

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ  
ПРИНЦИПОВ 1

# К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения

Sarah Thomson, Tom Foubister,  
Josep Figueras, Joseph Kutzin,  
Govin Permanand, Lucie Bryndová

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПРИНЦИПОВ 1

# **К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения**

**Sarah Thomson, Tom Foubister, Josep Figueras,  
Joseph Kutzin, Govin Permanand, Lucie Bryndová**

*Краткое изложение принципов, подготовленное к  
Министерской конференции по вопросам финансовой  
устойчивости систем здравоохранения в Европе,  
проведенной в рамках председательствования  
Чешской Республики в Европейском Союзе*

Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE - economics

HEALTH CARE COSTS

COSTS AND COST ANALYSIS

FINANCIAL MANAGEMENT

SUSTAINABILITY

EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 г.

---

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

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

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

---

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

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо 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.

ISSN 2078-5003

# К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения

---

Содержание	Стр.
Предисловие	v
1 Введение	1
2 Понимание трудности достижения финансовой устойчивости в здравоохранении	3
3 Сколько нам следует тратить на медико-санитарную помощь?	9
4 Какой уровень охвата медико-санитарной помощью мы должны обеспечить?	26
5 Как мы можем увеличить ценность, создаваемую деятельностью системы здравоохранения?	36
6 Заключение	47
Библиография	50

## Авторы

**Sarah Thomson**, Research Fellow, European Observatory on Health Systems and Policies, and LSE Health, Лондон

**Tom Foubister**, Research Officer, LSE Health, Лондон

**Josep Figueras**, Director, European Observatory on Health Systems and Policies, Брюссель

**Joseph Kutzin**, Regional Adviser, Health Systems Financing, and Head of the WHO Office, Барселона

**Govin Permanand**, Programme Manager/Technical Officer, Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, Копенгаген

**Lucie Bryndová**, Adviser to the Minister of Health, Cabinet of the Minister, Прага

## Предисловие

Данный документ подготовлен по предложению Министерства здравоохранения Чешской Республики и является одним из трех докладов, изданных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения для Министерской конференции по вопросам финансовой устойчивости систем здравоохранения, проведенной в рамках председательствования Чешской Республики в Европейском Союзе (Прага, 10-12 мая 2009 г.):

1. К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения (Краткое изложение принципов)
2. Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения? (Краткий аналитический обзор 10)
3. Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми? (Краткий аналитический обзор 11)

В этих докладах отражаются ключевые приоритетные направления развития европейских систем здравоохранения – именно такие, в которых важнейшее значение для подведения фундамента под выбор будущих стратегий имеют знания, полученные из сравнения различного опыта.

Данный доклад (Доклад 1) представляет собой краткое изложение принципов, в котором раскрывается главная тема конференции – финансовая устойчивость в системах здравоохранения. В докладе затрагивается бесчисленное множество элементов, составляющих содержание дискуссий по вопросу финансовой устойчивости, и подчеркивается необходимость уточнения ключевых понятий в качестве предпосылки для понимания как того, что поставлено на карту, так и того, что необходимо сделать, чтобы затем на этой основе рассмотреть возможные варианты стратегических решений. Ввиду высокого уровня участников этой конференции, а также для того, чтобы повысить эмпирическую значимость доклада и тех фактических данных исследований, которые в нем синтезированы, на конференции был представлен первый его проект, предназначенный для консультаций. Нынешняя же редакция представляет собой окончательный вариант доклада, в котором учтены полученные замечания и предложения.

Доклады 2 и 3 входят в серию кратких аналитических обзоров, публикуемых совместно Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Они предназначены для того, чтобы удовлетворить

потребности лиц, формирующих политику, предложив их вниманию синтез имеющихся фактических данных научных исследований, которым они всегда могли бы воспользоваться, и рассуждения о проблемах осуществления, касающихся конкретных вариантов политики.

Первые редакции докладов были представлены на обзорном семинаре, который провело Министерство здравоохранения Чешской Республики 3 декабря 2008 г. и в котором приняли участие авторы докладов, представители чешского Министерства, эксперты из стран и ведущие технические сотрудники Всемирной организации здравоохранения, Европейской комиссии, Всемирного банка и Организации экономического сотрудничества и развития. Полученные от участников семинара замечания и предложения были использованы при составлении окончательной редакции докладов.

## 1 Введение

В ходе обсуждения политики здравоохранения часто поднимается вопрос о том, будут ли системы здравоохранения устойчивы в финансовом отношении в будущем. Нередко эту проблему формулируют с позиции способности правительства и других заинтересованных сторон обеспечить достаточное финансирование медико-санитарной помощи перед лицом растущего бремени затрат, чаще всего указывая при этом на три фактора, создающих трудности – старение населения, появление новых технологий и ожидания потребителей в отношении охвата медико-санитарной помощью. Хотя понятие "финансовая устойчивость" занимает, по-видимому, центральное место в дебатах по вопросам политики здравоохранения, оно не входит в число целей большинства систем здравоохранения, включая и цели, предусмотренные в разработанной ВОЗ системе оценки показателей деятельности систем здравоохранения (1). Более того, нет ясности или единого мнения в отношении значения этого термина, кроме понимания того, что он каким-то образом касается "способности платить" или "доступности по стоимости". Тем не менее, коренной вопрос "устойчивости" – поддержание равновесия между растущим бременем расходов и ограниченными ресурсами – вызывает озабоченность во всех странах, тем более в контексте нынешнего финансового кризиса. Это неизбежно означает необходимость искать компромиссы как в самом секторе здравоохранения, так и в более широком плане между сектором здравоохранения и всей остальной экономикой.

Предлагаемое краткое изложение принципов, подготовленное к Министерской конференции по вопросам финансовой устойчивости систем здравоохранения в Европе, которая проводилась в Праге 10–12 мая 2009 г. в рамках председательствования Чешской Республики в Европейском Союзе, имеет целью пролить свет на понятие финансовой устойчивости и рассмотреть его практическое значение с точки зрения политики. Без более точного понимания того, что означает финансовая устойчивость и, что особенно важно, без увязывания в явном виде этой проблемы с такими вопросами, как готовность платить за медико-санитарную помощь, ценность выгод от расходов на здравоохранение и пути улучшения показателей работы системы здравоохранения, предпринимаемые стратегические меры по решению проблем устойчивости могут увести в сторону от цели и привести к непредвиденным последствиям. В данном кратком изложении принципов показаны недостатки подхода, при котором в качестве "стратегической цели" принимается достижение финансовой устойчивости, и утверждается, напротив, что финансовую устойчивость следует понимать

как "сдерживающий фактор стратегического характера", а само это понятие облекается в форму трех ключевых вопросов, имеющих прямое отношение к политике. Первый: сколько мы должны тратить на медико-санитарную помощь? Отсюда вытекают вопросы о ценности выгод, получаемых от затрат на здравоохранение, в сравнении с другими секторами расходования государственных средств и о том, в какой степени общество готово коллективно платить за медико-санитарную помощь. Второй: какой уровень охвата услугами мы должны обеспечивать? Это ставит вопросы солидарности и распределения получаемых выгод между категориями населения. И, наконец, третий вопрос: как мы можем увеличить отдачу от имеющихся ресурсов систем здравоохранения? Другими словами, как мы можем улучшить показатели работы, не выходя за рамки бюджетных ограничений?

В соответствии с этим подходом в следующем далее разделе 2 проблема финансовой устойчивости разбирается как с точки зрения вычленения ключевых элементов и хода рассуждений, так и с точки зрения практического значения для политики и ее формирования. Разделы 3–5 по отдельности соответствуют каждому из сформулированных выше вопросов и поэтому сосредоточены на трех основных путях решения "проблемы" устойчивости. В третьем разделе рассматривается, как страны могли бы решить, сколько нужно тратить на медико-санитарную помощь. В разделе 4 говорится о том, какой должен быть обеспечен уровень охвата и, в частности, какое значение имеют различные способы уменьшения широты охвата, круга предоставляемых услуг или глубины охвата медико-санитарной помощью. В разделе 5 речь идет о повышении рациональности в использовании ресурсов и кратко описывается, как лица, формирующие политику, могли бы улучшить отдачу от своих методов организации финансирования и предоставления медицинских услуг. Раздел 6 содержит резюме и выводы.

Необходимо с самого начала отметить, что данный документ посвящен системам здравоохранения, которые включают в себя предоставление медицинских услуг (как на индивидуальном, так и на популяционном уровне), мероприятия, позволяющие предоставлять услуги (финансирование, распределение ресурсов и стратегическое управление), а также те действия в области стратегического управления, которые направлены на то, чтобы влиять на детерминанты здоровья в других секторах (1,2). Однако при обсуждении всего этого больше внимания уделяется устойчивости медико-санитарной помощи, что в значительной мере является отражением нынешних политических дебатов и наличия данных о расходах (в основном поступающих от лечебных служб здравоохранения). Тем не менее, не следует считать это указанием на



относительную важность. Напротив, как сказано ниже, во многих случаях рост расходов на вмешательства в области общественного здравоохранения или перераспределение ресурсов на эти вмешательства (в секторе здравоохранения или в других секторах) приводит к максимальному выигрышу для здоровья и поэтому может облегчить решение трудных вопросов, связанных с устойчивостью.

## **2 Понимание трудности достижения финансовой устойчивости в здравоохранении**

Вопрос об устойчивости системы здравоохранения часто обсуждается в кругу лиц, формирующих политику, и в СМИ. Однако этому обсуждению крайне редко сопутствует четкое понимание того, что означает для системы здравоохранения быть устойчивой в финансовом отношении или как мы можем оценивать финансовую устойчивость системы здравоохранения или, наконец, каково стратегическое значение этой проблемы. Вероятная причина этого заключается в том, что значение финансовой устойчивости считается самоочевидным: существование дисбаланса между обязательствами, которые система здравоохранения имеет по отношению к услугам и установленным правам, с одной стороны, и ее способностью бесперебойно выполнять эти обязательства (3). Хотя данная формулировка точна, ее все же можно назвать недостаточной. Она указывает только на то, каким образом проблема финансовой устойчивости проявляется – а именно, как проблема ведения счетов. Иными словами, формулировка говорит о необходимости выровнять расходы и доходы. Но в такой формулировке ничего не говорится о природе проблемы как таковой – о том, что вызывает дисбаланс между расходами и доходами. Также в формулировке не говорится ничего о значении этой проблемы для политики и, в частности, в ней ничего не говорится об уровне, на котором следует выровнять расходы и доходы.

В широком смысле проблему финансовой устойчивости можно охарактеризовать тремя способами.

- Во-первых, рост расходов на здравоохранение, обусловленный факторами, которые влияют на спрос и предложение услуг здравоохранения; к ним относятся технологический прогресс, демографические изменения и ожидания потребителей.
- Во-вторых, ограниченность ресурсов, связанная с нежеланием или неспособностью государства генерировать достаточное количество ресурсов для того, чтобы выполнить обязательства своей системы здравоохранения – этот вопрос приобретает особую актуальность в условиях нынешнего финансового кризиса. Это вопрос фискальной

устойчивости или фискального баланса.

- В-третьих, рост расходов на здравоохранение как доли валового внутреннего продукта (ВВП). Если эти расходы растут быстрее, чем расходы в других секторах экономики и, следовательно, начинают потреблять все большую часть ВВП, существует опасение, что в определенный момент они в конце концов "вытеснят" расходы на другие товары и услуги, способствующие росту благосостояния. Это вопрос экономической устойчивости.

В каждом случае проблема связана со способностью и желанием платить за медико-санитарную помощь в условиях роста расходов и ограничений, связанных с ресурсами. Вопрос о том, сможет ли экономика выдержать более высокие уровни расходов на медико-санитарную помощь и сколько может или должна тратить страна, будет более подробно обсуждаться в разделе 3. Однако сначала мы кратко рассмотрим вопрос о том, почему растут расходы на медико-санитарную помощь, а потом остановимся на фискальной устойчивости, которая часто выдвигается в качестве центральной цели, определяющей выработку политики.

## 2.1 Почему растет стоимость медико-санитарной помощи?

Результаты многочисленных исследований вопроса о том, почему во всей Европе растет стоимость медико-санитарной помощи (4,5,6,7), говорят о том, что движущие силы этого роста, которые привлекают к себе наибольшее внимание, связаны с ростом объема пользования услугами. К ним относятся технологический прогресс и связанные с ним изменения в структуре пользования услугами, а также старение населения вкупе с ростом доходов и ожиданий. Поскольку каждый из этих факторов имеет значение для нашего более широкого обсуждения финансовой устойчивости, мы вкратце затронем всех их по очереди.<sup>1</sup>

Технологический прогресс является наиболее важным фактором, ведущим к удорожанию медико-санитарной помощи: по некоторым оценкам, на его долю приходится от половины до трех четвертей всего роста расходов на медико-санитарную помощь (8, 9). При этом технологические изменения играют достаточно сложную роль. Новые технологии могут вести к снижению стоимости за счет повышения эффективности или за счет улучшения здоровья, что снижает потребность в дальнейшей и, вероятно, более дорогостоящей помощи. Однако также они могут вести к повышению стоимости путем повышения

---

<sup>1</sup> См. Краткий аналитический обзор Rechel et al. (2009) (15), также подготовленный к данной конференции, и Busse et al. (2008) (16, 17).

коэффициента использования, путем расширения имеющихся возможностей и выбора вариантов лечения, путем распространения лечения на более широкий ряд показаний и на большее количество людей (расширение), путем замещения существующих более дешевых технологий (замещение) (10) и, даже если технология не становится более дорогой, она начинает применяться более широко в соответствующем контингенте больных, нежели существующая технология (комбинация замещения и расширения).

Существующие в Европе демографические тенденции, отражающие снижение уровня фертильности и повышение продолжительности жизни, указывают на рост доли людей в возрасте 65 лет и старше. Это укрепляет опасения в отношении будущих затрат на медико-санитарную помощь и длительный уход за постоянно стареющим населением. Однако и анализ ситуации в прошлом, и прогнозы на будущее говорят о том, что вклад старения населения в рост расходов на медико-санитарную помощь относительно невелик по сравнению с технологическим прогрессом (менее 10 процентов роста расходов на медико-санитарную помощь) (4, 11, 12, 13, 14). Выдвинутые ранее сценарии, которые предсказывали стремительный рост расходов на здравоохранение, вызванный старением населения, теперь опровергаются данными новых исследований, в том числе исследований, основанных на гипотезе "сжатия заболеваемости" (увеличение продолжительности жизни при сокращении времени, прожитого в плохом состоянии здоровья), а также данными о "стоимости умирания", которая сокращается по мере увеличения возраста, в котором человек умирает; о "коэффициентах использования", которые становятся ниже среди людей преклонного возраста, и о "расходах на медико-санитарную помощь на протяжении всей жизни", которые сокращаются при "здоровом старении". Это подчеркивает основную мысль в нашей дискуссии: рост инвестиций в надлежащие меры, предпринимаемые системой здравоохранения, такие как ранняя профилактика или улучшение борьбы с хроническими заболеваниями, может снизить будущие расходы на медико-санитарную помощь и тем самым способствовать решению проблем, связанных с финансовой устойчивостью (15).

Роль роста доходов и ожиданий как факторов, которые, как считается, ведут к увеличению расходов, также неоднозначна. Во-первых, расходы на медико-санитарную помощь тесно связаны с национальным доходом: результаты исследований говорят о том, что расходы на здравоохранение растут примерно пропорционально экономическому росту. Однако продолжают споры о том, в какой степени здравоохранение является "нормальным" товаром (эластичность по доходу близка к единице) или

предметом роскоши (более высокая эластичность по доходу), когда расходы на медико-санитарную помощь будут расти быстрее, чем доход. Во-вторых, принимая во внимание то, что в настоящее время отзывчивость сама по себе считается одной из главных целей системы здравоохранения, на системы здравоохранения в большей степени ложится обязанность реагировать на озабоченность людей по поводу качества и доступа к услугам здравоохранения. Однако степень, в которой ожидания могут приводить и на практике приводят к повышению расходов на медико-санитарную помощь, остается неясной (16, 17).

## **2.2 Фискальная устойчивость и баланс: самостоятельная стратегическая цель или сдерживающий фактор?**

Рост расходов на медико-санитарную помощь не представлял бы столь острой проблемы, если бы не были ограничены ресурсы. Принимая во внимание реальность ограниченности ресурсов, рост расходов создает дополнительную нагрузку на государственный бюджет. То, каким образом лица, формирующие политику, воспринимают связь между ростом расходов и ограниченностью ресурсов, имеет важное значение для того, как воспринимается проблема финансовой устойчивости. Следует ли считать финансовую устойчивость самостоятельной целью или задачей политики, равноценной другим стратегическим задачам, или же ее следует воспринимать как сдерживающий фактор, с которым нужно считаться в ходе достижения целей системы здравоохранения?

Фискальная устойчивость определяется как "...способность государства, по крайней мере в будущем, финансировать свои желательные программы расходов, обслуживать любые долговые обязательства... и обеспечивать свою платежеспособность" (18). В соответствии с этим определением, трудность обеспечения устойчивости, создаваемая фискальным ограничением, может в конечном счете пониматься как проблема ведения счетов, когда необходимо выровнять государственные доходы и расходы (в том числе и обслуживание долгов). Однако напрямую применить эту концепцию к сектору здравоохранения сложно. Если рассматривать необходимость достижения финансового баланса в секторе здравоохранения как императив, то можно легко воспринимать необходимость обеспечить финансовую устойчивость как цель, независимую от других целей системы здравоохранения, равную им, а то и превосходящую эти цели по важности, например, цели улучшения здоровья, рациональности в использовании ресурсов, качества или справедливости. Преимущество данного подхода заключается в том, что он упрощает стратегические меры в ответ на фискальные ограничения: если государство неспособно или не желает увеличить объем

поступлений, оно будет вынуждено урезать расходы, что означает потенциальное снижение охвата услугами и соотношения между государственными и частными расходами.

Однако у такого подхода к проблеме есть три существенных недостатка. Во-первых, увязывать финансовую устойчивость системы здравоохранения исключительно с фискальным балансом или рассматривать ее в качестве самостоятельной стратегической цели может быть неразумно, поскольку, если доводить этот ход рассуждений до логического завершения, то наиболее устойчивая в финансовом отношении система здравоохранения вообще не будет системой здравоохранения. Лица же, формирующие политику, озабочены возможностью сохранить систему здравоохранения таким образом, чтобы она продолжала выполнять свои задачи в будущем.<sup>2</sup>

Во-вторых, рассмотрение финансовой устойчивости системы здравоохранения как самостоятельной стратегической цели может привести к тому, что акцент в политике будет сделан на достижение фискального баланса, не принимая во внимание последствий методов, которые будут использоваться для достижения этой цели. Лицам, формирующим политику, может быть безразлично, какой из ряда вариантов уменьшения охвата медицинскими услугами им выбрать (даже если бы эти варианты имели совершенно различные последствия для соблюдения принципов справедливости и рациональности расходования ресурсов), лишь бы каждый из этих вариантов давал возможность достичь фискального баланса. Таким образом, система здравоохранения, которой удалось достичь фискального баланса путем повышения оплаты за пользование услугами или сокращения экономически целесообразных мер, может преодолеть свой бюджетный дефицит, но при этом значительно подорвать достижение цели, заключающейся в обеспечении финансовой защиты и улучшения здоровья.

В-третьих, акцент исключительно на достижении фискального баланса может отвлекать внимание от других факторов, которые способствуют фискальному дисбалансу, в частности, от проблем рационального использования ресурсов. Снижение охвата, направленное исключительно на обеспечение устойчивости путем сдерживания затрат, может не только не привести к решению коренных проблем эффективности использования ресурсов, но и усугубить их – либо в результате используемой формы

---

<sup>2</sup> Наличие этой возможности подразумевает, что обязательства по затратам в секторе здравоохранения не нанесут ущерба долгосрочному финансовому положению государства (19).

уменьшения охвата (например, путем сокращения экономически оправданных мер), либо в форме возникновения нерационально низкого уровня расходов с точки зрения общего социального обеспечения.

Поэтому целесообразно рассматривать необходимость достижения фискального баланса в качестве сдерживающего фактора, с которым нужно считаться, а не в качестве самоцели. При обеих точках зрения придается большое значение достижению и поддержанию фискального баланса, но если вторая точка зрения гласит, что способ достижения баланса не имеет значения, то в соответствии с первой способ достижения баланса важен. Это позволяет лицам, формирующим политику, сосредоточиться на том, как лучше всего добиться максимального уровня достижения целей системы здравоохранения при соблюдении требования о необходимости выровнять рост государственных расходов и доходов. Вместо того, чтобы спрашивать "сколько государство может платить за медико-санитарную помощь?", вопрос формулируется таким образом: "За какой уровень достижения целей системы здравоохранения государство готово платить?". Иными словами, вопрос заключается не в обеспечении устойчивости всей системы вообще, а в обеспечении устойчивости ее работы.

Акцент на достижении целей системы здравоохранения при соблюдении требования обеспечить фискальный баланс дает лицам, формирующим политику, целый ряд критериев, которые могут помочь им в принятии решений. Это может прояснить выбор вариантов, имеющихся для решения вопроса фискального ограничения, поскольку компромиссные решения можно сделать явными: начинают иметь значение последствия выбора одного варианта, а не другого. Также это позволяет лицам, формирующим политику, обратиться к решению фундаментальных, основополагающих вопросов о том, почему растут расходы на медико-санитарную помощь и дают ли расходы на здравоохранение достаточную отдачу (как внутри сектора здравоохранения, так и по сравнению с другими секторами), чтобы считаться оправданными.

Уровень, на котором необходимо выровнять расходы и поступления, должен быть уровнем, при котором максимизируется достижение целей системы здравоохранения при условии соблюдения требования обеспечить фискальный баланс, что в свою очередь зависит от того, что происходит в других областях государственных расходов, и от отдачи, которая должна быть получена от расходов на здравоохранение по сравнению с отдачей от расходов в других областях. С другой стороны, заботиться исключительно о фискальном балансе - значит игнорировать необходимость обеспечения надлежащего уровня выравнивания и, следовательно, рисковать внести в систему нерациональность в

расходовании ресурсов и несправедливость.

Подводя итоги, можно отметить, что рост расходов на медико-санитарную помощь в сочетании с ограниченностью ресурсов ставит перед лицами, формирующими политику, задачу добиться того, чтобы система здравоохранения в будущем продолжала достигать своих целей. Если финансовую устойчивость уравнивать с фискальным балансом и рассматривать ее как самостоятельную стратегическую цель, это может привести к неправильным стратегическим решениям, что может не облегчить нагрузку на государственный бюджет и иметь негативные последствия для других целей системы здравоохранения.

В оставшейся части данного краткого изложения политики главное внимание уделено трем вариантам, которыми располагают лица, формирующие политику, для того, чтобы решить, как наилучшим образом обеспечить достижение целей системы здравоохранения в условиях роста расходов на медико-санитарную помощь и ограниченности ресурсов. Первый вариант заключается в увеличении объема поступлений для системы здравоохранения и предоставляемых ею услуг, в связи с чем возникает вопрос о том, сколько средств нужно расходовать на здравоохранение. Второй вариант: лица, формирующие политику, могут сократить расходы, снизив объем оказываемых услуг, и это решает вопрос о том, какой уровень охвата услугами медико-санитарной помощи следует обеспечивать. Наконец, лица, формирующие политику, могут попытаться получить больше отдачи от существующих ресурсов системы здравоохранения (то есть добиться большего уровня достижения стратегических целей); иными словами, решить вопрос о том, как найти наилучший способ улучшения показателей работы системы здравоохранения.

### **3 Сколько нам следует тратить на медико-санитарную помощь?**

Сколько страна должна тратить на медико-санитарную помощь – это вопрос, на который нельзя дать прямой ответ. Решение о "правильном" уровне затрат определяется широким кругом факторов, большинство из которых зависит от конкретных условий. Данный раздел начинается с оценки различий в уровнях государственных расходов на медико-санитарную помощь между странами, и в нем показано, как эти различия в значительной степени отражают политический выбор в отношении того, сколько инвестировать в сектор здравоохранения в абсолютных цифрах и относительно других секторов. Далее в разделе затрагивается понятие экономической устойчивости и обсуждается ряд аргументов,

посвященных макроэкономическому влиянию расходов на медико-санитарную помощь. В данном случае аргумент заключается в том, что направление ресурсов в систему здравоохранения не должно становиться бременем для экономики, а, напротив, может принести существенную выгоду для экономики и социального обеспечения. Однако перед тем, как принять решение об увеличении уровня финансирования, лица, формирующие политику, должны учесть некоторые соображения о степени полезности различных типов расходов и о распределении выгод среди населения. Эти аспекты затрагиваются в последней части данного раздела.

### **3.1 Государственные расходы на здравоохранение: отражение политических приоритетов**

В большинстве стран с высоким и средним уровнем доходов основную часть расходов на медико-санитарную помощь оплачивает государство. Степень вмешательства государства в финансирование здравоохранения демонстрируется на рис. 1, на котором показаны уровни государственных расходов<sup>3</sup> на здравоохранение как доля ВВП в странах Европейского Союза (ЕС) (1997 и 2007 гг.). График указывает на существенные различия по данному показателю между странами в каждый год и показывает, что государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП выросли в 22 из 27 стран.

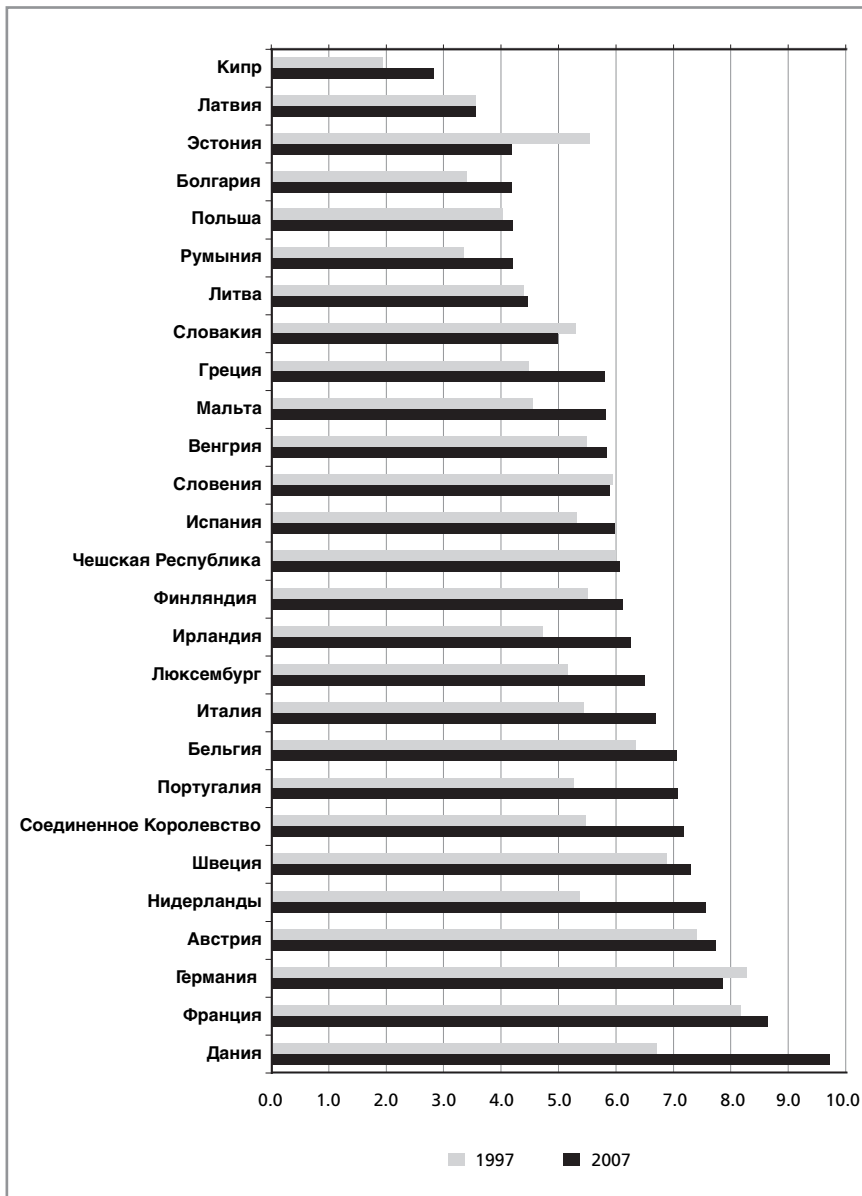
Общие государственные расходы в процентах от ВВП указывают на размер государственного сектора экономики. Это один из способов отражения "фискального контекста" страны, хотя в более полную картину также должны входить общие государственные доходы и наличие и степень какого-либо дефицита. При этом во многих случаях общий уровень государственных доходов не является просто одним из факторов общих условий. Он также может отражать политические решения в отношении того, сколько налоговых поступлений желает получить государство. Данные по странам ЕС в 1997 и 2007 годах, которые приведены на рис. 2, снова говорят о широких различиях. Данные также указывают на то, что за этот период размер государственного сектора в процентах от ВВП вырос лишь в семи странах. Таким образом, за последнее десятилетие доля государственного сектора экономики в большинстве стран ЕС уменьшилась.

---

<sup>3</sup> Выражаясь точнее, здесь говорится о поступлениях из обязательных источников, таких как общие доходы государства, полученные от различных форм налогообложения, обязательные взносы на здравоохранение (обычно в форме налогов на заработную плату, которые часто называют взносами на социальное медицинское страхование), или об их комбинации.



Рис. 1. Государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах, входящих в настоящее время в ЕС, в 1997 и 2007 гг.



Источник: WHO 2009 (81).

На рисунках 1 и 2 представлена контрастная картина: размер государственного сектора экономики в большинстве стран ЕС уменьшился, однако государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП возросли. В чем причина? Ответ можно найти на рис. 3, на котором здравоохранение отображается как процент от общих государственных расходов. Данный показатель отражает приоритет<sup>4</sup>, который для государств имеет здравоохранение (или, точнее, затраты на здравоохранение) в принимаемых ими решениях о распределении ресурсов. В 24 из 27 стран ЕС этот "приоритет здравоохранения" в период между 1997 и 2007 годом возрос, а в некоторых странах (например, в Дании, Ирландии, Нидерландах, Литве) рост был существенным.

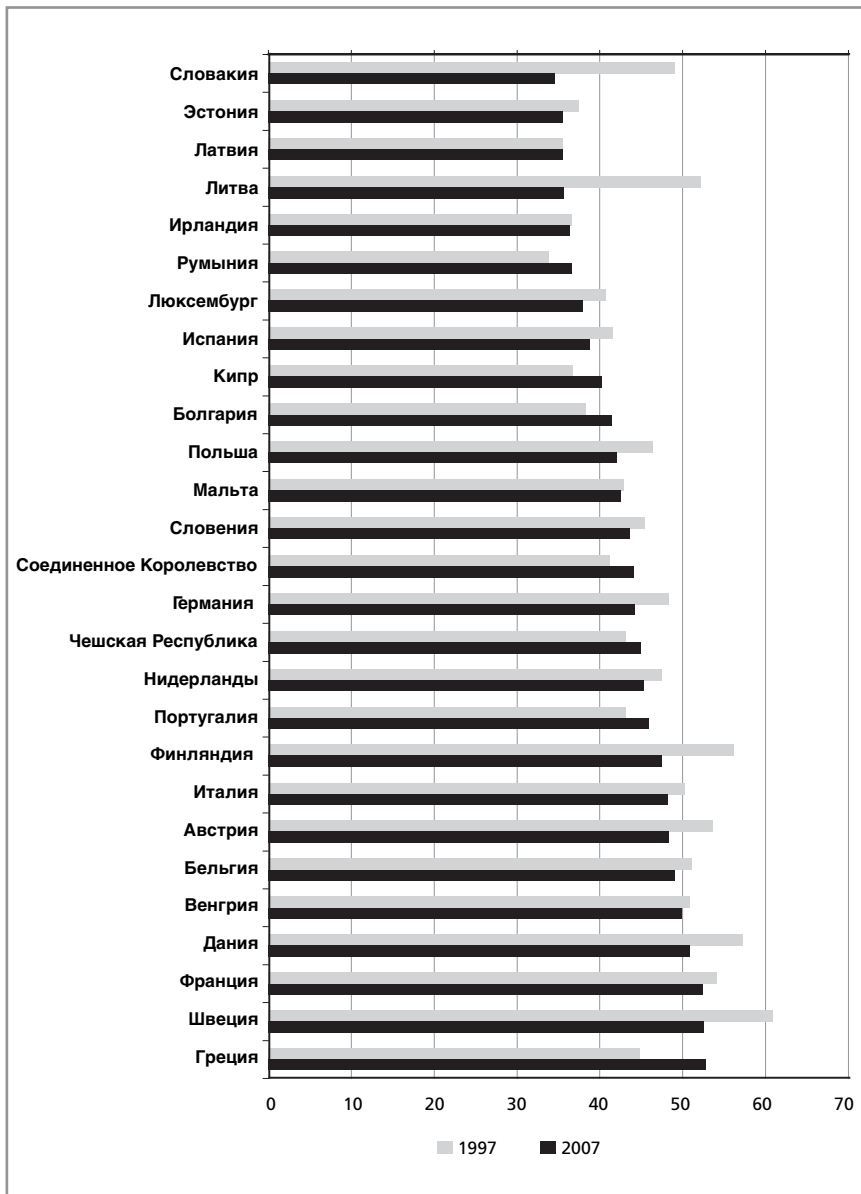
Трудность применения концепции фискальной устойчивости к сектору здравоохранения (21) отражается в том факте, что "бюджетные ограничения", которые подразумеваются необходимостью поддержания фискального баланса, могут быть изменены политическими решениями. В этом отношении данные о расходах, приведенные на трех рисунках, говорят о том, что правительства большинства стран ЕС, по крайней мере за последнее десятилетие, решили повысить уровень государственных расходов на здравоохранение, предположительно с намерением сохранить в долгосрочной перспективе повышенный уровень достижения целей политики здравоохранения даже в условиях общего ужесточения их фискальных ограничений.

Еще один способ демонстрации политического измерения устойчивости заключается в изучении динамики размеров государственного сектора и бюджетных ассигнований в какой-либо одной стране. В Эстонии, например, государственные расходы на здравоохранение сократились с 5,9% ВВП в 1996 году до 4,1% ВВП в 2003 году (21). Отчасти это вызвано общим бюджетным сокращением: в этот период общие государственные расходы сократились с уровня более 42% ВВП до немногим менее 37% ВВП. В то же время расходы на здравоохранение упали с 14% до 11% общих государственных расходов, а оплата потребителями из собственных средств выросла с 11,5% до более 20% от расходов

---

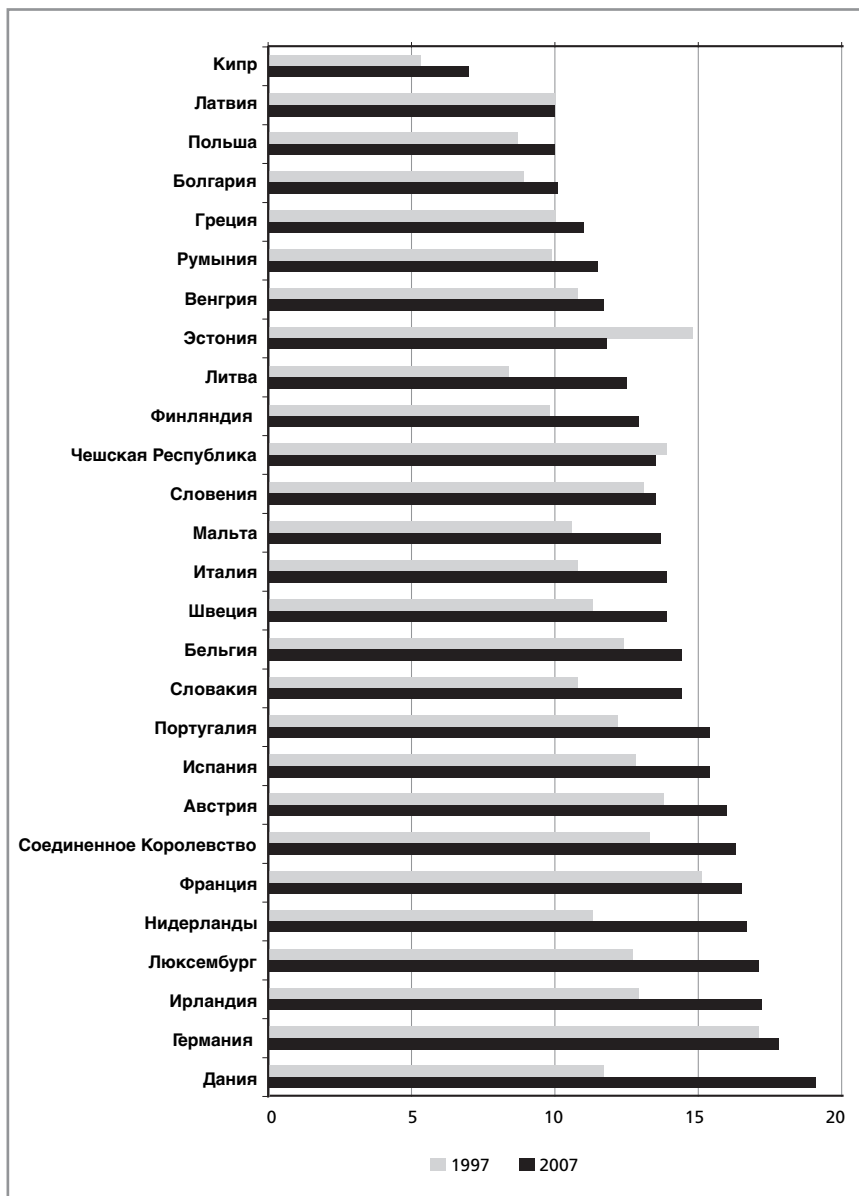
<sup>4</sup> Фактический наблюдаемый уровень государственных расходов может не отражать ожидаемых решений в отношении приоритетов. Это демонстрируется примером страны, не входящей в ЕС – Швейцарии. Начиная с 2002 года, государственные расходы на здравоохранение постоянно превышали уровень в 18% от общих государственных расходов. Хотя в некоторой степени это отражает конкретно сформулированные решения, такие как увеличение государственных субсидий для обеспечения всеобщего охвата медицинским страхованием, это также отражает и решения органов местного самоуправления о восполнении дефицита своих государственных больниц (20).

Рис. 2. Суммарные государственные расходы в процентах от ВВП в странах, входящих в настоящее время в ЕС, в 1997 и 2007 гг.



Источник: WHO 2009 (81).

Рис. 3. Расходы на здравоохранение в процентах от суммарных государственных расходов в странах, входящих в настоящее время в ЕС, в 1997 и 2007 гг.



Источник: WHO 2009 (81).

на здравоохранение. Если бы расходы на здравоохранение как доля общих государственных расходов оставались на уровне 1996 года, то государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП в 2003 году составляли бы 5,1%. Фактически же государство приняло решение сохранить более низкий уровень финансовой защиты, снизив приоритетность здравоохранения в общих государственных затратах.

Вопрос о том, являются ли государственные расходы на медико-санитарную помощь устойчивыми в финансовом отношении, возникает главным образом в контексте нежелания платить больше за медико-санитарную помощь в форме налогов. Различия в фискальной политике между странами обусловлены многими причинами, и нежелание вводить более высокие налоги в интересах здравоохранения может быть обосновано разумными техническими и политическими соображениями. Например, если налоги для финансирования здравоохранения взимаются в первую очередь с заработной платы, то может иметь место обеспокоенность в связи с влиянием повышения налогов на рынок труда. В более общем смысле может возникать обеспокоенность тем, каким образом повышение налогов скажется на экономических стимулах (производительности) и конкурентоспособности. На фискальную политику также влияют предпочтения избирателей. Люди могут выступать против повышения налогов для финансирования медико-санитарной помощи, если, например, они не хотят продолжать субсидировать расходы других людей на медико-санитарную помощь или если их не устраивает качество помощи, которая финансируется государством, и они предпочитают платить больше в частном порядке, или же если они обеспокоены нерациональным использованием ресурсов системой здравоохранения.

То, в какой степени предпочтения общественности отражают обеспокоенность в связи с повышением налогового бремени или уменьшением возможности снижения налогов, – это вопрос эмпирический, ответить на который может быть непросто. Но подумать об этом есть смысл, поскольку, если повышение расходов на медико-санитарную помощь будет считаться позволительным для страны в целом и если оно будет считаться желательным, так как улучшает социальное обеспечение, то вопрос о том, являются ли такие расходы устойчивыми в финансовом отношении, на деле возникает только тогда, когда имеет место нежелание платить за него коллективно, через государственные расходы. В этом смысле, можно сказать, что "спор о медико-санитарной помощи является не столько чисто макроэкономическим вопросом, сколько упражнением по политэкономии совместного использования ресурсов" (22).

В данном разделе утверждается, что в значительной степени уровень

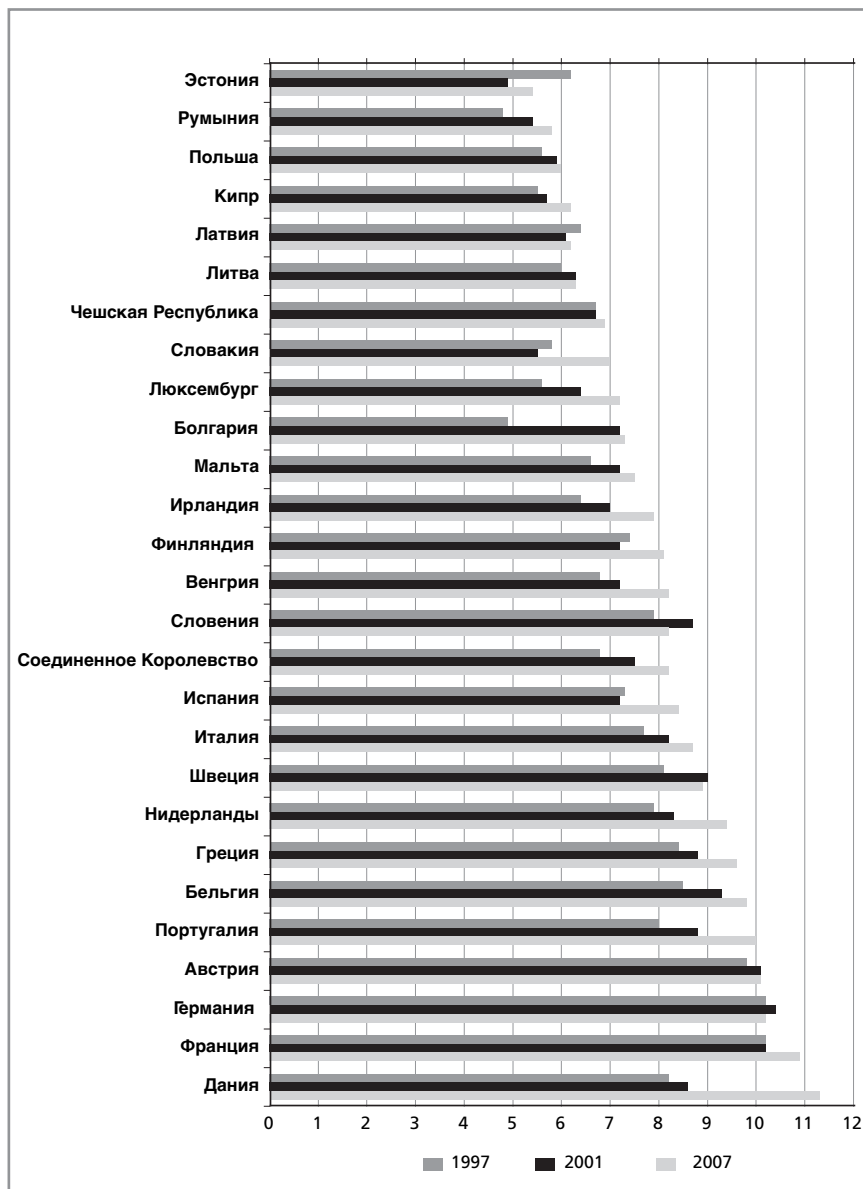
государственных расходов на здравоохранение отражает политическое решение или готовность государства платить. На такие решения могут оказывать влияние фактические данные и субъективное восприятие воздействия расходов на здравоохранение на экономику, о чем мы будем говорить сейчас.

### **3.2 Воздействие на экономику расходов на здравоохранение**

Комментируя долю экономики, которую составляют расходы на медико-санитарную помощь (рис. 4), люди часто ставят под сомнение способность экономики обеспечить устойчивость того, что воспринимается и как высокий уровень расходов, и как высокие темпы роста расходов (то есть экономическую устойчивость). Для понимания этой проблемы центральное значение имеет концепция "стоимости альтернативного решения". Хотя расходы на здравоохранение способствуют благосостоянию общества, эту же функцию выполняют и пища, и образование и отдых. Поскольку ресурсы являются конечными в данный момент времени, ресурсы, которые мы выделяем на медико-санитарную помощь, не могут быть употреблены на эти другие виды деятельности, способствующие улучшению социального обеспечения общества: выделение ресурсов на медико-санитарную помощь имеет стоимость альтернативного решения, равную ценности, которая была бы получена при выделении этих ресурсов на наилучшую альтернативную цель. Поэтому, говоря о том, что рост расходов на здравоохранение не является устойчивым, люди могут утверждать, что стоимость выгод, утраченных вследствие этих расходов, чересчур высока и что перевод ресурсов из здравоохранения на другие цели может дать ценность большей величины. Попросту говоря, люди могут полагать, что, если на медико-санитарную помощь будет выделяться все большая доля национального богатства (ВВП), то останется недостаточно ресурсов для других высоко ценимых видов деятельности.

Существуют сценарии, при которых вероятность вреда постоянного роста расходов на медико-санитарную помощь кажется в этом смысле меньшей. В других сценариях вероятность негативных последствий выше. В условиях экономического роста, даже если расходы на медико-санитарную помощь растут в процентах от экономики, расходы на другие мероприятия могут продолжать расти в абсолютных показателях. У людей с каждым годом по-прежнему будет появляться больше средств для оплаты расходов, не связанных с медико-санитарной помощью – просто их будет не так много, как было бы, если бы не росли расходы на здравоохранение. С другой стороны, при сокращении размеров экономики рост расходов на медико-санитарную помощь в процентах от экономики будет означать сокращение в абсолютном выражении в других

Рис. 4. Суммарные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах, входящих в настоящее время в ЕС, в 1997, 2001 и 2007 гг.



Источник: WHO 2009 (81).

сферах хозяйственной деятельности. Расходы на цели, не связанные со здравоохранением, не только будут сокращаться в процентном отношении, но также останется и меньше средств для расходования на такие цели. В этом смысле экономический спад, скорее всего, не только усугубит действие технических факторов, влияющих на фискальную политику, но также может и привести к росту противодействия со стороны избирателей увеличению расходов на медико-санитарную помощь. Однако не следует предполагать наличие автоматической связи между экономическим спадом и противодействием повышению расходов на медико-санитарную помощь. Люди могут быть готовы больше тратить на медико-санитарную помощь и меньше – на другие цели, если они достаточно высоко ценят медико-санитарную помощь или воспринимают расходы на медико-санитарную помощь как один из инструментов восстановления экономики. Поэтому, остается вопрос: оправданы ли такие высокие расходы на здравоохранение?

### **3.3 Вклад здоровья и медико-санитарной помощи в богатство и благосостояние общества**

Здоровье вносит непосредственный вклад в благосостояние общества и создание богатства, что оправдывает расходы на здоровье и, в той мере, в какой медико-санитарная помощь улучшает здоровье, на медико-санитарную помощь. Фактические данные, которые поддерживают это утверждение, можно разделить на три основные категории: прямой вклад здоровья в благосостояние общества, влияние плохого здоровья на экономическую производительность и влияние здоровья на расходы на медико-санитарную помощь (23). В конспективном виде они изложены ниже.

Любое решение о расходах на медико-санитарную помощь основывается на той ценности, которую придают отдельные граждане и общество укреплению здоровья, независимо от последствий плохого здоровья для экономики. Количественное определение этой ценности или сравнение ее с ценностью других составляющих благосостояния общества неоднозначно и непросто. Однако есть ряд подходов, таких как методы оценки "готовности платить", которые могут помочь придать здоровью конкретно выраженную экономическую стоимость и сравнить его со стандартными экономическими величинами, такими как ВВП. Несмотря на значительные методологические сложности, исследования, в которых в расчет национального дохода вводится стоимость снижения смертности (меры "полного дохода"), показывают весьма существенное влияние улучшения здоровья на благосостояние общества даже в случае использования осторожных сценариев и широкого анализа чувствительности. Подобный подход уже применялся для того, чтобы



показать, что в ряде западноевропейских стран выгода для социального обеспечения от увеличения продолжительности жизни в период с 1970 по 2003 год в денежном выражении составила от 29% до 38% номинального роста ВВП за этот период (24).

Существуют серьезные теоретические соображения и весомые эмпирические данные, которые поддерживают аргумент о том, что человеческий капитал способствует экономическому росту (24, 25, 26, 27). Поскольку здоровье является важной составляющей человеческого капитала, отсюда следует, что здоровье связано с экономическими результатами и на индивидуальном уровне, и на уровне страны, и вносит свой вклад по четырем каналам: обеспечивает трудовые ресурсы (здоровые люди с большей вероятностью будут работать по найму, нежели люди, имеющие плохое здоровье); повышает производительность труда (работая, здоровые люди, скорее всего, работают продуктивно, а также обладают трудовыми навыками и сбережениями, которые могут быть инвестированы и представляют собой физический и интеллектуальный капитал); инвестиции (поскольку здоровые люди могут рассчитывать прожить достаточно долго, они могут инвестировать время и деньги в свое образование, которое само по себе является фактором, способствующим экономическому росту); сбережения (более долгая жизнь позволяет накопить больше пенсионных сбережений, что обеспечивает средства для капитальных вложений).

Высказывается мысль о том, что расходы на здоровье сегодня позволяют сэкономить деньги в будущем, – иными словами, здоровым людям потребуется меньше медико-санитарной помощи, следовательно, они будут обходиться дешевле. Подобные рассуждения легли в основу авторитетного доклада Wanless 2002 года, в котором рекомендуется увеличить инвестиции в профилактику, чтобы обеспечить финансовую устойчивость Национальной службы здравоохранения (NHS) Соединенного Королевства в будущем (28). Другие авторы высказали противоположное утверждение: улучшение качества и увеличение продолжительности жизни приведет к росту затрат на медико-санитарную помощь в будущем. Однако, как уже отмечалось ранее, эту точку зрения опровергают новейшие фактические данные о сжатии заболеваемости и о влиянии профилактики на расходы в течение всей жизни за счет снижения заболеваемости и уменьшения стоимости умирания в более старшем возрасте.

Эти три хода рассуждений поддерживают утверждение о том, что общество должно тратить средства на здравоохранение. Однако для того, чтобы успешно отстаивать эту точку зрения, политики должны продемонстрировать, что системы здравоохранения заслуживают

инвестирования в них потому, что они способствуют улучшению здоровья и выполняют эту задачу при оптимальном соотношении затрат и результатов. Хотя приписать улучшение здоровья мерам в области здравоохранения может быть сложно, имеющиеся фактические данные достаточно последовательно свидетельствуют о том, что примерно половина роста продолжительности жизни за последние десятилетия может быть отнесена на счет улучшения медико-санитарной помощи. Это также подтверждается снижением "смертности, поддающейся контролю мерами медико-санитарной помощи" (см. ниже). В среднем смертность, поддающаяся контролю, по-прежнему составляет четвертую часть всей смертности, что указывает на возможности использования потенциала здравоохранения и на роль, которую дальнейшие расходы могли бы играть в снижении смертности, со всеми сопутствующими экономическими выгодами.

Еще одна проблема возникает в связи с предоставлением окончательных фактических данных о соотношении "затраты – результаты" и о том, какие меры вмешательства являются "наиболее выгодными покупками", которыми можно руководствоваться при принятии решений о выделении ресурсов. Национальные органы по оценке технологий здравоохранения (ОТЗ) и международные инициативы, такие как программа ВОЗ CHOICE ("Выбор"), занимаются изучением этих вопросов и предоставляют, например, оценки, основанные на издержках в расчете на год жизни с поправкой на качество (QALY), полученный за счет альтернативных вмешательств. Подобные оценки могут служить руководством для принятия решений в отношении расходования ресурсов (29). Существуют фактические данные, свидетельствующие о том, что здравоохранение чрезвычайно успешно создает ценность и что отдача от расходов на медико-санитарную помощь достаточно высока, чтобы считать эти расходы оправданными.

Хотя в данном докладе акцент делается в первую очередь на составляющую медико-санитарной помощи в системе здравоохранения, лица, формирующие политику, должны выйти за рамки медико-санитарной помощи и принять во внимание вмешательства в области общественного здравоохранения, которые охватывают несколько секторов. Существуют убедительные фактические данные, которые указывают на то, что вмешательства в области общественного здравоохранения в отношении таких ключевых вопросов, как табак, алкоголь, ожирение, психическое здоровье или дорожно-транспортные происшествия, выглядят весьма выгодно по сравнению с клиническими и лечебными услугами, если судить по их действенности и соотношению затрат и результатов. Помимо рассмотрения экономического и социального воздействия здоровья и медико-санитарной помощи, а

также правильного распределения ресурсов, для того, чтобы оправдать расходы на здравоохранение, лица, формирующие политику, также должны продемонстрировать реализацию различных функций системы здравоохранения. Вопрос показателей работы будет рассматриваться в последнем разделе данного документа.

Наконец, системы здравоохранения оказывают еще одно дополнительное и прямое воздействие на национальную экономику: они являются крупным сектором экономики, влияют на сферу научно-исследовательских и конструкторских разработок и сами являются важным источником рабочих мест, тем самым выступая в качестве двигателя экономического роста. Хотя это, вероятно, и не является достаточным основанием для того, чтобы оправдать расходы на здравоохранение, в периоды экономического спада системы здравоохранения могут предложить важную альтернативу для государственных инвестиций с целью оживления экономики.

Результаты исследований указывают на то, что выделение ресурсов на медико-санитарную помощь может быть вполне обосновано экономически (т.е. что подобные расходы могут приносить значительную прямую и непрямую выгоду для благосостояния общества), и поэтому было бы ошибочным считать, что расходы на медико-санитарную помощь являются только лишь бременем для экономики. Это не означает, что не следует беспокоиться о том, сколько мы тратим на медико-санитарную помощь в настоящее время или в будущем: не все затраты приносят равные выгоды или ценность; выгоды от затрат на медико-санитарную помощь могут распределяться среди населения неравномерно, а различные способы генерирования ресурсов для медико-санитарной помощи могут оказывать разное воздействие на экономику и на распределение выгод. Из этого следует, что то, как страна генерирует ресурсы для медико-санитарной помощи, и то, как она использует эти ресурсы, является таким же важным соображением, как и то, сколько страна тратит на медико-санитарную помощь.

### ***Степень ценности, производимой расходами на здравоохранение***

Прямой корреляции между уровнем расходов на медико-санитарную помощь и ценностью, получаемой от этих расходов, нет. Исследования, проведенные в США, указывают на существенные различия в расходах на медико-санитарную помощь по стране, но свидетельствуют о том, что более высокие расходы часто не оказывают заметного воздействия на доступ к медико-санитарной помощи, качество помощи или результаты для здоровья; собственно говоря, они могут даже приводить к ухудшению результатов (30, 31). Сравнение между странами в Европе (и с США)

указывает на аналогичную картину. Рассмотрение основных показателей работы систем здравоохранения, таких как смертность, поддающаяся контролю мерами медико-санитарной помощи<sup>5</sup> (таблица 1), подтверждает, что устойчивой зависимости от расходов на медико-санитарную помощь нет (32, 33).

### *Распределение выгод среди населения*

То, в какой степени люди могут пользоваться медико-санитарной помощью, тесно связано с доступом к ней. В случае, если доступ зависит от способности платить, для людей с меньшим достатком высокое качество медико-санитарной помощи при росте стоимости услуг становится все менее доступным. Экономический рост также может поставить в невыгодное положение тех, чьи доходы растут слишком медленно для того, чтобы платить больше. И хотя часто разговоры о людях с ограниченными финансовыми возможностями носят надуманный характер, поскольку обычно оплата медико-санитарной помощи (особенно в ЕС) включает в себя целую систему субсидий, логика индивидуальных ограниченных финансовых возможностей может применяться в двух ситуациях: в случае, когда финансовая защита ограничена и люди вынуждены платить за медико-санитарную помощь из своего кошелька, и когда финансовая защита существует в форме добровольного частного медицинского страхования и люди должны решать, страховку с каким охватом они могут себе позволить. В какой степени выгоды от экономического роста должны перераспределяться – это, в конечном счете, вопрос политического выбора.

В целом страны-члены ЕС обеспечивают населению значительную степень финансовой защиты, поскольку уровень государственных расходов в процентах от общих расходов на медико-санитарную помощь в целом высок, а уровень оплаты услуг потребителями из собственных средств в целом низок. Однако так дело обстоит не всегда, на что и указывает рис. 5. В странах, в которых финансирование медико-санитарной помощи в большей степени зависит от оплаты услуг потребителями из собственных средств, некоторые люди могут сталкиваться с финансовыми барьерами, мешающими доступу, что в свою очередь может ограничивать их возможность пользоваться медико-санитарной помощью. Поэтому, если акцентировать внимание только на общем уровне затрат, не обращая

---

<sup>5</sup> Понятие смертности, поддающейся контролю, позволяет сравнивать системы здравоохранения с точки зрения их относительного влияния на здоровье, и может использоваться для определения того, какие системы здравоохранения функционируют хуже, и почему.

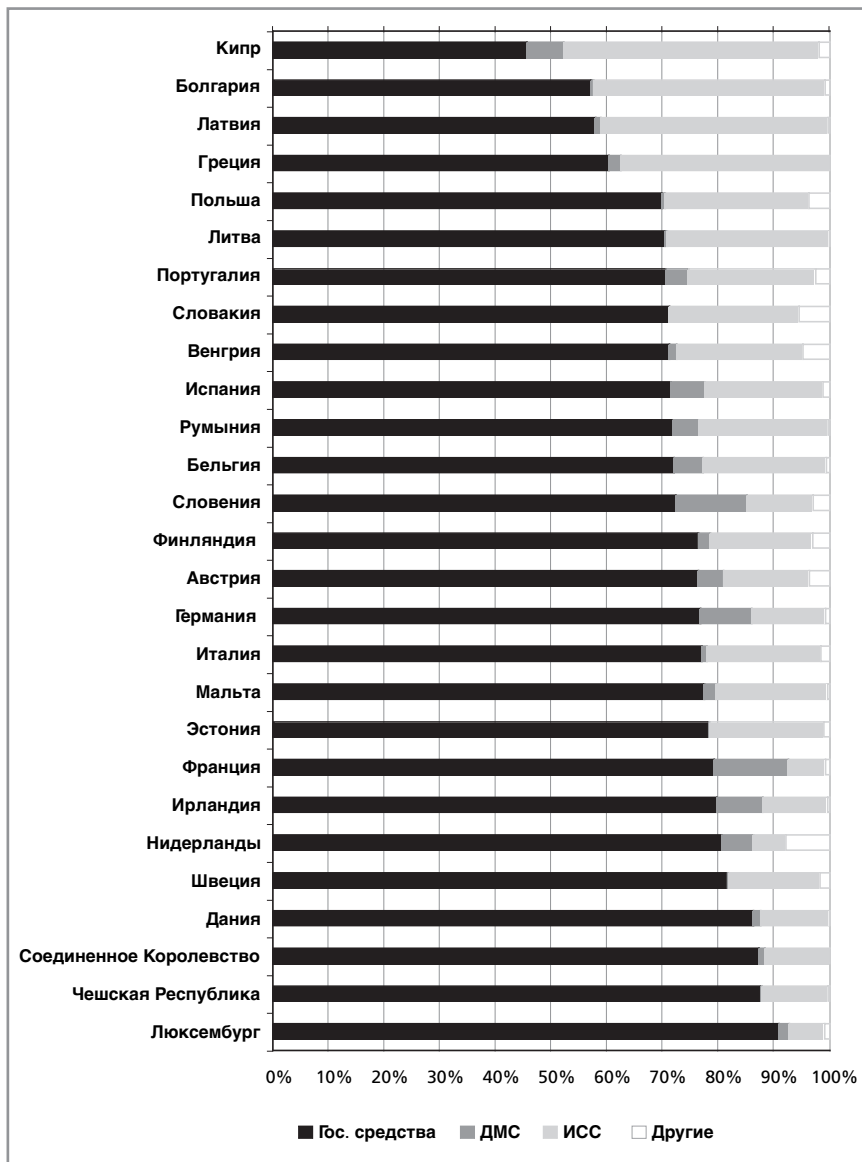
**Таблица 1. Страны ОЭСР по уровню стандартизированной по возрасту смертности от причин, поддающихся контролю мерами медико-санитарной помощи, 1997–98 гг. и 2002–03 гг.**

Страна	Смертность, поддающаяся контролю (СКС, возраст 0–74 лет, на 100 тыс.)		Место в 1997–98 гг.	Место в 2002–03 гг.	Изменение в занимаемом месте
	1997–98	2002–03			
Франция	75,62	64,79	1	1	–
Испания	84,26	73,83	2	2	–
Швеция	88,44	82,09	3	5	-2
Италия	88,77	74,00	4	3	+1
Нидерланды	96,89	81,86	5	4	+1
Греция	97,27	84,31	6	6	–
Германия	106,18	90,13	7	8	-1
Австрия	108,92	84,48	8	7	+1
Дания	113,01	100,84	9	10	-1
Соединенные Штаты Америки	114,74	109,65	10	14	-4
Финляндия	116,22	93,34	11	9	+2
Португалия	128,39	104,31	12	13	-1
Соединенное Королевство	129,96	102,81	13	11	+2
Ирландия	134,36	103,42	14	12	+2

Источник: адаптировано из Nolte and McKee (33).

Примечания: смертность, поддающаяся контролю – это число смертей в возрасте до 75 лет, которые потенциально можно предупредить при своевременном оказании правильной медицинской помощи; СКС – стандартизированный коэффициент смертности; Дания 2000–01 гг.; Швеция 2001–02 гг.; Соединенные Штаты Америки 2002 г.

Рис. 5. Источники финансирования здравоохранения по странам, 2007 г.



Источник: WHO 2009 (81).

Примечания: ДМС – добровольное медицинское страхование; ИСС – из собственных средств (оплата).

внимания на то, каким образом генерируются ресурсы, это будет затушевывать важные проблемы в области распределения.

### ***Влияние источников финансирования***

Набор механизмов, используемых для финансирования медико-санитарной помощи, также может влиять на способность страны генерировать достаточный объем поступлений и на то, как расходы на медико-санитарную помощь будут влиять на экономику. Например, страны, в которых основой для финансирования медико-санитарной помощи является работа по найму, могут столкнуться с тем, что изменение демографических условий и условий на рынке труда не позволит им генерировать достаточные поступления за счет налога на заработную плату. Рост неформальной экономики (34, 35), рост уровня самостоятельной занятости и безработицы, а также изменение показателей числа иждивенцев могут с большой вероятностью привести к сокращению этой базы поступлений. Проблемы, связанные с финансированием, основанным на работе по найму, распространяются и на добровольное частное медицинское страхование, которое во многих странах-членах ЕС частично финансируется работодателями (36).

### **3.4 Резюме**

На основании чего страна может решить тратить на здравоохранение больше (или меньше) средств? Определенное значение для ответа на этот вопрос имеет то, как лица, формирующие политику, воспринимают проблему устойчивости, обусловленную фискальными ограничениями. Если намерение при выделении большего количества ресурсов на медико-санитарную помощь состоит в том, чтобы решить проблему ведения счетов, о которой говорилось выше – иными словами, если необходимость достижения финансового баланса воспринимается как императив и как самостоятельная цель – то способ генерирования или расходования дополнительных ресурсов не имеет значения. Но если цель расходов на медико-санитарную помощь заключается в том, чтобы содействовать достижению целей системы здравоохранения, то лица, формирующие политику, должны будут тщательно обдумать, как лучше всего использовать существующие ресурсы, а также как лучше всего генерировать и использовать дополнительные ресурсы.

Стоимость выгод, упущенных в результате расходования средств на медико-санитарную помощь, играет центральную роль на уровне экономики, на уровне государственного бюджета и на уровне отдельных людей. В каждом случае "надлежащим" уровнем расходов будет точка, в которой выгода от дальнейших расходов на медико-санитарную помощь

будет меньше, чем выгода, которую можно получить от расходования ресурсов на какие-либо другие цели (иными словами, расходы на медико-санитарную помощь являются обоснованными до того момента, когда данные ресурсы могли бы быть с большей отдачей затрачены на другие цели). Поскольку большая часть затрат на медико-санитарную помощь ложится на государство (по крайней мере, в ЕС), именно на государстве лежит основная доля ответственности за проведение этой оценки, основанной на показателях работы системы здравоохранения и на ценностях населения в целом.

Не все расходы на медико-санитарную помощь приносят одинаковую выгоду. Поэтому важно находить способы, позволяющие сделать так, чтобы медико-санитарная помощь, за которую мы платим, создавала достаточную ценность для того, чтобы оправдать существующие и будущие инвестиции. Аналогичным образом, распределение затрат на здравоохранение должно отражать потребности населения. Следовательно, лица, формирующие политику, должны обеспечивать наличие механизмов для справедливого генерирования и распределения ресурсов. Одним из способов повышения ценности, производимой расходами на медико-санитарную помощь, является выделение ресурсов на основании потребностей. Наконец, акцентирование внимания на аспекты, связанные как с ценностью, так и с распределением, может потребовать более тщательного изучения механизмов, которые в настоящее время используются для финансирования медико-санитарной помощи, поскольку одни механизмы могут оказывать более вредное воздействие, нежели другие, на доступ к медико-санитарной помощи, а также на рынок труда и на всю экономику в целом.

#### **4 Какой уровень охвата медико-санитарной помощью мы должны обеспечить?**

Когда государство не увеличивает размеры поступлений для того, чтобы сектор здравоохранения мог угнаться за растущими расходами, оно может быть вынуждено урезать права на получение услуг медико-санитарной помощи. Нормирование услуг подразумевает наличие компромиссов между стратегическими целями и необходимостью укладываться в тесные бюджетные рамки. Если рассматривать обеспечение финансовой устойчивости как обязательство, это значит, что такие последствия для стратегических целей можно называть компромиссами ради устойчивости. Величина и тип нормирования могут влиять на то, какие будут приниматься компромиссные решения (рис. 6).

На этом фоне в остальной части данного раздела рассматривается, как



Рис. 6. Резюме компромиссных решений для обеспечения устойчивости



проявляется влияние нормирования услуг в трех измерениях охвата медико-санитарной помощью:

- ограничение *ширины* охвата населения путем установления зависимости доступа к медико-санитарной помощи, финансируемой государством, от материальной обеспеченности (с исключением более состоятельных людей), или путем исключения других групп населения (например, индивидуальных предпринимателей) или же предоставления возможности "добровольного отказа" (что по

сути дела означает предоставление им свободного выбора между государственными и частными услугами);

- ограничение **круга** финансируемых государством услуг, на которые люди имеют право, путем нормирования количества и/или качества медико-санитарной помощи (включая нормирование посредством списков очередности);
- ограничение **глубины** охвата финансируемыми государством услугами путем введения или ужесточения ценового нормирования (например, плата за пользование услугами).

Если в качестве самостоятельной цели принято равновесие бюджета, тогда воздействие урезания расходов на достижение других целей может иметь меньшее значение, чем его эффект уравнивания расходов и поступлений (государственных средств). В таком случае главным техническим критерием, которым руководствуются при выработке политики, является потенциал уменьшения охвата в целях сокращения государственных расходов на медико-санитарную помощь. Если же задача состоит в том, чтобы в максимальной степени достичь целей системы здравоохранения, оставаясь в рамках бюджета, тогда технический критерий, определяющий политику, будет несколько иным. Потенциал уменьшения охвата услугами в целях снижения государственных расходов на медико-санитарную помощь остается одним из важных соображений, но самой важной целью является достижение этого таким путем, чтобы как можно меньше помешать достижению других целей. Это выдвигает на первый план дополнительные критерии – в частности, рациональность в расходовании ресурсов и справедливость.

В любом случае неизбежно играют роль и политические факторы, так как уменьшение охвата услугами подразумевает изменение в соотношении государственных и частных затрат на медико-санитарную помощь и может оказать прямое финансовое воздействие на пациентов, поставщиков услуг и производителей медицинских товаров. Тем не менее, акцентирование внимания исключительно на достижении равновесия бюджета может дать политическим факторам больше возможности влиять на процесс уменьшения охвата услугами и поощрять лиц, формирующих политику, к сокращению расходов в тех областях, где возникает наименьшее сопротивление (например, услуги, предоставляемые родственными специалистами здравоохранения, такими как физиотерапевты и стоматологи). Одно потенциальное преимущество использования добавочных критериев в качестве руководства при выработке политики состоит в том, что это может повысить зримость компромиссных решений, принимаемых при уменьшении охвата, а это в свою очередь может повысить уровень

понимания и положительного восприятия общественностью. Это может случиться с большей вероятностью, если процесс уменьшения охвата будет восприниматься как основанный на явных критериях и подкрепленный фактическими данными, прозрачный и в определенной степени защищенный от политического вмешательства (37, 38).

#### 4.1 Ширина охвата

Снизить долю населения, имеющего право на охват услугами, финансируемыми государством, можно разными способами, и каждый из них потенциально по-разному сказывается на политике. Для определения права на покрытие государственными услугами чаще всего используют критерий дохода, и при этом возможны два варианта: лица, живущие выше установленного порога нуждаемости, могут быть исключены из покрытия государственными услугами (как было в Нидерландах до 2006 г.) или же могут иметь возможность выбирать покрытие государственными или частными услугами (Германия). По третьему сценарию этот выбор может быть предоставлен всему населению (Чили). При уменьшении ширины охвата определенную роль приобретает заместительное частное медицинское страхование. В основе всех этих рассуждений в значительной степени лежит опыт Германии, которая является единственной страной ЕС, где заместительное частное медицинское страхование играет значительную роль (39). При этом важно отметить, что германская система была принята для того, чтобы дать более обеспеченным рабочим и членам их семей возможность воспользоваться выгодами покрытия государственными услугами, а не для того, чтобы уменьшить охват государственными услугами (т.е. не добровольный отказ, а добровольное согласие) (40). Поэтому любые выводы, сделанные из изучения немецкого опыта, следует интерпретировать с учетом этого различия целей, которое не просто определило схему первоначальной политики, но и оказало влияние на последующие изменения.

Уменьшение круга имеющих право на пользование государственными услугами может привести к снижению общего уровня государственных расходов на медико-санитарную помощь, но, поскольку это также ведет к немедленному уменьшению государственных доходов (если те, кто больше не охвачены услугами, более не обязаны вносить вклад в финансирование этих услуг)<sup>6</sup>, чистая "выгода" для государственного

---

<sup>6</sup> Или, как в системе с универсальным правообладанием на основании постоянного проживания (или гражданства), если они получают компенсацию в виде скидки с налога за выбор добровольного медицинского страхования.

бюджета может быть невелика, а то и вовсе превратится в убыток. Исследователи в Германии подсчитали, что в результате перехода людей из государственной в частную систему медицинского обслуживания или из частной в государственную убытки для государственной системы составляют ежегодно около 750 миллионов евро (41). Кроме этого, было показано, что потеря денежных поступлений от преимущественно более обеспеченной группы людей усиливает финансовую регрессивность охвата государственными услугами (42).

Когда более обеспеченным людям дается возможность добровольно выйти из государственной системы медицинского обслуживания, это создает эффект сегментации пула рисков, вследствие чего средний уровень риска в государственном пуле повышается. В Германии люди, пользующиеся частными медицинскими услугами, в среднем моложе, имеют лучшее здоровье, более высокие заработки и меньше пользуются медицинскими услугами, чем люди, охваченные государственными услугами. В таблице 2 указаны различия между этими двумя группами по возрасту, состоянию здоровья и пользованию медико-санитарной помощью. В период с 2000 по 2004 гг. более половины из тех, кто вышел из государственной системы, составляли люди с низким уровнем риска по возрасту, семейному положению и доходам, тогда как люди, вошедшие в государственную систему, были лицами повышенного риска (41).

Опыт Германии показывает, что уменьшение ширины охвата медико-санитарной помощью создает некоторую, хотя и ограниченную возможность снизить государственные расходы. Однако в случае Германии это не уменьшает нагрузки на государственный бюджет, так как, с одной стороны, имеет место потеря денежных поступлений от более состоятельных домашних хозяйств, а с другой стороны, из-за этого происходит сегментация рисков. Верным, скорее, будет обратное: государственный бюджет может испытать увеличение нагрузки вследствие того, что его ресурсы должны покрывать пул непропорционально высоких рисков.

### **4.2 Круг предоставляемых услуг**

Круг предоставляемых услуг может быть уменьшен посредством исключения из предоставляемого за счет государства "пакета услуг" определенных пунктов или не включения в него новых пунктов по мере их появления. Нормирование количества доступной помощи ведет к перемещению исключаемых услуг на рынок частных услуг, где доступ к ним определяется способностью платить (непосредственно из своего кармана или через страховые взносы по дополнительному частному медицинскому страхованию).

**Таблица 2. Сравнение людей, охваченных государственными и частными медицинскими услугами, по возрасту, состоянию здоровья и пользованию медико-санитарной помощью в Германии**

Показатель	Охвачены обязательным государственным покрытием	Охвачены добровольным государственным покрытием	Охвачены обязательным частным покрытием*	Охвачены добровольным частным покрытием
Люди в возрасте 65 лет и старше	22%		11%	
Болели в последние три месяца	46%	42%	47%	28%
Больные хронически	47%	33%	45%	23%
Регулярно принимают лекарства	50%	35%	54%	21%
Число обращений к врачу за год	6,6	4,4	6,2	3,2

*Источник:* Leinert (43) (состояние здоровья и пользование медико-санитарной помощью) и Schneider (44) (возраст).

*Примечания:* данные о возрасте относятся к 2002 г.; данные о состоянии здоровья и пользовании медико-санитарной помощью относятся к 2006 г.;

\*лица, которым больше не разрешается возвращаться в германскую систему установленного законом медицинского страхования с возможностью добровольного выхода (GKV), так как им исполнилось 55 лет и более.

Систематическое исключение индивидуальных услуг на основании явно выраженных критериев, таких как результативность (или даже соотношение затрат и результатов), может не дать этой форме уменьшения охвата помешать достижению цели улучшения здоровья. Оно также может повысить качество и оперативность предоставления услуг. Таким образом, внимательный подход к уменьшению охвата услугами здравоохранения, которые не дают положительного результата или сопряжены с низким уровнем результативности в сопоставлении с затратами, представляет собой вполне жизнеспособный вариант для достижения стратегических целей, не выходя за рамки бюджетных ограничений.

В нескольких странах-членах ЕС в последние двадцать лет используется такой инструмент, как ОТЗ – оценка технологий здравоохранения (45). Роль этого инструмента в определении приоритетов системы часто

бывает ограничена, отчасти потому, что он создает ряд технических и политических трудностей, а отчасти из-за ограниченности ресурсов (29, 46). Вместо этого правительства обычно с большей легкостью идут на исключение целых областей услуг (например, стоматологическая помощь взрослым) или ограничивают доступ к таким услугам, как физиотерапия или экстракорпоральное оплодотворение (37, 38). И все же некоторые страны успешно используют ОТЗ для сокращения использования неэффективных услуг – либо путем их прямого исключения из пакета услуг, либо (что бывает чаще) путем распространения руководств по лечебной практике (29).

Во многих системах здравоохранения также нормируются неклинические аспекты качества, для чего нередко прибегают к намеренному возникновению списков очередности (47). Здесь может быть потенциал еще более существенного уменьшения охвата. Однако желательность более существенного уменьшения охвата услугами неклинического качества ограничивается вполне законными ожиданиями пациентов в отношении приемлемого качества предоставления помощи. Также наступает момент, когда уменьшение охвата услугами неклинического качества будет оказывать отрицательное воздействие на клиническое качество, а это препятствует достижению цели улучшения здоровья. В более широком смысле можно разрешить, чтобы подразумеваемое нормирование того или иного рода (см. рис. б) – в некоторых отношениях следствие стратегического бездействия, а не позитивного стратегического действия – становилось более широким. Часто именно медицинские работники выступают инициаторами нормирования "от больничной койки", и в этом могут быть свои преимущества, которые выражаются в том, что при принятии решений о нормировании услуг обязательно принимается во внимание знание индивидуальных медицинских потребностей. Однако подразумеваемое нормирование снижает прозрачность и подотчетность и также может причинить ущерб соблюдению требования справедливости, поэтому лицам, формирующим политику, нужно знать о тех компромиссных решениях, которые могут здесь потребоваться.

### 4.3 Глубина охвата

Глубина охвата может быть уменьшена посредством введения или расширения платы за пользование услугами, оплачиваемыми из государственных средств. Плата за пользование услугами перекладывает часть расходов по предоставлению услуг на домашние хозяйства, и было показано, что это снижает объемы пользования нужной медико-санитарной помощью, особенно среди менее обеспеченных людей и лиц более старшего возраста, даже когда уровень платы за услуги

относительно низок (48, 49, 50, 51). Поэтому такая политика требует тщательной проработки, чтобы не допустить ущерба достижению таких целей, как улучшение здоровья, обеспечение финансовой защиты, справедливость в финансовых вопросах и справедливость доступа к медико-санитарной помощи.

Влияние такой формы уменьшения охвата услугами на достижение стратегических целей зависит от различных факторов, характерных для тех или иных обстоятельств: нынешнего уровня расходов на медико-санитарную помощь, оплачиваемых из собственных средств; величины неформальных платежей; типа услуг, за которые введена плата; уровня оплаты и наличия механизмов защиты, таких как освобождение от оплаты, льготные тарифы или дополнительное частное медицинское страхование. Например, страны с очень низким уровнем оплаты услуг гражданами из собственных средств могут позволить больший объем частных расходов, не опасаясь серьезного ущерба достижению стратегических целей, особенно если уровень тарифов низок и имеются механизмы для защиты менее обеспеченных домашних хозяйств и людей, часто пользующихся услугами здравоохранения (хотя опыт Уэльса и Шотландии показывает, что даже там, где размеры оплаты и без того невелики, лица, формирующие политику, могут и совсем отменить ее).

Аналогичным образом, выборочное применение оплаты к услугам с низкой действенностью для того, чтобы убедить людей в нецелесообразности пользования ими, может предупредить ущерб достижению цели улучшения здоровья, который может быть причинен введением оплаты за пользование услугами. Такой подход к уводу пациентов (а косвенно и поставщиков) от пользования определенными услугами иногда называют "ценностно-ориентированным распределением затрат" или "ценностно-ориентированным страхованием" (52, 53). Однако ценностно-ориентированные подходы могут приводить к сложности административного характера (в частности, когда ответ на вопрос о том, что имеет высокую, а что низкую ценность, зависит от характеристик пациентов), и при них сохраняется неопределенность относительно ценности, ассоциирующей со многими вмешательствами.

Есть три причины, по которым большие ожидания в отношении способности платы за пользование услугами ограничить суммарные расходы на медико-санитарную помощь (не только государственные расходы на медико-санитарную помощь) могут не оправдаться. Первая: отсутствуют опубликованные фактические данные о том, что плата за пользование услугами помогает в долгосрочной перспективе ограничить расходы на медико-санитарную помощь. Исследования показывают, что

в некоторых случаях достигаемая в краткосрочной перспективе экономия государственных денег, выделяемых на приобретение лекарственных средств, оказывается меньше, чем возросшие расходы в других секторах бюджета, таких как неотложная и долгосрочная медицинская помощь (54). Вторая причина: распределение расходов на медико-санитарную помощь среди населения обычно характеризуется высокой концентрацией (55). Поэтому любой инструмент реализации политики, направленный на те 90 процентов населения, на которые коллективно приходится менее одной трети суммарных расходов на медико-санитарную помощь, может иметь ограниченное влияние на объем расходов. Кроме того, многие из тех, на чью долю приходится большие затраты, – это пациенты, имеющие множественные или хронические заболевания, а такие пациенты во многих странах ЕС вообще освобождаются от платы за пользование услугами на основании принципов справедливости и по медицинским основаниям (54, 56). Третья причина: сегодня повсеместно признается, что то, каким образом предоставляется медико-санитарная помощь, оказывает больше влияния на затраты на медико-санитарную помощь, чем то, в какой степени пользование помощью иницируется пациентами. Поэтому усилия по сдерживанию расходов скорее приведут к успеху, если они будут направлены в первую очередь на предложение медико-санитарной помощи.

#### **4.4 Смягчение последствий уменьшения охвата медико-санитарной помощью**

Уменьшение охвата медико-санитарной помощью наряду с его следствием – большей опорой на частное финансирование – можно рассматривать как необходимый шаг в условиях финансовых ограничений. Однако во многих случаях оно не только обладает потенциалом снизить уровень достижения целей системы здравоохранения, но и может также не привести к ослаблению нагрузки на государственный бюджет. При оценке различных вариантов и при принятии решения о том, как уменьшить охват и какую форму охвата нужно уменьшить, лица, вырабатывающие политику, могут принять во внимание следующие соображения.

Простое уменьшение охвата медико-санитарной помощью может не устранить изначальной нерациональности в использовании ресурсов. В тех случаях, когда прежде всего эта нерациональность частично объясняет нагрузку, которая ложится на государственный бюджет, уменьшение охвата без разбора может в действительности привести к возрастанию, а не к ослаблению нагрузки. Более того, беспорядочное уменьшение охвата медико-санитарной помощью может породить новые



проявления нерациональности. Например, ограничение доступа к действенной медико-санитарной помощи может привести к тому, что люди будут воздерживаться от пользования медицинскими услугами, предоставление которых стоит относительно недорого, например, первичная или профилактическая медико-санитарная помощь (а то даже и услуги, которые обходятся дороже, но дают высокую "отдачу" с точки зрения выигрыша для здоровья). Однако рано или поздно эти же люди могут быть вынуждены пользоваться более ресурсоемкими формами помощи, такими как неотложная или стационарная помощь. И снова результатом станет неудача попыток ослабить нагрузку.

Если же лица, формирующие политику, смогут более прозорливо подойти к уменьшению охвата и главное внимание уделяют повышению отдачи (этот вопрос рассматривается в следующем разделе) и недопущению вредного влияния на справедливость, они могут добиться большего успеха в облегчении нагрузки на государственный бюджет. В свою очередь это будет способствовать более высокому уровню достижения целей системы здравоохранения (или по крайней мере не позволит причинить еще больший ущерб их достижению). В этом отношении хорошей отправной точкой было бы систематическое исключение из пакета услуг неэффективных и неоправданных с точки зрения соотношения затрат и результатов мер вмешательства на основании результатов ОТЗ. Хотя такая форма уменьшения охвата может натолкнуться на сопротивление со стороны устоявшихся интересов, если применить ее с соблюдением принципов прозрачности, она может иметь наибольшую вероятность успеха в повышении рациональности в оказании медико-санитарной помощи без ущерба для справедливости и здоровья.

В определенной степени потенциально негативные последствия уменьшения широты охвата, круга предоставляемых услуг и глубины охвата государственными медицинскими услугами могут быть смягчены действием таких факторов, как тщательно продуманная политика и наличие заместительного или дополнительного частного медицинского страхования. Однако известные сбои рыночного механизма, которыми характеризуется добровольное медицинское страхование, в частности, проблемы, связанные с информацией, означают, что те, кто вынужден прибегать к частному медицинскому обслуживанию, могут оказаться в рискованном положении (57). Для того, чтобы гарантировать доступ к частным услугам лицам более старшего возраста и людям с плохим здоровьем, требуется серьезное вмешательство со стороны государства, но возможности вмешательства не беспредельны (как не беспредельны и имеющиеся ресурсы) (36, 40). Например, законодательство ЕС, регулирующее внутренний рынок, затрудняет формирование и

регулирование рынков добровольных услуг частного медицинского страхования (58), даже когда для этого имеются политическая воля и потенциал.

## **5 Как мы можем увеличить ценность, создаваемую деятельностью системы здравоохранения?**

Более практичным подходом к достижению целей системы здравоохранения, не выходя за рамки бюджета, представляется рассмотрение вопроса о том, как увеличить ценность, создаваемую деятельностью системы здравоохранения. У этого вопроса есть два аспекта: делать больше с теми ресурсами, которые уже выделены на медико-санитарную помощь, и добиться такого положения, при котором выгоды, полученные от любых дополнительных расходов на медико-санитарную помощь, перевешивали бы возможные выгоды альтернативного решения не расходовать эти ресурсы на другие цели. Акцентирование внимания на создаваемой ценности представляет собой конструктивный подход, и это объясняется следующими причинами. Первая: общепризнано, что часто системы здравоохранения тратят ресурсы без пользы, и делается это разными путями. Поэтому, вероятно, в каждой системе здравоохранения найдется место для совершенствования. Вторая причина: повышение коэффициента отдачи (т.е. создание большей ценности при данном уровне расходов) реально снижает тяжесть компромиссных решений, принимаемых ради обеспечения устойчивости, и потенциально облегчает нагрузку на государственный бюджет, что в свою очередь может уменьшить необходимость уменьшения охвата услугами здравоохранения. Третья причина: если удастся убедить людей в том, что система здравоохранения своей деятельностью создает реальную ценность, тогда, возможно, будет легче преодолеть сопротивление повышению коллективных расходов общества на медико-санитарную помощь.

В ЕС системы здравоохранения накопили более чем тридцатилетний опыт сдерживания расходов на медико-санитарную помощь. Благодаря тому преимуществу, что у них существуют системы всеобщего медицинского обеспечения, многие страны уже создали успешно действующие механизмы регулирования роста расходов и преодоления изначальной нерациональности в расходовании ресурсов. В этом отношении они вполне готовы к тому, чтобы проводить в жизнь политику здравоохранения, оставаясь в рамках бюджетных ограничений. Задача теперь состоит в том, чтобы отойти от узконаправленных усилий по сдерживанию расходов как самоцели и реализовать потенциал увеличения ценности, создаваемой системой здравоохранения. Такое

смещение в подходе вполне реалистично, ибо в нем отражается признание того, сколь много государство может сделать для улучшения показателей деятельности системы здравоохранения даже в условиях ограниченного бюджета. Это также совершенно ответственное действие, так как оно выдвигает на первый план цели системы здравоохранения и направлено на максимизацию, а не на подрыв их достижения. Поэтому будут ли бюджеты здравоохранения сокращаться в попытках снизить нагрузку на государственный бюджет, или же будет готовность направить на медико-санитарную помощь больше ресурсов, в любом случае политику здравоохранения определяют цели улучшения показателей деятельности системы здравоохранения. Это особенно относится к тем случаям, когда государство рассматривает вопрос об уменьшении охвата медико-санитарной помощью.

Отправной точкой в действиях по увеличению создаваемой ценности является использование стратегического анализа и фактических данных исследований для того, чтобы выявить источники затратной нагрузки на системы здравоохранения и изначальной нерациональности в расходовании ресурсов, сильные и слабые стороны системы и имеющиеся у нее варианты реформирования. Эта задача может быть облегчена ясным пониманием различных функций системы здравоохранения и их значения для достижения целей системы здравоохранения (21, 59).

### **5.1 Реформирование финансирования здравоохранения (сбор поступлений, объединение ресурсов в общий фонд и закупки)**

То, как организовано финансирование медико-санитарной помощи, имеет большое значение для рационального расходования ресурсов и, следовательно, для способности систем здравоохранения ослаблять тяжесть компромиссных решений, принимаемых с целью обеспечения устойчивости. Поскольку уменьшение охвата медицинскими услугами обычно является следствием снижения уровня государственных расходов на здравоохранение или темпов их роста, внимание в политике, как правило, сосредоточено на источниках поступлений. Однако гораздо больший потенциал увеличения той ценности, которую создает система из имеющихся у нее ресурсов, кроется в реформировании методов объединения ресурсов в общий фонд и закупки услуг. Хотя разумность всякой конкретной меры по реформированию зависит от условий в каждой отдельной стране, в данном анализе определены наиболее перспективные направления изменений в системах финансирования здравоохранения в ЕС, ведущие к повышению рациональности использования ресурсов. При этом важно подчеркнуть одну принципиальную мысль, проходящую красной нитью через все рассуждения, касающиеся всех стран: повышение рациональности в

расходовании ресурсов должно восприниматься как средство получения большей производимой ценности – большей степени достижения целей, связанных с показателями деятельности системы здравоохранения – при имеющихся ресурсах. Если же вместо этого ориентированные на повышение рациональности реформы будут рассматриваться как средство или обоснование необходимости уменьшения государственных расходов на здравоохранение таким образом, чтобы "экономленные ресурсы" были изъяты из сектора здравоохранения (например, для сокращения дефицита), они потерпят крах. Пострадают показатели деятельности системы, и любая экономия если и будет достигнута, то только в краткосрочной перспективе. Подобная экспроприация средств, сэкономленных за счет рационального использования ресурсов, внешними по отношению к сектору здравоохранения силами подрывает стимулы, направленные на повышение рациональности в секторе, и в результате достигнутые улучшения оказываются недолговечными.

### *Источники поступлений и меры по их сбору*

Столкнувшись с жесткими ограничениями по расходам, правительства заинтересованы в отыскании новых механизмов привлечения средств, которые генерировали бы поступления более успешно, чем существующие механизмы, или использовали бы более широкую базу поступлений. Эти новые варианты хотя и не обязательно задуманы для того, чтобы увеличить производимую ценность, но все же способны в определенных обстоятельствах компенсировать финансовые ограничения. Вполне вероятно, что такие меры больше относятся к налоговой политике, а не к политике здравоохранения, но они могут иметь немалое значение и для целей сектора здравоохранения.

В странах, которые преимущественно полагаются на взносы по обязательному медицинскому страхованию работающих, получение дополнительных поступлений при существующих ставках страховых взносов может быть достигнуто путем отмены любых действующих предельных уровней дохода или заработка (эта мера была принята в Эстонии и Венгрии) или за счет выведения базы доходов для начисления взносов за пределы заработной платы. Диверсификация источников государственных поступлений на нужды здравоохранения может быть особенно актуальным вариантом для тех правительств, которые одновременно озабочены тем, чтобы стимулировать занятость и поддерживать или повышать уровень государственных расходов на здравоохранение. В середине 90-х годов во Франции большую часть доли работников в налоге на заработную плату, направляемую на здравоохранение, заменили подоходным налогом (60), а в 2007 г. этому примеру последовала Германия, направив (впервые) общие налоговые

поступления на финансирование охвата государственными услугами детей (61). После того, как в начале 2009 г. Германия перешла к единой общенациональной ставке взносов 15,5% от заработной платы, она вложила дополнительные общие налоговые поступления в систему медицинского страхования, чтобы дать возможность снизить эту ставку до 14,9%. Это является частью комплекса мер по экономическому стимулированию, и имеются планы к 2012 году постепенно увеличить бюджетное субсидирование (62).

### ***Реформирование системы объединения денежных средств в общий фонд***

Объединение авансированных поступлений в общий фонд на нужды медико-санитарной помощи дает возможность перераспределять ресурсы среди населения (или определенной группы), что позволяет использовать взносы относительно здоровых граждан для покрытия расходов тех, у кого больше потребностей в медико-санитарной помощи. Поэтому это является жизненно важным средством содействия финансовой защите, а также справедливости доступа к медико-санитарной помощи. Кроме того, определенное значение для рациональности использования ресурсов внутри сектора имеют организационные меры по объединению ресурсов в общий фонд. При данном уровне поступлений дробление на множество мелких общих фондов (например, фонды местных органов самоуправления, многочисленные фонды медицинского страхования) уменьшает возможности для перераспределения по сравнению с меньшим числом более крупных фондов. Дробление на множество общих фондов также влечет за собой повышение административных расходов и снижает покупательную способность любого отдельно взятого фонда. Вот почему реформы, направленные на уменьшение раздробленности или смягчение ее последствий, создают возможность улучшить защиту от рисков и повысить справедливость доступа при данном общем уровне государственных расходов.

Европейские страны, имеющие достаточно непохожие системы, предприняли усилия к тому, чтобы решить проблему раздробленности средств. Например, и Норвегия, и Дания недавно уменьшили число территориальных органов здравоохранения, отвечающих за объединение средств в общий фонд на закупку услуг медико-санитарной помощи (63, 64). За период с начала 90-х годов произошло постепенное слияние разрозненных фондов медицинского страхования в единые национальные фонды в Латвии, Литве, Польше и Эстонии (65). А в странах, имеющих множество конкурирующих между собой страховых компаний (Германия, Нидерланды, Словакия и Чешская Республика), одной из важных целей усовершенствования методов корректирования рисков (66, 67, 68) было

уменьшение стимулов, побуждающих страховые компании вкладывать средства в выбор рисков: такие инвестиции приносят прибыль частным компаниям, но не дают никакой общественной пользы. Например, в Чешской Республике благодаря усовершенствованиям, введенным в систему корректирования рисков в 2003 г., уменьшились стимулы, подталкивающие страховые компании к выбору рисков, а все усилия в конкурентной борьбе были перенесены ими на совершенствование методов управления затратами и повышение общего качества обслуживания клиентов (65, 69). В той мере, в какой усилия по уменьшению стимулов к выбору рисков оказываются успешными, они повышают производимую ценность, поскольку вследствие этих усилий снижаются объемы непроводительных инвестиций (с точки зрения всего сектора).

### *Разумная трата денег при закупках*

Изменения в том, каким образом осуществляются закупки услуг медико-санитарной помощи, сулят, пожалуй, наибольшие возможности увеличения производимой ценности по сравнению с другими аспектами политики финансирования здравоохранения. Метод закупки услуг здравоохранения – это самое важное в обеспечении рационального расходования ресурсов при организации и предоставлении услуг и в обеспечении качества помощи. Он также может повлиять на справедливость доступа к медико-санитарной помощи и на оперативность в решении административных вопросов и оказать большое воздействие на способность регулировать издержки. В ходе реформ во многих странах ЕС предпринимались попытки отойти от пассивного вознаграждения поставщиков и принять метод активных или стратегических закупок, который направлен на улучшение показателей работы системы здравоохранения посредством увязывания в явном виде решений и методов, касающихся распределения ресурсов, с информацией о потребностях населения и качестве работы поставщиков (70).

Реформирование системы закупок предполагает принятие решений о том, какие услуги здравоохранения следует финансировать, на каком уровне и с использованием каких стимулов. В частности, закупки позволяют более внимательно изучить один из главных источников роста расходов на медико-санитарную помощь – технологические новинки. При эффективной системе закупок учитывается, как лучше всего стимулировать разборчивое внедрение новой технологии в систему здравоохранения. Это неизбежно повлечет рост затрат на ОТЗ и масштабов ее использования, чтобы определить спектр выгод и услуг, которые должны финансироваться из государственного бюджета. Для некоторых стран ЕС в этом нет ничего нового. Несколько стран уже

многие годы занимаются оценкой технологий здравоохранения (45). Лицам, формирующим политику, следует рассматривать ОТЗ не просто как механизм нормирования, а как средство увеличения ценности, которая должна быть получена от любого данного уровня расходов на медико-санитарную помощь.

Поскольку система закупок включает и методы оплаты поставщикам, она дает неплохую возможность вырабатывать такие методы оплаты, которые содействуют укреплению деятельности ведомств, занимающихся ОТЗ, например, путем создания финансовых (и нефинансовых) стимулов, поощряющих предоставление действенной и высококачественной медико-санитарной помощи с оптимальным соотношением затрат и результатов. Одним из важных направлений развития является увязывание оплаты с показателями работы поставщиков, которые оцениваются с точки зрения как процессов, так и результатов. Иногда это называют "платой за качество работы". Растущее внимание, уделяемое "плате за качество работы", отражает озабоченность по поводу отсутствия фактических данных о некоторых процедурах, а также широких различий, наблюдаемых в некоторых моделях клинической практики, наряду с оптимизмом в связи с открывающимися возможностями улучшений посредством финансовых стимулов. Недавно был проведен анализ опыта применения подхода на основе платы за качество работы, в ходе которого особенно пристально рассматривались усилия, предпринятые на сегодняшний день в Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах Америки, и этот анализ показал, что, хотя уделяемое этому предмету внимание всячески приветствуется, пока слишком рано делать окончательные выводы относительно потенциальных выгод. В большинстве реформ, связанных с внедрением "платы за качество работы", главный акцент делается на процессе, а не на результатах, а ведь вероятность того, что они будут стимулировать "азартное" поведение, которое в конечном счете наносит ущерб интересам пациентов и налогоплательщиков, достаточно высока. Важнейшей составляющей предпринимаемых странами усилий по увеличению производимой ценности за счет улучшения методов закупки услуг является интегрирование оценок и отзывов в процесс реформирования и включение в систему закупок отмечаемых пациентами показателей исхода вмешательств (71).

## **5.2 Реформирование системы предоставления помощи**

Характер спроса на медико-санитарную помощь меняется в результате старения и растущей распространенности хронических болезней (72), и это ставит перед системами предоставления медико-санитарной помощи трудную задачу. Для того, чтобы системы предоставления помощи

функционировали эффективно и рационально, они должны адаптироваться так, чтобы быть в состоянии решить эту задачу. Если этого не произойдет, расходы будут излишне велики, а качество ухудшится, что поставит под угрозу здоровье пациента и приведет к снижению удовлетворенности пациентов.

Для того, чтобы увеличить производимую ценность посредством реформирования системы предоставления медико-санитарной помощи, особенно при нынешней меняющейся окружающей обстановке, должны быть установлены следующие приоритеты: когда это возможно и оправдано, помощь должна предоставляться в условиях, не требующих больших затрат; должен быть расширен спектр услуг, которые могут предоставляться в условиях, связанных с меньшими затратами; необходимо улучшить координацию действий внутри системы, чтобы преодолеть нерациональность в расходовании ресурсов вследствие раздробленности в предоставлении услуг и повысить качество помощи (23). При таких подходах к реформированию системы предоставления помощи также будет легче положить мероприятия по профилактике и укреплению здоровья в основу предоставления медико-санитарной помощи. Отдельным пунктом в реформах – хотя и не вполне независимым от остальных – должно быть улучшение нашего понимания природы расточительства при предоставлении медико-санитарной помощи и выработка методов выявления и устранения такого расточительства.

Препятствием на пути к удешевлению предоставления помощи может выступать исторически сложившееся разделение между первичной и вторичной медико-санитарной помощью. Большой объем помощи, которая могла бы оказываться в учреждении первичного звена, по-прежнему предоставляется в учреждениях вторичного звена (73). Для устранения такого положения есть различные методы, включая возложение на медицинских работников и учреждения первичного звена финансовой ответственности за весь путь прохождения пациентом по цепочке помощи, что привело бы к большей разборчивости при направлении пациента к специалистам вторичного звена. Для этого также необходимо в целом усилить роль первичного звена в рамках помощи при первом обращении, включая ограничение прямого доступа к узким специалистам и облегчение доступа к медицинским работникам первичного звена (в частности, при неплановом обращении, благодаря чему сокращается пользование помощью в ресурсоемких условиях, таких как отделения травматологии и скорой медицинской помощи и амбулаторные отделения больниц).

Переводу оказания помощи в менее дорогостоящие условия



способствовало бы также расширение круга тех видов помощи, которые можно предоставлять в менее дорогостоящих условиях. Если можно предоставлять больше помощи в первичном звене медико-санитарной помощи, меньше помощи нужно будет предоставлять в более ресурсоемких учреждениях. Это согласуется с особыми потребностями пациентов с хроническими заболеваниями, хотя и другие пациенты тоже имеют возможность получать выгоды от этого. Пациентам с хроническими заболеваниями и (нередко) с сочетанными патологиями требуется регулярный доступ к широкому спектру услуг на уровне первичного звена и на уровне вторичного звена. Разделение между первичной и вторичной медико-санитарной помощью означает, что многие из таких пациентов должны многократно переходить от одного медицинского работника или учреждения к другому. Бремя координации помощи при этом возлагается либо на врача общей практики, ведущего данного больного, либо на самого больного. Это бремя создает огромную нагрузку: на врача общей практики – потому что число таких больных растёт, а на больного – потому что это бремя требует от него держать в уме огромный объем информации. Решить эту проблему можно двумя путями. Первый – расширить спектр того, что может быть предоставлено в первичном звене медико-санитарной помощи и создать многопрофильные бригады (включающие узких специалистов) на уровне первичного звена, часто на базе одного лечебного учреждения. Это не устраняет полностью необходимости осуществлять внешнюю координацию, но уменьшает эту необходимость. Второй путь – улучшить инфраструктуру координации посредством создания полноценных систем информационной технологии и введения должности координаторов помощи, которые могли бы специально заниматься координацией на всем пути прохождения больного по цепочке помощи между многочисленными медицинскими работниками или учреждениями и избавить от этого бремени врача общей практики или больного. Оба подхода – расширение спектра помощи на уровне первичного звена или улучшение координации – могут привести к повышению оперативности и качества помощи, однако избранный подход (или характер выбранной комбинации обоих подходов) будет связан с исходными условиями, включая интересы более широкого контингента больных, которые могут предпочесть более традиционные модели, а также финансовые интересы медицинских работников, которые могут оказаться под угрозой из-за таких изменений. Также важно, играет ли уже первичное звено центральную роль или нет. Таким образом, в тех случаях, когда в данной системе принято непосредственно обращаться к специалистам, а не получать направление от врача общей практики или другого семейного врача, главное внимание должно быть уделено развитию координации помощи. Там же, где существует сильное

первичное звено медико-санитарной помощи, больше внимания, по-видимому, будет уделяться расширению спектра помощи, который может предложить первичное звено.

Приведение систем предоставления помощи в соответствие с меняющимся характером спроса обладает значительным потенциалом увеличения ценности, производимой предоставлением помощи, в среднесрочной и долгосрочной перспективе (в краткосрочной перспективе издержки – например, связанные с созданием полноценной инфраструктуры информационной технологии – могут возрасти). Еще одна область, в которой имеется значительный потенциал увеличения ценности, производимой предоставлением помощи, - это исключение расточительного расходования ресурсов. Объем ресурсов, непроизводительно расходуемых при предоставлении помощи, выразить количественно невозможно, но всеми признается, что он, по-видимому, очень велик. В большинстве реформ предоставления помощи так или иначе предпринимались попытки искоренить расточительное использование ресурсов, но есть области, в которых характер расточительства остается до конца не выясненным. Среди них (и, пожалуй, с перспективой получения наибольших выгод) нужно выделить нерациональное расходование ресурсов вследствие различий в клинической практике. В последние годы в результате осуществляемого в Соединенных Штатах Америки проекта "Дартмутский атлас здравоохранения" были выявлены различия в том, как осуществляют свою практику врачи в разных регионах страны: некоторые из них используют гораздо более ресурсоемкие подходы и методы, чем другие врачи, но при этом их результаты не лучше других (а иногда даже хуже) (30, 31). В Дартмутском исследовании все внимание было сосредоточено на помощи, предоставляемой в рамках национальной системы медицинского обслуживания "Медикэйр", поэтому может быть трудно перенести Дартмутскую модель (или модели, используемые для сравнительных внутристрановых исследований в других странах) на исследование различий во врачебной практике во всей Европе. Однако это такая область, изучение которой могло бы привести к значительным выгодам в плане рационального использования ресурсов. Если врачи в разных странах практикуют лечение по-разному, чем это объясняется? Вследствие местной врачебной культуры и образования? Или же это можно объяснить тем, как устроена система предоставления медико-санитарной помощи? Поиски ответа на эти вопросы могут дать возможность больше узнать о том, почему так различается практика, и что тут можно сделать, если такие различия не имеют под собой строго медицинского объяснения.

Важной параллельной функцией также является принятие мер в отношении кадрового аспекта предоставления медико-санитарной помощи, и реформы в этом аспекте тоже могут помочь в увеличении производимой при этом ценности. В этой области есть три ключевых проблемы. Первая из них связана с проблемами нехватки медицинского персонала вообще, а вторая – с распределением кадров, в частности, между городом и деревней. Третья проблема связана с меняющимися потребностями в профессиональном составе медицинских кадров при тех изменениях, которые были описаны выше. Частично решить все эти проблемы можно путем корректировки содержания и структуры профессиональной подготовки медицинских работников, а также путем использования материальных стимулов (в частности, для привлечения медицинских работников в сельские районы или бедные городские кварталы).

### **5.3 Усиление стратегического руководства**

Функция стратегического руководства определяется как организация ответственных и тщательно продуманных мер по обеспечению благополучия населения и представляет собой самую суть умелого управления. Можно смело утверждать, что это самая важная функция системы здравоохранения, поскольку она влияет на то, как осуществляются другие функции и как они сказываются на достижении целей системы здравоохранения (1). Стратегическое управление представляет собой основополагающий элемент многих стратегий реформирования здравоохранения и играет центральную роль в улучшении показателей работы системы здравоохранения.

Проблемы, возникающие в области стратегического управления, индивидуальны, и вряд ли можно легко переносить стратегии из одной страны в условия другой, однако есть единые для всех стратегии общего характера, которые позволяют усилить стратегическое управление и улучшить показатели работы. Во-первых, для того, чтобы реформы были успешными и способствовали достижению стратегических целей, стратегические лидеры должны отслеживать ход реализации этих реформ и следить за тем, какое влияние они оказывают. В то же время во многих странах Европы нет налаженных систем отслеживания показателей работы. Более того, страны не всегда применяют все инициативы по управлению на высшем уровне, описанные выше, такие, например, как систематическая оценка новых технологий. Оценка показателей работы (включая отслеживание того, как используются финансовые ресурсы) и внедрение оценки показателей работы в процесс управления системой здравоохранения на высшем уровне (с тем, чтобы оценка и анализ

приводили к постоянному совершенствованию) играют центральную роль в совершенствовании систем здравоохранения и в аргументации необходимости выделять ресурсы для здравоохранения (74).

Вторая ключевая стратегия состоит в том, чтобы создать адекватную систему действенного, но и гибкого государственного регулирования. В свете возрастающей роли частного сектора, растущей уверенности пациентов в своих правах и других инициатив по проведению реформ, таких как организация многопрофильных бригад и координация действий специалистов различных профилей, может возникнуть необходимость в новых нормах и правилах. Для осуществления разумного стратегического управления необходимо, чтобы страны, прежде чем отменять государственное регулирование, сначала изменили действующие нормативные акты, и это позволит избежать пробелов в управлении на высшем уровне системы, о чем убедительно свидетельствуют многочисленные примеры запоздалого или неэффективного государственного регулирования в европейских странах (75).

Наконец, хотя в настоящем анализе главное внимание уделяется службам медико-санитарной помощи, функция стратегического управления выходит далеко за рамки медико-санитарной помощи и оказывает воздействие на детерминанты здоровья в других секторах. Для того, чтобы стратегические лидеры, в частности, министерства здравоохранения, могли добиться максимальных улучшений в здоровье населения при скудных финансовых ресурсах, которые у них имеются, и улучшить показатели работы здравоохранения, они должны быть в состоянии выступать стратегическими лидерами в других секторах, направляя их на то, чтобы цели здравоохранения учитывались в политике этих секторов – т.е. на то, что теперь называют "учет интересов здоровья во всех стратегиях" (англ. HIAP – Health in All Policies) (76). Движение за то, чтобы во всех стратегиях учитывались интересы здоровья, воплощает собой политику ВОЗ (т.е. движение "Здоровье для всех") и определяет содержание новой стратегии здравоохранения ЕС (77); недавно оно получило поддержку со стороны председателевавшей в ЕС Финляндии (76) и было поддержано в Римской декларации по обеспечению учета интересов здоровья во всех стратегиях, которая была принята в 2007 г. (78).

Существует много подходов к реализации HIAP, среди которых использование межсекторальных целей правительства (Литва, Соединенное Королевство, Швеция, Франция) (79); использование подразделений по оценке воздействия на здоровье на уровне местных органов власти и парламента и на межведомственном уровне (соответственно, Литва, Нидерланды, Швеция, Уэльс) (80) или принятие

законодательства об общественном здравоохранении, затрагивающего многие секторы, как, например, запреты на курение в общественных местах. Есть также немало различных структур и процессов, которые облегчают принятие мер на межсекторальном уровне, в том числе горизонтальные комиссии по общественному здравоохранению (Англия, Швеция), формальные консультации и связи между секторами (Уэльс) и представление докладов о состоянии общественного здравоохранения совместно с другими секторами (Нидерланды, Уэльс, Финляндия) (76).

## 6 Заключение

Как показано в данном кратком изложении принципов, у концепции финансовой устойчивости есть множество граней. Однако для целей нашего анализа мы трактовали эту концепцию главным образом как вопрос, касающийся способности платить (больше) за здоровье. Если государство может генерировать дополнительные ресурсы для финансирования здравоохранения и если выгоды для социального благосостояния, полученные в результате повышения расходов на здравоохранение, перевешивают те выгоды, которые были упущены вследствие невыделения этих ресурсов на другие цели, значит, общество может с полной уверенностью направлять на здравоохранение больше ресурсов, чтобы сохранить и сделать устойчивыми эти более значимые выгоды для социального благосостояния. К числу резонно возникающих в этой связи вопросов относятся также вопросы о готовности коллективно платить больше за медико-санитарную помощь и о ценности и распределении тех выгод, которые общество получает от увеличения расходов на медико-санитарную помощь.

В документе подчеркивается важность того, как лица, формирующие политику, понимают проблему устойчивости, создаваемую бюджетными ограничениями. Если она рассматривается исключительно как проблема ведения счетов, когда главной целью является достижение фискального баланса путем уравнивания доходной и расходной частей бюджета, тогда обеспечение финансовой устойчивости превращается в самостоятельную цель, не зависящую от других целей, стоящих перед системой здравоохранения. В таком случае очевидной стратегической мерой для достижения этой цели будет сокращение государственных расходов путем уменьшения охвата медико-санитарной помощью, а руководящим критерием будет потенциал уменьшения охвата для сокращения государственных расходов на медико-санитарную помощь. Однако сокращения расходов без разбора не устраняют изначальных проявлений нерациональности в расходовании ресурсов, которые могут быть отчасти исходной причиной нагрузки, действующей на

государственный бюджет, и, кроме того, они могут привести к сокращению медико-санитарной помощи, которая характеризуется весьма благоприятным соотношением выгод к затратам. В итоге они могут не облегчить, а еще больше увеличить нагрузку на бюджет. Они даже могут породить новые проявления нерациональности и нанести ущерб достижению таких целей, как улучшение здоровья, финансовая защищенность и справедливость.

Вместо того, чтобы рассматривать требование фискального баланса в качестве самоцели, представляется более целесообразным видеть в нем один из ограничивающих факторов, с которым нужно считаться. Это дает возможность лицам, формирующим политику, рассмотреть вопрос о том, как лучше добиться максимального достижения целей системы здравоохранения при соблюдении ограничивающего требования уравновесить доходную и расходную части бюджета. Вместо вопроса "сколько государство в состоянии платить за медико-санитарную помощь" ставится вопрос "за какой уровень достижения своих целей, поставленных перед системой здравоохранения, государство готово платить?". Возможно, расходы все равно придется сократить, но задачей номер один будет уменьшить охват медико-санитарной помощью так, чтобы в наименьшей степени повредить достижению других целей, и это выдвигает на первый план дополнительные критерии. Если лицам, формирующим политику, удастся принять более разборчивый подход к уменьшению охвата, при котором упор делается на увеличении производимой ценности и недопущении негативных последствий для справедливости, они могут добиться большего успеха в облегчении нагрузки на государственный бюджет. Это в свою очередь будет способствовать достижению более высокого уровня реализации целей системы здравоохранения (или по крайней мере не позволит продолжать вредить их реализации).

Поскольку медико-санитарная помощь создает существенные блага и ценности для отдельных граждан и для экономики в целом, можно найти и аргументы в пользу увеличения расходов на медико-санитарную помощь, особенно в странах, где уровни расходов относительно низки. Однако и в этом случае было бы неправильно увеличивать расходы без учета стоимости выгод, упущенных в результате этого. Кроме того, не все расходы приводят к одинаковой степени выгоды. Некоторые страны тратят на здравоохранение намного больше, чем другие, и все равно достигают худших результатов. Нужно добиваться того, чтобы та медико-санитарная помощь, за которую платятся государственные деньги, производила достаточную ценность, которая оправдывала бы дальнейшие расходы. К числу ключевых механизмов достижения такого

положения относятся систематическое проведение оценки имеющихся и новых технологий с использованием ясно сформулированных критериев, таких как действенность и соотношение затрат и результатов, и распределение ресурсов на основе потребностей или с поправкой на риски. Еще одним элементом является более внимательное изучение механизмов, которые используются для генерирования ресурсов, необходимых для медико-санитарной помощи. Одни механизмы могут оказывать менее негативное влияние, чем другие, на доступ к медико-санитарной помощи и на рынок труда, а также в более широком плане на всю экономику.

В первую очередь государство должно попытаться увеличить ценность, производимую медико-санитарной помощью, повысив для этого отдачу от использования тех ресурсов, которые на нее выделяются. Поскольку эта задача предполагает выявление и устранение исходной нерациональности в использовании ресурсов, это с большой степенью вероятности уменьшит нагрузку на государственный бюджет и одновременно позволит бросить все силы на улучшение показателей работы системы здравоохранения. Если при выполнении этой задачи будет обеспечена гласность и будут предприняты усилия к тому, чтобы убедить население в целесообразности задачи, и если будут заметны улучшения, тогда, возможно, ослабеет сопротивление росту коллективных расходов на медико-санитарную помощь.

По нашему утверждению, "проблема" финансовой устойчивости изначально носит политический характер. Во многих случаях фискальные ограничения, с которыми сталкивается государство, создаются в результате политического решения о том, какую приоритетность следует придать сектору здравоохранения относительно других секторов, и размера государственного бюджета. Да и вопрос о том, сколько люди готовы платить за поддержание данного уровня достижения целей системы здравоохранения – это тоже политический вопрос. И в каждой из описанных в данном документе областей есть политические трудности: сколько тратить на медико-санитарную помощь, какой уровень охвата медико-санитарной помощью нужно обеспечить и как увеличить реальную ценность от финансирования медико-санитарной помощи. Поэтому одним из элементов "решения" должно быть признание этого основополагающего аспекта политического выбора.

## Библиография

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.
2. ВОЗ. Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (<http://www.euro.who.int/document/E91438r.pdf>, по состоянию на 28 января 2010 г.).
3. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. *Health care financing in the context of social security*. Report prepared for DG Internal Policies of the Union. Brussels, European Parliament, 2008.
4. OECD. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Economics Department Working Papers No. 477. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
5. Economic Policy Committee. *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact of public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, EPC/ECFIN/655/01-EN final. Brussels, Council of the European Union, 2001.
6. Economic Policy Committee and European Commission (DG ECFIN). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 member states on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers 2004–2050*, Special Report No. 1/2006. Brussels, European Commission, 2006.
7. Gerdtham U, Jönsson B. International comparisons of health expenditure. In: Culyer A, Newhouse JP (eds). *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2006.
8. Newhouse JP. Medical care costs: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*, 1992, 6(3):3–21.
9. Ginsburg PB. *High and rising health care costs: Demystifying U.S. health care spending*, Research Synthesis report No. 16, 2008 (<http://www.rwjf.org/files/research/101508.policysynthesis.costdrivers.rpt.pdf>, accessed 24 January 2009).
10. Cutler D, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs (Millwood)*, 2001, 20(5):11–29.
11. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*, 2006, 15(9):947–963.



12. Seshamani M, Gray A. *Age, proximity to death and future demands on the NHS*. London, Office of Health Economics, 2004.
13. Seshamani M, Gray A. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age and Ageing*, 2004, 33:556–561.
14. Congress of the United States Congressional Budget Office. *The long-term outlook for health care spending*. Washington DC, Congress of the United States, 2007.
15. Rechel B et al. *Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 г.
16. Busse R, van Ginneken E, Normand C. Re-examining the cost pressures. In: Figueras J et al. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:9–11.
17. Busse R et al. Responding to citizens' expectations? The role of health services in responsiveness. In: Figueras J et al. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:31–35.
18. Heller P. *Understanding fiscal space*. IMF Policy Discussion Paper DP/05/4. Washington DC, International Monetary Fund, 2005.
19. Gottret P, Schieber G. *Health financing revisited*. Washington DC, World Bank, 2006.
20. OECD and WHO. *OECD Reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
21. Kutzin J. *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. US health care spending in an international context. *Health Affairs*, 2004, 23(3):10–25.
23. Figueras J et al. *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

24. Suhrcke M et al. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Brussels, European Commission, 2005.
25. Suhrcke M et al. Investment in health could be good for Europe's economies. *British Medical Journal*, 2006, 333:1017–1019.
26. Suhrcke M et al. *Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.
27. Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, Commission on Macroeconomics and Health, 2001.
28. Wanless D. *Securing our future health: taking a long-term view (final report)*. London, HM Treasury, 2002.
29. Sorenson C, Drummond M, Kanavos P. *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, 2008.
30. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138(4):273–287.
31. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138(4):288–298.
32. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 2003, 327(7424):1129–1133.
33. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Affairs*, 2008, 27(1):58–71.
34. Schneider F. *Size and measurement of the informal economy in 110 countries around the world*. Paper presented at a workshop at the Australian National Tax Centre, ANU, Canberra, 17 July 2002. Linz-Auhof, Johannes Kepler University of Linz, 2002.
35. Schneider F. *The size and development of the shadow economies of the 22 Transition and 21 OECD countries*, Discussion Paper No 514. Bonn, IZA, 2002.
36. Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

37. Jost TS (ed). *Health care coverage determinations*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
38. Ham C, Robert G (eds). *Reasonable rationing: international experience of priority setting in health care*. Buckingham, Open University Press, 2003.
39. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. *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, 2008.
40. Thomson S, Mossialos E. Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, 2006, 16(4):315–327.
41. Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C. Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. In: Klusen N, Meusch A (eds). *Beiträge zum Gesundheits-management*. Baden-Baden, Nomos, 2007.
42. Wagstaff A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3):263–290.
43. Leinert J. Morbidität als Selektionskriterium. In: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (eds). *Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung*, Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK, 2006:67–76.
44. Schneider M. *Structure and experience of German opt-out system of statutory health insurance (GKV)*. Washington DC, World Bank, 2003.
45. Velasco-Garrido M, Busse R. *Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
46. Ettelt S et al. *The systematic use of cost-effectiveness criteria to inform reviews of publicly funded benefits packages*. A report commissioned by the Department of Health and prepared by the London School of Hygiene & Tropical Medicine. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2007.
47. Siciliani L, Hurst J. *Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries*, OECD Health Working Papers No. 7 DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.

48. Gemmill M, Thomson S, Mossialos E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *International Journal of Equity in Health*, 2008, 7(12). (<http://www.equityhealthj.com/content/7/1/12>, accessed 25 August 2009).
49. Lohr KN et al. Effect of cost sharing on use of medically effective and less effective care. *Medical Care*, 1986, 24(9 Suppl):S31–38.
50. Newhouse JP and The Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge and London, Harvard University Press, 1993:489.
51. Manning WG et al. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, 1987, 77(3):251–277.
52. Bach P. Cost sharing for health care – Whose skin? Which game? *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:358.
53. Braithwaite R, Rosen AB. Linking cost sharing to value: an unrivalled yet unrealized public health opportunity. *Annals of Internal Medicine*, 2007, 146(8).
54. MISSOC. Comparative tables on social protection: situation on 1 July 2008. Brussels, European Commission, 2008 ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en), accessed 22 April 2009).
55. Berk ML, Monheit AC. The concentration of health expenditures revisited. *Health Affairs*, 2001, 20(2):9–18.
56. Thomson S, Mossialos E, Jemai N. *Cost sharing for health services in the European Union*. Report prepared for the European Commission Directorate General for Employment and Social Affairs. London, London School of Economics and Political Science, 2003.
57. Barr N. *The economics of the welfare state (4th edition)*. Oxford, Oxford University Press, 2004.
58. Thomson S, Mossialos E. Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. *Journal of European Integration*, 2007, 29(1):89–107.
59. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001, 56(3):171–203.

60. Sandier S, Paris V, Polton D. *Системы здравоохранения: время перемен. Франция*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004 г.
61. Lisac M. Health care reform in Germany: not the big bang. *Health Policy Monitor*, November 2006. (<http://www.hpm.org/survey/de/b8/2>, accessed 10 November 2007).
62. WHO. *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region – overview of the situation in the WHO European Region*. Background paper prepared for meeting, Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region, 1–2 April 2009, Oslo, Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
63. Strandberg-Larsen M et al. *Системы здравоохранения: время перемен. Обзор системы здравоохранения. Дания. Том 9, №6 2007:1–164*. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.
64. Magnussen J. The recentralization of health care in Norway – expectations and effects. Presentation to parallel session on Health Financing at WHO/ Europe Ministerial Conference on Health Systems, Health and Wealth, 26 June 2008, Tallinn, Estonia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
65. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M (eds). *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, 2010 (forthcoming).
66. Rice N, Smith PC. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *Milbank Quarterly*, 2001, 79(1):81–113, IV.
67. van de Ven WP et al. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 2003, 65(1):75–98.
68. van de Ven WP et al. Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later. *Health Policy*, 2007, 83(2-3):162–179.
69. Hroboň P, Macháček T, Julínek T. *Healthcare reform for the Czech Republic in the 21st Century Europe*. Prague, Health Reform.cz, 2005.
70. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (eds). *Purchasing to improve health systems performance*. Buckingham, Open University Press, 2005:44-80.

71. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
72. Nolte E, McKee M (eds). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008.
73. Saltman R, Rico A, Boerma WGW (eds). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Buckingham, Open University Press, 2004.
74. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. *Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.
75. Saltman R, Busse R, Mossialos E (eds). *Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран*. Опубликовано от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения, издательство "Весь мир", 2002 г.
76. Stahl T et al. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health of Finland and European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
77. European Commission. *Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013*. Brussels, European Commission, 2007.
78. Declaration on 'Health in All Policies'. Rome, 18 December 2007. ([http://www.ministerodellasalute.it/imgs/C\\_17\\_primopianoNuovo\\_18\\_documenti\\_itemDocumenti\\_4\\_fileDocumento.pdf](http://www.ministerodellasalute.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf), accessed 25 August 2009).
79. Wismar M et al. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
80. Wismar M et al. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
81. WHO. WHO Statistical Information System: health system resources [online database]. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=\[Indicator\].\[HSR\].Members](http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=[Indicator].[HSR].Members), accessed 24 February 2009).

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

**Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения** – это партнерство, которое поддерживает способствует формированию политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. В рамках этого партнерства широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников, основываясь на опыте всех частей Европейского региона, анализирует тенденции реформирования здравоохранения в целях выработки обоснованных рекомендаций по актуальным стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).