

Анемичное здравоохранение

В последнее десятилетие перед началом пандемического кризиса общие государственные и частные расходы на здравоохранение, измеренные как доля валового внутреннего продукта, в среднем оставались на стабильном уровне в большинстве промышленно развитых стран, входящих в ОЭСР. *«Экономический кризис, начавшийся в 2008 году, положил конец длительному периоду, когда расходы на здравоохранение росли быстрее, чем ВВП»*, – отмечала ОЭСР в 2013 году, добавляя, что неясно, является ли это циклическим эффектом или отражает *«структурные изменения»*. Тенденция действительно сохранилась. После резкого падения в течение трёх лет после 2009 года ежегодный рост реальных расходов на здравоохранение на душу населения продолжался темпами ниже или равными темпам роста ВВП. В 2019 году в странах ОЭСР на здравоохранение тратили в среднем 8,8 % ВВП, и эта цифра остаётся практически неизменной с 2013 года. Расходы на здравоохранение в странах ЕС в период с 2013 по 2019 год также росли примерно теми же темпами, что и ВВП, увеличиваясь в среднем на 2,5 % в год в реальном выражении и оставаясь в зоне постоянных значений на уровне 10 % ВВП (*“OECD Health statistics 2023”*).

Чрезвычайные расходы, потребовавшиеся в связи с Covid-19, нарушили десятилетнюю тенденцию на два года. Расходы на здравоохранение на душу населения в реальном выражении выросли по странам ОЭСР в среднем на 4,3 % в 2020 году и на 8,1 % в 2021-м. Этот подъём в сочетании с замедлением экономического роста привёл к тому, что расходы на здравоохранение составили 9,7 % ВВП в среднем по ОЭСР и 10,9 % в ЕС. Однако этот рост был лишь временным. Когда чрезвычайная ситуация подошла к концу, к 2022 году эти расходы сократились в странах ОЭСР в среднем на 1,5 %, а их доля в ВВП вернулась к уровню, существовавшему до пандемии, а в трети государств-членов – к более низкому.

Плоская кривая

Замедление темпов роста расходов на здравоохранение встречает одобрение в финансовом мире. Журнал *The Economist* с облегчением отмечает, что во всём *«богатом мире»* расходы на здравоохранение, которые на протяжении десятилетий росли быстрее, чем остальная экономика, перестали увеличиваться. Среди экономистов, пишет лондонский еженедельник, неуклонный рост доли валового продукта, *«пожираемого»* здравоохранением, считался *«железным законом»*. Теперь им придётся задуматься снова. Несмотря на старение населения и последствия пандемии, *«здравоохранение больше не захватывает экономику»*. В странах ОЭСР *«доля расходов на здравоохранение в ВВП вернулась практически к уровню 2008 года»*. *«Из-за этого “сглаживания кривой” расходы на здравоохранение в регионе сегодня примерно на 2 триллиона долларов ниже, чем в период до 2009 года»*. Сдвиг особенно заметен в отдельных странах, и *«даже в Америке – стране дорогого здравоохранения – кое-что изменилось»* (28 октября 2023 г.).

В докладе ОЭСР за 2013 год выдвинута гипотеза о том, что изменение темпов роста расходов на здравоохранение может быть *«структурным»*, отражая такие явления, как внедрение новых технологий и лекарств и *«повышение эффективности»* финансирования систем здравоохранения. Аналитики журнала *The Economist*, похоже, склоняются к *«структурному тезису»*. Среди *возможных* причин беспрецедентного *«повсеместного замедления»* они называют, прежде всего, рост производительности труда, которого не избежали и медицинские услуги, несмотря на характеризующую их *трудоёмкость*, что способствовало сдерживанию роста стоимости лечения. *«Технологические изменения»*, возможно, также привели к *«общему замедлению»* в обращении к дорогостоящим инновациям, которые в предыдущие десятилетия приносили с собой резкий рост расходов.

Эти явления заслуживают дальнейшего изучения. Более явными являются меры по ограничению *государственной* составляющей расходов на здравоохранение. Правительства ввели более строгий контроль над ценами на лекарства, приняли правила, регулирующие и ограничивающие их выпуск, и попытались, при значительных различиях между странами в этом вопросе, сократить свои расходы на здравоохранение.

Время урезания расходов

Сам *The Economist* вынужден признать, что «после мирового финансового кризиса 2007–2009 годов многие европейские правительства, испытывающие нехватку средств, решили сократить расходы. Это включало и ограничение роста зарплат сотрудников» (*The Economist*, op. cit.). Добавим: а также их количества. Нехватка медицинских работников ощущается и во многих европейских странах, и в США. В Италии 20-летнее замораживание найма в Национальной системе здравоохранения привело к острой хронической нехватке врачей и медсестёр. По данным ОЭСР, в Италии на тысячу жителей приходится 6,5 практикующих медсестер, в Германии – 12,8. В Италии на одного врача приходится 1,5 медсестры, тогда как в Германии и Франции – 2,7.

В 2014 году мы писали в нашей газете: «Социальные издержки являются неотъемлемой частью империалистического противостояния. Давление правительств с целью пересмотра систем социального обеспечения ведёт нас к рассмотрению сокращения расходов на здравоохранение не как переходной стадии, а, скорее, как тенденции, спроецированной на ближайшее будущее и вынужденной воздействовать на многочисленные статьи расходов: от фармацевтики до товаров и услуг, от программ профилактики до расходов на персонал» (Вестник «Интернационалист» № 23. Июнь 2014). Государственное финансирование здравоохранения вынуждено конкурировать с другими «приоритетами», среди которых на первый план всё чаще выходят военные расходы.

Пандемия продемонстрировала повсеместный недостаток финансирования систем здравоохранения, утверждается в отчётах международных комиссий. Наиболее болезненными оказались последствия в странах, где дефициты в системе здравоохранения затрудняют не только ликвидацию последствий чрезвычайных событий, но и удовлетворение «штатных» потребностей: осмотры, обследования, операции, неприемлемое время ожидания которых часто приводит к отказу от них.

Аналитики журнала *The Economist* добавляют к причинам замедления темпов роста расходов на здравоохранение ещё и снижение покупательной способности. «Во всех странах существует удивительно прочная связь между благосостоянием и расходами на здравоохранение, даже там, где правительство предоставляет большую часть медицинских услуг». «Рост доходов на душу населения в богатых странах мира сегодня происходит гораздо медленнее, чем до 2008 года. По нашим оценкам, это объясняет 40-60 % уплощения кривой». В данном случае это «пиррова победа: расходы на здравоохранение не растут отчасти потому, что мир перестал становиться богаче». На данный момент важно то, что «здравоохранение не должно поглощать весь мир». С другой стороны, круг «неудовлетворённых потребностей» растёт.

Обращение к частным расходам

«Всеобщий охват услугами здравоохранения, – заявляет Всемирная организация здравоохранения, – означает, что все люди имеют доступ к полному спектру необходимых им качественных медицинских услуг, когда и где они в них нуждаются, не испытывая при этом финансовых трудностей».

Большинство стран-членов ОЭСР достигли всеобщего или почти всеобщего охвата, по крайней мере, основными медицинскими услугами, но в некоторых из них, в том числе в Европе, значительная часть населения (не только иммигранты) всё ещё остаётся за его пределами, а для полного доступа существуют многочисленные препятствия. В джунглях различных систем здравоохранения услуги, входящие в страховые «пакеты», значительно отличаются по их получателям, типам и размерам участия государства в расходах. Так, частные расходы на здравоохранение варьируются от 47 % от общего объёма в Мексике до 13,5 % в Германии. В среднем в странах ОЭСР более одной пятой всех расходов на здравоохранение оплачивается непосредственно домохозяйствами, в Европейском союзе – 18 %.

В странах ЕС, не считая доли, поглощаемой добровольным страхованием, *прямые (out-of-pocket)* расходы на медицинские товары и услуги, включая квитанции на оказание медицинских услуг, составили в среднем 15 % от общих расходов на здравоохранение в 2020 году. В среднем они достигают около 3 % бюджета домохозяйств, но с большими различиями в зависимости от категорий их доходов. ВОЗ также выделила пороговые показатели удельного веса расходов *out-of-pocket* в бюджете домохозяйств. Если они

превышают 10-20 % дохода или потребления домохозяйства, это называется «катастрофическими расходами на здравоохранение» (ВОЗ, “Universal health coverage global monitoring report 2023”).

Убогий универсализм

В анализе стран ЕС, охватывающем годы перед пандемией, пороговый показатель катастрофических расходов на здравоохранение был установлен на уровне 40 % от остаточного дохода домохозяйства после вычета стандартной суммы на питание, жильё и коммунальные услуги. Доля домохозяйств с катастрофическими расходами составляла в среднем около 7 %, варьируясь в разных странах от более 15 % до менее 2 % (в Италии – 9,4 %). Риск понести расходы на здравоохранение сосредоточен в беднейших квинтилях (ОЭСР/ЕС, “Health at a glance: Europe”, 2022).

Взгляд за пределы “богатого мира” представляет ещё более драматичную картину. Достижение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения в 2030 году было одной из целей, поставленных всеми странами-членами ООН в 2015 году и подтверждённых в 2019-м (“Цели устойчивого развития 2023”). Прогресс в достижении этой цели замедлился после 2015 года и остановился после 2019-го. В 2021 году «около 4,5 миллиарда человек не были полностью охвачены основными услугами» (ВОЗ, “Universal health coverage”, 5 октября 2023 г.). Это означает, что «доля населения, несущего катастрофические прямые расходы на здравоохранение, неуклонно росла с 9,6 % в 2000 году до 13,5 % в 2019 году, когда она превысила 1 миллиард человек». В 2019 году прямые расходы на здравоохранение втянули в крайнюю нищету ещё 344 миллиона человек и 1,3 миллиарда – в относительную.

Февраль 2024 г.