

Здравоохранение Европы-2030. Кризис финансового управления, или Полдесятка ветров в спину рЭволюции



A. Wyke



I. Scott

По данным журнала «The Economist», представленным в марте с.г. в Женеве с трибуны конференции «Здравоохранение Европы. Эра перемен в политике, управлении, финансировании» (Healthcare in Europe. Transforming policy, systems and funding), современное европейское здравоохранение переживает глубокий финансово-экономический и управленческий кризис, ставящий его на грань выживания (начало публикации см. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 2011, 5 травня [Электронна публікація]). Международная команда аналитиков, которую возглавили **Ян Скотт** (Iain Scott), главный редактор «Economist Intelligence Unit» и **Александра Уайк** (Alexandra Wyke), генеральный директор «PatientView», приходит к выводу, что на фоне всего разнообразия дискуссий о реформах здравоохранения Европы больше всего последнему не достает одного: способности к адаптации. И если сегодня дебаты инициируются главным образом сторонами, каждая

из которых имеет свой интерес (страховые компании, медицинские работники, государственные чиновники), то со временем, возможно, дискуссия вернется в изначально предначертанное русло, а именно к поиску оптимальных путей и возможностей, которые позволят сделать население Европы максимально здоровым и благополучным.

Системы здравоохранения всей Европы едва покрывают свои расходы. Международные аналитики бьют тревогу: мало того, что методы покрытия издержек демонстрируют все меньшую эффективность, но и сами затраты продолжают стремительно расти, что вызывает еще большую обеспокоенность. По данным Мирового банка, расходы государств Европейского Союза на здравоохранение могут взлететь с 8% ВВП в 2000 г. до 14% в 2030 г., сохранится такая тенденция и в дальнейшем.

Поэтому в настоящее время главной задачей, стоящей перед европейским сектором здравоохранения, признается поиск путей для сбалансирования бюджетов и обуздания расходов. Если этого не будет сделано в кратчайшие сроки, объемы финансирования здравоохранения падут до критического предела и приведут к его коллапсу. Основными драйверами финансового кризиса здравоохранения являются две взаимозависимые тенденции: старение населения и рост хронических заболеваний. Их финансовое бремя усугубляет повышение базовой стоимости медицинских технологий. Есть, правда, и позитив: с расшифровкой генетической подоплеку многих серьезных заболеваний (рак, сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология) появляются перспективы повышения выживаемости таких пациентов. Однако тем более актуальным представляется создание глобаль-

ной стратегии, которая позволит решить вопрос выживания европейских систем здравоохранения как таковых. И хотя некоторые страны пытаются всеми силами преодолеть финансовые трудности путем проведения масштабных реформ, несмотря на привлечение лучших умов, разрешить головоломку финансирования здравоохранения так и не удается.

Свой вклад в этот процесс решили сделать специалисты исследовательского подразделения журнала «The Economist» (Economist Intelligence Unit), предприняв аналитическое исследование, в котором:

определили четыре основные причины того факта, что расходы здравоохранения Европы увеличиваются быстрее, чем уровень поступающих бюджетных ассигнований:

1. старение населения и соответствующий рост хронических заболеваний;
2. высокая стоимость инновационных технологий;
3. рост запросов пациентов в унисон с повышением их информированности и нежеланием придерживаться здорового образа жизни;
4. устаревшие приоритеты и механизмы финансирования, мало отвечающие требованиям сегодняшнего дня;

вычленили семь отдельных, но взаимосвязанных тенденций, которые, вероятно, будут определять развитие европейского здравоохранения в течение двух ближайших десятилетий (подробнее см. предыдущую публикацию):

1. дальнейшее увеличение расходов здравоохранения;
2. консолидация и панъевропеизация;
3. повышение роли врачей общей практики;
4. фокус на профилактической медицине;
5. повышение прозрачности медицинских данных как средство борьбы с неравенством в здравоохранении;
6. рассмотрение пациента как равноправного информированного партнера медицинских специалистов;
7. дерегуляция здравоохранения;

на базе этих тенденций начертали пять принципиально различных сценариев возможного развития событий на период до 2030 г.

1. торжество технологий, прорыв в лечении хронических заболеваний, ведущее место в управлении здравоохранением занимают электронные технологии;
2. страны Европы объединяют усилия по созданию единой панъевропейской системы здравоохранения;
3. профилактическая медицина (здоровый образ жизни) получает приоритетное значение перед лечением заболеваний;
4. ориентация европейских систем здравоохранения на социально незащищенные слои населения;
5. европейские страны приватизируют все здравоохранение, в том числе его финансирование.

Пять стрел на пяти ветрах

Приведенные ниже 5 вероятных сценариев в той или иной степени отображают возможный ландшафт здравоохранения Европы в 2030 г. Хотя эти сюжетные линии являются гипотетическими, они подчеркивают последствия различных путей и решений, избираемых планировщиками здравоохранения уже сегодня, а также преимущества и риски, связанные с различными вариантами выбора. Таким образом, они могут служить толчковой опорой и платформой для обсуждения различных политических курсов в области здравоохранения. При этом важно отметить, что несмотря на принципиальные различия, эти сценарии не являются взаимоисключающими: напротив, в непредсказуемой колоде будущего элементы каждого из них могут оказаться мозаичнейшим образом перетасованными между собой.

1. Триумф технологий

К 2030 г. наука биологического вектора установят (и будут продолжать выявлять) методы лечения для многих возрастных хронических заболеваний, в том числе сахарного диабета и сердечнососудистой патологии. Многие из них окажутся возможными благодаря внедрению персонализированной терапии и методов лечения, предоставляющих пациентам более широкий выбор лекарственных средств и медицинских вмешательств. Пациенты смогут получать лечение, которое им больше подходит и вызывает меньше побочных эффектов. Одним из главных преимуществ медицинских технологий будущего станет их чрезвычайная эффективность, позволяющая быстро диагностировать (а порой и излечивать) хронические заболевания, — тогда как в предыдущие десятилетия хронически больные зачастую жили без установленного диагноза. К 2030 г. значительно возрастет количество людей, остающихся здоровыми и активными до самых преклонных лет, — вплоть до 100 и даже 110. Таким трансформациям будет способствовать сектор электронного здравоохранения (e-health), по-английски именуемый *ambient intelligence* (что крайне трудно отобразить по-русски иначе, чем «вездесущий разум» — ведь несмотря на всю контекстную двусмысленность, искусственный интеллект (в электронной оболочке) существует уже сегодня и, будем надеяться, вопреки традиционно пессимистическим прогнозам научных фантастов, по мере своего развития послужит исключительно во благо человечества (в частности, на ниве здравоохранения), а не во вред ему). В рамках этого сектора будут разработаны электронные системы, которые осознают (то ли осязают) присутствие людей и могут использоваться в качестве платформ-носителей для медицинских технологий. E-health manager (сокращенно — eHM, а по представлениюм сегодняшнего дня, назовем его электронной медсестрой) будет вести непрерывный мониторинг показателей жизнеобеспечения определенного пациента,

например, температуры тела, химического состава крови, активности нейронов. Интерактивные сетевые системы будут помогать врачам в принятии решений о назначении того или иного лекарственного средства или медицинского вмешательства, а самого пациента снабжать регулярными и легко доступными для понимания инструкциями о его дальнейших действиях по оптимизации своего лечения. Сообщения будут совсем простыми: «Время принять одну синюю пилюлю и две красных», «Откройте и выпейте пакетик энергетического сока», «Уже полчаса как вам пора обедать» и в таком же духе.

В 2030 г. люди будут жить и работать, беспрепятственно сосуществуя со своими eHM, — пользуясь ими и не особо задумываясь об их сложнейшем техническом устройстве: eHM станут приблизительно таким же обыденным бытовым атрибутом, как сегодня мобильный телефон. Этот сценарий иллюстрирует инновационную модель предоставления услуг здравоохранения, известную как «сопричастная медицина» (*participatory medicine*), где, будучи сетевым пользователем, пациент превращается из пассивного получателя медицинской помощи в полноценного партнера медицинских специалистов, активного драйвера собственного лечения. Инструменты наподобие сетевого ресурса Google Health, доступного в США, станут использоваться широко и повсеместно, будут интегрированы в национальные медицинские электронные базы данных. Такие перемены создадут реальную перспективу для воплощения в жизнь описанной пациентуправляемой модели здравоохранения.

Расцвету технологий в 2030 г. будут в немалой степени способствовать новая парадигма взаимоотношений, новый уровень взаимопонимания между правительствами и индустрией Европы, которые совместными усилиями выработают свежий взгляд на инновации и их место в жизни общества. Теперь вместо бизнес-интересов стимулом к инновациям будут служить новые форматы партнерства, в рамках которых будут компетентно определяться нужды европейского общества и чаяния, которые оно возлагает на научные исследования, — а компании, производящие свою продукцию в соответствии с этими требованиями, будут надлежащим образом поощряться. Изменения претерпят и сами инноваторы, перемены затронут системы медицинского образования, коснутся устоев большого бизнеса. Подход, именуемый «ответственная инновация» (*responsible innovation*), позволит существенно снизить прибыльную мотивацию медицинских R&D. Фармацевтические компании, производители медицинской техники, лечебно-профилактические учреждения должны будут строго придерживаться приоритетов, установленных и продиктованных правительственно-индустриальным тандемом.

Финансирование здравоохранения

В 2007 г. один из крупнейших в США исследовательских центров — Институт Милкена (*Milken Institute*; www.milkeninsti-

tute.org) — провел анализ ряда наиболее распространенных заболеваний, в ходе которого выяснилось, что потери американской экономики, связанные со снижением трудоспособности заболевших ими людей, намного превышает расходы собственно на лечение этих патологических состояний. Но в 2030 г. картина будет разительно иной. Прежде всего благодаря тому, что на протяжении предшествующих указанной дате десятилетий в сферу R&D будут осуществляться масштабные авансовые государственные инвестиции, источниками которых послужат повышение налогов и увеличение сумм страховых взносов. К тому времени эти расходы более чем окупятся обществу за счет повышения производительности и продления трудоспособной жизни людей, каковые обеспечили прогресс медицины. Налоговые поступления будут расти, что, в свою очередь, способствует сохранению капитала в системе. В 2030 г., наблюдая столь явный успех медицинских технологий, операторы рынков акционерного и венчурного капитала будут все активнее стремиться инвестировать в отрасль здравоохранения. Таким образом будет создан действенный замкнутый цикл финансирования, наполняемый мощной струей частных инвестиций акционерного капитала, что в итоге откроет путь для сокращения объемов государственного финансирования здравоохранения.

Риски сценария

Применение временных высокотехнологичных подходов для решения комплексных общесистемных проблем всегда таит опасность. Например, без должного внимания вопросам профилактики, технологии сами по себе вряд ли способны надежно обуздать рост хронических заболеваний. Кроме того, даже если принимать во внимание самые яркие и выдающиеся технологические достижения, следует признать, что возможности науки тоже имеют свои пределы — и не в последнюю голову благодаря тому, что большинство ученых склонно однобоко сосредотачивать свои усилия лишь на горстке наиболее заметных хронических нозологических форм. Например, в 2030 г. можно добиться излечимости сердечнососудистой патологии лишь для того, чтобы столкнуться с проблемой артрита, деменции или любого другого заболевания. Как предостерегает *Matt Muijen*, советник по психическому здоровью Европейского регионального бюро ВОЗ: «Большая медицинская индустрия скорее заинтересуется сулящими прибыль методами лечения и лекарственными средствами от болезней, преобладающих в богатых странах, нежели озаботится борьбой с болезнями, распространенными в странах бедных».

2. Единая Европа

К 2030 г. государства — члены Европейского Союза, потерпев фиаско в преодолении кризиса финансирования здравоохранения на национальном уровне, договорятся унифицировать свои системы здравоохранения. Формально

объединение произойдет около 2013 г., когда ЕС создаст единую организацию со штаб-квартирой в Брюсселе, целью которой станет организация и стандартизация здравоохранения единым блоком. Этот медицинский колосс, именуемый Европейской федеральной системой здравоохранения (European Federal Healthcare System — EFHS), будет призван обеспечить финансовую устойчивость здравоохранения в масштабах Европы, гарантируя соблюдение ряда качественных параметров во всех странах ЕС. В частности, к основным задачам EFHS будут относиться:

1. Систематическая рационализация ресурсов здравоохранения в пределах Европы.
2. Гармонизация стандартов медицинской помощи в пределах Европы.
3. Обучение и переподготовка европейских медицинских кадров.
4. Учреждение системы электронного здравоохранения, охватывающей всю Европу.
5. Гармонизация финансовых механизмов для наращивания бюджетов здравоохранения.

В рамках немедленной рационализации EFHS создаст ряд Центров передового медицинского опыта (ЦПМО). Каждый из них будет специализироваться на лечении определенных заболеваний и предоставлять медицинскую помощь жителям всего континента путем сочетания электронных коммуникаций с деятельностью вспомогательных или спутниковых клиник. Пациентам будут предлагать, по мере возможности, отправляться в соответствующую ЦПМО для получения высококвалифицированной медицинской помощи, а по возвращении домой они будут проходить дальнейшее лечение при помощи систем e-health. Рационализация системы медицинских центров вынудит страны ЕС закрыть значительное количество лечебно-профилактических учреждений, поэтому к 2030 г. доля стационаров в общем объеме финансирования здравоохранения составит менее 20% (по сравнению с 30% в 2008 г.). Штат работников здравоохранения к 2030 г. также существенно сократится. С целью дополнительной экономии денежных средств новая система обеспечит одинаковое качество медицинских услуг во всем регионе. EFHS выпустит руководства, которые получат название Стандарты качества европейского здравоохранения (Quality Standards for European Healthcare), — скорее всего, это произойдет в 2016 г., в русле масштабных национальных политических сдвигов. В рамках этой системы все страны ЕС должны будут предоставить статистические данные обо всех видах деятельности в сфере здравоохранения, в том числе персональные медицинские данные. Личные медицинские карты будут вести с соблюдением строгой конфиденциальности и аккумулировать в центральном электронном реестре, базирующемся в Италии. Выработанные к 2030 г. гибкие правила учета и анализа медицинских данных позволят улучшить понимание того, какие медицин-

ские инвестиции приносят большую отдачу, как в клиническом контексте, так и по признаку удовлетворенности пациентов. EFHS будет осуществлять обработку огромных массивов цифровых данных, на основании чего принимать решения о том, какие лекарственные средства, изделия медицинского назначения и виды медицинской помощи должны быть доступны для граждан ЕС. EFHS также будет отвечать за поддержание на должном уровне кадрового состава здравоохранения, обучение и переподготовку медицинских работников. Курсы переподготовки будут включать элементы ознакомления слушателей с культурным разнообразием блока, дабы врачи и медсестры могли лечить представителей всех европейских национальностей и традиций. Задачи специалистов здравоохранения будут регулярно подвергаться пересмотру, чтобы соответствовать меняющимся нуждам населения. Будет расширена роль среднего медицинского персонала в сфере диагностики и назначений. Медицинские работники будут поощряться к работе в тех ЦПМО, которые наиболее соответствуют их профессиональным навыкам.

Финансирование здравоохранения

Лишь после горячих дебатов между странами — членами ЕС будет выработан и утвержден единый метод финансирования, который позволит сделать работу EFHS эффективной. ЕС сделает выбор в пользу страховой накопительной модели, действовавшей в Германии, которая в 2011 г. выделяла на здравоохранение больше денежных средств, чем любое другое европейское государство. Политическое решение установить расходы в здравоохранении на уровне самых щедрых стран вначале приведет к резкому увеличению страховых взносов, выплачиваемых большинством работающих европейцев. Однако в дальнейшем суммы страховых взносов будут неуклонно снижаться благодаря рационализации и реструктуризации сети лечебно-профилактических учреждений. К 2030 г. реальные суммы взносов стабилизируются практически на уровне 2011 г. Учитывая финансовое давление на здравоохранение, EFHS признает достигнутые результаты успешными, особенно в свете того, что справедливый доступ к высококвали-

фицированной медицинской помощи будет обеспечен в масштабах всей Европы.

Риски сценария

Главным препятствием на пути описанного сценария станет то, что решения по созданию панъевропейской системы здравоохранения являются политически неприемлемыми, во всяком случае с точки зрения электората 2011 г., а потому вряд ли смогут быть приняты и воплощены в жизнь. Смещение акцента на ЦПМО (по сути те же централизованные больницы) может отвлечь внимание от развития института врачей общей практики. Оказание медицинской помощи через ЦПМО может быть рентабельным, однако пациенты всегда и всюду стремятся лечиться как можно ближе к дому. Кроме того, сценарий объединенной Европы полагается на всеобщую компьютерную грамотность европейцев и повсеместную доступность интернета в течение ближайших двух десятилетий, чего в действительности может и не случиться.

3. Здоровье — прежде всего

К 2030 г. Европа сместит фокус внимания с лечения заболеваний на содействие здоровью. Законодательное начало институционализации этого тренда положит принятие Закона об оздоровительной реформе (Wellness Reform Act) от 2014 г., которым внимание и усилия в области здравоохранения будут перенаправлены на профилактику заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых, сахарного диабета, инсульта, дыхательной патологии, а также на предотвращение повреждений, в частности получаемых в дорожно-транспортных происшествиях, родовой травмы. По всей



«Economist Conferences», Женева, 2011: интрига дебатов — загадка ожидаемой эволюции здравоохранения Европы

Европе страны перенаправляют государственные средства на иммунизацию, защиту здоровья матери, субсидирование здорового питания для малоимущих, обеспечение информационных программ о здоровом питании, строительство спортивных объектов и создание здоровой среды (безопасные дороги, чистый воздух, повышение качества жилья). В науке центр тяжести будет смещаться с чисто биологического направления, все больше уступая место социальным наукам, например, созданию действенных инструментов по выработке среди населения привычки к здоровому образу жизни. Новації будуть включати:

- изменения законодательства, запрещающие некоторые виды рекламы;
- введение штрафного налогообложения, направленного на сокращение потребления определенных продуктов;
- выдвигание новых страховых стимулов;
- улучшение качества питания на предприятиях;
- финансирование информационных кампаний, пропагандирующих здоровый образ жизни;
- обеспечение расширенного диагностического скрининга для лиц категорий риска.

Производители лекарственных средств и изделий медицинского назначения, которые устоят после принятия Закона об оздоровительной реформе, направят свои усилия на создание вакцин и поиск альтернатив препаратам, к которым развивается бактериальная и вирусная резистентность.

Результатом социологических научно-исследовательских проектов станет полный запрет рекламы нежелательных (вредных для здоровья) продуктов, а также прояснение и гармонизация правил и норм марки-

ровки продуктов питания. Это поможет населению понять, какие продукты полезны для здоровья, а какие — нет. Пищевые продукты с повышенным содержанием жиров, поваренной соли, сахара и алкоголя будут подвергнуты жесткому налогодоблению. Кроме того, всеохватывающие программы электронного здравоохранения обеспечат ежедневную информационную поддержку приверженности здоровому образу жизни. Люди будут иметь возможность пользоваться своими e-health-терминалами на работе и в школе, дома и в дороге, получая советы и консультации касательно множества услуг по улучшению физического и психического благополучия: здесь будут рекомендации по правильному питанию, режиму физической активности и спортивной нагрузки, методам противодействия стрессам и достижению психической устойчивости и т.д.

Медицинское образование будет модифицировано с акцентом на санитарное просвещение населения, большинство учебных программ будет ориентировано на психологические триггеры отказа людей от вредных привычек. Социологи определят врачей общей практики как первостепенного по значимости проводника здорового образа жизни в массы. Эти врачи будут посвящать большую часть своего времени и внимания вопросам профилактики, усматривая свою основную задачу не столько в лечении пациентов, сколько в том, чтобы сделать людей более здоровыми, — а общество будет рассматривать их в качестве доверенных посредников между собой и системой здравоохранения.

Между тем, на гражданина будет возложена большая ответственности за собственное здоровье. Европейский Совет министров общественного здравоохранения (European Public Health Group of Ministers) будет осуществлять мониторинг всех

законодательных актов на европейском и национальном уровнях с точки зрения их последствий для общественного здравоохранения, для придания предложенным мерам статуса закона санкция этого органа будет обязательной.

Благодаря смещению фокуса внимания на профилактику заболеваний, развитие и укрепление общественного здравоохранения, государства получат существенные экономические выгоды. К 2030 г. расходы в здравоохранении снизятся, уровень же ВВП, напротив, увеличится, поскольку меньше людей будет по болезни выбывать из строя трудоспособных. Так, если

в 2008 г. общий ущерб для экономики ЕС, нанесенный сердечно-сосудистыми заболеваниями (потеря трудоспособности, стоимость лечения и др.) был оценен в 192 млрд евро, то к 2030 г. реальная сумма ущерба обществу от этих заболеваний может снизиться вдвое.

Позитив не проявится в одночасье. Чтобы распространенность хронических заболеваний, обусловленных неправильным образом жизни, зримо пошла на спад, потребуются десятилетия. Но уже к 2030 г. положительные сдвиги станут очевидными. В частности, будет зафиксировано снижение уровня ожирения, артериальной гипертензии, гиперлипотеидемии, повысится уровень производительности труда взрослых и академической успеваемости школьников. Воодушеваясь достигнутым, ЕС рассмотрит вопрос о повышении пенсионного возраста с 70 до 72 лет, что еще больше подстегнет экономический рост. В то же время, в Европе воцарится новая концепция, новая идеология, новая парадигма солидарности в здравоохранении. К 2030 г. вредоносные для здоровья поведенческие привычки будут расцениваться как антисоциальные действия, посягающие на общественное благополучие (как это происходит в Европе уже сегодня с курением в ресторанах). Такое же отношение будет постепенно распространяться на лиц, которые и в других формах зримо вредят своему здоровью или пренебрегают им: ведь тем самым они дополнительно отягощают потенциальное бремя, которое несет система общественного здравоохранения.

Финансирование здравоохранения

В течение двух ближайших десятилетий большинство европейских государств будет тяготеть к сохранению традиционных методов финансирования, основанных на страховании и/или налогообложении. Однако финансовые стимулы, движущие здравоохранением, претерпят самые разительные преобразования. В 2030 г. врачам будут платить не столько за количество пролеченных пациентов, сколько исходя из количества несомненно здоровых людей, находящихся в их курации. Лица, которые смогут доказать хорошее состояние своего здоровья, будут вознаграждаться путем снижения страховых взносов или налоговых выплат. Пищевые продукты, по-прежнему содержащие чрезмерное количество жиров, поваренной соли или сахара будут облагаться акцизным сбором, который будет непосредственно направляться в бюджет системы общественного здравоохранения. Табачные же изделия и спиртные напитки будут настолько задавлены этим акцизом, что их продажи (легальные) рухнут. В рамках провозглашения в 2013 г. Европейской инициативы общественного здравоохранения (European Public Health Initiative), правительства стран ЕС объявят амнистию на 20-летний срок, в течение которого даже те лица, которые пренебрегают своим здоровьем, смогут получать медицинскую помощь, оплачиваемую со стороны государства. К 2030 г. до окончания срока



амнистии останется 3 года. Наконец, с наступлением 2033 г. лица, которые заболели в результате неправильного образа жизни, не будут иметь права на получение за государственный счет медицинской помощи по поводу любого диагностированного у них патологического состояния, связанного с нездоровым образом жизни. Напротив, они будут обязаны платить за лечение из собственного кошелька (имея, впрочем, возможность широкого выбора среди представителей частной медицины, активно конкурирующих за свой бизнес). Лечение (обслуживание) нарушений, которые не связаны с образом жизни (например деменция, редкие заболевания, множество видов онкологической, психоневрологической патологии и др.), будет по-прежнему осуществляться при бюджетной поддержке, и — благодаря достигнутым в ходе реформы здравоохранения экономии средств и высокой эффективности оказания медицинской помощи, — методов лечения для таких заболеваний будет доступно множество.

Риски сценария

Путь к воплощению в жизнь принципа «здоровье — прежде всего» тернист и долг. Данный сценарий прямо зависит от возможности принятия политического решения, дающего общественному здравоохранению статус высочайшего приоритета, — если же такого решения не будет, то коммерческие интересы (например стремление пищевой промышленности к менее жестким требованиям по маркировке) либо даже просто другие национальные приоритеты финансирования возьмут верх и сведут на нет все усилия защитников общественного здоровья. Во-вторых, попытка разрешить финансовые беды здравоохранения путем мероприятий на уровне общественного здравоохранения предполагает активное участие в этом процессе населения, его поддержку и самосознание, — а ведь не факт, что таковые будут получены. Здесь и конфликт интересов, и психологические барьеры, и уровень образования/культуры. К тому же, хотя и в силах людей улучшить свой образ жизни, однако инфекционные и редкие заболевания все равно останутся и, увы, далеко не все они предотвратимы. Хуже того, в роли новых эпидемий выходит на арену дня целый ряд заболеваний, связанных с возрастом (например деменция, многие виды рака), — это может способствовать продолжению роста расходов в здравоохранении, несмотря на все усилия, предпринимаемые на ниве профилактики.

4. Фокус на социально незащищенных

Вместо трудновыполнимой задачи обеспечить дорогостоящей медицинской помощью всех своих граждан, в первой половине текущего десятилетия Европейские правительства примут решение поставить перед собой другую: сосредоточить усилия на устранении несправедливости в здравоохранении. Это предусматривает целевое направление ресур-

сов на нужды наиболее социально уязвимых слоев общества, в том числе лиц в возрасте 70 лет и старше, независимо от уровня доходов; немущих; пациентов психоневрологического профиля; национальных меньшинств. Концепция социальной незащищенности распространится на все страны, в том числе и Восточной Европы, где средняя ожидаемая продолжительность жизни является низкой. Новая система будет направлена на улучшение качества жизни этих слоев населения и в конечном итоге (логическим продолжением принципа «здоровье есть богатство») на повышение их экономической отдачи.

Законодательным плацдармом для дрейфа в сторону интересов социально незащищенных граждан станет Европейский закон о поддержке социально уязвимых (European Act in Support of the Vulnerable — EASV), который будет принят где-то в середине текущего десятилетия и составит естественное продолжение программы под названием DETERMINE (www.closing-the-gap.org), которая финансировалась ЕС в течение 3 лет (июнь 2007 — июнь 2010 г.), провозглашая необходимость улучшения здоровья среди незащищенных слоев населения более быстрыми темпами, чем для остальных граждан. В своем докладе от декабря 2009 г. DETERMINE обратила внимание общественности на ряд тревожных последствий неравенства в здравоохранении. Так, по оценкам организации в 25 странах — членах ЕС по причине несправедливого распределения медицинской помощи ожидаемая продолжительность здоровой жизни (healthy life expectancy — HALE) уменьшилась в среднем на 5,14 года, что в абсолютном разрезе соответствует потере около 33 млн лет здоровой жизни. По мнению специалистов организации, корни неравенства в здравоохранении растут из-за пределов системы здравоохранения и связаны с низким уровнем доходов, безработицей, загрязнением окружающей среды, неравенством в обучении и плохими жилищными условиями. Чтобы заделать эти социальные бреши, правительства стран ЕС заменят традиционные учреждения здравоохранения новыми медико-социальными заведениями (на манер диспансеров), предназначенными для опеки представителей уязвимых групп населения, для формирования ими самодостаточных общин, способных определить свои потребности и побеспокоиться об их удовлетворении. Доступ к медицинским услугам не будет зависеть от уровня доходов пациентов. Одну из ключевых ролей в деятельности таких учреждений будет играть средний медицинский персонал, что же касается врачей, то грань между врачом общей практики и специалистом практически сотрется. С целью консультирования, поддержки социальной интеграции уязвимых групп и отдельных лиц на местах будет создана разветвленная инфраструктура групп самопомощи, частично финансируемая государством. Ключевым шагом такого подхода станет всеобщий, ранний

и регулярный скрининг состояния психического и физического здоровья (такая система обслуживания уже сегодня действует в Норвегии, где все дети от рождения до 18 лет проходят скрининг, призванный выявить любые угрозы их здоровью). Будет предоставляться широкий спектр социальных услуг, включая опекунские инициативы, в ходе которых социально незащищенные лица будут обучаться тому, как наилучшим образом использовать имеющиеся в их распоряжении системы. Все программы будут опираться на масштабные базы данных персональной информации, что позволит государственным органам вырабатывать критерии и приносить действенную пользу целевым сообществам. Совершенные электронные системы коммуникаций, тонко приспособленные к потребностям людей разных возрастных групп и культурных традиций, обеспечит охват социальной опекой и медицинским обслуживанием широкой целевой аудитории, в том числе в отдаленной местности. Законодательство EASV не принесет особой пользы тем людям, которые не подпадают под категорию «социально уязвимых». Однако широкая общественность будет поддерживать эту программу, зная, что помощь будет оказана людям там и тогда, где и когда она им понадобится по болезни, старости или бедности. Что же до представителей незащищенных слоев населения, то улучшение качества их жизни и способности делать собственный вклад в экономическую жизнь общества станут щедрой благодарностью за вложенные государством инвестиции.

Финансирование здравоохранения

Бюджеты здравоохранения и социальной помощи будут интегрированы в единый и мощный финансовый кулак, предназначенный для использования в рамках программ развития местных сообществ. Эти фонды будут объединяться на европейском и национальном уровнях, после чего «спускаться» на уровень местных администраций для решения социально-медицинских задач местных сообществ. Таким образом, бюджетные средства будут толково распределяться не по слепой разрядке «сверху», а с целевым учетом хорошо известных на местах приоритетных социально-медицинских потребностей своих членов: особенно тех, кто более других нуждается в помощи, то есть уязвимых слоев населения. Пополнение бюджетов будет осуществляться за счет систем страхования и/или налогообложения. В распоряжении людей, не подпадающих под категорию социально уязвимых и не пользующихся соответствующими льготами, остается система частного медицинского страхования.

Риски сценария

Подход, сосредоточенный на лечении малозащищенных, дискриминирует все остальные слои населения (остаточный принцип), которые вынуждены обеспечивать лечение и уход для тех, кому меньше повезло в жизни. Концепции предоставления медицинского обслуживания избран-

ным категориям населения могут воспротивиться и сами медицинские работники.

5. Делайте что хотите

Среди составивших дискуссионную панель исследования экспертов практически никто не согласен с тем, что частному сектору следует предоставить полную свободу действий в европейских системах здравоохранения. Однако бытует мнение, что роль частного сектора все же должна несколько выходить за рамки придаточного источника капитала. Согласно пятому сценарию, к 2030 г. частный сектор полностью возьмет на себя финансирование, организацию и предоставление медицинского обслуживания для всех, кроме самых бедных членов общества. Столкнувшись с невиданным дефицитом своих бюджетов, правительства европейских держав — в одностороннем порядке и на протяжении последующего десятилетия — передадут большую часть наполнения своих систем здравоохранения в руки частных страховых компаний и частных медицинских учреждений. Лишь очень небольшая часть медицинских услуг будет оплачиваться со стороны государства, и то лишь для малоимущих. Роль государства сведется к таким вспомогательным функциям, как повышение медицинской грамотности населения, содействие населению в осуществлении информированного выбора в здравоохранении, использование e-health-технологий для обеспечения преемственности лечения. Первой страной, которая сделает стремительный скачок в сторону приватизации, станет Германия (едва оправившаяся в середине десятилетия от масштабных уличных беспорядков, учиненных населением, возмущенным чрезмерно высокими страховыми взносами). В ответ на протесты Германия приватизирует свой сектор медицинского страхования, но с двумя серьезными оговорками:

- медицинское страхование должно быть обязательным для всех;
- частные страховые компании не могут отказывать лицам с высоким медицинским риском или хроническими заболеваниями.

Страховщики, впрочем, найдут лазейки, чтобы обойти закон, например, устанавливая более высокие взносы для лиц, не придерживающихся здорового образа жизни. Из Германии тенденция перекинется на другие европейские страны. В 2020 г., с благословения ЕС, основательно фрагментированная страховая индустрия вступит в полосу слияний и поглощений. В итоге к 2030 г. лишь 5 крупнейших страховых компаний сосредоточат в своих руках 80% рынка медицинского страхования всей Европы.

Финансирование здравоохранения

5 крупнейших страховых компаний будут использовать себя по самую рукоятку, чтобы набрать достаточно капиталов для покупки множества больниц и учреждений по оказанию первичной медицинской помощи, с целью к 2030 г. построить медицинскую сеть европейского масштаба. Такая форма вертикальной интеграции будет строжайше запрещена аж до 2025 г.! Одна-

ко под нажимом ожесточенного и массивного лоббирования со стороны крупнейшей медико-страховой компании Европейская Комиссия все же уступит свои позиции и пропустит закон, требующий от государств-членов дерегулировать свои секторы здравоохранения. За сим последует этап острого сокращения охвата/покрытия (на первых порах горстка лидеров рынка направит все усилия на получение максимальных доходов). После чего, медленно и уверенно, приблизится утро, когда однажды Европа проснется, глянется в зеркало и обнаружит, что ее система социального здравоохранения превратилась в систему управляемого медицинского обеспечения: точно такую же как в США, но с одним принципиальным отличием — медицинское страхование в ЕС стало обязательным, тогда как в США осталось добровольным. Освободясь в ходе либерализации от ценового прессинга, претерпит трансформацию и медицинский научно-промышленный комплекс: основными статьями его дохода станут продажи лекарственных средств выбора, например, препаратов для улучшения памяти или иным образом нивелирующих последствия старения; самым быстро растущим его сегментом станут «стимулирующие средства» (performance pills); фармацевтические компании будут вырастать в еще более крупные империи, ища слияний с гигантами FMSSG и находя их.

Риски сценария

Как и в США, система будет работать хорошо с самого начала. Пять крупнейших страховых компаний Европы станут чрезвычайно высокоприбыльными, а застрахованные граждане получат действительно интегрированную медицинскую помощь, хотя и в разных концах Европы. Однако к 2030 г. ожидаемая продолжительность жизни в Европе начнет уменьшаться, и основных причин тому будет 3:

- с приватизацией страхования многие молодые и здоровые люди будут бежать от системы с очень простым мотивом: сэкономить деньги. Хотя участие в ней и будет обязательным, многим удастся избежать силков системы из-за недостаточного надзора/контроля. Однако к 2030 г. эти молодые люди вступят в предпенсионный возраст и, заболев, окажутся вне зоны страхового покрытия.
- Напряжение инновационной струи в традиционных областях медико-фармацевтических R&D резко упадет. 5 ведущих страховых компаний общими усилиями задавят цены на лекарства до того уровня, при котором для большинства крупных фармацевтических компаний инновационная деятельность утратит свою инвестиционную привлекательность и они будут вынуждены от нее отказаться.
- Система пасует перед лицом пандемий.

Стрелы в колчан: кумулятивные итоги

Итак, есть надежда, что к 2030 г. Европа сможет изыскать пути оптимизации своих систем здравоохранения для до-

стижения тех целей, для которых они были созданы. В частности, это будет означать, что данные системы вновь обретут прочный финансовый фундамент, позволяющий преодолеть финансовое бремя от неуклонного старения популяции. Однако в настоящее время предпосылок для таких трансформаций пока не найдено нигде в Европе. Существует множество теорий и рекомендаций по преодолению финансового кризиса европейского здравоохранения, не хватает им одного — консенсуса, который определил бы четкий, единый и оптимальный путь выхода из кризиса. Неспособность выработать согласованный план действия связана с громадным проблем, глубоко укоренившимся в здравоохранении и в большинстве имеющих социально-экономический и политический подтекст. С одной стороны, существующая система одновременно и огромна, и фрагментирована. С другой, ее участники разобщены и при любой возможности стремятся преследовать собственные интересы. Врачи продолжают борьбу за право свободы действий по назначению лекарственных средств и схем терапии. Другие медицинские работники ратуют за повышение своего статуса и стремятся отвоевать эти права себе. Промышленность радеет о защите своих инвестиций. Плательщики, как и ранее, стремятся платить меньше. Пациенты небезосновательно подозревают, что существующее здравоохранение не приносит им той пользы, какую могло бы, несмотря на повышение стоимости медицинского обслуживания. Впрочем, несмотря на все препятствия и трудности, практически все стороны согласны с тем, что всеобъемлющее, «уравнительное» медицинское страхование является той верной целью, к которой следует стремиться, и именно этот путь обещает стабильное, без потрясений, развитие. Европейские системы здравоохранения могут иметь недостатки и испытывать финансовые трудности, но их ценность по-прежнему заключается в верности основному принципу: каждый может рассчитывать на качественную медицинскую помощь по доступной цене. И точки зрения заинтересованных сторон, синтезированные аналитиками «The Economist» в пять возможных и заведомо утрированных контрастных сценариев развития событий, каждый из которых может возобладавать в перспективе двух ближайших десятилетий, преподают урок, актуальный уже сегодня: система требует большей гибкости в разработке решений для своих финансовых проблем. А гибкость, в свою очередь, обозначает, что наилучшее обеспечение интересов субъектов системы может залегать не в плоскости защиты собственных интересов отдельными участвующими сторонами, но в поиске постоянной устойчивой основы для обеспечения будущего здоровья всех граждан Европы.

Ф. Снегирёв, фото автора

Впервые опубликовано в «Еженедельнике АПТЕКА» № 34 (805) от 05.09.2011 г. (www.apteka.ua)