

Две тенденции здравоохранения

Текущие ежегодные расходы на здравоохранение на душу населения, выраженные в долларах по международному паритету покупательной способности (ППС), за 20 лет выросли более чем в два раза – с 599 долларов в 2000 году до 1.535 долларов в 2020-м (база данных Всемирного банка и ВОЗ по глобальным расходам на здравоохранение). Темпы роста и базовые показатели в разных странах сильно отличаются. Среди членов ОЭСР рост составил в среднем 160 %, в еврозоне – 145 %, среди стран с низким уровнем дохода – 118 %. В глобальных масштабах разрыв остаётся ужасающим. На здравоохранение тратится от минимальных 45 долларов США на человека в Демократической Республике Конго до 12.000 долларов США в Соединённых Штатах. Средний показатель в странах с низким уровнем дохода составляет 100 долларов в год, среди членов ОЭСР – около 5.900, в еврозоне – 5.300. Этот разрыв увеличился ещё сильнее в результате недавнего пандемического кризиса. Согласно последнему “Индексу человеческого развития”, рассчитанному Организацией Объединённых Наций, пандемия увеличила неравенство между самыми богатыми и самыми бедными странами, прервав два десятилетия сближения и вернув ситуацию к уровню 2015 года (*Financial Times*, 15 марта). Что касается расходов на здравоохранение, то в 2010 году в странах с низким уровнем дохода траты на душу населения составляли 2 % от расходов в странах с высоким уровнем дохода, а к 2020 году эта доля сократилась до 1,5 % (Всемирный банк).

Социальное обеспечение отстает

Пандемия Covid-19 показала, что *«системы здравоохранения были плохо подготовлены, не укомплектованы персоналом и не получали достаточных инвестиций»*, утверждает в недавнем докладе секретариата ОЭСР (“Fiscal sustainability of health systems”, 2024). Удовлетворение потребностей, остававшихся без внимания в период пандемии, и дополнительных нужд, обусловленных технологическими инновациями и старением населения, потребует увеличения доли общественного богатства, выделяемой на здравоохранение, медицинское оборудование и персонал. Прогнозы указывают на необходимость выделения 3 процентных пунктов ВВП к 2040 году. Однако, как утверждает в исследовании, необходимо будет принять меры по повышению эффективности, чтобы не подвергать риску государственные счета: *«Конкурирующие приоритеты государственных расходов также обуславливают сжатие бюджетов на здравоохранение»*.

Проблема финансовой устойчивости расходов на здравоохранение в империалистических метрополиях существует давно. Высокие темпы роста в годы беспрецедентного экономического развития (“славное тридцатилетие”) позволили запустить восходящий цикл социал-демократизации, финансировавший различные модели государства всеобщего благосостояния, а также питавший паразитическую составляющую империалистической фазы. Замедление роста с середины 1970-х годов прервало этот цикл.

Конкуренция между державами, писал Арриго Черветто в 1981 году, включает в себя и борьбу вокруг социального обеспечения. *«Либеризм становится необходимостью для реструктуризации, в которую втянуты все метрополии и которая принуждает их к ожесточённой борьбе за повышение общей производительности труда, и она не может быть повышена только в промышленности. Должны быть снижены общие расходы. На идеологическом уровне эта борьба принимает вид сражения между этатистскими и либеристскими идеями, но столкновение идей – это лишь поверхностное явление. В действительности же речь идёт о столкновении интересов»¹*.

В 1994 году в документе, опубликованном ОЭСР, рассматривались тенденции расходов на здравоохранение с 1960 года и признавалось, что бюджетный контроль позволил несколько замедлить темпы роста. Однако под давлением ряда факторов, в том числе демографических, требовалось дальнейшее сокращение социальных расходов. В странах ОЭСР в период с 1960 по 1992 год доля расходов на здравоохранение в ВВП увеличилась более чем в два раза – с менее чем 4 % до более чем 8 %, причём в течение 30-летнего периода рост происходил двумя разными темпами: в 1960–1975 годах он составлял 2,8

процентных пункта, а в последующие 15 лет – 1,2 пункта. Показательна и динамика государственных расходов на здравоохранение. С 1960 по 1975 год их доля в общих расходах на здравоохранение выросла с 64 до 78 %, а затем снизилась до 76 % в 1992-м (Howard Oxley, Maitland MacFarlan, “Health care reform controlling spending and increasing efficiency”, ОЭСР, 1994).

В 2019 году среди стран ОЭСР доля расходов на здравоохранение в ВВП составила 8,8 %, практически не меняясь с 2013 года.

...и на начальной стадии

Для старых метрополий *нисходящая фаза социал-демократизации* означает реорганизацию империалистических систем социального обеспечения. В здравоохранении политика экономии государственных средств чаще всего дела ставку на повышение эффективности услуг.

Экономики, ставшие за последние двадцать лет великими державами и вступившие на путь империалистической зрелости, должны, напротив, распутать узел строительства собственной системы здравоохранения. Двадцать лет назад мы писали: *«Политический цикл социал-демократизации и восходящей империалистической идеологии открывается в Китае, Индии и Бразилии. Час “реформистского выбора крупного капитала”, который мы анализировали в контексте Италии 1960-х и 1970-х годов, теперь пробил в Пекине, в Шанхае, в Нью-Дели, в Сан-Паулу»* (приложение к Бюллетеню “Интернационалист” № 29. Апрель 2004). Для развивающихся держав предвиделся *«восходящий цикл социал-демократизации»*, подразумевающий в том числе создание эффективных систем здравоохранения.

В период с 2000 по 2020 год расходы на здравоохранение на душу населения по паритету покупательной способности выросли почти в семь раз в Китае и в четыре раза в Индонезии. В Южной Корее, входящей в ОЭСР, они увеличились в пять раз – с 726 долларов США до примерно 3.800 долларов США. В Бразилии показатель увеличился с 751 до 1.500, в Китае – со 140 до 962, в Индонезии – с 94 до 415, в Индии – с 86 до 191 (Всемирный банк).

В метрике *доли* национальных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, тенденция за 20-летний период лучше демонстрирует неравномерность ритмов. Остановимся на 2019 году, до пандемического кризиса: Южная Корея прошла путь от расходов на здравоохранение в размере 3,9 % ВВП до 8,2 %, Бразилия – от 8,3 до 9,6. В Китае этот показатель оставался более или менее стабильным на уровне около 4,5 до 2012 года, а затем вырос до 5,4 %; в Индонезии он увеличился с 1,8 до 2,9, а в Индии постепенно снижался с 4,2 до 2,9 (ОЭСР).

Однако в этих пяти странах чуть менее половины всех расходов на здравоохранение являются *частными*: от 35 % в Корее до 62 % в Индии (по сравнению со средним показателем по ЕС в 18 %). Это означает, что значительную часть расходов несут непосредственно домохозяйства. В Китае реформы здравоохранения теоретически привели к всеобщему охвату населения. На практике же государственная доля составляет лишь 55 % от общих медицинских расходов, и эта цифра была выше в 2015 году – на уровне 60 %. Изъяны государственной системы вынуждают людей платить из своего кармана за большую часть медицинских услуг, как дома, так и в больнице. Следование по пути “империалистического социального обеспечения” влечёт за собой выбор иных приоритетов в государственных расходах.

Недоступное здравоохранение

Рост доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение уже происходит во многих странах с развивающейся экономикой (см. таблицу), однако отрыв от средних показателей Запада остаётся значительным. В 2019 году доля государственного компонента в общих расходах на здравоохранение в Европейском союзе составляла 75 %, в то время как в среднем по миру этот показатель находился на уровне 60 %.

Всеобщий охват услугами здравоохранения в терминологии ВОЗ означает гарантию каждому человеку *«полного спектра медицинских услуг»* без финансового бремени и, по определению ВОЗ, *«охватывает весь спектр основных медицинских услуг, от укрепления здоровья до профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи»*. Индекс охвата услугами измеряется (по шкале от 0 до 100) средним охватом основных услуг, их качеством и доступностью. В последнем докладе ВОЗ и Всемирного банка о всеобщем охвате услугами

здравоохранения отмечается «тревожная картина стагнации доступа к основным услугам здравоохранения и растущих финансовых трудностей, связанных с оплатой медицинских услуг из собственных средств, от которых особенно страдают беднейшие и наиболее уязвимые слои населения». (“Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report”). «Более половины населения мира не имеет полного доступа к базовым услугам здравоохранения». Пандемия замедлила этот процесс, однако с 2015 года охват населения не изменился, а в большинстве из 194 стран, охваченных исследованием, ситуация ухудшилась или не претерпела значительных изменений. За последние 20 лет менее трети из 138 стран, по которым имеются данные, улучшили охват медицинским обслуживанием и одновременно сократили долю населения, подверженного “катастрофическим” расходам из личных средств семейных бюджетов.

«Достижение цели универсального охвата услугами здравоохранения к 2030 году требует значительных инвестиций со стороны государственного сектора. [...] Это включает в себя укрепление систем здравоохранения на основе подхода, базирующегося на первичной медицинской помощи, и обеспечение справедливости как в предоставлении основных медицинских услуг, так и в аспекте финансовой защищённости».

Март 2024 г.

ДОЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ В ОБЩИХ РАСХОДАХ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	2000	2019	разн., %
Китай	22,0	56,0	+154,5
Индонезия	29,7	48,9	+64,6
Индия	20,7	33,5	+61,8
Страны со средним уровнем дохода	42,8	55,4	+29,4
Южная Корея	50,3	59,5	+18,3
ОЭСР	59,3	62,1	+4,7
Мир	57,4	60,2	+4,9
ЕС-27	74,8	74,8	=
Еврозона	74,3	74,1	-0,3
Бразилия	41,6	40,7	-2,2
Страны с низким уровнем дохода	29,0	20,7	-28,6

Источник: Всемирный банк.

¹ – Черветто А. Всемирное противостояние. СПб.: АНО «ЦМИ “Новый Прометей”», 2019. С. 80.