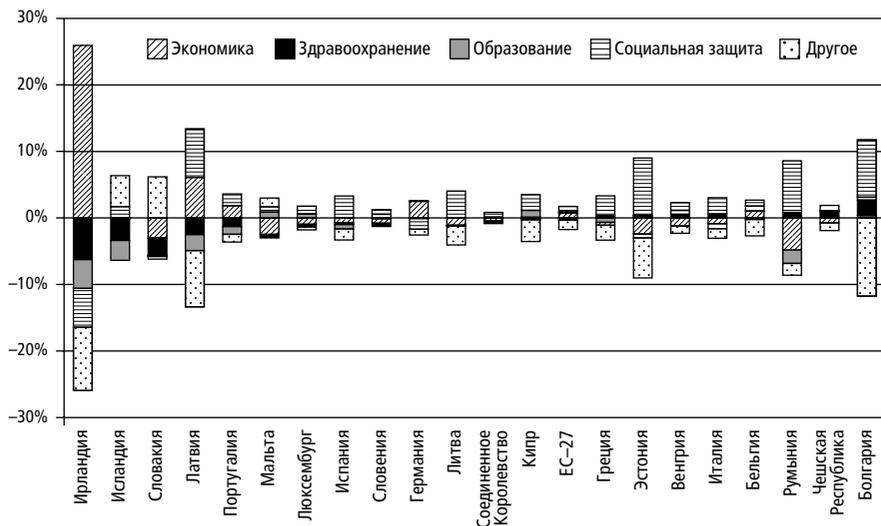


Рисунок 2.10 Изменение доли (%) государственного бюджета по секторам, 2007–2010 гг., отдельные европейские страны

Источник: Eurostat (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке убывания по объему перераспределения средств из сектора здравоохранения. «Другое» включает общие государственные услуги, оборону, общественный порядок и безопасность, защиту окружающей среды, доступное жилье и инфраструктуру на уровне сообществ, а также туризм, культуру и религию.

В 2007–2010 гг. наибольшие объемы перераспределения государственных расходов имели место в Болгарии, Ирландии, Исландии, Латвии, Румынии, Словакии и Эстонии (5 и более процентных пунктов). Однако в среднем по странам ЕС-27 данный показатель достиг всего лишь 1,8 процентных пункта, таким образом, свидетельствуя в целом о достаточно незначительном перераспределении средств.

2.4 Последствия для государственных расходов на здравоохранение

Согласно исследованиям, тенденции в расходах на здравоохранение часто отражают более широкие экономические тенденции. Исторически так сложилось, что темпы роста государственных расходов на здравоохранение были медленнее обычных в год, последующий за тяжелым экономическим потрясением (Cylus et al. 2012), при этом временные спады для ВВП обычно оказывали воздействие на финансирование сектора здравоохранения с запозданием по времени от одного года до пяти лет в зависимости от структуры системы здравоохранения (Devaux and Scherer 2010). Тем не менее, государственные расходы на здравоохранение в прошлом, как

правило, следовали контрциклической модели в странах с высоким уровнем дохода, продолжая расти по мере снижения темпов развития экономики (Velényi and Smitz 2014). В данном разделе основное внимание уделяется таким аспектам государственного финансирования сектора здравоохранения, как уровень роста на душу населения, доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах (преимущественно отражая приоритет или приверженность вопросам здравоохранения при обосновании решений по распределению государственных ресурсов) и доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение. В пятой главе представлено обсуждение изменений в государственных расходах в зависимости от различных областей системы здравоохранения (администрирование, общественное здравоохранение, амбулаторная помощь, стационарная помощь, медикаментозная помощь).

Темпы роста на душу населения

В 2007–2012 гг. темпы роста государственных расходов на здравоохранение на душу населения снизились в ряде стран и были ниже в 2012 г. по сравнению с уровнем 2007 г. в Греции, Ирландии, Латвии, Португалии, Хорватии (рис. 2.11). В 2010 г. данный показатель, измеряемый в национальной денежной единице по ППС, снизился в 20 странах. В 2009 г. страны, в которых наблюдалось наибольшее замедление темпов роста государственных расходов на здравоохранение на душу населения, не обязательно отличались наибольшим замедлением темпов роста реального ВВП на душу населения, однако, между двумя показателями отмечена положительная корреляция (0,18), указывающая на то, что темпы роста расходов на здравоохранение и отставание темпов роста реального ВВП, скорее всего, развиваются в одном направлении.

Анализ тенденций в расходах на здравоохранение осложняется тем, что представляется трудным определить тот момент, когда замедления темпов роста происходят по причине кризиса и становятся проблемой. Имеется множество причин, по которым темпы роста расходов на здравоохранение могут замедлиться. Для того чтобы определить является ли снижение темпов роста необычным, мы отобрали страны, в которых модели роста государственных расходов на здравоохранение на душу населения отличались от исторически сложившихся моделей на более чем два стандартных отклонения (табл. 2.2). 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.

Согласно данному анализу, в отдельных странах были отмечены значительные изменения уровня государственных расходов на здравоохранение в начале кризиса, что соответствует указанному в рамках исследования отставанию по времени в проведении ответных мер системы здравоохранения (Devaux and Scherer 2010; Cylus et al. 2012). Кроме того,

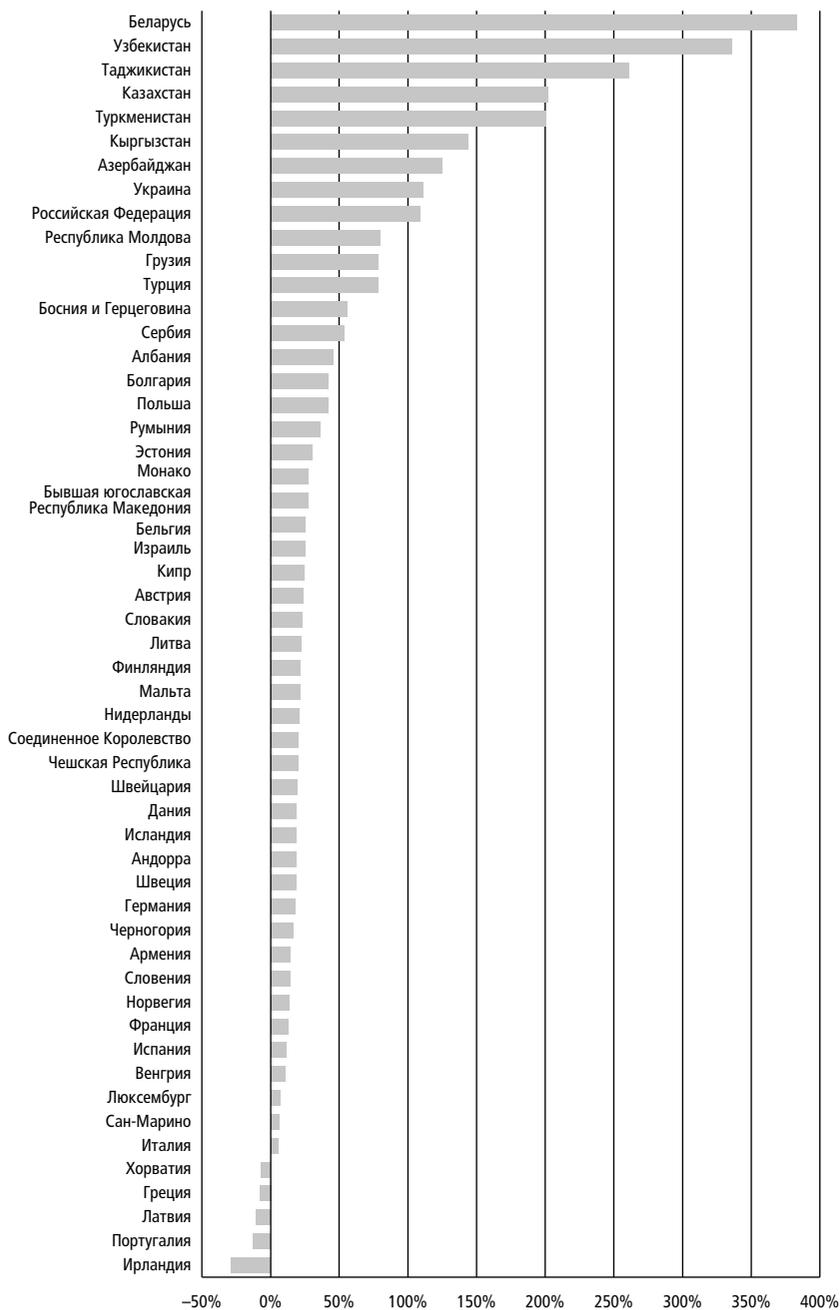


Рисунок 2.11 Изменение (%) государственных расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), 2007–2012 гг., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Таблица 2.2 Страны, в которых темпы роста государственных расходов на здравоохранение на душу населения снизились по сравнению с ранее зафиксированными данными (в национальной денежной единице), 2009–2012 гг., Европейский Регион ВОЗ

2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
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: подсчеты авторов 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.

некоторые страны на ранних стадиях кризиса, возможно, обеспечили защиту от снижения темпов роста государственных расходов на здравоохранение либо целенаправленно, либо благодаря автоматическим стабилизаторам сектора здравоохранения (более подробно обсуждение данного вопроса представлено в третьей главе). Однако согласно данным, представленным в таблице 2.2, в ряде стран наблюдались устойчивые сокращения государственных расходов на здравоохранение (особенно в Греции, Ирландии, Испании, Италии, Португалии, Словении и Соединенном Королевстве).

Приоритет или приверженность вопросам здравоохранения: доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах

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 государственных расходах (отчасти являясь отражением *приоритета* сектора здравоохранения при обосновании решений по распределению государственного финансирования) в определенный момент сократилась в 44 из 53 стран (WHO 2014), таким образом, повернув вспять тенденцию предшествующего десятилетия. Данный показатель был ниже в 2011 г. в сравнении с 2007 г. в 24 странах (рис. 2.12), а с интервалом более чем на два процентных пункта в Армении, Ирландии, Исландии, Латвии, Люксембурге и Хорватии (рис. 2.13).

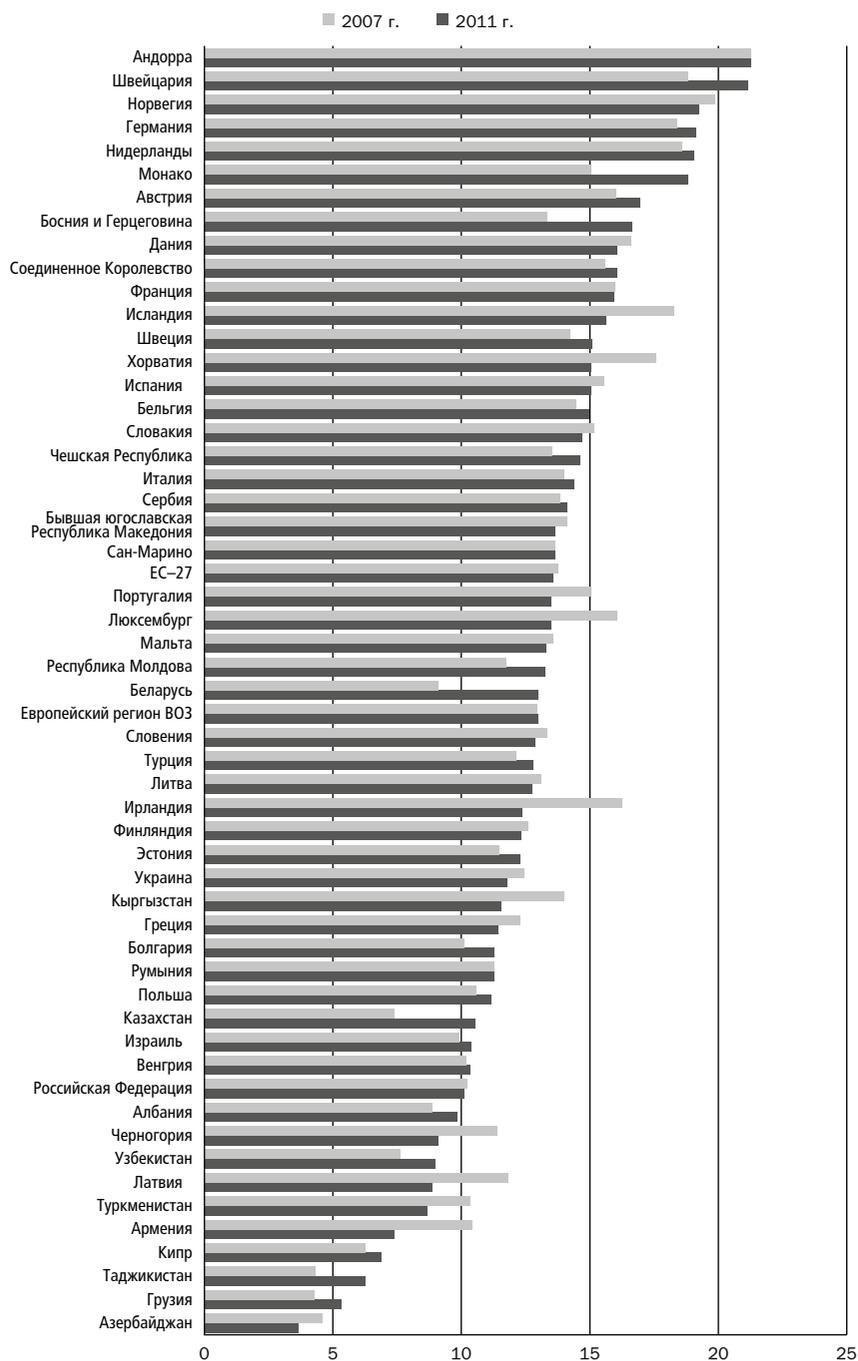


Рисунок 2.12 Приоритет или приверженность вопросам здравоохранения: доля (%) государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, 2007 г. и 2011 г., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке убывания по доле расходов на здравоохранение в общих государственных расходах в 2011 г.

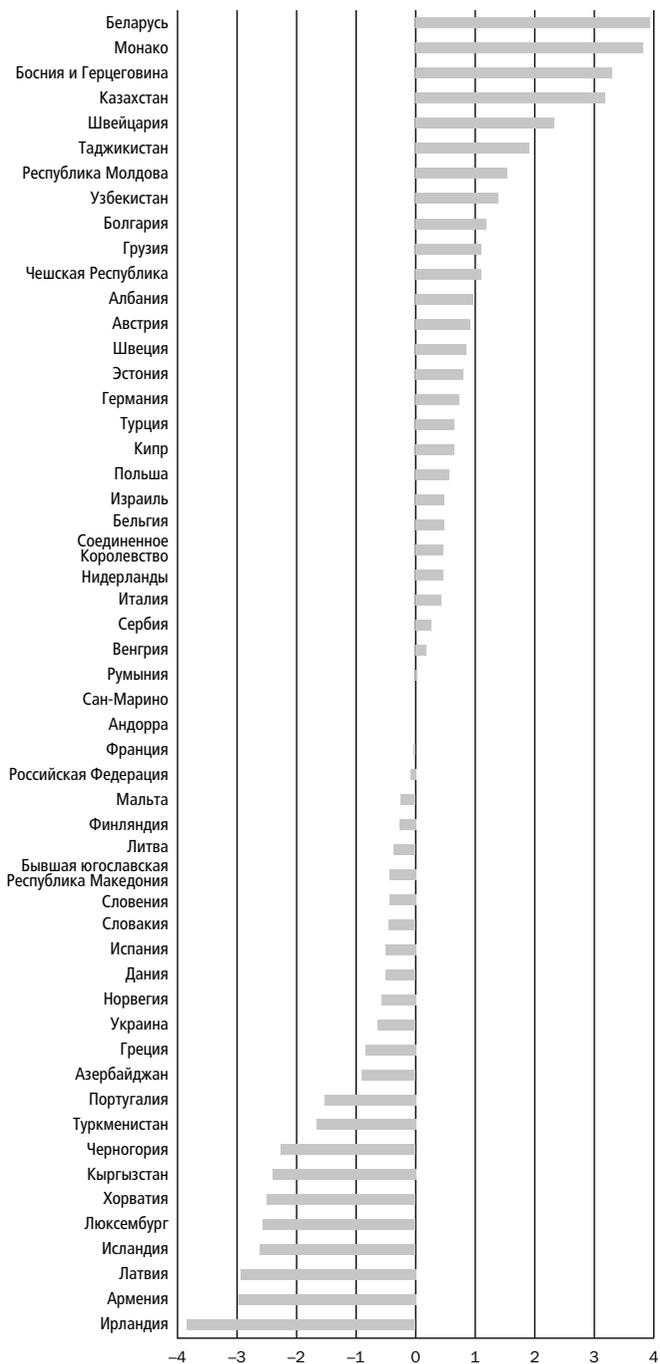


Рисунок 2.13 Изменения (в процентных пунктах) доли государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, 2007–2011 гг., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке нарастания по объему роста доли расходов на здравоохранение в общих государственных расходах в 2007–2011 гг.

Это свидетельствует о том, что после начала кризиса во многих странах Европейского региона ВОЗ было отмечено сокращение государственных расходов на здравоохранение темпами, превышающими любые сокращения государственных расходов как доли ВВП. Эти урезания в основном пришлось на страны, наиболее серьезно пострадавшие от кризиса, за исключением Азербайджана, Дании и Норвегии. И наоборот, доля расходов на здравоохранение в государственных расходах выросла в таких затронутых кризисом странах, как Италия, Кипр, Чешская Республика и Эстония.

Доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение

В большинстве европейских стран основу общих расходов на здравоохранение составляют государственные расходы. В 2007–2012 гг. доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение уменьшилась в 24 из 53 стран (рис. 2.14). Самое большое снижение данного показателя наблюдалось в Ирландии, где он достиг уровня ниже среднего по ЕС.

Изменения в уровне государственных расходов на здравоохранение и масштаб кризиса

Изменения в государственных расходах на здравоохранение не всегда соответствовали масштабу кризиса. Как показано на рисунке 2.15, 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. Аналогичная ситуация наблюдалась в отношении изменений доли расходов на здравоохранение в государственных расходах.

2.5 Последствия для частных расходов на здравоохранение

Структура частных расходов на здравоохранение может меняться в ответ на экономическое потрясение, поскольку домашние хозяйства вынуждены компенсировать изменения в уровне дохода или в уровне государственного финансирования системы здравоохранения, включая сокращения налоговых субсидий на частные расходы на здравоохранение, например отмену налоговых вычетов в связи с расходами на ДМС. В условиях снижения уровня дохода домашних хозяйств и большей финансовой незащищенности мы не стали бы ожидать значительного роста спроса на ДМС, за исключением более состоятельных домашних хозяйств, в тех случаях, когда время ожидания услуг здравоохранения представляет проблему (дальнейшее обсуждение роли ДМС представлено в главе 4).

Предполагаемые последствия для уровня личных платежей граждан менее очевидны. Уровень личных платежей граждан может повыситься в тех странах, в которых отмечалось сокращение объема государственного финансирования, перераспределение расходов на домашние хозяйства или рост потребности в услугах здравоохранения. В 1972–2009 гг. доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение выросла в двух третях европейских стран сразу после экономического потрясения. Например, в последующий за кризисом год рост доли личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение составил порядка 1% и был связан со снижением уровня государственных расходов на здравоохранение на душу населения на 1,5–3,4% (Cylus et al. 2012). Однако по мере снижения дохода домашних хозяйств население может перейти на использование государственных услуг здравоохранения или реже обращаться за медицинской помощью (особенно малоимущие группы), в результате чего отмечается снижение уровня личных платежей граждан на услуги здравоохранения (Di Matteo 2003).

На рисунке 2.16 показано, что в 2009–2010 гг. уровень частных расходов на здравоохранение на душу населения вырос в 37 из 53 стран Европейского региона ВОЗ. Однако в большинстве стран (27) уровень государственного финансирования также вырос. Повышение уровня частных расходов было больше только сокращений государственных расходов в таких странах, как бывшая югославская Республика Македония, Ирландия, Республика Молдова, Российская Федерация и Словакия, т.е. в странах, которые весьма незначительно пострадали от кризиса (за исключением Ирландии).

В 2010 г. уровень частных расходов понизился в 16 из 53 стран (рис. 2.16), а в 2011 г. – в трех странах. Начиная с 2007 г. большая часть сокращений расходов на здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ была обусловлена снижением уровня государственных расходов на душу населения. Объемы сокращений частных расходов были значительно меньше по сравнению с сокращениями государственных расходов как по числу стран, так и по объему в абсолютном выражении. Например, в 2010 г. сокращение частных расходов в среднем составило 23 долл. США (по ППС), а для государственных расходов – 67 долл. США (по ППС). В 2009–2010 гг. уровень частных расходов на здравоохранение на душу населения снизился в половине стран, которые также испытали снижение уровня государственных расходов на здравоохранение на душу населения. В Греции в 2010 г. уровень частных расходов снизился на 200 долл. США (по ППС) и в 2011 г. еще на 372 долл. США (по ППС), что значительно ниже данного показателя в любой другой стране Европейского региона ВОЗ.

Во время кризиса дополнительные частные расходы на здравоохранение в основном состояли из личных платежей граждан, а не ДМС. В 2009–2010 гг. доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение выросла в 31 стране, при этом порядка 81% данного роста произошло за счет роста уровня личных платежей граждан (табл. 2.3). В 7 странах рост личных платежей граждан превысил общий рост частных расходов, что свидетельствует о снижении расходов на ДМС (табл. 2.3). Только в трех странах (Италия, Кипр, Соединенное Королевство) был отмечен рост доли частных расходов в общих расходах в результате роста ДМС. В

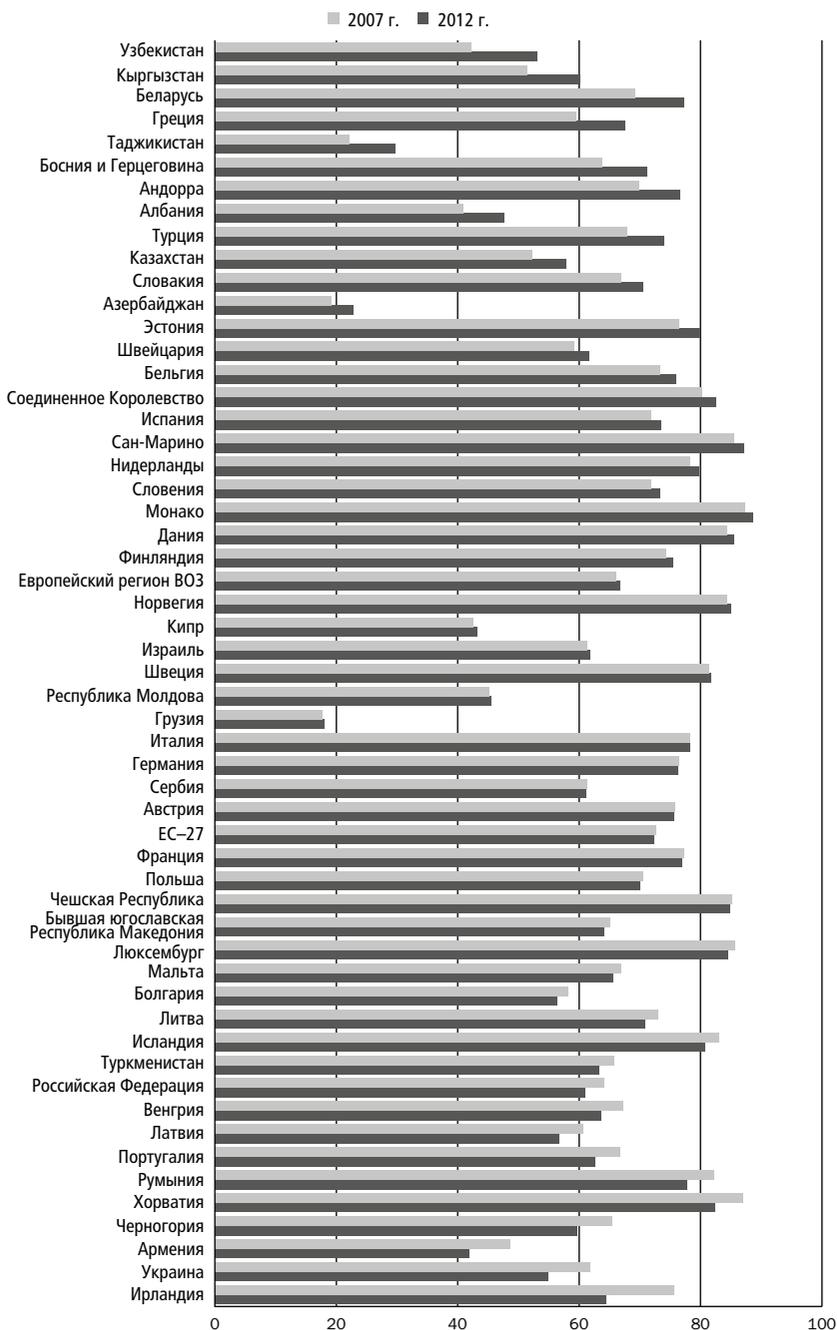


Рисунок 2.14 Доля (%) государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке убывания по объему роста доли государственных расходов в 2007–2012 гг.

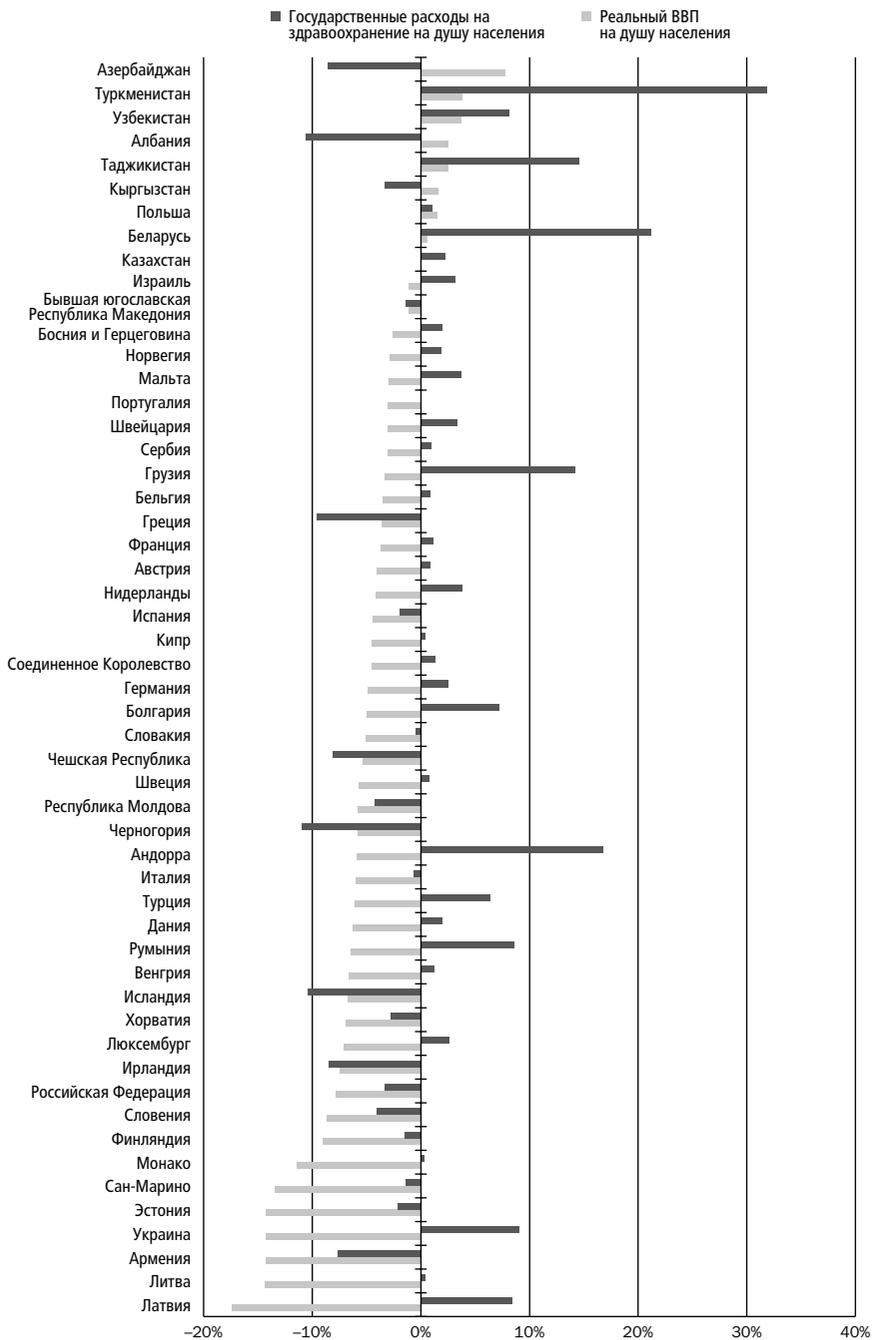


Рисунок 2.15 Рост государственных расходов на здравоохранение на душу населения (2009–2010 гг.) и рост реального ВВП на душу населения (2008–2009 гг.), Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы по убыванию по объему роста ВВП.

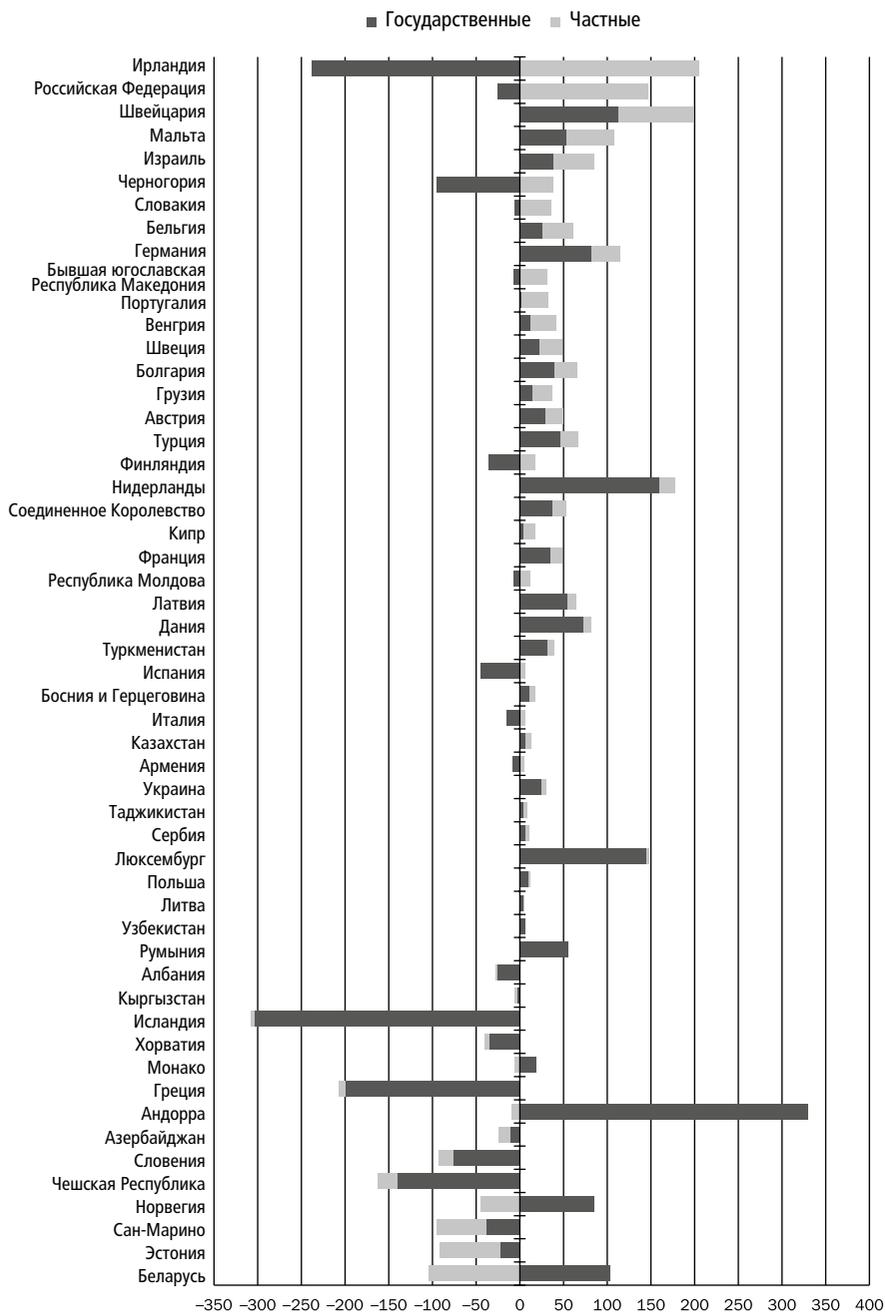


Рисунок 2.16 Изменения в уровне государственных и частных расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице по ППС в долл. США), 2009–2010 гг., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы по убыванию по росту уровня частных расходов на здравоохранение.

Таблица 2.3 Изменения доли частных расходов (%) в общих расходах на здравоохранение, относящиеся к личным платежам граждан, 2009–2010 гг., отдельные страны, Европейский регион ВОЗ

<i>Страна</i>	<i>Изменения общих частных расходов в результате изменений доли личных платежей граждан (%)</i>	<i>Изменение доли частных расходов в общих расходах на здравоохранение (%)</i>
Российская Федерация	109,1	8,4
Ирландия	49,1	5,8
Черногория	91,0	4,8
Бывшая югославская Республика Македония	99,1	3,0
Армения	88,3	2,9
Республика Молдова	44,5	2,7
Албания	99,8	2,7
Греция	94,5	2,2
Латвия	NA	2,0
Исландия	100,6	1,6
Словакия	0,0	1,2
Азербайджан	69,1	1,0
Венгрия	89,3	0,9
Португалия	23,0	0,7
Финляндия	112,8	0,7
Испания	NA	0,5
Бельгия	104,3	0,5
Швеция	92,7	0,5
Турция	64,4	0,3
Словения	NA	0,3
Швейцария	149,1	0,3
Италия	-19,2	0,3
Соединенное Королевство	-90,8	0,2
Чешская Республика	217,7	0,2
Австрия	10,9	0,2
Кипр	-50,4	0,2
Германия	76,7	0,1
Казахстан	84,5	0,1
Хорватия	NA	0,1
Франция	31,5	0,1
Босния и Герцеговина	435,4	0,0

Источник: WHO (2014).

Примечание: Страны ранжированы по изменению доли частных расходов в общих расходах на здравоохранение. В первой колонке указаны изменения доли частных расходов в общих расходах на здравоохранение в 2009–2010 гг. в результате изменений уровня личных платежей граждан.

2010–2011 гг. наблюдалась аналогичная ситуация: о росте частных расходов в общих расходах на здравоохранение сообщили 25 стран, при этом порядка 69% данного роста было обусловлено повышением уровня личных платежей граждан.

В целом в 2007–2012 гг. доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение уменьшилась в 31 из 53 стран (рис. 2.17). В наибольшей степени доля личных платежей граждан изменилась в странах более всего пострадавших от кризиса. Например, в данный период доля личных платежей граждан уменьшилась почти на 5 процентных пунктов в Греции и Эстонии и увеличилась более чем на 2 процентных пункта в Исландии, Латвии и Литве, и более чем на 6 процентных пунктов в Португалии. Сокращения доли личных платежей граждан в Греции, скорее всего, отражают уменьшение потребления услуг здравоохранения на фоне роста платы за государственные услуги здравоохранения и значительных изменений уровня дохода домашних хозяйств. В Эстонии данное сокращение может свидетельствовать как о снижении потребления отдельных видов услуг здравоохранения, так и, возможно, об уменьшении финансовых лишений, ассоциируемых с рецептурными лекарственными средствами для амбулаторного лечения (Habicht and Evetovits 2015).

На рисунке 2.18 представлены изменения уровня личных платежей граждан в 2010 г. по сравнению с изменениями реального ВВП на душу населения в 2009 г. На данном рисунке показано, что большинство стран (26), испытывающих в 2009 г. негативный рост ВВП, предприняли в 2010 г. меры по перераспределению затрат на домашние хозяйства. На этой основе мы можем сделать вывод, что в 2010 г. в большинстве стран наблюдался более высокий уровень расходов домашних хозяйств на услуги здравоохранения, хотя кризис привел к снижению дохода домашних хозяйств.

2.6 Последствия для общих расходов на здравоохранение

В 2010 г. темпы роста общих расходов на здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ составили 2,5%, что в значительной степени ниже отмеченного в 2000–2009 гг. среднегодового роста в 7,3%. В 2010 г. в странах ЕС уровень общих расходов на здравоохранение вырос только на 1,4 % по сравнению с 6,7% в 2000–2009 гг. Данные совокупные темпы роста для ЕС остаются на том же уровне при включении показателей Исландии, Норвегии, Хорватии и Швейцарии.

В 2010 г. темпы роста общих расходов на здравоохранение на душу населения были ниже по сравнению с предыдущим годом в 36 из 53 стран (рис. 2.19). Однако многие из стран с наибольшим замедлением темпов роста не были среди наиболее сильно пострадавших от кризиса (например, Азербайджан, Албания, Казахстан, Кыргызстан, Туркменистан). В 2011 г. темпы роста общих расходов на здравоохранение на душу населения снизились в 27 странах, а в 2012 г. – в 16 странах. Польша и Португалия – это единственные страны, в которых было отмечено большее прогрессивное замедление годовых темпов роста за каждый год в период 2010–2012 гг.

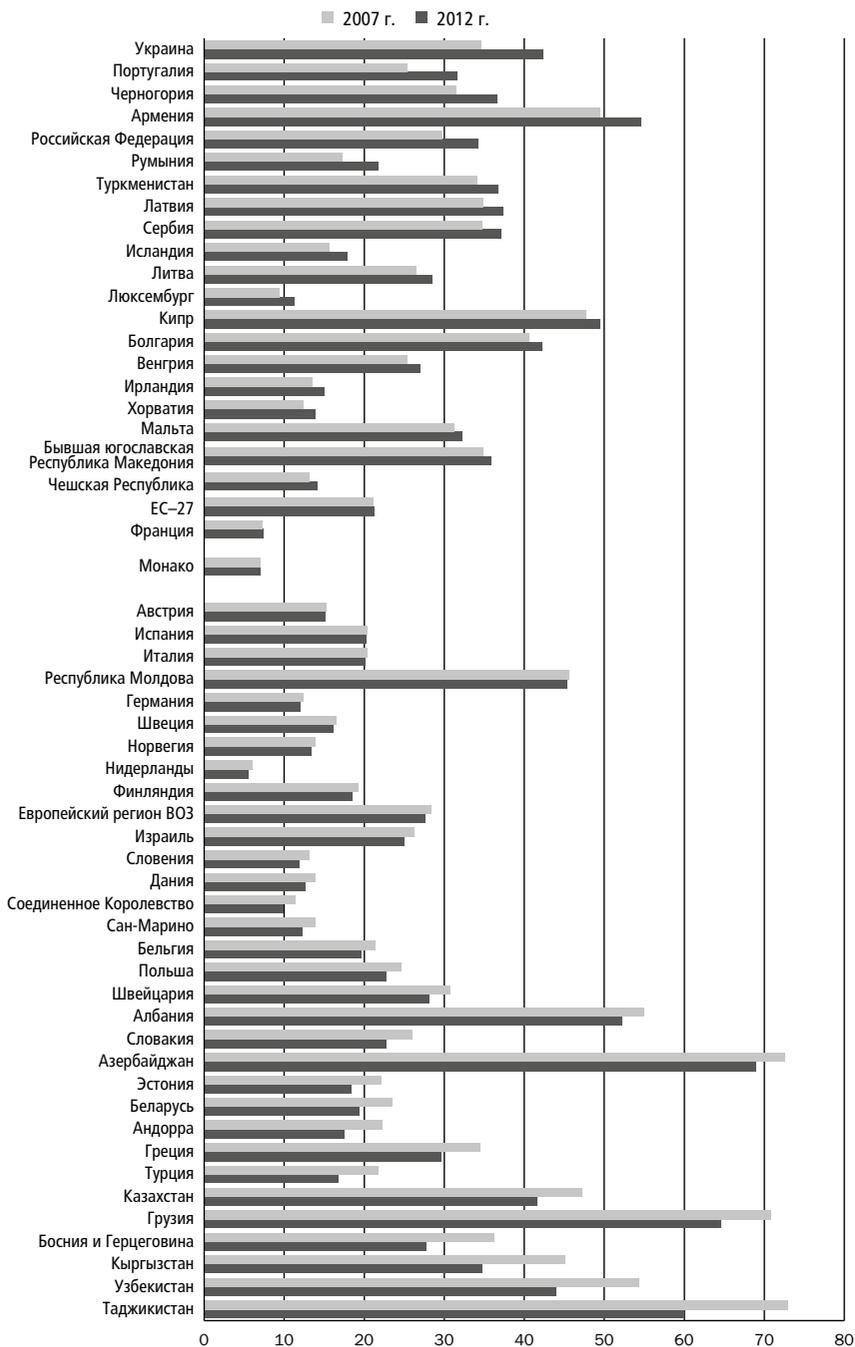


Рисунок 2.17 Доля (%) личных платежей граждан на услуги здравоохранения в общих расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы по нарастанию по показателю изменения доли личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение.

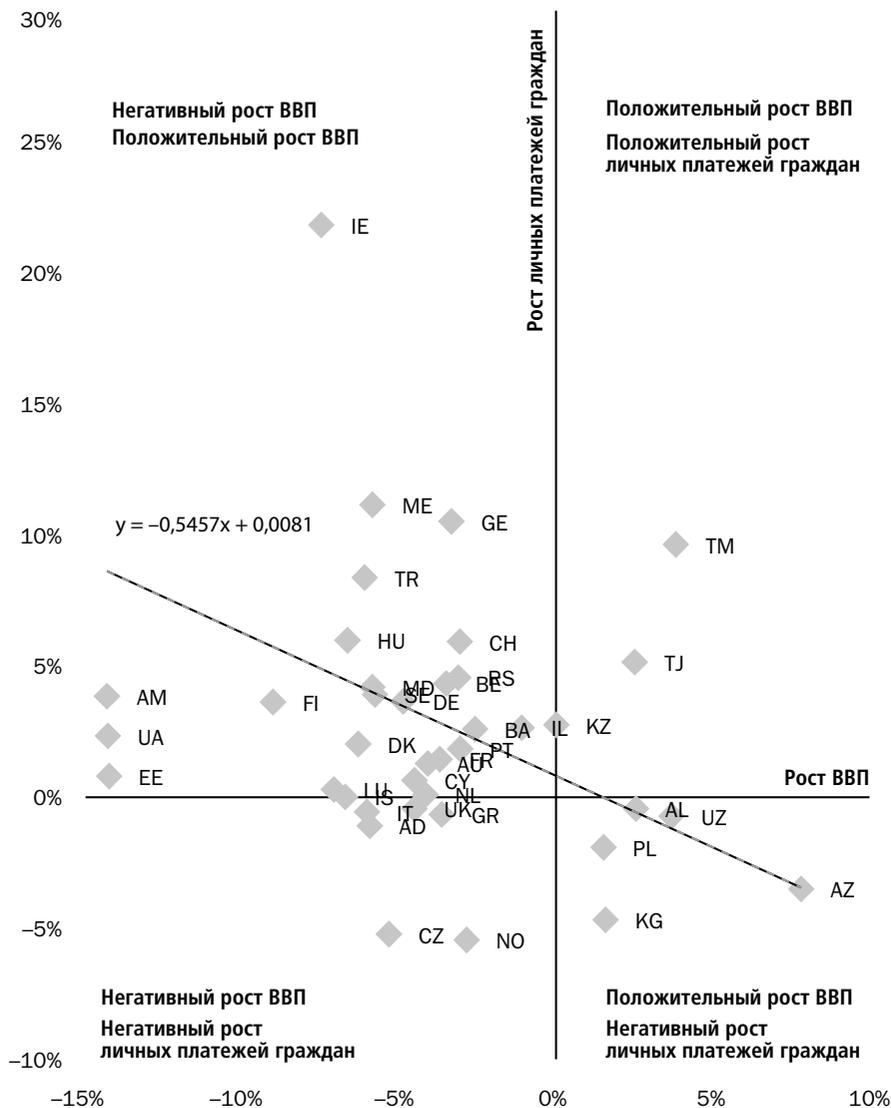


Рисунок 2.18 Изменения уровня личных платежей граждан на душу населения (2009–2010 гг.) и реального ВВП на душу населения (2008–2009 гг.), отдельные страны, Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: AD–Андорра, AL–Албания, AM–Армения, AU–Австралия, AZ–Азербайджан, BA–Босния и Герцеговина, BE–Бельгия, CH–Швейцария, CY–Кипр, CZ–Чешская Республика, DE–Германия, DK–Дания, EE–Эстония, FI–Финляндия, FR–Франция, GE–Грузия, GR–Греция, HU–Венгрия, IE–Ирландия, IL–Израиль, IS–Исландия, IT–Италия, KG–Кыргызстан, KZ–Казахстан, LU–Люксембург, MD–Молдова, ME–Черногория, NL–Нидерланды, NO–Норвегия, PL–Польша, PT–Португалия, RS–Сербия, SE–Швеция, TJ–Таджикистан, TM–Туркменистан, TR–Турция, UA–Украина, UK–Соединенное Королевство, UZ–Узбекистан.

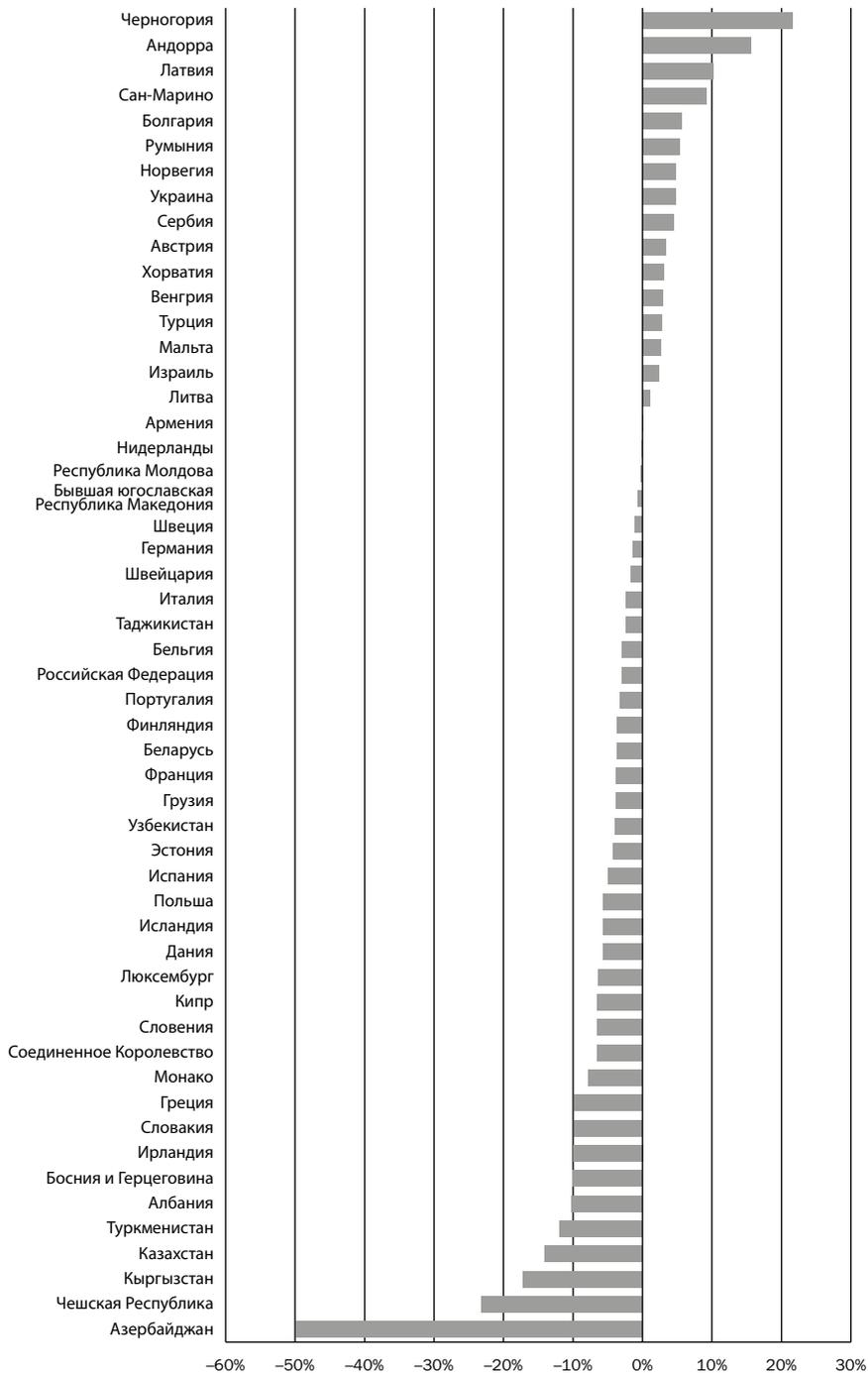


Рисунок 2.19 Изменение (%) темпов роста общих расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице по ППС в долл. США), 2009–2010 гг., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

2.7 Выводы

Кризис в Европе был многогранным, отличался разнообразием сценариев развития по странам и не оказал воздействия на все страны в равной степени. В некоторых странах, особенно расположенных в самой восточной части Европейского Региона ВОЗ, последствия кризиса практически не ощущались. В других – таких как страны Балтии, наблюдалось резкое снижение ВВП в 2009 г. с последующим быстрым возвращением к стабильному росту при сохранении высокого уровня безработицы. В ряде стран произошли далеко идущие изменения ВВП и уровня безработицы, а последствия кризиса будут ощутимы, скорее всего, в последующие годы. Страны, которые больше всего пострадали от устойчивого снижения ВВП (от трех или более лет негативного роста с 2008 г.), являются членами ЕС и в основном входят в еврозону – это Греция, Ирландия, Испания. Италия, Кипр, Португалия, Словения, Хорватия и Чешская Республика.

В результате обвала цен на недвижимость, роста задолженности, потери трудоустройства и снижения уровня доходов многие домашние хозяйства столкнулись с большей финансовой незащищенностью. В некоторых случаях снижение уровня доходов сопровождается сокращениями государственных расходов, особенно урезанием государственного финансирования сектора социальной помощи. В ЕС уровень безработицы резко вырос, при этом 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 наивысшего 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 или 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 et al. 2013). В результате кризиса большая часть населения Европы может оказаться более уязвимой к экономическим потрясениям в будущем.

Многие 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 кредитной ставки в сочетании со снижением государственных 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. В других странах также было проведено сокращение государственного финансирования.

Контрциклическое государственное финансирование – рост расходов на фоне снижения темпов экономического роста – играет важную роль в обеспечении защиты здоровья и благосостояния населения в условиях экономического кризиса (более подробно данная информация представлена в главе 1) (Velényi and Smits 2014). Контрциклическое государственное финансирование сектора социальной защиты имеет особое значение, поскольку люди нуждаются в большей, а не меньшей государственной поддержке в условиях экономического кризиса, особенно это касается людей, подверженных риску бедности, безработицы, социальной маргинализации и физического нездоровья. Зачастую в странах Европейского региона ВОЗ органы государственного управления преднамеренно поддерживали государственные расходы на том же уровне или даже повышали их по мере снижения темпов роста ВВП в целях поддержания спроса в экономике и обеспечения защиты домашних хозяйств посредством различных льгот, включая пособие по безработице, льготные услуги здравоохранения и другие. Однако в ряде стран не наблюдалось использование контрциклической модели, а сокращения государственных расходов (без учета расходов на экономические нужды) были проведены более быстрыми темпами по сравнению со снижением экономического роста (Венгрия, Греция, Ирландия, Исландия, Кипр, Румыния, Соединенное Королевство, Чешская Республика). Многие органы государственного управления прибегли к перераспределению государственных ресурсов часто в пользу сектора социальной защиты, несмотря на то, что размеры данных перераспределений были в целом незначительными и являлись результатом применения таких автоматических стабилизаторов, как пособие по безработице, а не только включали явные действия, направленные на поддержку государственного финансирования социального сектора.

Многие страны прибегли к экономии средств именно в секторе здравоохранения. В 2007–2012 гг. сокращение или замедление темпов роста государственных расходов на здравоохранение было отмечено во многих странах. Тем не менее, несмотря на то, что в большинстве случаев снижение расходов на здравоохранение на душу населения было незначительным, в отдельных странах наблюдалось их существенное или устойчивое сокращение (или и то, и другое, как в Ирландии), таким образом, уровень государственных расходов на здравоохранение был ниже в 2012 г. по сравнению с 2007 г. в Греции, Ирландии, Латвии, Португалии и Хорватии.

Доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах на здравоохранение, которая частично отражает приоритет здравоохранения в обосновании решений по вопросам распределения государственных ресурсов, в определенный момент в 2007–2011 гг. снизилась в 44 из 53 стран и в 24 странах была ниже в 2011 г. по сравнению с 2007 г., составив порядка или более пяти процентных пунктов в Армении, Ирландии, Исландии, Кыргызстане, Латвии, Люксембурге, Хорватии. Это свидетельствует о том,

что в определенный момент после начала кризиса практически в каждой стране Европейского региона ВОЗ наблюдалось сокращение государственных расходов на здравоохранение темпами, превышающими сокращения государственных расходов как доли ВВП.

В 2007–2012 гг. доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение снизилась в 24 из 53 стран. Наибольшее сокращение было отмечено в Ирландии, где данный показатель упал значительно ниже среднего уровня по ЕС. Изменения в государственных расходах на здравоохранение часто, но не всегда соответствовали масштабу кризиса. В отдельных странах при отсутствии значительного снижения экономической активности наблюдалось большее замедление государственных расходов на здравоохранение по сравнению с теми странами, в которых было отмечено сильное падение ВВП. Аналогичная ситуация характерна и для изменений доли расходов на здравоохранение в общих государственных расходах.

В ряде стран, особенно в Греции, уровень частных расходов на здравоохранение значительно снизился, но в других странах отмечался его рост. Рост доли частных расходов преимущественно пришелся на личные платежи граждан, а не на ДМС. Большинство стран, испытавших негативный рост ВВП в 2009 г., осуществили перераспределение доходов в сторону домашних хозяйств в 2010 г. На этой основе мы можем сделать вывод, что в большинстве стран, несмотря на более низкий уровень дохода в результате кризиса, домашние хозяйства столкнулись с большими финансовыми лишениями, ассоциируемыми с ростом личных платежей граждан на здравоохранение в результате кризиса.

В целом имеются данные, свидетельствующие об использовании контрциклической модели государственного финансирования здравоохранения, но также существует много других примеров устойчивых проциклических сокращений доли расходов на здравоохранение в общих государственных расходах и ряд примеров устойчивых проциклических сокращений государственных расходов на здравоохранение на душу населения. Анализ тенденций расходов на здравоохранение является комплексным, поскольку сложно определить степень того, насколько замедления темпов экономического роста связаны с кризисом и представляют собой проблему. Причин для замедления темпов роста расходов на здравоохранение может быть много. В самом деле, во многих странах меньшие расходы на здравоохранение могут быть результатом повышения эффективности (обзор ответных мер политики, направленных на возможное повышение эффективности, представлен в главах 4 и 5). Даже в тех случаях, когда доля здравоохранения в общих государственных расходах снизилась, это может свидетельствовать о постановке приоритета в отношении других социальных секторов, что может принести выгоду для состояния здоровья населения.

Тем не менее, сокращение государственных расходов на здравоохранение представляет проблему именно в странах, сильно пострадавших от кризиса, в силу следующих причин: до начала кризиса в ряде стран Европейского региона ВОЗ, включая страны ЕС, наблюдалась недостаточная приверженность государственному финансированию

системы здравоохранения, что привело к очень высокому уровню личных платежей граждан; сокращения государственных расходов часто сопровождались перераспределением затрат на услуги здравоохранения в сторону домашних хозяйств и, скорее всего, приводили к росту уровня личных платежей граждан; в условиях финансового давления домашние хозяйства могут столкнуться с нездоровьем членов семьи или в большей степени полагаться на государственные услуги здравоохранения; ухудшение состояния здоровья населения и финансовое давление могут иметь более широкие экономические последствия.

Страны, в которых действуют программы финансовой поддержки ЕС–МВФ (Греция, Ирландия, Кипр, Португалия), принадлежат к числу тех, которые в наибольшей степени использовали проциклический подход к государственному финансированию сектора здравоохранения. В Греции это стало результатом явно выраженного требования в рамках программы финансовой поддержки ЕС–МВФ, предполагающего сокращение государственных расходов на здравоохранение. Впоследствии МВФ признал, что масштаб и темпы сокращений государственных расходов оказались деструктивными для перспектив экономического развития Греции (IMF 2013), кроме того, увеличивается объем фактических данных о росте неудовлетворенной потребности населения в услугах здравоохранения и негативных последствий для здоровья населения в Греции и других странах (см. гл. 4, 6). Таким образом, важный урок для будущего состоит в том, что странам следует избегать принимать решения о стратегиях в области здравоохранения на основе краткосрочных экономических колебаний и учитывать потребности населения в услугах здравоохранения и другие цели при рассмотрении вопросов бюджетной устойчивости.

Примечание

1 Мнения, выраженные в данной главе, принадлежат только авторам и необязательно отражают решения или официальную политику ОЭСР или ее государств-членов.

Библиография

- Alesina, A. and Ardagna, S. (2010) Large changes in fiscal policy: Taxes versus spending, in J.R. Brown (ed.) *Tax Policy and the Economy*, vol. 24. Chicago: University of Chicago Press, pp. 35–68.
- Blanchard, O. and Leigh, D. (2013) *Growth Forecast Errors and Fiscal Multipliers*, IMF Working Paper 13/1. Washington, DC: IMF. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp1301.pdf> [Accessed 14/12/2014].
- Cylus, J., Mladovsky, P., and McKee, M. (2012) Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries, *Health Services Research*, 47(6): 2204–24.
- Devaux, M. and Scherer, P. (2010) *The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis Based on the OECD Data*, OECD Health Working Papers No. 49. Paris: OECD Publishing. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfkg0nb20-en> [Accessed 14/12/2014].

- Di Matteo, L. (2003) The income elasticity of health care spending: A comparison of parametric and nonparametric approaches, *European Journal of Health Economics*, 4(1): 20–9.
- ECB (2014) Long-term interest rate statistics for EU Member States [online]. Available at: <https://www.ecb.europa.eu/stats/money/long/html/index.en.html> [Accessed 14/12/2014].
- European Commission (2014) Financial assistance in EU Member States. Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/index_en.htm [Accessed 14/12/2014].
- European Economic Advisory Group (2012) *The EEAG Report on the European Economy 2002*. Munich: EEAG.
- European Parliament, Directorate-General for Internal Policies (2010) Household indebtedness in the EU. Brussels: EP. Available at: <http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2010/433453/IPOL-JOINT%282010%29433453EN.pdf> [Accessed 9/03/2015].
- Eurostat (2014) *Statistics database* [online]. Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> [Accessed 14/12/2014].
- Eurostat (2015) *Statistics database* [online]. Available at: <http://eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> [Accessed 23/03/2014].
- Gujardo, J., Leigh, D. and Pescatori, A. (2011) *Expansionary Austerity: New International Evidence*, IMF Working Paper 11/158. Washington, DC: IMF.
- Habicht, T. and Evetovits, T. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- MF (2013) *Greece: Article IV consultation*, IMF Country Report No. 13/154. Washington, DC: IMF.
- Keegan, C., Thomas, S., Normand, C., and Portela, C. (2013) Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure, *International Journal of Health Care Finance & Economics*, 13(2): 139–55.
- OECD (2012) *Debt and Macroeconomic Stability*, OECD Economics Department Policy Notes No. 16. Paris: OECD.
- OECD (2013) *Statistics database*. Paris: OECD
- OECD (2014) *OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*. 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 Publishing.
- Velenyi, E. and Smitz, M. (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.
- WHO (2013) Health Accounts [online]. Available at: <http://www.who.int/health-accounts/en/> [Accessed 14/12/2014].
- WHO (2014) *European Health for All database* [online]. Available at: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> [Accessed 14/12/2014].

Изменения государственного финансирования системы здравоохранения

*Matthew Jowett, Sarah Thomson,
Tamás Evetovits*

Привлечение средств в сектор здравоохранения исходит из основополагающих принципов поддержания усилий по укреплению деятельности системы здравоохранения (Всемирная организация здравоохранения 2010). К таковым относятся обеспечение достаточных уровней *государственного* финансирования для поддержания финансовой безопасности (таким образом, чтобы населению не приходилось сталкиваться с финансовыми лишениями при потреблении необходимых услуг здравоохранения) и стабильности потоков дохода на поддержание качества и доступности услуг здравоохранения. Стратегические меры по привлечению средств также ставят своей целью продвижение справедливости финансирования, прозрачности и административной эффективности.

В условиях экономического кризиса сокращения ресурсов домашних хозяйств или государственных ресурсов может способствовать появлению бюджетных проблем в системе здравоохранения, что в свою очередь может привести к изменению доступа к услугам здравоохранения, усугублению финансовых лишений или ухудшению состояния здоровья населения. В силу этих причин системы здравоохранения, скорее всего, нуждаются в больших, а не меньших ресурсах. Имеется также достаточное количество данных, свидетельствующих о важности контрциклического государственного финансирования вообще и социального сектора в частности. Таким образом, способность страны поддерживать или увеличивать уровень государственного финансирования на здравоохранение в условиях кризиса является важной для обеспечения деятельности системы здравоохранения, включая состояние здоровья населения.

Во второй главе данной публикации представлены *результаты* ответных мер на кризис, включая краткое изложение последствий данных ответных мер для уровня государственного и частного финансирования на

Таблица 3.1 Изменения государственных расходов на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), Европейский регион ВОЗ

<i>Страны, не входящие в ЕС</i>	2007–8 гг.	2008–9 гг.	2009–10 гг.	2010–11 гг.	2011–12 гг.	2000–7 гг.	2007–12 гг.
Ирландия	6,0%	-5,1%	-13,8%	-8,6%	-10,3%	104,3%	-28,9%
Португалия	1,5%	5,5%	1,4%	-6,9%	-13,7%	37,7%	-12,8%
Латвия	6,3%	-19,4%	-0,6%	0,9%	4,0%	324,3%	-10,7%
Греция	16,8%	5,0%	-12,6%	-12,5%	-1,9%	97,5%	-8,0%
Хорватия	8,9%	-4,2%	-0,3%	-10,8%	0,1%	75,1%	-7,1%
Италия	6,1%	1,2%	1,2%	-1,6%	-1,3%	42,1%	5,5%
Люксембург	9,4%	1,0%	-3,2%	-4,4%	4,5%	42,0%	6,9%
Венгрия	3,2%	-1,8%	6,5%	3,6%	-1,3%	97,1%	10,3%
Испания	8,6%	4,9%	-1,1%	-3,8%	2,7%	77,8%	11,3%
Франция	2,7%	3,5%	1,7%	1,9%	2,4%	30,8%	12,8%
Словения	17,7%	3,7%	-3,7%	0,8%	-3,7%	70,1%	14,0%
Германия	4,3%	6,1%	3,5%	1,6%	1,2%	14,6%	17,8%
Швеция	5,5%	3,6%	1,5%	4,1%	2,5%	40,2%	18,3%
Дания	5,2%	6,8%	1,8%	-0,4%	4,6%	48,1%	19,1%
Чешская Республика	5,5%	14,9%	-6,3%	2,5%	3,3%	57,1%	20,2%
Соединенное Королевство	7,9%	9,0%	1,3%	0,3%	0,7%	71,9%	20,3%
Нидерланды	6,7%	4,6%	3,8%	0,5%	3,9%	122,6%	21,1%
Мальта	-0,7%	1,6%	6,3%	5,6%	7,2%	53,4%	21,4%
Финляндия	6,3%	2,9%	0,7%	6,6%	3,8%	55,0%	21,8%
Литва	19,4%	-5,2%	-1,7%	5,8%	3,9%	125,6%	22,4%
Словакия	13,9%	3,7%	1,0%	2,5%	0,8%	108,1%	23,2%
Австрия	5,7%	3,6%	5,7%	2,9%	4,0%	30,2%	23,8%
Кипр	16,8%	11,0%	-3,5%	0,5%	-1,0%	55,6%	24,5%
Бельгия	8,8%	5,9%	1,5%	3,6%	3,7%	48,4%	25,5%
Эстония	22,5%	-4,6%	-1,6%	4,9%	8,1%	160,2%	30,5%
Румыния	28,4%	-2,6%	12,4%	-0,8%	-2,3%	552,8%	36,2%
Польша	20,2%	10,1%	2,0%	3,2%	1,8%	82,9%	41,6%
Болгария	19,1%	-2,9%	9,6%	2,7%	8,9%	146,5%	41,8%

<i>Страны, не входящие в ЕС</i>	<i>2007–8 гг.</i>	<i>2008–9 гг.</i>	<i>2009–10 гг.</i>	<i>2010–11 гг.</i>	<i>2011–12 гг.</i>	<i>2000–7 гг.</i>	<i>2007–12 гг.</i>
Сан-Марино	-2,0%	-9,5%	-0,6%	2,9%	17,3%	20,1%	6,4%
Норвегия	4,2%	2,8%	5,5%	6,0%	-5,2%	56,4%	13,6%
Армения	-4,4%	0,6%	5,5%	10,1%	2,3%	479,8%	14,3%
Черногория	0,9%	-12,6%	20,1%	4,4%	5,1%	117,8%	16,1%
Андорра	-3,6%	-5,9%	17,7%	-1,5%	12,7%	64,1%	18,6%
Исландия	10,1%	3,9%	-2,0%	2,9%	3,1%	74,0%	19,0%
Швейцария	15,4%	3,5%	0,9%	1,8%	-2,5%	31,1%	19,5%
Израиль	6,1%	5,1%	2,9%	4,0%	4,7%	14,8%	25,0%
Бывшая югославская Республика Македония	18,7%	-4,0%	1,7%	5,3%	4,1%	36,3%	27,1%
Монако	9,3%	4,0%	4,2%	6,9%	0,7%	42,9%	27,4%
Албания	14,8%	11,5%	-5,2%	20,5%	-0,3%	121,5%	45,8%
Сербия	18,6%	3,6%	8,9%	8,0%	6,5%	910,2%	54,0%
Босния и Герцеговина	23,5%	13,9%	2,3%	5,6%	2,3%	149,7%	55,6%
Турция	20,5%	13,0%	13,7%	2,2%	12,4%	538,6%	78,0%
Грузия	38,2%	20,6%	16,7%	-12,6%	4,7%	270,1%	78,1%
Республика Молдова	29,3%	8,1%	5,1%	10,9%	10,1%	417,0%	79,5%
Российская Федерация	22,8%	13,8%	6,4%	18,6%	18,3%	394,5%	108,7%
Украина	28,5%	8,6%	22,7%	11,8%	10,4%	504,9%	111,4%
Азербайджан	17,6%	42,3%	2,8%	12,2%	16,4%	529,1%	124,6%
Кыргызстан	16,0%	27,8%	6,0%	27,8%	21,5%	257,1%	144,0%
Туркменистан	23,5%	41,3%	13,8%	35,1%	12,2%	106,8%	200,9%
Казахстан	56,7%	22,8%	20,9%	12,4%	15,4%	293,9%	201,6%
Таджикистан	56,5%	22,7%	26,1%	27,4%	17,1%	680,4%	261,3%
Узбекистан	41,9%	33,3%	34,4%	28,0%	34,0%	636,6%	336,2%
Беларусь	16,5%	6,9%	33,0%	46,0%	99,6%	965,9%	383,1%
Число стран с негативным ростом	4	12	14	11	11	0	5

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны с негативным ростом затемнены; страны ранжированы в порядке убывания по степени негативного роста в 2007–2012 гг.

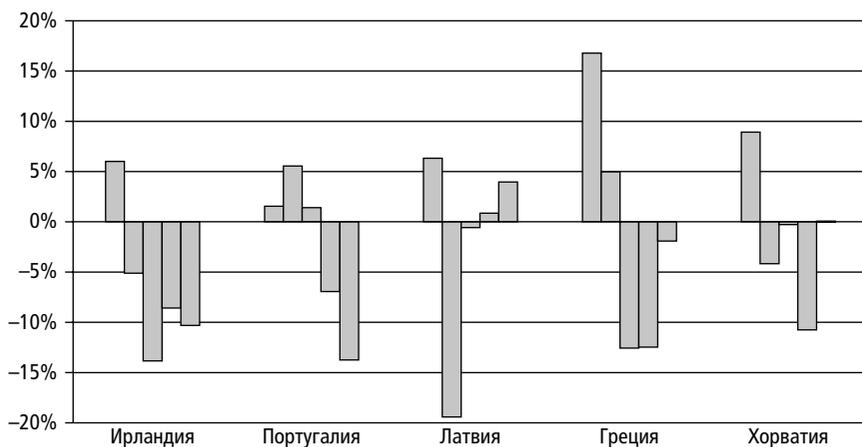


Рисунок 3.1 Годовые изменения (%) в государственных расходах на здравоохранение на душу населения (в национальной денежной единице), 2007–2012 гг., страны, в которых уровень 2012 г. был ниже в сравнении с 2007 г. в абсолютном выражении

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы в порядке убывания по степени негативного роста в 2007–2012 гг.

здравоохранение в Европе. В этой главе также указано, что в определенный момент уровень общих государственных расходов понизился в 44 из 53 стран, повернув вспять тенденцию предыдущего десятилетия, а в 24 странах был ниже в 2011 г. по сравнению с 2007 г. (рис. 2.12). В 2007–2012 гг. и особенно в 2010 г. и 2012 г. уровень государственных расходов на здравоохранение на душу населения снизился во многих странах (таблица 3.1), при этом в 5 странах данный показатель был ниже в 2012 г. по сравнению с 2007 г., что свидетельствует о значимости сокращений в отдельных странах (рис. 3.1). Это указывает на то, что государственное финансирование на здравоохранение следовало относительно проциклической модели с момента начала кризиса в отличие от исторически сложившихся норм в странах с высоким уровнем дохода (Velényi and Smitz 2014). Во многих странах рост уровня частных расходов на здравоохранение был обусловлен преимущественно ростом личных платежей граждан (табл. 2.3). В 2007–2012 гг. доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение увеличилась в 21 стране, свидетельствуя о перераспределении расходов в сторону домашних хозяйств.

В данной главе рассмотрены ответные меры на кризис, предпринятые руководителями в рамках проведенного нами опроса 47 стран¹. В следующем разделе представлен краткий обзор того, как принципы, лежащие в основе стратегий по привлечению дохода, и деятельность системы здравоохранения подвержены воздействию экономического кризиса. Далее следует обзор изменений, проведенных странами в отношении государственного финансирования системы здравоохранения с 2008 г. по первую половину 2013 г., включая сокращение государственных расходов на здравоохранение,

Таблица 3.2 Краткое изложение изменений государственного финансирования системы здравоохранения, 2008–2013 гг.

<i>Стратегическая область</i>	<i>Число стран, предоставивших отчетность</i>	
	<i>прямые ответные меры</i>	<i>частичные/возможные ответные меры</i>
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 внесения 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 в целях защиты трудоустройства и малоимущего населения		
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: на основе опроса и анализа примеров из практики.

мобилизацию государственных доходов и введение мер по защите трудоустройства и малоимущих домашних хозяйств. В представленных в обзоре таблицах (табл. 3.3, 3.4, 3.5) разграничены прямые и частичные или возможные ответные меры на кризис. 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 возможные ответные меры на кризис (запланированные и внедренные с началом кризиса, но не определенные соответствующими органами власти в качестве ответных мер на кризис). В конце главы представлено обсуждение последствий для деятельности системы здравоохранения.

В целом страны приняли смешанные меры (табл. 3.1)². Несмотря на то, что во многих странах были проведены явные сокращения бюджета здравоохранения в качестве прямых ответных мер на кризис (19), большинство стран (24) предприняли усилия по мобилизации государственных доходов, применяя широкий спектр стратегий. Отдельные страны осуществили и то, и другое (12).

3.1 Бюджетные проблемы, государственные расходы на здравоохранение и деятельность системы здравоохранения

В первой главе мы указали на многие потенциальные источники бюджетных проблем для системы здравоохранения в условиях экономического кризиса (рис. 1.2). Мы также отметили значимость финансовой незащищенности домашних хозяйств как источника бюджетных проблем, связанных с уровнем затрат, в особенности в системах здравоохранения, в которых право на получение государственных услуг здравоохранения предоставляется на основе статуса занятости или критериев нуждаемости, что более подробно рассмотрено в четвертой главе. Эта глава посвящена таким бюджетным проблемам, связанным с затратами, как, например, сокращение доходов государственного бюджета или взносов ОМС, приводящих к снижению уровня государственных расходов на здравоохранение на душу населения.

То, насколько в условиях экономического кризиса происходит или не происходит сокращение государственных расходов на здравоохранение, скорее всего, определяется следующими различными факторами:

- состояние бюджета здравоохранения страны до начала кризиса, что позволит определить масштабы дефицитного финансирования;
- природа, масштаб и продолжительность кризиса;
- основная позиция органов государственного управления по соответствующим мерам бюджетной политики в ответ на различные формы кризиса (в более широком смысле – ‘стимул’ против ‘жестких мер экономии’);
- позиция международных организаций и министерств финансов, ответственных за реализацию программ финансовой поддержки ЕС–МВФ;

- социальные ценности, которые могут повлиять на процесс принятия общественностью различных ответных мер (см. вставку 3.1);
- метод сбора государственных средств в сектор здравоохранения;
- ответные меры сектора здравоохранения.

Последствия деятельности системы здравоохранения для изменений государственного финансирования сектора здравоохранения зависят от отправной точки и размеров сокращений, что представлено далее.

Достаточные уровни государственного финансирования в целях обеспечения финансовой защиты

Финансовая защита – обеспечение того, что население не сталкивается с финансовыми лишениями при доступе к необходимым услугам здравоохранения – представляет собой фундаментальную цель системы здравоохранения (Всемирная организация здравоохранения 2000).

Вставка 3.1 Предпочтения общественности и приоритет органов государственного управления или приверженность сектору здравоохранения

Решения органов государственного управления в отношении бюджетной политики – налогообложения и расходования средств – должны отражать предпочтения общества. Поддержание здоровья, как правило, является основным приоритетом для населения в случае роста государственных расходов за счет других секторов (EBRD 2010). Однако во время кризиса в большинстве европейских стран наблюдалось уменьшение доли расходов на здравоохранение в общих государственных расходах. В ряде стран отсутствовали альтернативные возможности; отдельные страны предприняли значительные усилия по защите государственного финансирования сектора здравоохранения; другие страны просто провели сокращение расходов на здравоохранение непропорционально любому снижению общих государственных расходов как доли ВВП или сокращению объема экономики.

В условиях экономического кризиса помимо ценностей домашние хозяйства полагаются на рост государственных расходов, а системы здравоохранения нуждаются в больших, а не меньших ресурсах. Данные факторы лежат в основе действий по обеспечению контрциклического государственного финансирования сектора здравоохранения.

Системы здравоохранения со встроенными контрциклическими механизмами лучше приспособлены к обеспечению контроля колебаний финансовых ресурсов сектора здравоохранения. Так называемые автоматические стабилизаторы предоставляют относительную защиту во время кризиса, а также обеспечивают контроль роста государственных расходов на здравоохранение в условиях экономического роста.

Согласно данным исследования, частота случаев, когда население сталкивается с финансовыми трудностями из-за необходимости оплачивать услуги здравоохранения из личных средств, значительно увеличивается, когда уровень личных платежей граждан составляет более 15–20% общих расходов на здравоохранение (Xu et al. 2010). Как показано на рисунке 3.2, население в меньшей степени полагается на оплату услуг здравоохранения из личных средств по мере того, как на государственное финансирование сектора здравоохранения³ приходится большая доля ВВП. В целях поддержания финансовой защиты страны должны обеспечивать удержание личных платежей граждан на относительно низком уровне, а государственных расходов на здравоохранение как доли ВВП – на достаточном уровне.

Объем государственного финансирования сектора здравоохранения определяется следующими факторами: во-первых, уровнем государственных расходов (по всем секторам) как доли ВВП – бюджетные мощности государства; во-вторых, долей расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, что преимущественно отражает приоритет или приверженность сектору здравоохранения в обосновании решений по распределению государственных расходов (включая доходы от фонда специального медицинского страхования, например, фонда оплаты труда).

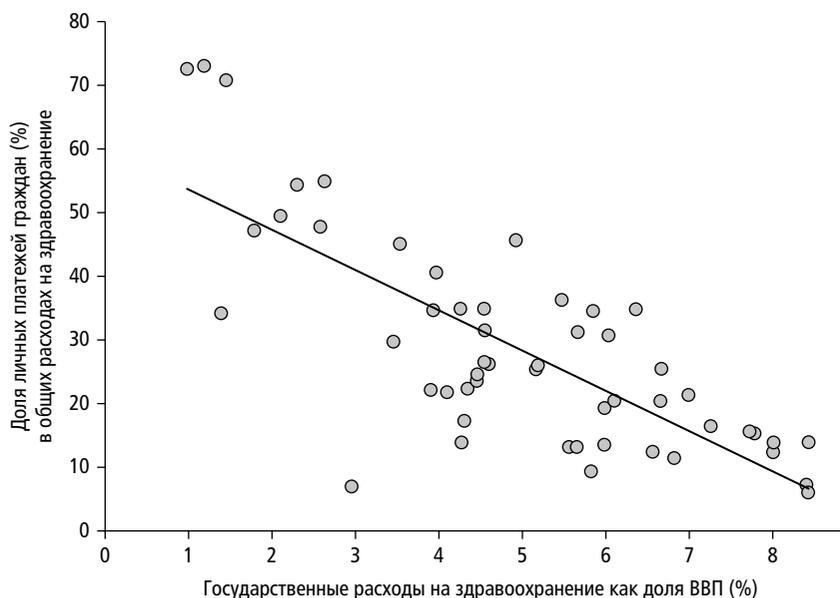


Рисунок 3.2 Доля личных платежей граждан (%) в общих расходах на здравоохранение и государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП (%), 2007 г., Европейский регион ВОЗ

Источник: вычисления авторов на основе (WHO 2014).

Оба фактора подвержены влиянию общих изменений экономической активности, равно как и бюджетной политики и отношения органов государственного управления к вопросам сектора здравоохранения. Таким образом, важно рассмотреть, насколько изменения государственных расходов на здравоохранение как доли ВВП с 2007 г. являются результатом сокращения бюджетных мощностей (снижение общих государственных расходов как доли ВВП) или решений бюджетной политики (уменьшение доли расходов на здравоохранение в общих государственных расходах).

Стабильность государственного финансирования в целях поддержания качества и доступности услуг здравоохранения

Значительные колебания уровня государственных расходов на здравоохранение – особенно сокращения – могут привести к сбоям в предоставлении услуг здравоохранения, особенно в случае нанимаемых поставщиков, что влияет на качество и доступность услуг здравоохранения. Причиной колебаний также могут стать изменения уровня заработной платы и штата сотрудников, что представляет серьезную проблему в странах, которые всецело полагаются на финансирование сектора здравоохранения за счет поступлений из фонда оплаты труда (налоги на фонд заработной платы), а также решениями правительства. Согласно данным исследования, в прошлом системы здравоохранения, финансирование которых осуществлялось за счет средств государственного бюджета, испытали больше сокращений государственных расходов в годы, последовавшие за экономическим спадом, по сравнению с системами, финансируемыми непосредственно из целевых взносов (Cylus et al. 2012). Это, возможно, объясняется относительной легкостью, с которой может быть изменено распределение государственных бюджетных средств, по крайней мере, в отдельных странах (Kutzin et al. 2010), или тем, что в странах, финансирование которых основано на поступлениях из фонда заработной платы, имеется широкий спектр стратегических рычагов для смягчения колебаний.

Справедливость финансирования системы здравоохранения

Распределение финансовых средств сектора здравоохранения среди населения имеет последствия для справедливости финансирования и финансовой защиты. Согласно данным исследования, такие механизмы частного финансирования, как ДМС или личные платежи граждан в целом приводят к тому, что малоимущие домашние хозяйства вынуждены расходовать большую долю своего дохода на услуги здравоохранения по сравнению с более обеспеченными домашними хозяйствами (регрессивная модель распределения) (van Doorslaer et al. 1999). Личные платежи граждан являются особенно регрессивными. С другой стороны, применение механизмов государственного финансирования приводит к пропорциональному распределению (каждый вносит одну и ту же долю) или прогрессивному распределению (более состоятельные домашние

хозяйства вносят большую долю). Прямое налогообложение дохода или заработных плат обычно является более прогрессивным по сравнению с косвенными налогами на потребление (например, НДС или налоги на алкогольную продукцию и табачные изделия), которые зачастую представляются регрессивными. Более подробный анализ справедливости финансирования также мог бы охватывать то, до какой степени различные группы общества получают выгоду от вложения преимущественно государственных средств в охрану здоровья (Wagstaff 2010).

Изменения общей структуры финансирования и составляющих государственного финансирования системы здравоохранения, скорее всего, имеют последствия для механизмов распределения. В результате бюджетных проблем органы государственного управления, возможно, прибегнут к упразднению несправедливых (и зачастую дорогих) налоговых субсидий для более состоятельных групп населения, однако, перераспределение затрат в сторону домашних хозяйств из-за сокращения государственных расходов на здравоохранение, скорее всего, превысит эффективность, достигнутую в результате описанных ранее действий.

Прозрачность и административная эффективность

Имеются отдельные данные, согласно которым повышение прозрачности в использовании государственного финансирования, достигаемое посредством целевого налогообложения или поступлений на такие специальные цели, как здравоохранение или образование, могут способствовать привлечению поддержки общества по вопросу введения новых или повышения имеющихся налогов (см., например, Gomez and Ortiz 2010). Административные затраты, ассоциируемые с ростом государственных доходов, можно свести к минимуму за счет использования уже существующей инфраструктуры для сбора нового вида дохода (например, налоговая инспекция), а также обеспечения того, чтобы организации по объединению средств и закупке услуг здравоохранения быстро получали перевод средств. В некоторых случаях повышения административной эффективности можно добиться посредством перераспределения ответственности за сбор средств со множественных социальных фондов на налоговую инспекцию. Экономическое потрясение может привести к возникновению импульса для действий по продвижению обеих задач.

Другие проблемы

Стратегические меры по привлечению капитала могут повлиять на конкурентоспособность заработных плат рынка труда и в более широком смысле деятельности экономики. Налоги на фонд заработной платы особенно актуальны в данном случае и в некоторых странах вызывают беспокойство на протяжении многих лет. Они также представляют

проблему в связи с демографическими изменениями: по мере старения населения работающее население, доля которого уменьшается, будет финансировать неработающие группы населения, которые постоянно растут. По этим причинам в некоторых странах были использованы доходы от общего налогообложения для поддержания налоговых поступлений вместо дальнейшего повышения ставок страховых взносов, которые представляют собой тенденцию, скорее всего, укрепившуюся во время кризиса.

3.2 Сокращение (или замедление темпов роста) бюджетов здравоохранения

В ряде стран государственные доходы на сектор здравоохранения автоматически снизились в результате безработицы и сокращения заработных плат⁴. Однако во многих странах в качестве ответных мер на бюджетные проблемы было проведено сокращение бюджетов здравоохранения методами, представленными в таблице 3.3. Как показано в таблице 3.1 наибольшие сокращения государственных расходов на здравоохранение на душу населения пришлось на страны, в которых действуют программы финансовой поддержки ЕС–МВФ (например, Греция, Ирландия, Латвия, Португалия), несмотря на то, что в других странах наблюдались значительные сокращения (особенно в Хорватии). В Греции, согласно меморандуму о взаимопонимании, государственные расходы на здравоохранение подлежали сокращению в 0,5% от ВВП в 2011 г. и удержанию на уровне ниже 6% от ВВП в 2012 г. В результате в 2009–2011 гг. государственные расходы на здравоохранение снизились на 23% (3,8 млн евро) (Economidou et al. 2015). В рамках программы финансовой поддержки ЕС–МВФ Ирландии не требовалось проводить сокращение бюджета здравоохранения, однако, органы государственного управления пошли на этот шаг в соответствии с более широкими сокращениями государственных расходов (Nolan et al. 2015).

Во многих странах были отмечены сокращения бюджетов национальных или региональных министерств здравоохранения. В других – сокращение государственных трансфертов в схемы медицинского страхования. В Греции и Португалии были предприняты меры по ограничению уязвимости органов государственного управления к инфляции затрат, возникающей частично в результате плохого управления фондами медицинского страхования. В Греции основа для государственных взносов от имени государственных служащих была заменена на ОМС, а вместо гибкой ставки стали использовать фиксированную ставку в 5,1% от валового национального дохода в 2011 г., что в действительности привело к снижению государственных взносов. Впоследствии государственные служащие были вынуждены платить больше (см. табл. 3.4). В Португалии также наблюдались сокращения государственных взносов на ‘подсистемные’ схемы, направленные на предоставление дополнительного охвата работающему населению (см. вставку 3.2).

Таблица 3.3 Меры по сокращению бюджетов здравоохранения или замедлению темпов роста

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны (гг.)</i>
Сокращение бюджетов национальных или региональных министерств здравоохранения	Болгария (2009, 2010, 2012), бывшая югославская Республика Македония (2012), Греция (2011), Грузия (2011), Ирландия (2010–2013), Исландия, Испания (2011), Италия (2011; плановое, 2012–2014), Кипр, Латвия (2009, 2013), Португалия, Румыния (2008–2011), Сербия, Словения (2008–2012), Соединенное Королевство, Финляндия (2012), Франция (2013), Чешская Республика (2010), Эстония (2009)
Сокращение государственных бюджетных трансфертов в сектор здравоохранения	Греция (установление потолков на государственные взносы для государственных служащих в размере 5,1% от заработной платы, 2011), Португалия (2012, 2013; сокращение государственных взносов для государственных служащих с 2,5% до 1,25% для подсистем государственных служащих, 2013), Финляндия (в муниципалитеты, 2012; на ОМС, 2013), Чешская Республика (заморожено, 2012)
Внедрение или усиление механизмов контроля государственных расходов на здравоохранение	<i>Австрия (2013)</i> , Бельгия (ограничение нормы роста для государственных трансфертов с 4,5% до 2%, 2013; повышена до 3%, 2014), Испания (введение потолка на региональный дефицит), Португалия (введение потолка на дефицит Национальной системы здравоохранения, 2012), Франция (снижение потолков дефицита, 2012)
Внедрение или усиление механизмов контроля государственных расходов в целом	<i>Дания (2012)</i> , Испания (2011), Словения (2012), Хорватия (2011), Черногория (2010), Чешская Республика (2014)

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Таблица 3.4 Меры по мобилизации государственных доходов в систему здравоохранения

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны (гг.)</i>
Дефицитное финансирование	<i>Австрия (списание долгов 2010–2012, 2009)</i> , Португалия, Франция, Чешская Республика
Увеличение государственных бюджетных трансфертов	Австрия (2009, сокращение 2011), бывшая югославская Республика Македония, <i>Венгрия (2009, сокращение 2012)</i> , Германия (2009–2011, сокращение 2012–2013), <i>Грузия (2013)</i> , <i>Казахстан, Кыргызстан, Литва (2008–2011)</i> , <i>Мальта, Норвегия (в муниципалитеты)</i> , Польша (в местные органы власти, 2009–2013), Республика Молдова (2010), <i>Российская Федерация</i> , Румыния (2010), Словакия (2009), Таджикистан, Турция (2008–2011), Черногория, <i>Швейцария (субсидии для малоимущих категорий населения, 2009)</i> , Швеция (в местные органы власти, 2009–2011)
Использование резервов	Бельгия (2011, 2012), Болгария (2011), Литва, Республика Молдова (2012), Словения (2008–2012), Чешская Республика, Эстония

Внедрение контрциклической модели государственных бюджетных трансфертов в сектор здравоохранения	<i>Российская Федерация</i>
Повышение социальных страховых взносов	<p>Работодатели: <i>Российская Федерация (с 3,1% до 5,1% с 2011 г., 2009), Словакия (с 4% до 4,33%, 2012)</i></p> <p>Работодатели и работающее население: <i>Болгария (с 6% до 8%, 2009), Нидерланды (работодатели: с 5% до 5,56%, 2012; работающее население: с 7,1% до 7,5%, 2013)</i></p> <p>Без указания разграничения: <i>Ирландия (с 2% до 4% для всех категорий, до 5% для работников с высоким уровнем заработной платы, потолок для данной категории населения снижен, 2009; повышение потолка для освобождения от внесения социальных страховых взносов с 4004 евро до 10,036 евро, 2012), Черногория (отказ от планового сокращения, повышение ставки до 12,3%, 2010)</i></p> <p>Пенсионеры: <i>Греция (с 2,55% до 4% для государственных служащих, 2013), Португалия (с 1,3% до 1,5% для государственных служащих подсистем, 2012)</i></p> <p>Общие социальные страховые взносы: <i>Латвия (с 33,9% до 35,09%, 2011), Литва (с 26% в 2006 г. до 35%, 2012), Франция (поэтапно, с 2% в 2009 г. до 20%, 2012), Черногория (с 32% до 33,8%, 2010; уменьшение доли работодателей; увеличение доли работающего населения)</i></p>
Повышение или упразднение потолков заработной платы для внесения страховых взносов	<p>Повышение: <i>Болгария (2013), Нидерланды (2012), Словакия (2012)</i></p> <p>Упразднение: <i>Чешская Республика (работодатели, 2013)</i></p>
Взимание налогов с нерегулярного дохода	<p><i>Венгрия (2012), Румыния (пенсии, 2011), Словакия (дивиденды, 2011; временные контракты (неполная рабочая занятость), 2012), Словения (самозанятые писатели, временные контракты (замена и неполная рабочая занятость), 2012), Хорватия (пенсии, вариативность ставок, 2011)</i></p>
Обеспечение сбора средств	<p><i>Литва (2008), Словения (2009)</i></p>
Централизация сбора средств	<p><i>Чешская Республика (2012)</i></p>
Внедрение новых/целевых налогов для системы здравоохранения	<p>Новые целевые налоги для системы здравоохранения: <i>Венгрия (продукты питания с высоким содержанием соли, сахара и жира, 2011; комиссионные автомобильного страхования, 2012), Франция (пиво, 2013; работники финансового сектора с высоким уровнем заработной платы, целевые для социальной защиты, 2013), Хорватия</i></p> <p>Увеличение доли целевых налогов на здравоохранение: <i>Бельгия (НДС, табачные изделия), Венгрия (2012), Франция (табачные изделия, с 2009 г., 2007; прирост капитала, 2011; социальная безопасность, 2010)</i></p> <p>Новые категории для целевых налогов на здравоохранение: <i>Хорватия (табачные изделия, 2011)</i></p>

В ряде стран были предприняты попытки по сокращению расходов на здравоохранение посредством введения или снижения потолков регулирования темпов роста или дефицита, зачастую в результате более широких мер органов государственного управления по достижению бюджетных целей ЕС. В некоторых странах сокращения не были напрямую направлены на сектор здравоохранения, но, возможно, последний оказался затронутым сокращением общих государственных расходов. Например, в Дании были введены обязательные потолки, а в Хорватии – законы, предписывающие всем секторам государственных органов управления поддерживать бюджетный баланс, при этом новые займы распространялись только на случаи, когда необходимо обеспечить финансовое покрытие по ранее взятым обязательствам или проектов развития.

Вставка 3.2 Изменение структуры государственного финансирования системы здравоохранения Португалии в целях поддержания справедливости

Правительство Португалии предприняло ряд шагов, которые, скорее всего, сделают финансирование системы здравоохранения более справедливым. В 2012 г. были упразднены налоговые льготы на частные расходы на здравоохранение для категорий населения в двух высших квартилях дохода, а также снижены для всех остальных с 30% до 10%. В Португалии также представлен дополнительный уровень страховых взносов для работающего населения, который в целом дает преимущества более состоятельному работающему населению. Правительство сократило дотации в так называемые подсистемы в 2012 г. на 30%, а в 2013 г. еще на 20%, а также ограничило размеры пакета льгот этих подсистем. К 2016 г. схема подсистем должна стать самокупаемой.

Источник: Sakellarides et al. (2015)

3.3 Мобилизация государственных доходов в систему здравоохранения

До начала кризиса в ряде стран уже имелись встроенные механизмы контроля колебаний за счет стабилизации доходов сектора здравоохранения на протяжении экономического цикла, так называемые автоматические стабилизаторы в виде резервных фондов или формул для обеспечения трансфертов из государственного бюджета в сектор здравоохранения. Однако страны также использовали широкий спектр стратегий для поддержания или увеличения уровней государственного финансирования системы здравоохранения (см. табл. 3.4).

Дефицитное финансирование

В некоторых странах в результате быстрого рыночного роста кредитной ставки применение традиционного дефицитного финансирования стало все более сложным вплоть до того, что эти страны были вынуждены использовать программы финансовой поддержки ЕС–МВФ (см. рис. 2.7). Однако в других странах ответные меры политики были в основном направлены на разрешение ситуации с ростом государственных заимствований. В 2008–2010 гг. во Франции дефицитное финансирование сектора здравоохранения увеличилось почти в три раза (достигнув порядка 11,9 млрд евро), а в 2011 г. произошло его снижение (до порядка 8,6 млрд евро) в результате повышения доходов и улучшенного контроля над расходами. В Чешской Республике наравне с продвижением дефицитного финансирования также были использованы ресурсные фонды. В Австрии были списаны долги, аккумулированные фондом ОМС до начала кризиса. В 2012 г. Португалия в единоличном порядке перевела 2 млрд евро на нужды Национальной системы здравоохранения в целях сокращения дефицита системы на две трети.

Увеличение государственных бюджетных трансфертов в сектор здравоохранения

Отдельные страны, которые испытали снижение доходов от фонда ОМС, но не имели формул контроля уровня государственных трансфертов, прибегли к увеличению трансфертов на внеплановой основе. Ряд стран предпочли данный выход из ситуации вместо повышения ставок страховых взносов во избежание повышения расходов на заработную плату. Например, федеральное правительство Германии понизило ставки страховых взносов для работающего населения и увеличило государственные трансферты на ОМС до 7,2 млрд евро в 2009 г. и 15,7 млрд евро в 2010 г., при этом в последующие годы отмечались их незначительные сокращения. Некоторые страны сообщили об отсутствии изменений в государственных трансфертах, несмотря на снижение дохода из фонда медицинского страхования⁵.

Использование резервов

В 2011 г. Болгария внесла изменения в закон о медицинском страховании с тем, чтобы понизить резервы фонда с 10% до 9% доходов в целях поддержки финансирования услуг здравоохранения. Бельгия успешно использовала резервы, когда в 2011–2012 гг. приняла решение не пополнять свой резервный фонд ресурсами. Изначально фонд медицинского страхования Эстонии избежал истощения своих значительных ресурсов преимущественно из-за того, что правительство было обеспокоено более широкими бюджетными проблемами, как представлено во вставке 3.3 и на рисунке 3.3. В 2008–2011 гг. Словения истощила свои резервы.

Вставка 3.3 Использование резервов фонда медицинского страхования в Эстонии

Фонд медицинского страхования Эстонии всегда аккумулировал больше ресурсов, чем требовалось в рамках закона, как показано на рисунке 3.2, что служит отражением применения предусмотрительного подхода к росту затрат и приоритета эффективности. Во время кризиса поступления от налогообложения фонда заработной платы резко упали. Разрыв частично удалось сократить за счет резервов, однако правительство не позволило Фонду медицинского страхования Эстонии полностью использовать свои ресурсы для абсолютного сокращения разрыва. Данные резервы, как часть государственного баланса, были необходимы для удовлетворения критериев договора о Европейском союзе (Маастрихт, 1992) в целях присоединения к еврозоне в 2011 г. В результате того, что для Фонда не представлялось возможным полностью использовать свои резервы (тем не менее, принадлежащие ему и доступные для использования в будущем), Фонд прибегнул к ограничению охвата денежными пособиями по временной нетрудоспособности по болезни (данная мера была на политической повестке дня несколько лет) и снижению цен на услуги здравоохранения (см. гл. 4, 5). В качестве ответных мер на кризис было проведено значительное сокращение бюджета министерства здравоохранения в отличие от Фонда, что привело к снижению уровня доступного финансирования сектора общественного здравоохранения. Однако благодаря использованию резервов Фонда доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах выросла с 11,5% в 2007 г. до 12,3% в 2011 г., что свидетельствует о том, что система здравоохранения была защищена от сокращений государственных расходов по сравнению с другими секторами.

Источник: Habicht and Evetovits (2015)

Внедрение контрциклической модели государственных бюджетных трансфертов в сектор здравоохранения

Во время кризиса в Российской Федерации была выработана формула государственных бюджетных трансфертов для покрытия затрат на те категории населения, которые не вносят страховые взносы, не столько для обеспечения дополнительного финансирования, сколько для интеграции потоков поступлений. В Литве и Словакии также применялись формулы для установления уровня государственных бюджетных трансфертов в фонд ОМС, как правило, для покрытия затрат на те категории населения, которые не вносят страховые взносы. Контрциклические меры, предпринятые в Литве, представлены во вставке 3.4 и на рисунке 3.4. Несмотря на то, что в 2008–2012 гг. в Литве отмечался значительный рост безработицы (см. рис 2.2), данные меры способствовали стабилизации доходов фонда медицинского страхования.

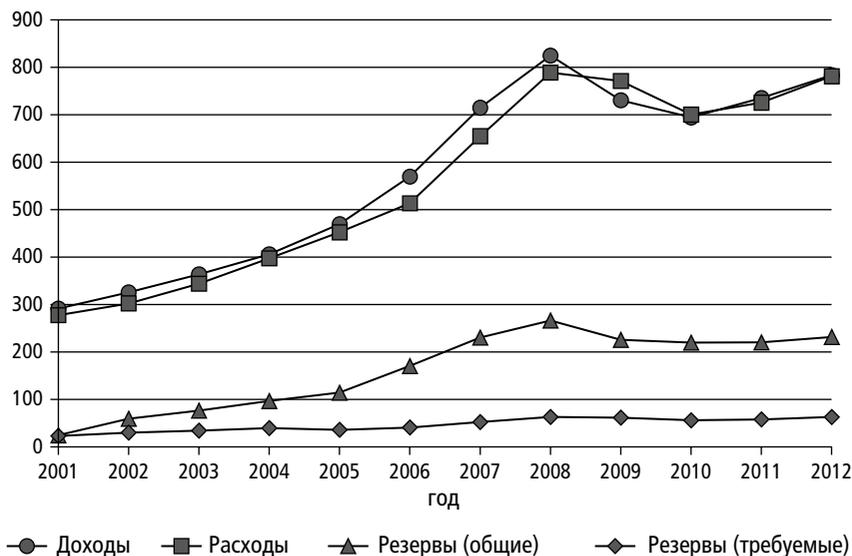


Рисунок 3.3 Аккумуляция и использование резервов медицинского страхования в Эстонии, (млн евро), 2001–2012 гг.

Источник: Habicht and Evetovits (2015).

Вставка 3.4 Меры контрциклического финансирования по стабилизации потока государственных доходов в систему здравоохранения Литвы

В Литве имеется комплексная система ограничения колебаний годовых доходов, являющихся результатом изменений налоговых поступлений от фонда заработной платы. Во-первых, фонд медицинского страхования аккумулирует резервы. Во-вторых, государство осуществляет трансферты из бюджета от имени экономически неактивного и безработного населения. В-третьих, начиная с 2007 г. данные трансферты были основаны на среднемесячной заработной плате за 2 года до проведения трансферта. Связывание государственных бюджетных трансфертов со среднемесячной заработной платой с использованием двухгодичного интервала не только способствует предотвращению неожиданных обвалов дохода фонда медицинского страхования, но также корректирует расширение в периоды роста. Поскольку данная комплексная система утверждена в рамках законодательства в области медицинского страхования, государственные бюджетные трансферты в фонд ОМС увеличились во время кризиса, как показано на рисунке 3.3.

Источник: Kasevičius and Karanikolos (2015)

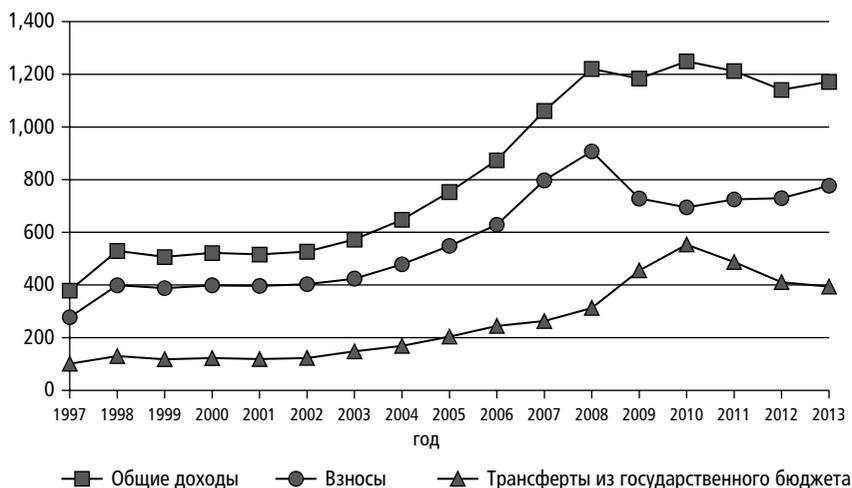


Рисунок 3.4 Воздействие контрциклических механизмов Литвы на доходы от фонда медицинского страхования (млн евро), 1997–2013 гг.

Источник: Kacevičius and Karanikolos (2015).

Повышение социальных страховых взносов

Данная мера была одной из наиболее распространенных ответных мер на снижение доходов фонда медицинского страхования, как показано в таблице 3.3.

Повышение или упразднение потолков заработной платы для внесения страховых взносов

До начала кризиса Венгрия и Эстония упразднили потолки для взносов (Thomson et al. 2009). Во время кризиса в Болгарии наблюдался рост потолка на годовые взносы с 2000 до 2200 болгарских лев, а в Нидерландах – с 50064 до 50853 евро. В 2012 г. в Чешской Республике данное ограничение было упразднено.

Взимание налогов с нерегулярного дохода

Для расширения ставки налога в некоторых странах было проведено распространение ставки страхового взноса на нерегулярный доход, в том числе на дивиденды (Словакия), выходные пособия (Франция), доходы самозанятого населения (Словения) и пенсии (Португалия, Румыния, Хорватия), а также на такие необлагаемые налогами области трудового дохода, как временные контракты (замена и неполная рабочая занятость)

(Словения). В Словении обсуждается расширение ставки взносов на все виды дохода, а не только на трудовой доход, что было предпринято во Франции в 1990-х годах. Румыния и Хорватия приложили усилия по защите малоимущих пенсионеров, используя гибкую ставку страхового взноса, а в Румынии взносы социального страхования взимаются только с тех пенсионеров, размеры пенсии которых превышают определенную сумму (в месяц – 740 румынских лей).

Обеспечение сбора средств

В некоторых странах, отличающихся сложностями в осуществлении сбора доходов, были предприняты меры по обеспечению сбора средств до начала кризиса, включая Венгрию, Румынию и Эстонию (Thomson et al. 2009). В других – в результате кризиса обеспечение сбора средств стало важной целью. Например, агентства по сбору средств в Литве (Фонд социального страхования и Государственная налоговая инспекция) будут иметь дело со штрафными санкциями, если не смогут повысить свою эффективность в обеспечении оплаты взносов. В Словении Национальный фонд медицинского страхования в будущем будет более тесно сотрудничать с налоговой инспекцией.

Централизация сбора средств

Начиная с 2014 г. в Чешской Республике будет осуществлена централизация сбора взносов на ОМС, преимущественно для сокращения административных затрат. Единственные европейские страны, в которых множественные фонды медицинского страхования по-прежнему осуществляют сбор своих средств, – это Австрия, Германия и Словакия (Thomson et al. 2009).

Внедрение новых/целевых налогов для системы здравоохранения

В 2013 г. во Франции был введен новый налог на пиво в интересах общественного здравоохранения, что приведет к ожидаемому доходу в 480 млн евро в год. Кроме того, была увеличена доля дохода от налога на табачные изделия в интересах общественного здравоохранения (до 98,75% с 2009 г), равно как и доля налога с прироста капитала в интересах общественного здравоохранения (с 12,3% до 13,5% в 2011 г). Венгрия ввела налоги на ряд продуктов питания и напитков, а также увеличила их год спустя, таким образом, получив значительный доход для сектора здравоохранения. Изначально этот новый доход использовали для повышения заработных плат медицинских работников, но в будущем они будут направлены на программы общественного здравоохранения. В 2011 г. в Хорватии был введен налог на табачные изделия в интересах общественного здравоохранения.

3.4 Механизмы адресной поддержки в целях защиты трудоустройства и малоимущего населения

Снижение социальных страховых взносов в целях защиты трудоустройства и малоимущего населения

В некоторых странах было отмечено сокращение общей ставки взносов или их избирательное сокращение для категорий работающего населения с тем, чтобы избежать повышения расходов на заработную плату и роста безработицы, а не снижения уровня государственного финансирования на здравоохранение (табл. 3.5). Ряд стран также осуществил снижение ставок взносов для малоимущих домашних хозяйств в целях обеспечения доступности медицинского страхования.

Упразднение налоговых субсидий и льгот

В Дании были упразднены налоговые субсидии на корпоративную закупку ДМС. В 2013 г. в Ирландии были предприняты аналогичные меры по упразднению налоговых субсидий на ДМС определенной стоимости. В Португалии было отмечено упразднение налоговых субсидий на частные расходы на здравоохранение для более состоятельных слоев населения и их сокращение для всех остальных категорий граждан (см. вставку 3.2). Во Франции были уменьшены налоговые льготы для фонда заработной платы в

Таблица 3.5 Меры по обеспечению защиты трудоустройства и малоимущих домашних хозяйств

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны (гг.)</i>
Упразднение налоговых субсидий и льгот	ДМС: Дания (упразднение, 2011), Ирландия (сокращение, 2013) Личные платежи граждан: Ирландия (снижение с предельной до стандартной ставки налога, 2009), Португалия (2012)
Снижение страховых взносов в целях защиты трудоустройства	Работодатели: Венгрия (с 5% до 2%, 2008–2011), Черногория (с 14,5% до 9,8%) Без указания разграничения: бывшая югославская Республика Македония (с 9,2% до 7,5%, 2009), Германия (с 15,5% до 14,9%, 2009), Хорватия (с 15% до 13%, 2012)
Снижение страховых взносов в целях защиты малоимущего населения	Самозастрахованное население: Республика Молдавия (2010, позднее повышена) Пенсионеры: Черногория (с 19% до 1%, 2010)

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

интересах социальной безопасности, а в 2014 г. в Румынии и Чешской Республике запланирована отмена ряда случаев, позволяющих избежать оплату взносов в фонд ОМС.

3.5 Значение для выработки политики и последствия для деятельности системы здравоохранения

Страны предприняли смешанные меры в ответ на кризис (табл. 3.2). Несмотря на то, что многие страны провели определенные сокращения бюджета здравоохранения (19), многие из этих стран (12), равно как и другие страны (12), прибегли к мобилизации доходов, применив ряд стратегий. Эти 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. Однако 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.

Многие страны не сообщили об эффективности различных ответных мер. Мобилизация доходов посредством автоматических стабилизаторов и другие меры варьировали в зависимости от контекста и зависели от политических, экономических и бюджетных факторов, равно как и от стратегий финансирования здравоохранения. Поскольку повышение ставки страховых взносов может быть проблематично в условиях экономического кризиса из-за того, что домашние хозяйства и рынок труда подвержены дополнительному бремени, возможно, лучше воспользоваться другими возможностями, которые окажут положительное воздействие на справедливость финансирования (как представлено ниже), состояние здоровья населения (налоги на общественное здравоохранение) и бюджетная устойчивость (распространение ставки страхового взноса на нерегулярный доход).

Способность государства мобилизовать доходы посредством дефицитного финансирования определяется рядом факторов, включая объем государственного долга, стоимость государственных заимствований, политическую идеологию и внешние ограничения, налагаемые международными программами финансовой поддержки. Например, в 2008–2012 гг. в Испании и Соединенном Королевстве наблюдался существенный рост объема долга, при этом в Соединенном Королевстве он был больше, чем в Испании, но кредитная ставка⁶ снизилась, а в Испании она выросла, что отражает негативное отношение рынка к возможности восстановления (см. рис. 2.6, 2.7). В результате Испания столкнулась с трудностями при осуществлении дефицитного финансирования, равно как и другие страны, имеющие программы финансовой поддержки. С другой стороны, хотя в Соединенном Королевстве рост кредитной ставки был экономически

оправданным, в силу политического приоритета наблюдались тенденции к уменьшению бюджета здравоохранения.

В рамках дальнейшего обсуждения мы проводим анализ данных о расходах на здравоохранение, представленных в главе 2 и таблице 3.1. Однако для проведения полной оценки воздействия на деятельность системы здравоохранения необходимо учитывать изменения охвата и изменения планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения, которые представлены в четвертой и пятой главах данной публикации.

Достаточность

Мы рассматриваем два элемента в целях проведения оценки того, насколько сокращения государственных расходов на здравоохранение могут оказывать воздействие на достаточность государственного финансирования. Во-первых, мы проводим анализ стран, в которых произошло снижение уровня государственных расходов на здравоохранение на душу населения как доли ВВП и как доли общих государственных расходов (последнее отражает приоритет или приверженность сектору здравоохранения в обосновании решений о распределении государственных средств). Затем мы рассматриваем те из выбранных стран, которые на момент начала кризиса занимали достаточно слабую позицию из-за того, что распределение государственных средств в сектор здравоохранения было на уровне ниже среднего, а также из-за наличия выше среднего уровня личных платежей граждан за медицинскую помощь. Как мы указали во второй главе, незначительные сокращения государственных расходов на здравоохранение сами по себе необязательно приводят к подрыву деятельности системы, кроме того, данные сокращения могут быть результатом повышения эффективности, но, скорее всего, могут привести к негативным последствиям, если они являются устойчивыми или имеют место в системах здравоохранения, отличающихся недостаточным уровнем финансирования, и в странах с сильным экономическим кризисом.

В 2007–2012 гг. уровень государственных расходов на здравоохранение на душу населения снизился в 28 из 53 стран (табл. 3.1). В целом сокращения были относительно незначительными и сопровождалось ростом в последующие годы. Однако в Греции, Ирландии, Латвии, Португалии и Хорватии сокращения были существенными или продолжительными (или и то, и другое в случае Греции и Ирландии). В результате уровни государственных расходов на душу населения были ниже в 2012 г. по сравнению с 2007 г. (рис. 3.1). В некоторых из перечисленных стран, равно как и в других странах, были проведены сокращения в 2012 г. (последний год, за который имеются данные международных источников о расходах), что свидетельствует о том, что эти страны, возможно, еще не достигли нижнего предела. Доля расходов на здравоохранение в государственных расходах уменьшилась в 44 из 52 стран и была меньше в 2011 г. по сравнению с 2007 г. в 24 странах (более чем на два процентных пункта в 8 странах; см. рис. 2.13)⁷. Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение уменьшилась в 24 из 53 стран и на пять и более процентных

пунктов в таких странах, как Армения, Ирландия, Румыния, Украина, Хорватия и Черногория (см. рис. 2.14).

В таблице 3.6 представлена наша оценка риска недостаточного уровня государственного финансирования для страны, что может привести к усугублению финансовых лишений для населения. Каждой стране предписываются баллы по шкале от 0 (отсутствие риска) до 7 (самая высокая степень риска), что отражает основополагающие условия на момент начала кризиса, в том числе приоритет или приверженность сектору здравоохранения ниже среднего, личные платежи граждан на здравоохранение выше среднего (столбцы 1–2), а также сокращение государственного финансирования во время кризиса (столбцы 3–7). Странам, в которых не было отмечено значительных сокращений государственного финансирования сектора здравоохранения во время кризиса, но которые полагались на личные платежи граждан до кризиса, был присужден дополнительный балл. Согласно проведенной базовой оценке, 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 большое число стран, находящихся в состоянии высокого риска, приходится на ЕС.

В Греции, Ирландии, Латвии, Португалии и Хорватии наблюдались наибольшие сокращения государственных расходов на душу населения в отдельные годы (более 10%, рис. 3.1). В Греции, Ирландии, Румынии и Хорватии были отмечены постоянные сокращения (более чем три года). В 2013 г. негативный рост ВВП отмечался в таких странах, как Греция, Ирландия, Испания, Италия, Кипр, Португалия, Словения, Хорватия и Чешская Республика (Eurostat 2014), что свидетельствует о том, что данные страны, возможно, испытали дальнейшее сокращение государственных расходов на здравоохранение в 2013 г., но данные о расходах сектора здравоохранения все еще не доступны для подтверждения этого наблюдения.

Из всех стран с уровнем риска от среднего до высокого на момент начала кризиса, те страны, в которых наблюдались самые высокие уровни личных платежей граждан на услуги здравоохранения (более одной трети общих расходов на здравоохранение в Азербайджане, Албании, Армении, Болгарии, бывшей югославской Республике Македонии, Греции, Кипре, Латвии, Туркменистане), имели наименьшие возможности для сокращения государственных расходов, не сопровождающегося дальнейшим разрушением финансовой защиты и ограничением доступа к услугам здравоохранения. Таким образом, в Греции и Латвии такие значительные сокращения государственных расходов на здравоохранение оказали, скорее всего, негативное воздействие на эти важные аспекты деятельности системы здравоохранения. Кипр может испытать аналогичные проблемы, если последуют дальнейшие сокращения.

С другой стороны, Ирландия и Хорватия получили выгоду от распределения относительно большой доли государственных расходов в сектор здравоохранения до наступления кризиса (порядка 16% государственных

Таблица 3.6.1 Риск недостаточного государственного финансирования системы здравоохранения, ЕС-28

	Баллы		Изменения во время кризиса				
	Приоритет < среднего (2007)	Контекст	Сокращения государственных расходов за 2 года (2007)	Сокращения государственных расходов за 3 года	Государственные расходы на здравоохранение на душу населения 2012<2007	Приоритет 2012<2007	Государственные расходы (%) в общих расходах на здравоохранение 2012<2007
Австрия	0						
Бельгия	0						
Чешская Республика	0	✓					
Германия	0						
Нидерланды	0						
Польша	0	✓	✓				
Швеция	0						
Соединенное Королевство	0						
Дания	1					✓	
Италия	1		✓				
Франция	1					✓	
Финляндия	2	✓				✓	
Испания	2		✓			✓	
Румыния	2	✓	✓				✓
Словакия	2	✓				✓	

Таблица 3.6.2 Риск недостаточного государственного финансирования системы здравоохранения, страны Европейского региона ВОЗ, не входящие в ЕС

	Баллы		Изменения во время кризиса				
	Приоритет среднего (2007)	Контекст	Сокращение государственных расходов за 2 года	Сокращение государственных расходов за 3 года	Государственные расходы на здравоохранение на душу населения 2012<2007	Приоритет 2012<2007	Государственные расходы (%) в общих расходах на здравоохранение 2012<2007
Беларусь	0	✓					
Босния и Герцеговина	0	✓					
Грузия	0	✓					
Израиль	0	✓					
Казахстан	0	✓					
Монако	0						
Республика Молдова	0	✓					
Сербия	0	✓					
Швейцария	0	✓					
Таджикистан	0	✓					
Турция	0	✓					
Узбекистан	0	✓					
Норвегия	1						✓

Андорра	2		√		√		
Исландия	2					√	√
Кыргызстан	2		√			√	
Сан-Марино	2			√			√
Албания	3	√		√			
Азербайджан	3	√		√		√	
Бывшая югославская Республика Македония	3			√		√	√
Армения	4	√		√		√	√
Черногория	4	√		√		√	√
Российская Федерация	4	√		√		√	√
Туркменистан	4	√		√		√	√
Украина	4	√		√		√	√

Источник: оценка авторов на основе WHO (2014).

Примечание: средние показатели – по данным Европейского региона ВОЗ для стран, не входящих в ЕС, и по данным ЕС-28 для государств-членов ЕС-28.

расходов в обеих странах) и очень низкого уровня личных платежей граждан (менее 15% в обеих странах). 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%.

Стабильность

Продолжающаяся из года в год в ряде стран неустойчивость уровня государственных расходов на здравоохранение на душу населения (табл. 3.1) ставит вопрос о том, насколько во время кризиса системы здравоохранения, финансируемые из средств фонда медицинского страхования, продемонстрировали бóльшую стабильность по сравнению с системами, финансируемыми из средств бюджета. В европейских странах наибольшие сокращения годовых расходов произошли в результате решений органов государственного управления (Греция, Ирландия, Латвия, Португалия), однако 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. В Ирландии не было контрциклической формулы для покрытия резкого роста доли населения, имеющего право на льготы на основе критериев нуждаемости⁸.

В других странах резервы и контрциклические формулы создали необходимый защитный буфер. Однако за исключением Эстонии, которая накопила значительные резервы медицинского страхования до начала кризиса (на основе опыта экономического спада в начале 1990-х годов), одних только 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 достаточного уровня финансирования и стабильности даже в Литве, имеющей сильные встроенные механизмы контрциклического финансирования.

Несмотря на то, что мы не можем сделать неопровержимые выводы на основе указанных данных, тем не менее, можно привести 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 государственными услугами здравоохранения на основе критериев нуждаемости. В-третьих, большое значение имеют ответные меры политики, предпринимаемые во время развития кризиса: автоматические стабилизаторы не заменяют действия, как было продемонстрировано на примере Эстонии. 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 экономии станут приоритетными по сравнению с задачами системы здравоохранения.

Справедливость финансирования

Ответные меры, скорее всего, имеющие положительное воздействие на справедливость финансирования, включают повышение или упразднение потолков заработной платы для уплаты страховых взносов; распространение ставки страхового взноса на нерегулярный доход; целевые снижения уровня страховых взносов для малоимущих домашних хозяйств (часто включая пенсионеров); целевые повышения уровня страховых взносов для домашних хозяйств с более высоким уровнем дохода; сокращение налоговых субсидий для домашних хозяйств с более высоким уровнем дохода, например, отмена налоговых вычетов в связи с расходами на ДМС. Некоторые страны воспользовались возможностью, предоставленной кризисом, для того, чтобы разрешить давнюю проблему источников несправедливости, в особенности Ирландия и Португалия, а другие в качестве ответных мер применили продуманные целенаправленные подходы по защите малоимущих домашних хозяйств (Ирландия, Молдова, Румыния, Хорватия, Черногория). К ответным мерам политики, направленным на повышение справедливости финансирования, можно также отнести действия по расширению ставки страхового взноса на дивиденды в Словакии.

Однако ответные меры, которые приводят к росту личных платежей граждан или диспропорционально увеличивают финансовые лишения для малоимущих домашних хозяйств (за счет более высокого уровня личных платежей или распространения ставки страхового взноса на пенсии), скорее всего, могут привести к подрыву справедливости финансирования. В 2007–2012 гг. доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение выросла в 21 стране, что указывает на регрессивное перераспределение расходов в сторону домашних хозяйств. Согласно анализу, несмотря на то, что в Ирландии структура государственного финансирования сектора здравоохранения стала более прогрессивной во время кризиса, тот факт, что государство в большей степени полагалось на личные платежи граждан, возможно, способствовал усилению регрессивности финансирования системы здравоохранения в целом (Jowett and Evetovits 2014).

3.6 Выводы

В данной главе были рассмотрены ответные меры на кризис, оказывающие воздействие на уровень государственного финансирования системы здравоохранения, включая сокращение государственных расходов на здравоохранение, мобилизацию государственных доходов и введение целевых мер по защите трудоустройства и малоимущих слоев населения. Это свидетельствует о том, что страны предприняли смешанные меры из широкого арсенала потенциальных ответных мер на кризис. Хотя в ряде стран были проведены очевидные сокращения бюджета здравоохранения, большинство стран прибегли к мобилизации государственного дохода, используя различные стратегии. Несмотря на данные усилия уровень государственных расходов на здравоохранение снизился во многих странах в 2007–2012 гг. (последний год, за который имеются сравнительные данные международных источников о расходах на здравоохранение). В целом сокращения были относительно небольшими, а в последующие годы их сменил рост, однако в ряде стран ЕС наблюдались значительные и длительные сокращения, а уровни расходов 2007 г. все еще не были достигнуты. Согласно экономическим показателям, в этих и других странах в 2013 г. наблюдались дальнейшие сокращения.

Проведенный нами анализ воздействия кризиса на деятельность системы здравоохранения указывает на то, что объем и длительность сокращений расходов во время кризиса в сочетании с недостаточным финансированием и высоким уровнем личных платежей граждан до начала кризиса, скорее всего, привели к проблемам в Греции и Латвии, связанным с недостаточным уровнем финансирования и обеспечения финансовой защиты. Значительные сокращения расходов также наблюдались в Ирландии, Литве, Португалии и Хорватии, однако, в этих странах (особенно в Ирландии и Хорватии) негативные последствия были в некоторой степени смягчены высоким уровнем государственного финансирования в докризисный период.

Мы также указали на то, что существуют другие пути предварительной подготовки, которые могут быть полезными. Автоматические стабилизаторы, так называемые встроенные механизмы контрциклического финансирования в виде резервов и формул государственных бюджетных трансфертов, имеют фундаментальное значение для поддержания государственного дохода сектора здравоохранения в условиях экономического кризиса. Тем не менее, ответные меры важны: решения органов государственного управления, принятые в качестве ответных на кризис, играют значительную роль. Хотя в странах иногда имели место значительные сокращения государственных расходов на здравоохранение, при отсутствии действий органов государственного управления уровни государственных расходов на здравоохранение были бы еще ниже.

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, а усилия по мобилизации доходов были сконцентрированы в основном в

системах, функционирующих на основе фондов медицинского страхования. Несмотря на то, что самые большие годовые сокращения в целом произошли в результате решений правительства, это свидетельствовало о масштабах экономического потрясения, включая внешнее вмешательство в рамках программ финансовой поддержки ЕС–МВФ и отсутствие автоматических стабилизаторов. Из этого можно извлечь ценные уроки для обеих типов систем, равно как и из опыта отдельных стран, которые воспользовались кризисом для того, чтобы повысить справедливость финансирования системы здравоохранения посредством тщательно спланированных целевых ответных мер.

В целом вызывает беспокойство то, что большое количество стран прибегнули 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 те, 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 и поддержания финансовой безопасности и доступа к услугам здравоохранения во время кризиса не был признан в достаточной степени ни в стратегических решениях относительно бюджетной политики, ни в программах финансовой поддержки ЕС–МВФ.

Примечания

- 1 В рамках данного исследования, проводимого в два этапа, отсутствовала информация по таким странам, как Андорра, Люксембург, Монако, Сан-Марино, Туркменистан, Узбекистан.
- 2 Следующие страны не сообщили о проведении каких-либо ответных мер в области государственного финансирования системы здравоохранения: Азербайджан, Албания, Армения, Израиль.
- 3 Государственное финансирование сектора здравоохранения представляет собой доход, который является обязательным, предоплачиваемым и объединенным. Эти три фактора имеют важное значение для достижения целей системы здравоохранения. Государственное финансирование включает прямые и непрямые налоги в рамках общего налогообложения, целевые налоги в интересах общественного здравоохранения, особенно взносы социального страхования, которые, как правило, взимаются с заработной платы (фонд заработной платы), а также обязательное приобретение полиса медицинского страхования у частных страховых компаний, как это принято в Нидерландах и Швейцарии.
- 4 Следующие страны сообщили о сокращении дохода фонда ОМС в результате безработицы или снижения уровня заработной платы: Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Литва, Молдова, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Черногория, Швейцария, Эстония.
- 5 К таковым также относятся: Болгария, Босния и Герцеговина, Польша, Сербия, Словения, Эстония.
- 6 В соответствии с рыночной ставкой по государственным облигациям сроком на 10 лет, которая является одним из наиболее часто используемых индикаторов для оценки государственной стоимости заимствования.

- 7 Армения, Ирландия, Исландия, Кыргызстан, Латвия, Люксембург, Хорватия, Черногория.
- 8 Данный показатель вырос с менее 30% в 2007 г. до более 40% в 2012 г. (Nolan et al. 2015).

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 29 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 29 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).
- Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E. (2009) Финансирование здравоохранения в Европейском союзе: проблемы и стратегические решения. Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1, по состоянию на 19 июня, 2015 г).
- Cylus, J., Mladovsky, P., and McKee, M. (2012) Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries, *Health Services Research*, 47(6): 2204–24.
- EBRD (2010) Life in Transition Survey, London: European Bank for Reconstruction and Development. Available at <http://www.ebrd.com/news/publications/special-reports/life-in-transition-survey-ii.html> [Accessed 9/03/2015].
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A. and Maresso, A. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- Eurostat (2014) *Statistics* [online] Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes> [Accessed 14/12/2014].
- Gomez, L. and Ortiz, R. (2010) *Policy Briefing Paper: Sin Taxes*. Albuquerque: New Mexico Health Policy Commission.
- Habicht, T. and Evetovits, T. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Jowett, M. and Evetovits, T. (2014) Changes to the level of statutory resources, in S. Thomson, M. Jowett and P. Mladovsky (eds) *Health System Responses to Financial Pressures in Ireland: Policy Options in an International Context*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 24–50.

- Kacevičius, G. and Karanikolos, M. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Lithuania, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- Nolan, A., Barry, S., Burke, S. and Thomas, S. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Ireland, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Barbosa, P. and Azevedo, H. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. et al. (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, 18(3): 291–313.
- Velényi, E. and Smits, M. (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: World Bank.
- Wagstaff, A. (2010) *Benefit Incidence Analysis: Are Government Health Expenditures More Pro-Rich than we Think?*, Policy Research Working Paper 5234. Washington, DC: World Bank.
- WHO (2014) Global Health Expenditure database [online]. Available at <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/> [Accessed 14/12/2014].
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Carrin, G., Kutzin, J. and Evans, D. (2010) *Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection against Financial Risk*, World Health Report 2010 Background Paper 19. Geneva: World Health Organization.

Изменения охвата услугами здравоохранения

Sarah Thomson

Как показано на рисунке 4.1, охват услугами здравоохранения включает три аспекта: долю населения, имеющего право на получение государственных услуг здравоохранения, спектр предоставляемых услуг и уровень личных платежей граждан за услуги по месту их оказания (Всемирная организация здравоохранения 2010). Руководители могут прибегнуть к ограничению одного или более аспектов охвата, столкнувшись с ростом бюджетных проблем.

Охват услугами здравоохранения является одним из определяющих факторов финансовой защиты. 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 необходимости¹. Основная проблема при разработке стратегических мер состоит в том, чтобы определить насколько возможно изменить охват и при этом избежать подрыва финансовой безопасности и других аспектов деятельности системы здравоохранения.

Сокращение охвата услугами здравоохранения приводит к перераспределению ответственности за оплату медицинских услуг на население, и, как правило, способствует повышению роли личных платежей граждан в системе здравоохранения (прямые платежи за непокрываемые услуги и плата за покрываемые услуги) или в меньшей степени – ДМС. Таким образом, 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. В свою очередь финансовые барьеры к доступу, скорее

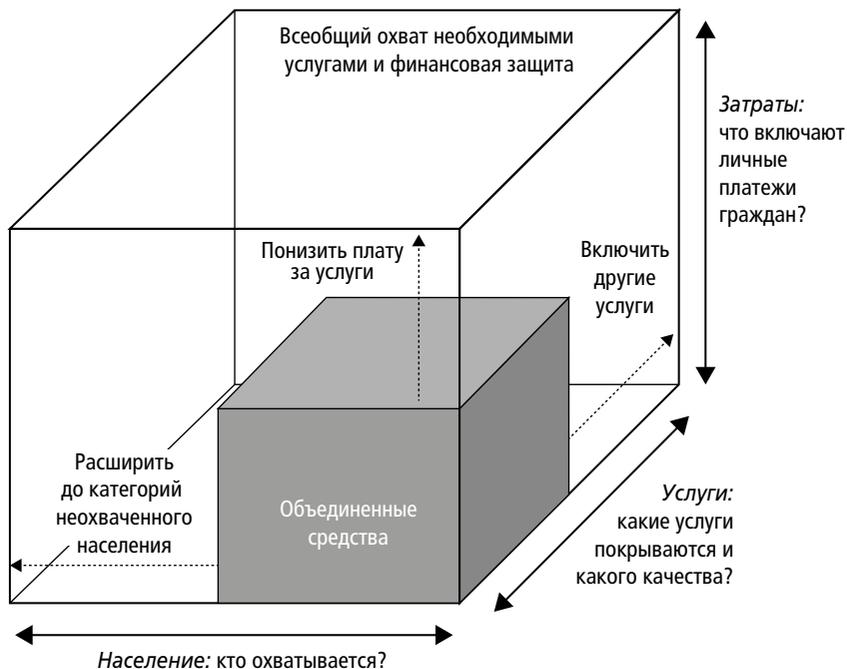


Рисунок 4.1 Аспекты охвата услугами здравоохранения: право населения на получение государственных услуг здравоохранения, пакет льгот и плата за услуги

Источник: адаптировано, Всемирная организация здравоохранения (2010).

всего, могут способствовать развитию неэффективности, например, сокращению ресурсов в необходимых областях или поощрению населения в использовании ресурсоемких служб экстренной медицинской помощи вместо обращения в учреждения первичной медико-санитарной помощи. Все вышеперечисленные факторы могут способствовать усугублению бюджетных проблем, а не их разрешению.

Отдельные негативные последствия для состояния здоровья населения могут быть смягчены при должном внимании к разработке мер политики. Два основных принципа оказывают основополагающее воздействие на 'успешность' применения мер политики: во-первых, обеспечение того, чтобы изменения охвата не имели негативного воздействия на группы населения, которые уже являются уязвимыми в отношении состояния здоровья и доступа к медицинской помощи (малоимущее население; безработные; группы населения, подверженные социальной маргинализации; или пациенты с хроническими болезнями, нуждающиеся в постоянном лечении); во-вторых, использование дезинвестирования посредством установления приоритета услуг здравоохранения и моделей потребления, которые не являются эффективными с точки зрения затрат. Для осуществления обоих принципов необходимо использование целевого избирательного подхода к разработке мер политики.

В данной главе рассмотрены меры по изменению охвата, которые были предприняты странами в ответ на кризис с 2008 г. и по первую половину 2013 г., согласно данным опроса, проведенного в рамках исследования в 47 странах². В следующих трех разделах представлен каждый из аспектов, начиная с краткого обзора масштаба изменений и дальнейшего краткого изложения ответных мер политики. Далее рассмотрена роль ДМС в сокращении разрывов в охвате. В заключении главы предложено обсуждение последствий и значения выработки политики для деятельности системы здравоохранения.

В четырех пятых стран, участвовавших в опросе, были отмечены изменения охвата (табл. 4.1). На рисунке 4.2 показано распределение изменений по трем аспектам. Плата за услуги (в 32 странах в целом) стала наиболее распространенным аспектом для проведения изменений мер политики, далее следовали изменения пакета льгот (в 30 странах) и изменения права населения на получение государственных услуг здравоохранения (в 20 странах). Во многих странах были введены смешанные меры, направленные на расширение и ограничение охвата. Как правило, страны, наиболее сильно пострадавшие от кризиса³, ввели две или более мер по ограничению охвата. Стратегии иногда вводились, но впоследствии были либо не завершены, либо реализованы не в полной мере. В нескольких странах были приостановлены запланированные меры.

В таблицах, представленных в данной главе, различаются прямые и частичные возможные ответные меры на кризис. Названия стран, выделенные курсивом, означают, что либо в данной стране были отмечены

Таблица 4.1 Краткое изложение изменений в охвате услугами здравоохранения, 2008–2013 гг.

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

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

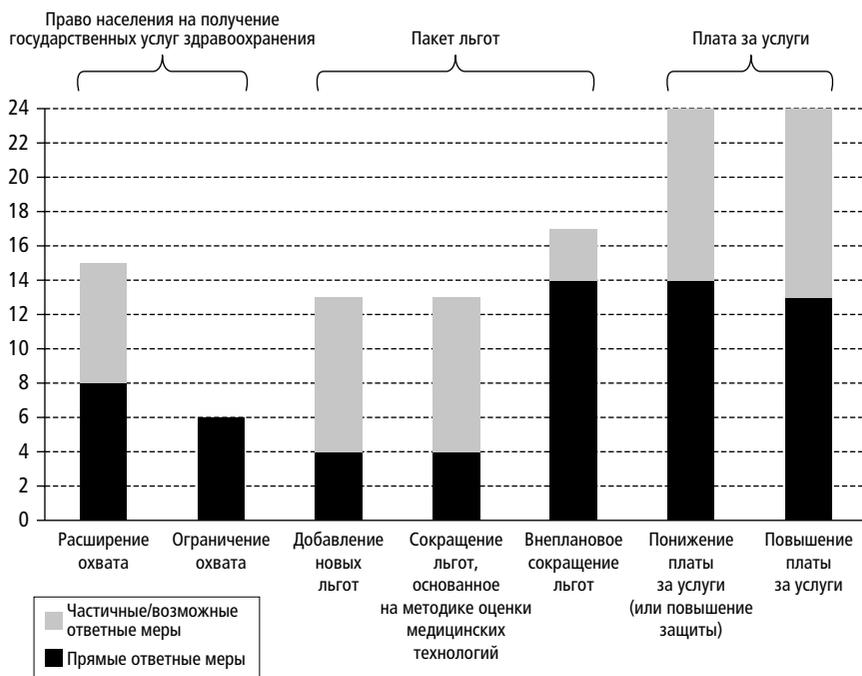


Рисунок 4.2 Страны, сообщившие об изменениях охвата услугами здравоохранения посредством прямых или частичных/возможных ответных мер на кризис (из 40 стран), 2008–2013 гг.

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

частичные ответные меры на кризис (запланированные до начала кризиса, но осуществленные после с большей/меньшей скоростью/интенсивностью, чем было запланировано), либо возможные ответные меры на кризис (запланированные и внедренные с началом кризиса, но не определенные соответствующими органами власти в качестве ответных мер на кризис). Важно подчеркнуть, что цель данной главы в предоставлении обзора изменений внутри стран, а не сравнительного анализа между странами. В ряде стран были проведены значительные изменения охвата, в том числе сокращения, исходя из достаточной широкой отправной точки. В других изменения были незначительными, но имели место в условиях относительно ограниченного охвата. В ряде стран вообще никаких изменений не наблюдалось⁴.

4.1 Охват населения: право на получение государственных услуг здравоохранения

К концу XX века почти все системы здравоохранения стран ЕС достигли всеобщего или почти всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

К концу 2008 г. осталось только две или три страны, населению которых не было предоставлено право на получение государственных услуг здравоохранения. Например, в Ирландии и Кипре до сих пор доступ к первичной медико-санитарной помощи предоставляется только по критериям нуждаемости. Таким образом, одной из основных тенденций стратегий сектора здравоохранения стран ЕС за последние 20 лет является расширение охвата населения услугами здравоохранения (Thomson et al. 2009). Важным направлением в рамках данной широкой тенденции стал переход от статуса трудовой занятости к статусу постоянного жителя для предоставления населению права на получение государственных услуг здравоохранения. С другой стороны, в странах, расположенных в восточной части Европейского региона ВОЗ, наблюдалась тенденция по отходу от всеобщего охвата по причине введения ОМС, что способствует появлению явно выраженных категорий незастрахованного населения. Во многих из этих стран доступ к льготам также ограничен низким уровнем государственного финансирования на здравоохранение (Kutzin et al. 2010). В 1990–2000 гг. в ряде стран обсуждались меры по ограничению охвата государственными услугами здравоохранения, зачастую вызванные стремлением продвижения ДМС (Mossialos and Le Grand 1999; Thomson and Mossialos 2009). На сегодняшний день Грузия является единственной страной, в которой данные меры были введены повсеместно (Thomson 2010)⁵.

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 (Thomson and Mossialos 2006; Smith and Normand 2009; Smith 2010). Системы здравоохранения утрачивают 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.

На рисунке 1.2 показано, как предоставление права на получение государственных услуг здравоохранения на основе критериев нуждаемости является источником бюджетных проблем в условиях экономического спада. Страны, в которых используется подход на основе критериев нуждаемости, скорее всего, будут вынуждены использовать больше государственных средств на нужды системы здравоохранения с тем, чтобы справиться с растущим спросом на фоне снижения доходов и того, что все большему числу людей предоставляется право пользования государственными услугами здравоохранения без взимания платы или на основе субсидий. Например, в Ирландии доля населения, охватываемая

первичной медико-санитарной помощью, финансируемой государством, выросла с 29% в 2008 г. до 39% в 2012 г. (Thomson et al. 2014), что привело к существенному усугублению бюджетных проблем системы 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.

Изменения охвата населения государственными услугами здравоохранения

В 15 странах были отмечены изменения, направленные на расширение охвата (табл. 4.2). В половине данных случаев меры политики были запланированы до начала кризиса и реализованы, несмотря на него. Наиболее распространенными целевыми группами для расширения охвата стали малоимущее взрослое и детское население. В самом начале кризиса в Эстонии наблюдалось расширение охвата на категории населения, долгое время находящееся без работы, представляющее наиболее уязвимую категорию населения, особенно в условиях экономического кризиса. В Российской Федерации в качестве основы для предоставления права на получение государственных услуг здравоохранения вместо статуса гражданина стали использовать статус постоянного жителя, что позволило расширить охват на граждан других государств, проживающих на территории страны, временно проживающих и лиц, не имеющих гражданства, однако, в дальнейшем данные меры были отменены (Richardson 2014). В Швеции были введены плановые изменения, предоставляющие нелегальным мигрантам право на получение тех же государственных услуг здравоохранения, что и беженцам, а также расширение охвата на беженцев и предоставление их детям такого же права на получение государственных услуг здравоохранения, что и детям, родители которых имеют статус постоянного жителя.

Три страны сообщили о проведении изменений, направленных на обеспечение большей ясности об охвате государственными услугами здравоохранения. Швейцария подтвердила, что нелегальные мигранты получили право на пользование государственными услугами здравоохранения и субсидиями. В Испании было установлено, что право взрослого населения на получение государственных услуг здравоохранения было основано на статусе застрахованного, а не на статусе постоянного жителя. В Таджикистане была запущена национальная кампания по предоставлению лицам с ограниченными возможностями выгод от пользования государственными услугами здравоохранения и улучшения доступа к медицинской помощи в сельской местности.

В 6 странах (все государства-члены ЕС) были отмечены изменения по ограничению охвата (табл. 4.2). Важно, что в 5 из этих стран, данные меры были направлены на относительно уязвимые группы населения:

- получающих минимальную заработную плату без социальных льгот (Словения);

Таблица 4.2 Изменения охвата населения государственными услугами здравоохранения, 2008–2013 гг.

<i>Основа охвата</i>	<i>Расширение охвата на</i>	<i>Ограничение охвата для</i>
Статус постоянного жителя	Лица со статусом постоянного жителя: Российская Федерация	Иностранцы граждане со статусом постоянного жителя: Чешская Республика
	Незаконные мигранты: Российская Федерация, <i>Швеция</i>	Незаконные мигранты: Испания (взрослые) Граждане стран, не входящих в ЕС: Испания (взрослые)
Гражданство	Расширение на граждан: бывшая югославская Республика Македония	
Страхование	Греция: расширение охвата отдельными видами амбулаторной помощи на незастрахованное население	Запланированы меры по переходу от статуса постоянного жителя в предоставлении права на получение услуг здравоохранения к статусу на основе страховых взносов: Латвия
	Испания: уточнение основы для предоставления права на получение услуг здравоохранения взрослому населению; введение мер политики по предоставлению незастрахованному населению права на приобретение медицинского страхования по фиксированной годовой ставке (710 евро для населения младше 65 лет, 1900 евро для населения старше 65 лет)	
Трудоустройство	<i>Бельгия, Босния и Герцеговина, Литва</i> (самозанятое население), Эстония (население, долгое время находящееся без работы)	
Доход	Австрия (в основном малоимущее детское население), Греция, Исландия (стоматологическая помощь), <i>Республика Молдова, Сербия, Франция</i>	Более низкие критерии нуждаемости: Ирландия, Кипр, Словения
Возраст	Население пожилого возраста: <i>Бельгия</i> (стоматологическая помощь), Босния	Более низкие критерии нуждаемости для населения пожилого возраста: Ирландия
	Дети: <i>Бельгия</i> (стоматологическая помощь), Босния и Герцеговина, Сербия, <i>Черногория, Швеция</i> (дети беженцев) Студенты: <i>Республика Молдова, Черногория</i>	

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

- получающих годовой доход в размере 15 380–20 500 евро (Кипр); таким образом, изменив существующий план по предоставлению данной категории населения доступа к услугам здравоохранения практически без взимания платы (Cylus et al. 2013);
- получающих льготы на основе критериев нуждаемости (Ирландия);
- не имеющих статуса постоянного жителя (Испания и Чешская Республика);
- нелегальные взрослые мигранты (Испания).

В Ирландии также были предприняты меры по исключению более обеспеченных слоев населения в возрасте старше 70 лет из охвата бесплатной первичной медико-санитарной помощью, таким образом, повернув вспять меры, введенные в 2001 г. (Thomson et al. 2014), но при этом к 2016 г. в стране планируется введение всеобщего охвата первичной медико-санитарной помощью (Department of the Taoiseach 2011). В Латвии поступило предложение по изменению основы предоставления права на получение государственных услуг здравоохранения со статуса постоянного жителя на статус, определяемый уровнем страховых взносов.

4.2 Пакет льгот

Системы здравоохранения ЕС в целом предоставляют комплексный пакет льгот, в том числе услуги общественного здравоохранения. В тех странах, которые не предлагают всеобщего охвата услугами здравоохранения, наиболее часто наблюдаются значительные различия покрываемых рецептурных лекарственных средств и приборов медицинского назначения (Richardson 2014). В прошлом системы здравоохранения, финансируемые из средств государственного бюджета, не использовали четкого определения пакета льгот. Согласно проведенному анализу, очевидно, что данная ситуация меняется. За последние 20 лет во многих странах были введены более прозрачные критерии включения новых видов льгот, а также в большей мере стала применяться методика оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату (Sorenson et al. 2008), особенно в странах ЕС, где затратноэффективность играет все большую роль.

Страны редко с легкостью идут на ограничение масштабов государственного финансирования услуг, предоставляемых в рамках пакета льгот (Ettelt et al. 2010). Один из основных факторов успеха мер политики состоит в применении избирательного и систематического подхода, например, приоритет дезинвестирования услуг здравоохранения, имеющих низкую ценность (малоэффективных или неэффективных с точки зрения затрат). В отличие от внеплановых сокращений использование методики оценки медицинских технологий при исключении из охвата отдельных видов услуг, имеющих низкую ценность, имеет двоякое преимущество: с одной стороны, повышает эффективность государственных расходов, с другой стороны, сводит к минимуму обеспокоенность о негативном воздействии на состояние здоровья населения⁶.

Один из основных недостатков состоит в том, что при использовании методики оценки медицинских технологий возникает ряд технических,

финансовых и стратегических сложностей. Помимо политической воли для реализации данного метода также необходимы инвестиции и мощности, которых может не быть в условиях тяжелого экономического кризиса, а преимущества используемого метода зачастую практически не заметны (Stabile et al. 2013), что объясняет, почему данный метод использовался не настолько широко или оптимально, как мог бы, даже в обычных обстоятельствах. В действительности лишь в некоторых странах методика оценки медицинских технологий используется для проведения дезинвестирования; в большинстве своем оценки сосредоточены на новых технологиях (Ettelt et al. 2007). 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.

Изменения пакета льгот

В 25 странах наблюдались усилия по ограничению или пересмотру пакета льгот, финансируемого государством (табл. 4.3). При этом в некоторых из этих стран было отмечено использование систематического подхода на основе явно выраженных критериев⁷. Согласно данным, систематические изменения часто были запланированы до начала кризиса.

В некоторых странах, сильно пострадавших от кризиса, либо были введены новые минимальные пакеты льгот (Греция, Португалия), либо их внедрение было запланировано (Испания, Кипр). К другим значимым мерам можно отнести следующие: введение в 2013 г. во Франции норм, согласно которым затратоэффективность стала обязательным критерием метода оценки медицинских технологий; в Германии все новые лекарственные средства подлежат оценке на дополнительную терапевтическую пользу⁸.

Наиболее распространенной категорией, подвергшейся незапланированному исключению из списка льгот и систематическому дезинвестированию, стали лекарственные средства, за которыми следовала временная нетрудоспособность по болезни. В Болгарии и Румынии было проведено ограничение доступа к первичной медико-санитарной помощи, а в Румынии введено ограничение числа повторных посещений врача общей практики по текущему диагнозу (5 раз в год, позднее сокращено до 3 раз в год). Кроме того, в Болгарии произошло перераспределение ответственности от министерства здравоохранения к фонду государственного медицинского страхования за следующие услуги: иммунизацию, охрану психического здоровья в амбулаторных условиях, дерматологию и лечение инфекций, передающихся половым путем. Таким образом, в Болгарии данные виды услуг предоставляются только застрахованным категориям граждан.

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, а Нидерланды отказались от планов сокращения охвата услугами по охране психического здоровья.

Таблица 4.3 Ограничение или пересмотр льгот на внеплановой или систематической основе, 2008–2013 гг.

<i>Вид услуг здравоохранения</i>	<i>Внеплановые изменения</i>	<i>Плановые изменения (на основе методики медицинских технологий)</i>
Лекарственные средства	<i>Босния и Герцеговина, Греция, Испания, Литва, Нидерланды, Республика Молдова, Сербия, Словения</i>	<i>Бельгия, Венгрия, Германия, Испания, Италия, Литва, Польша, Румыния, Франция, Хорватия, Швейцария</i>
Временная нетрудоспособность по болезни	<i>Босния и Герцеговина, Венгрия, Литва, Словения, Эстония</i>	
Минимальный пакет льгот	<i>Греция, Португалия</i>	<i>Кипр (плановое), Испания (плановое)</i>
Стоматологическая помощь	<i>Ирландия, Нидерланды, Чешская Республика, Эстония</i>	
Лечение за границей	<i>Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония</i>	
Первичная медико-санитарная помощь	<i>Болгария, Румыния</i>	
Приборы медицинского назначения	<i>Болгария</i>	<i>Венгрия</i>
Физиотерапия	<i>Нидерланды</i>	
Долговременная помощь	<i>Нидерланды</i>	
Охрана здоровья уха и слуха	<i>Ирландия</i>	
Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)	<i>Нидерланды</i>	
Профилактика заболеваний	<i>Нидерланды (медицинские консультации по вопросам рациона питания, статины, контрацептивы)</i>	
Хирургия		<i>Дания (разработка практических руководств)</i>
Очки	<i>Швейцария (пересмотр мер политики)</i>	
Санаторно-курортное лечение	<i>Чешская Республика</i>	

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

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. Например, в Бельгии была введена компенсация транспортных расходов для детей с хроническими болезнями, проходящими курс лечения в реабилитационных центрах, а также новые денежные льготы для компенсации затрат на средства, используемые в случае недержания мочи. В Болгарии был отменен потолок на количество повторных посещений для врачей-специалистов по ведению детских болезней. В Республике Молдова провели расширение охвата государственными услугами здравоохранения на незастрахованное население, включив в государственные услуги экстренную медицинскую помощь и рецептурные лекарственные средства для амбулаторного лечения⁹. В Австрии и Франции были повышены льготы в связи с временной нетрудоспособностью по болезни для самозанятого населения и работников сектора сельского хозяйства, соответственно. В других странах были проведены меры по расширению охвата на профилактику болезней: в бывшей югославской Республике Македонии населению, проживающему в отдаленных сельских районах, стали предоставлять финансируемую государством диспансеризацию, а в Соединенном Королевстве (Северная Ирландия) была введена новая программа систематических скринингов с целью выявления злокачественных новообразований кишечника для пожилого населения. 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.

4.3 Плата за услуги

В отличие от других аспектов охвата проектирование мер в отношении платы за услуги значительным образом варьирует по странам по таким показателям, как виды услуг, подлежащие оплате из личных средств, виды оплаты и категории населения, которые либо освобождаются от оплаты из личных средств, либо защищены в рамках установленного государством потолка на данные виды услуг (табл. 4.4). В большинстве стран Европейского региона ВОЗ плата за услуги применима в случае рецептурных лекарственных средств для амбулаторного лечения; во многих странах – в случае посещения врача первичного звена и специализированной помощи; в некоторых странах – в случае специализированной стационарной помощи; а в ряде стран – в случае лечебно-диагностических вмешательств в отделениях экстренной медицинской помощи (Thomson et al. 2009; Kutzin et al. 2010).

Государства часто вводят плату за услуги в целях стабилизации спроса на услуги здравоохранения в надежде, что таким образом удастся обеспечить контроль затрат. К сожалению, согласно значительным и достаточно однородным данным, плата за услуги в качестве стратегического механизма

Таблица 4.4 Механизмы защиты рецептурных лекарственных средств для амбулаторного лечения в странах ЕС–27, 2012 г.

<i>Вид защиты</i>	<i>Страны</i>
<i>Льготные категории</i>	
Дети	Германия, Италия, Литва, Румыния, Словения, Соединенное Королевство (Англия), Чешская Республика
Население с низким уровнем дохода	Австрия, Кипр, Мальта, Соединенное Королевство (Англия), Чешская Республика
Пациенты с хроническими болезнями	Греция, Ирландия, Мальта, Польша, Португалия, Румыния, Словения, Соединенное Королевство (Англия), Франция, Чешская Республика
<i>Потолок льготы</i>	
Абсолютный	Бельгия, Дания, Ирландия, Латвия, Нидерланды, Соединенное Королевство (Англия), Швеция
Доля дохода (%)	Австрия, Германия
<i>ДМС, включающее плату за услуги</i>	Дания, Латвия, Словения, Франция

Источник: оценка автора проведена на основе отчетов серии «Системы здравоохранения: время перемен» (см. www.europeanobservatory.eu); информация о ДМС (см. Thomson and Mossialos (2009), Thomson (2010)).

Примечание: В Соединенном Королевстве (Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсе) какая бы то ни было плата за услуги вообще отсутствует.

имеет ограниченную область применения, потому как обладает незначительным избирательным эффектом: она в равной степени приводит к сокращению услуг здравоохранения как низкой, так и высокой ценности (Newhouse and Insurance Experiment Group 1993; Swartz 2010). Плата за услуги служит тем фактором, благодаря которому население избегает пользоваться надлежащими и эффективными с точки зрения затрат услугами, особенно это касается профилактики болезней и инициируемых пациентом услуг, даже в тех случаях, когда плата является низкой. Данная ситуация может оказать негативное воздействие на состояние здоровья населения, особенно на малоимущие группы (Newhouse and Insurance Experiment Group 1993). Кроме того, применение платы за услуги к моделям потребления услуг здравоохранения, являющимся эффективными с точки зрения затрат, например, таким как получение рецептурных лекарственных средств для амбулаторного лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, может привести к росту потребления более затратных услуг стационарной и экстренной медицинской помощи (Tamblyn et al. 2001). В целом имеется недостаточно данных, чтобы предположить, что введение платы за услуги приводит к более надлежащему использованию или эффективно сдерживает государственные расходы на здравоохранение.

Плата за услуги может содействовать повышению эффективности, если применяется избирательно на основе ценности. Подобного рода подход

позволит избавиться от финансовых барьеров пользования услугами здравоохранения, эффективными с точки зрения затрат, будет способствовать формированию у пациентов и поставщиков четкого представления о ценности услуг здравоохранения, а также обеспечит синхронизацию действий пациентов и поставщиков (Chernew et al. 2007). Однако данный подход, скорее всего, может быть полезным в том случае, когда плата за услуги повсеместно применяется и имеются достоверные данные о ценности (Thomson et al. 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, важно введение адекватных механизмов защиты таким образом, чтобы финансовое бремя в меньшей степени сказывалось на населении с низким уровнем доходов и тех, кто вынужден регулярно обращаться за медицинской помощью. Для обеспечения определенного уровня финансовой защиты необходимо ввести ограничение на стоимость определенных видов услуг или время оказания услуг, подлежащих оплате со стороны пациентов. Плата за услуги на основе ценности и механизмы защиты часто включают значительные транзакционные издержки. Данные факторы необходимо учитывать при разработке и внедрении стоимостного компонента стратегий в отношении платы за услуги.

Изменение стратегий в отношении платы за услуги

В большинстве своем изменения в отношении платы за услуги пришлось на страны ЕС. В 25 странах наблюдались введение или повышение платы за услуги, особенно часто – за рецептурные лекарственные средства для амбулаторного лечения (табл. 4.5). В половине стран проведенные изменения только отчасти были ответными мерами на кризис, т.е. их реализация могла бы быть запланирована до начала кризиса. Однако в Греции, Кипре и Португалии повышение платы за услуги было обусловлено соответствием требованиям программы финансовой поддержки ЕС–МВФ. Во Франции было осуществлено изменение платы за услуги на основе ценности, при котором была повышена ставка финансирования для менее эффективных рецептурных лекарственных средств для амбулаторного лечения. Ни одна другая страна не сообщила о введении или большем использовании платы за услуги на основе ценности.

В 8 странах снижение защиты от платы за услуги было проведено посредством следующих мер: потолок платы за услуги был повышен в Финляндии (транспортные расходы), Латвии (стационарная помощь и все виды медицинской помощи), Португалии (все виды медицинской помощи) и Швеции (лекарственные средства и все виды медицинской помощи); кроме того, плата за рецептурные лекарственные средства для

Таблица 4.5 Изменения мер политики в отношении платы за услуги, 2008–2013 гг.

Вид услуг или категория пациента	Снижение платы за услуги		Повышение платы за услуги
	Снижение стоимости	Более сильная защита (исключение отдельных категорий или введение потолков)	
Первичная медико-санитарная помощь	<i>Венгрия, Германия, Турция, Финляндия</i>	Португалия	Греция, Исландия, Кипр, Латвия, Португалия, Словения, Франция, Хорватия
Амбулаторная помощь	Бельгия (ведение болезни сахарного диабета, хронической почечной недостаточности), <i>Венгрия, Германия, Дания (ЭКО)*, Италия, Нидерланды (психология), Турция</i>	Болгария	Болгария, <i>Греция, Дания (ЭКО)</i> , Исландия, Италия*, Латвия, <i>Нидерланды (физиотерапия)</i> , Словения, <i>Таджикистан (городские районы)</i> , Эстония
Лекарственные средства для амбулаторного лечения	Латвия, <i>Соединенное Королевство (Северная Ирландия), Таджикистан, Турция, Чешская Республика</i>	<i>Австрия</i> , Беларусь, <i>Бельгия, Казахстан</i> , Литва, Словакия, Таджикистан, Финляндия, Эстония	<i>Беларусь</i> , Греция, Ирландия , Испания, Италия, Кипр, Португалия, Словения, <i>Турция, Финляндия, Франция, Хорватия</i> , Чешская Республика, <i>Швеция (сниженная защита)</i>
Приборы медицинского назначения			Чешская Республика, <i>Дания, Франция, Нидерланды</i> , Словения
Диагностические тесты	Греция, Италия		<i>Кипр, Латвия</i> , Словения, <i>Таджикистан (городские районы)</i>
Стоматологическая помощь	Венгрия		<i>Дания</i>
Стационарная помощь	<i>Венгрия, Чешская Республика*</i>		<i>Армения (медицинская помощь по беременности и родам, онкологические заболевания)</i> , Болгария, Греция, Ирландия, Латвия, Португалия, Румыния , Словения, Франция, Чешская Республика, Эстония

Вид услуг или категория пациента	Снижение платы за услуги		Повышение платы за услуги
	Снижение стоимости	Более сильная защита (исключение отдельных категорий или введение потолков)	
Отделения экстренной медицинской помощи			Во всех случаях: <i>Армения</i> , Кипр Во всех случаях кроме неотложных: Ирландия, Италия
Долговременная помощь			Португалия, Эстония
Статус постоянного жителя	Незаконные мигранты: <i>Дания*</i> , <i>Франция*</i>		Иностранные граждане: <i>Российская Федерация</i> Незаконные мигранты: Дания
Статус трудовой занятости		Безработные: Испания, Португалия	
Доход		<i>Австрия</i> , Бельгия, Испания, Латвия	
Возраст		Пенсионеры: Болгария, Испания, <i>Румыния</i> (низкий уровень дохода), Словакия Дети: Португалия, <i>Румыния</i>	
Состояние здоровья		<i>Австрия</i> , <i>Бельгия</i> , Греция, Португалия, Словакия, <i>Таджикистан</i> (низкий уровень дохода)	

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Примечание: в странах, название которых выделено **жирным**, были введены новые виды платы за услуги; * указывает на то, что осуществленные в недавнее время меры политики были отменены.

амбулаторного лечения стала распространяться на группы населения, которые раньше были освобождены от оплаты (жертвы аварии на Чернобыльской АЭС и люди с ограниченными возможностями в Белоруссии; пенсионеры и дети в возрасте до 3 лет в Болгарии, позднее эта мера была отменена; пациенты, нуждающиеся в гемодиализе, которые были лишены бесплатного доступа к лекарственным средствам, не имеющим непосредственного отношения к гемодиализу, в Греции); в Ирландии было введено ограничение на налоговые льготы в отношении личных платежей и приравнивание этих льгот к стандартной налоговой ставке, кроме того, планируется повышение потолка платы за пользование патронажно-реабилитационными услугами. В двух странах наблюдался постоянный рост уровня или потолков платы за услуги, при этом в Португалии рост платы за стационарные услуги был привязан к росту инфляции, а в Швеции с 2013 г. рост потолка для всех видов платы за услуги был привязан к национальному индексу цен и доходов. 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.

В 14 странах была упразднена или снижена плата за услуги в основном в качестве частичных ответных мер на кризис (в 8 странах) и иногда в целях отмены недавно проведенных изменений мер политики (в 3 странах). В 15 странах наблюдались меры, направленные на усиление защиты от роста платы за услуги (посредством снижения стоимости услуг, освобождения от оплаты при конкретных условиях и установления потолка для личных платежей граждан) 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 услуги¹⁰. Призывы ввести или увеличить плату за услуги были отклонены в Дании, Румынии, Сербии и Соединенном Королевстве (Шотландии).

4.4 ДМС

ДМС может обеспечить защиту населения от платы за услуги и других видов личных расходов за медицинскую помощь, особенно в тех случаях, когда ДМС используется для покрытия частных расходов на лечение, финансируемых из государственных средств. Однако на практике защитный эффект ДМС ограничен (в Европе и других странах) по следующим причинам. Во-первых, ДМС, используемое для покрытия личных платежей граждан, является скорее исключением, а не правилом. Как показано на рисунке 4.3, ДМС, как правило, выполняет добавочную функцию, предоставляя застрахованным более быстрый доступ к лечению и более широкий выбор поставщиков услуг здравоохранения. Во-вторых, уровень приобретения ДМС в целом является низким (рис. 4.3), а в 2011 г.

доля ДМС в общих расходах на здравоохранение превысила всего 5% в 11 европейских странах (рис. 4.4). В-третьих, ДМС, как правило, приобретают более состоятельные и здоровые люди, так что возможный положительный эффект от использования ДМС не ощутим теми группами населения, для которых он мог бы оказаться наиболее выгодным (Thomson and Mossialos 2009).

Одним из показателей защитного эффекта ДМС является доля частных расходов на здравоохранение, которая поступает в рамках предоплаты по ДМС, в отличие от личных платежей граждан. На рисунке 4.5 показано, что в большинстве стран данный эффект ограничен. В 2007 г. и 2012 г. только в 6 странах Европейского региона ВОЗ на долю ДМС пришлось более одной трети частных расходов на здравоохранение. Доля ДМС в частных расходах также была ниже, как правило, в странах с высоким уровнем личных платежей граждан.

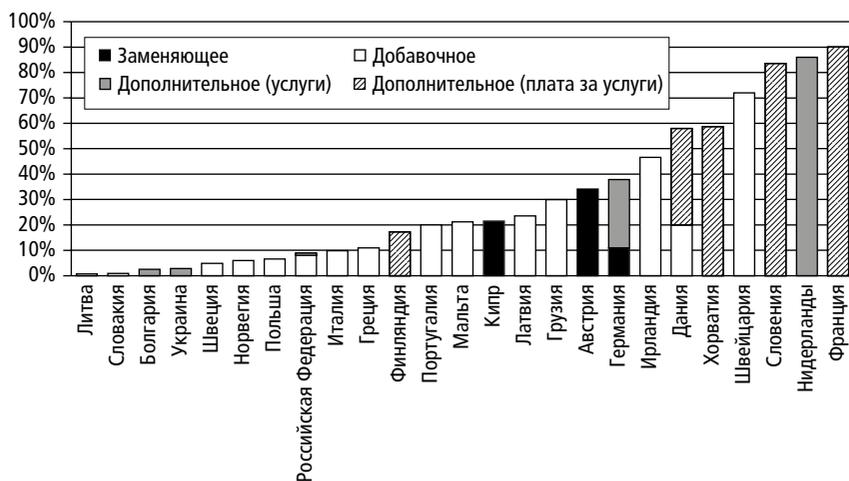


Рисунок 4.3 Доля (%) населения, охваченного ДМС, за последний год с наличием данных, отдельные европейские страны

Источник: Sagan and Thomson (2015).

Примечание: заменяющее – ДМС для категорий населения, не охваченного услугами, финансируемыми из государственных средств; добавочное – ДМС, способствующее обеспечению более быстрого доступа и более широкого спектра поставщиков для населения; дополнительное (услуги) – ДМС для категорий услуг, исключенных из финансируемого государством пакета льгот; дополнительное (плата за услуги) – ДМС, покрывающее плату за услуги. В тех случаях, когда данные по рыночным функциям отсутствовали, была использована преобладающая рыночная функция. При составлении использовались данные за 2007 г. (Швейцария), 2008 г. (Латвия), 2009 г. (Кипр, Российская Федерация), 2010 г. (Болгария, Германия, Дания (добавочное ДМС), Мальта, Польша, Португалия, Словения, Франция), 2011 г. (Австрия, Греция, Грузия, Дания (дополнительное ДМС (плата за услуги), Норвегия, Словакия, Швеция), 2012 г. (Ирландия, Нидерланды, Финляндия, Хорватия), год неизвестен (Италия, Украина).

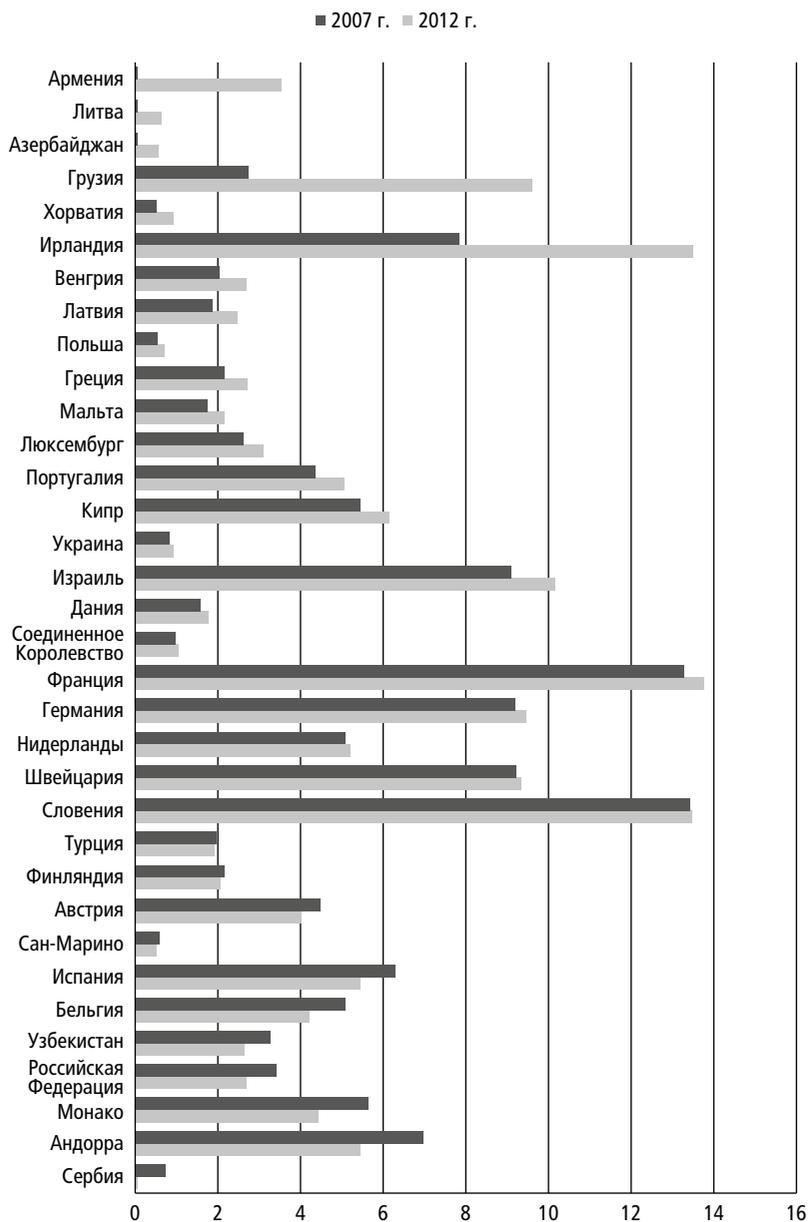


Рисунок 4.4 Доля (%) ДМС в общих расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы по убыванию по уровню наименьших темпов роста в 2007–2012 гг. Показатели были равны нулю в Исландии и Словакии, а по данным за оба года составили < 0,05% в таких странах, как Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Казахстан, Республика Молдова, Румыния, Таджикистан, Чешская Республика, Швеция, Эстония. Данные по Албании отсутствовали в наличии.

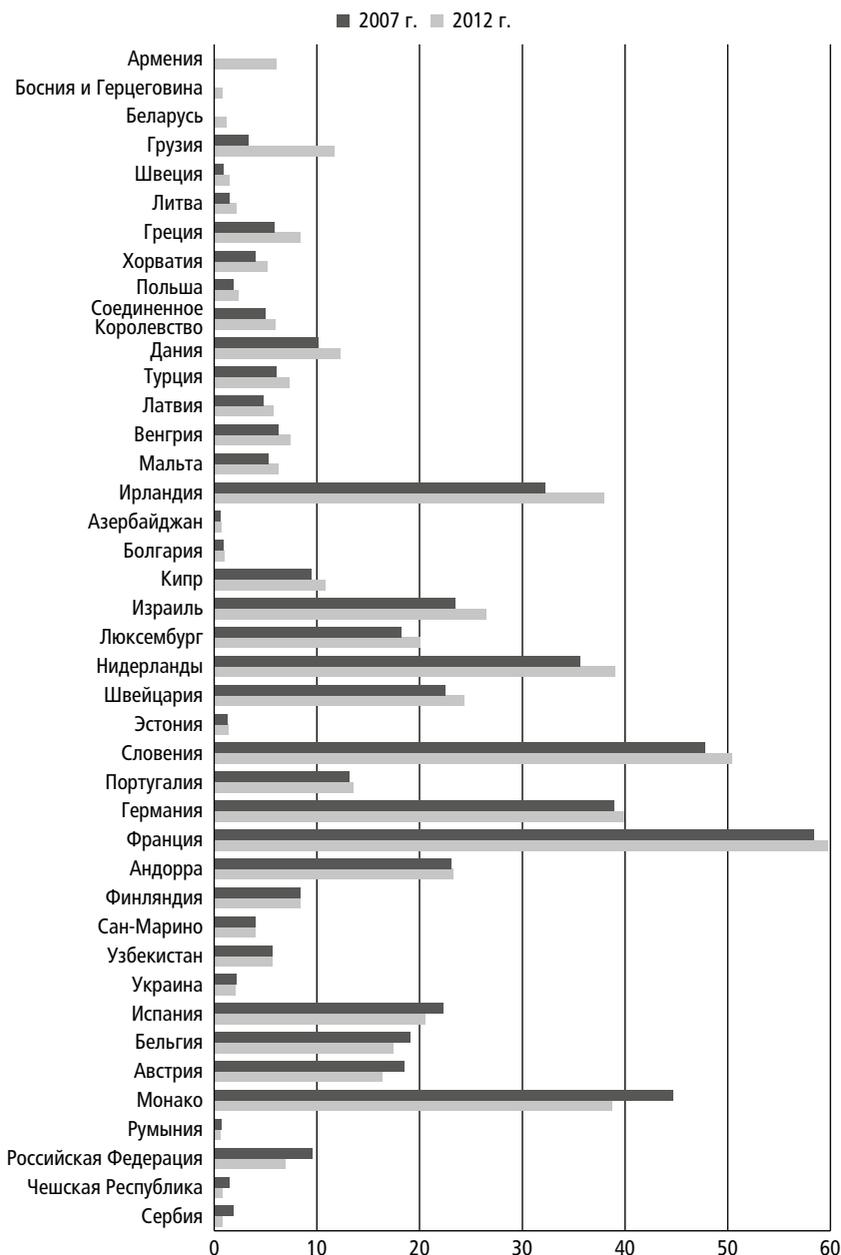


Рисунок 4.5 Доля (%) ДМС в частных расходах на здравоохранение, 2007 г. и 2012 г., Европейский регион ВОЗ

Источник: WHO (2014).

Примечание: страны ранжированы по нарастанию по уровню темпов роста в 2007–2012 гг. Показатели за оба года составили < 0,05% в таких странах, как Казахстан, Республика Молдова, Таджикистан. Отсутствовали данные по таким странам, как Албания, бывшая югославская Республика Македония, Исландия, Италия, Кыргызстан, Норвегия, Словакия, Туркменистан, Черногория.

В условиях снижения доходов домашних хозяйств в результате экономического кризиса роль ДМС, скорее всего, значительно вырастет только при соблюдении следующих условий:

- проведение значительных сокращений охвата государственными услугами здравоохранения преимущественно состоятельного населения;
- рынок ДМС хорошо развит или отличается высокой восприимчивостью;
- значительный рост времени ожидания услуг здравоохранения;
- продвижение ДМС органами государственного управления посредством существенных налоговых субсидий.

Нежелательно, чтобы органы государственного управления использовали налоговые субсидии для продвижения ДМС в условиях значительных бюджетных ограничений. Согласно данным исследований, экономия средств, достигаемая за счет налоговых субсидий на ДМС (например, меньшие объемы государственных расходов на здравоохранение), как правило, является меньшей, чем средства, направляемые на обеспечение самих субсидий (Chai Cheng 2014), кроме того, налоговые субсидии могут способствовать уклонению от оплаты налогов (Stavgunova and Yerokhin 2014). Таким образом, введение или увеличение налоговых субсидий на ДМС может привести к усугублению бюджетных проблем сектора здравоохранения и органов государственного управления в целом.

В 2007–2012 г. доля ДМС в общих расходах на здравоохранения выросла в 23 из 34 стран, по которым имеются данные (рис. 4.4). Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение выросла в 30 из 41 страны (рис. 4.5). Однако темпы роста были в целом медленнее в период после кризиса, чем в 2002–2007 гг., что свидетельствует о возможном амортизирующем эффекте кризиса¹¹. На основе имеющихся данных невозможно сделать вывод о том, насколько изменения доли ДМС в частных расходах стали результатом снижения уровня личных платежей граждан в результате финансового давления на бюджеты домашних хозяйств, роста ставок ДМС или приобретения ДМС, и тем, насколько последнее было распространено среди более состоятельного населения. Однако в 2007–2012 гг. в Ирландии доля ДМС в общих расходах на здравоохранение значительно выросла (с менее 8 % до более 13%). В действительности в данный период уровень приобретения ДМС снизился, поскольку домашние хозяйства столкнулись с финансовым давлением. Таким образом, изменение послужило отражением наибольшего снижения уровня государственных расходов на здравоохранение в Ирландии.

В 2012 г. бывшая югославская Республика Македония, Италия, Литва, Польша, Турция и Черногория сообщили об усилиях по продвижению дополнительного ДМС посредством предложений или изменений законодательства, направленных на развитие ДМС, охватывающего исключенные услуги. Инициатива в Литве не состоялась из-за негативного общественного мнения, а в Польше она не была введена. В 2009 г. во Франции налоговые субсидии на ДМС стали включать платные услуги с тем, чтобы обеспечить больший доступ малоимущего населения к услугам здравоохранения¹². Однако отмеченная в европейских странах в докризисный период тенденция упразднения или сокращения нецелевых

налоговых субсидий на ДМС продолжилась (Thomson and Mossialos 2009). В 2011 г. 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.

Слишком рано делать предположения о том, насколько эти недавние изменения оказали какое-либо воздействие (или не оказали) на уровень расходов на ДМС. Во Франции темпы роста расходов на ДМС (ДМС как доля общих расходов на здравоохранение) были выше после 2007 г., что, возможно, отражает большее число приобретения ДМС. Как было продемонстрировано во второй главе, рост частных расходов, возникший в начале кризиса, объяснялся преимущественно ростом личных платежей граждан.

4.5 Последствия и значение для выработки политики в отношении деятельности системы здравоохранения

Ограничения охвата могут привести к подрыву деятельности системы здравоохранения за счет роста финансовых лишений, создания или усугубления неравенств в доступе к медицинской помощи, снижения справедливости финансирования и прозрачности системы здравоохранения, а также продвижения неэффективных услуг здравоохранения. Данный раздел в основном посвящен механизмам финансовой защиты и обеспечения доступа, а также в некоторой мере обсуждению эффективности и прозрачности. Лишь незначительное число стран сообщило о последствиях мер политики; многие из предоставленных данных, касающихся изменений, являются относительно недавними (были введены или вступили в силу в 2012 г. или 2013 г.), а данные международных источников не только весьма ограничены, но и имеются в наличии только до 2012 г. на момент написания публикации. По этим причинам представленные ниже последствия в некоторой степени основаны на предположениях, вытекающих из предшествующего опыта.

Финансовая защита и справедливый доступ к услугам здравоохранения

Ниже представлены некоторые из факторов, которые, скорее всего, могут способствовать снижению финансовой защиты и усугублению несправедливости в доступе, особенно (но не исключительно) в условиях, при которых многие домашние хозяйства столкнулись с растущим финансовым давлением.

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 (см. рис. 2.2). Ответные меры политики, направленные на разрешение данной ситуации, различались по странам. Например, в 2009 г. в самом начале кризиса Эстония расширила охват государственными услугами здравоохранения на категории населения, зарегистрированного в качестве безработного более 9 месяцев, с условием, 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 and Evetovits 2015). С другой стороны, Греция предприняла изначально ограниченные, медленные и неэффективные действия по защите безработного населения (Economou et al. 2015). По оценкам, с момента начала кризиса в Греции 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 беззаботных или неспособности оплачивать страховые взносы (Economou 2014), а доля активного населения, находящегося в статусе безработных более одного года, выросла в 5 раз с 3,6% в 2008 г. до 18,4% в 2013 г. (Eurostat 2014)¹³. Однако в Греции только в 2014 г. рецептурные лекарственные средства и стационарная помощь были включены в охват для категорий незастрахованного населения, несмотря на масштабы разрыва в охвате, проявившегося в результате кризиса.

Ограничение охвата для более уязвимых групп населения

Во многих случаях ограничение охвата государственными услугами здравоохранения коснулось малоимущих домашних хозяйств (Ирландия, Кипр, Словения) или населения, не имеющего гражданства (Испания, Чешская Республика). Только в одной стране ограничение было направлено на более состоятельные группы населения (в Ирландии был отменен бесплатный доступ к первичной медико-санитарной помощи для более состоятельного населения в возрасте старше 70 лет). Несмотря на то, что Испания была единственной страной, которая сообщила об отчуждении права на получение государственных услуг здравоохранения для нелегальных взрослых мигрантов, важно отметить, что Испания также является одной из немногих стран ЕС, которые до начала кризиса предоставили данной группе населения достаточно значительный охват (табл. 4.6). С момента проведения опроса в рамках данного исследования в Соединенном Королевстве также поступили законодательные предложения по ограничению охвата государственными услугами здравоохранения для нелегальных мигрантов, а также требования к временным легальным мигрантам, включая международных студентов, оплачивать взносы за пользование услугами Национальной системы

Таблица 4.6 Доступ к услугам здравоохранения для нелегальных мигрантов в странах ЕС, Норвегии и Швейцарии, 2011 г.

<i>Уровень охвата</i>	<i>Страны</i>
Доступ только к услугам экстренной медицинской помощи	Австрия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Кипр, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Финляндия, Чешская Республика, Швеция, Эстония
Предоставление явно выраженного права на получение государственных услуг здравоохранения только на отдельные виды услуг или определенные группы населения	Бельгия, Италия, Норвегия, Соединенное Королевство
Неограниченный доступ	Испания, Италия, Нидерланды, Португалия, Франция, Швейцария

Источник: Cuadra and Cattacin (2011).

здравоохранения на уровне, превышающем те взносы, которые данная категория населения уже оплачивает посредством НДС и других видов налогов¹⁴.

В Ирландии, Кипре и Словении целенаправленные действия в отношении малоимущих домашних хозяйств стали результатом наличия критериев нуждаемости и относительно простого механизма снижения порога 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, его нельзя использовать в качестве механизма защиты для всех остальных категорий 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 постоянного 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 в целях выявления и предотвращения негативных последствий.

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 внешними. Это вызывает беспокойство, особенно в свете предоставленных данных по ограничению сектора первичной медико-санитарной помощи, 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 были проведены сокращения льгот по временной нетрудоспособности по болезни.

Рост уровня платы за услуги, не подкрепленный введением защитных мер

Изменения платы за услуги 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 роста платы за услуги.

Защитные меры

Многие страны предприняли меры по повышению защиты. Снижение цен на лекарственные средства также способствовало уменьшению финансовых лишений для пациентов в некоторых странах, например, в Эстонии (Võrk et al. 2014), хотя меры, направленные на сокращение низких заработных плат поставщиков и бюджетов, возможно, оказали противоположное воздействие.

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 изменениям в потреблении услуг здравоохранения, распространенности катастрофических или приводящих к обнищанию расходов населения на медицинскую помощь¹⁵ и неудовлетворенной потребности в ней. В Европе плановые данные имеются только по последней категории в рамках 'Опросного обследования доходов и условий жизни населения в странах ЕС' (EU-SILC), охватывающего страны ЕС–28, Исландию, Норвегию, Турцию и Швейцарию.

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 4.6 на основе данных со слов респондентов показаны изменения неудовлетворенной потребности в услугах здравоохранения по причине затрат как для всего населения, так и для наименее обеспеченного 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 наименее обеспеченного квинтиля в 20 странах. В 11 странах данный показатель вырос среди наименее обеспеченного квинтиля, но не среди населения в целом (Бельгия, Венгрия, Греция, Ирландия, Испания, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Словакия, Соединенное Королевство, Эстония). Наибольший рост неудовлетворенной потребности – увеличение в два раза или более – наблюдался в Бельгии, Ирландии, 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.¹⁶ 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 снижению 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; Võrk et al. 2014).

Эффективность и прозрачность

Изменения охвата могут способствовать повышению эффективности в тех случаях, когда метод оценки медицинских технологий используется для

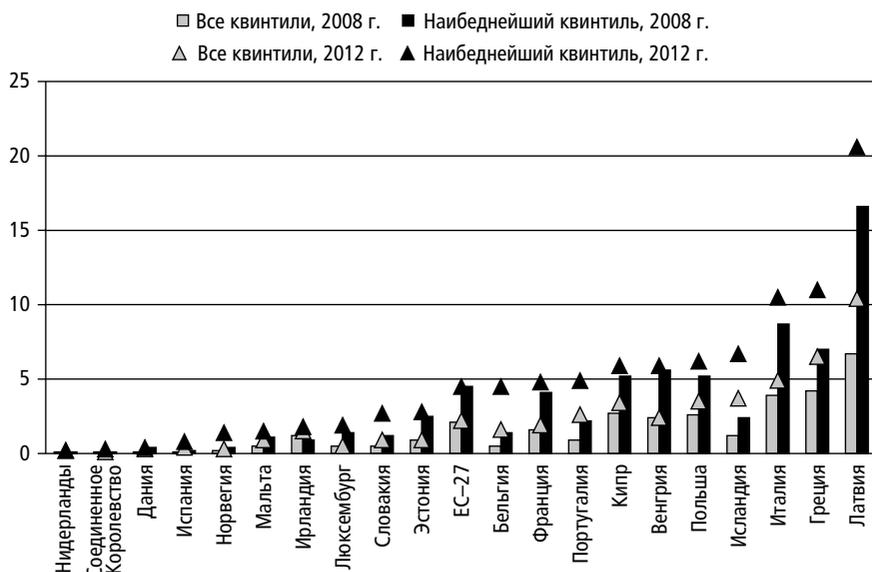


Рисунок 4.6 Рост доли (%) населения, имеющего неудовлетворенную потребность в услугах здравоохранения по причине затрат, 2008–2012 гг.

Источник: 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.

поощрения ценностного подхода в обосновании решений. Однако эти изменения могут также приводить к неэффективности, если усугубляют финансовые барьеры к доступу (что приводит к недостаточному использованию необходимых услуг здравоохранения, эффективных с точки зрения затрат, или продвижению моделей потребления услуг, неэффективных с точки зрения затрат), способствуют непропорциональному росту транзакционных издержек и снижению прозрачности.

В результате кризиса в отдельных европейских странах при обосновании решений по охвату стали использовать метод оценки медицинских технологий (см. гл. 5). Во многих случаях данные меры были результатом предкризисного планирования, однако, возможно, что кризис повысил политическую осуществимость подобного рода действий. Например, во время кризиса в Эстонии стали более положительно относиться к принятию решений на основе научных данных, что способствовало более легкому продвижению дженериков, включению в клинические руководства такого фактора, как затратоэффективность, а также получению поддержки со стороны врачей для создания специального отдела по оценке медицинских технологий при университете (Habicht and Evetovits 2015).

Ни одна из стран не сообщила о применении ценностного подхода к стратегическим мерам в отношении платы за услуги. В ряде стран была

введена или повышена плата за услуги в случае лечебно-диагностических вмешательств в отделениях экстренной медицинской помощи, а также для того, чтобы свести к минимуму попытки населения воспользоваться экстренной медицинской помощью вместо первичное медико-санитарной помощи. Проблема, связанная с применением достаточно жесткого подхода к перенаправлению пациентов, заключается в появлении риска создания финансовых барьеров к доступу, кроме того, такой подход не разрешает трудностей доступа и качества услуг здравоохранения, лежащих в основе причин, по которым пациенты предпочитают пользоваться услугами экстренной медицинской помощи, а не обращаться в учреждения первичного звена.

Отдельные изменения охвата, представленные в данной главе, скорее всего, приведут к следующим значительным транзакционным издержкам: внедрению изменений в охват населения государственными услугами здравоохранения; применению методики оценки медицинских технологий для обоснования решений по охвату; сбору платы за услуги; разработке ценностного подхода к уровню платы за услуги; введению и мониторингу механизмов защиты. Данные затраты сами по себе не являются негативным явлением, но их нужно учитывать при проведении оценки экономии средств.

Создание 'позитивных' или 'негативных списков', а также усилия, направленные на определение льгот на основе явно выраженных критериев, могут способствовать появлению большей ясности в отношении права на получение услуг здравоохранения. В некоторых странах большей прозрачности удалось добиться, возможно, в результате определенного общественного обсуждения, вызванного противоречащими изменениями мер политики, при этом правительству пришлось нести ответственность за совершенные действия. И наоборот, комплексные системы платы за услуги и сложные механизмы защиты могут привести к непреднамеренному подрыву прозрачности (Kutzin et al. 2010).

4.6 Выводы

Согласно данным опроса, проведенного в рамках данного исследования, в четырех пятых стран (преимущественно государств-членов ЕС) наблюдалось введение новых стратегий, направленных на сокращение одного или более аспектов охвата услугами здравоохранения, в качестве ответных мер на бюджетные проблемы. Хотя лишь несколько стран сократили охват государственными услугами здравоохранения, многие исключили отдельные единицы из пакетов льгот, например, зачастую – лекарственные средства. Наиболее распространенной стратегией ограничения охвата стало повышение уровня платы за услуги, зачастую – также за лекарственные средства.

В ряде стран ограничение охвата проводилось на основе избирательного подхода в целях сведения к минимуму негативного воздействия на эффективность услуг здравоохранения и доступ к ним, например, посредством обеспечения защиты тем категориям населения, которые уже являлись уязвимыми в отношении состояния здоровья и доступа, или

установления приоритета в выборе услуг здравоохранения, неэффективных с точки зрения затрат, или моделей потребления услуг здравоохранения для их дальнейшего дезинвестирования. Однако это скорее исключение, чем правило. В пяти из шести стран, в которых было проведено ограничение охвата государственными услугами здравоохранения, в действительности данная мера была направлена на малоимущее население и иностранных граждан. Ряд стран ЕС, не имеющих всеобщего охвата, достаточно медленно предпринимали действия по защите особо уязвимых групп населения, таких как безработные, кроме того, зачастую отдельные единицы исключались из пакета льгот на внеплановой основе.

С учетом той информации, которая имеется по деструктивному воздействию платы за услуги и экономических потрясений на состояние здоровья населения и доступ к услугам здравоохранения, особенно для малоимущего и безработного населения, важно отметить, что некоторые директивные органы предприняли действия по предотвращению или смягчению финансовых лишений, вызванных ростом платы за услуги. Однако поражает тот факт, что в рамках программ финансовой поддержки ЕС–МВФ предполагался рост платы за услуги без введения систематических механизмов защиты доступа к услугам здравоохранения для категорий населения, подверженных риску бедности, потери трудоустройства, социальной маргинализации и физического нездоровья.

Таким образом, требования программ финансовой поддержки ЕС–МВФ не соответствовали ни международным данным, ни передовому опыту. Бюджетные проблемы, политические сложности и давление фактора времени могут служить объяснением причин, по которым во многих странах достаточно быстро были предприняты меры по введению или повышению платы за услуги или ограничению охвата, которые не являлись избирательными или систематическими. Но поскольку с помощью повышения платы за услуги в целом невозможно добиться мобилизации значительных дополнительных ресурсов, в будущем руководители на международном и национальном уровнях должны уделять основное внимание разработке более эффективных стратегий разрешения бюджетных проблем.

Наконец, данные и анализ, требуемые для проведения оценки воздействия изменений охвата на деятельность системы здравоохранения, в большинстве своем либо отсутствуют, либо предоставляются с задержками. Данные по неудовлетворенной потребности указывают на то, что данная тенденция увеличилась среди широкого спектра стран, а ограниченные данные по финансовой защите свидетельствуют о том, что кризис привел к подрыву недавних результатов в данной области в ряде стран. Однако для того чтобы в полной мере понять воздействия изменений на охват услугами здравоохранения, нам необходимы данные лучшего качества и в большем объеме с разбивкой по потреблению услуг здравоохранения, больше сравнительных данных по показателю неудовлетворенной потребности населения и больше систематического анализа финансовой защиты.

Примечания

- 1 В данной главе термин 'охват' используется для обозначения охвата услугами здравоохранения, которые являются эффективными с точки зрения затрат (имеют 'высокую ценность').
- 2 В рамках данного исследования, проводимого в два этапа, отсутствовала информация по таким странам, как Андорра, Люксембург, Монако, Сан-Марино, Туркменистан, Узбекистан.
- 3 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.
- 4 Следующие страны не сообщили о каких-либо ответных мерах в области охвата услугами здравоохранения: Азербайджан, Албания, Грузия, Израиль, Кыргызстан, Норвегия, Украина. В Грузии были проведены значимые реформы по расширению охвата, но они имели место после проведения опроса и ни в коей мере не являлись ответными мерами на кризис.
- 5 В 2007 г. в Грузии было проведено ограничение охвата государственными услугами здравоохранения для малоимущих домашних хозяйств и ряда других категорий населения, таких как преподаватели. В 2013 г. после смены правительства охват государственными услугами здравоохранения был расширен на все категории населения, которые ранее не были охвачены в рамках ДМС.
- 6 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.
- 7 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.
- 8 Таким образом, Франция и Германия присоединились к растущему числу стран ЕС, которые уже используют затратноэффективность в качестве критерия для обоснования решений по охвату.
- 9 Однако дополнительного финансирования для покрытия рецептурных лекарственных средств для амбулаторного лечения не удалось обеспечить, а с 2010 г. охват лекарственными средствами, подлежащими компенсации со стороны государства, сократился.
- 10 Болгария, Греция, Испания, Латвия, Португалия, Румыния, Таджикистан, Финляндия. Следующие страны не предприняли усилий по нейтрализации роста платы за услуги посредством введения более сильных механизмов защиты: Дания, Ирландия, Исландия, Италия, Кипр, Нидерланды, Российская Федерация, Словения, Турция, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швеция. В Ирландии и Швеции также была снижена защита от роста платы за услуги.
- 11 Имеют место исключения; среди стран ЕС к таковым относятся: Австрия, Греция, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция. Нидерланды не включены в данную группу по причине того, что в 2000–2007 гг. в стране произошло значительное снижение темпов роста, ставшее результатом введения всеобщего охвата государственными услугами здравоохранения в 2006 г.

- 12 Во Франции право на получение ДМС, финансируемого государством, было расширено на категории населения, находящиеся только немногим выше порога, устанавливаемого для критериев нуждаемости.
- 13 Данные показатели включают население в возрасте старше 15 лет, находящееся без работы 12 месяцев или более.
- 14 Данная информация представлена на сайте: <https://www.gov.uk/government/news/immigration-bill-laid-in-parliament>, по состоянию на 20 октября, 2014 г.
- 15 Личные платежи граждан, которые представляют неправомерно высокую долю покупательной способности отдельного лица ('катастрофические') или оказываются настолько высокими, что толкают население на порог бедности ('приводящих к бедности').
- 16 С 2,5% в 2010 г. до 3,5% в 2012 г. (по оценкам). В 2000 г. частотность составила 5,0%.

Библиография

- 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, 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).
- Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E. (2009a) Финансирование здравоохранения в Европейском союзе: проблемы и стратегические решения. Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1, по состоянию на 19 июня, 2015 г).
- Chai Cheng, T. (2014) Measuring the effects of reducing subsidies for private insurance on public expenditure for health care, *Journal of Health Economics*, 33(1): 159–79.
- Chernew, M., Rosen, A.B. and Fendrick, A.M. (2007) Value-based insurance design, *Health Affairs*, 26(2): w195–2203.
- Cuadra, C.B. and Cattacin, S. (2011) *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework, Summary Report* (2nd edition). Malmö: Malmö University.
- Cylus, J., Papanicolas, I., Constantinou, E. and Theodorou, M. (2013) Moving forward: lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme, *Health Policy*, 110(1): 1–5.
- Department of the Taoiseach (2011) *Programme for Government 2011–2016* [online]. Available at: http://www.taoiseach.gov.ie/eng/Work_Of_The_Department/Programme_for_Government/Programme_for_Government.html [Accessed 14/12/2014].
- Economou, C. (2014) Access to health care in Greece, unpublished report prepared for the WHO Regional Office for Europe.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A. and Maresso, A. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.

- Ettelt, S., Mays, N., Chevreul, K., Nikolentzos, A., Thomson, S. and Nolte, E. (2010) Involvement of ministries of health in health service coverage decisions: is England an aberrant case? *Social Policy and Administration*, 44(3): 225–43.
- Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S. and Mays, N. (2007) *The Systematic Use of Cost-effectiveness Criteria to Inform Reviews of Publicly Funded Benefits Packages*. London: LSHTM. Available at: <http://www.international-comparisons.org.uk/IHC%20Report%20CEA%20of%20existing%20interventions%202007.pdf> [Accessed 14/12/2014].
- Eurostat (2014) *Statistics* [online] Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes> [Accessed 14/12/2014].
- Gaál (2009) Report on the impact of health financing reforms on financial protection and equity in Hungary. Budapest: Semmelweis University, unpublished report.
- 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, unpublished report.
- Habicht, T. and Evetovits, T. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- Kronenberg, C. and Pita Barros, P. (2013) Catastrophic healthcare expenditure – drivers and protection: the Portuguese case, *Health Policy*, 115: 44–51.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds) (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Newhouse, J. and Insurance Experiment Group (1993) *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Richardson, E. (2014) Health financing, in B. Rechel, E. Richardson and M. McKee (eds) *Trends in Health Systems in the Former Soviet Countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 51–76.
- Sagan, A. and Thomson, S. (2015 in press) *Voluntary Health Insurance in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- 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.
- Sorenson, C., Drummond, M. and Kanavos, P. (2008) *Ensuring Value for Money in Health Care: The Role of Health Technology Assessment in the European Union*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Stabile, M., Thomson, S., Allin, S. et al. (2013) Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States, *Health Affairs*, 32(4): 643–52.
- Stavrunova, O. and Yerokhin, O. (2014) Tax incentives and the demand for private health insurance, *Journal of Health Economics*, 34(1): 121–30.
- Swartz, K. (2010) *Cost-sharing: Effects on Spending and Outcomes*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J.A. et al. (2001) Adverse effects associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons, *JAMA*, 285(4): 421–9.
- Thomson, S. (2010) What role for voluntary health insurance?, in J. Kutzin, C. Cashin and M. Jakab (eds) *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 299–326.

- Thomson, S., Jowett, M. and Mladovsky, P. (eds) (2014) *Health System Responses to Financial Pressures in Ireland: Policy Options in an International Context*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the 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, doi:10.1377/hlthaff.2012.0964.
- Võrk, A., Saluse, J., Reinap, M. and Habicht, T. (2014) *Out-of-pocket Payments and Health Care Utilization in Estonia 2000–2012*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2014) *Global Health Expenditure database* [online]. Available at: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/> [Accessed 14/12/2014].

Изменения планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения

*Philipa Mladovsky, Sarah Thomson,
Anna Maresso*

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 2005). Потому как поставка услуг здравоохранения является основной движущей силой затрат системы здравоохранения, как было продемонстрировано в первой главе, именно на нее должны быть обращены усилия по контролю над расходами (Hsiao and Heller 2007). Сюда входит сосредоточение внимания на методах распределения ресурсов и сочетании финансовых и нефинансовых стимулов, воздействующих на закупщиков и поставщиков услуг здравоохранения, начиная с областей, представленных в таблице 1.2.

В результате кризиса многие европейские системы здравоохранения испытали усугубление бюджетных проблем. Одной из очевидных ответных мер, направленных на разрешение бюджетных проблем, является краткосрочная экономия 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 ресурсов без подрыва эффективности, качества и доступности медицинской помощи, особенно если такие меры предпринимаются в качестве ответа 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 принципов, указанных в первой главе: 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 обоснования решений по охвату и предоставления услуг здравоохранения). 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.

В следующих разделах представлены изменения, которые страны предприняли в отношении планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения в качестве ответных мер на кризис (с 2008 г. по первую половину 2013 г.)¹. Сначала мы рассматриваем те изменения, которые коснулись таких организаций планирования и закупки услуг здравоохранения, как министерства здравоохранения, учреждения общественного здравоохранения и фонды медицинского страхования. Затем мы проводим анализ ответных мер в четырех областях предоставления услуг здравоохранения (услуги общественного здравоохранения; первичная медико-санитарная и амбулаторная помощь; стационарная помощь; обеспечение лекарствами и предметами медицинского назначения), уделяя основное внимание изменениям в уровне финансирования, закупок, ценообразования, методов оплаты и предоставления услуг. В разделе о медицинских работниках содержится обзор изменений заработной платы сотрудников и объема штата.

В следующих двух разделах представлены изменения роли метода оценки медицинских технологий и электронного здравоохранения. В каждом разделе рассмотрены ответные меры политики, по возможности – воздействие стратегий, а также последствия для деятельности системы здравоохранения. Поскольку лишь немногие страны сообщили о масштабах негативного воздействия, мы приводим последствия зачастую на основе предположений, сформированных на опыте предыдущих лет. В конце главы представлен обзор последствий и значения для выработки политики по всем вышеперечисленным областям, при этом основное внимание уделяется затратам и эффективности, а также по возможности – качеству услуг здравоохранения и доступу к ним.

Данные практически всех стран, участвующих в опросе, указывают на то, что в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения произошли изменения². В таблице 5.1 кратко изложены результаты опроса, проведенного нами в этих областях, при этом разграничиваются прямые и частичные или возможные ответные меры на кризис. Стратегии сокращения расходов стационарного сектора наиболее часто использовались в качестве прямых ответных мер на кризис, впоследствии сопровождавшихся сокращением системных административных затрат, снижением цен на лекарственные средства и сокращением штата медицинских работников и оплаты труда. В таблицах, представленных в данной главе, 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 возможные ответные меры на кризис (запланированные и внедренные с началом кризиса, но не определенные соответствующими органами власти в качестве ответных мер на кризис).

Таблица 5.1 Краткое изложение изменений в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения, 2008–2013 гг.

<i>Стратегическая область</i>	<i>Число стран, предоставивших отчетность</i>	
	<i>прямые ответные меры</i>	<i>частичные/возможные ответные меры</i>
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

(продолжение)

Таблица 5.1 Краткое изложение изменений в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения, 2008–2013 гг. (*продолжение*)

<i>Стратегическая область</i>	<i>Число стран, предоставивших отчетность</i>	
	<i>прямые ответные меры</i>	<i>частичные/возможные ответные меры</i>
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: на основе опроса и анализа примеров из практики.

5.1 Изменения организаций системы здравоохранения, занимающихся планированием и закупкой услуг здравоохранения

Усилия по снижению административных затрат системы здравоохранения

В 22 странах в качестве прямых ответных мер на кризис была проведена реструктуризация министерств здравоохранения, учреждений общественного здравоохранения или организаций, занимающихся закупкой (табл. 5.2). Данные изменения зачастую касались сокращения штата административных сотрудников, что в некоторых случаях являлось частью более широкой стратегии органов государственного управления по урезанию штата государственных служащих. Самые большие сокращения были отмечены в Латвии: в 2009–2012 гг. порядка 55% штатного персонала министерства здравоохранения и подотчетных ему организаций были сокращены. Кроме того, в Украине в 2013 г. в результате реструктуризации государственной санитарно-эпидемиологической службы и министерства здравоохранения 43% штатных сотрудников были уволены. Сокращение штата административных сотрудников, возможно, также имело место в странах, которые сообщили о проведении общих мер по снижению административных затрат.

Значительные усилия по централизации закупки услуг здравоохранения включают предложение Чешской Республики по созданию единой организации медицинского страхования, а также инициативу в Греции по

Таблица 5.2 Меры по снижению административных затрат системы здравоохранения, 2008–2013 гг.

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны</i>
Реструктуризация министерств и агентств государственного сектора	<i>Венгрия, Греция, Дания, Исландия, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Соединенное Королевство (Англия)</i>
Ликвидация или объединение государственных организаций здравоохранения	<i>Болгария, Исландия, Латвия, Литва, Украина</i>
Централизация закупки услуг здравоохранения	<i>Беларусь, Болгария, Греция, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Португалия, Словакия, Украина, Франция, Хорватия, Чешская Республика</i>
Сокращение штата административных сотрудников	<i>Австрия, Бельгия, Болгария, Дания, Ирландия, Кыргызстан, Латвия, Сербия, Словакия, Соединенное Королевство (Шотландия, Уэльс), Таджикистан, Украина</i>
Сокращение административных затрат и других накладных расходов	<i>Беларусь, Бельгия, Болгария, Ирландия, Нидерланды, Словакия, Соединенное Королевство (Англия, Северная Ирландия, Шотландия, Уэльс), Чешская Республика, Швейцария</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

объединению фондов медицинского страхования в целях создания нового агентства по закупке (вставка 5.1). В Чешской Республике новая организация медицинского страхования ставит своей целью сведение к минимуму дублирования услуг здравоохранения за счет использования метода оплаты труда по клинически связанным группам (DRG/KCG) и регистрации поставщиков для всех фондов медицинского страхования. В некоторых случаях централизация была временной: в Болгарии министерство финансов сначала взяло на себя ответственность по ценообразованию, но позднее вернуло данную функцию фонду медицинского страхования.

Последствия и значение для выработки политики

В 2009 г. уровень государственных расходов на администрирование сектора здравоохранения снизился в среднем примерно на 2%, но в 2010–2011 гг. было отмечено его возвращение к позитивному росту, хотя и более медленными темпами по сравнению с докризисными (рис. 5.1). Это свидетельствует о том, что некоторые изменения в работе организаций, занимающихся планированием и закупкой услуг здравоохранения, были эффективными в сокращении административных расходов, однако, эти достижения были относительно краткосрочными. Однако в связи с тем, что не было проведено оценки многих из этих изменений, сложно строить предположения о том, насколько они способствовали повышению административной эффективности. При уже низких мощностях сокращение опытного персонала в области разработки стратегий и администрирования может быть деструктивным, особенно если это происходит во время проведения быстрых реформ, требующих повышенных мощностей планирования и администрирования. Сокращения персонала также несут с собой риск забастовок работников бюджетной сферы, о чем свидетельствуют недавние тенденции в европейских странах (Pappu 2011), равно как и повышение затрат, связанных с наймом временных работников для разрешения проблемы нехватки кадров.

Реформы, направленные на консолидацию риска и централизацию закупок, имеют значительный потенциал для повышения эффективности (Kutzin 2008; Kutzin et al. 2010; Thomson et al. 2009). Они не только могут способствовать сведению к минимуму дублирования услуг здравоохранения и снижению административных затрат, но и повышению потенциала страны по приведению ресурсов в соответствие с потребностями в услугах здравоохранения посредством укрепления позиции закупочных ведомств по отношению к поставщикам услуг здравоохранения, а также улучшению соотношения затрат и качества. В Греции создание единого агентства по закупке услуг здравоохранения стало важным шагом на пути разрешения проблем эффективности и справедливости, ранее ассоциируемых с высокофрагментированными соглашениями, регулируемыми объединение финансовых средств и закупку услуг здравоохранения (Kastanioti et al. 2013). В результате таких изменений структуры закупочного рынка Австрия и Франция являются единственными странами ЕС, в которых функционируют множественные не конкурирующие фонды медицинского страхования (Thomson et al. 2009).

Вставка 5.1 Реформа организаций, занимающихся планированием и закупкой услуг здравоохранения в Греции

В рамках программы финансовой поддержки ЕС-МВФ в Греции была разработана новая рамочная конструкция для управления системой здравоохранения, которая включала следующие элементы: 1) разграничение структур здравоохранения более широких фондов социального страхования от администрирования пенсий; 2) объединение всех мер, связанных со здравоохранением, в одном органе – Министерстве здравоохранения и социальной солидарности; 3) объединение фондов медицинского страхования в целях разрешения проблемы фрагментации объединения средств и закупок; и наиболее важным элементом стало 4) создание нового национального агентства по закупке услуг здравоохранения (ЕОРУУ), в сферу ответственности которого входит закупка всех услуг здравоохранения, финансируемых государством, координация первичного звена, регулирование контрактов и установление стандартов качества и эффективности.

Источник: Economou et al. 2015

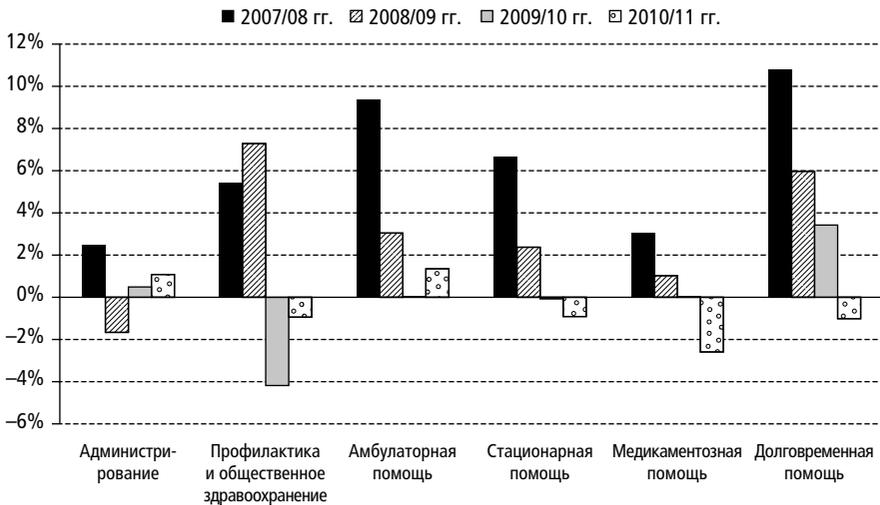


Рисунок 5.1 Государственные расходы на здравоохранение по функции, среднегодовые темпы роста, 2007–2011 гг., ЕС–27 и отдельные страны

Источник: OECD-WHO-Eurostat Joint Data Collection (2014).

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

5.2 Изменения услуг общественного здравоохранения

В данном разделе рассмотрены меры по сокращению бюджетов общественного здравоохранения и укреплению состояния здоровья населения.

Сокращение бюджетов общественного здравоохранения

В 5 странах было отмечено сокращение бюджетов общественного здравоохранения (табл. 5.3), еще в 5 странах наблюдалось упразднение или объединение учреждений общественного здравоохранения (табл.5.2). В 2005–2010 гг. в Ирландии не было отдельного бюджета на общественное здравоохранение, а с 2011 г. была введена только одна очень узкая программа общественного здравоохранения по иммунизации и несколько инициатив в отношении факторов риска. В 2011 г. в Нидерландах многие кампании по профилактике болезней, финансируемые из средств государства, были приостановлены по причине бюджетного дефицита, однако, в 2013 г. были вновь введены кампании по продвижению отказа от курения и долгосрочная программа систематических скринингов с целью выявления злокачественных новообразований кишечника. В Чешской Республике и Эстонии относительно большие сокращения удалось частично компенсировать за счет фондов ЕС.

Усилия по укреплению мер, направленных на профилактику болезней и продвижение здорового образа жизни

В 27 странах были проведены одна или несколько из указанных ниже реформ, направленных на продвижение здорового образа жизни и профилактику болезней: рост финансирования для программ общественного здравоохранения; повышение налогов на алкогольную продукцию, табачные изделия или 'нездоровые' продукты питания; разработка стратегий продвижения здорового образа жизни, направленных на поощрение здорового питания и физической активности, новые программы скрининга, достижение целей общественного здравоохранения и введение запрета на курение в общественных местах (табл. 5.4). Однако за исключением налогов в интересах общественного здравоохранения, большинство данных стратегий не были предприняты в качестве прямых ответных мер на кризис,

Таблица 5.3 Сокращения бюджетов общественного здравоохранения, 2008–2013 гг.

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны</i>
Сокращения бюджетов общественного здравоохранения (продвижение здорового образа жизни и профилактика заболеваний)	бывшая югославская Республика Македония, Дания, Нидерланды, Чешская Республика, Эстония

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Таблица 5.4 Меры по укреплению продвижения здорового образа жизни и профилактики болезней, 2008–2013 гг.

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны</i>
Рост финансирования общественного здравоохранения	<i>Австрия, Болгария, Дания, Литва, Чешская Республика</i>
Новые или улучшенные стратегические меры, программы скрининга или адресная поддержка	<i>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</i>
Запрет на курение в общественных местах	<i>Бельгия, Болгария, Венгрия, Греция, Украина</i>
Новые или повышенные налоги в интересах общественного здравоохранения	Алкогольная продукция: <i>Беларусь, Венгрия, Дания, Кипр, Российская Федерация, Румыния, Словения, Украина, Франция, Черногория, Эстония</i> Табачные изделия: <i>Беларусь, Болгария, Венгрия, Дания, Испания, Кипр, Португалия, Российская Федерация, Румыния, Словения, Украина, Франция, Черногория, Эстония</i> 'Нездоровые' продукты питания: <i>Венгрия, Словения, Франция</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

скорее, они представляют общие стратегические тенденции в данной области, на которые кризис оказал частичное или возможное воздействие.

Последствия и значение для выработки политики

Несмотря на то, что в ряде стран были предприняты меры по укреплению государственных расходов на здравоохранение, а во многих странах были введены новые программы общественного здравоохранения, в 2007–2011 гг. доля государственных расходов на общественное здравоохранение уменьшилась в большинстве стран, по которым имеются данные, на более чем 10%, по крайней мере, в 10 странах (рис. 5.2). Согласно совокупным данным, уровень государственных расходов на общественное здравоохранение в 2010 г. снизился на 4% и в 2011 г. на 1% в странах ЕС–27, Исландии, Норвегии и Швейцарии (рис. 5.1). Эти сокращения были больше сокращений в любой другой области государственных расходов на здравоохранение того же периода. Это вызывает обеспокоенность, потому как еще до начала кризиса во многих странах программы продвижения здорового образа жизни и профилактики болезней финансировались на очень низком уровне (в среднем порядка 3% общих расходов на здравоохранения в странах ОЭСР) (McDaid et al. 2015).

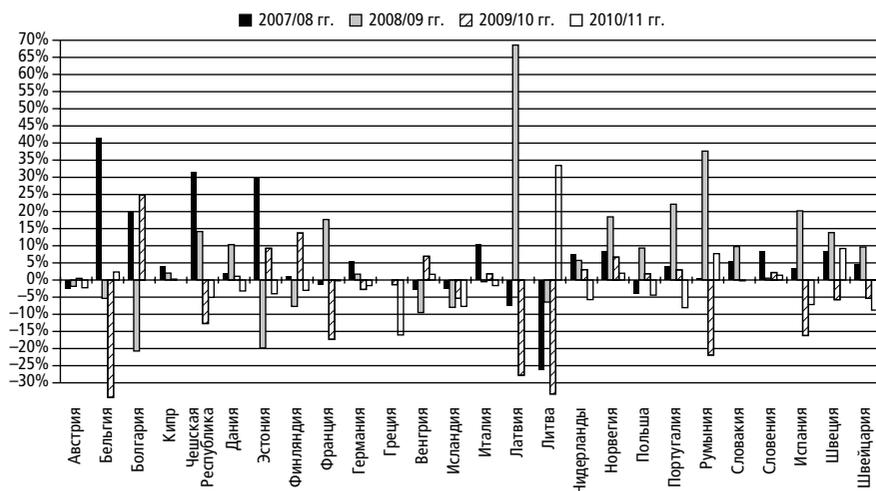


Рисунок 5.2 Государственные расходы на профилактику и общественное здравоохранение, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны

Источник: OECD-WHO-Eurostat Joint Data Collection (2014).

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 показателей 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 et al. 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 алкогольную продукцию и табачные изделия (Chaloupka and Warner 2000; Sassi 2010; McDaid and Suhrcke 2012).

5.3 Изменения первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи

В данном разделе рассмотрены изменения первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи, в том числе уровня финансирования, ценообразования, методов оплаты, предоставления услуг здравоохранения и профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов.

Финансирование и ценообразование

Согласно данным, в 5 странах кризис создал импульс для повышения уровня финансирования или роста цен в секторе первичной медико-санитарной помощи (табл. 5.5). Еще в 5 странах наблюдалось снижение уровня финансирования или цен несмотря на то, что во всех случаях предпринимались усилия по ограничению негативных последствий. В Эстонии и Латвии сокращения расходов на нужды сектора первичной медико-санитарной помощи преднамеренно удерживались на более низком уровне по сравнению с сокращениями расходов в других областях. Германия приостановила проведение изменений методов оплаты труда врачей амбулаторного сектора, а затем повысила их до 1 млрд евро. В Румынии в 2009–2011 гг. была снижена минимальная ставка оплаты труда врачей общей практики, но в 2012 г. она была повышена.

Методы оплаты

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 (вставка 5.2), хотя только в Латвии в качестве прямых ответных мер на кризис. Украина ввела пилотный проект по внедрению подушевой оплаты в секторе первичной медико-санитарной помощи.

Предоставление первичной медико-санитарной помощи и профессионально-квалификационная структура кадровых ресурсов

В 21 стране наблюдались изменения в предоставлении услуг первичной медико-санитарной помощи. В ряде стран были предприняты попытки по продвижению доступа к первичной медико-санитарной помощи и роли первичного звена в системе здравоохранения в основном в качестве прямых ответных мер на кризис (табл. 5.6). В Греции и Португалии

Таблица 5.5 Изменения финансирования и ценообразования в секторе первичной медико-санитарной помощи, 2008–2013 гг.

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны</i>
Повышение уровня финансирования или цен в секторе первичной медико-санитарной помощи	Бельгия, Венгрия, Литва, Нидерланды, Республика Молдова
Понижение уровня финансирования или цен в секторе первичной медико-санитарной помощи	Бельгия, Германия, Латвия, Румыния, Эстония

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Вставка 5.2 Усилия по установлению взаимосвязи между методами оплаты и показателями деятельности труда врачей общей практики, 2008–2013 гг.

Бельгия: повышение на 20% единовременных выплат врачам общей практики за поддержание 'Глобальной медицинской системы', ведения схем болезней и осуществление визитов на дом; также были введены финансовые инициативы для врачей общей практики по открытию практики в удаленных районах; были пересмотрены финансовые инициативы по мотивации врачей общей практики в ведении документации в электронном виде; были изменены ориентировочные суммы для больниц в целях поощрения дневных стационаров и возможности предоставления услуг здравоохранения вплоть до 30 дней до начала госпитализации.

Франция: в 2009 г. были введены методы оплаты труда врачей общей практики на основе показателей деятельности на добровольных началах; в 2012 г. данная мера была расширена.

Латвия: с 2013 г. на 9% была сокращена годовая заработная плата (подушевой принцип оплаты) тех врачей общей практики, предоставление услуг которых не соответствовало новым критериям качества.

Румыния: сокращение той части заработной платы врачей общей практики, которая рассчитывалась по подушевым нормативам, и переход на метод гонорара за услугу.

Сербия: была введена формула оплаты на основе подушевого принципа для работников сектора первичной медико-санитарной помощи, согласно которой не более 2% заработной платы может быть перераспределено в зависимости от результатов деятельности.

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

изменения были отчасти вызваны требованиями в рамках программ финансовой поддержки ЕС–МВФ. В Португалии выполнение условий данной программы предполагало проведение следующих мер: увеличение числа практик семейных врачей; создание механизма, гарантирующего более равномерное распределение семейных врачей по стране; перераспределение отдельных амбулаторных услуг при стационарах в сферу ответственности практик семейных врачей; перераспределение человеческих ресурсов из стационарного сектора в учреждения первичной медико-санитарной помощи; увеличение числа пациентов на одного врача общей практики; а также расширение оценки на основе результатов деятельности на все подразделения сектора первичной медико-санитарной помощи. В Греции в 2014 г. был принят новый закон о первичной медико-санитарной помощи в результате соответствия требованиям в рамках программы финансовой поддержки ЕС–МВФ.

Таблица 5.6 Изменения в предоставлении первичной медико-санитарной помощи и профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов, 2008–2013 гг.

<i>Ответные меры</i>	<i>Страны</i>
Сокращение числа учреждений первичной медико-санитарной помощи	Исландия, Испания
Структурные реформы, направленные на укрепление первичной медико-санитарной помощи, включая перераспределение услуг здравоохранения из стационарного сектора в первичное звено и службы помощи по месту жительства	Беларусь, <i>Венгрия</i> , Греция, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Норвегия, <i>Польша</i> , Португалия, Республика Молдова, <i>Российская Федерация</i> , <i>Соединенное Королевство</i> (Англия, <i>Северная Ирландия</i> , <i>Уэльс</i>), Украина, Франция
Продление часов работы учреждений первичной медико-санитарной помощи	Латвия, Соединенное Королевство (<i>Уэльс</i>)
Обязательный выбор поставщика и свобода медицинских организаций в выборе аккредитованных частных поставщиков	<i>Швеция</i>
Направление пациентов в учреждения специализированной помощи	Словакия (отменила), Украина, Швейцария (ввела, но без функции контроля)
Профессионально-квалификационная структура кадровых ресурсов	Беларусь, Португалия, Словения

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

В 3 странах было отмечено изменение профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов (сочетание навыков или изменение кадровой структуры), причем все – в секторе первичной медико-санитарной помощи. В 2011 г. в Словении имело место перераспределение профилактических мер от врачей общей практики к медицинским сестрам с тем, чтобы снизить нагрузку на врачей общей практики и уменьшить число направлений в учреждения специализированной помощи. С этой целью фонд медицинского страхования принял на работу дополнительных медицинских сестер, но в 2012 г. финансирование было сокращено, а заработная плата за дополнительную нагрузку была снижена на 30%. В Португалии, согласно требованиям программы финансовой поддержки ЕС–МВФ, было необходимо изменение роли медицинских сестер, в результате чего возник новый проект семейных медицинских сестер, направленный на укрепление оказания медицинской помощи пациентам с хроническими болезнями. Начиная с 2009 г. в Беларуси предпринимаются усилия по повышению эффективности труда медицинских работников и распределения обязанностей, в том числе посредством введения должности помощника врача в амбулаторных учреждениях сектора первичной медико-санитарной помощи.

Последствия и значение для выработки политики

В 2007–2011 гг. доля государственных расходов на амбулаторную помощь продолжала расти, но темпы роста были значительно ниже по сравнению с докризисными, при этом в 2009–2010 гг. этот показатель снизился практически до нуля (рис. 5.1). Согласно данным с разбивкой (рис. 5.3), во многих странах, по которым имеются данные, наблюдалось снижение данного показателя за один или два года, при этом указанные страны не сообщили в рамках проводимого нами опроса о сокращении финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи (табл. 5.5), поскольку эти сокращения, возможно, не являлись результатом явно выраженных мер политики. Резкое сокращение в 5% или более было отмечено в Литве, Польше, Словакии и Эстонии, кроме того, еще большие сокращения имели место в Греции, Латвии и Румынии. Согласно проведенному нами опросу, несмотря на то, что во многих случаях сокращения были временными, эти показатели привели к росту обеспокоенности в отношении доступа к первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи, особенно в Греции и Румынии, где сокращения были отмечены в течение двух или более лет. Поддержание доступа к первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи, особенно к службам охраны психического здоровья, является крайне важным в условиях кризиса, когда домашние хозяйства сталкиваются с растущей финансовой незащищенностью.

Системы здравоохранения, отличающиеся сильным сектором первичной медико-санитарной помощи, ассоциируются с улучшенной

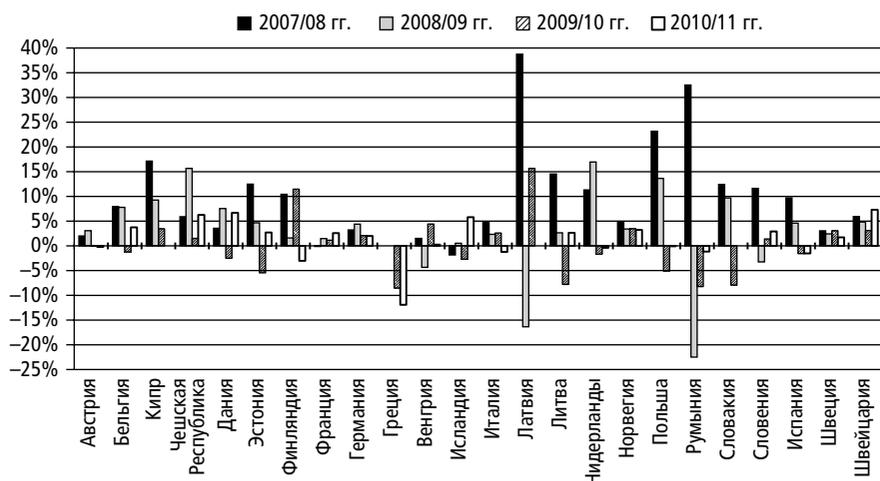


Рисунок 5.3 Государственные расходы на амбулаторную лечебную и реабилитационную помощь, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны

Источник: OECD-WHO-Eurostat Joint Data Collection (2014).

деятельностью системы (Kringos et al. 2010). Таким образом, имеет положительное значение тот факт, что страны постарались поддержать продолжающиеся усилия по укреплению сектора первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, в Греции и Португалии улучшение сектора первичной медико-санитарной помощи стало одним из условий в рамках программ финансовой поддержки ЕС–МВФ.

Важно отметить следующие три области изменений. Во-первых, в ряде стран были предприняты меры, обеспечивающие доступность любого нового финансирования только при наличии доказательств, свидетельствующих об улучшении показателей деятельности врачей общей практики, что потенциально является эффективным способом разрешения финансовых проблем. Хотя программы, основанные на методе оплаты по показателям деятельности, возможно, не приводят к значительному повышению качества услуг здравоохранения (измеряемые по показателям состояния здоровья населения), они могут способствовать созданию более сильного управления (Cashin et al. 2014).

Во-вторых, лишь в нескольких странах были введены изменения профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов в целях перераспределения обязанностей первичного звена на медицинских сестер. Для реализации данной стратегии могут потребоваться начальные инвестиции, но, скорее всего, она может привести к повышению качества и эффективности в долгосрочной перспективе (Bourgeault et al. 2008; Kringos et al. 2010). Однако эффективность реформ профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов зависит от структуры стимулов на местах и изменений необходимых для повышения качества, делегирования и ответственности.

В-третьих, в ряде стран были проведены меры по перераспределению услуг стационарного сектора в амбулаторные учреждения и организации первичной медико-санитарной помощи. Это еще одно изменение, которое, скорее всего, потребует начальных инвестиций и разработку ряда сопутствующих стратегических мер, если добиваться эффективности таких изменений (например, укрепление альтернативных организаций и услуг, снижение уровня ненужных госпитализаций и более быстрая выписка из стационара).

Таким образом, неудивительно, что отдельные страны столкнулись с финансовыми и политическими трудностями в момент внедрения подобного рода изменений. Например, несмотря на требования программ финансовой поддержки ЕС–МВФ, только одна новая практика семейного врача была открыта в Португалии в первые три месяца 2013 г., частично это объясняется финансовыми ограничениями. В 2012 г. в Ирландии предоставление дополнительного финансирования на нужды сектора первичной медико-санитарной помощи, направляемое на обеспечение дополнительного персонала в 300 человек и бесплатной помощи врача общей практики населению с отдельными видами заболеваний, было отменено. В Словении после первого года были проведены сокращения дополнительного финансирования, направляемого на обеспечение заработной платы медицинских сестер, которые выполняют отдельные функции врача общей практики. В Швейцарии в результате референдума

2012 г. были отклонены усилия по введению изменений, направленных на обеспечение улучшенной координации услуг здравоохранения, включая интеграцию схем медицинского страхования с функцией контроля направления в учреждения специализированной помощи и более низкой платой за услуги.

Очевидно, что большинство попыток по укреплению сектора первичной медико-санитарной помощи и превращению его в основное звено предоставления услуг требует планирования, политической приверженности, начальных инвестиций и времени, особенно при организации перераспределения нагрузки медицинских работников и изменения моделей потребления пациентов. Как показал опыт ряда стран, все из перечисленных факторов могут представлять проблему в условиях кризиса. Однако это не должно удерживать руководителей от того, чтобы сконцентрировать усилия на важной области реформ.

5.4 Изменения стационарного сектора

В данном разделе основное внимание уделяется изменениям, затронувшим больницы, включая изменения уровня финансирования, ценообразование, методов оплаты, инвестиций и предоставления услуг здравоохранения.

Финансирование и ценообразование

В 19 странах было отмечено сокращение бюджетов больниц, платы или тарифов (табл. 5.7). В Латвии в результате введения глобальных бюджетов для больниц (табл. 5.8) произошло значительное сокращение финансирования услуг стационарного сектора. И наоборот, в Польше и Словакии была проведена единовременная выплата средств для уменьшения дефицита больниц. В Словакии также отказались от давних планов по изменению статуса больниц в акционерные общества в результате финансового давления, вызванного кризисом, и давления со стороны медицинских союзов. В Польше попытались разрешить проблему долгов больниц посредством предоставления финансовых стимулов независимым государственным больницам в изменении их статуса на коммерческие компании.

Методы оплаты

В 18 странах были отмечены изменения методов оплаты сектора стационарной помощи (табл. 5.8). Введение оплаты труда по клинически связанным группам (DRG/КСГ) обычно было частью продолжающихся реформ, которые подверглись либо частичному, либо возможному воздействию со стороны кризиса, а не являлись ответными мерами на него. Исключение составляет введение данного метода оплаты в Греции в результате необходимости соответствовать требованиям программы финансовой поддержки ЕС–МВФ (Polyzos et al 2013).

Таблица 5.7 Изменения финансирования больниц и ценообразования, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Сокращение бюджетов больниц или общих расходов на стационарный сектор	<i>Австрия, Болгария, Греция, Дания, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство (Северная Ирландия), Хорватия</i>
Сокращение платы или цен (тарифов) поставщикам (больницам или врачам)	<i>Бельгия, Болгария, Кипр, Чешская Республика, Дания, Эстония, Франция, Ирландия, Польша, Словения, Соединенное Королевство (Англия)</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Таблица 5.8 Изменения методов оплаты сектора стационарной помощи, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Метод оплаты по показателям деятельности (включая финансовые стимулы по продвижению использования дневных стационаров и амбулаторной помощи)	<i>Беларусь, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Италия, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Франция (только кардиологи)</i>
Планы по введению или введение метода оплаты по клинически связанным группам (DRG/КСГ)	<i>Германия (психиатрические лечебницы), Греция (запланировано), Кипр (запланировано), Латвия (запланировано), Литва, Польша, Республика Молдова, Словакия, Чешская Республика, Швейцария</i>
Замена метода оплаты по койко-дням и виду оказанных услуг на глобальные бюджеты	<i>Латвия</i>
Упразднение метода оплаты по койко-дням (как часть более широких реформ)	<i>Российская Федерация</i>
Переход на подушевое финансирование	<i>Португалия</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Реструктуризация

В 19 странах в результате кризиса возник импульс по ускорению существующих процессов реструктуризации стационарного сектора, в основном посредством ликвидаций и объединений, хотя и с разной степенью прогресса (таблица 5.9).

Таблица 5.9 Изменения структуры сектора стационарной помощи, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Ликвидации, сокращение коечного фонда, объединения и централизация	<i>Азербайджан, Бельгия, Болгария, Венгрия, Греция, Дания, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Португалия, Румыния, Словакия, Украина, Чешская Республика</i>
Реорганизация служб экстренной медицинской помощи	<i>бывшая югославская Республика Македония, Латвия, Украина</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Инвестиции

В 22 странах наблюдались изменения в инвестировании в сектор стационарной помощи (табл. 5.10). В 9 странах были предприняты усилия по сбору дополнительных ресурсов для инвестирования в сектор стационарной помощи, но в большинстве случаев лишь в качестве частичных или возможных ответных мер на кризис. И наоборот, в 12 из 14 стран попытки сокращения инвестиций были предприняты в качестве ответных мер на кризис.

Последствия и значение для выработки политики

Одними из наиболее распространенных ответных мер на кризис в области планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения стали меры по сокращению расходов и инвестиций в сектор стационарной помощи. По совокупным данным в 2009–2011 гг. темпы роста государственных расходов на сектор стационарной помощи резко замедлились, хотя им предшествовали годы роста (рис. 5.1). Наибольшие сокращения в 10–20 % имели место в Греции, Латвии и Румынии, а сокращения в 5–10 % – в Исландии, Венгрии, Чешской Республике и Эстонии (рис. 5.4). В таких странах, как Греция, Дания, Литва, Финляндия и Эстония сокращения наблюдались 2 года, а в Исландии, Венгрии и Латвии – три года. Отсутствуют данные по таким странам, как Болгария, Ирландия, Португалия, Соединенное Королевство и Хорватия. Кроме того, Соединенное Королевство сообщило о попытках уменьшить объемы финансирования сектора стационарной помощи.

Поскольку ни Исландия, ни Румыния не сообщили о прямых сокращениях бюджетов больниц, в этих странах сокращения расходов могут быть результатом реструктуризации. В целом сокращения расходов, скорее всего, произошли не по причине внедрения метода оплаты по клинически связанным группам (DRG/КСГ), так как данный метод в действительности не был полностью внедрен в ряде стран, которые сообщили о его введении

Таблица 5.10 Изменения в инвестировании в сектор стационарной помощи, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Отказ, приостановка или сокращение инвестиционных планов сектора стационарной помощи, включая строительство новых больниц	<i>Грузия, Исландия, Румыния, Словения, Швейцария</i>
Замедление программ модернизации больниц, 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)
Использование частных ресурсов (государственно-частных партнерств) в целях инвестирования	<i>Дания, Испания (запланировано в Мадриде), Нидерланды, Соединенное Королевство (Шотландия)</i>
Использование структурных фондов ЕС в целях инвестирования	<i>Болгария, Венгрия</i>
Использование займов в целях роста инвестиций	<i>Бельгия, Румыния, Франция</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

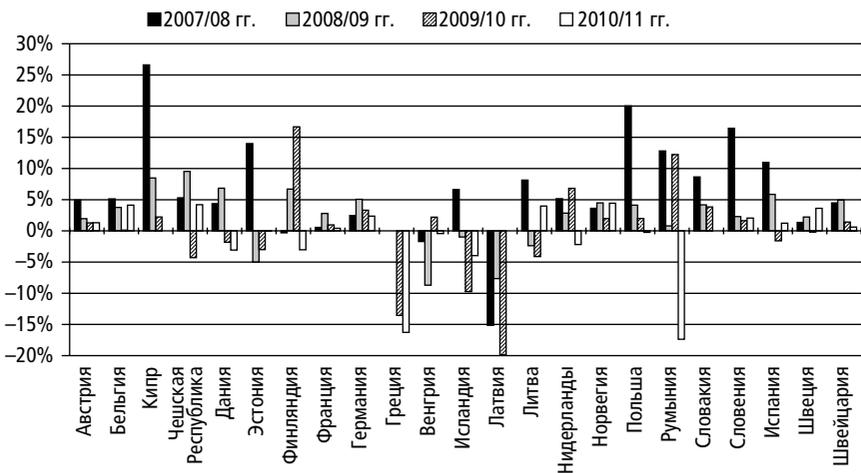


Рисунок 5.4 Государственные расходы на стационарную лечебную и реабилитационную помощь, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны

Источник: OECD-WHO-Eurostat Joint Data Collection (2014).

(Греция, Кипр, Латвия). Кроме того, опыт европейских стран свидетельствует о том, что экономия затрат за счет метода оплаты по клинически связанным группам (DRG/KCG) имеет ограниченный потенциал (Busse et al. 2011). К моменту начала кризиса почти во всех странах ЕС в той или иной форме был введен метод оплаты по клинически связанным группам (DRG/KCG) для больниц, как правило, в сочетании с методом глобальных бюджетов для обеспечения контроля над расходами (Thomson et al. 2009).

Пока мы не получим оценочных данных, будет трудно строить предположения о том, насколько сокращения бюджетов больниц способствовали повышению эффективности. В ряде стран сокращения тарифов были незначительными и, скорее всего, не могли привести к существенным изменениям производительности, качества или доступа. В нескольких странах также были предприняты явно выраженные меры по расширению гарантий времени ожидания услуг здравоохранения, как один из способов управления данным процессом. Например, в 2009 г. в Эстонии было увеличено максимальное время ожидания консультации врача амбулаторного сектора с 4 до 6 недель. Однако в таких странах, как Греция и Латвия, бюджеты больниц были сильно сокращены, что привело к непреднамеренным последствиям. В некоторых больницах в Греции сокращения производственных расходов были компенсированы за счет роста затрат на расходные материалы, накладные расходы и обеспечение безопасности. В Латвии значительные сокращения расходов на сектор стационарной помощи привели к появлению такого длительного времени ожидания услуг здравоохранения, не находящегося в приоритете, что эти услуги исключили из государственного охвата. В ряде стран было отмечено увеличение времени ожидания стационарной помощи, включая экстренную медицинскую помощь.

В результате кризиса директивные органы получили возможность проводить ликвидацию, объединение или централизацию учреждений сектора стационарной помощи. Многие также приостановили инвестирование в проекты по развитию инфраструктуры в качестве способа борьбы с финансовыми проблемами. Тем не менее, в некоторых случаях попытки ликвидации или объединения палат в стационарах не были успешными из-за отсутствия прозрачности и вмешательства общественности (Ирландия) (Olafsdottir et al. 2013).

В случаях признания необходимости реструктуризации стационарного сектора и при наличии уже существующего определенного докризисного планирования, меры, направленные на разрешение проблемы чрезмерных мощностей, скорее всего, приведут к экономии и повышению эффективности (Rechel et al. 2009; Kutzin et al. 2010). В данных обстоятельствах реструктуризация послужит исключительно положительным начинанием, особенно если она сопровождается стратегиями по укреплению альтернативных медицинских учреждений и служб, сокращением числа ненужных госпитализаций и упрощением процесса выписки из стационара (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).

5.5 Изменения в отношении лекарственных средств и приборов медицинского назначения

В данном разделе рассмотрены стратегические меры, направленные на снижение цен и поощрение использования методов фактических данных при предоставлении лекарственных средств и приборов медицинского назначения.

Меры по снижению цен

В большинстве стран были введены или укреплены стратегии, направленные на снижение цен на медицинские товары, в основном на лекарственные средства (табл. 5.11). В качестве наиболее распространенных ответных мер предпринимались усилия по улучшению методов закупки, как правило, за счет централизации, но также посредством тендеров и выборочных контрактов. В некоторых странах было проведено непосредственное урезание цен или предпринимались попытки по снижению цен в рамках различных соглашений, касающихся цены–объема. В ряде стран были введены или адаптированы системы внешней и внутренней референтной цены. Например, в Португалии стратегия была изменена в целях включения стран с самыми низкими ценами в Европе. К другим мерам по снижению цен относились также изменения норм прибыли фармацевтов и снижение НДС на медицинские товары. На Кипре и в Чешской Республике в действительности была повышена ставка НДС на медицинские товары, что привело к росту стоимости данного вида продукции как для закупочных ведомств, так и для пациентов.

Меры, направленные на поощрение предоставления услуг здравоохранения и лекарственных средств на основе методов фактических данных

В 17 странах были предприняты действия по поощрению назначения, предоставления и потребления лекарственных средств на основе методов

Таблица 5.11 Меры по снижению цен на лекарственные средства, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Закупка	Выход на рынок: <i>Грузия, Португалия, Чешская Республика</i> Централизация: <i>Греция, Дания, Испания, Казахстан, Кипр, Португалия, Румыния, Франция</i> Тендеры: <i>Болгария, Венгрия, Нидерланды, Чешская Республика</i> Другое: <i>Греция, Соединенное Королевство, Черногория</i>
Снижение цен	<i>Бельгия, Босния, Греция, Ирландия, Италия, Литва, Португалия, Сербия, Словения, Турция, Украина, Финляндия, Франция, Швейцария</i>
Цена–объем, воздействие на бюджет и соглашения о распределении рисков	<i>Бельгия, Греция, Латвия, Литва, Польша, Португалия, Румыния, Хорватия, Эстония</i>
Внешняя референтная цена	<i>Бельгия, бывшая югославская Республика Македония, Ирландия, Кипр, Литва, Португалия, Украина</i>
Внутренняя референтная цена	Введена: <i>Греция, Мальта, Словакия, Словения, Хорватия</i> Изменена: <i>Венгрия, Латвия, Румыния, Словакия, Эстония</i>
Нормы прибыли	<i>Кипр, Польша, Португалия, Российская Федерация, Франция</i>
Снижение НДС	<i>Греция, Таджикистан</i>
Другие меры по снижению цен	<i>Беларусь, Греция, Казахстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Хорватия</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

фактических данных, причем в 10 странах в качестве ответных мер на кризис (табл. 5.12). В ряде стран наблюдались такие изменения охвата и методов компенсации затрат населения, как, например, создание ‘позитивных списков’ и большее использование методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату (обсуждение приводится далее и в главе 4).

Последствия и значение для выработки политики

Вариативность стратегических мер, цен и уровня государственных расходов на медицинские товары на душу населения в европейских странах, даже среди стран ЕС (Vogler et al. 2011), свидетельствует о том, что в данной области имеются существенные возможности для повышения эффективности. Стратегические меры, которые, скорее всего, могут способствовать повышению эффективности в использовании медицинскими

Таблица 5.12 Меры, направленные на продвижение услуг здравоохранения и лекарственных средств на основе методов фактических данных, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Назначения международных непатентованных наименований	<i>Венгрия, Греция, Исландия, Испания, Латвия, Литва, Португалия, Республика Молдова, Румыния</i>
Назначения лекарственных средств в электронном виде	<i>Греция, Португалия, Румыния, Эстония</i>
Руководства по назначению лекарственных средств	<i>Греция, Дания, Португалия</i>
Мониторинг назначения лекарственных средств	<i>Кипр, Португалия, Черногория</i>
Переход на дженерики при отпуске лекарственных средств в аптеках	<i>Бельгия, Венгрия, Испания, Латвия, Литва, Эстония</i>
Предоставление информации и обучение	<i>Казахстан, Российская Федерация, Словения, Эстония</i>
Другое	<i>Испания</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

товарами, включают стратегии, направленные на снижение цен в сочетании с мерами по поощрению назначения, предоставления и потребления на основе методов фактических данных. Например, обеспечение согласования данных стимулов между производителями, закупочными ведомствами, поставщиками, фармацевтами и пациентами таким образом, чтобы даже при наличии альтернатив использовался самый эффективный с точки зрения затрат продукт. Во многих странах еще до начала кризиса была укреплена стратегия в отношении медицинских товаров (Mossialos et al. 2004; Vogler et al. 2008), а изменения, проведенные во время кризиса, обычно были частью проводимых реформ. Тем не менее, кризис действительно оказал воздействие на скорость, с которой страны вводили новые стратегии в данной области (Vogler et al. 2011).

Согласно имеющимся данным, благодаря ответным мерам некоторым странам удалось добиться экономии средств и замедления темпов роста расходов на медицинские товары. Например, в Португалии средняя цена на лекарственные средства снизилась с 13 евро в 2007 г. до 10,70 евро в 2012 г., а расходы Национальной системы здравоохранения на лекарственные средства для амбулаторного лечения уменьшились на 19% в 2011 г. и 11% в 2012 г. (Infarmed 2012), а доля дженериков в объеме общих продаж выросла с 21% в 2011 г. до 25% в 2012 г. (Sakellarides et al. 2015). Согласно данным, сокращения цен и соответствующие меры должны были привести к экономии 1 млрд евро во Франции в 2013 г. и порядка 585 млн евро в Швейцарии в 2013–2015 гг. В Словакии изменения систем референтной цены способствовали замедлению темпов роста расходов на лекарственные средства, а в Латвии в 2012 г. благодаря этим изменениям Национальной системе здравоохранения удалось сэкономить более 5 млн евро, в то время

как благодаря новой норме, регулирующей годовой перерасчет цен на приборы медицинского назначения, в Хорватии удалось добиться снижения расходов на приборы медицинского назначения на 4% в 2011–2012 гг. В Украине пилотный проект по использованию референтной цены привел к снижению стоимости медицинских препаратов от артериальной гипертензии на 7,6%. В Исландии в 2009–2010 гг. усилия, направленные на поощрение потребления лекарственных средств на основе методов фактических данных, привели к сокращению расходов на медикаментозную помощь более чем на 10%, а в Испании ожидалось, что в результате данных мер удастся сэкономить 3,5 млрд евро в год. В Греции государственные расходы на лекарственные средства снизились с 5,09 млрд евро в 2009 г. до 4,25 млрд евро в 2010 г. и далее до 4,10 млрд евро в 2011 г. (Vandoros and Stargardt 2013).

Эти наблюдения подтверждены на рисунке 5.1. Согласно совокупным данным, государственные расходы на лекарственные средства снизились на 1% в 2009 г., на 0% в 2010 г. и на 2,6% в 2011 г. На национальном уровне государственные расходы на лекарственные средства снизились в большинстве стран, по которым имеются данные (рис. 5.5). Сокращения порядка 10% и более имели место в Греции, Дании, Исландии, Испании, Италии, Литве, Португалии и Румынии, и в порядка 16 странах продолжались около двух или более лет.

Представляется более сложным провести оценку того, как сокращения государственных расходов на медицинские товары оказывают воздействие на доступ и потребление. В некоторых странах было отмечено, что в результате стратегических мер по сокращению цен на лекарственные средства многие препараты стали предоставляться в рамках государственного охвата. Например, из-за введения референтной цены и других изменений в Хорватии в государственный охват включили 64 новых лекарственных средства, а в бывшей югославской Республике Македонии было отмечено рост числа доступных лекарственных средств, предоставляемых пациентам без взимания платы, на 76%. Аналогичным образом, в Сербии за счет создания 'позитивного списка' лекарственных средств удалось включить в государственный охват 300 новых медицинских препаратов и 40 новых групп АТХ. Опыт Литвы по введению многостороннего лекарственного плана в ответ на кризис (вставка 5.3) свидетельствует о том, что реформы в области медикаментозной помощи позволяют добиться повышения эффективности за счет снижения уровня государственных расходов и одновременного повышения доступа к лекарственным средствам. В Эстонии снижения финансового давления на пациентов удалось добиться за счет реформ, направленных на поддержание назначений и распространения международных непатентованных наименований, проводимых в сочетании с отменой нормы, регламентирующей потолок компенсации, выплачиваемой населению Фондом медицинского страхования за отдельные виды покрываемых лекарственных средств. В Эстонии личные платежи граждан на лекарственные средства, предоставляемые в рамках государственного охвата, снизились с 38,5% в 2008 г. до 33,0% в 2012 г. (Habicht and Evetovits 2015). В Хорватии после начала проведения реформ число рецептов на одно застрахованное лицо

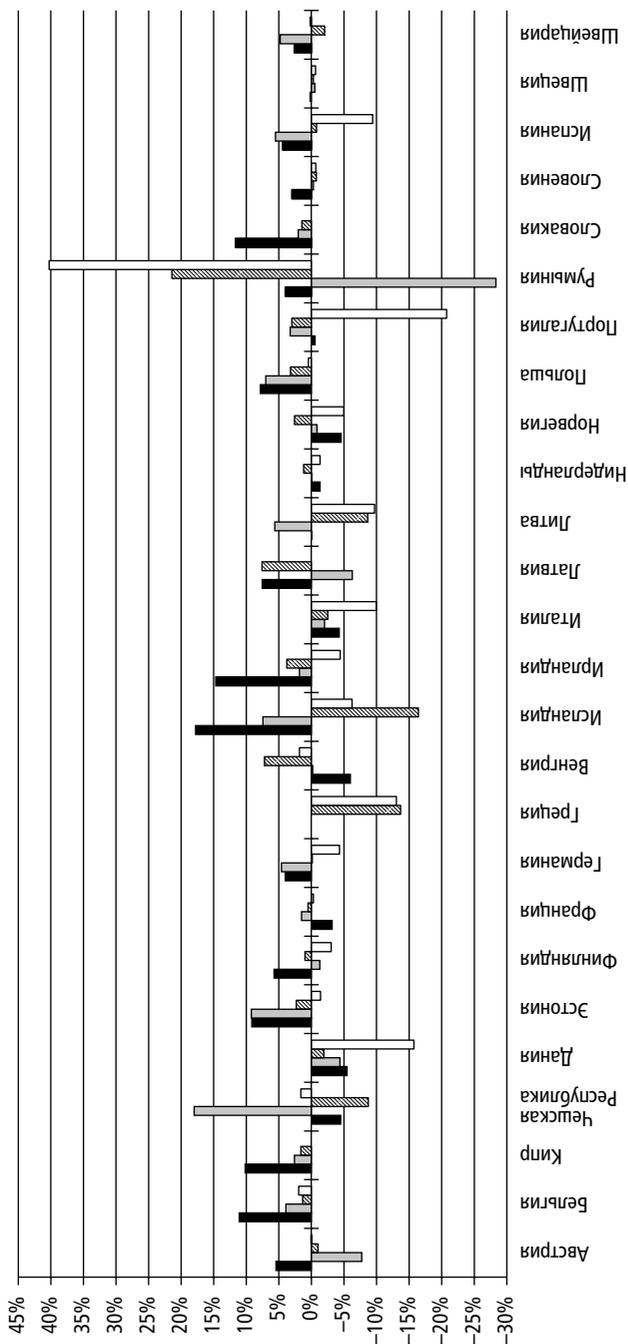


Рисунок 5.5 Государственные расходы на лекарственные средства и другие медицинские товары краткосрочного назначения, темпы роста на душу населения в год, 2007–2011 гг., отдельные европейские страны
 Источник: OECD-WHO-Eurostat Joint Data Collection (2014).

Вставка 5.3 Лекарственный план Литвы и его последствия

Лекарственный план Литвы (2009–2010 гг.) состоял из 28 стратегических мер, в том числе создание нового 'позитивного списка' покрываемых лекарственных средств, референтная цена которых основана на средней цене в 8 странах ЕС за вычетом 5%; введение новых стратегий установления цен на дженерики; новые соглашения цены-качества с производителями (Ministry of Health of the Republic of Lithuania 2009). Эти ценовые стратегии сопровождались новым требованием по назначению международных непатентованных наименований, а пациенты могли выбрать лекарственные средства наименьшей стоимости. В результате внедрения данного плана удалось добиться снижения референтной цены более 1000 лекарственных средств, значительного сокращения расходов на медицинские товары со стороны Национального фонда медицинского страхования и уменьшения финансового давления на пациентов. В 2008–2010 гг. расходы Национального фонда медицинского страхования на лекарственные средства и приборы медицинского назначения для амбулаторного лечения снизились на 4,3% и в 2010 г. составили 8,7 млн евро. Кроме того, имеются данные об улучшении доступа к лекарственным средствам. Хотя в 2009–2011 гг. число рецептурных медицинских препаратов выросло, личные платежи граждан на лекарственные средства, по оценкам, были ниже по сравнению с предшествующим годом на 15 млн евро в 2010 г. и на 19 млн евро в 2011 г. (NHIF 2013). Эти сэкономленные средства также позволили Национальному фонду медицинского страхования предоставить государственный охват на лекарственные средства от различных видов онкологических заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний и расстройств психики и поведения.

Источник: Kasevičius and Karanikolos (2015)

продолжало расти, в то время как средние затраты на один рецепт были значительно урезаны (на 27% в 2010 г. по сравнению с 2007 г.) (Svaljek 2014).

Однако реформы не всегда приносили желаемый или ожидаемый результат. Например, в Ирландии экономия средств, достигнутая в результате измененных соглашений в отношении медицинских препаратов, была ниже прогнозируемой, что выразилось в необходимости дополнительного бюджета на здравоохранение в конце 2012 г. (Nolan et al. 2015). В других странах экономия средств, полученная в результате снижения цен, привела к росту обеспокоенности вопросом доступа пациентов к услугам здравоохранения или их качеству. В Греции производители выступили с угрозой перестать поставлять свои товары на рынок в ответ на предлагаемое урезание цен (Hirschler 2012), а повторное урезание цен в Греции способствовало росту параллельного экспорта, что в результате привело к нехватке жизненно важных и необходимых лекарственных средств (Karamanoli 2012). Согласно отчетам, в Румынии также наблюдалась

нехватка лекарственных средств, обусловленная ростом параллельной торговли. В Португалии отмечалась обеспокоенность, вызванная негативными последствиями значительного урезания цен для устойчивости аптек и закрытия аптек для доступа пациентов. В Чешской Республике новые аукционы на оборудование для больниц привели к давлению на цены, но подлежат скорому пересмотру в связи с обеспокоенностью о соответствии качеству.

В Греции, Кипре и Португалии программы финансовой поддержки ЕС–МВФ содержали многочисленные требования, касающиеся медицинских товаров. Однако среди всех стран, участвующих в опросе, наиболее распространенной мерой, связанной с лекарственными средствами, стало урезание цен на них, и это вполне понятно, поскольку подобного рода изменения могут быть реализованы достаточно быстро и без значительных транзакционных издержек, кроме того, могут способствовать созданию пространства, необходимого для развития и внедрения более комплексных реформ. Латвия была единственной страной, которая сообщила о наличии сильной оппозиции реформам ценообразования (состоящей из производителей и медицинских работников); на момент написания публикации предлагаемые изменения системы референтной цены оспаривались в конституционном суде (Taube et al. 2015). Многие страны также воспользовались возможностью снизить административные расходы и укрепить покупательную способность за счет централизации закупок или стандартизации процессов закупки по регионам.

Большее удивление с позиции внедрения вызывает тот факт, что многие страны предприняли попытки по улучшению механизмов предоставления и потребления медицинских товаров на основе методов фактических данных. Однако изменения практически всегда были частью требований программ финансовой поддержки ЕС–МВФ. В других странах, скорее всего, они служили отражением интенсификации продолжающихся реформ или потенциально возникшего в результате кризиса окна возможности для проведения действий по снижению потенциальной оппозиции со стороны производителей и поставщиков.

5.6 Изменения методов оплаты труда медицинских работников и численности штата

В данном разделе представлены изменения, оказавшие воздействие на методы оплаты труда медицинских работников и численность штата.

Методы оплаты труда медицинских работников

В 16 странах наблюдались изменения уровня оплаты труда медицинских работников, практически во всех странах – в результате прямых ответных мер на кризис (табл. 5.13). В ряде стран были отмечены значительные сокращения заработных плат, в особенности в тех, которые имеют программы финансовой поддержки ЕС–МВФ (вставка 5.4).

Таблица 5.13 Изменения методов оплаты труда медицинских работников и численности штата, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Методы оплаты труда медицинских работников	
Сокращение заработных плат	Греция, Ирландия, Испания, Кипр, Латвия, Литва, Португалия, Румыния, Сербия (прием на работу дополнительного персонала на частной контрактной основе)
Замораживание заработных плат	Кипр, Португалия (2010), Словения, Соединенное Королевство (Англия, Северная Ирландия, Шотландия – для персонала, заработная плата которого выше определенного уровня, Уэльс)
Ограничение ставки индексации заработной платы	<i>Австрия, Дания, Италия, Словения</i>
Повышение пенсионных взносов или сокращение льгот	Греция, Португалия, Соединенное Королевство (Англия), Черногория
Сокращение сверхурочных или ночных смен или введение удлиненных смен, требующих меньшего персонала и затрат	Ирландия, Исландия, Кипр, Португалия
Численность штата медицинских работников	
Сокращение численности штата	Ирландия, Исландия, Соединенное Королевство (Англия, Уэльс)
Замораживание приема на работу новых сотрудников	Ирландия, <i>Италия (отдельные регионы)</i> , Португалия, Румыния, Словения
Отказ от продления контрактов для временного персонала, включая младших врачей и медицинских сестер	Греция, Ирландия, Словения, Хорватия
Применение ограничений на замену персонала, не выходящего на работу по болезни или сотрудников, выходящих на пенсию	Греция, Ирландия, Испания (отдельные региональные органы государственного управления), <i>Швеция (отдельные областные органы государственного управления, применяется избирательно)</i>
Предложения добровольного ухода на пенсию и инициативы по раннему уходу на пенсию	Ирландия, <i>Италия (отдельные регионы)</i> , Соединенное Королевство (Шотландия)
Обязательный выход на пенсию сотрудников, соответствующих определенным критериям	Словения

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Вставка 5.4 Примеры изменений методов оплаты труда медицинских работников

Кипр: в 2011 г. заработные платы и ставки оплаты за сверхурочное время всех категорий медицинских работников сектора здравоохранения государственных учреждений были сокращены, а в 2012 г. отмечалось дальнейшее сокращение заработных плат на 10%. В конце 2012 г. также были проведены масштабированные сокращения заработных плат для всех категорий государственных служащих, которые составили 6,5% для сотрудников, зарабатывающих 1001–1500 евро в месяц, а также до 12,5% для работников, уровень зарплаты которых составил более 4 000 евро в месяц.

Греция: в 2010 г. заработная плата всех категорий медицинских сотрудников была сокращена на 20%, а в 2011 г. были отменены практически все виды субсидий и премий за отличную работу.

Ирландия: в 2012 г. начальный оклад для поступивших на работу медицинских консультантов был урезан на 30%; в 2013 г. было запланировано принять на работу 1000 медицинских сестер и акушерок, только что закончивших обучение, на ставку, составляющую порядка 80% существующего на тот момент уровня заработной платы.

Латвия: в 2009 г. после сокращения заработных плат на 20% наблюдался их дальнейший незначительный рост с 2010 г.

Литва: в период 2008–2010 гг. заработные платы медицинских работников были сокращены на 13%, при этом в 2011 г. наблюдалось их дальнейшее возвращение на уровень 2009 г.

Португалия: в 2012 г. медицинские работники национальной системы здравоохранения были лишены 2 из 14 годовых выплат, а сокращения компенсаций за сверхурочную работу (10%) были введены в 2012 г. и далее в 2013 г.; поступили предложения по повышению подоходного налога в 2013 г., кроме того на уровень заработной платы также оказали влияние изменения ступеней шкалы дохода и условий труда (часы, мобильность).

Румыния: в 2010 г. заработные платы всех государственных служащих, включая врачей стационарного сектора и других работников здравоохранения, были сокращены на 25%, что также привело к снижению объема взносов в фонд медицинского страхования (государственные служащие составляют примерно 35% от общего числа лиц, вносящих вклады в фонд); заработные платы выросли в последующие годы и в конце 2012 г. достигли уровня 2010 г.

Испания: в 2012 г. национальные меры, включающие сокращение заработных плат сотрудников (на 7,14% и упразднение одной из 14 годовых выплат) и повышение установленных законом рабочих часов, были добавлены к региональным мерам, охватывающим ограничения надбавок к заработной плате и отказ от инициативных схем 'пациент–пациенту'.

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Численность штата медицинских работников

В 11 странах были отмечены меры, направленные на сокращение численности штата медицинских работников сектора здравоохранения, практически во всех случаях – в качестве прямых ответных мер на кризис (табл. 5.13)³.

Последствия и значение для выработки политики

В ряде стран было отмечено сокращение общего числа медицинских работников. Одним из запоминающихся примеров может служить Ирландия, где в период с марта 2009 г. по ноябрь 2012 г. порядка 10 000 штатных сотрудников Национальной службы здравоохранения были сокращены, при этом в 2013 г. дополнительные общие сокращения составили 4 000 постов, эквивалентных полной рабочей занятости, и были направлены на достижение показателей занятости. В 2007–2010 гг. в Исландии порядка 10% общей численности персонала подверглись сокращению в Национальном университете здравоохранения. В Англии в период с марта 2010 г. по июль 2012 г. показатель общей численности персонала в эквиваленте полной рабочей занятости в Национальной системе здравоохранения снизился на 2,8%, при этом наибольшие сокращения в 18% имели место среди числа менеджеров (хотя уровень заработной платы данной группы также немного вырос).

Вознаграждение за труд медицинских работников и условия труда (баланс работа–семья, продвижение по карьерной лестнице и возможности для прохождения повышения квалификации) играют важную роль в привлечении и удержании квалифицированных медицинских специалистов, укреплении мотивации и морального духа, а также в проведении инициатив по повышению эффективности труда и деятельности системы здравоохранения (Buchan 2008; OECD 2011). Таким образом, изменения стратегий найма медицинских работников, особенно когда они являются частью более широких инициатив по сокращению численности государственных служащих, должны проводиться настолько избирательно, насколько это представляется возможным (Dussault et al. 2010). Значительные сокращения кадровых ресурсов в лице квалифицированного медицинского персонала могут иметь негативное воздействие в долгосрочной перспективе и привести к нехватке персонала. Отмена сокращений и реинвестирование в человеческие ресурсы по мере улучшения экономической ситуации, возможно, также является проблематичным в данной области и может привести к дополнительным расходам, связанным с приемом на работу, инвестированием (и временными задержками) в повышение квалификации персонала и использование на временной основе сотрудников, предоставляемых через агентства (Alameddine et al. 2012).

Заработные платы медицинских работников значительным образом различаются по европейским странам (рис. 5.6). В странах с относительно высоким уровнем заработной платы (по сравнению с национальным средним показателем), возможно, имеются мощности для достижения

повышения эффективности за счет сокращения вознаграждения. Однако при сокращении персонала и заработной платы должны учитываться воздействие на мотивацию медицинских работников, эффективность труда и уровень удержания кадров на местах. В таких странах, как Греция и Румыния, уже отличающихся очень низкой заработной платой медицинских работников, дальнейшие сокращения могут оказать деструктивное воздействие на медицинских работников и пациентов, которым в итоге придется неформально оплачивать услуги здравоохранения в качестве компенсации низкой заработной платы персонала. Большое число работников сектора здравоохранения может также покинуть рабочие места в качестве ответа на сокращение заработной платы, как это произошло в Греции (объявление о сокращении заработной платы в 2012 г. привело к усугублению ситуации с нехваткой медицинских сестер) и Португалии (в 2010 г. в результате сокращения расходов врачей на проезд и сверхурочную работу был отмечен неожиданный рост случаев раннего выхода на пенсию среди врачей (порядка 600)).

Данные меры могут привести и к другим последствиям. В ряде стран сокращения заработных плат бюджетного сектора 'по всем статьям' как часть более широких мер в рамках жесткой экономии средств привели к широкомасштабным демонстрациям и производственным волнениям (Pagu 2011). В результате органы государственного управления иногда вынуждены были пойти на уступки. Например, в Чешской Республике, где заработная плата врачей ниже среднего по ЕС уровня, в 2011 г. после

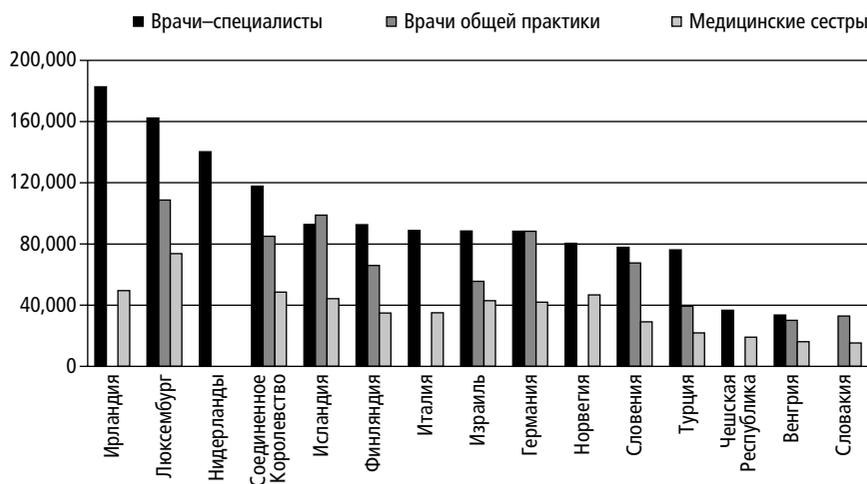


Рисунок 5.6 Вознаграждение врачей и медицинских сестер, находящихся на постоянном окладе, (в долл. США по ППС), 2008 г. (или за последний год с наличием данных), отдельные европейские страны

Источник: OECD (2011).

Примечание: данные для всех категорий или по всем странам отсутствуют; страны ранжированы по убыванию по размеру заработной платы специалиста.

забастовки врачей Министерство здравоохранения согласилось повысить заработную плату врачей стационарного сектора при условии, что они согласятся на введение метода оплаты труда по клинически связанным группам (DRG/КСГ) и замораживание расходов на здравоохранение (Roubal 2012).

5.7 Изменения роли методики оценки медицинских технологий

В данном разделе рассмотрено использование методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату и предоставлению услуг здравоохранения.

Использование методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату

В 15 странах были предприняты действия по большему использованию методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату, при этом в половине стран в качестве ответных мер на кризис (табл. 5.14). Фактическое число стран может быть больше, поскольку в некоторых странах были введены новые 'позитивные списки' или пересмотрены уже существующие, но без уточнения того, были ли данные действия разработаны на основе методики оценки медицинских технологий или нет⁴. Такие страны, как Англия, где методика оценки медицинских технологий на протяжении многих лет играла важную роль в рационализации услуг здравоохранения, в данном разделе не представлены.

Отдельные страны сообщили об использовании методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату впервые, а некоторые – о применении данной методики к новым областям, например, к приборам медицинского назначения. Ряд стран планирует систематическое использование методики оценки медицинских технологий в составлении пакетов льгот в целом (Испания, Кипр, Чешская Республика), но в большинстве стран основными целевыми показателями для применения методики оценки медицинских технологий были лекарственные средства и приборы медицинского назначения.

Значительные изменения в странах, которые длительное время используют методику оценки медицинских технологий, предполагают введение норм по включению затратоэффективности в качестве обязательной составляющей методики оценки медицинских технологий во Франции, а в Греции все новые лекарственные средства подлежат оценке на предмет дополнительной терапевтической пользы. Нынешний кризис также способствовал тому, что страны стали использовать данные методики оценки медицинских технологий, полученные в других юрисдикциях, и принимать централизованные решения, направленные на получение выгоды от экономии на масштабах. Например, в Испании были укреплены сети региональных агентств методики оценки медицинских технологий, которым был предоставлен мандат по пересмотру имеющихся льгот для процесса дезинвестирования (Garcia-Armesto et al. 2013).

Таблица 5.14 Изменения, касающиеся использования методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
Введение методики оценки медицинских технологий при обосновании решений по охвату	Пакеты льгот целиком: Испания (запланировано), Кипр (программы финансовой поддержки ЕС–МВФ, запланировано) Включение лекарственных средств в ‘позитивные списки’: <i>Беларусь</i> , Испания, <i>Российская Федерация</i> , <i>Хорватия</i> Закупка дорогостоящего оборудования: <i>Беларусь</i> Систематическое дезинвестирование: Испания Создание нового агентства по установлению приоритетов: Дания, Черногория Укрепление сетей: Испания (региональные агентства методики оценки медицинских технологий определяют пакет льгот)
Применение методики оценки медицинских технологий к новым областям	<i>Бельгия</i> , <i>Венгрия</i> , Румыния, <i>Турция</i>
Добавление новых критериев к методике оценки медицинских технологий	<i>Германия</i> , Франция, <i>Швейцария</i>
Другое	Норвегия: в целях амортизации введения новых технологий (2013) региональные органы власти использовали в минимальном формате методику оценки медицинских технологий

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

Использование методики оценки медицинских технологий для предоставления услуг здравоохранения

В 13 странах были разработаны новые клинические руководства, протоколы или ‘маршруты пациентов’, при этом в 9 странах – в качестве ответных мер на кризис (табл. 5.15). В некоторых странах в целях соблюдения клинических руководств были предприняты усилия по их введению на обязательной основе или посредством повышения мониторинга и введения финансовых стимулов. Многие из новых инициатив проводятся в странах, в которых отсутствуют устоявшиеся программы развития руководств.

Последствия и значение для выработки политики

Использование методики оценки медицинских технологий приводит к улучшению деятельности системы здравоохранения посредством

Таблица 5.15 Изменения по использованию методики оценки медицинских технологий для предоставления услуг здравоохранения, 2008–2013 гг.

<i>Меры политики</i>	<i>Страны</i>
‘Маршруты пациентов’	<i>Бельгия, бывшая югославская Республика Македония, Дания, Ирландия, Италия, Российская Федерация, Словения, Франция</i>
Клинические руководства и протоколы	<i>бывшая югославская Республика Македония, Казахстан, Кипр, Латвия, Португалия</i>
Мониторинг	<i>Украина</i>
Запланированные	<i>Кипр (планы по введению финансовых стимулов (плата за услуги) с тем, чтобы остановить ненадлежащее использование лабораторных тестов и лекарственных средств), Португалия (информационные системы здравоохранения для назначения лекарственных средств и денежные штрафы за ненадлежащее использование лекарственных средств)</i>
Введены	<i>Бельгия (обязательное использование лечебных руководств при назначении лекарственных средств в домах престарелых)</i>

Источник: на основе опроса и анализа примеров из практики.

определения вмешательств, являющихся безопасными, эффективными, ориентированными на пациента и эффективными с точки зрения затрат (Velasco Garrido et al. 2008). Решения об охвате услугами здравоохранения и использовании передового опыта в предоставлении услуг здравоохранения, которые не основаны на фактических данных (затрато) эффективности, могут привести к посредственным результатам в отношении показателей состояния здоровья населения и, скорее всего, расточительности ресурсов. Во многих европейских системах здравоохранения уже используется методика оценки медицинских технологий для обоснования решений по охвату, а страны ЕС все больше применяют затратоэффективность в качестве критерия для обоснования решений (Sorenson et al. 2008). Однако применение методики оценки медицинских технологий сопряжено с техническими, финансовыми и политическими трудностями, которые могут служить объяснением того, почему данная методика не так широко используется, как могла бы, особенно для дезинвестирования, и почему она в основном применяется к новым технологиям. На сегодняшний день только ряд европейских стран систематически использовал методику оценки медицинских технологий в целях дезинвестирования (существующих льгот) (Ettelt et al. 2007).

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, хотя для внедрения данных мер в отношении услуг здравоохранения необходимо финансирование (Bahtsevani et al. 2004; Legido-Quigley et al. 2013). Еще одну сложность представляет необходимость создания инструментов по принятию решений, с помощью которых можно адаптировать руководства, применяемые для отдельного вида состояния, таким образом, чтобы эти руководства можно было использовать к большому числу пациентов со множественными состояниями. Согласно недавнему исследованию, включающему систематическое описание применения клинических руководств, из 29 стран (преимущественно входящих в ЕС) только относительно небольшое число государств было признано 'лидерами' в данной области (Англия, Бельгия, Германия, Нидерланды, Франция) или имело действующие программы (Норвегия, Финляндия, Швеция), однако, в ряде других стран отмечались недавние, хотя и фрагментированные, усилия в данном направлении (Венгрия, Греция, Ирландия, Испания, Люксембург, Мальта, Чешская Республика) (Legido-Quigley et al. 2013). Эти данные свидетельствуют о значительной необходимости действий как в странах ЕС, так и в государствах, не входящих в ЕС.

Представляется трудным оценить степень воздействия большего использования методики оценки медицинских технологий на деятельность системы здравоохранения. Последствия от введения многих из инициатив, произошедшие во время кризиса, стали ощутимы только в 2011 г. или 2012 г., некоторые из этих изменений все еще не реализованы, и только 3 страны, принявшие участие в опросе, сообщили о степени воздействия. Введение новых клинических руководств в Португалии находится только на ранних стадиях проведения оценки. В 2012 г. в Ирландии число взрослых пациентов, находящихся более 9 месяцев в ожидании планового лечения в государственных больницах, сократилось почти в два раза, что стало результатом политического приоритета в обеспечении роста активности больниц посредством реализации программ клинической помощи на основе методов фактических данных, разрабатываемых с 2008 г. В 2009 г. в Украине был установлен мониторинг исполнения клинических руководств, однако, было обнаружено, что данный механизм оказал незначительное воздействие на предоставление услуг здравоохранения в силу отсутствия штрафных санкций за несоблюдение.

Использование методики оценки медицинских технологий в большем объеме, возможно, не является очевидным в условиях кризиса из-за необходимых ресурсов и мощностей (Stabile et al. 2013). Тем не менее, в условиях кризиса страны получили возможность проводить изменения, которые, возможно, в нормальной ситуации вызвали бы большую оппозицию. Отдельные страны применили инновационные технологии в целях получения выгоды от экономии на масштабах, например, использование данных методики оценки медицинских технологий, полученных в других юрисдикциях, и укрепление национальных сетей региональных агентств методики оценки медицинских технологий. Подобные виды инициатив все больше поддерживаются на международном уровне: в 2013 г. Европейская комиссия учредила новую сеть агентств

методики оценки медицинских технологий в целях укрепления сотрудничества и обмена информацией⁵. Проведение аналогичной инициативы в отношении клинических руководств может быть выгодным для тех стран, которые только начинают разрабатывать и распространять руководства (Legido-Quigley et al. 2013).

5.8 Изменение роли электронного здравоохранения

В 11 странах⁶ были отмечены изменения в системах электронного здравоохранения, включая электронную систему назначения лекарственных средств, но только в 5 странах – в качестве прямых ответных мер на кризис. В Греции были введены следующие меры: электронная система закупок; с 2012 г. обязательное использование электронной системы назначения всех видов медицинских действий во всех учреждениях Национальной системы здравоохранения; две Интернет платформы для сбора и оценки ежемесячных данных больниц Национальной системы здравоохранения (esy.net) и проведения мониторинга распределения ресурсов здравоохранения и состояния здоровья населения на региональном уровне (Атлас здравоохранения), соответственно; а также меры на уровне больниц по продвижению компьютеризации, интеграции и консолидации информационных систем.

Последствия и значение для выработки политики

В условиях, отличающихся от кризисных, внедрение электронной системы ведения медицинской документации и назначения лекарственных средств в некоторых странах уже имело положительное воздействие на затратоэффективность 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.

5.9 Выводы

Страны использовали спектр мер в качестве ответа на кризис, как показано в таблице 5.1. Сокращение расходов чаще всего было нацелено на стационарный сектор (сокращения бюджета и инвестиций), далее следовали административные затраты, цены на лекарственные средства и

затраты на заработную плату медицинских работников. При рассмотрении соотношения прямых и частичных ответных мер по секторам очевидно, что если бы ни кризис, то многие из этих сокращений не было бы, особенно в отношении заработной платы медицинских работников и численности штата. Однако сокращение расходов было не единственной ответной мерой. В некоторых странах были предприняты более комплексные изменения, направленные на повышение эффективности в долгосрочной перспективе, включая реструктуризацию больниц, перераспределение услуг из сектора стационарной помощи, изменения профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов первичного звена и большее использование методики оценки медицинских технологий и электронного здравоохранения. В других странах наблюдалось дальнейшее инвестирование в меры, направленные на снижение темпов роста расходов в будущем, например, стратегии по продвижению здорового образа жизни и профилактики болезней. В данной главе мы проанализировали последствия и значение для выработки политики в различных областях. Далее мы приводим отдельные важные положения, уделяя основное внимание затратам и эффективности, а также по возможности – качеству и доступности услуг здравоохранения.

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 на момент написания публикации охватывали период только до 2011 г. Таким образом, представляется сложным установить четкую отправную точку для совокупных изменений расходов, показанных на рисунке 5.1, 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. Наибольшие различия в уровне сокращений наблюдались между секторами профилактики и общественного здравоохранения, стационарной помощи и медикаментозной помощи. В 2009 г. за первоначальными сокращениями административных расходов последовал их дальнейший рост. Мы не располагаем данными о затратах на заработную плату медицинских работников.

Как указано во второй и третьей главах, сокращения расходов сами по себе неизбежно вызывают беспокойство, поскольку они также могут свидетельствовать об экономии средств от повышения эффективности. Однако они могут привести к проблемам качества услуг здравоохранения и доступа к ним, если эти сокращения являются значительными и приходится на страны, где наблюдается тяжелый кризис, особенно если он сопровождается большим ростом безработицы. Как мы указали в первой главе, безработица приводит к усугублению финансовой незащищенности домашних хозяйств и может вызвать появление психических расстройств, таким образом, затрудняя доступ населения к медицинской помощи, когда она им больше всего

необходима. На рисунке 2.2 показано, что с 2008 г. уровень безработицы вырос более чем на 5 процентных пунктов (и в 2012 г. составил более 10%) в таких странах, как Болгария, Греция, Ирландия, Испания, Кипр, Латвия, Литва, Португалия и Хорватия. На основе данных, представленных по странам (рис. 5.2–5.5), мы можем сделать вывод, что наибольшее сокращение расходов пришлось на одни и те же страны – Грецию, Латвию, Литву, Португалию и Испанию – несмотря на то, что устойчивые сокращения наблюдались в такой стране, как Польша, которая не пострадала от экономического спада. Данные по Ирландии и Хорватии отсутствовали. В 2007–2011 гг. на Кипре было отмечено замедление роста, однако, с 2011 г., скорее всего, произошли наибольшие сокращения расходов.

Эффективность

Без проведения оценки трудно делать точные выводы о том, насколько сокращения расходов оказали влияние на эффективность. Проведение оценки еще в большей степени осложнено контекстуальными различиями в отправных точках и разработке политики, а также тем фактом, что некоторые последствия могут не сразу проявиться.

Сокращения бюджета здравоохранения являются одним из явных примеров того, как органы государственного управления ставят в приоритет необходимость достижения быстрой экономии средств в краткосрочной перспективе, а не необходимость достижения эффективности и контроля расходов в долгосрочной перспективе. Устойчивые сокращения расходов на заработную плату в странах, где уровень заработных плат медицинских работников уже достаточно низкий, также были направлены на достижение краткосрочных целей. Мы признаем, что для ряда стран такие меры отчасти были предприняты в качестве компромисса для удержания медицинского персонала на местах. В нескольких странах были проведены меры по защите доходов медицинских работников с низкой заработной платой за счет большего снижения уровня заработной платы сотрудников с более высокой оплатой труда. Однако такие непреднамеренные последствия, как выше прогнозируемого уровень раннего выхода на пенсию, переход в другие сектора или миграция в другие страны, которых в некоторых случаях можно было бы избежать, скорее всего, потребуют применения затратных решений в будущем.

Отдельные изменения, скорее всего, оказали положительное воздействие на эффективность. К таковым относятся следующие: усилия по снижению цен на лекарственные средства, налаживание процесса закупки, поощрение большего использования дженериков и улучшенные механизмы назначения лекарственных средств; разрешение проблемы фрагментации в объединении финансовых средств и закупках; а также разрешение проблемы избыточных мощностей. Некоторые страны постарались не подвергать сектор первичной медико-санитарной помощи значительным сокращениям. Другие предприняли меры, направленные на установление взаимосвязи между дополнительным финансированием

и доказательствами улучшения деятельности врачей первичного звена, или стратегии по продвижению изменений, способствующих повышению эффективности и качества профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов сектора первичной медико-санитарной помощи.

Важно также отметить существенные усилия по укреплению роли методик оценки медицинских технологий и электронного здравоохранения, поскольку данные реформы требуют инвестиций и не являются очевидным выбором в условиях экономического кризиса. Программы финансовой поддержки ЕС–МВФ (Греция, Кипр, Португалия), которые способствовали привлечению инвестиций по внедрению методик оценки медицинских технологий и электронного здравоохранения, были 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 соответствовали действительности.

Качество и доступность услуг здравоохранения

Достаточно сложно сделать точный вывод о том, насколько сокращение расходов оказало воздействие на качество и доступность услуг здравоохранения без проведения предварительной оценки. Только в 5 странах были проведены явные сокращения объемов финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи, но при этом были предприняты дополнительные усилия по ограничению воздействия сокращений на доступ. Это воодушевляет, поскольку необходимым элементом укрепления деятельности системы здравоохранения служит ее направленность на предоставление преимущественно первичной медико-санитарной помощи. В 19 странах была отмечена реструктуризация стационарного сектора. В отдельных контекстах эти реформы, возможно, привели к повышению эффективности, при этом не отмечалось значительных ухудшений качества или доступа. Однако в Греции и Латвии сокращения расходов стационарного сектора были настолько существенными и устойчивыми, что было бы сложно избежать негативных воздействий на качество и доступ, особенно в условиях, при которых большая финансовая незащищенность домашних хозяйств приводит к росту спроса и переходу от использования частных клиник к государственным больницам. Несмотря на то, что можно понять решение Латвии о предоставлении приоритета в доступе к услугам экстренной медицинской помощи, тем не менее, отсутствие государственного финансирования плановой хирургии привело к скрытой рационализации, в результате чего время ожидания данных видов способов лечения резко увеличилось с месяцев на годы. В других странах наблюдалась более положительная ситуация в отношении стратегий медикаментозной помощи, при которой было осуществлено расширение доступа за счет снижения цен на лекарственные средства.

Скрытая рационализация – задержание, отказ или ухудшение качества клинических услуг по причине расходов при отсутствии прозрачности –

имеет значительные последствия для качества и доступности. Ухудшение качества, скорее всего, произошло в ряде стран в ответ на кризис, особенно в случае минимального мониторинга соблюдения поставщиками клинических протоколов, или в тех случаях, когда профессиональные организации недостаточно ответственно подошли к введению надлежащей клинической практики. Однако скрытая рационализация не всегда сразу становится очевидной для пациентов и директивных органов. Кроме того, данное явление трудно поддается исследованию. Таким образом, программы целевых исследований необходимы для предоставления данных при формировании стратегий (WHO 2011).

Что же касается доступа, то списки ожидания и гарантии времени ожидания могут способствовать большей прозрачности рационализации и их использование более предпочтительно по сравнению со скрытой рационализацией. В самом деле, в ряде стран в качестве ответных мер на кризис были увеличены гарантии времени ожидания, что привело к ограничению доступа за счет сокращения расходов сектора здравоохранения в краткосрочной перспективе. Определить степень воздействия на качество представляется трудным.

Внедрение

Ряд стратегий было сложно реализовать, зачастую по причине сопротивления со стороны врачей и фармацевтических компаний; времени необходимого для развития и внедрения комплексных реформ; а также сложностей по осуществлению начальных инвестиций для экономии средств в долгосрочной перспективе, возникших в условиях сокращения расходов. В результате этих барьеров стратегии иногда были отменены или не полностью введены.

С другой стороны, стратегии, которые в меньшей степени способствуют повышению эффективности, например сокращение государственных расходов на здравоохранение 'по всем статьям', часто вводились очень быстро и почти без трудностей. Это свидетельствует о том, что хотя в результате кризиса появились возможности для проведения необходимых реформ, тем не менее, также потребовалась значительная политическая приверженность в целях преодоления заинтересованных кругов, обеспечение долгосрочной перспективы и ресурсов, требуемых для успешного внедрения.

Примечания

- 1 В рамках данного исследования, проводимого в два этапа, отсутствовала информация по таким странам, как Андорра, Люксембург, Монако, Сан-Марино, Туркменистан, Узбекистан.
- 2 Такие страны, как Албания и Израиль, не сообщили об ответных мерах в области планирования, закупки и предоставления услуг здравоохранения, и поэтому не представлены в данной главе.

- 3 См. раздел 5.1, охватывающий изменения численности штата министерств здравоохранения и фондов медицинского страхования.
- 4 Введение новых 'позитивных списков': Болгария, Босния и Герцеговина, Греция, Казахстан, Литва, Португалия, Сербия, Таджикистан. Пересмотр имеющихся списков: Польша, Словения.
- 5 http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/impl_dec_hta_network_en.pdf
- 6 *Бельгия, бывшая югославская Республика Македония, Греция, Латвия, Португалия, Румыния, Сербия, Турция, Франция, Хорватия, Чешская Республика.*

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 29 июня, 2015 г).
- Всемирная организация здравоохранения (2011). Предварительный доклад о ходе реализации положений Таллиннской хартии. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/149302/RC61_rInfDoc2.pdf?ua=1, по состоянию на 13 июля 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).
- Alameddine, M., Baumann, A., Laporte, A. and Deber, R. (2012) A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for policy and planning, *Human Resources for Health*, 10(1): 23.
- Bahtsevani, C., Uden, G. and Willman, A. (2004) Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(4): 427–33.
- Black, A.D., Car, J., Pagliari, C. et al. (2011) The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview, *PLoS Med*, 8(1): e1000387.
- Bourgeault, I.L., Kuhlmann, E., Neiterman, E. and Wrede, S. (2008) *How can Optimal Skill Mix be Effectively Implemented and Why?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the 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 Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. and Wiley, M.M. (eds) (2011) *Diagnosis-related Groups in Europe: Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Maidenhead: Open University Press.
- Cashin, C., Chi, Y., Smith, P., Borowitz, M. and Thomson, S. (2014) *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*. Maidenhead: Open University Press.
- Chaloupka, F. and Warner, W. (2000) The economics of smoking, in A. Cuyler and J. Newhouse (eds) *Handbook of Health Economics*, vol. 1. Amsterdam: Elsevier Science, pp. 1539–1627.

- Dobrev, A., Jones, T., Stroetmann, V.N., Stroetmann, K.A., 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*. Draft for consultation. 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 of the Belgian Presidency of the EU Council of Health Ministers.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A. and Maresso, A. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S. and Mays, N. (2007) *The Systematic use of Cost-effectiveness Criteria to inform Reviews of Publicly Funded Benefits Packages: A Report Commissioned by the Department of Health*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S., Mays, M.; International Healthcare Comparisons Network (2008) *Capacity Planning in Health Care: A Review of the International Experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Figueras, J., Robinson, R. and Jakubowski, E. (eds) (2005) *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Maidenhead: Open University Press.
- Garcia-Armesto, S., Campillo-Artero, C. and Bernal-Delgado, E. (2013) Disinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. *Tools for the Spanish National Health System, Health Policy*, 110(2–3): 180–5.
- Habicht, T. and Evetovits, T. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hirschler, B. (2012) Greece fights drug shortages by suspending exports, Reuters, 24 October. Available at: <http://uk.reuters.com/article/2012/10/24/us-greece-pharmaceuticals-idUKBRE89N0ZJ20121024> [Accessed 8/11/2012].
- Hsiao, W. and Heller, P. (2007) *What should Macroeconomists know about Health Care Policy?* New York: International Monetary Fund.
- Infarmed (2012) *Análise mensal do mercado do medicamento* [online]. Portugal: Ministerio Da Saúde. Available at: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCAO [Accessed 14/12/2014].
- Kacevičius, G. and Karanikolos, M. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Lithuania, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Karamanoli, E. (2012) Greece's financial crisis dries up drug supply, *The Lancet*, 379(9813): 302.
- Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapetaneas, N. and Polyzos, N. (2013) Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis, *Health Policy*, 109(1): 7–13.
- Kringos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A., van der Zee, J. and Groenewegen, P.P. (2010) The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions, *BMC Health Services Research*, 10: 65.

- Legido-Quigley, H., Panteli, D., Car, J., McKee, M. and Busse, R. (eds) (2013) *Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Martin-Moreno, J.M., Anttila, A., von Karsa, L., Alfonso-Sanchez, J.L. and Gorgojo, L. (2012) Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis, *European Journal of Cancer*, 48(14): 2212–18.
- McDaid, D., Sassi, F. and Merkur, S. (eds) (2015) *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*. Maidenhead: Open University Press.
- McDaid, D. and Suhrcke, M. (2012) The contribution of public health interventions: an economic perspective, in J. Figueras and M. McKee (eds) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the Case for Investing in Health Systems*. Maidenhead: Open University Press, pp. 125–52.
- Ministry of Health of the Republic of Lithuania (2009) *A Plan for Improvement of Drugs Accessibility and Price Reduction (Vaistu prieinamumo gerinimo ir ju kainu mažinimo priemonių planas)*. Vilnius: Ministry of Health of the Republic of Lithuania.
- Mossialos, E., Walley, T. and Mrazek, M. (2004) *Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- NHIF (2013) Internal data. Vilnius: National Health Insurance Fund.
- Nolan, A., Barry, S., Burke, S. and Thomas, S. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Ireland, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- OECD (2011) *Doctors' and nurses' salaries, in Government at a Glance 2011*. Paris: OECD Publishing. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/gov_glance-2011-32-en [Accessed 14/12/2014].
- OECD-WHO-Eurostat Joint Data Collection (2014) *OECD Health Data*. Paris: OECD.
- Olafsdottir, A., Allotey, P. and Reidpath, D. (2013) A health system in economic crises: a case study from Iceland, *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2): 198–205.
- Parry, R. (2011) The public sector workforce in recession 2010–11 – the course of policy development in the Euro area and the UK. Paper for the annual conference of the Social Policy Association, Lincoln, 4–6 July 2011. Available at: <http://www.social-policy.org.uk/lincoln2011/Parry%20P4.pdf> [Accessed 14/12/2014].
- Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C. and Kontodimopoulos, N. (2013) Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system, *Health Policy*, 109(1): 14–22.
- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. and McKee, M. (2009) *Investing in Hospitals of the Future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Roubal, T. (2012) A window for health reforms in the Czech Republic, *Eurohealth*, 18(1):15–17.
- Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Barbosa, P. and Azevedo, H. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) *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.
- Sassi, F. (2010) *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*. Paris: OECD.
- Sorenson, C., Drummond, M. and Kanavos, P. (2008) *Ensuring Value for Money in Health Care: The role of Health Technology Assessment in the European Union*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Stabile, M., Thomson, S., Allin, S. et al. (2013) Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States, *Health Affairs*, 32(4): 643–52.
- Svaljek, S. (2014) The recent health reform in Croatia: True reforms or just a fundraising exercise?, *Health Policy*, 115(1): 36–43.
- Taube, M., Mitenbergs, U. and Sagan, A. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Latvia, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al.(eds) *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.
- Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, T. (2009) *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Vandoros, S. and Stargardt, T. (2013) Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis, *Health Policy*, 109(1): 1–6.
- Velasco Garrido, M., Borlum Kristensen, F., Palmhøj Nielsen, C. and Busse, R. (2008) *Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe: Current Status, Challenges and Potential*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Vogler, S., Habl, C., Leopold, C., Rosian-Schikuta, I. and de Joncheere, K. (2008) *PPRI Report*. Commissioned by European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth. Vienna: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖOBIG.
- Vogler, S., Zimmermann, N., Leopold, C. and de Joncheere, K. (2011) *Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis*, *Southern Med Review*, 4(2): 69–79.

Последствия кризиса для состояния здоровья населения

*Marina Karanikolos, Aaron Reeves,
David Stuckler, Martin McKee*

Кризис занимает лидирующие позиции в европейской политической повестке дня с момента своего начала в 2008 г. Тем не менее, в отличие от широкой дискуссии об экономических показателях, последствия кризиса для состояния здоровья населения в Европе были обделены политическим вниманием. Данная ситуация 'невнимания' продолжается, несмотря на то, что отдельные стратегии, принятые в качестве ответных мер на кризис, имеют значимые последствия для состояния здоровья населения, причем их отголоски будут еще долго ощущаться после кризиса.

Экономический кризис оказывает воздействие на состояние здоровья населения посредством двух основных факторов – снижением финансовой безопасности домашних хозяйств и уменьшением государственных ресурсов (рис. 1.1). Оба фактора могут привести к изменениям уровня стресса, поведения в отношении здоровья и доступа к услугам здравоохранения. Таким образом, последствия для состояния здоровья могут свидетельствовать как о воздействии самого кризиса, так и о воздействии ответных мер на кризис. Устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям – способность людей, сообществ и обществ адаптироваться к неблагоприятным условиям – также играет роль в определении степени воздействия экономического потрясения на состояние здоровья населения (Luthar et al. 2000).

В результате экономических спадов население оказывается подверженным риску безработицы, снижения уровня доходов, потери стоимости активов, больших долгов и потери жилья. Безработица может принести вред здоровью следующими четырьмя способами: бедность и финансовые лишения; социальная неактивность и отсутствие вовлеченности; вредное поведение в отношении здоровья; эффект безработицы при наличии перспективы будущего трудоустройства (Bartley 1994). Другие социально-экономические и экологические факторы (рост долгов или риск банкротства,

жилищный статус) могут усугубить эти негативные последствия. Степень воздействия изменений финансовой безопасности на состояние здоровья зависит от возраста, степени снижения дохода и периода времени, проведенного без работы. Экономические спады также могут оказывать положительное воздействие на состояние здоровья, как правило, за счет снижения числа дорожно-транспортных происшествий и большей приверженности поведению, улучшающему здоровье, например, курение и употребление алкоголя в меньшей степени.

Меры государственной политики играют исключительно важную роль в определении воздействия экономического потрясения на состояние здоровья населения. На уровне органов государственного управления бюджетные проблемы могут способствовать сокращению государственных расходов, что в дальнейшем приведет к подрыву финансовой безопасности домашних хозяйств. Бюджетные проблемы системы здравоохранения могут также привести к сокращению расходов и ограничению охвата, например, сокращению бюджета и численности штата, ограничению охвата государственными услугами здравоохранения или самих услуг здравоохранения, финансируемых государством, и повышению платы за услуги. Это в свою очередь может привести к понижению качества помощи, появлению или усугублению барьеров доступа к услугам здравоохранения и перераспределению расходов в сторону домашних хозяйств, увеличивая финансовое бремя. Проциклическое государственное финансирование – снижение расходов по мере ухудшения экономики – скорее всего, может нанести вред в первую очередь сектору социальной защиты, включая сектор здравоохранения, поскольку люди в целом нуждаются в большей, а не меньшей поддержке государства в условиях экономического кризиса. Таким образом, жизненно важным представляется поддержание доступа к услугам здравоохранения и другим видам социальной помощи.

Любые последствия для здоровья могут проявиться в полной мере лишь спустя многие годы, а в силу потенциального наложения последствий, представляется трудным разграничить последствия самого экономического кризиса от последствий, вызванных ответными мерами на кризис. В этой главе кратко изложены данные исследования, касающегося последствий предшествующих экономических спадов на состояние здоровья населения, затем представлены доказательства воздействия данного кризиса на состояние здоровья населения европейских стран. Однако в силу перечисленных выше причин мы избегаем разграничения последствий самого кризиса и последствий, вызванных ответными мерами на кризис. Мы также подчеркиваем отдельные важные факторы, которые, скорее всего, могут способствовать усугублению негативных последствий для здоровья.

6.1 Доказательства на основе предыдущих экономических кризисов

Последствия для состояния здоровья

Имеются значительные по объему исследования, направленные на изучение воздействия меняющихся экономических условий на состояние здоровья

населения. В обзоре, представленном в публикации Catalano et al. (2011), была установлена ассоциативная связь на основе проциклического и контрциклического финансирования между состоянием здоровья населения и изменениями в экономике. Наиболее значимые доказательства связаны с ростом частоты и тяжести психических расстройств и расстройств поведения, вызванных потерей работы, в том числе и суицида¹. Важно отметить, что по имеющимся данным не только потеря трудовой занятости сама по себе, но также страх потерять работу оказывает сильное негативное воздействие на психическое здоровье (Reichert and Tauchmann 2011).

Что касается других показателей состояния здоровья населения, то воздействие экономического потрясения зависит от возраста, пола, исторического периода, используемых методов анализа, показателей измерения экономического изменения, а также от глубины экономического потрясения. Создание целостного обзора данных также осложняется в силу дисциплинарных различий в наиболее часто цитируемой литературе и концептуализации причинно-следственных связей. В экономической литературе в целом уделяется мало внимания литературе в области общественного здравоохранения, а на первом плане оказываются эмпирические ассоциации, зачастую рассматривающие показатели общей смертности, а не смертности по причинам. С другой стороны, литература в области общественного здравоохранения ставит своей целью нахождение вероятных биологических механизмов для наблюдаемых явлений (Stuckler et al. 2014).

Согласно серии научных публикаций, подготовленных Ruhm и Tapia Granados (Tapia Granados 1991, 2005a, 2005b; Ruhm 2000, 2003, 2008; Gerdtham and Ruhm 2006; Tapia Granados and Ionides 2008; Tapia Granados and Diez Roux 2009), показатель смертности в странах с высоким уровнем дохода, как правило, растет в периоды экономического роста² и снижается при замедлении темпов роста экономики, при этом значимое исключение составляет суицид. Смертность в результате дорожно-транспортного травматизма демонстрирует проциклическую зависимость от экономических изменений, при этом снижение случаев смертности по этой причине совпадает с ростом безработицы из-за уменьшения объемов транспорта и числа поездок (Ruhm 2000; Tapia Granados 2005a; Stuckler et al. 2009a).

В итоге появились утверждения о том, что экономические спады ведут к улучшению здоровья, возможно, в силу того, что снижение случайных затрат на досуг позволяет людям быть физически активными; снижение доходов приводит к меньшему потреблению продуктов питания, алкогольной продукции и меньшему курению; меньше трудовой занятости в условиях труда вредных для здоровья; а также снижение уровня стресса, вызванного работой. В период экономического спада были отмечены такие позитивные изменения поведения, как снижение общего уровня употребления алкоголя (Ruhm 1995; Freeman 1999; Dee 2001) в основном среди трудоустроенного населения, в то время как повышение данного показателя наблюдалось среди людей, потерявших работу, и тех, кто уже страдал сильной алкогольной зависимостью.

Однако исследования недавних случаев экономического спада не указывают на снижение смертности (Huff Stevens et al. 2011; Ruhm 2013;

Tekin et al. 2013); а во многих индивидуальных исследованиях, проведенных в большинстве стран с высоким уровнем дохода, была установлена связь между потерей трудовой занятости и ростом смертности (Martikainen and Valkonen 1996; Osler et al. 2003; Gerdtham and Johannesson 2005; Martikainen et al. 2007; Economou et al. 2008; Eliason and Storrie 2009; Sullivan and von Wachter 2009; Lundin et al. 2010; Montgomery et al. 2013; Mustard et al. 2013). Согласно систематическому обзору, безработица ассоциируется с очень высоким риском **смертности от всех причин** среди мужчин и женщин трудоспособного возраста; при этом люди, находящиеся на начальном и среднем этапе карьеры оказались в группе особенно высокого риска, а ассоциативная связь была значительной и в краткосрочной, и в долгосрочной перспективе, свидетельствуя о том, что стресс и негативные последствия для поведения, определяемые потерей работы, имеют место даже после того, как человек вновь начинает трудовую деятельность (Roelfs et al. 2011). Длительная безработица среди мужчин в период раннего взросления также была связана с ускорением процесса преждевременного старения (Ala-Mursula et al. 2013).

Непосредственное воздействие экономического спада на психическое здоровье в основном выражается в повышении риска таких **психических расстройств и расстройств поведения, как злоупотребление алкоголем и суицид** среди безработного населения или лиц, столкнувшихся с финансовыми трудностями (Wahlbeck and McDaid 2012). Проблемы, связанные с долгами, недостаточным уровнем дохода и ипотечными выплатами, ассоциируются с психологической нестабильностью и ростом числа психических расстройств, в особенности депрессии (Brown et al. 2005; Taylor et al. 2007; Jenkins et al. 2008), в то время как отсутствие трудовой занятости в особенности при длительной безработице (Janlert and Hammarstrom 1992; Dee 2001; Mossakowski 2008) и финансовых трудностях (Shaw et al. 2011) ассоциируются с сильной алкогольной зависимостью. В рамках масштабного исследования тридцатилетнего опыта европейских стран было обнаружено, что резкий (более трех процентных пунктов) рост безработицы за один год ассоциировался со значительным ростом смертности по причине злоупотребления алкоголем среди населения в возрасте младше 65 лет, являясь доказательством того, что краткосрочные негативные последствия безработицы приводят к значительной психологической нестабильности (Stuckler et al. 2009a).

В рамках недавно проведенного систематического обзора и метаанализа было установлено, что между долговременной безработицей и **суицидом или попытками суицида** имеется сильная ассоциативная связь, которая особенно проявляется после 5 лет потери работы, но удерживается и после этого периода (в среднем время активизации проявлений суицида после потери работы составляет порядка 8 лет) (Milner et al. 2013). Наблюдалась тенденция резкого роста уровня суицида после тяжелых экономических потрясений, в основном по причине роста безработицы (Catalano et al. 2011). Согласно анализу показателя смертности в странах ЕС в период 1970–2007 гг., проведенного Stuckler (Stuckler et al. 2009a), было обнаружено, что две страны – Финляндия и Швеция – в начале 1990-х годов смогли остановить зависимость суицида от безработицы (рис. 6.1). Авторы

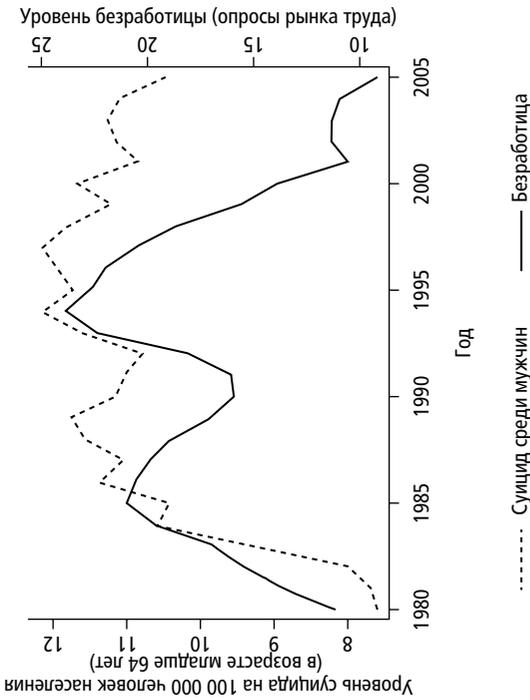
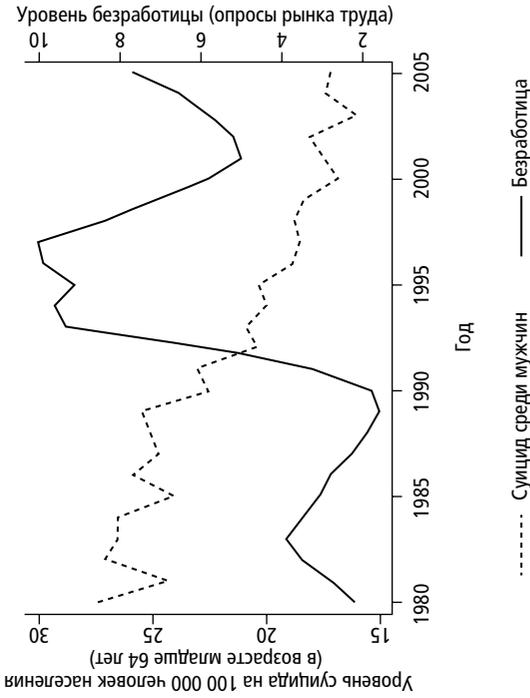


Рисунок 6.1 Ассоциативная связь (Испания) и отсутствие ассоциативной связи (Швеция) между уровнем безработицы и суицида во время экономического спада, 1980–2005 гг.

Источники: Stuckler et al (2009a).

объясняют это наличием сильных механизмов социальной защиты, особенно программ активизации рынка труда. Однако даже в Швеции, где уровень суицида не вырос во время экономического спада, безработные мужчины были подвержены большему риску суицида через 5 лет после выхода страны из экономического кризиса (Garcy and Vageo 2013). В Финляндии во время экономического спада не наблюдалось связи между суицидом и безработицей, однако уровень суицида вырос по мере укрепления экономики, что объяснялось повышением среднего уровня употребления алкоголя среди мужчин (Hintikka et al. 1999).

Согласно данным другого систематического обзора и метаанализа, предполагаемое отсутствие гарантии сохранения рабочих мест ассоциировалось с повышением заболеваемости **ишемической болезнью сердца**³ (Virtanen et al. 2013). Кроме того, согласно продольному исследованию, проведенному в Швеции, мужчины среднего возраста, находящиеся в положении безработных более 90 дней, были подвержены значительно большему риску госпитализации с ишемической болезнью сердца на протяжении следующих 8 лет, с учетом известных факторов риска ишемической болезни сердца (Lundin et al. 2014).

В рамках исследования, использующего данные Немецкой социально-экономической комиссии, было установлено, что безработица привела к ухудшению психического здоровья людей, которые потеряли работу, и их супругов, свидетельствуя о том, что государственные расходы сектора здравоохранения на безработицу недооценены, поскольку часто не учитывается потенциальное воздействие на членов семей (Marcus 2013). При рассмотрении всей жизни человека можно утверждать, что экономические условия при рождении оказывают воздействие на когнитивные функции позднее в жизни (после 60 лет); рождение во время экономических спадов оказывает негативное ассоциативное воздействие на счет, языковую беглость, память и общие когнитивные способности в престарелом возрасте (Doblhammer et al. 2013). Аналогичное негативное воздействие также наблюдается если человек оказывается в условиях экономического спада в младшем и старшем юношеском возрасте (Leist et al. 2014).

Хотя, согласно имеющимся данным, безработица и финансовая незащищенность повышают риск проблем психического здоровья, а в некоторой степени и сердечно-сосудистых заболеваний, тем не менее, отсутствуют сопоставимые данные об их воздействии на многие другие показатели состояния здоровья населения. Однако, несмотря на сложности, связанные с различными методами, используемыми при проведении описанных в данном разделе опросов и их сопоставимости, данные свидетельствуют о том, что экономические потрясения оказывают сильное негативное воздействие на **младенческую смертность**. Согласно опросам, проведенным в США, во время экономических спадов повышается младенческая смертность от непреднамеренных травм и синдрома внезапной детской смерти; это происходит от того, что родители уделяют меньше времени и прилагают меньше усилий для присмотра за детьми (Bruckner and Catalano 2006; Bruckner 2008).

В рамках систематического обзора было доказано, что во время экономического потрясения повышается риск **вспышек инфекционных**

заболеваний, факторами для которых служат повышение случаев контакта с инфицированными среди более бедного населения, барьеры доступа к лечению и меньшее число пациентов, полностью проходящих курс лечения (Suhrcke et al. 2011). В рамках данного обзора также были определены группы, подверженные высокому риску (включая мигрантов, бездомных и заключенных), которые также являются особо уязвимыми во время эпидемий, вызванных экономическим кризисом.

Таким образом, доказательства предыдущих экономических спадов указывают на то, что масштаб и природа воздействия на состояние здоровья населения различается, хотя, согласно общему выводу, состояние здоровья населения в целом ухудшается среди безработного населения. Безработица является самым сильным прогностическим параметром серьезных негативных последствий для состояния здоровья населения в условиях экономического спада, а психическое здоровье является особо уязвимым к экономическим изменениям. Тенденции общей смертности не подвержены воздействию экономического спада, в отличие от отдельных причин смерти: суицид, как правило, растет, а число случаев дорожно-транспортных происшествий уменьшается. В условиях экономического спада такие риски формы поведения, как злоупотребление алкоголем и курение, в целом могут уменьшаться из-за сокращения наличного дохода, но повышаются среди лиц, страдающих запойным алкоголизмом, или безработных. Изменения других показателей состояния здоровья варьируют в зависимости от ответных мер органов государственного управления на кризис.

Важно отметить следующие три положения. Во-первых, мы должны аккуратно извлекать данные из исследований, рассматривающих обычные колебания экономического цикла в условиях такого широкомасштабного кризиса, как нынешний кризис в Европе. Во вставке 6.1 представлены последствия для состояния здоровья двух основных кризисов XX века, а также рассмотрено негативное воздействие на состояние здоровья. Во-вторых, в результате исследования было четко установлено, что экономические изменения по-разному воздействуют на слои населения, при этом улучшения для одних групп могут маскировать негативное воздействие на другие, особенно на более уязвимые группы населения. В-третьих, негативное воздействие на состояние здоровья населения может быть смягчено мерами государственной политики, что мы далее и рассматриваем.

Смягчение негативных последствий для состояния здоровья населения

Негативные последствия экономического кризиса могут быть смягчены уже имеющимися мерами государственной политики или ответными стратегиями на кризис. Защитные факторы включают: наличие формальных механизмов социальной защиты, в частности программ активизации рынка труда и программ поддержки наиболее уязвимых групп населения (Stuckler et al. 2009b); механизмы неформальной защиты, такие как членство в профсоюзах, религиозных группах и спортивных клубах (Stuckler et al. 2009c); контрциклическое государственное финансирование сектора социальной защиты, включая здравоохранение (Marmot et al. 2012).

Вставка 6.1 Основные экономические потрясения XX века

Согласно исследованию состояния здоровья американцев во время **Великой депрессии** отмечался рост суицида при снижении общей смертности, что было вызвано снижением числа инфекционных заболеваний и случаев дорожно-транспортных происшествий (Fishback et al. 2007). Согласно недавнему анализу записей о смерти на уровне государства было обнаружено, что уровень суицида вырос, а смертность от дорожно-транспортного травматизма снизилась в тех штатах, где были закрытия банков; одновременное снижение инфекционных заболеваний и рост неинфекционных заболеваний стало отражением основополагающего эпидемиологического перехода и не имело отношения к экономическим изменениям в каждой штате (Stuckler et al. 2011b). Смягчения негативного воздействия Великой депрессии удалось достичь благодаря двум основным стратегическим мерам: 'запрету', который предвосхитил резкий рост смертности по причине злоупотребления алкоголем, и 'новой сделке', которая включала программы, стимулирующие создание рабочих мест и повышения социальной защиты (Stuckler and Basu 2013).

Распад Советского союза сопровождался экономическим крахом новых независимых государств (Sachs 1994; Wedel 2001), что имело важные последствия для состояния здоровья населения в постсоветском регионе, при этом в некоторых странах смертность возросла на 20%. Мужчины трудоспособного возраста оказались больше подвержены смертности, а средняя продолжительность жизни мужчин снизилась примерно на 4–7 лет. Доступность дешевого алкоголя и его суррогатов сыграла ключевую роль в росте смертности в регионе, особенно в Российской Федерации (Leon et al. 2009). Однако не только вредная привычка злоупотребления алкоголем определенной части населения привела к резкому росту смертности среди мужчин более молодого возраста. Сокращение продолжительности жизни было наибольшим в странах, переходный период в которых шел наиболее быстрыми темпами (Stuckler et al. 2009c), что было вызвано радикальными мерами приватизации и безработицей. Эти тенденции совпадали в разных частях Российской Федерации и на бывшем постсоветском пространстве (Walberg et al. 1998). В некоторой степени негативные последствия были смягчены в странах с большой численностью членов профсоюзов, религиозных групп и спортивных клубов, что также является широко распространенным показателем сильных неформальных механизмов социальной защиты.

Согласно анализу государственных расходов в странах ОЭСР, охватывающих период более 25 лет, каждый раз увеличение государственных расходов в целях социальной защиты⁴ на 100 долл. США на человека в год ассоциировалось с сокращением общей смертности на 1% и сокращением смертности по причине социальных обстоятельств (например, смертность по причине злоупотребления алкоголем)⁵ на 2,8% (рис. 6.2) (Stuckler et al. 2010). Исследования, недавно проведенные в США, также указывают на то, что в период 1968–2008 гг. более щедрые государственные программы льгот по безработице способствовали нейтрализации зависимости между безработицей и суицидом (Cylus et al. 2014).

В рамках недавнего обзора было установлено, что доступные и быстро реагирующие службы охраны психического здоровья выполняют ключевую функцию по поддержанию населения в тяжелое время; кроме того, подчеркивается роль консультативных центров и нормативно-правовых ограничений на деятельность компаний, предоставляющих займы под высокий процент для погашения долгов, в противном случае ему не подлежащих (Wahlbeck and McDaid 2012). Имеющиеся в большом количестве доказательства модельных исследований (Purshouse et al. 2010; Lhachimi et al. 2012) и опыт Канады свидетельствуют о том, что рост минимальной стоимости алкогольной продукции на 10% ассоциируется с сокращением смертности по причине злоупотребления алкоголем на 32% (Zhao et al. 2013). Это указывает на то, что более жесткий контроль стратегий в отношении употребления алкоголя может удерживать людей уже находящихся в группе риска от причинения себе большего вреда.

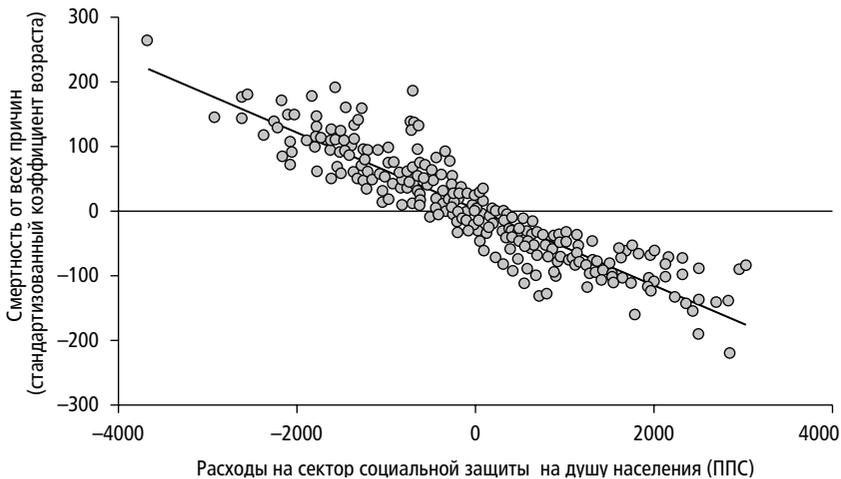


Рисунок 6.2 Взаимосвязь между отклонением от среднего странового показателя расходов на сектор социальной защиты (без здравоохранения) и смертностью от всех причин в странах ЕС-15, 1980–2005 гг.

Источник: Stuckler et al (2010).

6.2 Доказательства на основе нынешнего кризиса

Воздействие кризиса на состояние здоровья населения уже ощутимо в Европе, особенно в странах, наиболее тяжело пострадавших от кризиса, несмотря на задержки в опубликовании общедоступных данных о показателях состояния здоровья населения (вставка 6.2).

Вставка 6.2 Мониторинг состояния здоровья населения

В резком отличии от публикации экономических данных, происходящей очень быстро, информация о состоянии здоровья населения становится общедоступной только через несколько лет. Наиболее полные и точные данные о состоянии здоровья населения представлены по смертности, но эти данные становятся доступными с отставанием в три года. Данные о распространенности и частоте заболеваний, за исключением заболеваний, подлежащих обязательной регистрации, являются менее точными, в меньшей степени сопоставимыми между странами и зачастую просто недоступными. В ряде стран сокращения расходов также коснулись сбора статистических данных о показателях общественного здоровья и здравоохранения, например, Греция прекратила свое участие в четвертой стадии Исследования здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе (Travis 2013). Данные проблемы означают, что ученые смогли только исследовать наиболее ранние проявления последствий кризиса. Многие европейские страны испытали длительный экономический спад и значительный рост безработицы, при этом сокращения расходов, скорее всего, окажет негативное воздействие на службы и экономическое благосостояние населения на многие годы в будущем. Таким образом, полный масштаб последствий кризиса для здоровья населения в странах, сильно пострадавших от экономического спада, будет отражен лишь в статистических данных, опубликованных в будущем.

Психическое здоровье

Психическое здоровье наиболее уязвимо к экономическим изменениям. С момента начала кризиса в европейских странах отмечался рост уровня суицида среди населения в возрасте младше 65 лет, повернув вспять отмеченную ранее тенденцию к снижению во многих странах (рис. 6.3) (Stuckler et al. 2011a; Karanikolos et al. 2013). Данный показатель был особенно высоким в странах, которые присоединились к ЕС после 2004 г. В ЕС в целом экономический спад уже привел к увеличению смертности, по меньшей мере, на 10 000 человек от суицида (Reeves et al. 2014). Исследования, проведенные в отдельных странах, указывают на значительные статистические отклонения уровня суицида во время кризиса от исторически зафиксированных тенденций (вставка 6.3).

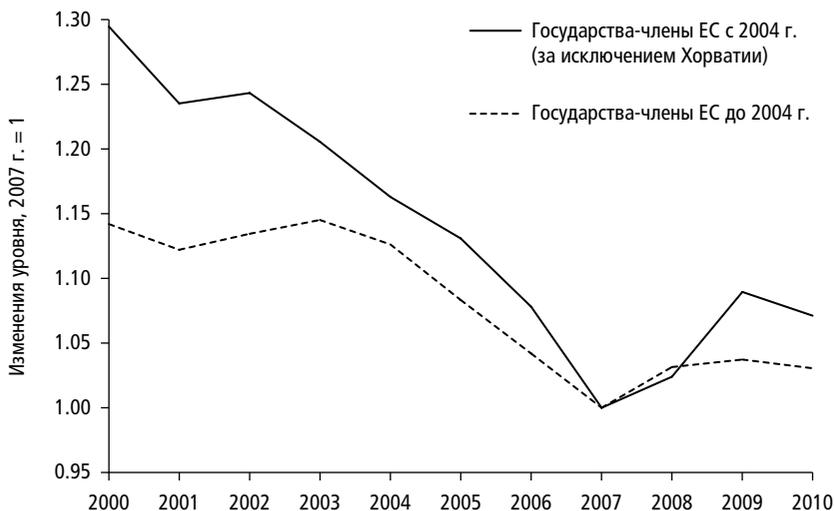


Рисунок 6.3 Суицид в странах ЕС до и после 2007 г.

Источник: адаптировано, Stuckler et al. (2011a).

Примечание: данные обновлены и включают последние имеющиеся показатели базы данных ВОЗ по смертности, базы Евростата по показателям смертности и данных о населении во Франции за 2010 г., данных о населении в Дании (2007–2010 гг.) и Ирландии (2010 г.). Данные скорректированы по численности населения стран.

Вставка 6.3 Данные, свидетельствующие о росте суицида в Европе с момента начала кризиса

Страны Балтии: в 2008–2009 гг. в Литве отмечался заметный, но незначительный со статистической точки зрения, рост уровня суицида (Kalediene and Sauliune 2013), при этом аналогичная ситуация наблюдалась в Латвии и Эстонии (Reeves et al. 2013; WHO Regional Office for Europe 2013).

Италия: в 2008–2010 гг. отмечалось порядка 290 дополнительных случаев суицида и попыток суицида по экономическим причинам (De Vogli et al. 2012).

Испания: кризис привел к порядка 21 дополнительному случаю суицида в месяц, таким образом, составив порядка 680 случаев суицида к концу 2010 г. (Lopez Bernal et al. 2013), а в 2012 г. по последним данным наблюдался дальнейший рост суицида (INE 2014).

Греция: в 2009 г. уровень суицида среди мужчин уже превышал прогнозируемые показатели, однако в 2011 г. ситуация значительным образом ухудшилась; уровень суицида среди мужчин вырос еще больше, достигнув показателя, превышающего уровень 2007 г. на порядка 45%, а уровень суицида среди женщин увеличился в два раза (Kentikelenis et al. 2013).

(продолжение)

Вставка 6.3 Данные, свидетельствующие о росте суицида в Европе с момента начала кризиса (*продолжение*)

Ирландия: в 2011 г. отмечался значительный рост суицида по сравнению с 2010 г. (Kelly and Doherty 2013).

Соединенное Королевство (Англия): в 2008–2010 гг. было отмечено порядка 1000 дополнительных случаев суицида, при этом наибольший рост суицида пришелся на регионы с самым высоким уровнем безработицы (Bart et al. 2012).

США: в результате ускорения существующей тенденции роста суицида в 2008–2010 гг. на один млн населения пришлось 5 дополнительных случаев суицида в год, при этом рост безработицы на один процентный пункт ассоциировался с аналогичным ростом уровня суицида (Reeves et al. 2012).

Несмотря на растущий объем научных данных о воздействии экономического спада на суицид, некоторые специалисты задались вопросом, насколько рост суицида является отражением методики сбора данных (возможно, под воздействием факторов, обусловленных культурой) или результатом случайной выборки незначительного объема (Chang et al. 2013; Fountoulakis et al. 2013). Сравнительный анализ уровня суицида между странами требует аккуратности. Тем не менее, эффект воздействия факторов, обусловленных культурой, и методика сбора данных часто могут быть преувеличены, и в действительности способствовать занижению роста суицида. Более того, подобного рода предубеждения не должны различать изменения внутри стран и в относительно короткие периоды времени. Таким образом, маловероятно, чтобы изменения методики сбора данных оказали избирательное воздействие только на респондентов одного пола и конкретных возрастных групп.

Суицид составляет только небольшую часть бремени психических расстройств. Исследования об изменениях распространенности психических расстройств с момента начала кризиса ограничены, однако, имеются данные об их росте. Согласно национальным межсекторальным опросам, в Греции распространенность основных депрессивных расстройств в период одного месяца выросла с 3,3% в 2008 г. до 8,2% в 2011 г., при этом те группы населения, которые столкнулись с серьезными экономическими трудностями, оказались подвержены наибольшему риску (Economou et al. 2013). В этот период наблюдался рост в 120% по обращению в службы охраны психического здоровья (Anagnostopoulos and Soumati 2013).

В Испании в рамках сопоставительного анализа опросов, проведенных в секторе первичной медико-санитарной помощи в 2006 г. и 2010 г., был отмечен значительный рост распространенности проблем, связанных с психическими расстройствами, тремя способами (Gili et al. 2012). Во-первых, наблюдалось рост на 19 процентных пунктов распространенности случаев сильной депрессии (8 – в случае тревожности, 7 – в случае физических проявлений тревожности или стресса, 5 – в случае

расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем). Во-вторых, наличие безработного члена семьи значительно увеличило риск сильной депрессии⁶, а после адаптации к ситуации отсутствия работы сложности с выплатой ипотечных взносов и опасность выселения повысили риск сильной депрессии на коэффициент 2,1 и 3,0, соответственно⁷. Таким образом, порядка одной трети роста числа пациентов стационарного сектора с психическими расстройствами является результатом совокупного риска потери трудоустройства самим лицом или членом его семьи и сложностей, обусловленных выплатой ипотечных взносов.

Согласно исследованию данных, полученных в результате 'Опроса здоровья жителей Англии', в 2008–2010 гг. наблюдалось ухудшение состояния психического здоровья мужчин по сравнению с докризисным периодом, однако, это ухудшение нельзя объяснить разницей статуса трудовой занятости (Katikireddi et al. 2012). С другой стороны, в рамках 'Опроса британской ассоциации домашних хозяйств' было установлено, что дополнительные 220 000 случаев психических расстройств в Англии могут быть результатом безработицы в период до и после 2009 г., при этом самая большая разница наблюдалась между северными и южными регионами страны, известными более высоким и более низким уровнем безработицы, соответственно (Moller et al. 2013).

Эти данные совпадают с исследованиями, проведенными за пределами Европы. В рамках исследования в Мичигане (США) было установлено, что недавняя смена жилья по причине затрат, выселение или задержки в выплате ипотечных взносов оказались связанными с повышенной вероятностью нервного срыва, а те люди, которые имели долги по выплате ренты или оказались бездомными, скорее всего, могли испытывать депрессию (Burgard et al. 2012).

Данные о состоянии здоровья со слов респондентов

В Греции показатель состояния здоровья со слов респондентов понизился, поскольку больше людей стали сообщать о 'плохом' или 'очень плохом' состоянии здоровья в 2009 г. по сравнению с 2007 г. (Kentikelenis et al. 2011)⁸, что подтвердили данные других исследований (Zavras et al. 2012; Vandonos et al. 2013). В Соединенном Королевстве также отмечался рост распространенности плохого состояния здоровья со слов респондентов как среди работающего населения, так и среди безработных (Astell-Burt and Feng 2013), что, согласно данным предшествующего исследования, объяснялось совокупностью таких финансовых трудностей, как недоступное жилье и выселение (Taylor et al. 2007; Pevalin 2009).

Другие показатели состояния здоровья

Согласно недавно проведенному исследованию в одном из штатов США, было обнаружено, насколько отсутствие уверенности о сохранении работы оказывает сильное негативное воздействие на физическое здоровье.

Анализ состояния здоровья 13 000 работников компаний по производству алюминия с высоким и низким уровнем сокращений во время экономического спада продемонстрировал, что сотрудники, сохранившие рабочие места в компаниях с высоким уровнем сокращений, были подвержены большему риску развития **артериальной гипертензии и диабета** по сравнению с работниками компаний, проводящих меньше сокращений (Modrek and Cullen 2013).

Согласно исследованию, посвященному анализу госпитализации в Греции, был установлен рост распространенности **острого инфаркта миокарда** в 2008–2012 гг. по сравнению с 2003–2007 гг. (Makaridis et al. 2013)⁹. Другое исследование предлагает возможные объяснения того, как мог произойти рост данного показателя (Davlouros et al. 2013). В рамках этого исследования проводится анализ случая повторной госпитализации в Греции пациента с инфарктом миокарда спустя 43 дня после лечения данного состояния; изначально лечение пациента включало терапию лекарственными средствами для предотвращения тромбоза, которую пациент вынужден был прервать по причине затрат, что в итоге привело к повторной госпитализации, стентированию и возобновлению терапии лекарственными средствами от повторного тромбоза.

Поведенческие факторы риска

В ряде стран наблюдалось улучшение поведенческих факторов риска. Анализ употребления алкоголя в Эстонии указывает на то, что снижение, отмеченное с 2008 г., является результатом как кризиса, так и укрепления с 2005 г. противоалкогольных стратегий (повышения налогов, ограничения продаж и рекламы, внедрение в рамках закона) (Lai and Habicht 2011). Более подробный анализ воздействия кризиса на подверженность факторам риска свидетельствует о дифференцированном воздействии на отдельные группы населения. В США потребление алкоголя выросло среди групп населения, страдающих запойным пьянством (Vog et al. 2013), и среди безработных среднего возраста (Mulia et al. 2013), а в Англии этот показатель вырос среди безработных мужчин (Harhay et al. 2013). В Греции в результате повышения налога на табачные изделия было собрано 558 млн евро для государственного бюджета, при этом данная мера сопровождалась снижением потребления сигарет на 16% (Alpert et al. 2012). С другой стороны, распространенность курения во время экономического спада повысилась в Италии, особенно среди женщин (Gallus et al. 2011), и в США среди безработных (Gallus et al. 2013).

Дорожно-транспортные происшествия

В соответствии с данными предшествующих исследований (Fishback et al. 2007; Stuckler et al. 2009a), уровень смертности от дорожно-транспортного травматизма снизился во многих странах с начала кризиса (Stuckler et al. 2011a), поскольку люди либо стали пользоваться более дешевым

общественным транспортом, либо совершать меньше поездок. Наибольшее снижение было отмечено в странах с изначально высоким уровнем смертности от дорожно-транспортного травматизма. Однако в некоторых случаях снижение данного показателя могло объясняться проведением стратегий в области дорожного движения, например, в Литве снижение смертности от дорожно-транспортного травматизма на 50% в 2007–2010 гг. совпало с проведением новой стратегии безопасности дорожного движения и более строгих законодательных мер внедрения (Kalediene and Sauliune 2013).

Инфекционные заболевания

Кризис оказал воздействие на динамику инфекционных заболеваний в Греции. Наиболее сильный рост пришелся на ВИЧ-инфекцию среди пользователей инъекционных наркотиков в Греции с 10–25 случаев заражения в год в 2007–2010 гг. до 307 в 2011 г. и до 484 в 2012 г. (ECDC and WHO 2013). Проведение профилактических мер в меньшем объеме стало одним из определяющих факторов роста передачи ВИЧ; кроме того, неправительственные организации сообщили о сокращении бюджета на программы поддержки улиц более чем на 30% привели к нарушению программ обмена использованных игл и профилактических мер в 2009–2010 гг. (ЕКΤΕΡΝ 2010). В Греции вновь появились случаи малярии, при этом в 2009–2012 г. было зафиксировано 69 случаев местного заражения. К росту уязвимости страны к данному заболеванию привела комплексная комбинация факторов, включая вмешательства, направленные против комаров как переносчиков возбудителя, сезонные условия, способствующие распространению малярии, и высокая текучесть работников-мигрантов из стран, содержащих эндемические районы малярии (ECDC and WHO 2013). В то же самое время, основные профилактические меры против малярии, включая опрыскивание жилищ инсектицидами, не были проведены в масштабах, необходимых для обеспечения эффективного инфекционного контроля в силу сокращения бюджета и нехватки медицинского персонала на муниципальном уровне, разрушения механизмов социальной защиты и подрыва способности системы здравоохранения быстро реагировать на вспышки инфекционных заболеваний и обеспечивать контроль над ними (Bonovas and Nikolopoulos 2012; Kelland 2012).

6.3 Выводы

Данные предшествующих экономических спадов свидетельствуют о том, что экономические потрясения могут наносить ущерб здоровью населения за счет снижения финансовой безопасности домашних хозяйств, особенно в результате потери работы и сокращений государственных ресурсов. Хотя данные исследований предыдущих экономических кризисов указывают на то, что эти экономические потрясения оказались выгодными для здоровья населения в плане снижения показателя всеобщей смертности

и положительных изменений поведения, совершенно очевидно, что за улучшениями для некоторых категорий граждан скрывались неблагоприятные последствия для более уязвимых групп населения. Исследования недавних случаев экономического спада не указывают на снижение смертности, а во многих индивидуальных исследованиях, проведенных в большинстве стран с высоким уровнем дохода, была установлена ассоциативная связь между потерей трудовой занятости и ростом смертности.

В условиях 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 снижению, а также имеются определенные данные, свидетельствующие о росте распространенности психических расстройств. Хотя данные в целом указывают на то, что безработица и финансовая незащищенность повышают риск возникновения проблем, связанных с психическим здоровьем, отсутствуют однородные данные об их воздействии на другие показатели состояния здоровья. Существует ограниченное число доказательств (из Греции) об ухудшении состояния здоровья населения в целом и росте таких инфекционных заболеваний, 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. Имеются ранние признаки повышения ограничения барьеров доступа к услугам здравоохранения и неудовлетворенной потребности в медицинской помощи в ряде стран, в особенности, но не обязательно исключительно, среди малоимущего населения (см. гл. 4). Кроме того, согласно определенным доказательствам, происходит усиление неравенства в отношении здоровья (Reeves et al. 2013).

В целом, согласно имеющимся в ограниченном количестве данным, негативное воздействие на состояние здоровья в большей мере проявляется среди безработного населения, а также среди наиболее уязвимых и менее видимых групп общества, включая мигрантов, бездомных и лиц, употребляющих наркотики – тех категорий населения, доступ к которым у исследователей затруднен. С момента начала кризиса ведущие медицинские специалисты подчеркивают важность человеческих и экономических затрат ненадлежащей поддержки людей, страдающих проблемами, связанными с психическими расстройствами (Cooper 2011; Knapp 2012; Wahlbeck and McDauid 2012; Ng et al. 2013). Они призывают к укреплению механизмов социальной защиты и программ активизации рынка труда; проведению действий по ограничению доступа к средствам причинения вреда для уязвимых групп населения; расширению программ поддержки семей; предоставлению образования, информации и программ поддержки для уязвимых групп населения; развитию служб на

базе местных сообществ; обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения.

Один из основных уроков, которые можно извлечь из данного обзора состоит в том, что отсутствие последних данных по заболеваемости и смертности на уровне европейских стран сильно затруднило проведение полной оценки непосредственного воздействия кризиса и соответствующих ответных мер политики в области здравоохранения. Скорость предоставления последних экономических данных разительным образом отличается, что лишь свидетельствует о приоритете политики. Отдельные международные организации – особенно Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейский центр профилактики и контроля болезней – предприняли усилия по документированию последствий кризиса для состояния здоровья. Однако мониторинг данных последствий не сыграл важной роли в программах финансовой поддержки ЕС–МВФ. Проведение оценки также затруднено неизбежными задержками во времени проявления последствий кризиса для здоровья.

Второй урок заключается в том, что мониторинг состояния здоровья населения предполагает выход за пределы национальной статистики. Данные, полученные в рамках нынешнего кризиса и на основе предшествующих экономических потрясений, явно указывают на то, что негативные последствия для здоровья в основном приходятся на наиболее уязвимые группы населения, особенно безработных, но также и на вышеуказанные группы.

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 заболевания 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.

Примечания

- 1 Коэффициенты риска составляют от 1,1 до 5,7 для психических расстройств и расстройств поведения, а также от 1,8 до 3,8 для суицида. Коэффициент риска выше 1,0 означает повышенную вероятность возникновения указанного расстройства или суицида.
- 2 Рост преимущественно измеряется в уровне безработицы или темпах роста дохода на душу населения.

- 3 Относительный риск в 1,19 (95 % доверительный интервал (ДИ)), в 1,00–1,42 после поправки на социально-экономические и другие факторы риска.
- 4 В рамках данного исследования расходы на социальную безопасность включают льготы по замене дохода для безработных, поддержку домашнего ухода и финансовую помощь для людей с ограниченными возможностями, но не охватывает расходы на здравоохранение.
- 5 Для обоих результатов $p < 0,001$.
- 6 Отношение шансов (ОШ) 1,7; $p < 0,001$.
- 7 Для обоих результатов $p < 0,001$.
- 8 ОШ 1,15; 95% ДИ 1,02–1,28.
- 9 ОШ 1,40; 95% ДИ 1, 29–1,51.

Библиография

- Ala-Mursula, L., Buxton, J.L., Ek, E. et al. (2013) Long-term unemployment is associated with short telomeres in 31-year-old men: An observational study in the northern Finland birth cohort 1966, *PLoS One*, 8: e80094.
- Alpert, H., Vardavas, C., Chaloupka, F. et al. (2012) The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece, *Tobacco Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050857.
- Anagnostopoulos, D.C. and Soumati, E. (2013) The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolescent Psychiatry*, 22: 131–4.
- Astell-Burt, T. and Feng, X. (2013) Health and the 2008 economic recession: Evidence from the United Kingdom, *PLoS ONE*, 8: e56674, doi:10.1371/journal.pone.0056674.
- Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2012) Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: Time trend analysis, *British Medical Journal*, 345: e5142.
- Bartley, M. (1994) Unemployment and ill health: Understanding the relationship, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48: 333–7.
- Bonovas, S. and Nikolopoulos, G. (2012) High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy, *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 53: 169–71.
- Bor, J., Basu, S., Coutts, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2013) Alcohol use during the Great Recession of 2008–2009, *Alcohol and Alcoholism*, 48(3): 343–8.
- Brown, S., Taylor, K. and Price, S. (2005) Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit, *Journal of Economic Psychology*, 26: 642–63.
- Bruckner, T.A. (2008) Metropolitan economic decline and infant mortality due to unintentional injury, *Accident Analysis & Prevention*, 40: 1797–803.
- Bruckner, T. and Catalano, R.A. (2006) Economic antecedents of sudden infant death syndrome, *Annals of Epidemiology*, 16: 415–22.
- Burgard, S.A., Seefeldt, K.S. and Zelner, S. (2012) Housing instability and health: Findings from the Michigan Recession and Recovery Study, *Social Science & Medicine*, 75: 2215–24.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K. et al. (2011) The health effects of economic decline, *Annual Review of Public Health*, 32: 431–50.
- Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P. and Gunnell, D. (2013) Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries, *British Medical Journal*, 347: f5239.
- Cooper, B. (2011) Economic recession and mental health: An overview, *Neuropsychiatry*, 25: 113–7.

- Cylus, J., Glymour, M. and Avendano, M. (2014) Do generous unemployment benefit programs reduce suicides? A state fixed-effect analysis covering 1968–2008, *American Journal of Epidemiology*, doi: 10.1093/aje/kwu106.
- Davlouros, P., Gizas, V., Stavrou, K., Raptis, G. and Alexopoulos, D. (2013) DES thrombolysis related to antiplatelet therapy noncompliance: A consequence of the Greek financial crisis, *International Journal of Cardiology*, 168(4): 4497–9.
- De Vogli, R., Marmot, M. and Stuckler, D. (2012) Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession, *Journal of Epidemiology & Community Health*, doi:10.1136/jech-2012-201607.
- Dee, T.S. (2001) Alcohol abuse and economic conditions: Evidence from repeated cross-sections of individual-level data, *Health Economics*, 10: 257–70.
- Doblhammer, G., van den Berg, G.J. and Fritze, T. (2013) Economic conditions at the time of birth and cognitive abilities late in life: Evidence from ten European countries, *PLoS One*, 8: e74915.
- ECDC and WHO (2013) *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2012*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A. and Stefanis, C.N. (2013) Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece, *Journal of Affective Disorders*, 145: 308–14.
- Economou, A., Nikolau, A. and Theodossiou, I. (2008) Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union, *Journal of Economic Studies*, 35: 368–84.
- EKTEPN (2010) *Annual Report on the State of the Drugs and Alcohol Problem*. Athens: Greek Documentation and Monitoring Centre for Drugs.
- Eliason, M. and Storrie, D. (2009) Does job loss shorten life?, *The Journal of Human Resources*, 44: 277–302.
- Fishback, P., Haines, M. and Kantor, S. (2007) Births, deaths, and New Deal relief during the Great Depression, *The Review of Economics and Statistics*, 89: 1–14.
- Fountoulakis, K.N., Koupidis, S.A., Siamouli, M., Grammatikopoulos, I.A. and Theodorakis, P.N. (2013) Suicide, recession, and unemployment, *The Lancet*, 381: 721–2.
- Freeman, D.G. (1999) A note on ‘Economic conditions and alcohol problems’, *Journal of Health Economics*, 18: 661–70.
- Gallus, S., Ghislandi, S. and Muttarak, R. (2013) Effects of the economic crisis on smoking prevalence and number of smokers in the USA, *Tobacco Control*, 24(1): 82–8.
- Gallus, S., Tramacere, I., Pacifici, R. et al. (2011) Smoking in Italy 2008–2009: A rise in prevalence related to the economic crisis?, *Preventive Medicine*, 52: 182–3, doi: 10.1016/j.jpmed.2010.11.016. Epub 2010 Dec 2.
- Garcy, A.M. and Vagero, D. (2013) Unemployment and suicide during and after a deep recession: A longitudinal study of 3.4 million Swedish men and women, *American Journal of Public Health*, 103: 1031–8.
- Gerdtham, U.G. and Johannesson, M. (2005) Business cycles and mortality: Results from Swedish microdata, *Social Science & Medicine*, 60: 205–18.
- Gerdtham, U.G. and Ruhm, C.J. (2006) Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD, *Economics & Human Biology*, 4: 298–316.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M. and Stuckler, D. (2012) The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010, *European Journal of Public Health*, doi: 10.1093/eurpub/cks035.
- Harhay, M.O., Bor, J., Basu, S. et al. (2013) Differential impact of the economic recession on alcohol use among white British adults, 2004–2010, *European Journal of Public Health*, 24(3): 410–15.
- Hintikka, J., Saarinen, P.I. and Viinamaki, H. (1999) Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985–1995, *Scandinavian Journal of Public Health*, 27: 85–8.

- Huff Stevens, A., Miller, D., Page, M. and Filipiski, M. (2011) *The Best of Times, the Worst of Times: Understanding Pro-cyclical Mortality*, Working Paper 17657. NBER working paper series. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- INE (2014) *INEbase. Deaths by cause of death* [online]. Instituto Nacional de Estadística. Available at: http://www.ine.es/en/inebmenu/mnu_salud_en.htm [Accessed 14/12/2014].
- Janlert, U. and Hammarstrom, A. (1992) Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study, *British Journal of Addiction*, 87: 703–14.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P. et al. (2008) Debt, income and mental disorder in the general population, *Psychological Medicine*, 38: 1485–93.
- Kalediene, R. and Sauliune, S. (2013) Mortality of Lithuanian population over 2 decades of independence: critical points and contribution of major causes of death, *Medicina (Kaunas)*, 49: 36–41.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J. et al. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe, *The Lancet*, 381(9874): 1323–31. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6) [Accessed 14/12/2014].
- Katikireddi, S.V., Niedzwiedz, C.L. and Popham, F. (2012) Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991–2010 Health Surveys of England, *BMJ Open*, 2: e001790.
- Kelland, K. (2012) *Insight: In vulnerable Greece, mosquitoes bite back*. Reuters.
- Kelly, B. and Doherty, A. (2013) Impact of recent economic problems on mental health in Ireland, *International Psychiatry*, 10: 6–8.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., Mckee, M. and Stuckler, D. (2011) Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet*, 378: 1457–8.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., Mckee, M. and Stuckler, D. (2013) Greece's health crisis: from austerity to denialism, *The Lancet*, 383(9918): 748–53.
- Knapp, M. (2012) Mental health in an age of austerity, *Evidence-Based Mental Health*, 15: 54–5.
- Lai, T. and Habicht, J. (2011) Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn, *Alcohol and Alcoholism*, 46: 200–3.
- Leist, A.K., Hessel, P. and Avendano, M. (2014) Do economic recessions during early and mid-adulthood influence cognitive function in older age?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68: 151–8.
- Leon, D.A., Shkolnikov, V.M. and McKee, M. (2009) Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis, *Addiction*, 104: 1630–6.
- Lhachimi, S.K., Cole, K.J., Nusselder, W.J. et al. (2012) Health impacts of increasing alcohol prices in the European Union: a dynamic projection, *Preventive Medicine*, 55: 237–43.
- Lopez Bernal, J.A., Gasparrini, A., Artundo, C.M. and McKee, M. (2013) The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis, *European Journal of Public Health*, 23(5): 732–6.
- Lundin, A., Falkstedt, D., Lundberg, I. and Hemmingsson, T. (2014) Unemployment and coronary heart disease among middle-aged men in Sweden: 39243 men followed for 8 years, *Occupational and Environmental Medicine*, 71: 183–8.
- Lundin, A., Lundberg, I., Hallsten, L., Ottosson, J. and Hemmingsson, T. (2010) Unemployment and mortality – a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64: 22–8.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. and Becker, B. (2000) The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, 71: 543–62.
- Makaris, E., Michas, G., Micha, R. et al. (2013) Greek socio-economic crisis and incidence of acute myocardial infarction in Southwestern Peloponnese, *International Journal of Cardiology*, 168(5): 4886–7.

- Marcus, J. (2013) The effect of unemployment on the mental health of spouses – evidence from plant closures in Germany, *Journal of Health Economics*, 32: 546–58.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P.; Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (2012) WHO European review of social determinants of health and the health divide, *The Lancet*, 380(9846): 1011–29.
- Martikainen, P., Maki, N. and Jantti, M. (2007) The effects of unemployment on mortality following workplace downsizing and workplace closure: a register-based follow-up study of Finnish men and women during economic boom and recession, *American Journal of Epidemiology*, 165: 1070–5.
- Martikainen, P. and Valkonen, T. (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment, *The Lancet*, 348: 909–12.
- Milner, A., Page, A. and Lamontagne, A.D. (2013) Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis, *PLoS One*, 8: e51333.
- Modrek, S. and Cullen, M.R. (2013) Health consequences of the ‘Great Recession’ on the employed: Evidence from an industrial cohort in aluminum manufacturing, *Social Science & Medicine*, 92: 105–13.
- Moller, H., Haigh, F., Harwood, C., Kinsella, T. and Pope, D. (2013) Rising unemployment and increasing spatial health inequalities in England: further extension of the North–South divide, *Journal of Public Health*, 35: 313–21.
- Montgomery, S., Udumyan, R., Magnuson, A., Osika, W., Sundin, P.O. and Blane, D. (2013) Mortality following unemployment during an economic downturn: Swedish register-based cohort study, *BMJ Open*, 3(7): pii: e003031.
- Mossakowski, K.N. (2008) Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking?, *Social Science & Medicine*, 67: 947–55.
- Mulia, N., Zemore, S.E., Murphy, R., Liu, H. and Catalano, R. (2013) Economic loss and alcohol consumption and problems during the 2008 to 2009 U.S. recession, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(4): 1026–34.
- Mustard, C.A., Bielecky, A., Etches, J. et al. (2013) Mortality following unemployment in Canada, 1991–2001, *BMC Public Health*, 13: 441.
- Ng, K.H., Agius, M. and Zaman, R. (2013) The global economic crisis: effects on mental health and what can be done, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106: 211–14.
- Osler, M., Christensen, U., Lund, R., Gamborg, M., Godtfredsen, N. and Prescott, E. (2003) High local unemployment and increased mortality in Danish adults; results from a prospective multilevel study, *Occupational and Environmental Medicine*, 60: e16.
- Pevalin, D.J. (2009) Housing repossessions, evictions and common mental illness in the UK: results from a household panel study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63: 949–51.
- Purshouse, R.C., Meier, P.S., Brennan, A., Taylor, K.B. and Rafia, R. (2010) Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model, *The Lancet*, 375: 1355–64.
- Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Marmot, M. and Stuckler, D. (2013) Austere or not? UK Coalition government budgets and health inequalities, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(11): 432–6.
- Reeves, A., Stuckler, D. and McKee, M. (2014) Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America preventable tragedies in Europe and North America’s great recessions, *British Journal of Psychiatry* DOI: 10.1192/bjp.bp.114.144766.
- Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S.S. and Basu, S. (2012) Increase in state suicide rates in the USA during economic recession, *The Lancet*, 380: 1813–14.
- Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S.S. and Basu, S. (2013) Suicide, recession, and unemployment – authors’ reply, *The Lancet*, 381: 722.

- Reichert, A. and Tauchmann, H. (2011) *The Causal Impact of Fear of Unemployment on Psychological Health*. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Roelfs, D.J., Shor, E., Davidson, K.W. and Schwartz, J.E. (2011) Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality, *Social Science & Medicine*, 72: 840–54.
- Ruhm, C.J. (1995) Economic conditions and alcohol problems, *Journal of Health Economics*, 14: 583–603.
- Ruhm, C.J. (2000) Are recessions good for your health?, *Quarterly Journal of Economics*, 115: 617–50.
- Ruhm, C.J. (2003) Good times make you sick, *Journal of Health Economics*, 22: 637–58.
- Ruhm, C.J. (2008) A healthy economy can break your heart, *Demography*, 44: 829–48.
- Ruhm, C.J. (2013) *Recessions, Healthy no More?*, Working Paper 19287. NBER working paper series. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Sachs, J. (1994) *Understanding 'Shock Therapy'*. London: Social Market Foundation.
- Shaw, B.A., Agahi, N. and Krause, N. (2011) Are changes in financial strain associated with changes in alcohol use and smoking among older adults? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72: 917–25.
- Stuckler, D., Reeves, A., Karanikoles, M. and McKee, M. (2014) The health effects of the global financial crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines. *Health Economics, Policy and Law*, 10: 1–17.
- Stuckler, D. and Basu, S. (2013) *The Body Economic: Why Austerity Kills*. London: Allen Lane.
- Stuckler, D., Basu, S. and McKee, M. (2010) Budget crises, health, and social welfare programmes, *British Medical Journal*, 340: c3311.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. and McKee, M. (2009a) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *The Lancet*, 374: 315–23.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. and McKee, M. (2011a) Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data, *The Lancet*, 378: 124–5.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. and McKee, M. (2009b) The health implications of financial crisis: a review of the evidence, *Ulster Medical Journal*, 78: 142–5.
- Stuckler, D., King, L. and McKee, M. (2009c) Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis, *The Lancet*, 373: 399–407.
- Stuckler, D., Meissner, C., Fishback, D., Basu, S. and McKee, M. (2011b) Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1929–1937, *Journal of Epidemiology and Community Health*, doi:10.1136/jech.2010.121376.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J.E. et al. (2011) The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence, *PLoS ONE*, 6: e20724.
- Sullivan, D. and von Wachter, T. (2009) Job displacement and mortality: an analysis using administrative data, *Quarterly Journal of Economics*, 124: 1265–306.
- Tapia Granados, J.A. (1991) [The English expression “half life”: a source of problems in the Spanish medical literature], *Medicina Clinica*, 96: 103–5.
- Tapia Granados, J. (2005a) Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900–1996, *International Journal of Epidemiology*, 34: 1194–202.
- Tapia Granados, J. (2005b) Recessions and mortality in Spain, 1980–1987, *European Journal of Population*, 21: 393–422.
- Tapia Granados, J.A. and Diez Roux, A.V. (2009) Life and death during the Great Depression, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106: 17290–5.

- Tapia Granados, J.A. and Ionides, E.L. (2008) The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries, *Journal of Health Economics*, 27: 544–63.
- Taylor, M.P., Pevalin, D.J. and Todd, J. (2007) The psychological costs of unsustainable housing commitments, *Psychological Medicine*, 37: 1027–36.
- Tekin, E., McClellan, C. and Minyard, K. (2013) *Health and Health Behaviors during the Worst of Times: Evidence from the Great Recession*. Working Paper 19234. NBER working paper series. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Travis, A. (2013) Public health statistics could cease to be published amid wave of budget cuts, *The Guardian*, 10 July.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T. and Avendano, M. (2013) Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach, *European Journal of Public Health*, 23(5): 727–31.
- Virtanen, M., Nyberg, S.T., Batty, G.D. et al. (2013) Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis, *British Medical Journal*, 347: f4746.
- Wahlbeck, K. and McDaid, D. (2012) Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis, *World Psychiatry*, 11: 139–45.
- Walberg, P., Mckee, M., Shkolnikov, V., Chenet, L. and Leon, D.A. (1998) Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis, *British Medical Journal*, 317: 312–8.
- Wedel, J. (2001) *Collision and Collusion: The Strange Case of Western Aid to Eastern Europe*. New York: St Martin's.
- WHO Regional Office for Europe (2013) *Health for All database (January 2013)* [online]. WHO Regional Office for Europe. Available at: <http://data.euro.who.int/hfad/> [Accessed 17/07/2013].
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K. and Kyriopoulos, J. (2012) Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece, *European Journal of Public Health*, 23(2): 206–10, doi: 10.1093/eurpub/cks143.
- Zhao, J., Stockwell, T., Martin, G. et al. (2013) The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002–09, *Addiction*, 108: 1059–69.

Последствия кризиса для систем здравоохранения и состояния здоровья населения: практические выводы в отношении политики

*Sarah Thomson, Josep Figueras,
Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa
Mladovsky, Anna Maresso, Hans Kluge*

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 населения 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.

В предшествующих главах мы рассмотрели последствия кризиса в Европе для финансовой безопасности домашних хозяйств, государственных ресурсов и расходов здравоохранения; проанализировали ответные меры систем здравоохранения в условиях кризиса в трех стратегических областях (государственное финансирование сектора здравоохранения, охват государственным услугами здравоохранения, планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения), а также оценили воздействие кризиса на состояние здоровья населения. В этой заключительной главе представлены основные выводы данной публикации и последствия для выработки мер политики. Сначала мы предлагаем краткий обзор ответных мер систем здравоохранения на кризис. Затем мы обсуждаем воздействие кризиса на важные аспекты деятельности системы здравоохранения (стабильность, достаточность и справедливость финансирования системы здравоохранения; финансовая безопасность и справедливый доступ к медицинской помощи; эффективность и качество услуг здравоохранения), а также на состояние здоровья населения, при этом мы используем анализ данных, содержащийся в главах 3–6. В конце главы представлены основные практические выводы в отношении политики.

7.1 Ответные меры системы здравоохранения на кризис

На момент начала кризиса некоторые системы здравоохранения были подготовлены лучше других для разрешения значительных бюджетных проблем. Факторы, которые способствовали укреплению устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям, включали:

- контрциклические финансовые стратегии, в особенности контрциклическое государственное финансирование на здравоохранение и другие виды социальной защиты;
- 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 о затратоэффективности различных услуг и вмешательств;
- четкие приоритеты;
- 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 неблагоприятным 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 сокращение или упразднение платы за услуги. Столкнувшись с растущими бюджетными проблемами, страны также предприняли шаги по рационализации 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 нарушений психического здоровья, распространенности катастрофических расходов населения и неудовлетворенной потребности населения в услугах здравоохранения. Данные, свидетельствующие об этих негативных последствиях, могут увеличиваться по мере усугубления кризиса (особенно в странах, которые до сих пор отмечен высокий уровень безработицы) и по мере того, как начнут проявляться более долгосрочные последствия повсеместных сокращений расходов и ограничений охвата.

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. 3.2). 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.

Почти во всех странах-респондентах, принявших участие в данном опросе, в качестве ответных мер на кризис были внесены *изменения в охват услугами здравоохранения* (табл. 4.1). 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 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). 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.

Большинство стран сообщили об *изменениях в планировании, закупке и предоставлении услуг здравоохранения* (табл. 5.1). 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.

Данный краткий обзор указывает на то, что в качестве ответных мер на углубление 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 and 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. 3.2, 4.1, 5.1) 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 демонстрирует, что в целом кризис послужил импульсом для стран в проведении более комплексных изменений, с большей вероятностью того, что они способствуют повышению эффективности в долгосрочной перспективе; данный кризис не привел к сбоем осуществляющихся реформ в отношении методов оплаты поставщиков, а также стимулировал широкий спектр усилий по мобилизации дополнительных государственных доходов для сектора здравоохранения.

Однако ответные меры систем здравоохранения на кризис 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 душевых 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.

7.2 Последствия для деятельности системы здравоохранения

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 государственного финансирования на здравоохранение (табл. 3.2). 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. Наибольшие сокращения годовых расходов произошли в результате решений органов государственного управления (Греция, Ирландия, Латвия, Португалия), а не по причине сокращения доходов работающего населения, однако, 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.

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.

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 вывода в отношении политики по достижению стабильности в будущем:

- Автоматические стабилизаторы оказывают существенную помощь в сохранении уровня государственного дохода для системы здравоохранения в условиях экономического кризиса.
- 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 государственными услугами здравоохранения на основе критериев нуждаемости.
- 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 экономии 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 (см. гл 3), 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 и Эстония. Примечательно, что 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.

Вместе с тем Ирландия и Хорватия получили выгоду от направления 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 в 2012 г. данный показатель снизился до 64%, что значительно ниже среднего уровня по ЕС (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 программах финансовой поддержки ЕС–МВФ, ни в стратегических решениях относительно бюджетной политики на национальном уровне.

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 внесения 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 регрессивным. В нескольких 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.

Финансовая защита и справедливый доступ к медицинской помощи

Достижение 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 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 до начала кризиса;
- 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, особенно если они были большими или устойчивыми или ни в коей мере не избирательными.

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 (см. рис. 2.2). Ответные меры политики, направленные на разрешение данной ситуации, различались по странам. Например, в 2009 г. в самом начале нынешнего кризиса Эстония расширила охват услугами здравоохранения на категории населения, зарегистрированного в качестве безработного более 9 месяцев, с условием, 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 (Nabicht and Evetovits 2015). С другой стороны, Греция, предприняла изначально ограниченные, медленные и неэффективные действия по защите безработного населения (Economidou et al. 2015). По оценкам, с момента начала кризиса в Греции 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 (Economidou 2014), а доля активного населения, находящегося в статусе безработных более одного года, выросла в 5 раз с 3,6% в 2008 г. до 18,4% в 2013 г. (Eurostat 2014)⁶. Однако в Греции только в 2014 г. рецептурные лекарственные средства и стационарная помощь были включены в охват для категорий незастрахованного населения, несмотря на масштабы разрыва в охвате, ставшего результатом кризиса.

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 беспокойство, 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 et al. 2015). И наоборот, последствия недостаточного инвестирования в инфраструктуру или кадровые ресурсы здравоохранения 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 систематических защитных механизмов от повышения платы за услуги. В этой связи, программы финансовой поддержки ЕС–МВФ не соответствовали ни международным данным, ни передовому опыту.

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.

Эффективность защитных мер

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 категории⁷.

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 4.6 показано, что неудовлетворенная потребность в услугах здравоохранения по причине затрат выросла для всего населения в 17 странах и для наиболее беднейшего квинтиля в 20 странах (Eurostat 2014). 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 and 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 необходимо следующее:

- улучшенные данные по потреблению услуг здравоохранения;
- больше сравнительных данных по показателю неудовлетворенной потребности населения;
- больше систематического анализа катастрофических и приводящих к обнищанию расходов населения;
- каждый из этих показателей необходимо представить в виде разбивки по уровню дохода и по возможности – состояния здоровья населения.

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 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 (рис. 7.1).

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



Рисунок 7.1 Различия между экономией средств и повышением эффективности

Источник: авторы.

период только до 2011 г. Таким образом, представляется сложным установить четкую отправную точку для совокупных изменений расходов, показанных на рисунке 5.1, 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 первоначальным сокращением административных расходов последовал их рост в последующие годы. Мы не располагаем данными о затратах на заработную плату медицинских работников.

Наибольшие сокращения, как правило, пришлись 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 было 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 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.

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 и начальных

инвестиций, относятся: усиление стратегий по укреплению здоровья или профилактики болезней (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 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.

7.3 Последствия для состояния здоровья населения

Доказательства на основе предыдущих экономических кризисов указывают на то, что 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.

В условиях 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 снижению, 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 заболеваний, 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 заболевания 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.

7.4 Практические выводы в отношении политики

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 неблагоприятным 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. Значительные 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 избежать 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, потребуется 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.

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 рачтосточности 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 неблагоприятным внешним 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 параллельно со снижением доходов сектора здравоохранения возрастал спрос на медицинскую помощь, финансируемую государством, 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 контрициклические формулы, направленные на привязку государственных расходов к потребностям 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 потребительских налогов, фактически субсидируя затраты на здравоохранение застрахованного населения, будучи при этом по-прежнему исключенным 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 стимулам 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.

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 установки приоритетов на основе методики оценки медицинских технологий, разработать клинические руководства, ввести метод оплаты труда по клинически связанным группам (DRG/КСГ) 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 подорвать 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.

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 болезней; 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, в том числе по установлению взаимосвязи между методами оплаты и показателями деятельности труда; развитие стратегий по изменению профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов; а также развитие электронного здравоохранения.

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 проциклическое расходование 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.

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.

Примечания

- 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).
- 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).
- 4 Измеряемая с точки зрения распространенности катастрофических личных расходов населения на 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.
- 6 Данные показатели включают население в возрасте старше 15 лет, находящееся без работы 12 месяцев или более.
- 7 По данным 'Опросного обследования доходов и условий жизни населения в странах ЕС' (EU-SILC), охватывающего страны ЕС-28, бывшую югославскую Республику Македонию, Исландию, Норвегию, Турцию и Швейцарию.

Библиография

- 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).
- Baeten, R. and Thomson, S. (2012) Health care policies: European debate and national reforms, in D. Natali and B. Vanhercke (eds) Social Developments in the European Union 2011. Brussels: ETUI and OSE, pp. 187–212.
- Economou, C. (2014) Access to Health Care in Greece: Institutional Framework for Population Coverage. Unpublished report prepared for the WHO Regional Office for Europe.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A. and Maresso, A. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) 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.
- Eurostat (2014) Statistics database [online]. Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> [Accessed 14/12/2014].
- Gaál (2009) Report on the impact of health financing reforms on financial protection and equity in Hungary. Budapest: Semmelweis University, unpublished report.
- 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, unpublished report.
- Habicht, T. and Evetovits, T. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) 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.
- Kronenberg, C. and Pita Barros, P. (2013) Catastrophic healthcare expenditure – drivers and protection: the Portuguese case, *Health Policy*, 115: 44–51.
- Taube, M., Mitenbergs, U. and Sagan, A. (2015) The impact of the financial crisis on the health system and health in Latvia, in A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson et al. (eds) 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.
- Vörk, A., Saluse, J., Reinap, M. and Habicht, T. (2014) Out-of-pocket Payments and Health Care Utilization in Estonia 2000–2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2014) European Health for All database [online]. Available at: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-fa-db> [Accessed 14/12/2014].

Приложение: методы исследования и ограничения

Источники информации

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 том числе Евростата, ОЭСР и ВОЗ.

Опрос

Выборка

В целях составления систематического описания ответных мер политики систем здравоохранения на кризис мы провели опрос экспертов в области политики здравоохранения в 53 странах Европейского региона ВОЗ в два этапа. Отбор экспертов проводился на основе целевой выборки методом 'снежного кома'. Отправной точкой для привлечения экспертов стала установленная сеть международных экспертов в области систем здравоохранения – сеть в рамках Системы мониторинга систем и политики здравоохранения (Health Systems and Policy Monitor (HSPM)), являющейся международной группой высокопрофильных организаций, имеющих престижную репутацию и академические достижения в области систем здравоохранения и анализа политики¹.

В рамках первого этапа были проанализированы ответные меры систем здравоохранения с конца 2008 г. по конец марта 2011 г., представленные 45 экспертами из 45 стран. Результаты данной работы кратко изложены в отдельной публикации (Mladovsky et al. 2012). В рамках второго этапа сбор данных осуществлялся с 2011 г. по начало 2013 г. и включал 95 экспертов из 47 стран.

На втором этапе в целях обеспечения надлежащего сбора данных и независимой оценки реформ, проведенных органами государственного управления, мы постарались выбрать двух экспертов, представляющих независимые неправительственные организации, на каждую страну. В случае отказа экспертов от сотрудничества, мы обращались к ним (или международным экспертам в области политики здравоохранения) с просьбой порекомендовать замену. В тех случаях, когда неправительственных экспертов не удавалось привлечь, мы сотрудничали с правительственными экспертами. Этот процесс продолжался до тех пор, пока мы не выбирали двух экспертов или оказывались в ситуации, когда невозможно было найти экспертов.

Данные о таких странах, как Андорра, Люксембург, Монако, Сан-Марино и Туркменистан отсутствовали в рамках обоих этапов опроса. В рамках второго этапа мы смогли привлечь к сотрудничеству только по одному эксперту на каждую из 12 стран (Азербайджан, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Исландия, Кыргызстан, Мальта, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Таджикистан, Хорватия), в то время как в 5 странах двое утвержденных экспертов представляли одну и ту же организацию.

На втором этапе наибольшее число экспертов (пряжка 43%) были привлечены из университетов, 13% – из государственных национальных институтов здравоохранения, 11% – из независимых научно-исследовательских институтов. Оставшиеся эксперты представляли неправительственные аналитические центры, организации по предоставлению услуг здравоохранения, международные организации, государственные агентства медицинского страхования, правительственные и консультационные компании или являлись независимыми самозанятыми специалистами. В

7 странах один или оба эксперта представляли агентства, функционирующие на уровне государства или органов государственного управления.

Сбор данных

Сбор данных осуществлялся по-разному на каждом из этапов. На первом этапе мы использовали анкетирование. На втором этапе национальные эксперты откорректировали и дополнили таблицы, содержащие результаты первого этапа. Каждый эксперт получил таблицы первого этапа для внесения изменений в предоставленную информацию. В случае, когда для одной страны были привлечены два эксперта, мы использовали следующий процесс триангуляции. Научный исследователь объединял два варианта таблиц – откорректированных и дополненных. При обнаружении несогласия или неточностей мы просили экспертов предоставить альтернативную информацию или обосновать предоставленную ими информацию. Затем научный исследователь приводил в соответствие новые данные. Этот процесс продолжался до тех пор, пока эксперты и исследователи не были удовлетворены качеством информации.

Поскольку в рамках обоих этапов не всегда можно было с ясностью утверждать, что меры политики были ответом на кризис, а не частью продолжающегося процесса реформ, мы попросили респондентов разделить меры политики на две группы на основе следующего принципа: (а) меры, которые были определены соответствующими органами власти страны в качестве ответных мер на кризис; (б) либо частичные ответные меры на кризис (запланированные до начала кризиса, но осуществленные после с большей или меньшей скоростью или интенсивностью, чем было запланировано), либо возможные ответные меры на кризис (запланированные и внедренные с началом кризиса, но не определенные соответствующими органами власти в качестве ответных мер на кризис). Мы предоставляем данные, касающиеся обоих видов мер политики. В таблицах страны, которые ввели меры, являющиеся частичными или возможными ответными мерами на кризис, выделены курсивом.

Проверка данных

Все данные, собранные на первом этапе, были проанализированы двумя научными исследователями, которые извлекли те же данные для обеспечения точности, а также кратко изложили информацию в тематических таблицах (Mladovsky et al. 2012). В последствии таблицы были проверены экспертами и техническими специалистами Европейского регионального бюро ВОЗ.

Проверка на достоверность результатов опроса, полученных на втором этапе, проводилось в 4 стадии. На первой стадии таблицы были оценены экспертами и техническими специалистами Европейского регионального бюро ВОЗ. На второй стадии предварительные результаты исследования были предложены на рассмотрение представителей государств,

участвовавших в Совещании высокого уровня ВОЗ, состоявшегося в Осло в апреле 2013 г. (Thomson et al. 2013; WHO 2013). После совещания представители имели в своем распоряжении месяц, чтобы предоставить свои комментарии. На третьей стадии после всех дополнительных исправлений, являющихся результатом консультаций, таблицы были откорректированы научными исследователями с тем, чтобы обеспечить точность и единообразие информации. На последней стадии данные по каждой стране были повторно направлены экспертам на окончательную проверку. Полная информация по каждой стране представлена в следующей публикации: Maresso et al. (2014).

Анализ примеров из практики

Мы отобрали 6 стран для проведения более глубокого анализа в силу того, что они достаточно сильно пострадали от кризиса и столкнулись со значительными стратегическими сложностями (Греция, Ирландия, Латвия, Литва, Португалия, Эстония). Греция, Ирландия и Португалия обратились за международной финансовой помощью, провели значительные сокращения государственных расходов, включая сектор здравоохранения, кроме того, начиная с 2008 г. в данных странах отмечен устойчивый негативный экономический рост (устойчивый в случае Греции и Португалии). В таких странах, как Латвия, Литва и Эстония наблюдалось резкое снижение ВВП на момент начала кризиса с последующим быстрым возвращением к стабильному росту при сохранении высокого уровня занятости.

Каждый анализ примеров из практики был составлен национальными экспертами и научными исследователями по типовому шаблону для того, чтобы читатели получили полное представление о степени воздействия кризиса и ответных мер на кризис на систему здравоохранения.

Кроме того, была проведена независимая внутренняя и внешняя экспертная оценка каждого анализа примеров из практики для обеспечения аналитической точности и укрепления доказательной базы. Во-первых, предварительные данные были представлены на обсуждение в рамках семинара для авторов примеров из практики и редакторов исследования, проходившего в 2013 г. в Барселонском офисе ВОЗ по укреплению систем здравоохранения. Участники семинара предоставили основные доказательства, которые они собрали по воздействию кризиса и ответным мерам системы здравоохранения, а также определили потенциальный разрыв данных и сложностей, ассоциируемых с подготовкой анализов примеров из практики.

Второй процесс 'быстрой экспертной оценки' был проведен для откорректированных версий примеров из практики после семинара в Барселоне. Поскольку основные данные, полученные в результате анализа примеров из практики и всего исследования в целом, должны были сформировать основу документа, содержащего синтез исследования, для представления на Совещании высокого уровня ВОЗ, намеченного на апрель 2013 г. в Осло, каждый анализ примеров из практики был отправлен

национальным научным экспертам для проверки на точность, сбалансированность и выявление каких-либо основных несоответствий в данных.

После внутренней экспертной оценки анализов примеров из практики (редакторами исследования) два или более научных эксперта каждой страны провели официальную внешнюю экспертную оценку. Как и в рамках процесса экспертной оценки, осуществляемого научными журналами, цель официальной экспертной оценки состоит в поддержке авторов по созданию достоверного и обоснованного анализа того, что произошло в их стране, и сбалансированного обсуждения последствий для выработки политики. Авторы анализов примеров из практики использовали в своей работе полученные подробные комментарии для пересмотра и написания окончательного варианта примеров из практики.

И наконец, министерства здравоохранения каждой из стран приняли участие в процессе экспертной оценки посредством рассмотрения первоначальных вариантов и предоставления комментариев по полноте и точности примеров из практики, в частности используемых данных, а также исправления случайных ошибок. Эти комментарии были учтены авторами при составлении окончательного варианта документа. Как и на других стадиях экспертной оценки, окончательные решения относительно содержания примеров из практики принадлежат исключительно авторам. В полном объеме все примеры из практики представлены в следующей публикации: Maresso et al. (2014).

Ограничения

Подход, используемый в рамках данного исследования, сопряжен со следующими преимущественно неизбежными трудностями: сложности в определении соответствия ответных мер системы здравоохранения кризису; сложности в определении степени воздействия кризиса на систему здравоохранения и здоровье населения в связи с отсутствием аналитических и оценочных исследований на национальном уровне; задержки, связанные с предоставлением международных данных, и время, необходимое для проявления последствий; сложности в разграничении воздействия кризиса в целом и воздействия ответных мер системы здравоохранения на кризис; сложности в предоставлении систематической информации по готовности каждой из систем здравоохранения к кризису, например, в отдельных странах могли быть введены меры по повышению эффективности и контролю расходов на здравоохранение до начала кризиса, что ограничивает возможность для будущих реформ. Многие из указанных сложностей удалось разрешить посредством анализа примеров из практики, но не в рамках опроса.

Примечание

1 Более подробная информация представлена на www.hspm.org

Библиография

- 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 Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. and McKee, M. (2012) *Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe*, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thomson, S., Jowett, M., Evetovits, T., Jakab, M., McKee, M. and Figueras, J. (2013) *Health, Health Systems and Economic Crisis in Europe: Impact and Policy Implications*, Draft for review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- WHO (2013) *Outcome Document for the High-level Meeting on Health Systems in Times of Global Economic Crisis: An Update of the Situation in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Указатель

- административная эффективность, государственные расходы на здравоохранение 69–70
- административные затраты 131–134
- воздействие/последствия мер политики 132–134
- амбулаторная помощь 136–142
- анализ примеров из практики, методы исследования 224–225
- артериальная гипертензия, последствия кризиса 184
- барьеры доступа к услугам здравоохранения 9
- барьеры к услугам здравоохранения 9
- безработица 28, 29
 - последствия 171, 173–184
 - смертность 173–183
 - суицид 173–183
- бюджетная политика, предпочтения общественности 67
- бюджетные проблемы
 - государственные расходы на здравоохранение 66–71
 - деятельность системы здравоохранения 66–71
 - сектор здравоохранения 4–6, 6, 9–14
- бюджеты здравоохранения
 - государственные бюджетные трансферты 75–79
 - государственные расходы на здравоохранение 71–74
 - сокращения бюджета, государственные услуги здравоохранения 134–136
 - сокращения бюджета, ответные меры системы здравоохранения на кризис 196–198, 204
- бюджеты см. бюджеты здравоохранения
- ВВП, по странам 6
- Великая депрессия, последствия кризиса 178
- взимание налогов с нерегулярного дохода 78
- взносы в фонд социального страхования
 - государственные расходы на здравоохранение 79–80
 - ставки 65, 73, 78
- внедрение мер политики 166
- уроки 214–217
- внедрение сбора средств 79
- воздействие/последствия мер политики 140–142
- закупка 136–142
- профессионально квалификационная структура кадровых ресурсов 137–139
- воздействие/последствия мер политики
 - первичная медико-санитарная помощь 139–142
 - службы общественного здравоохранения 135–136
 - вспышки инфекционных заболеваний, последствия кризиса 176–177
- государственные бюджетные трансферты 75–79
- государственные доходы 11, 13
- государственные расходы 6–9, 37–40
 - см. также государственный долг, государственные расходы на здравоохранение
 - контрициклические 6–9, 37–40, 56–59, 75–79
 - проциклические 6, 37–40
 - государственные расходы как доля ВВП 37–40
- государственные расходы на здравоохранение 40–46, 49, 57, 58, 61–91
 - см. также государственные расходы административная эффективность 69–70
 - бюджет здравоохранения 71–74
 - бюджетные проблемы 66–71
 - деятельность системы здравоохранения 66–71, 81–90, 198–202
 - доля здравоохранения 46, 49, 57
 - доступность 82–88, 200–202
 - доступность услуг здравоохранения 69
 - изменения 65
 - изменения, на душу населения 62–64
 - качество и доступность услуг здравоохранения 69
 - мобилизация государственного дохода 74–80
 - приоритет 43–46
 - прозрачность 69–70
 - справедливость 69
 - справедливость финансирования 89
 - стабильность 199–200
 - уровень роста, на душу населения 41–43, 52, 55
 - финансовая защита 67–69
- государственные ресурсы
 - показатели состояния здоровья населения 2–4
 - финансовый кризис 2007–2008 гг. 30–40
 - государственный дефицит 31–35
 - государственный долг 35–36, 56
 - см. также государственные расходы
- дефицитное финансирование 75
- деятельность системы здравоохранения 198–209
 - бюджетные проблемы 66–71

- воздействие мер политики 81–90
государственные расходы на здравоохранение 66–71, 81–90, 198–202
достаточность 82–88, 200–202
доступность услуг здравоохранения 201–206
защитные меры 205–206
качество медицинской помощи 206–209
охват государственным услугами здравоохранения 115–121, 202–203
плата за услуги 204
справедливость финансирования 201–202
стабильность 88–89, 199–200
уязвимые группы населения 203
финансирование 198–202
финансовая защита 201–206
эффективность 9–14, 164–165, 206–209
деятельность, системы здравоохранения см.
деятельность систем здравоохранения
диабет, последствия кризиса 184
добровольное медицинское страхование (ДМС) 105–115
доля здравоохранения, государственные расходы на здравоохранение 46, 49, 57
дорожно-транспортные происшествия, последствия кризиса 185
достоверность данных, методы исследования 223–224
доступ к услугам здравоохранения
барьеры 9
государственные расходы на здравоохранение 69
деятельность системы здравоохранения 201–206
защитные меры 118–119
качество и доступность услуг здравоохранения 69, 165
охват государственным услугами здравоохранения 115–119
уязвимые группы населения 116–117, 118–119
доходы, финансовая безопасность домашних хозяйств 30
- закупка см. закупка услуг здравоохранения
закупка услуг здравоохранения 131–134
административные затраты 131–134
амбулаторная помощь 136–142
обзор 129–130
ответные меры системы здравоохранения на кризис 197
первичная медико-санитарная помощь 136–142
приборы медицинского назначения 147–153
рецептурные лекарственные средства 147–153
сектор стационарной помощи 142–147
службы общественного здравоохранения 134–136
защита малоимущих слоев населения, государственные расходы на здравоохранение 79–80
защитные меры см. также финансовая защита
деятельность системы здравоохранения 204–206
доступность услуг здравоохранения 118–119
защита малоимущих слоев населения, государственные расходы на здравоохранение 79–80
защита трудовой занятости, государственные расходы на здравоохранение 79–80
охват государственным услугами здравоохранения 118–119
здравоохранение см. охват государственным услугами здравоохранения
- инфекционные заболевания, последствия кризиса 185
источники информации, методы исследования 221
ишемическая болезнь сердца (ИБС), последствия кризиса 176
- качество и доступность услуг здравоохранения см. также качество медицинской помощи
доступность услуг здравоохранения 69, 165
качество медицинской помощи см. также качество и доступность услуг здравоохранения
деятельность систем здравоохранения 206–209
контрициклическое государственное финансирование 6–9, 37–40, 56–59, 75–79
кредитная ставка 36–37
кризис 2007–2008 гг. см. финансовый кризис 2007–2008 гг.
кризис как угроза доказательству 6–9
теория 2–6
- лекарственные средства см. рецептурные лекарственные средства
- медицинские работники
воздействие/последствия мер политики 156–158
зарплатная плата 153–158
численность 153–158
медицинское страхование, добровольное медицинское страхование (ДМС) 105–115
методика оценки медицинских технологий 158–162
воздействие/последствия мер политики 159–162
предоставление услуг здравоохранения 159–162
решения по охвату государственным услугами здравоохранения 158–161
методы исследования 221–225
анализ примеров из практики 224–225
выборка 222–223
достоверность данных 223–224
источник информации 221
ограничения 225
опрос 222–224
сбор данных 223
методы исследования 222–223
методы оплаты
первичная медико-санитарная помощь 137
сектор стационарной помощи 144
мониторинг состояния здоровья населения 180
- налогообложение
государственные расходы на здравоохранение 79, 80
налоговые субсидии и освобождение от уплаты налогов 80
нормирование, сектор здравоохранения 12
- обзор всех глав данной публикации 16–19
общие расходы на здравоохранение 52–56
опрос, методы исследования 222–224
опрос системы здравоохранения 14–16
сложности 15–16
Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), страны, анализ 6–8

- острый инфаркт миокарда, последствия кризиса 184
- ответ на кризис см. ответные меры системы здравоохранения на кризис
- ответные меры системы здравоохранения на кризис 196–198
 - анализ 9–14
 - закупка услуг здравоохранения 197
 - охват государственными услугами здравоохранения 197
 - планирование услуг здравоохранения 197
 - предоставление услуг здравоохранения 197
 - причины для проведения исследования 1–2
 - сокращение бюджета 196–198, 204
 - устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям 196
- охват государственными услугами здравоохранения 95–122
 - аспекты 95–96
 - воздействие мер политики 115–121
 - деятельность системы здравоохранения 115–121, 201–203
 - добровольное медицинское страхование (ДМС) 105–115
 - доступ к услугам здравоохранения 115–119
 - защитные меры 118–119
 - изменения, обзор 95–98
 - ограничения 11, 13, 15
 - ответные меры системы здравоохранения на кризис 197
 - пакет льгот 102–105, 118, 204
 - плата за услуги 105–110, 118
 - право на получение государственных услуг здравоохранения 98–102, 116–117
 - право населения на получение государственных услуг здравоохранения 98–102, 116–117
 - прозрачность 119–121
 - уязвимые группы населения 116–117, 118–119
 - финансовая защита 115–119
 - эффективность 119–121
- пакеты льгот
 - отмена льготных единиц 118, 204
 - охват государственными услугами здравоохранения 102–105, 118, 204
- первичная медико-санитарная помощь 136–142
 - методы оплаты 137
 - предоставление 137–139
- планирование см. планирование услуг здравоохранения
- планирование услуг здравоохранения 131–134
 - административные затраты 131–134
 - государственные услуги здравоохранения 134–136
 - обзор 129–130
 - ответные меры системы здравоохранения на кризис 197
- плата за услуги 105–110, 118
 - деятельность системы здравоохранения 204–206
- поведение домашних хозяйств в отношении обращения за медицинской помощью 7
- поведенческие факторы риска, последствия кризиса 184
- показатели состояния здоровья населения
 - государственные ресурсы 2–4
 - 'маршруты пациентов' 2–6
 - последствия, вызванные экономическим спадом 8–9
 - финансовая безопасность домашних хозяйств 2–6
- последствия для здоровья см. последствия кризиса для состояния здоровья населения
- последствия кризиса для состояния здоровья населения 171–187
 - артериальная гипертензия 184
 - Великая депрессия 178
 - вспышки инфекционных заболеваний 176–177
 - данные о состоянии здоровья со слов респондентов 183
 - диабет 184
 - доказательства 172–185
 - дорожно-транспортные происшествия 185
 - инфекционные заболевания 185
 - ишемическая болезнь сердца (ИБС) 176
 - 'маршруты пациентов' 171
 - меры государственной политики 171–172
 - острый инфаркт миокарда 184
 - поведенческие факторы риска 184
 - психическое здоровье 173–176, 180–183
 - распад СССР 178
 - смертность 173–183
 - смягчение негативных последствий 177–180
 - состояние здоровья населения 180, 209–210
 - суицид 173–183
 - уроки 186–187
- последствия кризиса см. последствия кризиса для состояния здоровья населения
- последствия, вызванные экономическим спадом
 - показатели состояния здоровья населения 8–9
- последствия, здравоохранение см. показатели состояния здоровья населения
- потолки взносов 78
- право населения на получение государственных услуг здравоохранения
 - охват государственными услугами здравоохранения 98–102, 116–117
 - привязка взносов 117, 203
- предоставление услуг здравоохранения на основе методов фактических данных, рецептурные лекарственные средства 147–153
- предоставление услуг здравоохранения
 - амбулаторная помощь 136–142
 - методика оценки медицинских технологий 159–162
- ответные меры системы здравоохранения на кризис 197
- первичная медико-санитарная помощь 136–142
- рецептурные лекарственные средства, предоставление на основе методов фактических данных 147–153
- предпочтения общественности, бюджетная политика 67
- приборы медицинского назначения
 - закупка 147–153
 - предоставление 147–153
- привязка взносов, право населения на получение государственных услуг здравоохранения 117, 203
- продвижение здорового образа жизни 134–135
- прозрачность
 - государственные расходы на здравоохранение 69–70
 - охват государственными услугами здравоохранения 119–121

- профессионально квалификационная структура кадровых ресурсов, первичная медико-санитарная помощь 137–139
 профилактика болезней 134–135
 профилактическое государственное финансирование 6, 37–40
 психическое здоровье, последствия кризиса 173–176, 180–183
 распад СССР, последствия кризиса 178
 расходы системы здравоохранения 163–164
 резервы медицинского страхования, Эстония 76–77
 резервы, истощение 75
 рецептурные лекарственные средства
 закупка 147–153
 плата за услуги 105–110, 118
 предоставление услуг здравоохранения на основе методов фактических данных 147–153
 сбор данных, методы исследования 223
 сектор здравоохранения
 бюджетные проблемы 4–6, 6, 9–14
 нормирование 12
 сектор стационарной помощи
 воздействие/последствия мер политики 144–147
 закупка 142–147
 инвестирование 144–147
 методы оплаты 142–143
 реструктуризация 143–144
 финансирование и цены 142
 службы общественного здравоохранения 134–136
 воздействие/последствия мер политики 135–136
 продвижение здорового образа жизни 134–135
 профилактика болезней 134–135
 сокращение бюджета 134–136
 смертность
 безработица 173–183
 последствия кризиса 173–183
 содержание политики, уроки 211–214
 содержание публикации 16–19
 сокращение расходов 11–14
 службы общественного здравоохранения, сокращение бюджета 134–136
 сокращение бюджета системы здравоохранения 196–198, 204
 состояние здоровья населения, последствия кризиса 209–210
 список сокращений xxvi
 справедливость финансирования
 государственные расходы на здравоохранение 89
 деятельность системы здравоохранения 201–202
 справедливость, государственные расходы на здравоохранение 69
 стратегические направления действий, смягчение последствий экономического потрясения 9
 страхование, здравоохранение см. медицинское страхование
 суцид, последствия кризиса 173–183
 Таллиннская хартия 1
 трудовая занятость
 см. также безработица
 защита трудовой занятости, государственные расходы на здравоохранение 79–80
 уроки для будущего 217–218
 уроки
 внедрение мер политики 214–217
 для будущего 217–218
 для мер политики 211–218
 последствия кризиса для состояния здоровья населения 186–187
 содержание политики 211–214
 уязвимые группы населения
 деятельность системы здравоохранения 203
 охват государственными услугами здравоохранения 116–117, 118–119
 финансовая безопасность домашних хозяйств 56
 безработица 28, 29, 171
 доходы 30
 показатели состояния здоровья населения 2–6
 финансовый кризис 2007–2008 гг. 27–30
 частный долг 27–28
 финансовая защита
 см. также защитные меры
 государственные расходы на здравоохранение 68–69
 деятельность системы здравоохранения 201–206
 охват государственными услугами здравоохранения 115–119
 финансовый кризис 2007–2008 гг.
 государственные расходы как доля ВВП 37–40
 государственные расходы на здравоохранение 40–46, 49, 57, 58
 государственные резервы 30–40
 общие расходы на здравоохранение 52–56
 предьстория 24–27
 причины 24
 финансовая безопасность домашних хозяйств 27–30, 56
 частные расходы на здравоохранение 46–52, 53–55, 58
 централизация сбора средств 79
 частные расходы на здравоохранение 46–52, 53–55, 58
 частный долг 27–28
 экономия средств против эффективности 206–209
 электронное здравоохранение 162
 Эстония, резервы медицинского страхования 76–77
 эффективность
 против экономии средств 206–209
 охват государственными услугами здравоохранения 119–121
 деятельность систем здравоохранения 9–14, 15–16, 164–165, 206–209

Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе

Последствия и значение для выработки политики

Экономические потрясения представляют угрозу для здоровья населения и деятельности системы здравоохранения, поскольку они приводят к росту потребности населения в услугах здравоохранения, но ограничивают доступ к медицинской помощи. Данная ситуация сопровождается сокращениями государственных расходов на здравоохранение и другие социальные нужды. Однако при использовании своевременных стратегических действий этих негативных последствий можно избежать. Ответные меры систем здравоохранения имеют большое значение, несмотря на то, что важные рычаги государственной политики находятся за пределами сектора здравоохранения в сфере ответственности руководителей бюджетной политики и социальной защиты.

В рамках данной публикации рассмотрены ответные меры систем здравоохранения европейских стран на сложности, возникшие в результате финансового и экономического кризиса, начавшегося в 2008 г. На основе опыта более 45 стран авторы:

- анализируют ответные меры систем здравоохранения на кризис в трех стратегических областях: государственное финансирование сектора здравоохранения; охват государственными услугами здравоохранения; планирование, закупка и предоставление услуг здравоохранения;
- оценивают последствия этих ответных мер для систем здравоохранения и здоровья населения;
- определяют меры политики, которые могут способствовать стабилизации деятельности систем здравоохранения, столкнувшихся с бюджетными проблемами;
- исследуют меры стратегической экономии внедрения реформ в условиях кризиса.

Данное издание предоставляет необходимую информацию для понимания возможностей, имеющихся у руководителей, и последствий неспособности обеспечить защиту состояния здоровья населения или устойчивость деятельности систем здравоохранения в условиях экономического шока или другого рода потрясений.

Sarah Thomson Европейское региональное бюро ВОЗ, 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. **Jonathan Cylus** Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. **Marina Karanikolos** Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. **Hans Kluge** Европейское региональное бюро ВОЗ.

