issa | МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Бюллетень социальной политики 16

Демографические изменения и системы здравоохранения

Этот выпуск «Бюллетеня социальной политики», как и три предыдущих, своим появлением обязан Демографическому проекту МАСО. В нем оценивается влияние демографических изменений на системы здравоохранения. После рассмотрения таких вопросов, как последствия старения населения, изменения в семейных структурах, урбанизация и миграция, на обсуждение выносятся варианты решений, которые могли бы применить системы здравоохранения. Хотя считается, что вызванные демографическими изменениями финансовые проблемы могут ограничить дальнейшее расширение систем государственного здравоохранения, Бюллетень приходит к выводу, что чем глубже понимание процессов демографического развития, тем больше появляется возможностей для расширения охвата социальной защитой.

Ханс-Хорст Конколевски, Генеральный секретарь МАСО

Демографические факторы

Рост расходов на социальное здравоохранение обусловлен самыми разными демографическими тенденциями. Обычно он вызван введением дополнительных пособий и услуг в ответ на новые риски стареющего населения.

Разумеется, увеличение расходов на здравоохранение часто объясняется и недемографическими факторами, например, развитием новых технологий или неправильным использованием дорогостоящего оборудования и процедур.

Каковы бы ни были причины, рост страховых поступлений от населения не способен в полной мере оплатить его возрастающие потребности. Во многих странах снижение уровня рождаемости привело к уменьшению

Данный выпуск

- Выделяет четыре основных демографических тенденции, затрагивающие системы здравоохранения на глобальном уровне
- Перечисляет меры, принимаемые системами здравоохранения в ответ на демографические изменения
- Определяет основные задачи и приоритеты по улучшению доступа к услугам здравоохранения.

© МАСО 2011
ISSN онлайн 2073-5421
Впервые опубликовано в феврале 2011 г.
Фотографии: МОТ/Лорд; iStockphoto

доли молодых людей, платящих взносы в социальные программы, в том числе – в системы здравоохранения. К тому же во всем мире существует тенденция к увеличению продолжительности жизни, поэтому за медицинскими услугами обращается все больше индивидов.

Те, кто занимается проблемами здравоохранения, часто считают старение населения самым важным из демографических факторов. Тем не менее, следует учитывать и другие факторы: изменения семейных структур, урбанизацию и миграцию.

Важнейшие мировые статистические показатели

- К 2020 году число лиц старше 60 лет достигнет миллиарда человек; к 2050 году их будет около двух миллиардов. Сегодня в мире около 90 миллионов человек в возрасте 80 лет и старше; к 2050 году их число превысит 400 миллионов.
- В 2010 году более четверти мирового населения было младше 15 лет; к 2050 году эта возрастная группа уменьшится до одной пятой. Тенденция к снижению затронет все регионы мира, включая наименее развитые.
- В 1950 году менее 30 процентов мирового населения жило в городах; сегодня в городах живет более 50 процентов.
- В 2010 зарубежные мигранты составляли три процента мирового населения. Ожидается, что к 2050 году их число вырастет почти наполовину.

Старение населения

Увеличение продолжительности жизни – это положительный результат успехов профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Свой вклад также внесли общее улучшение условий жизни и понимание необходимости инвестиций в человеческие ресурсы. Еще больше увеличит продолжительность жизни развитие новых медицинских технологий диагностики, лечения или замедления развития хронических заболеваний, а также усовершенствование процедур посттравматической реабилитации.

На раннем этапе технологии, которые помогают продлить людям жизнь и повысить ее качество, не требовали больших затрат – в отличие от более поздних, которые стали дороже и, как правило, распространены более широко. Зачастую технологический прогресс и расширение доступа к услугам не сопровождалось достаточными знаниями о правильном использовании новых методов лечения. А поскольку хронические заболевания – удел пожилых, старение населения стало синонимом роста расходов на здравоохранение и недостаточного ухода.

Изменения в структуре семьи

Когда уровень младенческой и детской смертности был высоким, большое количество детей было необходимо, чтобы обеспечить семье достаточный доход. Однако сегодня даже там, где уровень детской смертности по-прежнему высок, маленькие семьи получают все большее распространение. Тенденция к сокращению числа детей в семье может быть вызвана стремлением родителей обеспечить своим детям блага, которых они сами были лишены. Это означает, что затраты на одного ребенка стали выше. В некоторых странах – таких как КНР или Сингапур – число детей ограничено государственной политикой.

Следует принять во внимание еще два аспекта: поздние браки и рост обращений за услугами экстракорпорального оплодотворения (часто это связано с поздней беременностью). Хотя положительных сторон у «зачатия в пробирке» немало, этот метод связан с высокими первоначальными затратами, к тому же он часто приводит к преждевременным и многоплодным родам у пожилых женщин, а это означает дополнительные расходы на лечение. Сегодня такие перемены происходят даже в тех странах и культурах, где нормой по-прежнему является большое число детей, а забота о пожилых и инвалидах осуществляется в семье.

Эти демографические явления привели к тому, что все больше людей живут одни, в основном это лица пожилого возраста, которым необходима ежедневная помощь и профессиональный медицинский уход. Многие страны в этой ситуации все чаще используют институт опекунства, возрастает роль местных центров дневного ухода для пожилых и инвалидов и учреждений их постоянного пребывания.

Урбанизация

Продолжается перемещение больших масс населения из сельских районов в городские, причем часто переезжают не целые семьи, а только младшее поколение в поисках работы или образования. Многие молодые люди живут вдали от родных, одни или в общежитиях, в угрожающих их здоровью антисанитарных условиях, вызванных перенаселенностью. Для многих новая городская жизнь обернулась новыми рисками, как то: злоупотребление психоактивными веществами и табаком, неправильное питание и болезни, передающиеся половым путем. Кроме того, они подвержены стрессу из-за необходимости искать работу и отсылать деньги домой. В то же время урбанизация и глобализация дают более широкий доступ к новым медицинским знаниям и технологиям, а также к многочисленным поставщикам медицинских услуг. Все это означает, что требования к системам здравоохранения повышаются.

Миграция

В настоящее время зарубежные мигранты составляют более трех процентов мирового населения, и ожидается, что их число будет увеличиваться. Если в стране пребывания отсутствует закон, предусматривающий социальное обеспечение для всех живущих на ее территории, или между страной происхождения и страной пребывания нет соответствующего двустороннего соглашения, мигранты могут оказаться вне охвата социальным обеспечением, в том числе – медицинской помощью. Рабочие-мигранты – это обычно достаточно здоровые взрослые люди, однако они подвергаются новым рискам, и у них есть члены семьи, как дома, так и в стране пребывания, которым также нужны услуги здравоохранения.

Меры, принимаемые социальными системами здравоохранения

Когда демографические перемены заставляют нас принимать какие-то ответные меры, в первую очередь все вспоминают о росте расходов на медицинские пособия, и лишь затем приходит осознание того, что необходим более глубокий анализ последствий этих демографических тенденций и более масштабные перемены. Например, сейчас основным предметом дискуссий стали потребность пожилых людей в медицинских услугах и рост расходов на здравоохранение, и гораздо меньше внимания уделяется необходимости реформировать механизм финансирования здравоохранения. Тем не менее, можно выделить шесть важнейших направлений политики в этой области.

Системы долгосрочного ухода

Многие государственные системы здравоохранения предусматривают страхование по долгосрочному уходу, которое обычно финансируется за счет введения новых обязательных взносов. Нидерланды были первой страной, которая ввела обязательное единое социальное медицинское страхование, предусматривающее целый спектр услуг по долгосрочному уходу, включая учреждения постоянного проживания и хосписы. Принять закон 1968 года заставило не только старение населения, но и понимание ценности реабилитации и желание более эффективно использовать койко-места в больницах. Дальнейшие реформы дали пациентам больше свободы в выборе того, как и где получать услуги, а также возможность получить уход на дому или временное размещение в учреждении специализированного ухода, чтобы опекуны могли отдохнуть.

Профилактика и пропаганда

Помочь справиться с неинфекционными заболеваниями, характерными для стареющего населения, могли бы профилактика и пропаганда здорового образа жизни. Потребность в них усугубляется ростом числа мигрантов и повышением мобильности населения в целом, которая ведет к распространению новых инфекционных заболеваний и к вспышкам болезней, которые когда-то были искоренены. Большинство социальных систем здравоохранения теперь признает, что в их обязанности входит не только лечение заболевших, но и поддержание здоровья (см. врезку). Есть понимание того, что разъяснительная и просветительская работа с пациентами – это ключ к здоровому образу жизни и правильному выбору вида медицинской помощи.

Финансирование профилактики и пропаганды здорового образа жизни

- В Республике Чехия профилактика и пропаганда здорового образа жизни частично финансируются за счет штрафов за несвоевременную уплату взносов по социальному страхованию.
- В Республике Корея финансирование профилактической работы удалось увеличить на 50 процентов за счет повышения цен на табачные изделия.
- В Финляндии на профилактику и реабилитацию, а также на исследования в этих областях, выделяется фиксированная часть расходов на медицинское страхование.

Регулирование

Один из ответов на рост медицинских расходов – более жесткое регулирование. Однако на практике попытка регулировать спрос на новое дорогостоящее обслуживание может прийти в противоречие с предпочтениями пациентов и обеспечением равного права на доступ к медицинским услугам. Например, нормирование может привести к тому, что трансплантация органов будет проводиться только пациентам младше определенного возраста, или к ограничению количества попыток экстракорпорального оплодотворения для одного кандидата. Хотя введение ограничений может быть рациональным с точки зрения определенных аспектов качества жизни, состоятельные пациенты могут захотеть воспользоваться услугами частных учреждений, часто не имеющих соответствующей лицензии, а оплачивать последствия придется системе социального здравоохранения.

Более практичный подход состоит в том, чтобы государство и академические институты разработали свод практических клинических правил. Один из примеров – принятые в Оттаве «Правила голеностопа» (Ottawa ankle rules), в которых изложены простые критерии, позволяющие врачам экстренной помощи определить обоснованность направления пациентов на рентгенографию голеностопного сустава при травме. Применение таких протоколов – отличная практика для систем социального страхования. Похожие правила можно было бы разработать для травм, наиболее характерных для лиц пожилого возраста.

Связь между разрешением на работу и страхованием

В ряде стран с большим числом рабочих-мигрантов страхованием охвачены все, кто имеет разрешение на работу. Тем не менее, основная тенденция – это предоставление этой части населения коммерческого, а не социального страхования, как это практикуется, например, в нефтедобывающих странах Персидского залива. В этом случае мигрантам доступно ограниченное число пособий лишь на тот период, когда они трудоустроены, при этом страховка не распространяется на их иждивенцев. Более универсальный охват применяется в системе социального обеспечения и в медицинском страховании Филиппин, где охват распространяется на рабочих-мигрантов и членов их семей, как в стране пребывания, так и в стране происхождения. Этим занимается Управление соцзащиты работающих за рубежом.

Переговоры по ценообразованию в фармацевтике

Системы здравоохранения часто являются самыми крупными потребителями фармацевтической продукции. Чтобы добиться более приемлемых цен на лекарства, следует чаще проводить закупки на основе торгов. Например, через Фонд Уильяма Дж. Клинтона удалось добиться значительного снижения цен на антиретровирусные препараты, используемые при лечении СПИДа. По мере того как растет доля пожилого населения, подобный метод закупки дорогостоящих сегодня лекарств, например, для лечения рака или других хронических заболеваний, мог бы использоваться гораздо шире.

Некоторые страны уже предприняли шаги в этом направлении. В Мексике, где расходы на лекарственные средства составляют 24 процента общих расходов на здравоохранение, закупками руководит специальная межправительственная комиссия, которая добивается введения потолка цен на патентованные медикаменты, внесенные в государственный список жизненно важных лекарственных средств.

Оплата услуг

Оплата работы поставщиков медицинских услуг дает системам социального здравоохранения возможность контролировать затраты, особенно если методы платежа разработаны совместно с государственными органами, которые управляют медицинскими учреждениями и регулируют их работу. Служба контроля медицинского страхования Республики Корея разработала схему оплаты по результатам. Для специализированных медицинских центров это является финансовым стимулом к совершенствованию лечения острого инфаркта миокарда и снижению числа проведенных без необходимости кесаревых сечений. Это также дает возможность штрафовать за плохие результаты. Подобные механизмы, согласовав критерии их работы, можно было бы применять в лечении пожилых и других уязвимых групп.

Приоритеты социальных систем здравоохранения

Социальные системы здравоохранения все больше осознают последствия демографических изменений. Затраты на медицинское обслуживание растут, и поиск эффективного и долгосрочного решения становится особенно актуален. Очевидно, что темпы и последовательность основных демографических явлений в разных странах будут отличаться, и меры, которые принимаются в рамках социальных систем здравоохранения, будут определяться национальными приоритетами.

Все больше стран считают приоритетным решение проблемы старения населения, однако в других странах на первый план выходят трудности, связанные с урбанизацией и миграцией. Растет потребность в долгосрочном уходе за пожилыми; одновременно с этим необходимо дальше развивать профилактику и пропаганду здорового образа жизни, а также разрабатывать протоколы правильного использования медицинских технологий, стоимость которых должна стать более доступной, как и цены на лекарственные средства.

Ростом расходов на здравоохранение и неспособностью справиться с ним из-за влияния демографических факторов иногда пытаются оправдать недостатки охвата системами государственного здравоохранения. В результате во многих развивающихся странах здравоохранение не является частью системы социальной защиты. Чтобы облегчить доступ к медицинским услугам, необходимо развитие партнерства и обмен опытом и знаниями между системами социального обеспечения. Частью этого сотрудничества должно стать согласование инструкций и показателей, а также обучение медиков. В ближайшие годы проблемы, связанные с демографическим старением, будут становиться все очевиднее. Это должно быть использовано не как препятствие к расширению социального здравоохранения, а как стимул для его развития.

Главные выводы

- Текущие демографические тенденции (старение населения, изменение семейных структур, урбанизация и миграция) могут по-разному влиять на разные страны. Решения, которые принимает каждая отдельная система здравоохранения, должны быть обусловлены национальным контекстом и приоритетами.
- Государственные системы здравоохранения улучшают здоровье нации. В свою очередь, здоровое население может сделать больше для поддержания финансовой стабильности систем социального обеспечения.
- Демографические перемены, ставя перед системами социального обеспечения трудные задачи, в свою очередь являются стимулом к расширению доступа к здравоохранению.

МАСО благодарит международного консультанта Авиву Рон за помощь в работе над текущим выпуском «Бюллетеня социальной политики».

Источники

OECD. 2010. *Improving health sector efficiency: The role of information and communication technologies* (OECD Health Policy Studies). Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development. [ОЭСР, 2010 г. «Повышение эффективности медицинского сектора: Роль информационно-коммуникационных технологий» (Исследования ОЭСР в области политики здравоохранения). Париж, Организация экономического сотрудничества и развития.]

OECD. 2010. *Health system priorities in the aftermath of the crisis* (OECD Health Ministerial Meeting, Paris, 7-8 October). Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development. [ОЭСР, 2010 г. «Приоритеты систем здравоохранения в посткризисный период» (Встреча министров здравоохранения стран ОЭСР, Париж, 7-8 октября). Париж, Организация экономического сотрудничества и развития.]

Schut, F. Y.; Van den Berg, B. 2010. "Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands", in *Social Policy and Administration,* Vol. 44, No. 4. [Шут Ф.Й.; Ван ден Берг Б., 2010 г. «Финансовая устойчивость всеобщей страховой системы долгосрочного ухода в Нидерландах» в сборнике «Социальная политика и управление», том 44, № 4.]

UNAIDS. 2009. *Impact of the global financial and economic crisis on the AIDS response* (25th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, 8-10 December). Geneva. [Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу, 2009 г. «Последствия мирового финансового и экономического кризиса и борьба со СПИДом» (25-я встреча Координационного совета Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу, Женева, 8-10 декабря). Женева.]

Международная ассоциация социального обеспечения является ведущей международной организацией, объединяющей национальные администрации и агентства, занимающиеся вопросами социального обеспечения. МАСО распространяет информацию, проводит исследовательскую работу, осуществляет консультирование и предоставляет платформу для своих членов для формирования и поддержки динамичных систем социального обеспечения и политики во всем мире.

4 route des Morillons
Case postale 1
CH-1211 Geneva 22

T: +41 22 799 66 17
F: +41 22 799 85 09
E: issacomm@ilo.org | www.issa.int