

МИРОВОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР



Продолжительность жизни и здравоохранение в странах ОЭСР

Рубрику ведет



Екатерина
ЩЕРБАКОВА

Продолжительность жизни растет на фоне роста расходов на здравоохранение

В предыдущем выпуске Демографического барометра были рассмотрены тенденции изменения продолжительности жизни и некоторых основных рисков для здоровья по данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)[1].

Как показали результаты анализа данных о продолжительности жизни и социально-экономических факторах, предположительно влияющих на нее, за 1995-2015 годы[2], снижение распространенности некоторых рисков для здоровья – курения и потребления алкоголя – внесло свою лепту в повышение продолжительности жизни, однако более существенный вклад в ее рост был связан с повышением расходов на здравоохранение.

За рассматриваемый период ожидаемая продолжительность жизни при рождении[3] увеличилась в среднем по 34 странам-членам ОЭСР (ОЭСР-34, без Латвии, вошедшей в ОЭСР лишь недавно) почти на 5 лет – с 75,8 года в 1995 до 80,7 года в 2015 году[4].

Рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении отмечался во всех странах ОЭСР. Наибольший выигрыш получили Эстония (9,8 года), Турция (8,7) и Южная Корея (8,3), а наименьший – Мексика (2,7), США (3,1), Швеция и Греция (по 3,3 года). Различия между странами ОЭСР по ожидаемой продолжительности жизни при рождении сократились (с 11,7 до 9,3 года), но остались значительными (от 74,6 года в Латвии до 83,9 года в Японии в 2015 году).

В тот же период большинство стран ОЭСР постоянно увеличивали свои расходы на здравоохранение, но в разной степени и с разным эффектом повышения продолжительности жизни. Это хорошо видно на примере некоторых стран с наиболее высоким уровнем дохода (ВВП на душу населения) (рис. 1). В 1995-2015 годы ожидаемая продолжительность жизни при рождении и среднедушевые расходы на здравоохранение росли во всех странах, но в США при наиболее высоком уровне расходов и их наибольшем приросте (на 3879 долларов США, пересчитанных по паритету покупательной способности 2010 года) повышение продолжительности жизни было самым скромным (на 3,1 года). В остальных странах прирост расходов на здравоохранение был более умеренным (в большинстве менее 2000 долларов США), но прирост продолжительности жизни более весомый (от 4,0 до 4,5 года). В Японии, где уровень расходов на здравоохранение в 2,2 раза ниже, ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла почти 84 лет, тогда как в США

она пока еще едва дотягивает до 79 лет. Меньше всего увеличились за 1995-2015 годы расходы на здравоохранение в Италии (на 770 долларов США по паритету покупательной способности 2010 года), однако прирост продолжительности жизни составил, как и в Японии, 4,3 года, и по достигнутому уровню (около 83 лет) Италия, безусловно, относится к числу мировых лидеров.

Такие тенденции изменения продолжительности жизни и величины расходов на здравоохранение свидетельствуют о том, что критически важную роль для повышения продолжительности жизни играет более широкий набор социальных факторов, включая, конечно, образ жизни и стереотипы поведения. Многое зависит и от эффективности использования средств, поступающих в систему здравоохранения.

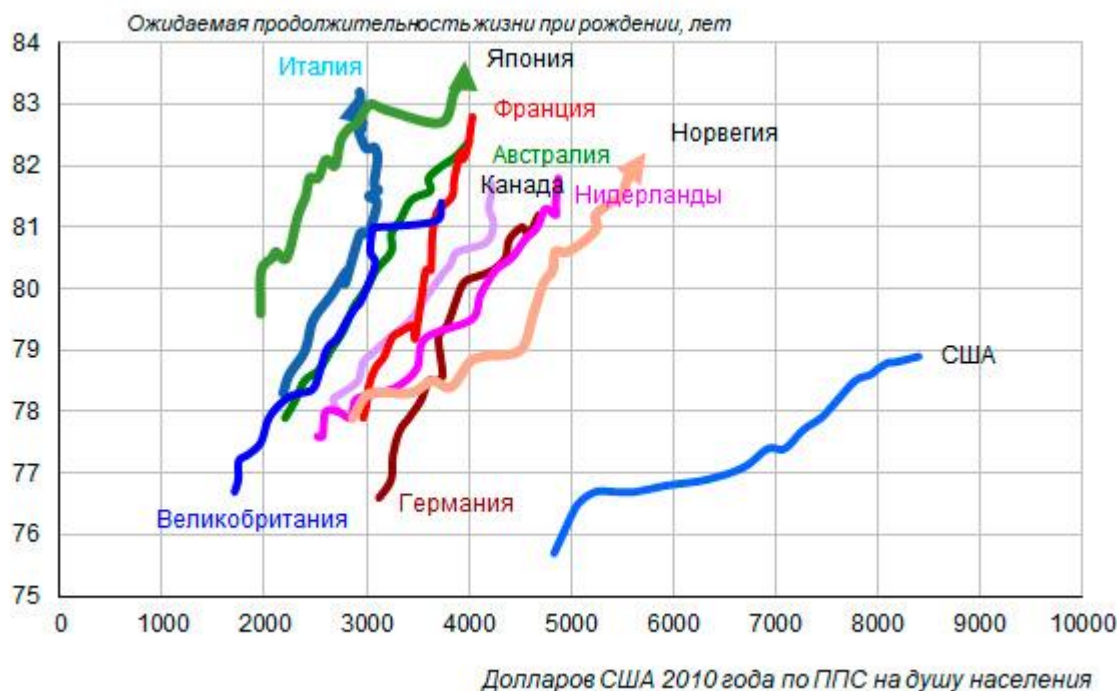


Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оба пола, лет) и расходы на здравоохранение (доллары США по паритету покупательной способности 2010 года, на душу населения) в некоторых странах ОЭСР с высоким доходом, 1995-2015 годы

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602215>.
Дата обращения - 18.01.18.

Относительно скромные успехи в повышении продолжительности жизни в США связывают с рядом факторов, среди которых выделяются следующие:

1. особенности организации системы здравоохранения, при которой на общественный сегмент и первичную помощь приходится относительно меньше средств, а значительная часть населения не имеет никакой медицинской страховки;
2. особенности витального поведения (широкая распространенность ожирения, высокое потребление прописанных, а также нелегальных лекарственных препаратов, высокая смертность в результате дорожно-транспортных происшествий и убийств);
3. более высокий уровень бедности и неравенства в доходах, чем в большинстве других стран ОЭСР.

Характерно, что и в Мексике, отличающейся наименьшими успехами в повышении продолжительности жизни за 1995-2015 годы (на 2,7 года) среди стран ОЭСР (в среднем почти на 5 лет), значительную роль играют схожие, в определенной степени, факторы, оказывающие негативное воздействие на здоровье населения. Это, прежде всего, недостаточное и несбалансированное питание, ведущее к широкому распространению ожирения, росту смертности от диабета и недостаточному прогрессу в снижении смертности от болезней системы кровообращения, высокая смертность в результате дорожно-транспортных происшествий и убийств, а, с другой стороны, малодоступность качественных медицинских услуг.

В целом, данные по странам ОЭСР и странам-партнерам свидетельствуют о прямой взаимосвязи между уровнем экономического развития и продолжительностью жизни, хотя по мере повышения национального дохода эта взаимосвязь несколько ослабевает (рис. 2). Кроме того, существуют значительные различия в продолжительности жизни при сходных уровнях дохода. Так, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Японии и Испании выше, а в Люксембурге, США и России ниже, чем можно было бы ожидать при имеющихся уровнях ВВП на душу населения.

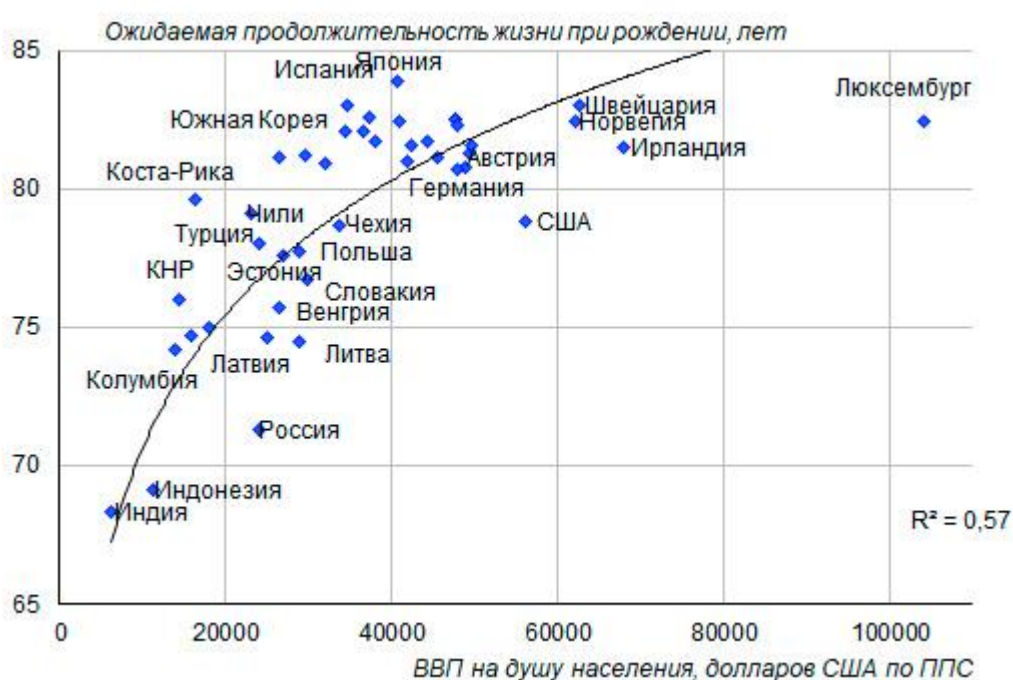


Рисунок 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оба пола, лет) и ВВП (доллары США по паритету покупательной способности 2010 года, на душу населения) в странах-членах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий к нему) год

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602253>.
Дата обращения - 18.01.18.

Имеющиеся данные по странам ОЭСР и странам-партнерам показывают и прямую взаимосвязь между продолжительностью жизни и уровнем расходов на здравоохранение? чем выше среднедушевые расходы на здравоохранение, тем, как правило, выше ожидаемая при рождении продолжительность жизни (рис. 3). Однако и эта взаимозависимость менее выражена среди стран с более высокими расходами на здравоохранение. В Японии, Испании, Италии, Израиле и Южной Корее ожидаемая продолжительность жизни относительно выше, а в США и России относительно

ниже, чем можно было бы ожидать при сложившихся в этих странах уровнях расходов на здравоохранение.

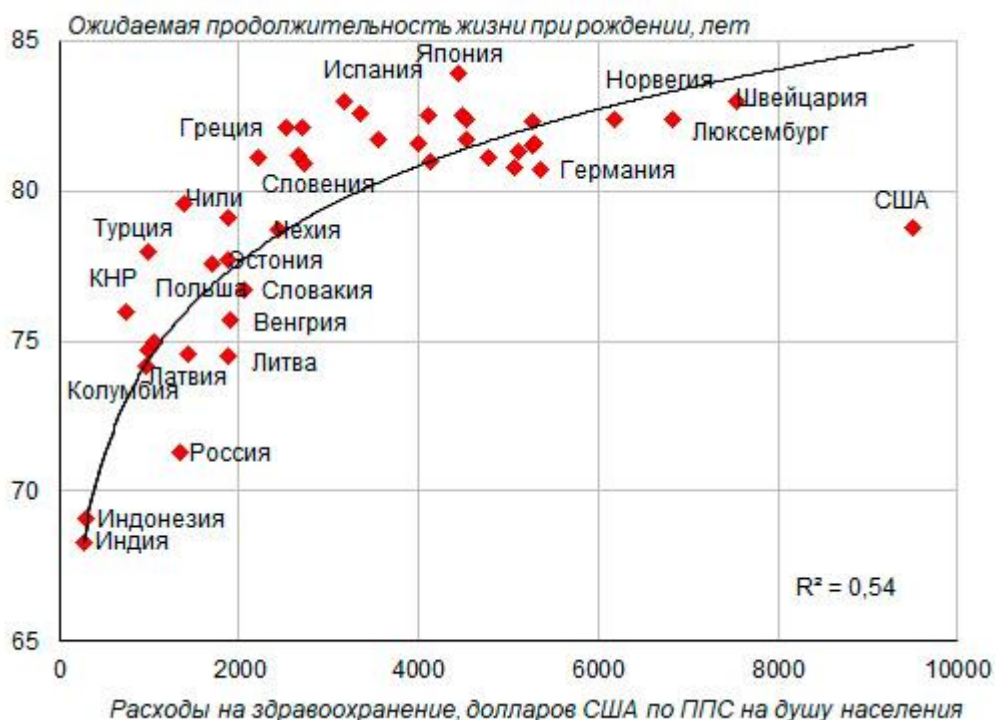


Рисунок 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оба пола, лет) и расходы на здравоохранение (доллары США по паритету покупательной способности 2010 года, на душу населения) в странах-членах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий к нему) год

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602272>.
Дата обращения - 18.01.18.

В целом по миру и его крупным регионам также просматривается прямая взаимосвязь между продолжительностью жизни и расходами на здравоохранение, хотя и выраженными не вполне сопоставимыми показателями (долей государственных расходов). По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила в 2015 году в целом по миру 71,4 года, а государственные расходы на здравоохранение, по данным за 2014 год, - 11,7% от общей суммы государственных расходов (рис. 4).

Значение ожидаемой продолжительности жизни варьировалось по крупным регионам ВОЗ[5] практически в полном соответствии с долей государственных расходов на здравоохранение, за исключением Африканского региона, в котором она выше (9,9%), чем в Восточно-Средиземноморском регионе (8,8%) и в регионе Юго-Восточной Азии (9,3%), а ожидаемая продолжительность жизни – самая низкая (60 лет). В Африканском регионе сконцентрированы наименее развитые страны с низким уровнем дохода, что во многом объясняет более высокое значение относительной величины расходов на здравоохранение.



Рисунок 4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оба пола, 2015 год, лет) и государственные расходы на здравоохранение (% от общей суммы государственных расходов за 2014 год) по регионам ВОЗ и миру в целом

Источник: World Health Statistics 2017: Annex B, http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html. Дата обращения - 17.01.18.

Среди 192 стран и территорий мира, по которым имеются сведения о доле государственных расходов на здравоохранение (нет данных по КНДР и Сомали), значение показателя варьируется от 2,4% на Тиморе-Лесте до 27,9% в Андорре. Среди стран с более многочисленным населением высокой долей государственных расходов на здравоохранение выделяются Никарагуа, Новая Зеландия, Коста-Рика и Швейцария (23-24% всех государственных расходов) – страны с разным уровнем экономического развития. Среди стран с низкой долей государственных расходов на здравоохранение преобладают страны с более низким уровнем экономического развития – менее 4%, помимо Тимора-Лесте, в Лаосе, Мьянме, Эритрее, Йемене и Азербайджане.

Охват услугами здравоохранения в странах ОЭСР стал практически всеобщим

Рост расходов на здравоохранение оказывает заметное влияние на здоровье населения и рост продолжительности жизни только при широкой доступности медицинских товаров и услуг. Достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами является одной из Целей устойчивого развития до 2030 года (цель 3.8), выдвинутых странами-членами ООН в 2015 году. Оно подразумевает, что все люди и сообщества должны получать необходимые им услуги ? от укрепления здоровья до профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи, ? не испытывая при этом серьезных финансовых затруднений[6].

В ОЭСР под охватом населения услугами здравоохранения понимается доля населения, получающего базовый набор товаров и услуг здравоохранительного назначения по общественным программам или по программам частного медицинского страхования. К общественным программам относятся государственная система здравоохранения и социальное медицинское страхование. Частное страхование обычно бывает добровольным, хотя может быть обязательным по закону или необходимым для работников как часть условий рабочего договора. Страховая премия обычно не связана с доходом, хотя покупка добровольной страховки может субсидироваться государством. Государственные схемы и добровольное страхование обеспечивают финансовую безопасность в чрезвычайных ситуациях или в случаях серьезного заболевания, но не покрывают все предлагаемые товары и услуги здравоохранительного назначения. Как правило, к базовому набору услуг относятся консультации врачей общей практики и специалистов, тесты и исследования, хирургические и терапевтические процедуры, а также частично стоматологическая помощь и получение лекарственных препаратов.

В большинстве стран ОЭСР охват населения услугами здравоохранения стал практически всеобщим, причем в основном за счет государственных схем национальной системы здравоохранения или социального медицинского страхования (рис. 5). Только в небольшом числе стран (в Нидерландах и Швейцарии) для этого используется обязательное частное страхование, в других странах оно добровольное.

Доля населения, получающего базовый набор товаров и услуг здравоохранительного назначения по общественным программам или по программам частного медицинского страхования, ниже 95% только в семи странах ОЭСР – Греции (86,0%), США (90,9%), Польша (91,0%), Чили (92,0%), Мексика (92,3%), Словакия (93,8%) и Эстония (94,0%).

В Греции продолжающийся экономический кризис приводит к сокращению числа застрахованных из-за длительной безработицы и снижению доходов самозанятых, пытающихся сэкономить на медицинской страховке. Несмотря на это, начиная с 2014 года, незастрахованные лица могут бесплатно получать прописанные лекарства, неотложную помощь в государственных больницах и некоторые другие виды госпитализации при определенных условиях.

В США охват населения услугами здравоохранения обеспечивается в основном частным медицинским страхованием. Общественные услуги предоставляются в основном трем группам населения: пожилым, инвалидам и людям с низким уровнем доходов. Благодаря мерам по обеспечению доступности медицинской помощи, доля незастрахованного населения снизилась с 14,4% в 2013 году до 9,1% в 2015 году, но в ближайшие годы она вновь может возрасти из-за отмены действующей администрации.

В Польше, по закону 2012 года, право на социальное страхование утрачивается, если не оплачиваются взносы. Незастрахованные лица могут воспользоваться неотложной медицинской помощью в больницах, где их будут побуждать застраховаться.

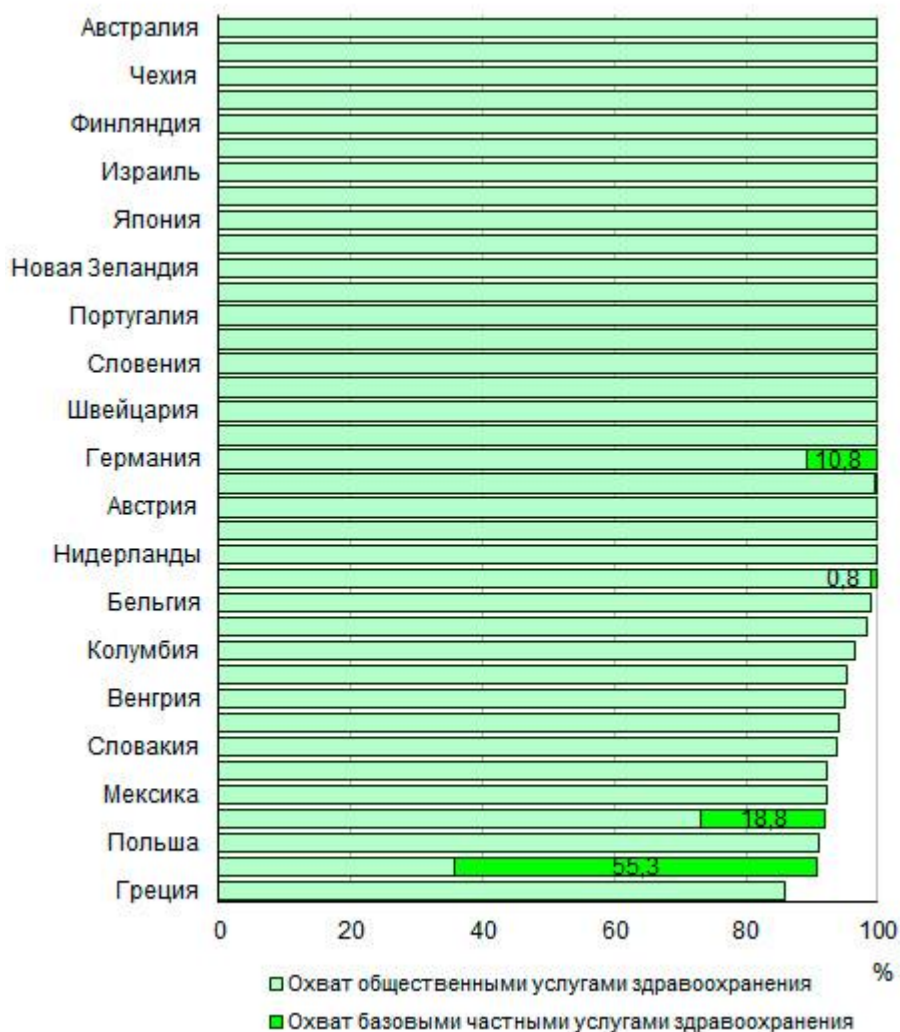


Рисунок 5. Охват населения базовыми услугами здравоохранения в странах-членах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603108>.
Дата обращения - 27.01.18.

Базовые услуги здравоохранения, которые покрываются за счет государственных программ или частного страхования, в ряде случаев должны частично оплачиваться за счет других средств (собственных средств населения или дополнительных видов добровольного страхования). В девяти странах ОЭСР – Франции, Словении, Нидерландах, Израиле, Бельгии, Канаде, Южной Корее, США и Австралии – более половины населения пользуется частными услугами здравоохранения. 96% населения Франции пользуется дополнительным частным медицинским страхованием, чтобы покрывать расходы, частично оплачиваемые через систему социального обеспечения. В Нидерландах и Израиле значительная часть населения (соответственно, 84 и 83%) пользуется частным страхованием для оплаты прописанных препаратов и стоматологической помощи, расходы на которые не возмещаются через действующие общественные схемы. Частное страхование используется и для более быстрого получения медицинских услуг, если время их ожидания при

получении через общественные схемы значительно, – в Ирландии такими страховками пользуются 45% населения, в Австралии 56%.

За последнее десятилетие доля населения, пользующегося частным медицинским страхованием, в некоторых странах увеличилась (в Дании, Южной Корее, Словении, Бельгии), а в других сократилась (особенно значительно в Греции, Ирландии, Новой Зеландии и США). Значение частного медицинского страхования зависит от доступности общественных услуг здравоохранения, государственного посредничества на рынке услуг медицинского страхования и особенностей исторического развития.

Несмотря на практически всеобщий охват населения стран ОЭСР базовыми услугами здравоохранения, некоторые потребности в услугах и товарах здравоохранительного назначения остаются неудовлетворенными по тем или иным причинам. Это может происходить как из-за особенностей функционирования системы здравоохранения (финансовой или транспортной недоступности, необходимости длительного ожидания), так и из-за личных особенностей пациентов (из-за страха не быть понятым врачом, недостатка времени). Несвоевременное обращение или вовсе не обращение за медицинской помощью, когда она необходимо, может значительно снижать статус здоровья как отдельного индивида, так и населения в целом. Финансовая недоступность необходимых медицинских услуг или товаров медицинского назначения значительно снижает охват населения услугами здравоохранения.

В ходе выборочных обследований, проведенных в ряде стран ОЭСР [7], выясняли, случалось ли респондентам в течение последнего года, если возникала проблема медицинского характера, не посещать врача, не проходить предписанного обследования или лечения, или не принимать прописанных препаратов в должной дозе из-за их высокой стоимости.

Результаты обследований показали, что в целом по ОЭСР-17 почти каждый десятый не получил необходимой медицинской консультации из-за высокой цены (рис. 6). По мнению экспертов, это удивительно, учитывая тот факт, что в большинстве стран ОЭСР медицинские консультации бесплатны или требуют незначительной доплаты (хотя в Ирландии она может составлять до 50 евро). Доля респондентов, отказавшихся от посещения врача из-за высокой стоимости услуги, особенно высока в Польше (33,0%), США (22,3%) и Швейцарии (20,9%). Ниже всего она в Германии, Испании, Швеции, Великобритании, Израиле и Италии, где она составляет менее 5%.

В среднем по 15 странам ОЭСР 7% респондентов отметили, что не получали прописанные врачом медицинские препараты из-за высокой цены. В США доля таких ответов достигала 18%. Довольно значительна она также в Швейцарии (12%), Канаде и Португалии (по 10%), а ниже всего в Великобритании (2,3%) и Германии (3,2%).

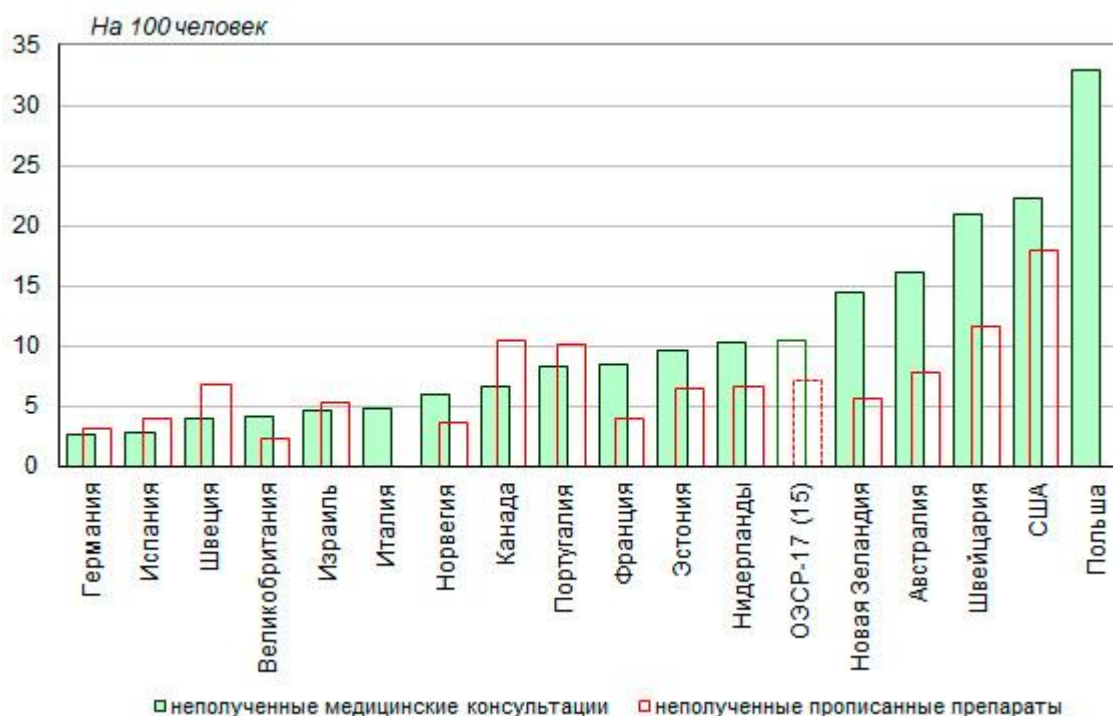


Рисунок 6. Неполученные из-за высокой цены медицинские консультации и прописанные лекарственные препараты в некоторых странах ОЭСР*, 2016 (или близкий) год, на 100 человек (стандартизовано по полу и возрасту)

* Неполученные медицинские консультации – по 17 странам ОЭСР; неполученные из прописанных препаратов – по 15 странам ОЭСР

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603165>, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603184>. Дата обращения - 27.01.18.

В целом о неудовлетворенной потребности в медицинском обслуживании из-за высокой цены [8] чаще сообщают респонденты с более низкими доходами.

Если в среднем по 10 странам ОЭСР неудовлетворенную потребность в медицинском обслуживании из высокой цены отметили 14% всех опрошенных взрослых людей, то в группе с низкими доходами (менее 50% от медианных денежных доходов в стране) – 25% (рис. 7). В Великобритании различия между общей выборкой и группой с низкими доходами невелики (8% против 7%), но сама выборка мало представительна (менее 100 человек). В остальных странах различия достаточно существенные. Во Франции, Канаде и Швейцарии в группе с низкими доходами о неудовлетворенной потребности в медицинском обслуживании говорили 30% респондентов, в США - 43%.

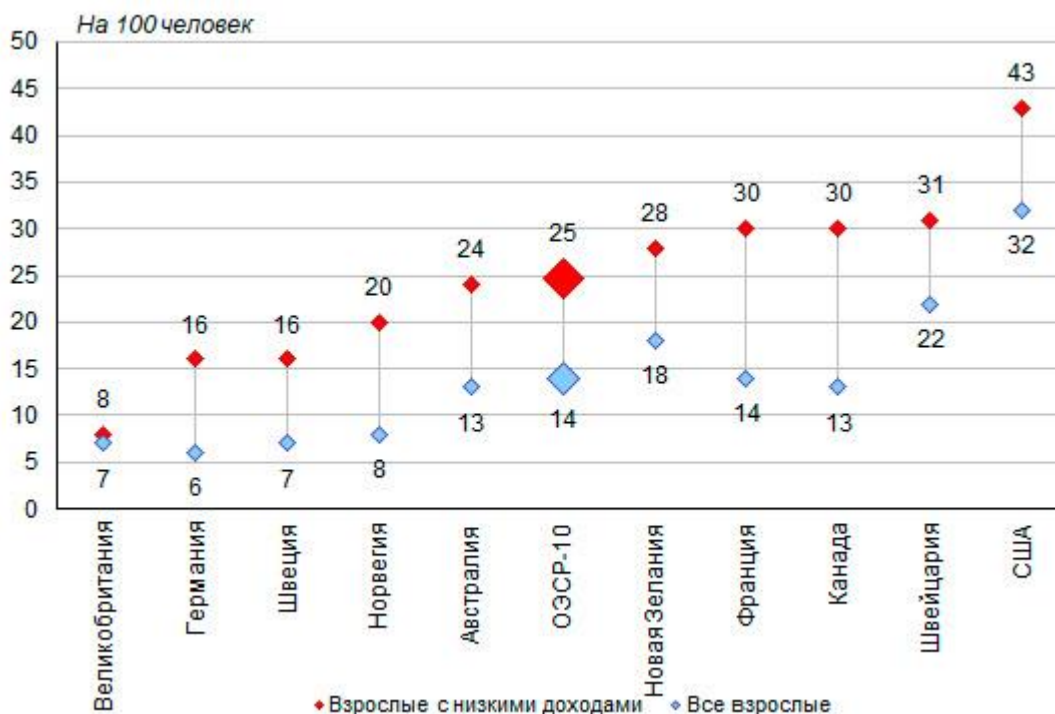


Рисунок 7. Доля сообщивших о неудовлетворенной потребности в медицинском обслуживании в группах с разным уровнем доходов в некоторых странах ОЭСР, 2016 год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933603203>.
Дата обращения - 27.01.18.

В случае, если ни обязательная, ни добровольная страховка не покрывает полностью расходы на определенные товары или услуги здравоохранительного назначения, пациентам приходится покрывать их за счет собственных средств. Это, наряду с неформальными платежами, может повышать финансовое бремя услуг здравоохранения и тем самым снижать охват ими населения. В целом по ОЭСР примерно пятая часть всех текущих расходов на здравоохранение оплачивается за счет собственных средств населения.

О размере собственных расходов населения на услуги здравоохранения можно судить по их доле в конечном потреблении домохозяйств. По последним из имеющихся данных в среднем по ОЭСР-34 (без Турции) она составляет 3%, варьируясь от менее чем 1,5% во Франции и Люксембурге до более чем 5% в Швейцарии и Южной Корее (рис. 8). В эти расходы не входят затраты на долговременное лечение. В большинстве стран за счет собственных средств оплачиваются в большем мере фармацевтические товары, амбулаторное лечение у стоматологов и офтальмологов, в меньшей степени – врачебные консультации и лечение в больнице.

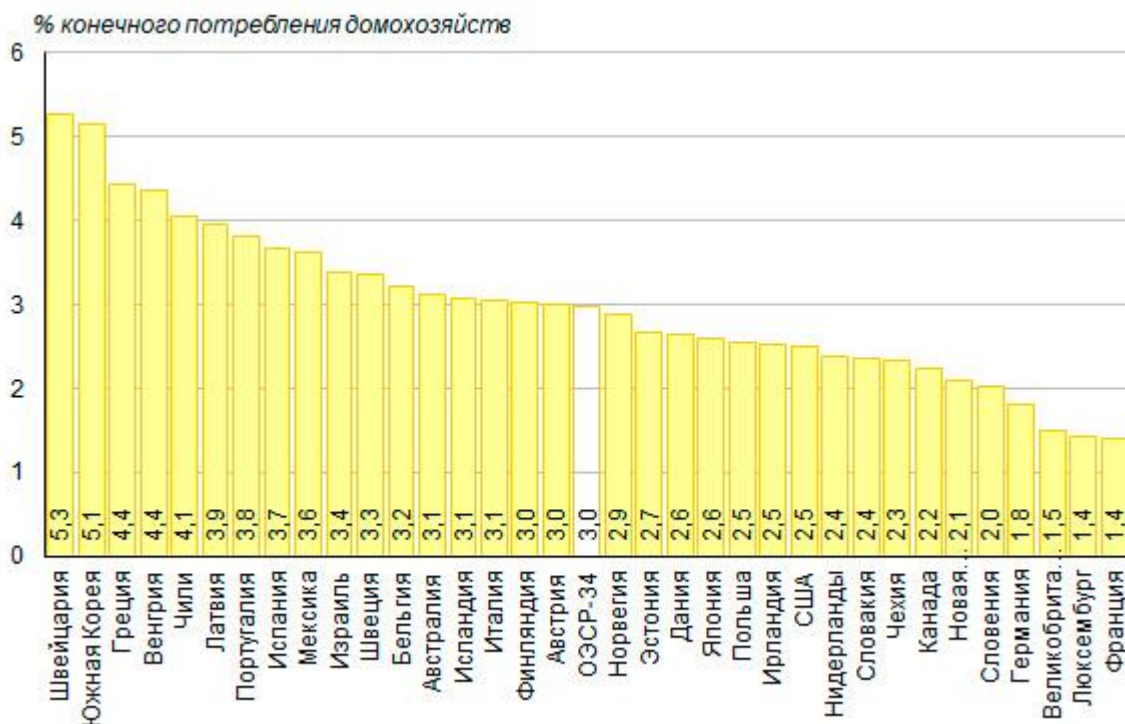


Рисунок 8. Доля собственных расходов* населения на медицинские услуги в странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, % конечного потребления (частных) домохозяйств**

* текущие расходы без расходов на долговременный уход

** нет данных по Турции

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603222>.

Дата обращения - 27.01.18.

Охват населения услугами здравоохранения заметно различается по территориям внутри отдельных стран. Концентрация медицинских учреждений и медицинских работников в одних регионах и их нехватка в других приводит к разной доступности и качеству, хотя бы по времени ожидания, услуг здравоохранения. Неравномерное распределение кадрового потенциала системы здравоохранения, пополнение и удержание специалистов в удаленных, слабозаселенных и более бедных регионах представляет проблему для многих стран ОЭСР.

Для примера можно привести обеспеченность населения врачами, которая среди стран ОЭСР составляет от менее 2 врачей на 1000 человек постоянного населения в Турции, Чили и Южной Корее до 5 врачей и более в Греции и Австрии. Не меньшие различия наблюдаются между регионами внутри стран ОЭСР. Во многих странах особенно высокая концентрация врачей наблюдается в столичных городах, что особенно характерно для Австрии, Чехии, Греции, Мексики, Португалии, Словакии и США. В США региональные различия в обеспеченности населения врачами достигают 5 раз, тогда как в Австрии, Бельгии и Южной Корее они составляют около 20%.

Значительные различия сохраняются между преимущественно городскими и преимущественно сельскими территориями[9] (рис. 9). В среднем по ОЭСР-16 обеспеченность врачами населения на преимущественно городских территориях в 1,5 раза выше, чем на преимущественно сельских (4,2 против 2,7 на 1000 человек). Наиболее велики различия в Канаде (в 2,6 раза), Словакии (2,5) и

Венгрии (2,4), почти одинакова обеспеченность врачами на городских и сельских территориях в Японии и Южной Корее (чуть более 2 на 1000 тысяч человек).

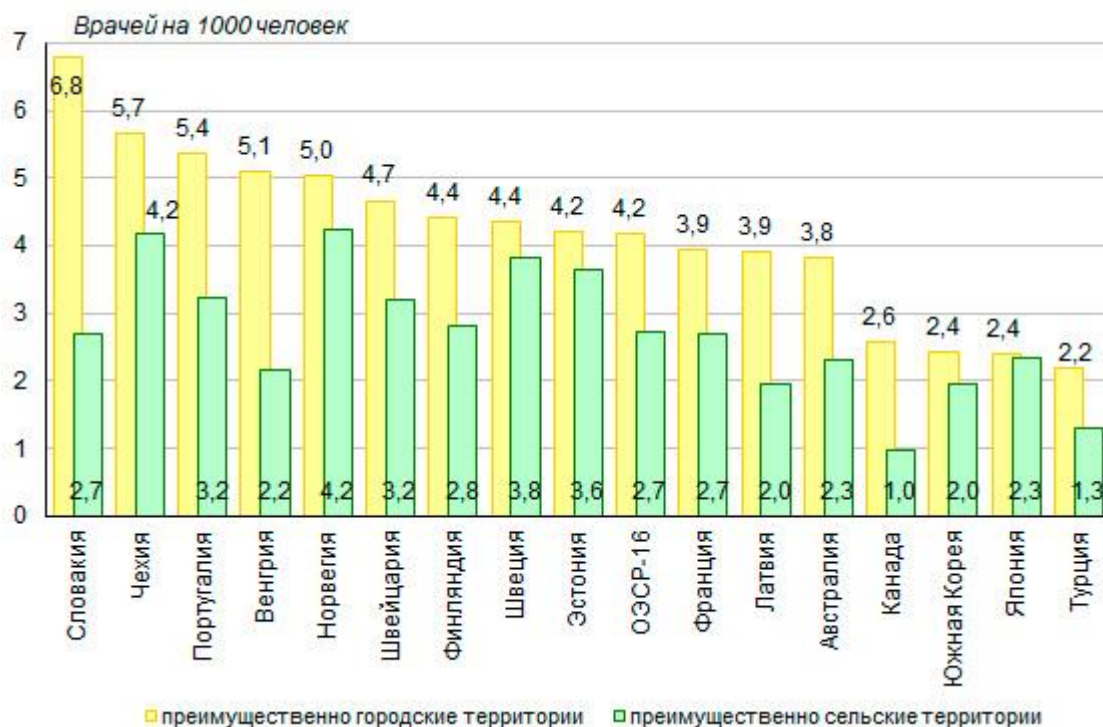


Рисунок 9. Число врачей на 1000 человек постоянного населения на преимущественно городских и сельских территориях в некоторых странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933603279>.

Дата обращения - 27.01.18.

Что касается других стран и мира в целом, то по оценкам ВОЗ, по крайней мере, половина мирового населения не имеет доступа к основным услугам здравоохранения, а 12% тратит на услуги здравоохранения более 10% доходов домохозяйства[10].

Для оценки охвата населения медико-санитарными услугами выделено 16 основных медико-санитарных услуг, разбитых на 4 категории:

1. репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных и детей (планирование семьи, дородовое наблюдение и квалифицированная медицинская помощь во время родов, полная детская иммунизация, обращение за медицинской помощью в связи с пневмонией),
2. инфекционные заболевания (лечение туберкулеза, антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции, использование (охват) надкроватных сеток, обработанных инсектицидами, для профилактики малярии, надлежащая санитария),
3. неинфекционные заболевания (профилактика и лечение повышенного кровяного давления, профилактика и лечения повышенного содержания глюкозы в крови, скрининг на рак шейки матки, употребление (неупотребление) табака),
4. потенциал здравоохранения и доступность его услуг (доступность базовых госпитальных услуг, обеспеченность работниками здравоохранения, доступность основных лекарственных средств, соблюдение международных медико-санитарных правил).

В докладе ВОЗ 2017 года, посвященного мониторингу мирового здравоохранения с точки зрения достижения Целей устойчивого развития[11], среди прочих анализируются данные об обеспеченности населения квалифицированными медицинскими кадрами (врачами и медицинскими сестрами) и индекс выполнения 13 основных международных медико-санитарных правил (средний процент выполнения по каждому направлению на основе оценок национальных экспертов)[12].

В целом по миру на каждые 10 тысяч человек приходится 46 медицинских работников, в Европейском и Американском регионе обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами вдвое выше, а в Африканском регионе – втрое ниже (рис. 10). Среди стран мира значение показателя варьируется от 1,1 в Сомали до 266 в Монако. Более 200 медицинских работников на каждые 10 тысяч человек приходится, помимо княжества Монако, в Швейцарии, Норвегии, Дании и Исландии, не более 3 медицинских работников, помимо Сомали, в Нигере, Либерии, Эфиопии и Центрально-Африканской Республике.

Индекс выполнения основных международных медико-санитарных правил по оценкам за 2010-2016 годы составляет в целом по миру 73%. Даже в Европейском регионе его значение лишь немногим превышает 80% за счет относительно низких значений – около 70% - в Болгарии, Эстонии, Хорватии, Польше, Словении. В Африканском регионе значение индекса самое низкое - 56%. Полностью выполнены международные медико-санитарные правила (индекс равен 100%) в Японии, Канаде, Австралии, Южной Корее, Малайзии и Южной Африке, лишь на 6% - в Сомали.

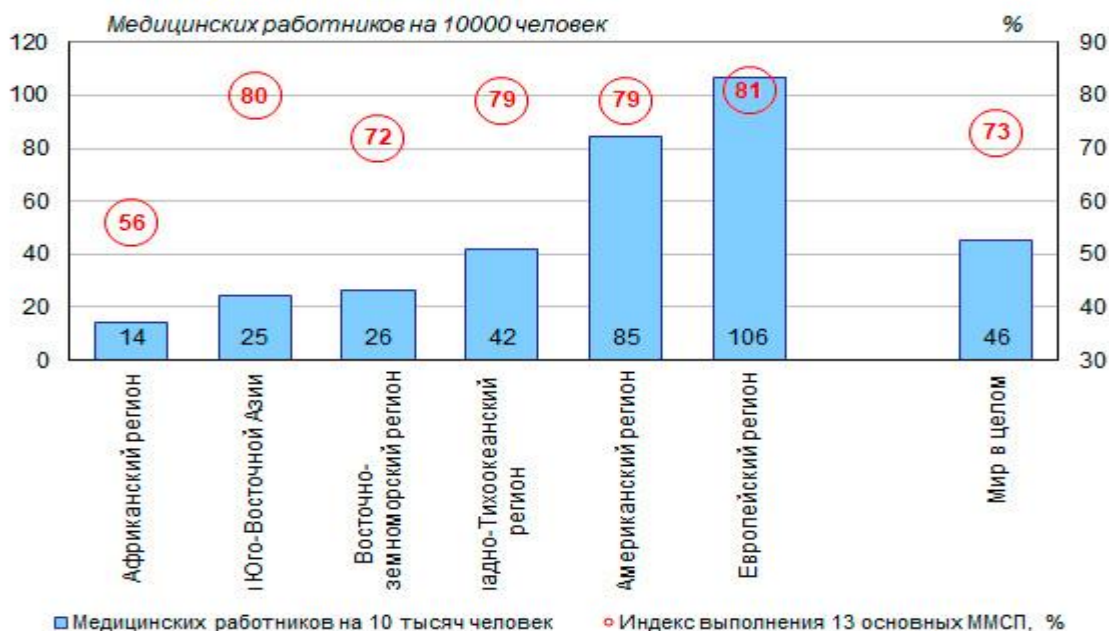


Рисунок 10. Численность медицинских работников на 10 тысяч человек (2005- 2015 годы) и индекс выполнения 13 основных международных медико-санитарных правил (% , 2010-2016 годы) по регионам ВОЗ и миру в целом

Источник: World Health Statistics 2017: Annex B,
http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html.
Дата обращения - 17.01.18.

Расходы на здравоохранение в среднем по ОЭСР превышают 4000 долларов на человека в год, или 9% ВВП

Расходы на здравоохранение, о росте которых в странах ОЭСР говорилось выше, представляют в основном текущие расходы, направленные на конечное потребление товаров и услуг здравоохранительного назначения. Они включают все средства из государственных и частных источников, затраченные на эти цели, а также на реализацию различных программ здравоохранения и покрытие административных издержек.

Для сопоставимости между странами среднедушевые расходы на здравоохранение, выраженные в национальных денежных единицах, пересчитываются в единую валюту (доллары США) определенного года с учетом дефляторов и установленных в ходе раундов межстрановых сопоставлений паритетов покупательной способности (ППС).

По предварительным оценкам ОЭСР, в 2016 году расходы на здравоохранение в среднем по ОЭСР-35 составили 4003 доллара США на человека в год, варьируясь от 1080 в Мексике до 9892 в США (рис. 11). Уровень расходов на здравоохранение в США существенно выше, чем в других странах ОЭСР в течение многих лет. В 2016 году он был в 2,5 раза выше среднего по ОЭСР и на 25% выше, чем в следующей стране ОЭСР с наиболее высоким уровнем расходов на здравоохранения - Швейцарии (7919 долларов США на человека), на 80% больше, чем в Германии (5551), и вдвое больше, чем в Канаде, Франции и Японии. На другом краю диапазона рядом с Мексикой располагаются Турция (1088) и Латвия (1466).

Среди стран-партнеров ОЭСР наивысшими расходами на здравоохранение выделяются Литва (1970), в меньшей степени Коста-Рика (1390 в 2014 году) и Россия (1351 в 2015 году). В остальных странах-партнерах их величина составляет около 1000 долларов США (Южная Африка, Бразилия, Колумбия) или втрое меньше (Индонезия, Индия). В Китае расходы на здравоохранение составляют около 20% от среднего уровня по ОЭСР-35 (733 доллара США в 2014 году).

В среднем по ОЭСР-35 примерно три четверти расходов на здравоохранение составляют государственные расходы и средства, полученные по обязательному страхованию ? 73%, или 2937 долларов США на человека. Собственные средства населения, включая средства по добровольному страхованию, составили 27%, или 1066 долларов США на человека. Доля собственных средств в общих расходах на здравоохранение составляет от 15-16% в Норвегии, Германии, Японии, Дании и Швеции до 51% в США. Высокой долей собственных средств, помимо США, отличаются также Мексика (48%), Южная Корея, Латвия и Греция (42-44%).

В странах-партнерах ОЭСР доля собственных средств населения в общих расходах на здравоохранение составляет от 25% в Колумбии до 70% в Индии.

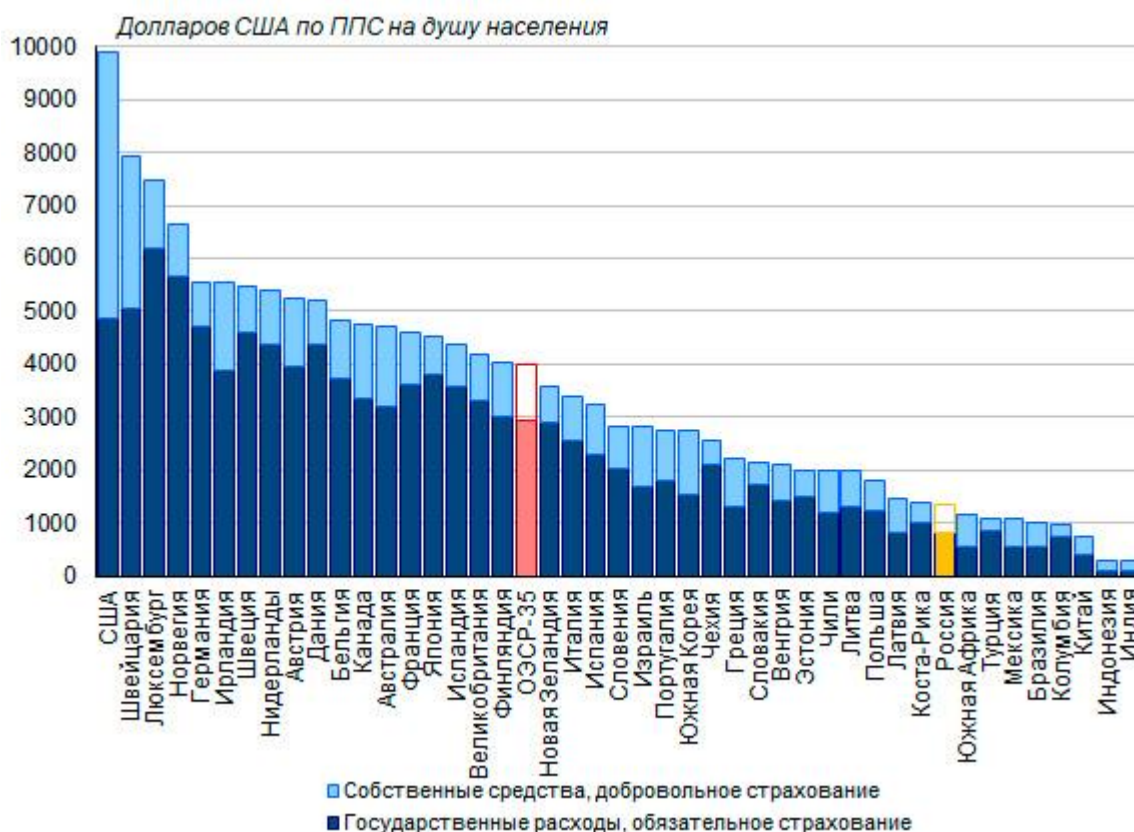


Рисунок 11. Расходы на здравоохранение в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2016 (или близкий) год, долларов США, пересчитанных по ППС, на душу населения

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933604191>.
Дата обращения - 27.01.18.

Уровень расходов на здравоохранение в значительной степени зависит от экономической ситуации, и его повышение существенно замедляется в периоды экономического кризиса, что наблюдалось и совсем недавно в 2009-2011 годы. Однако, несмотря даже на сокращение ВВП, расходы на здравоохранение в странах ОЭСР продолжали понемногу расти в реальном выражении. В целом за 2009-2016 годы среднегодовой темп прироста среднедушевой величины расходов на здравоохранение в ОЭСР-35 составил 1,4% против 3,6% в год за предшествующие шесть лет (рис. 12). В некоторых странах, в наибольшей степени затронутых кризисом, значительные темпы прироста расходов на здравоохранение сменились стремительным сокращением: -5,0% в годы за 2009-2016 годы в Греции против 5,4% в год за 2003-2009 годы, менее драматично в Португалии (-1,3% против 2,2%) и Италии (-0,3% против 1,6%). В остальных странах сокращения расходов на здравоохранение до 2016 года не наблюдалось. Наиболее быстро за 2009-2016 годы росли расходы на здравоохранение в Чили и Южной Корее (около 6% в год).

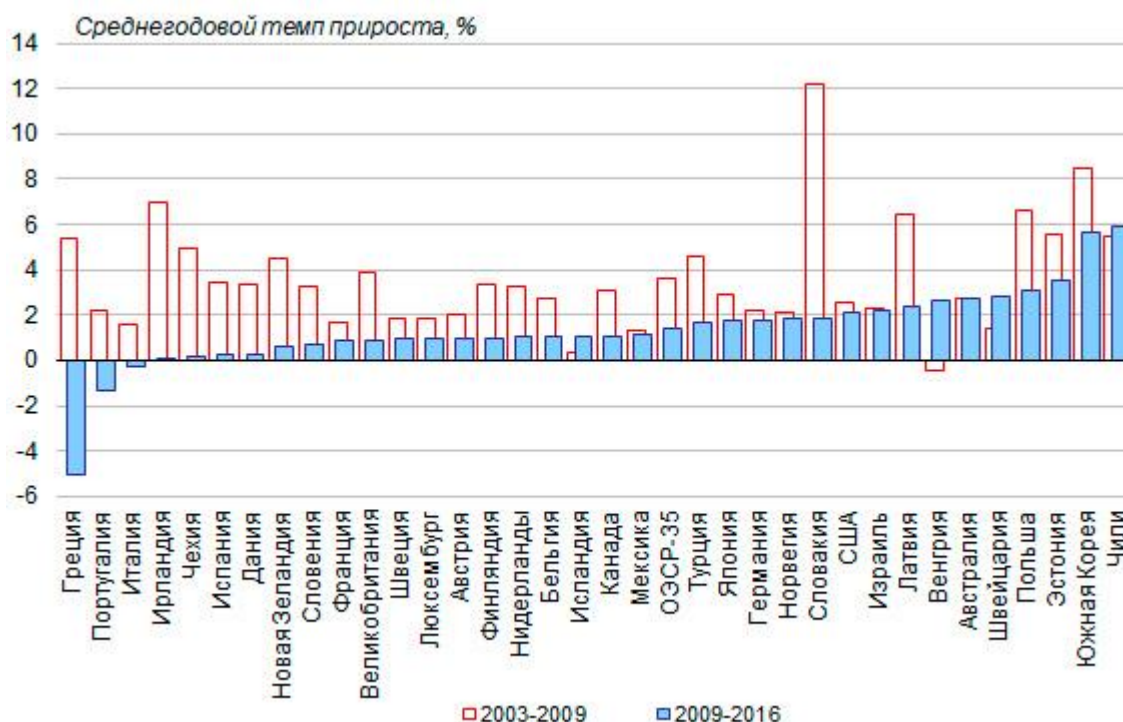


Рисунок 12. Среднегодовые темпы прироста среднедушевой величины расходов на здравоохранение в реальном выражении в странах ОЭСР, 2003-2016 (или близкие) годы, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933604210>.
Дата обращения - 27.01.18.

Другой способ сравнить расходы на здравоохранение между странами или в разные периоды времени – сопоставить их с величиной валового внутреннего продукта (ВВП). На протяжении ряда последних лет расходы на здравоохранение в среднем по ОЭСР-35 составляют около 9% ВВП, после периода быстрого роста в связи с экономическим подъемом 1990-2000-х годов.

Среди стран ОЭСР значение показателя варьируется от 4,3% в Турции до 17,2% в США, а среди стран-партнеров – от 2,8% ВВП в Индонезии до 9% в Коста-Рике и Южной Африке (рис. 13). В России они составили в 2015 году 5,6% ВВП, что 38% меньше, чем в среднем по ОЭСР.

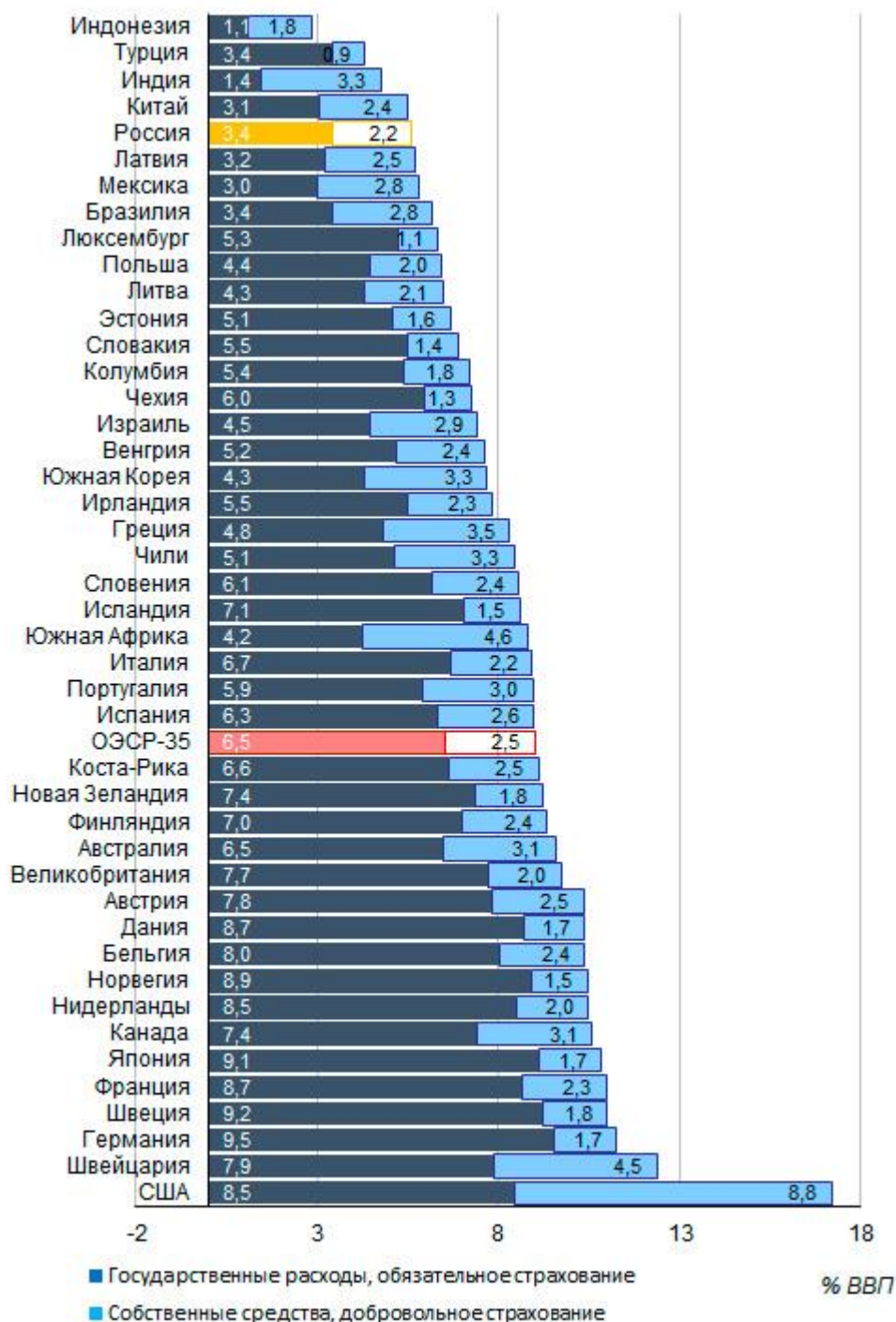


Рисунок 13. Расходы на здравоохранение как доля ВВП по странам ОЭСР и странам-партнерам, 2016 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933604229>.
Дата обращения - 27.01.18.

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Продолжительность жизни и здравоохранение в странах ОЭСР // Демоскоп Weekly. 2017. № 757-758.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2018/0757/barom01.php>

Величина расходов на здравоохранение, выраженных как доля от ВВП, несколько снижалась в среднем по ОЭСР-35 в 2006-2007 и 2010-2011 годах (рис. 14). Более выраженное снижение наблюдалось в Греции (2012-2014 годы) и, в меньшей степени, в Мексике, Германии, Швейцарии. Несмотря на это, по сравнению с началом нового столетия величина расходов на здравоохранение увеличилась во всех сравниваемых странах, включая Россию. Наибольший прирост наблюдался в США (почти на 5 процентных пунктов ВВП), несколько меньший в Южной коре (3,7) и Швейцарии (3,0). В остальных странах и в среднем по ОЭСР-35 он был более умеренным (менее 2 процентных пунктов), наименьшим – в Мексике и Греции (на 1 процентный пункт). В России прирост за 2000-2015 годы составил 0,6 процентного пункта.

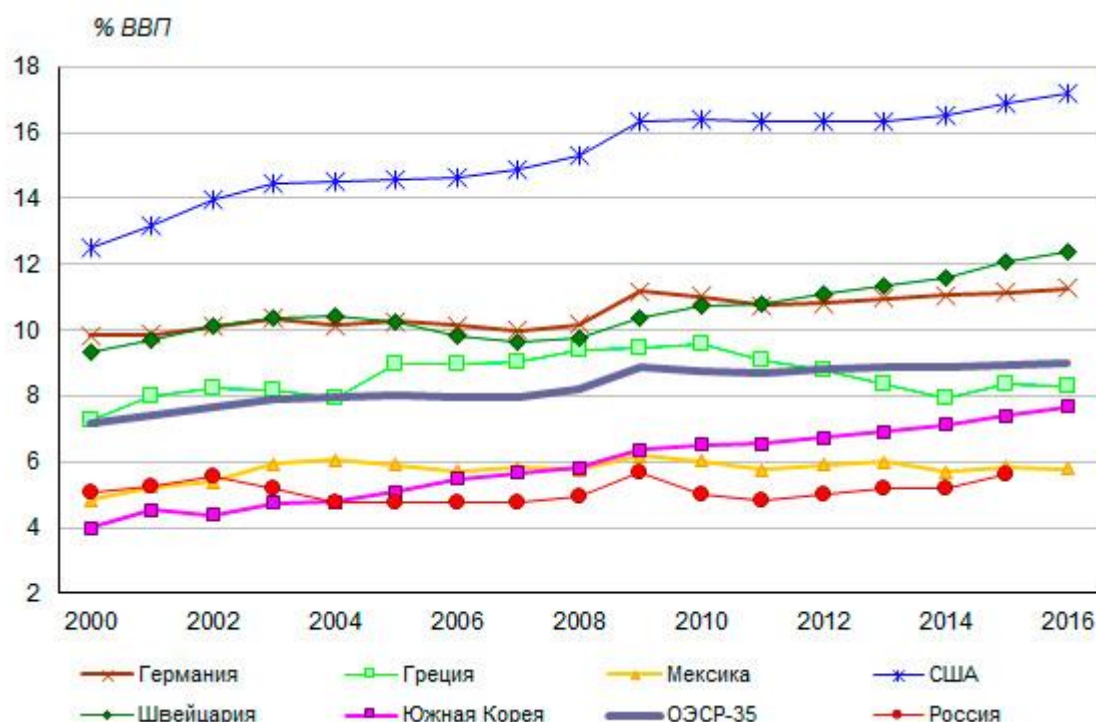


Рисунок 14. Расходы на здравоохранение в некоторых странах ОЭСР и России, 2000-2016 годы, % ВВП

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933604267>; OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data/ November 2017. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT Дата обращения - 27.01.18.

Расходы на здравоохранение оплачиваются из разных источников финансирования, о чем уже в общих чертах говорилось выше. В одних странах эти расходы покрываются в основном за счет государственного здравоохранения, услугами которого автоматически могут пользоваться все постоянные жители страны, в других странах – за счет различных схем обязательного или добровольного страхования. Собственные средства населения играют менее значительную роль, покрывая от 7% расходов на здравоохранение во Франции до 42% в Латвии (рис. 15).

Во всех странах ОЭСР, кроме США, большая часть расходов на здравоохранение покрывается за счет государственного финансирования и средств обязательного страхования. В Дании, Швеции и Великобритании государственные расходы – центрального, регионального и местного уровня – составляют 80% и более всех расходов на здравоохранение. В Германии, Японии, Франции и

Словакии более 75% расходов на здравоохранение оплачиваются за счет обязательного страхования. За счет добровольного страхования оплачивается сравнительно небольшая часть расходов на здравоохранение: от 0 в Норвегии, Турции, Исландии, Словакии, Чехии и Эстонии до 10-15% в Австралии, Израиле, Канаде, Франции и Словении. Заметное исключение составляют США, где средства добровольного страхования покрывают 35% всех текущих расходов на здравоохранение.

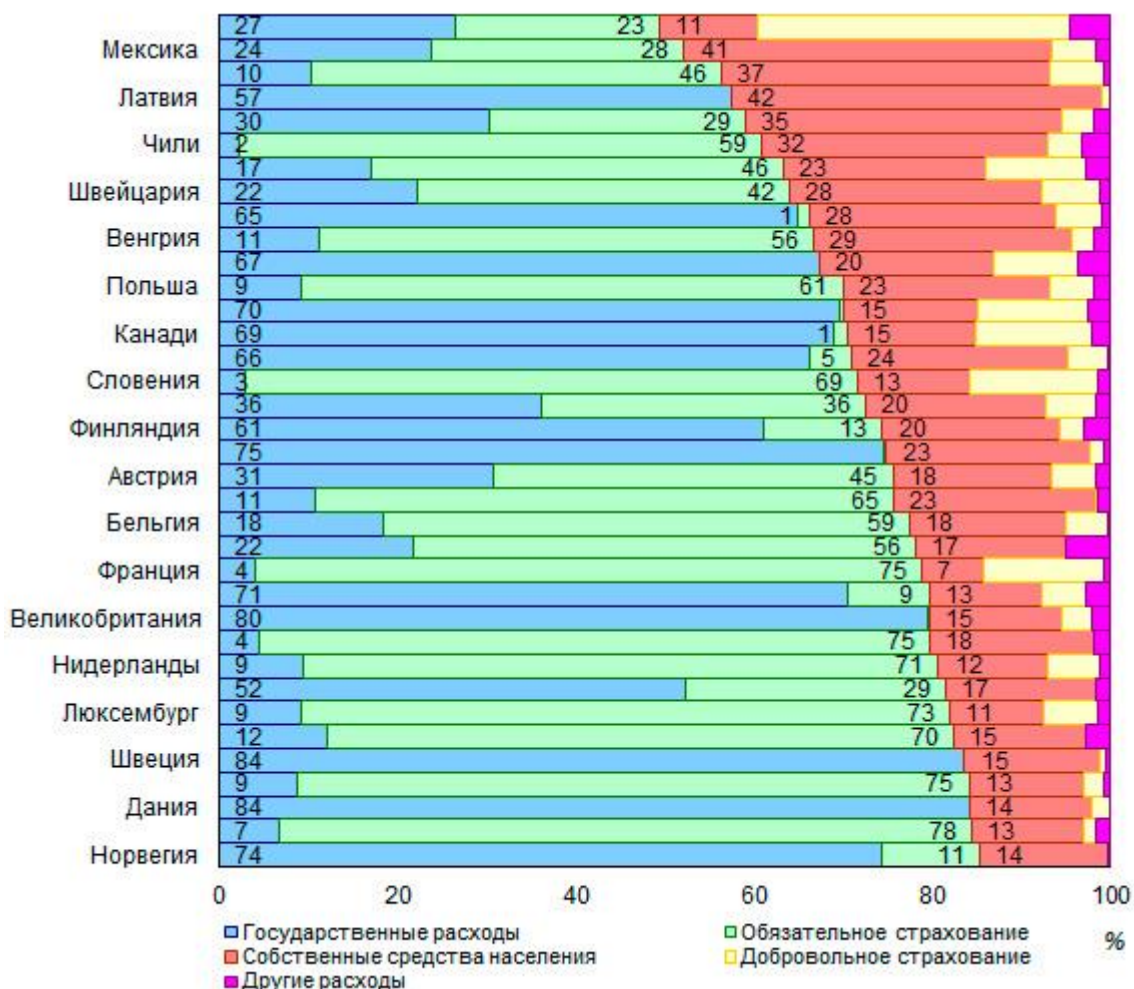


Рисунок 15. Распределение расходов на здравоохранение по типам финансирования в странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933604286>.
Дата обращения - 27.01.18.

Средства государственных бюджетов идут на разные цели, которые, тем самым, всегда определенным образом конкурируют. Величина государственных расходов на здравоохранение определяется рядом факторов, включая, среди прочих, демографический состав населения (прежде всего возрастной), особенности эпидемической обстановки и организации системы здравоохранения. Кроме того, бюджетные «приоритеты» могут смещаться в зависимости от политических решений и экономических эффектов.

По последним из имеющихся данных, доля государственных расходов, направляемых на здравоохранение (по схемам государственного финансирования и обязательного страхования) составляет, в среднем по ОЭСР-35, около 15%, варьируясь от 8,9% в Греции и Латвии до 23,2% в Японии (рис. 16). Помимо Японии они превышают 20% в Швейцарии, Новой Зеландии, США и Германии. С другой стороны, не более 10% государственных расходов направляется на здравоохранение в Греции, Латвии и Венгрии. Отметим, что, по данным Росстата за 2016 год, расходы на здравоохранение в России превысили этот уровень, увеличившись до 10% от общей суммы государственных расходов (против 9,6% в 2015 и 9,2% в 2014 году)[13].

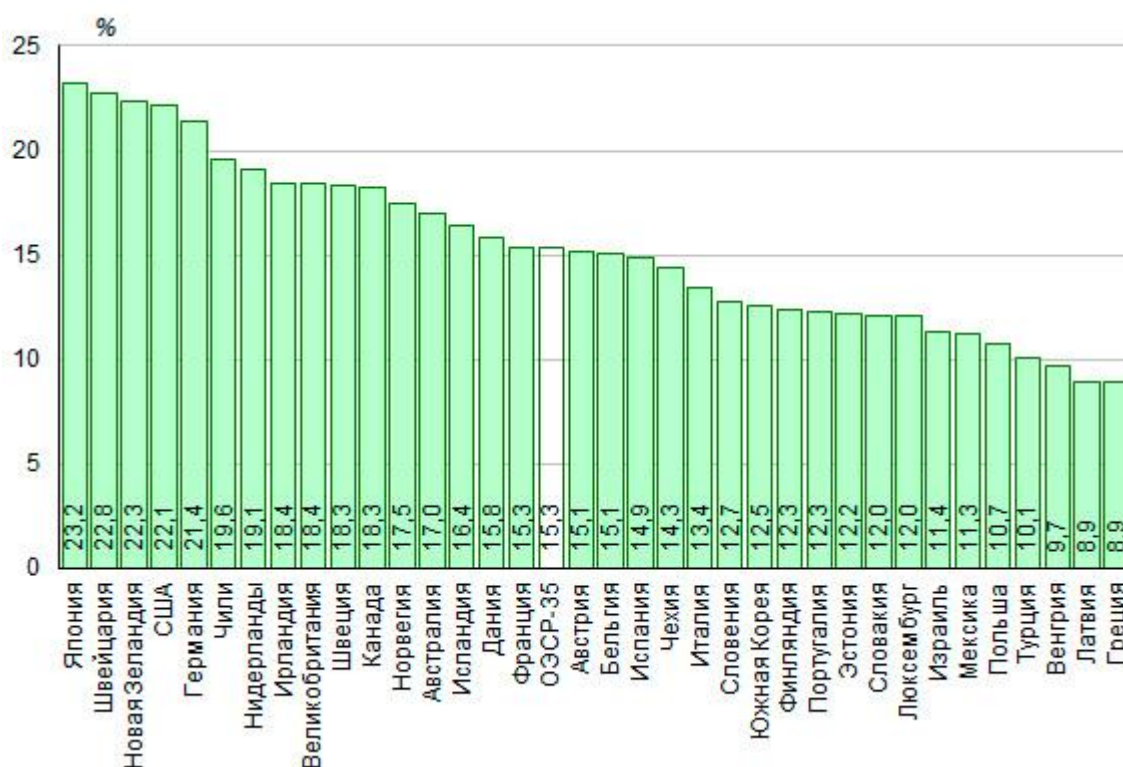


Рисунок 16. Доля государственных расходов на здравоохранение и расходов за счет обязательного медицинского страхования в общих государственных расходах по странам ОЭСР, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933604305>.
Дата обращения - 27.01.18.

Собственные средства населения покрывают примерно пятую часть расходов на здравоохранение в целом по ОЭСР-35, и эта доля мало изменялась в последние десятилетия, составив 21,9% в 2000 году, 19,9% в 2009 году и 20,2% в 2015 году – 20,2% (рис. 17).

Собственные средства населения покрывают более трети всех расходов на здравоохранение в Греции (35% в 2015 году), Южной Кореи (37%), Мексике (41%) и Латвии (42%), тогда как во Франции – менее 7%, Люксембурге и США – около 11%.

Реализация стремления к всеобщему охвату населения услугами здравоохранения привела к снижению доли собственных расходов населения на них, по сравнению с началом века, в большинстве стран ОЭСР, однако кризис заставил многие правительства вновь несколько сместить

финансовую ответственность на самих пациентов, чтобы сбалансировать государственный бюджет. В некоторых европейских странах ОЭСР доля собственных средств населения в общих расходах на здравоохранение заметно увеличилась (в Греции на 6,2 процентного пункта, в Испании – на 4,7, в Португалии, Латвии и Венгрии – примерно на 3 процентных пункта). Вместе с тем в других странах их доля продолжала снижаться. Наибольшее сокращение за 2009-2015 годы отмечалось в Мексике (на 6 процентных пунктов), заметно меньшее в Израиле и Чили (на 2-3 процентных пункта).

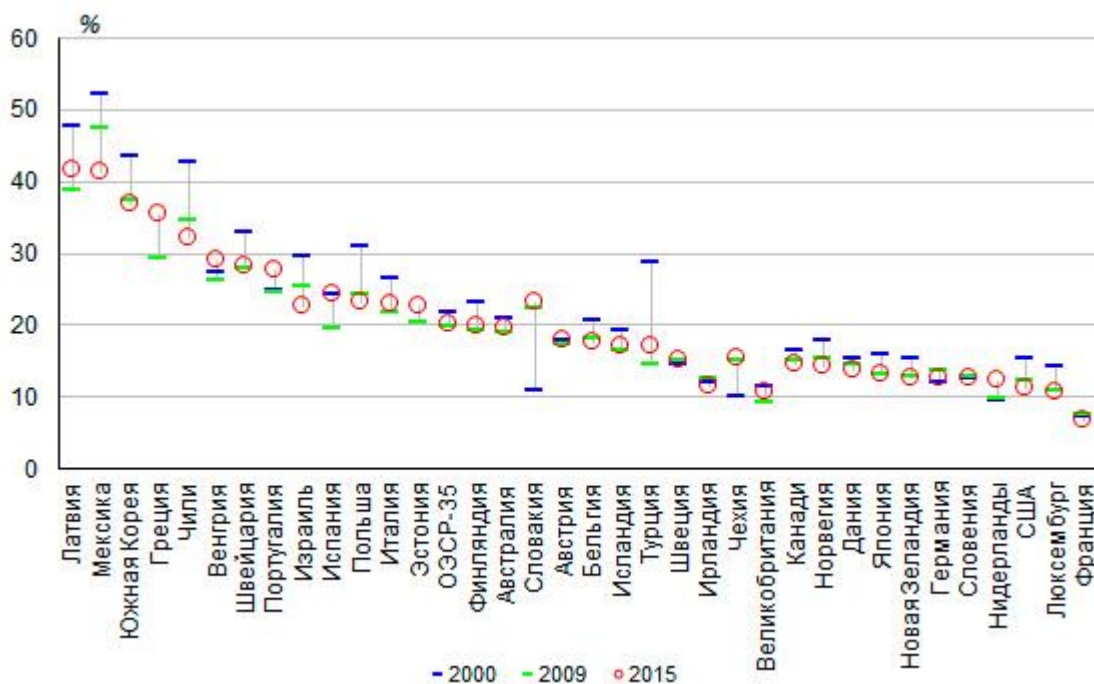


Рисунок 17. Доля расходов на здравоохранение за счет собственных средств населения в странах ОЭСР, 2000, 2009 и 2015 (или близкие) годы, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933604324>; OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data/ November 2017. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
Дата обращения - 27.01.18.

Две трети расходов на здравоохранение идут на лечение госпитализированных и амбулаторных пациентов

Распределение расходов на здравоохранение по отдельным статьям зависит от многих факторов, включая бремя болезней и системные приоритеты в организации системы здравоохранения и стоимости предоставляемых услуг и товаров. Расходы на лечение в больницах и амбулаториях составляют большую часть – почти две трети общих расходов на здравоохранение в среднем по ОЭСР. В 2015 году они составили 61% по ОЭСР-31 (рис. 18). Еще 19% расходов было направлено на приобретение товаров медицинского назначения (в основном лекарственных препаратов), 14% - на услуги длительного ухода, а остальные 6% - на коллективные услуги, в которые входят предотвращение, профилактика, контроль и другие общественные услуги, а также управление и администрирование системы здравоохранения.

Расходы на лечение в больнице, в среднем по ОЭСР-31, составили 28% от общих расходов на здравоохранение. Выше всего их доля была в Греции (40%, включая дневные стационары). В Польше, Австрии и Франции она превышала треть всех расходов на здравоохранение, в Италии, Исландии и Ирландии – около трети. Ниже всего она была в США (17%), несколько выше в Южной Корее, Канаде, Швейцарии и Швеции (21-22%).

Относительные расходы на амбулаторное лечение выше всего в Португалии (48%), США (47%) и Израиле (46%) при среднем значении по ОЭСР-31, равном 31% от общих расходов на здравоохранение.

Величина расходов на товары медицинского назначения во многом зависит от каналов распределения лекарственных препаратов, распространенности потребления дженериков и цен на фармацевтические товары. Расходы на товары медицинского назначения составляют основную статью расходов на здравоохранение в Словакии (35%) и Венгрии (32%) и составляют около 30% в Латвии, Мексике и Греции. С другой стороны, в Дании, Люксембурге и Норвегии на фармацевтические товары затрачивается лишь 10-11% общих расходов на здравоохранение.

Существенно различаются стран ОЭСР и по доле расходов на длительный медицинский уход. В Норвегии, Швеции и Нидерландах, где развита сеть служб обслуживания престарелых и инвалидов, на эти цели направляется не менее четверти всех расходов на здравоохранение, в Дании, Люксембурге и Ирландии – около четверти. Во многих странах Южной, Центральной и Восточной Европе, где такой сектор здравоохранения менее развит, доля расходов на длительный уход существенно ниже (не более 5% в Мексике, Словакии, Греции, Португалии, Венгрии, США и Латвии).

Расходы на коллективные услуги здравоохранения относительно велики в США (16% от общих расходов на здравоохранение), Канаде и Мексике (по 10%), тогда как в Норвегии составляют лишь 3%.

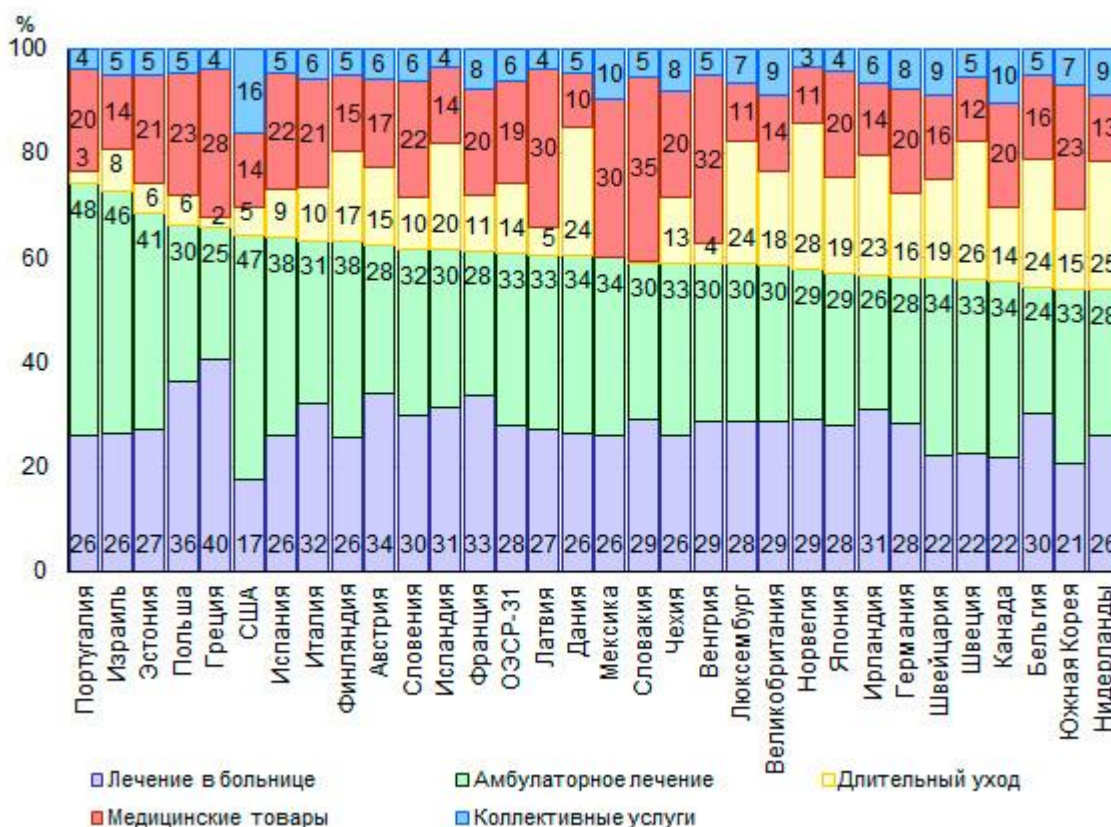


Рисунок 18. Распределение расходов на здравоохранение по типам оказываемых услуг в странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604400>.
Дата обращения - 27.01.18.

До кризиса расходы на все основные статьи росли, особенно быстро – на длительный уход (рис. 19). Кризис затронул все сектора здравоохранения, но в разной степени. Расходы на лечение в больницах и амбулаториях и длительный уход продолжали расти в реальном выражении, хотя и заметно медленнее, чем до кризиса, а вот расходы по другим статьям стали сокращаться.

Расходы на медицинские препараты в 2009-2015 годы сокращались в среднем на 0,5% в год, тогда как в 2003-2009 годы они увеличивались ежегодно на 2,3%, а в 1990-е годы и в начале 2000-х годов еще быстрее. Особенно значительно сократились расходы на профилактику и превентивное лечение, которые в 2009-2015 годы ежегодно снижались на 0,2%, тогда как в 2003-2009 годы увеличивались на 4,6% (некоторые эксперты связывают такой рост с массовой вакцинацией против гриппа, развернувшейся в связи с эпидемией гриппа H1N1).

Сокращались в 2009-2015 годы и расходы на администрирование.

Сокращение заработной платы в государственных больницах,, откладывание замещения и пополнения кадров и инвестирования в инфраструктуры больничных учреждений стали в этот период наиболее частыми мерами, предпринимаемыми в странах ОЭСР для формирования сбалансированного бюджета здравоохранения.



Рисунок 19. Среднегодовой темп прироста среднелюдиных расходов на здравоохранение по отдельным видам оказываемых услуг за 2003-2015 годы, в среднем по ОЭСР, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604419>.
Дата обращения - 27.01.18.

Несколько иначе выглядит распределение расходов на здравоохранение с точки зрения его организационной структуры, в частности, по поставщикам оказываемых услуг. Несмотря на существенные различия, основным поставщиком услуг и товаров здравоохранительного назначения в большинстве стран ОЭСР являются больницы. По данным за 2015 или близким к нему год, 38% расходов на здравоохранение в среднем по ОЭСР-32 были реализованы через больницы (рис. 20). В Турции, Эстонии и Италии эта доля составляла около половины (от 45% до 53%), однако в Канаде, Германии и Мексике она не превышала 30% от общих расходов на здравоохранение.

Через амбулаторные учреждения реализуется около четверти всех расходов на здравоохранение (26% по ОЭСР-32). Среди стран ОЭСР эта доля варьируется от 54% в Израиле до 13% в Турции. Менее 20% она составляет также в Ирландии, Словакии и Нидерландах. Столь существенные различия во многом связаны с функционированием служб врачей общей практики и специалистов (в Австрии, Франции, Германии) или амбулаторных центров здоровья (в Финляндии, Ирландии, Швеции), на которые в среднем приходится около двух третей расходов, реализуемых через амбулаторные учреждения. Еще около 20% приходится на стоматологическое лечение и 10% на медицинские услуги, оказываемые на дому.

Через розничную сеть (в основном аптеки) реализуется, в среднем по ОЭСР-32, 18% расходов на здравоохранение, через учреждения длительного ухода – еще 8%.

Расходы, реализуемые через розничную сеть, варьируются от 4% всех расходов на здравоохранение в Израиле до 35% в Словакии, через учреждения длительного ухода – от 0 в Мексике, Турции и Словакии до 24% в Нидерландах.

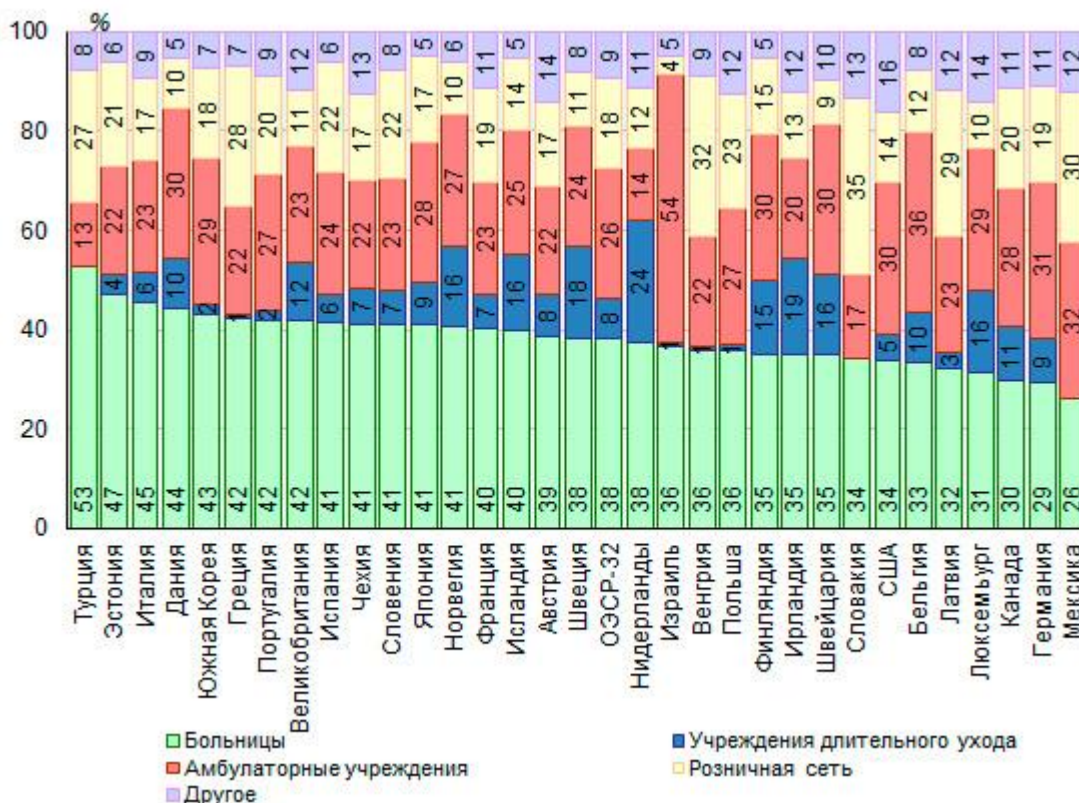


Рисунок 20. Распределение расходов на здравоохранение по поставщикам оказываемых услуг в странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604438>.
Дата обращения - 27.01.18.

Услуги, предоставляемые различными поставщиками, могут по-разному классифицироваться в разных странах. Особенно заметно различаются услуги, предоставляемые больничными учреждениями.

Конечно, лечение и реабилитация госпитализированных больных составляет основную статью расходов на больничные учреждения – 66% в среднем по ОЭСР-27 по данным за 2015 или близкий к нему год. Однако среди стран ОЭСР эта доля варьируется от 40% в Португалии до более чем 90% в Польше, Германии и Греции (рис. 21).

Во многих странах ОЭСР специалисты больниц оказывают значительный объем услуг амбулаторным пациентам. В Швеции, Эстонии, Финляндии и Португалии на амбулаторное лечение затрачивается более 40% всех расходов, реализуемых через больничные учреждения. С другой

стороны, в Греции, Германии и Бельгии на амбулаторное лечение приходится менее 10% расходов на больничные учреждения.

Во многих странах в последние годы наметилась тенденция оказания больничных услуг в форме так называемых «дневных» стационаров, что позволяет заметно сократить время ожидания и повысить эффективность лечения. В ряде стран расходы, реализуемые через дневные стационары, превышают 10% всех расходов на больничные учреждения (в Ирландии, Канаде, Латвии, Португалии, Великобритании, Австралии и Нидерландах), но в среднем по ОЭСР-27 она доля составляет лишь 7%, оставаясь незначительной в таких странах, как Греция, Япония и Южная Корея (1%).

Затраты на длительный уход в среднем по ОЭСР-27 составили в 2015 году лишь 4% от общих расходов на больничные учреждения, однако они достаточно велики в таких странах, как Южная Корея (26%), Япония (11), Исландия и Чехия (8-9%).

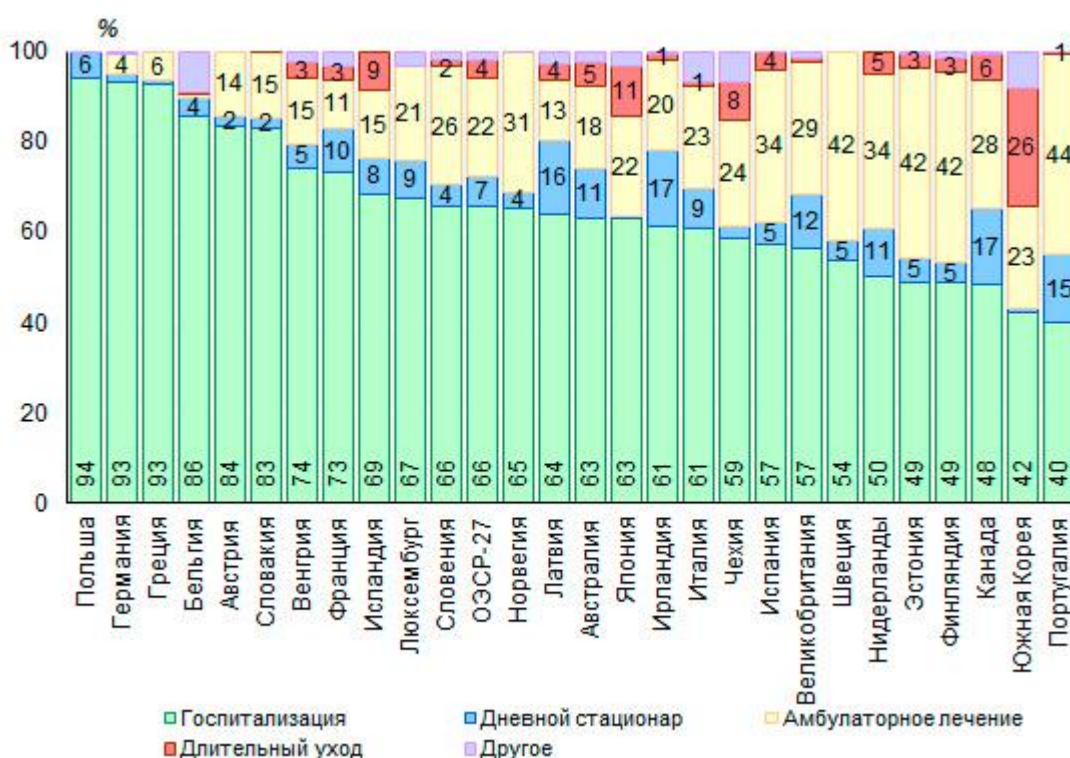


Рисунок 21. Распределение расходов на больничные учреждения по типам оказываемых услуг в странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604457>.
Дата обращения - 27.01.18.

Средняя нагрузка на врача снизилась до 297 человек постоянного населения, а нагрузка на больничную койку возросла до 214 человек

Всеобщий охват населения услугами здравоохранения надлежащего качества возможен только при определенном уровне обеспеченности населения медицинскими кадрами и наличии сети медицинских учреждений, оснащенных современным оборудованием. Чаще всего в качестве

индикаторов ресурсного потенциала здравоохранения используют показатели обеспеченности населения врачами, медсестрами и больничными койками. База данных ОЭСР содержит и более детальные характеристики, касающиеся, в частности, возрастного состава медицинского персонала (прежде всего врачей), численности студентов, завершающих обучение по программам медицинского образования, а также наличия современного оборудования (сканеров компьютерной томографии и установок для магнитно-резонансной томографии).

Об обеспеченности населения мира квалифицированными медицинскими кадрами уже говорилось выше – в среднем она составляет 4,6 на каждую тысячу человек, варьируясь от 0,1 до 27. В среднем по ОЭСР-35 обеспеченность врачами и медицинскими сестрами составляет 12,4 на 1000 человек.

Число практикующих врачей, то есть занимающихся непосредственно лечением пациентов, составляет, в среднем по ОЭСР-35 по последним из имеющихся данных, 3,4 на 1000 тысяч человек, варьируясь по странам от 6,3 в Греции до 1,8 в Турции (рис. 22). Следует, правда, оговориться, что некоторые страны предоставляют данные обо всех врачах, работающих в сфере здравоохранения (включая управление, образование, исследования и т.п.), что завышает значение показателя на 5-10%, или обо всех врачах, имеющих лицензию, что может приводить к еще большему завышению (в Португалии, например, на 30%). С другой стороны, в некоторых странах значение показателя может быть несколько занижено из-за существующего порога (минимальной практики) для отнесения к категории практикующего врача, как например, в Бельгии. Но в целом, учитывая численность населения других стран ОЭСР, можно считать вполне достоверной приведенную среднюю оценку.

За Грецией, в которой значение показателя может быть завышено (представлены все врачи, имеющие лицензию на практику), следуют Австрия (5,1), а затем, если не считать Португалию (4,6) с явно завышенным показателем, Норвегия (4,4), Швейцария и Швеция (4,2). Наряду с Турцией низкой обеспеченность врачами среди стран-членов ОЭСР выделяются Чили (2,1), Южная Корея (2,2), Польша (2,3), Мексика и Япония (2,4).

Если говорить о динамике показателя, его значение за 2000-2015 годы увеличилось во всех странах ОЭСР, по которым имеются сведения на начало периода. В среднем по ОЭСР-30 (без Ирландии, Италии, Нидерландов, Швейцарии, Чили) средняя обеспеченность населения врачами повысилась с 2,7 до 3,4 на 1000 человек, или, иначе говоря, средняя нагрузка на одного практикующего врача снизилась с 367 до 297 человек.

Среди стран-партнеров ОЭСР, если не считать Россию, обеспеченность врачами существенно ниже: 1,8 на 1000 человек в Бразилии, Колумбии и Китае, 0,8 в Южной Африке, 0,7 в Индии и 0,3 в Индонезии. Причем в Индии значение показателя может быть завышено, поскольку основывается на данных медицинских регистров, которые не учитывают миграцию, выход на пенсию или смерть, а также возможно регистрации в разных штатах.

В России обеспеченность врачами выше, чем в среднем по ОЭСР, но, по имеющимся в базе данных сведениям, она снизилась, в отличие от всех остальных стран, - с 4,6 на 1000 человек в 2000 году до 4,0 в 2015 году^[14].

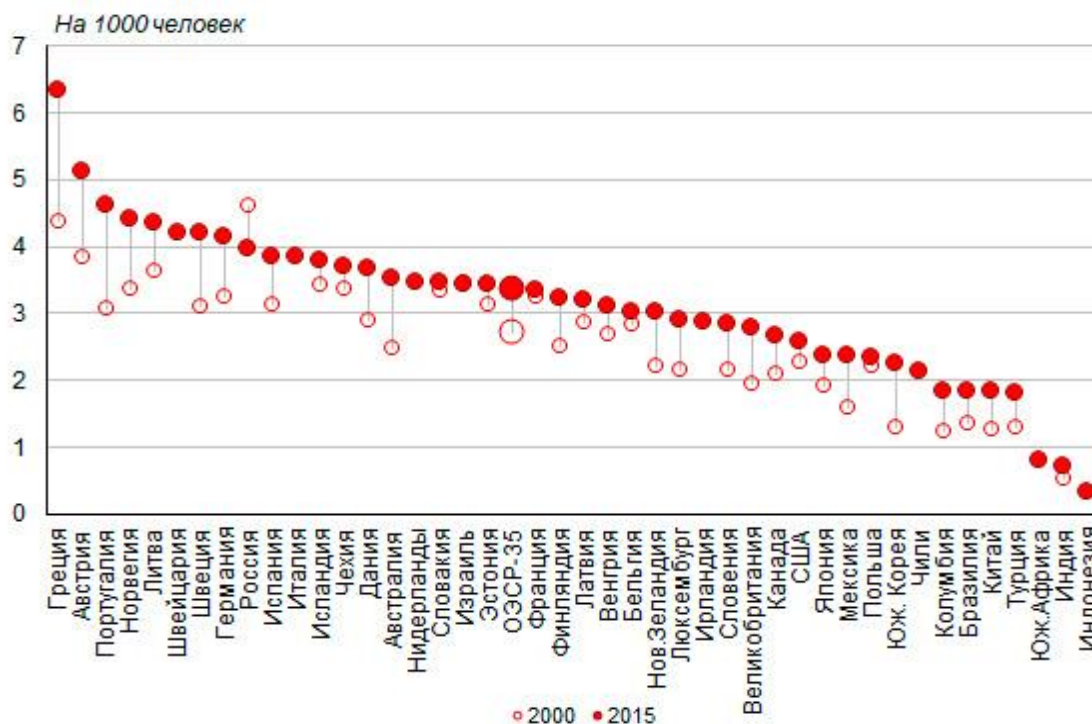


Рисунок 22. Число практикующих* врачей в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2000 и 2015 (или близкие) годы, на 1000 человек постоянного населения

* Греция, Португалия, Чили – все врачи, имеющие лицензию на практику; Исландия, Канада, Словакия, Франция, Турция – все врачи, работающие в сфере здравоохранения

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604571>;
OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data/ November 2017.
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

Дата обращения - 27.01.18.

Число практикующих медицинских сестер в среднем по ОЭСР-35 составляет 9,0 на 1000 человек, варьируясь от 2,0 в Турции до 18,0 в Швейцарии (рис. 23). Помимо Швейцарии высоким числом медицинских сестер выделяются Норвегия, Дания, Исландия и Финляндия (15-17 на 1000 человек). Ниже всего обеспеченность населения медицинскими сестрами, помимо Турции, в Чили и Мексике (менее 3 на 1000 человек).

Число медицинских сестер в расчете на 1000 человек, как и число врачей, увеличилось, по сравнению с 2000 годом, в целом по ОЭСР (с 7,3 до 8,8 по ОЭСР-28) и в большинстве стран. Однако, в отличие от обеспеченности, врачами в некоторых странах – Словакии, Великобритании, Израиле и Ирландии - она снизилась за этот период, причем если в последних двух обеспеченность медсестрами снизилась из-за более быстрого роста населения, то в Словакии численность медсестер снизилась не только относительно, но и абсолютно. В некоторых странах она, напротив, заметно выросла, в том числе и там, где она уже была высокой – на 3-5 медсестры на 1000 человек в Норвегии, Швейцарии, Люксембурге, Дании, Финляндии, Франции и Южной Корее.

В странах-партнерах ОЭСР, за исключением России (8,7), обеспеченность населения практикующими медицинскими сестрами в несколько раз ниже (1-2 на 1000 человек), хотя в последние годы она растет, особенно быстро в Бразилии.

Данные о численности практикующих медицинских сестер, как и о практикующих врачах, не вполне сопоставимы по странам, но в среднем дают представление об обеспеченности населения этими кадрами здравоохранения и соотношении численности медицинских работников разной квалификации.

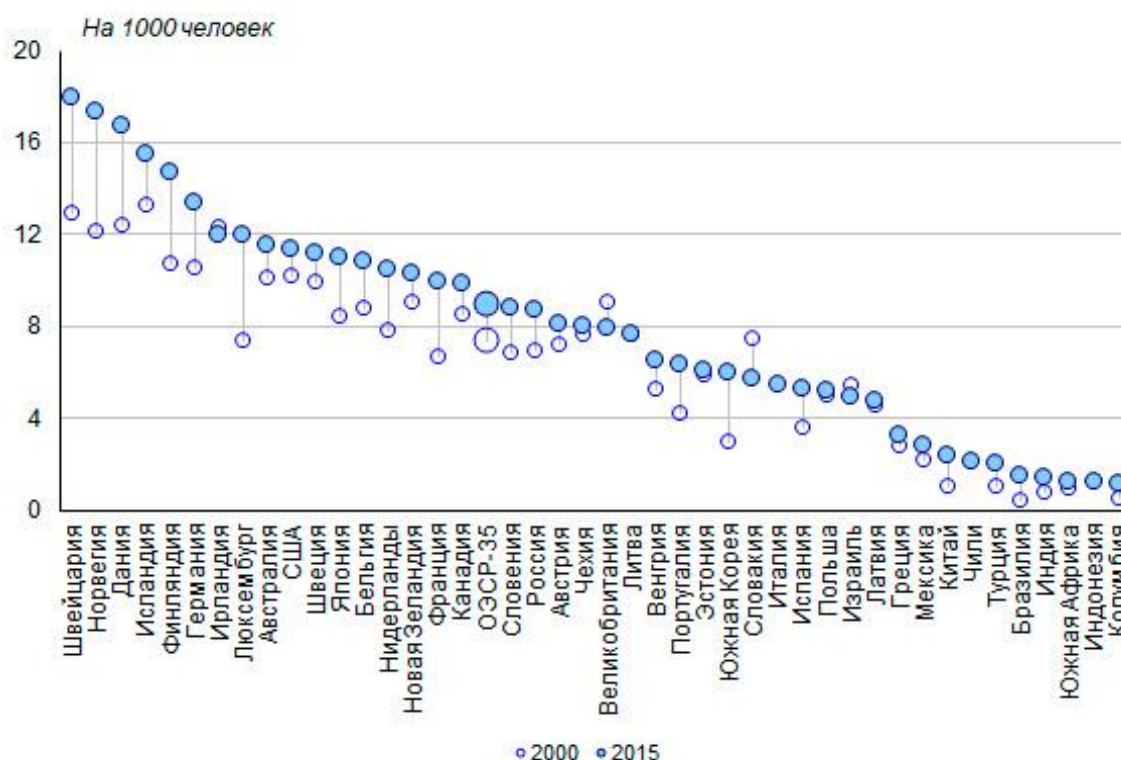


Рисунок 23. Число практикующих* медицинских сестер в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2000 и 2015 (или близкие) годы, на 1000 человек постоянного населения

* Чили – все медицинские сестры, имеющие лицензию на практику; Австрия и Греции – только медсестры, работающие в больницах; Исландия, Ирландия, США, Португалия, Словакия, Франция, Турция – все медсестры, работающие в сфере здравоохранения, включая управление, образование, исследования и т.п.

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604742>;
OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data/ November 2017.
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

Дата обращения - 27.01.18.

В настоящее время на каждого практикующего врача в странах ОЭСР приходится, в среднем, 3 практикующие медицинские сестры (2,8), в Японии, Финляндии и Дании их число превышает 4 (рис. 24). С другой стороны, в Чили число практикующих врачей и медицинских сестер примерно одинаково, а в Турции и Мексике число практикующих медицинских сестер лишь немного превышает число практикующих врачей.

Страны-партнеры ОЭСР также отличаются низким соотношением медицинских сестер и врачей. В Колумбии и Бразилии практикующих медицинских сестер меньше, чем врачей, в Китае (1,3) и Южной Африке (1,6) – ненамного больше. В России практикующих медицинских сестер в 2,2 раза больше, чем врачей.

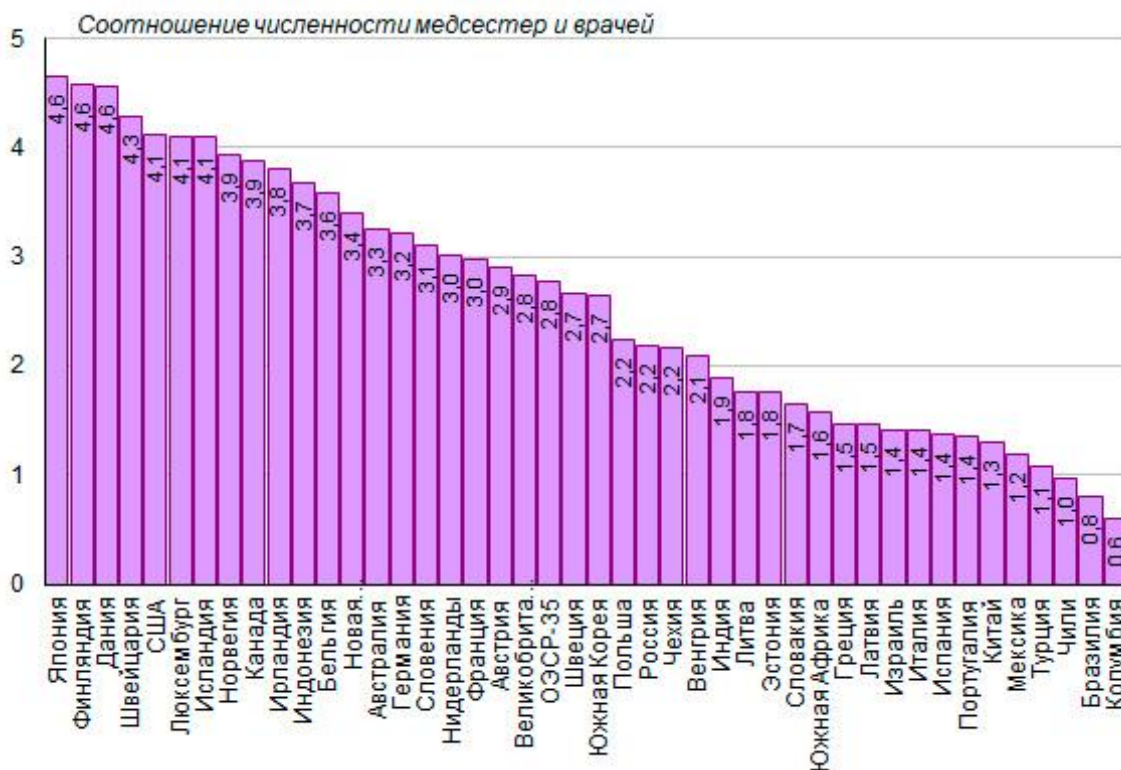


Рисунок 24. Соотношение численности практикующих* медицинских сестер и врачей в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий) год

* США, Ирландия, Франция, Словакия и Турция – профессионально активные медицинские работники; Австрия и Греция – работающие в больницах; Португалия – все работающие в здравоохранении медсестры и лицензированные врачи.

Источник: Health at a Glance 2017: OECD <http://dx.doi.org/10.1787/888933604761>.
Дата обращения - 27.01.18.

Реальную нагрузку на врача можно оценить с помощью такого показателя, как среднее число медицинских консультаций, оказанных человеку за год. Оно характеризует число обращений к врачам общей практики и специалистам в амбулаторно-поликлинических учреждениях, медицинских центрах и врачебных кабинетах, амбулаторных подразделениях больниц и, в определенных случаях, на дому. Учет таких обращений несколько различается по странам, особенно в части приема в больницах. В основном в базе данных ОЭСР содержатся сведения о числе обращений за медицинской помощью, поступающие из административных источников. Однако некоторые страны (Ирландия, Испания, Италия, Нидерланды, Новая Зеландия и Швейцария) представляют данные выборочных обследований по проблемам здоровья, которые обычно несколько занижены по сравнению с данными административного учета из-за забывчивости респондентов и нежелания отвечать. Кроме того, различается и практика медицинского обслуживания. Во многих европейских странах (Великобритании, Дании, Испании, Италии,

Нидерландах, Норвегии, Португалии, Словакии) в любом случае необходимо первоначально получить консультацию у врача общей практики, который, при необходимости, может направить пациента к специалисту. В других странах пациент может сам непосредственно обратиться к специалисту.

По последним из имеющихся данных, число медицинских консультаций в среднем по ОЭСР-32 составляет 6,9 на человека в год, варьируясь от 2,7 в Мексике до почти 13 в Японии и 16 в Южной Корее (рис. 25). В большинстве стран оно составляет от 4 до 8. Различия между странами в определенной мере могут быть обусловлены факторами культуры и стереотипами поведения, но немалую роль играют и характеристики системы здравоохранения, особенно способы оплаты предоставляемых услуг. В частности, в странах, где заработная плата врачей рассчитывается на основе оплаты услуги (например, в Японии и Южной Корее), среднее число консультаций несколько выше, а в странах, где врачи в основном работают за оклад (в Мексике, Финляндии, Швеции), - несколько ниже среднего уровня. Тем не менее, в таких странах, как Швейцария и США, где врачи получают преимущественно сдельную оплату, среднее число предоставленных медицинских консультаций также невысоко (около 4), что, по-видимому, связано с их высокой стоимостью, даже в случае частичной оплаты пациентом. Что касается Швеции и Финляндии, относительно низкое среднее число врачебных консультации может быть отчасти связано с тем, что значительная часть первичных консультаций оказывается средним медицинским персоналом в центрах здоровья, и это снижает потребность в обращении к врачу.

Среднее число обращений к врачам остается относительно стабильным, лишь немного увеличившись по сравнению с 2000 годом в целом по ОЭСР (6,5). В большинстве стран-членов организации оно увеличилось, особенно значительно в Турции (на 5,6) и Южной Корее (5,4), а в 9 странах – сократилось (в Словакии - на 3,4, Японии – на 1,7, Чехии - на 1,5, Испании – на 1,1, в Бельгии, Франции, Люксембурге, Новой Зеландии и Австрии – менее чем на одну консультацию).

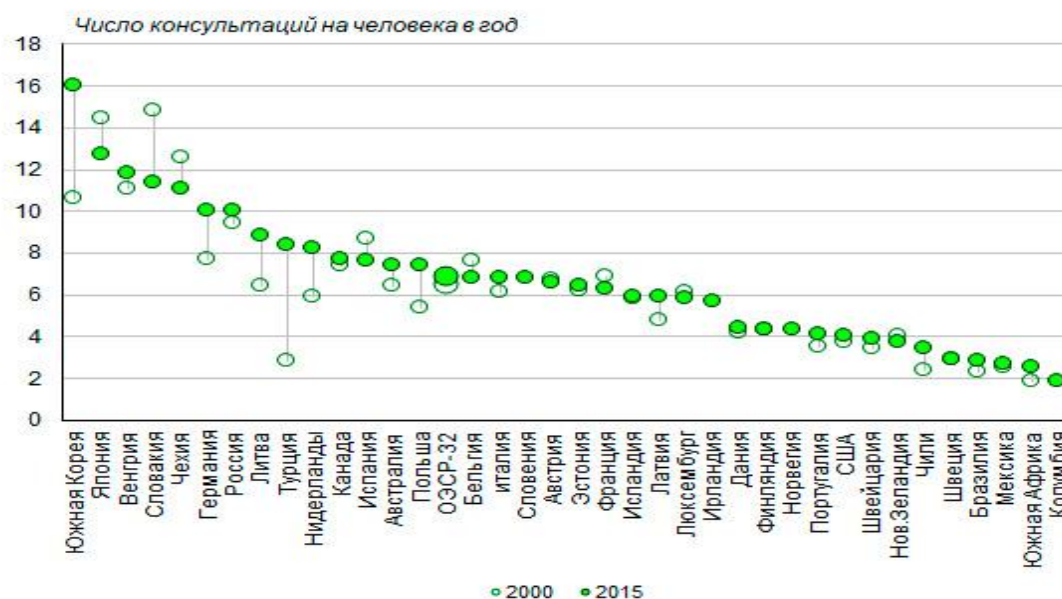


Рисунок 25. Среднее число оказанных за год врачебных консультаций в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2000 и 2015 (или близкие) годы, на душу населения

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604951>.
Дата обращения - 27.01.18.

Обеспеченность населения больничными койками, в отличие от обеспеченности врачами, снижается. В целом по ОЭСР-35 она снизилась с 5,6 на 1000 человек в 2000 году до 4,7 в 2015 году (рис. 26). Иначе говоря, нагрузка населением на одну больничную койку возросла со 171 до 214 человек.

Снижение обеспеченности населения больничными койками наблюдалось практически во всех странах ОЭСР, кроме Южной Кореи и Турции. В Южной Корее она увеличилась в 2,5 раза, достигнув 11,5 на 1000 человек в 2015 году. В Японии она, напротив, несколько снизилась (с 14,7 до 13,2), но осталась самой высокой в ОЭСР. Столь высокие показатели в этих двух странах связаны с выполнением больницами социальной функции по длительному уходу за пациентами преклонного возраста, число которых быстро растет из-за старения населения. Высокая обеспеченность больничными койками характерна также для России, Германии и Австрии, хотя она и снизилась по сравнению с 2000 годом.

В Турции, как и в Китае, рост обеспеченности населения больничными койками происходил с низких уровней, наблюдавшихся в начале века.

Во многих странах ОЭСР число больничных коек опустилось ниже 3 в расчете на 1000 человек, а в Мексике, не отличавшейся высокой обеспеченностью койками и в 2000 году, она снизилась до 1,5. Еще ниже обеспеченность больничными койками населения Индонезии (1,0) и Индии (0,5).

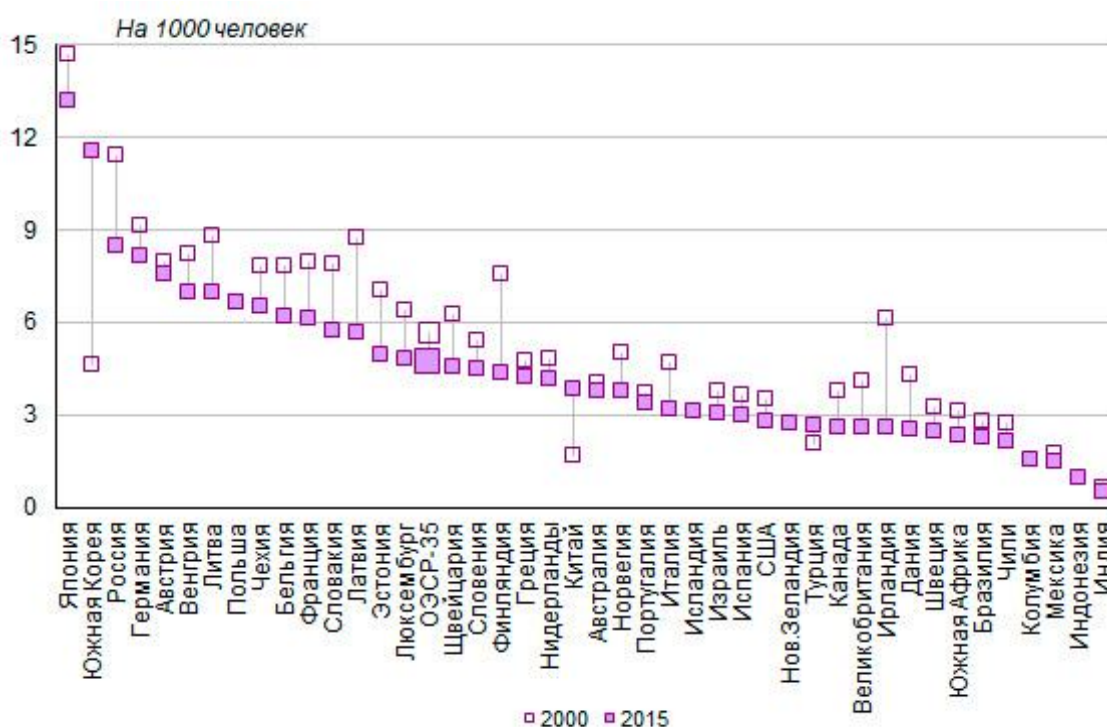


Рисунок 26. Число больничных коек в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2000 и 2015 (или близкие) годы, на 1000 человек постоянного населения

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604742>;
OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data/ November 2017.
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

Дата обращения - 27.01.18.

Сокращение числа больничных коек произошло во многом благодаря прогрессу в медицинских технологиях, что позволило значительно сократить продолжительность пребывания в больнице или вообще отказаться от госпитализации. Финансово-экономический кризис, начавшийся в 2008 году, привел в действие дополнительные стимулы, связанные уже с необходимостью сокращения государственных расходов на здравоохранения.

Средняя продолжительность пребывания в больнице в среднем по ОЭСР-35 сократилась с 9,5 дня в 2000 году до 7,8 дня в 2015 году (рис. 27). Она рассчитывается как общее число дней, которые всего госпитализированные пациенты провели в больничных учреждениях за год, деленное на число поступивших или выписанных больных. Большинство стран предоставляет данные обо всех госпитализированных пациентах, за исключением Канады, Нидерландов и Японии, которые предоставляют данные только о продолжительности госпитализации для лечения и неотложной помощи, что приводит к недооценке показателя^[15]. С другой стороны, в ряде стран - Австралии, Австрии, Греции, Ирландии, Люксембурге, Канаде, Мексике, Норвегии, Чили, Финляндия, Эстонии - здоровые новорожденные не учитываются среди выписываемых из больниц (они составляют от 3 до 10%), что приводит к переоценке средней продолжительности пребывания в больнице (например, в Канаде на 0,5 дня).

По последним имеющимся данным, наименьшая средняя продолжительность пребывания в больнице в Турции (3,9) и Мексике (4,2 дня), а наибольшая – в Японии и Южной Корее (более 16 дней).

По сравнению с началом века, сокращение средней продолжительности пребывания в больнице отмечалось во всех странах ОЭСР, кроме Южной Кореи Венгрии, Италии, Исландии и Канады. В Мексике она осталась неизменной. Наибольшее сокращение наблюдалось в Японии (на 8,3 дня), за которой следовали Швейцария (-4,4) и Израиль (-4,0), а также Россия, где средняя продолжительность пребывания в больнице снизилась с 15,5 до 11,4 дня.

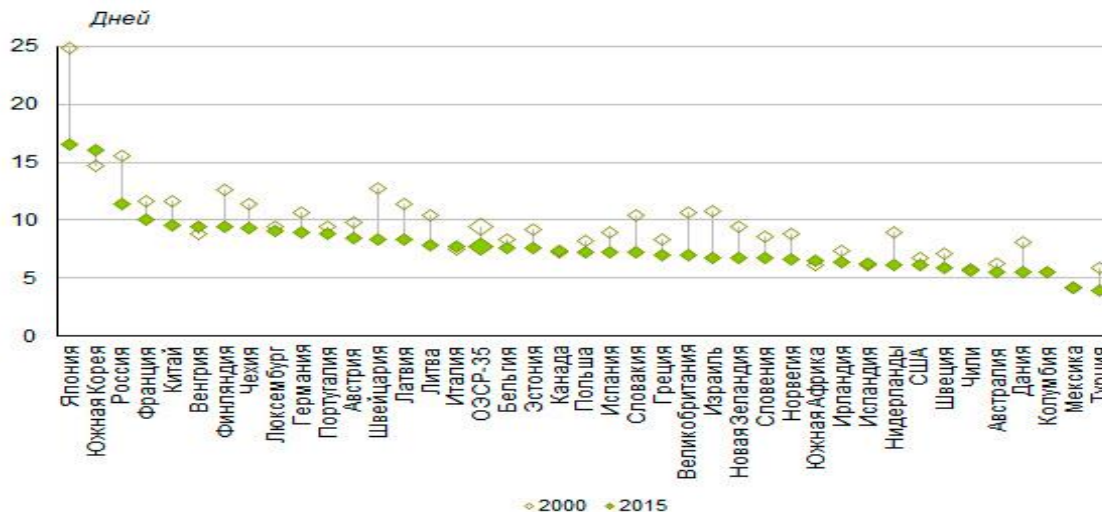


Рисунок 27. Средняя продолжительность пребывания в больнице* в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2000 и 2015 (или близкие) годы, дней

* Канада, Нидерланды, Япония – продолжительность лечения и неотложной помощи.

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators <http://dx.doi.org/10.1787/888933604742>.
Дата обращения - 27.01.18.

Источники:

Organisation for Economic Co-operation and Development – www.oecd.org

OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en ;

OECD Database - OECD.Stat - <http://stats.oecd.org/#>

OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data/ November 2017
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT ;

World Health Organization – www.who.int

World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs,
Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017.
http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html

[1] Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) - международная экономическая организация развитых стран, признающих принципы представительной демократии и свободной рыночной экономики. Первоначально (1960-1961годы) в эту организацию вошли 20 стран: Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Португалия, США, Турция, Франция, Швейцария и Швеция. Позже к ним присоединилась Япония (1964), Финляндия (1969), Австралия (1971), Новая Зеландия (1973), Мексика (1994), Чехия (1995), Венгрия, Польша и Южная Корея (1996), Словакия (2000), Израиль, Словения, Чили, Эстония (2010), Латвия (2016). В настоящее время число полноправных членов ОЭСР составляет 35, на их долю приходится около 60% мирового ВВП.

Помимо этих стран приглашение для переговоров о возможном вступлении в организацию и сотрудничестве получили Бразилия, Китай, Колумбия, Коста-Рика, Литва, Индия, Россия, Индонезия и Южная Африка («страны-партнеры»). ОЭСР осуществляет обширную аналитическую работу, вырабатывает рекомендации для стран-членов организации и служит платформой для организации многосторонних переговоров по широкому кругу социально-экономических проблем. При этом в фокусе внимания неизменно оказываются вопросы демографии, миграции, здоровья населения и благополучия семей. Основой для аналитической работы служит постоянно пополняемая база данных, формирующаяся на основе информации, поступающей из национальных статистических служб, Статистической службы Европейского союза (Евростата) и ООН. <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/>.

[2] Подробнее об исследовании см. гл. 2 доклада OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

[3] Число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким же, как в годы, для которых вычислен показатель. Значение показателя не зависит от возрастной структуры населения. Обычно рассчитывается отдельно для мужчин и женщин, в данном случае – для населения в целом (мужчин и женщин).

[4] Здесь и далее средние значения по ОЭСР, приводимые из доклада «Health at a Glance 2017: OECD Indicators», не взвешены по численности населения, то есть рассчитаны как простые средние из имеющихся значений по странам-членам организации.

[5] Выделяются ВОЗ для аналитических целей в зависимости от уровней смертности и заболеваемости.

К Американскому региону отнесены все страны Северной и Южной Америки и Карибского бассейна.

В Европейский регион, помимо европейских стран, входит Турция, а также закавказские государства и страны Средней Азии, входящие в СНГ.

В Восточно-Средиземноморский регион входят Афганистан, Бахрейн, Джибути, Египет, Ирак, Иран, Иордания, Йемен, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Оман, Пакистан, Катар, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Сирия, Тунис, ОАЭ, а в Африканский регион - все остальные страны Африки.

К Западно-Тихоокеанскому бассейну отнесены Австралия, Бруней, Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаос, Малайзия, Маршалловы о-ва, Микронезия, Монголия, Науру, Ниуэ, Новая Зеландия, о-ва Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Сингапур, Соломоновы о-ва, Таиланд, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины, Южная Корея, Япония.

К региону Юго-Восточной Азии – Бангладеш, Бутан, Мьянма, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, КНДР, Мальдивы, Непал, Тимор-Лесте.

[6] Всеобщий охват медико-санитарными услугами /Информационный бюллетень N°395. Декабрь 2016 г. - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/ru/>

[7] Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016, а также некоторые национальные выборочные обследования.

[8] При положительном ответе хотя бы на один из вопросов об отказе из-за высокой стоимости: от посещения/консультации врача, или от медицинских тестов, обследований, предписанного врачом лечения, или приема прописанных лекарств в предписанных дозах.

[9] Эта типология применяется в ОЭСР к территориальным образованиям третьего уровня и неофициальной территориальной сетке, с учетом плотности населения и размера (численности населения) городских поселений. Подробнее об речи шла в х предыдущих выпусках Демографического барометра - <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0517/barom02.php>,

[10] Universal health coverage (UHC) /Fact sheet. Updated December 2017.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>

[11] World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017. -

http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html

[12] Согласно Рамочной программе мониторинга основных возможностей Международных медико-санитарных правил (ММСП 2005 года) выделено 13 направлений мониторинга:

1. Национальное законодательство, политика и финансирование
2. Координация и коммуникации по ММСП
3. Эпидемиологический надзор
4. Реагирование на чрезвычайные ситуации в здравоохранении
5. Готовность (к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения и реагированию)
6. Коммуникации по вопросам рисков (политика и процедуры информирования населения)
7. Кадровые ресурсы
8. Лабораторные службы (возможности для лабораторной диагностики и подтверждения; лабораторная биобезопасность и биозащищенность)
9. Пункты въезда (аэропорты, порты и наземные транспортные узлы) – общие обязанности; основные возможности, необходимые постоянно и в условиях чрезвычайных происшествий
10. Происшествия, связанные с зоонозами
11. Безопасность пищевых продуктов
12. Происшествия, связанные с химическими веществами
13. Чрезвычайные происшествия, связанные с радиоактивными веществами

IHR Core Capacity Monitoring Framework Questionnaire for Monitoring Progress in the Implementation of IHR Core Capacities in States Parties. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; Международные медико-санитарные правила (2005 г.) РАМОЧНАЯ ПРОГРАММА МОНИТОРИНГА ОСНОВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ММСП: ВОПРОСНИК ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПРОГРЕССА В ВЫПОЛНЕНИИ ОСНОВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ММСП В ГОСУДАРСТВАХ-

УЧАСТНИКАХ Geneva: Всемирная организация здравоохранения; 2017. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

[13] Российский статистический ежегодник. 2017. С. 495.

[14] По оценкам Росстата, она составила в 2000 году 46,8 на 10 тысяч человек, в 2015 году – 45,9. Наибольшей величины, по представленным данным, показатель достиг в 2011 году – 51,2, однако отмечается, что в 2012 и 2015 годах Минздрав изменял методологию формирования показателя. В то же время в методологических пояснениях Росстата эти изменения не разъясняются, а отмечается только, что в общую численность врачей и среднего медицинского персонала включаются лица с высшим медицинским образованием и со средним медицинским образованием соответственно, занятые в лечебно-профилактических организациях, организациях служб по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, учреждениях социального обеспечения, клиниках ВУЗов и НИИ, дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка и др. - *Российский статистический ежегодник. 2017. С. 205, 222.*

[15] Так, в Японии средняя продолжительность пребывания в больнице составила в 2015 году 29 дней против 39 дней в 2000 году.