

Недавнее сокращение государственных расходов на здравоохранение, скорее всего, не будет продолжительным

Бенедикт Клементс, Санджив Гупта и Шан Баопин

ОГРАНИЧЕНИЕ роста государственных расходов на здравоохранение является одним из наиболее важных вопросов для бюджета, встающих перед странами с развитой экономикой. Такие расходы за последние три десятилетия значительно увеличились (Clements, Coady, and Gupta, 2012), и на них приходится почти половина роста всех непроцентных государственных расходов за эти годы.

За тот же период частные расходы на здравоохранение, которые в среднем составляют почти четверть всех расходов на здравоохранение в странах с развитой экономикой, также возросли. Хотя более высокие расходы на здравоохранение совпали с колоссальным улучшением состояния здоровья населения, они также оказали существенное давление на бюджеты, особенно сейчас, когда совокупный государственный долг в процентах к ВВП достиг беспрецедентных уровней.

Начиная с 2010 года темп роста расходов на здравоохранение замедлился, и крайне важно понимать, что это значит. Сохранится ли это замедление на длительный срок, и находятся ли расходы на здравоохранение под контролем? В прошлом периоды замедления роста обычно сменялись ускорением (см. рис. 1). Будет ли что-то по-другому на этот раз? Ответы на эти вопросы будут иметь серьезные последствия для долгосрочных перспектив развития экономики в развитых странах. Повышение расходов на здравоохранение в этих странах может вынудить правительства либо снизить расходы в других приоритетных областях (таких как образование и инфраструктура), либо замедлить темпы сокращения государственного долга — и то, и другое может затормозить перспективы экономического роста в этих странах.

Одновременное замедление

Начавшееся в 2010 году замедление роста государственных расходов на здравоохранение произошло практически во всех странах с развитой экономикой. Государственные расходы на здравоохранение включают оплату услуг, предоставляемых в государственных больницах и учреждениях здравоохранения, а также государственное медицинское страхование, с помощью которого покрывается лечение в частных больницах, услуги частных врачей и младшего медицинского персонала. В среднем государственные расходы на здравоохранение в этих странах снизились с 7,4 процента ВВП в 2009 году до 7,1 процента ВВП в 2011 году. В 2012 году, самом последнем, по которому имеются сравнительные данные, среднее значение государственных расходов на здравоохранение как доли ВВП немного увеличилось. Рост государственных расходов на здравоохранение, скорректированный на инфляцию, дает такую же картину — он сократился с 4,5 процента в 2009 году почти до нуля в 2010 году. Хотя рост расходов в реальном выражении восстановился в 2011 и 2012 годах, он все равно оставался гораздо ниже среднего исторического значения.

Замедление роста было более значительным в наиболее сильно пострадавших от мирового финансового кризиса и испытывавших резкий спад объема производства странах — Греции, Ирландии, Исландии, Испании и Португалии. Но в странах, в меньшей степени затронутых кризисом, таких как Германия, Израиль и Япония, темпы роста расходов почти или совсем не замедлились (см. рис. 2). Замедление коснулось расходов практически всех видов здравоохранения: стационарной и амбулаторной

помощи, фармацевтики, профилактики и работы по поддержанию общего здоровья населения (Morgan and Astolfi, 2013).

Замедление роста по всем видам расходов и практически во всех развитых странах, произошедшее почти в одно и то же время, дает основания полагать, что за ним стоял единый фактор. Общим элементом, похоже, был мировой финансовый кризис, сказавшийся на экономической активности и потенциале правительств по финансированию продолжавшегося роста государственных расходов на здравоохранение.

Продолжительность замедления будет зависеть от будущей эволюции факторов, определяющих увеличение расходов. Существует пять основных факторов.

Старение населения. Обычно потребность в здравоохранении возрастает по мере старения населения. Средний возраст населения в развитых странах, по прогнозам, увеличится в течение следующих 20 лет в результате продолжающегося увеличения продолжительности жизни, что, вероятно, приведет к дальнейшему росту расходов на здравоохранение.

Увеличение доходов. Растущие доходы обычно связаны с повышением спроса на большее число услуг в области здравоохранения и их более высокое качество. Однако точное значение эластичности по доходу (то есть изменение спроса на услуги в области здравоохранения в ответ на изменение дохода) является предметом жарких споров и является неопределенным. Недавние исследования показывают, что эластичность по доходу спроса на медицинскую помощь меньше или приблизительно равна 1,0 (Maisonneuve and Martins, 2013).

Технический прогресс. Усовершенствование медицинских технологий является одним из важнейших определяющих факторов расходов на здравоохранение. Постоянная разработка новых процедур и лекарственных средств очень существенно расширила возможности профилактики и лечения заболеваний,

Рисунок 1

Будущее под вопросом

Сохранится ли текущее замедление темпов роста расходов на здравоохранение (зеленая пунктирная линия), или, как уже случалось в прошлом, за ним последует новый подъем (фиолетовая пунктирная линия)?

(Государственные расходы на здравоохранение, в процентах ВВП)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Обведенные кругом области указывают периоды замедления роста расходов на здравоохранение в странах с развитой экономикой.



Ребенок на приеме у педиатра, Лозанна (Швейцария).

но дороговизна технологий также привела также к быстрому росту расходов.

Эффект Баумоля. Названный в честь открывшего его экономиста Уильяма Дж. Баумоля эффект относится к относительно высокому увеличению издержек на рабочую силу в расчете на единицу продукции там, где сложно достичь роста производительности, в том числе в области предоставляемых государством услуг. В области промышленного производства производительность можно повысить путем внедрения новых процессов, сокращающих число работников, требующихся для производства определенного объема продукции. В области здравоохранения, однако, сложно повысить производительность ввиду ограниченного потенциала по сокращению числа врачей и младшего медперсонала без ущерба качеству услуг. Зарплата в секторе здравоохранения растет в соответствии с изменениями среднего показателя по экономике, в отличие от производительности, поэтому издержки на рабочую

силу в расчете на единицу продукции увеличиваются более резко в области здравоохранения.

Политика в области здравоохранения и институты. Политика в области здравоохранения и институты могут влиять на расходы посредством их воздействия одновременно и на спрос, и на предложение. На стороне спроса политика определяет сферу действия государственных пакетов льгот или степени, в которой издержки делаются с пациентом (например, долевая оплата обращений к врачам или приобретения рецептурных лекарств). Со стороны предложения политика напрямую влияет на расходы (например, расходы на государственные медицинские учреждения) или косвенно через платежи частным больницам и врачам из средств государственного медицинского страхования (такого как Medicare в Соединенных Штатах).

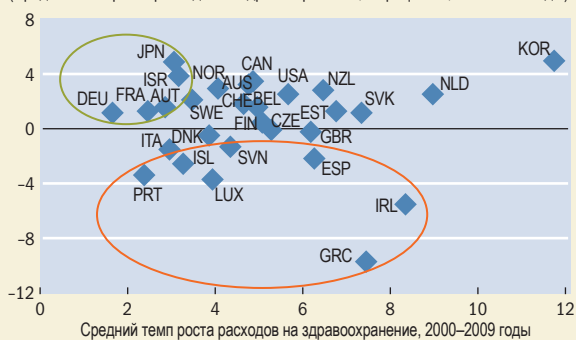
Нет никаких свидетельств того, что ситуация со старением населения, технический прогресс или эффект Баумоля претерпели серьезные изменения в последние годы. Эти факторы вряд ли объясняют внезапное замедление государственных расходов на здравоохранение, наблюдаемое после 2010 года. Это замедление можно было бы объяснить более медленным ростом доходов в результате недавнего экономического кризиса или изменениями политики и институтов в области здравоохранения. Однако важно видеть различие между *структурными реформами*, призванными улучшить функционирование и повысить эффективность системы здравоохранения, и мерами, являющимися временными (и непостоянными) ответом на изменение макроэкономических и бюджетных условий. Структурные изменения обычно имеют долговременное воздействие на рост государственных расходов на здравоохранение, в то время как воздействие временных мер сокращается по мере улучшения макроэкономических и бюджетных условий.

Рисунок 2

Замедление

В наиболее сильно пострадавших от мирового финансового кризиса странах замедление темпов роста расходов на здравоохранение было наиболее значительным.

(Средний темп роста расходов на здравоохранение, в процентах, 2010–2012 годы)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Все данные представлены в реальном выражении с поправкой на инфляцию. В странах, обведенных зеленым, темпы роста расходов почти или совсем не замедлились. В странах, обведенных красным, темп роста расходов замедлился сильнее всего. Обозначение стран соответствует кодам, публикуемым Международной организацией по стандартизации (ИСО).

Немедленная экономия средств

Помимо более медленного роста доходов, сокращение расходов во время недавнего замедления экономического роста, кажется, отражает меры политики, понизившие уровни расходов в краткосрочном плане в ответ на ужесточение макроэкономических и бюджетных условий. Таким образом, эти меры политики вряд ли окажут воздействие на долгосрочный *рост* расходов на здравоохранение. Меры, введенные во многих странах, в основном имели целью немедленную экономию средств, а не повышение эффективности и качества расходов на здравоохранение. В Греции, Ирландии, Испании, Италии и Португалии меры касались всеобъемлющего сокращения национальных бюджетов

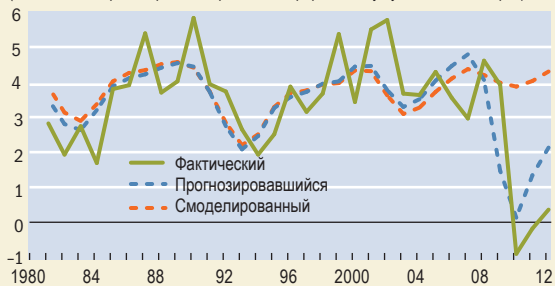


Рисунок 3

Как и прогнозировалось

Государственные расходы на здравоохранение тесно связаны с изменениями таких показателей экономики, как безработица и объем производства, что дает основания полагать, что по мере восстановления стран с развитой экономикой после мирового финансового кризиса темп роста расходов будет нарастать.

(Расходы на здравоохранение, реальный прирост на душу населения, в процентах)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Все данные представлены в реальном выражении после поправки на инфляцию. Прогнозировавшийся обозначает темп роста государственных расходов на здравоохранение в соответствии с прогнозом в рамках экономической модели на основе таких макроэкономических факторов, как безработица, темпы экономического роста и государственный долг. Спрогнозированное поведение довольно близко совпадает с фактическим темпом роста за 1980–2012 годы. Смоделированная линия после 2008 года показывает прогноз модели относительно темпа роста расходов на здравоохранение, если бы мировой кризис не произошел. (Она заменяет фактические показатели макроэкономических факторов в 2008–2012 годах их средними значениями за 2000–2007 годы.)

на здравоохранение; в Австрии, Бельгии, Греции, Ирландии, Испании, Нидерландах и Португалии — сокращения расходов на фармацевтические и другие медицинские товары; в Ирландии, Испании, Чешской Республике и Эстонии — сокращения платы медучреждениям; в Дании, Греции, Ирландии, Испании, Португалии, Словении, Соединенном Королевстве и Чешской Республике — сокращения заработной платы (Mladovsky et al., 2012). В то время как меры на уровне макроэкономики (называемые так потому, что они влияют на общий уровень расходов без конкретных целей) помогают сократить расходы в краткосрочном плане, они менее действенны в том, что касается сдерживания роста расходов в долгосрочном плане, если не сопровождаются реформами, например, внедряющими конкуренцию и совершенствующими стимулы по предложению самых экономически эффективных услуг (Clements, Coady, and Gupta, 2012). Более того, некоторые из этих макроэкономических мер, такие как сокращение расходов на пропаганду здоровья и профилактику заболеваний, могут повысить давление в сторону увеличения расходов в более долгосрочной перспективе, поскольку неблагоприятные эффекты от этого для здорового образа жизни могут в будущем повысить потребность в дорогостоящем медицинском лечении.

Эконометрический анализ показывает, что макроэкономические и бюджетные индикаторы (такие как темпы экономического роста, безработица и валовой государственный долг) являются важными факторами, определяющими рост государственных расходов на здравоохранение в связи с их прямым и косвенным воздействием на некоторые из описанных выше основных факторов роста этих расходов. Анализ на основе модели, использовавшей годовые данные для всех развитых стран за период с 1980 по 2012 год, показал, что замедление темпов экономического роста и растущая безработица снижают темп роста государственных расходов на здравоохранение.

Высокий уровень государственного долга также сокращает рост государственных расходов на здравоохранение, ввиду того что имеющие высокий долг правительства не могут позволить

себе значительно увеличивать расходы. Практически весь спад в темпах роста государственных расходов на здравоохранение между 2008 и 2010 годами можно объяснить этими факторами. Для этого периода наблюдаемый рост государственных расходов на здравоохранение и рассчитанное нашей моделью значение очень близки (см. рис. 3). Более того, модель также точно предсказывает последующее увеличение темпов роста государственных расходов на здравоохранение в 2011 и 2012 годах. Если бы не произошел экономический кризис, то, согласно предсказаниям модели, рост государственных расходов на здравоохранение остался бы в целом неизменным относительно своей докризисной траектории. Не будучи бесспорными, полученные результаты дают основания предположить, что недавнее замедление в основном является временным.

Будущее расходов

Доступные данные о расходах на здравоохранение из семи стран (Германии, Исландии, Италии, Кореи, Нидерландов, Норвегии и Финляндии) показывают их дальнейшее повышение на 0,1 процент ВВП в 2013 году, что соответствует предсказаниям модели. В Соединенных Штатах данные Бюро экономического анализа указывают на более быстрый рост потребительских расходов на больницы, дома сестринского ухода, посещение терапевтов и другие медицинские услуги в течение первого квартала 2014 года, хотя часть этого роста может быть связана с расширением охвата населения медицинским страхованием в соответствии с Законом о защите пациентов и доступной помощи (так называемая реформа здравоохранения Обамы). Более недавние исследования по США также указывают, что замедление происходило в основном из-за экономических условий, а не структурных изменений в секторе здравоохранения (Chandra, Holmes, and Skinner, 2013; Dranove, Garthwaite, and Ody, 2014).

Хотя замедление, скорее всего, будет в основном временным, оно может оказать постоянное воздействие на государственные расходы на здравоохранение в некоторых странах с развитой экономикой в силу двух причин.

- Когда восстановится исторический темп роста государственных расходов на здравоохранение, этот рост будет иметь более низкую отправную точку с точки зрения расходов, чем если бы кризиса не произошло.
- В ближайшее время не ожидается возвращения на докризисные уровни некоторых макроэкономических и бюджетных факторов, сдерживающих рост расходов (как, например, высокие коэффициенты государственного долга).

В наших прогнозах (см. рис. 4) мы включаем более низкие уровни расходов в соответствии с недавними измерениями и допускаем, что темпы роста расходов лишь постепенно будут возвращаться на средние исторические показатели по мере восстановления экономики. Прогнозы до 2019 года основываются на макроэкономических прогнозах из «Перспектив развития мировой экономики» МВФ (темпы экономического роста, отношение совокупного государственного долга к ВВП и уровень безработицы). После 2019 года прогноз допускает, что чрезмерный рост издержек (разницы между ростом расходов на здравоохранение и ростом ВВП после корректировки на эффект старения населения) постепенно вернется к среднему историческому значению к 2030 году. В среднем мы прогнозируем увеличение государственных расходов на здравоохранение на 1½ процентных пункта ВВП в течение 2014–2030 годов. Менее половины увеличения произойдет в результате старения населения, остальная часть отражает чрезмерный рост издержек в связи с появлением более передовых, но дорогих технологий, ростом доходов населения, эффектом Баумоля, а также политикой в области здравоохранения и институтами.

Результаты также указывают на то, что в течение следующих пятнадцати лет между странами возникнут широкие расхождения в темпах роста расходов. В США государственные расходы на здравоохранение (включая все программы здравоохранения на уровне федерального правительства и штатов), по прогнозам, увеличатся на 4½ процентных пункта ВВП. Ожидается, что рост государственных расходов на здравоохранение в Греции, Ирландии, Исландии, Испании и Португалии составит в среднем не менее 1 процентного пункта ВВП. Это объясняется сохраняющимся воздействием мирового кризиса на государственные финансы и макроэкономические условия в этих странах.

Последствия для налогово-бюджетной политики

Последствия таких прогнозов существенны для долгосрочного государственного финансирования в странах с развитой экономикой. Для достижения своих среднесрочных целевых показателей в бюджетной сфере этим странам придется увеличить доходы или еще больше сократить расходы. Один из способов измерения масштаба требуемой корректировки — это оценка того, насколько странам необходимо увеличить «первичное сальдо» (доходы минус расходы без учета процентов) в течение 2014–2020 годов для достижения своих целей. Последние оценки показывают, что требуемая корректировка в среднем будет составлять 2¼ процентных пункта ВВП (МВФ, 2014). Кроме того, странам придется бороться с растущими пенсионными расходами, которые, как ожидается, увеличатся на 1 процентный пункт ВВП в течение следующих 15 лет ввиду старения населения. В результате совокупный объем требуемой бюджетной корректировки (в том числе прогнозируемый рост расходов на здравоохранение) составит 4¾ процентных пункта ВВП — устрашающая цифра, подчеркивающая необходимость повышения эффективности государственных расходов, что вполне возможно в ряде областей. Такими областями являются, в том числе, реформа заработной платы и занятости в секторе государственного управления; обеспечение более точного соответствия расходов на образование развивающимся потребностям, которые меняются по мере старения населения; и адресное распределение социальных пособий в пользу домохозяйств с низкими доходами, что позволит правительствам с меньшими издержками добиваться своих целей по обеспечению равенства и справедливости.

Что касается здравоохранения, страны с развитой экономикой не беспомощны и могут предпринять множество мер по контролю над своими расходами и ограничению роста этих издержек в последующие годы. В число таких потенциальных мер входят следующие.

- Реформы, стимулирующие конкуренцию и выбор, которые могли бы включать конкуренцию между страховщиками и медицинскими учреждениями, а также раскрытие информации о стоимости и качестве услуг в области здравоохранения.
- Большой упор на первичную и профилактическую помощь, что может снизить потребность в более дорогостоящем лечении ввиду более удовлетворительного состояния здоровья населения.
- Совершенствование систем оплаты услуг медицинских учреждений в целях стимулирования предоставления наиболее эффективного и недорогого лечения. Отход от простых систем компенсаций любых издержек за услуги медучреждений позволит снизить стимулы по предоставлению необязательного лечения. Такое совершенствование может включать платежи за услуги на основе «групп в зависимости от диагноза», которые указывают протоколы лечения для данного набора заболеваний и соответствующую структуру расценок.
- Более широкое внедрение систем управления медицинской информацией для сбора, хранения и обмена данными пациентов. Эти системы могут одновременно и улучшить результативность мероприятий по охране здоровья, и сократить издержки.

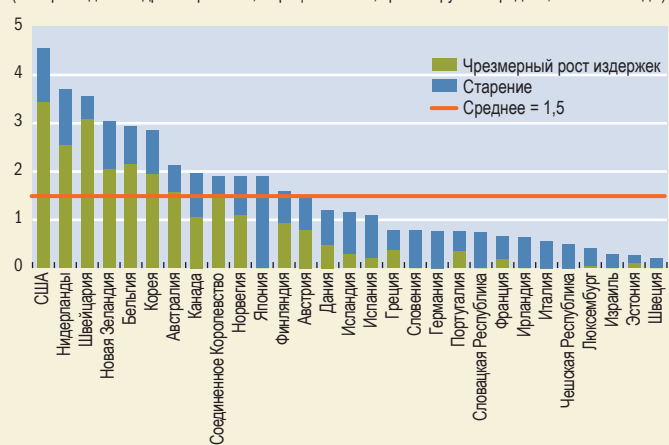
Другими словами, расходы на здравоохранение не находятся под полным контролем в странах с развитой экономикой, что

Рисунок 4

Рост расходов

Государственные расходы на здравоохранение увеличатся приблизительно на 1,5 процента ВВП в странах с развитой экономикой в течение следующих 15 лет. Менее половины придется на старение населения; остальное произойдет из-за технологий, роста доходов и структурных факторов.

(Рост расходов на здравоохранение, в процентах ВВП, прогнозируемое среднее, 2014–2030 годы)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Все данные скорректированы на инфляцию. Чрезмерный рост издержек — это рост государственных расходов на здравоохранение, превышающий рост ВВП после учета старения населения. Отражает усовершенствованные, но более дорогостоящие технологии, рост доходов и увеличивающиеся издержки на рабочую силу в расчете на единицу продукции (эффект Баумоля).

подчеркивает важность проведения действенных структурных реформ, направленных на сохранение и приумножение достигнутых ранее впечатляющих успехов в области здравоохранения, а также на сокращение роста этого вида расходов до темпов, поддающихся лучшему контролю. ■

Бенедикт Клементс — начальник отдела, Санджив Гунта — заместитель директора, Шан Баопин — экономист (все они — сотрудники Департамента по бюджетным вопросам МВФ).

Литература:

- Chandra, Amitabh, Jonathan Holmes, and Jonathan Skinner, 2013, “Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending,” *Brookings Papers on Economic Activity* (Fall).
- Clements, Benedict, David Coady, and Sanjeev Gupta, eds., 2012, *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Washington: International Monetary Fund).
- Dranove, David, Craig Garthwaite, and Christopher Ody, 2014, “Health Spending Slowdown Is Mostly Due to Economic Factors, Not Structural Change in the Health Care Sector,” *Health Affairs*, Vol. 33, No. 8, pp. 1399–406.
- International Monetary Fund (IMF), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, October).
- Maisonneuve, Christine, and Joaquim Oliveira Martins, 2013, “A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures,” *OECD Economics Department Working Paper No. 1048* (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).
- Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, and Martin McKee, 2012, “Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe,” *Policy Summary No. 5* (Copenhagen: World Health Organization).
- Morgan, David, and Roberto Astolfi, 2013, “Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?” *OECD Health Working Paper No. 60* (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).