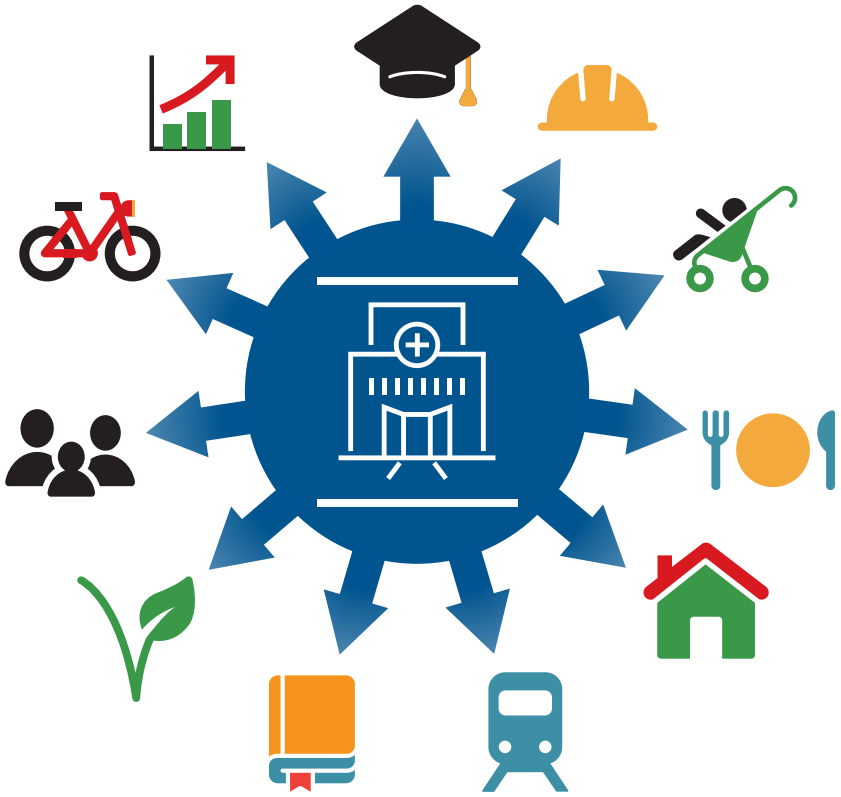
Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ВЫГОДЫ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ





Доклад

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ВЫГОДЫ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Tammy Boyce и Chris Brown

Доклад

Реферат

В докладе приводятся сведения и практические методы, демонстрирующие важность сектора здравоохранения для стабильной и работающей экономики. Системы здравоохранения оказывают положительное воздействие на результаты экономической деятельности других секторов национальной экономики за счет создаваемых рабочих мест и закупа товаров и услуг. Доклад призван оказать содействие руководящим органам Европейского региона методологическими принципами и инструментами для усиления диалога с министерствами финансов и международными учреждениями, чтобы не допустить сокращения финансирования охраны здоровья. В нем руководящим органам на национальном, региональном и местном уровнях предлагаются механизмы, показывающие, что системы здравоохранения – важный сектор, стимулирующий достижение целей устойчивого развития на местном и национальном уровнях.

Ключевые слова:

HEALTH POLICY
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING
HEALTH CARE SYSTEMS
HEALTH EQUITY
EMPLOYMENT
ECONOMICS PROCUREMENT TENDER

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайновом режиме на сайте Регионального бюро (http://www.euro.who.int/pubrequest).

ISBN 978 92 890 5595 6

© Всемирная организация здравоохранения, 2019 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают примерные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тесте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за их интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Переводчик: Alexandra Nigay
Оформление публикации: Marta Pasqualato
Отпечатано в Италии: AREAGRAPHICA SNC DI TREVISAN GIANCARLO & FIGLI

Содержание

Список иллюстраций vii
Сокращения ix
Выражение благодарности x
Резюме 1
1. Введение 3
2. Системы здравоохранения – важный сектор, оказывающий влияние на экономические показатели и стабильность 5
2.1 Смещение акцентов 5
2.2 Роль систем здравоохранения в формировании благосостояния сообщества 7
2.3 Методы количественного определения экономического и социального воздействия систем здравоохранения 8
2.3.1 Пилотное применение методологии затрат/выпуска с использованием национальных данных 8
2.3.2 Результаты 9
3. Подходы и инструменты для увеличения и измерения социальных и экономических выгод систем здравоохранения 12
3.1 Выгоды, полученные через трудовую занятость 12
3.1.1 Социальные и экономические выгоды занятости 12
3.1.2 Инструмент самооценки с целью адаптации практики трудовой занятости для улучшения социальных и экономических выгод 15
3.1.3 Примеры из стран – трудовая занятость 16
3.1.4 Европейские механизмы и стратегии 17
3.2 Выгоды, получаемые за счет осуществления и организации закупок 18
3.2.1 Социальные и экономические выгоды организации и осуществления закупок 18
3.2.2 Инструмент самооценки в целях адаптации практики закупок для улучшения социальных и экономических выгод 21
3.2.3 Примеры из стран – организация и осуществление закупок 22
3.2.4 Европейские механизмы и стратегии 24
3.3 Выгоды, полученные за счет местных партнерств с сообществами 26
3.3.1 Инструменты для работы с новыми партнерами 27
3.3.2 Примеры из стран – партнерства и сообщества 27
3.4 Оценка экономических и социальных воздействий систем здравоохранения 28
3.5 Практические примеры 29
3.5.1 Ланкашир и Южная Камбрия, Англия 29
3.5.2 Помурье, Словения 30

4. Системы здравоохранения и текущие экономические и социальные приоритеты 31

4.1 Экономические и социальные приоритеты в Европейском регионе ВОЗ ... 31

4.1.1 Рост неравенства в доходах 31

4.1.2 Изменения в уровне бедности и наличии работы 32

4.1.3 Воздействие роста нетрадиционного вида занятости 32

4.1.4 Переход от товаров к услугам 34

4.1.5 Снижение качества рабочих мест в государственном секторе 35

4.1.6 Системы здравоохранения, движущие устойчивым и инклюзивным ростом. 35

4.2 Достижение цели «трех миллиардов» 36

4.3 Сильные экономические и социальные воздействия и выгоды систем здравоохранения 36

Библиография 38

Приложение 1. Анализ затрат/выпуска: расчет экономических и социальных воздействий 44

Приложение 2. Основные определения 47

Список иллюстраций

Рисунки

Рис. 1.1 Экономические и социальные выгоды и воздействия систем здравоохранения 4

Рис. 2.1 Преимущества изучения экономических и социальных воздействий систем здравоохранения 6

Рис. 2.2 Стабильность сектора услуг здравоохранения и социальных услуг в Словении 11

Рис. 3.1 Экономические и социальные воздействия и выгоды трудовой занятости в системах здравоохранения 13

Рис. 3.2 Воздействия и выгоды ССЗ в секторе здравоохранения 19

Рис. 3.3 Использование ССЗ для содействия инклюзивному росту экономики и улучшению положения местных сообществ 21

Рис. 4.1 Рост неравенства в доходах *(44)* *31*

Рис. 4.2 Рынок труда в Европе, 2018 33

Рис. 4.3 Сокращение/стагнация наличия рабочих мест у крупных работодателей из частного сектора в Европе, 2007 и 2017 г. 35

Рис. A1.1 Мультипликаторы в секторе здравоохранения 45

Рис. A1.2 Воздействия и выгоды экономической деятельности на системы здравоохранения 45

Рис. A2.1 Формирование благосостояния сообщества 47

Рис. A2.2 Реальность экономики «просачивающегося» богатства 48

Таблицы

Таблица 3.1 Инструмент самооценки для улучшения процессов найма и трудовой занятости 15

Таблица 3.2 Инструмент самооценки для совершенствования процессов закупок 21

Таблица 3.3 Выгоды для сообщества и закупки в Уэльсе 25

Таблица 3.4 Инструмент самооценки социальных воздействий систем здравоохранения: вопросы для ведущих деятелей и руководителей 28

Таблица 4.1 Уровень вынужденной неполной занятости, как доля общей неполной занятости, 2008 и 2017 годы 33

Таблица 4.2 Занятость в 10 основных видах экономической деятельности в ЕС, 1996 и 2016 годы 34

Таблица A2.1 Формирование благосостояния инклюзивного сообщества в сравнении с традиционным экономическим развитием 48

Таблица A2.2 Определения ММСП 49

Вставки

Вставка 2.1 Измерение экономического и социального воздействия систем здравоохранения в Соединенных Штатах 8

Вставка 2.2 Воздействие на рост экономики 9

Вставка 2.3 Воздействие на экономические показатели других секторов 10

Вставка 2.4 Воздействие на экономическую стабильность 10

Вставка 3.1 План действий ЕС по экономике замкнутого цикла 24

Вставка 3.2 Вовлечение общества 29

Вставка 4.1 Европейская основа социальных прав 34

Сокращения

CCFCCF	Фонд местного сообщества футбольного клуба «Кардифф-Сити»
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕИБ	Европейский инвестиционный банк
ЕС	Европейский Союз
ЕС28	28 стран, входящие в состав ЕС с 2007 г.
ММСП	Предприятия микро-, малого и среднего бизнеса
МОТ	Международная организация труда
МСП	Предприятия малого и среднего бизнеса
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ССЗ	Стратегические социальные закупки
ТЗВ	Таблица «затраты-выпуск»
ЦУР	Цель устойчивого развития

Выражение благодарности

Инициатива по оценке воздействия осуществляется под руководством Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здравоохранение и развитие (офис в Венеции Европейского регионального бюро ВОЗ) в соответствии с соглашением о сотрудничестве с Министерством здравоохранения Словении в области социальных детерминант, справедливости в отношении здоровья и инвестиций в интересах здоровья совместно с Сотрудничающим центром ВОЗ по межотраслевым подходам к здоровью и развитию (г. Мурска-Собота), Словения.

Данная работа является примером новых партнерств между Европейским региональным бюро ВОЗ и государствами-членами в продвижении инновационных подходов к здоровью и благополучию для всех. Она демонстрирует значимость объединения знаний и профессиональных компетенций разных программ и отделов Регионального бюро для обеспечения руководящих органов более качественными фактическими данными и практическими инструментами, которые способны объединить сектор здравоохранения и сектор финансирования для инвестиций в охрану здоровья и решить проблемы, связанные с детерминантами здоровья для всех.

В работе приняли участие члены экспертной рабочей группы Peter Beznec (Центр здоровья и развития, Мурска-Собота), Dominic Harrison (Совет Блэкберн-и-Даруэна), Timotej Jagrič (Мариборский университет), Dave Maher и Jerome Baddley (Отдел устойчивого развития), Clive Needle (Европейское партнерство «EuroHealthNet»), Graham Randles (Фонд новой экономики), Aaron Reeves (Оксфордский университет) и Nand Shani (Совет по региональному сотрудничеству).

Кроме того, за помощь и вдохновение при подготовке данного доклада большую благодарность выражаем Sarah Martin, Barbara Rohregger и Lorenzo Lionello.

И особенно признательным этим людям, щедро уделившим время на то, чтобы поделиться своими знаниями и опытом во время интервью и встреч, внеся значительный вклад в работу:

- Dominique Allwood (The Health Foundation)
- Frédéric Bailly (Groupe SOS)
- Jas Bains (Hafod)
- Fidelma Carolan (UNISON)
- Elaine Cooper (SURF)
- Tomas Dahlberg (Муниципалитет Лаксо)
- David Devins (Региона г. Лидса)
- Scott Livingstone (Орган здравоохранения Саскачевана)
- Christopher Mackie (Отдел здравоохранения, Мидлсекс-Лондон)

- Neil McInroy (Центр локальной экономической стратегии)
- Simon Stephens (Фонд местного сообщества футбольного клуба Кардифф-сити)
- Michael Wood (Конфедерация Национальной службы здравоохранения)
- David Zuckerman (Democracy Collaboration)

Резюме

Стремление достичь большего для экономики и общества сопряжено с каждодневным вызовом, требующим от органов, ответственных за формирование политики, сдерживания государственных расходов и достижения улучшенных результатов. Это наиболее очевидно в секторе здравоохранения, где считается, что затраты растут как снежный ком; в результате на сектор оказывается огромное давление по сокращению бюджетов и услуг, в основе которого – широко распространенное убеждение в правительстве и финансовых учреждениях, что здравоохранение «сидит на шее» у экономики.

В докладе приводятся **новые сведения, практические методы и возможности**, показывающие, насколько **важен сектор здравоохранения для стабильной и работающей экономики** во всех странах Европейского региона ВОЗ. Доклад подготовлен в поддержку исполнения обязательств по **инвестициям** и **солидарности**, принятых на совещании высокого уровня по системам здравоохранения в целях процветания и солидарности (Таллинн, июнь 2018) по случаю 10-летия Таллиннской хартии, а также обязательств в рамках политики «Здоровье-2020» по сокращению неравенств в оказании услуг здравоохранения путем **преодоления социальных детерминант здоровья**.

> Вновь обратившись к Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» в июле 2018 г., была отмечена необходимость «активизации усилий для объединения руководящих органов в области здравоохранения и финансирования вокруг общих целей, учитывая задачи государственных финансов и, соответственно, демонстрируя экономическую и социальную эффективность инвестиций в системы здравоохранения».

Выводы и методы, описанные в данном докладе, позволят сектору здравоохранения усилить диалог с:

1. министерствами финансов и международными организациями, чтобы не допустить сокращения средств, выделяемых на охрану здоровья;
2. секторами экономики и развития, особенно в отношении вклада систем здравоохранения в уменьшение социальной и экономической маргинализации и улучшение устойчивости городов и регионов к внешним воздействиям.

Основные выводы доклада показывают, что сектор здравоохранения:

- играет важную роль в определении **экономических показателей и стабильности** страны;
- оказывает **положительное воздействие на экономические показатели других секторов** экономики страны за счет своих рабочих мест и закупа товаров и услуг;

- играет **главную роль в сокращении социальной маргинализации** на местном уровне посредством оказываемого им воздействия на занятость, условия работы и доходы домохозяйств;
- может **усилить свое положение в качестве ключевого сектора в стимулировании достижения целей устойчивого развития на местном и национальном уровнях** путем расширения своих функций по обеспечению занятости, профессиональной подготовки и закупкам, как на местном, так и национальном уровнях.

В докладе представлены **данные и инструменты**, предназначенные для того, чтобы те, кто занимается управлением, внедрением и предоставлением услуг систем здравоохранения, используя фактические данные, примеры, экономические аргументы и методы, могли:

- **в количественном выражении определять общий экономический и социальный вклад систем здравоохранения** в экономику на национальном и местном уровнях;
- **повышать воздействие расходов и занятости** на социальные аспекты и устойчивость в селах, городах и регионах;
- **переориентировать предмет дискуссий** в Европе на здравоохранение, как сектор для инвестирования, важный для социального и экономического благополучия.

Инвестирование в системы здравоохранения дает множество экономических и социальных выгод (как показано ниже).

Сектор здравоохранения…

… жизненно важен для определения экономических показателей и стабильности страны, а также является ключевым в достижении целей устойчивого развития на местном и национальном уровнях.	Сектор здравоохранения – основной институт во многих сообществах и, как правило, крупнейший или один из крупнейших работодателей, обеспечивающих высококачественные рабочие места. В 2015 году в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) здравоохранение и деятельность в социальной сфере обеспечивали примерно 10% всей занятости.
… положительно влияет на экономические показатели других секторов экономики страны за счет предоставления рабочих мест напрямую, так и косвенно посредством закупок.	Системы здравоохранения – важные заказчики услуг и продукции, обеспечивающие возможность коммерческой деятельности для местных компаний. Закупки государственными службами представляют значительную часть экономики стран, составляя 2 триллиона евро каждый год, 14% валового внутреннего продукта Европейского Союза.
… сокращает социальную изоляцию на местном уровне посредством своего воздействия на занятость, условия работы и доход домохозяйств.	Несмотря на рост уровня занятости в Европе, остается много людей, живущих в бедности. Во многих секторах условия и уровень оплаты не удовлетворяют потребностей всех людей для того, чтобы они могли жить здоровой жизнью. В секторе здравоохранения, как правило, высококачественные рабочие места; здесь, например, по сравнению с другими секторами реже встречаются временные соглашения, но предоставляются такие льготы, как отпуск по уходу за ребенком.

1. Введение

«Инвестиции в здоровье – это самые разумные инвестиции, которые всегда окупаются».

Д-р Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ (1)

Основная функция систем здравоохранения заключается в предоставлении качественных услуг по охране здоровья со всеобщим охватом. В то же время за счет осуществления расходов и инвестиций **системы здравоохранения играют важную роль в состоянии и стабильности экономики страны и региона**. До настоящего времени такой вклад в экономику не учитывался.

Системы здравоохранения приобретают все больше значимости в **стимулировании инклюзивного и устойчивого развития** за счет применения ответственного подхода к **трудовой занятости и закупу товаров и услуг**. Такая социальная выгода систем здравоохранения документально еще не описана и в настоящее время не учитывается во многих основных мерах политики и практики.

В данном докладе приведены обоснование, фактические данные и методы, чтобы понять значительный потенциал экономических и социальных воздействий и выгод в Европейском регионе ВОЗ. Доклад направлен на поддержку более широких усилий, показывающих, что **системы здравоохранения являются ключевым фактором в содействии справедливому и инклюзивному развитию**, помогающим **создавать выгоды для всего сообщества, в частности для тех, кто часто остается без внимания**.

Здоровье и благополучие способствуют экономическим и социальным достижениям, в свою очередь экономическая безопасность и социальная сплоченность – две ключевых детерминанты здоровья. Готовящийся доклад Европейского регионального бюро ВОЗ о состоянии справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе показывает, что улучшение социальных и экономических условий в интересах здоровья идет неоднозначно, и отсутствие экономической безопасности и социальной сплоченности – основные причины возникновения различий между странами по продолжительности жизни, преждевременной заболеваемости и болезням, укорачивающим жизнь, во всех государствах-членах Европейского региона ВОЗ.

Помимо функции систем здравоохранения по охране и укреплению здоровья населения они оказывают разнообразные экономические и социальные воздействия, которые до настоящего времени почти не учитывались. Но **продемонстрировав их, системы здравоохранения укрепят свое положение в планах местного и национального развития и инвестиционных стратегиях**. Это также позволит **изменить фокус полемики** с точки зрения, где системы здравоохранения воспринимаются всего лишь как **издержки**, на их **понимание как механизмов, способствующих экономической стабильности, а также важных партнеров в достижении социального и экономического благополучия**.

На Рис. 1.1 показаны экономические и социальные выгоды и воздействия, приносимые и оказываемые системами здравоохранения, в контексте обеспечения здоровья и благополучия для устойчивого развития.

Рис. 1.1 Экономические и социальные выгоды и воздействия систем здравоохранения



2. Системы здравоохранения – важный сектор, оказывающий влияние на экономические показатели и стабильность

2.1 Смещение акцентов

Из-за отсутствия полного понимания экономических и социальных воздействий и выгод систем здравоохранения очень часто они не учитываются в основных процессах развития и при принятии инвестиционных решений на местном, национальном и Европейском уровне. Вместо этого в дискуссиях основной фокус направлен на издержки систем здравоохранения и, как результат, во многих странах государственные расходы на здравоохранение подвергаются сомнению и риску сокращения *(2)*.

Международные организации, такие как ВОЗ и Всемирный банк, признают влиятельную роль государственных систем для охраны здоровья и образования, **оценивая экономические выгоды** от инвестиций в человеческий капитал через образование, обучение и профессиональное развитие. Практические исследования ВОЗ показывают, как инвестиции, осуществляемые системами здравоохранения, способствуют получению и других выгод в дополнение к улучшению показателей здоровья *(3)*.

Обычно расходы на здравоохранение составляют **существенную часть национальных бюджетов**; как правило, это одна из самых крупных статей расходов государственного управления, что позволяет оказывать значительное влияние на экономику страны. В 2016 г. в 28 странах, входящих в ЕС с 2007 г. (ЕС28), общий объем государственных расходов на здравоохранение составил 7% ВВП (от 9% в Норвегии и Дании до 3% на Кипре и 4% в Латвии) *(4)* (в странах с медицинским страхованием расходы на здравоохранение могут быть даже выше, поскольку эти бюджеты могут пониматься/обозначены как частные взносы по медицинскому страхованию, а не государственные расходы).

Системы здравоохранения вносят **чистый вклад** в экономический и социальный прогресс, таким же образом как они способствуют устойчивому развитию и экономическому росту, основанному на праве справедливости. Они достигают этого посредством:

- **увеличения возможностей по предоставлению рабочих мест** и внедрения **мер политики, предусматривающих инклюзивную занятость**;
- **улучшения базы профессиональных навыков** на региональном и местном рынке труда;
- **целенаправленного ориентирования инвестиций** на неблагополучные районы или районы с относительно низким объемом производства;

- повышенного привлечения **предприятий микро-, малого и среднего бизнеса** (ММСП) при организации и осуществлении закупок;
- содействия в **улучшении социальной сплоченности** в социально незащищенных сообществах (Рис. 2.1).

Обоснование инвестиций в системы здравоохранения является частью обязательств **Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 г. и Таллинн+10 (2018)**, в соответствии с которыми вновь внимание было обращено на Таллиннскую хартию: «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», и была отмечена необходимость «активизации усилий для объединения руководящих органов в области здравоохранения и финансирования вокруг общих целей, учитывая задачи государственных финансов и, соответственно, демонстрируя экономическую и социальную эффективность инвестиций в системы здравоохранения» *(5)*.

Рис. 2.1 Преимущества изучения экономических и социальных воздействий систем здравоохранения



2.2 Роль систем здравоохранения в формировании благосостояния сообщества

То, как системы здравоохранения осваивают и вкладывают свои ресурсы, оказывает важное воздействие на получаемые в результате экономические, социальные и общественные выгоды. Осваивая **ресурсы и средства внутри сообществ** и принимая ответственные подходы к занятости, созданию рабочих мест и производству товаров и услуг, системы здравоохранения могут **преобразовывать местную экономику так, что она начинает работать на всех**, а не на немногих *(3)*.

Подходы к развитию в XXI веке основаны в том числе на идее улучшения благополучия обществ за счет формирования более инклюзивной, стойкой к внешнему воздействию и устойчивой структуры экономики. Это отражается в набирающих обороты стратегиях и политике развития, таких как формирование благосостояния сообщества и **экономика замкнутого цикла**. Формирование благосостояния сообщества – модель развития, в которой на первый план выходят местные заинтересованные круги, собравшиеся вместе для организации активов сообществ и сохранения благосостояния внутри них (см. Приложение 2). Инклюзивный подход экономики замкнутого цикла показывает связь между устойчивым ростом, хорошим здоровьем и достойной работой, а также улучшением состояния окружающей среды и сохранением природных ресурсов планеты *(6)*.

Главным в этих стратегиях и подходах является **изучение и приумножение социальных и экономических воздействий государственных учреждений** в тех местных сообществах, где они работают (а также учреждений, преследующих общие общественные интересы, таких как организации гражданского общества). Этим вопросом все больше начинают интересоваться руководящие органы, организации гражданского общества и общественные группы и объединения, а также те, кого волнует развитие динамичных, стойких и процветающих сел, городов и регионов.

Соединенные Штаты Америки давно внедряют такие подходы, часто именуя их «**Якорные учреждения**». Термин впервые был использован для описания выгод государственных учреждений для местных сообществ и экономики. Якорные учреждения описываются как **крупные, некоммерческие или государственные организации, связанные с местным сообществом**, выходящие за рамки своей первоначальной роли. Они закреплены к сообществу, поскольку **вероятность того, что они покинут эту территорию, мала**. Например, маловероятно, что больница или университет покинут территорию в трудное для **экономики время, поскольку экономически** и культурно связаны с местом, где они располагаются. В результате, якорные учреждения считаются **экономическими стабилизаторами**, помогающими справляться с экономической нестабильностью. Якорные учреждения несут «положительные социальные и экономические изменения в контексте становящейся хрупкой местной экономики и разрастающихся социальных неравенств» *(7)*. Эти учреждения намеренно используют свои огромные ресурсы для **поддержки учреждений в местном сообществе** (Вставка 2.1). Университеты – самый распространенный вид якорных учреждений, и в многочисленных исследованиях проанализирован их вклад в местную и региональную экономику, а также их отношения с местной территорией, где они находятся *(8–11)*.

Вставка 2.1 Измерение экономического и социального воздействия систем здравоохранения в Соединенных Штатах

Многие больницы и системы здравоохранения в Соединенных Штатах оценивали свое экономическое и социальное воздействие в рамках механизма «якорные учреждения». Например, по оценкам Госпитального совета Северной и Центральной Калифорнии экономическим воздействием расходов больниц на местной территории стало 19,5 млрд долларов США и 130.723 рабочих мест (2014–2015). Косвенным результатом этих рабочих мест в системе здравоохранения является еще 8,7 млрд долларов США и 60.332 рабочих мест на территории. Трудовая занятость, обеспечиваемая сектором здравоохранения, принимает форму высокооплачиваемой работы, включая виды деятельности с зарплатой от низкой до высокой, и средний уровень оплаты нижеоплачиваемой работы превышает средний по штату *(12)*.

2.3 Методы количественного определения экономического и социального воздействия систем здравоохранения

«Масштаб и характер системы здравоохранения … с большей вероятностью глубоко и напрямую влияют на показатели экономики в целом …» (13).

Правительства по всему миру часто используют анализ затрат/выпуска для планирования и оценки экономического развития. Эти методы равно применимы и для расчета экономических и социальных воздействий систем здравоохранения; таблицы «затраты-выпуск» могут показать, как и какие отрасли связаны с системами здравоохранения и подвержены их влиянию. Это позволяет секторам здравоохранения и финансов **делать количественные оценки вклада систем здравоохранения в отечественную экономику, а также прямого и косвенного экономического влияния систем здравоохранения на национальную экономику** *(14–16)*. Методология затрат/выпуска подробно рассмотрена в Приложении 1.

2.3.1 Пилотное применение методологии затрат/выпуска с использованием национальных данных

Пилотное применение методологии важно для тестирования практической ценности и надежности метода затрат/выпуска при применении к системам здравоохранения. В период с апреля 2017 г. по сентябрь 2018 г. выполнены две пилотные оценки.

1. Углубленная пилотная оценка проведена в Словении с использованием данных за 10-летний период по адаптации методологии и оценки надежности и воздействия в динамике по времени. В данном анализе оценивалось экономическое воздействие и стабильность сектора здравоохранения в экономике Словении в течение 10 лет на основе анализа таблиц «затраты-выпуск» за 2009, 2010 и 2014 годы в 49 секторах экономики *(17)*.

2. Затем тестируемые методы были использованы для анализа экономических и

социальных воздействий систем здравоохранения в 19 странах Европы, анализа изменений спроса и инвестиций в сектор здравоохранения, и как это повлияло на другие секторы экономики. 19 стран ЕС были выбраны на основе имеющихся сопоставимых данных (см. Приложение 1), а данный анализ основан на таблицах «затраты-выпуск» с 2010 г. в 62 секторах экономики.

2.3.2 Результаты

Пилотные оценки четко продемонстрировали, что в среднем **сектор здравоохранения является не дорогостоящей издержкой, как его часто описывают, а важным двигателем экономики, который способствует экономическому росту страны и создает много высококачественных рабочих мест**. Установлено, что сектор здравоохранения оказывал значительное экономическое воздействие во всех 19 странах, а положительное влияние на национальную экономику проявлялось при увеличении расходов на продукцию и услуги сектора здравоохранения, особенно при сравнении с влиянием, оказываемом аналогичными изменениями в других секторах. Следующая серия иллюстраций (Вставки 2.2, 2.3 и 2.4) показывает непредвиденные и существенные экономические и социальные воздействия и выгоды, выявленные пилотными исследованиями.

Вставка 2.2 Воздействие на рост экономики

Анализ затрат/выпуска в 19 странах установил, что сектор здравоохранения играет очень важную роль в национальной экономике. В среднем (для всех стран, охваченных анализом) один дополнительный евро, потраченный на продукцию и услуги (выпуск) в секторе здравоохранения, дает (при учете прямых и косвенных эффектов):

- на 1,4 евро больше выпуска в национальной экономике;
- на 2,7 евро больше выпуска в национальной экономике с учетом производного эффекта (см. Приложение 2).

Также в отношении роста экономики установлено следующее:

- **Если расходы на здравоохранение вырастут на 1 евро, средний доход домохозяйства увеличится на 0,7 евро** (выраженный как прямой, косвенный и производный эффект).
- Из 62 проанализированных секторов здравоохранение **на десятом месте по воздействию на доход домохозяйства**; только другие девять секторов оказывают больше влияния.

Эти выводы подтверждают предыдущее исследование, в котором установлено, что в Европейском регионе ВОЗ каждый потраченный доллар в секторе здравоохранения обеспечивает дополнительный вклад в размере 0,77 долларов США в рост экономики в результате прямых и производных выгод *(3)*.

Вставка 2.3 Воздействие на экономические показатели других секторов

Помимо тысяч рабочих мест, напрямую предлагаемых системами здравоохранения, они также **создают тысячи рабочих мест вне системы здравоохранения**.

- В среднем на каждые дополнительные 100.000 евро, потраченные на систему здравоохранения, в остальной экономике создается четыре новых рабочих места. В некоторых странах этот мультипликатор намного выше; например, в Болгарии создается 10 рабочих мест на каждые 100.000 евро, потраченные в секторе здравоохранения.
- В среднем одно рабочее место, созданное в секторе здравоохранения, обеспечивает рост общей занятости (в целом по экономике страны) на 1,3 (прямые и косвенные эффекты) или 1,7 (если учитывать производные эффекты).
- В большинстве проанализированных стран установлено, что **мультипликаторы занятости для сектора здравоохранения превышают средний показатель по всем секторам (62) экономики**.

Важно, что рабочие места в секторе здравоохранения характеризуются высоким социально-экономическим качеством в 19 странах исследования (см. раздел 3.1).

Вставка 2.4 Воздействие на экономическую стабильность

Анализ затрат/выпуска показал, что сектор здравоохранения устойчив к обычной цикличности экономики, являясь важным стабилизатором в период рецессии, когда сообщества оказываются в условиях стресса *(18)*. Местный сектор здравоохранения снижает нестабильность в производстве, доходе и занятости, а также выступает в качестве важного амортизатора экономических шоков в трудные периоды.

В анализе затрат/выпуска Словении сравнивали стабильность 49 разных отраслей в стране, и было установлено, что сектор здравоохранения – один из самых стабильных в периоды рецессии и роста экономики. Сравнение проводилось по 49 секторам экономики Словении с анализом трех лет (2009, 2010 и 2014) в течение 10-летнего периода для тестирования стабильности каждого сектора по резким циклам экономики, включая годы глубокого кризиса и роста. По результатам микроэкономического анализа установлено, что:

- сектор здравоохранения – один из самых стабильных в экономике Словении, демонстрирующий последовательность по всем аспектам: занятость, доход, добавленная стоимость, выпуск и импорт (Рис. 2.2);
- сектор здравоохранения – один из лучших работодателей для сообществ, которые более всего чувствительны к резким экономическим изменениям. Он также является стабильной инвестицией для роста экономики, поскольку это защищенный сектор со стабильной рентабельностью, постоянной с течением времени. (подробно о методологии см. Приложение в Главе 6.)

Эти выводы подтверждают исследование, установившее, что занятость в секторе здравоохранения менее чувствительна к циклическим колебаниям (например, рецессии экономики) по сравнению с занятостью в других секторах экономики *(19)*.

Рис. 2.2 Стабильность сектора услуг здравоохранения и социальных услуг в Словении



Стабильность 49 секторов экономики Словении с простым мультипликатором, 2010 и 2014 годы (в среднем)

* Количество – среднее всех пяти значений стабильности с простым мультипликатором.
**По другим отраслям точное значение не приводится, они указаны исключительно в целях наглядности.

3. Подходы и инструменты для увеличения и измерения социальных и экономических выгод систем здравоохранения

Системы здравоохранения могут использовать свои подходы к расходам и инвестициям для получения важных социальных и экономических выгод на национальном и местном уровнях. Существенные выгоды для результатов на местах могут быть достигнуты за счет адаптации подходов систем здравоохранения к занятости и корректировки методов закупа товаров и услуг для получения более коротких цепочек занятости и закупок.

Системы здравоохранения могут стимулировать местный спрос на товары и услуги, повышать приток капитала и удерживать человеческий капитал, денежные средства и рабочие места в селах, городах и регионах, где они располагаются. В этом кроются прямые и косвенные выгоды, оцениваемые за счет усовершенствованных показателей экономического и социального благополучия и устойчивости.

3.1 Выгоды, полученные через трудовую занятость

Системы здравоохранения – важные компоненты любой экономики и основной источник трудовой занятости *(13)*. В большинстве стран численность работников здравоохранения значительна, и она растет. По данным Международной организации труда (МОТ), в 2017 году в северной, южной и западной Европе трудовая занятость в здравоохранении и социальных службах составляла более 12% всех рабочих мест, и в период с 2000 по 2017 г. этот вид занятости вырос с 7,4% до 9,0% всей занятости в Европе и Центральной Азии *(20)*. Ожидается, что такой спрос на медицинских работников будет расти в Европейском регионе ВОЗ; к 2030 году будет создано примерно 40 миллионов новых рабочих мест для медицинских работников, особенно в странах с высоким и средним уровнем доходов *(3)*.

3.1.1 Социальные и экономические выгоды занятости

Слишком часто работники систем здравоохранения считаются издержкой, и бюджеты занятости не считаются инвестицией в местные сообщества *(3)*. Но **системы здравоохранения создают многочисленные экономические и социальные выгоды трудовой занятости**. В тех районах, где системы здравоохранения входят в число крупнейших работодателей или являются ими для местных жителей, **рабочие места в секторе здравоохранения оказывают влияние на местные сообщества** посредством:

- **повышения местного благосостояния**, так как работники, проживающие в этой местности, там же тратят свои средства, что положительно влияет на экономическую и социальную устойчивость в перспективе;
- **сокращения углеродных выбросов**, поскольку людям не приходится ездить далеко на работу.

Существуют и другие выгоды, такие как **последующие воздействия на жилье, питание, социальную сплоченность и окружающую среду**, как результат того, что работники здравоохранения проживают (и тратят свои средства) там же (Рис. 3.1).

Рис. 3.1 Экономические и социальные воздействия и выгоды трудовой занятости в системах здравоохранения



Нанимая местное население, системы здравоохранения могут **поддерживать рабочие места, сохраняя трудовую занятость для людей**, что является важной социальной детерминантой здоровья. Помимо множества рабочих мест системы здравоохранения лидируют в предоставлении **хороших** рабочих мест, а это является основой инклюзивного, устойчивого роста и ликвидации бедности. Хорошие условия труда гарантируют:

- достойную оплату, обеспечивая, как минимум, минимальную зарплату или зарплату не ниже прожиточного минимума;
- льготы для работников, такие как отпуск по уходу за ребенком (для матери и отца), получение работниками с частичной и полной занятостью одинаковых выгод;
- минимальное использование временных соглашений;
- безопасные условия труда;
- социальную защиту и возможность заключения коллективного договора;
- возможности для развития и продвижения по службе.

В Европейском регионе ВОЗ сектор здравоохранения является **лидером в обеспечении хороших условий работы**. Многие женщины занимают высококачественные рабочие места, становится **больше женщин-руководителей** по сравнению с многими другими секторами *(21)*. В здравоохранении также одна из **самых высоких долей работников старшего возраста**; возраст не менее

30% работников в секторе здравоохранения 50 и более лет. Рабочие места в здравоохранении дают **хорошие возможности для обучения**; более 50% работников прошли обучение за счет работодателя в 2014 г. *(21)*.

Обеспечивая хорошие рабочие места, системы здравоохранения вносят значительный вклад в улучшение условий работы в сообществах, делая их более справедливыми и инклюзивными. Например, системы здравоохранения устраняют разные аспекты неравноправности, как описано ниже.

- **Условия работы для родителей** улучшены за счет предоставления услуг по уходу за детьми.
- **Гендерное равенство** усилено за счет увеличения возможностей трудовой занятости на местном уровне и социальной защищенности для женщин. Рабочие места в секторе здравоохранения и социальном секторе, как правило, открыты для женщин; в ходе анализа 123 стран установлено, что женщины составляют 67% трудовой занятости в здравоохранении и социальном секторе по сравнению с 41% общей трудовой занятости *(3)*. Кроме того, более половины (55%) руководителей в области «охраны здоровья человека» - женщины, что больше, чем в других секторах *(21)*.
- **Географическая несправедливость устраняется за счет сектора здравоохранения**, так как услуги здравоохранения и социальной помощи – важные источники рабочих мест в сельских и отдаленных территориях, в отличие от многих других секторов, где возможности для трудоустройства сконцентрированы в крупных городах и коммерческих центрах *(3)*.
- **Равноправность повышается в других сферах трудовой занятости**, таких как расширение возможностей для групп, которые традиционно сталкиваются с большим числом вызовов при обеспечении работой с полной занятостью (например, люди с инвалидностью или меньшинства). Самая высокая доля работников более старшего возраста в деятельности по охране здоровья человека, и возраст не менее 30% работников 50 и более лет *(21)*.
- **Воздействие на качество**. Принимая во внимание отсутствие единой меры качества рабочего места, исследователи используют общие элементы для его понимания: уровень квалификации, использование навыков, разнообразие задач, самостоятельность, контроль, темп работы, тип контракта, рабочая среда и возможности для обучения *(22)*. В исследованиях, анализирующих занятость в Европе, установлено, что рабочие места в охране здоровья имеют повышенный уровень ротации задач (64%) *(21)*.
- Системы здравоохранения также улучшают ситуацию с равноправностью за счет **продвижения и обучения**. В сравнении с другими секторами системы здравоохранения обильно предоставляют возможности для образования и обучения, а также поддержания и совершенствования навыков своих работников. В ЕС28 13% работников считают, что они нуждаются в дальнейшем обучении для выполнения своих текущих обязанностей; этот показатель увеличивается до 20% в секторе охраны здоровья человека. Более 50% работников в сфере здоровья человека сообщили о прохождении обучения за счет работодателя *(21)*. Количество

лет, затраченных на образование и получение квалификации, значительно влияет на здоровье и благополучие, способствуя тому, что люди и сообщества становятся более стойкими к внешнему воздействию. Люди, посвятившие больше лет образованию, живут более здоровой жизнью, могут позволить себе хорошее качество жизни, с большей вероятностью живут и работают в более безопасной и более здоровой окружающей среде *(23)*.

3.1.2 Инструмент самооценки с целью адаптации практики трудовой занятости для улучшения социальных и экономических выгод

Данный инструмент самооценки создан для того, чтобы пользователи могли провести социально-экономические оценки практики трудовой занятости в системах здравоохранения. Инструмент предназначен для пользования широким кругом специалистов на национальном и местном уровнях, включая руководителей в системах здравоохранения и специалистов по управлению кадрами, ведущих деятелей общественного здравоохранения и групп гражданского общества, работающих в сфере трудовой занятости (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 Инструмент самооценки для улучшения процессов найма и трудовой занятости

1. Первый шаг: понять, кого вы нанимаете, и как вы нанимаете.	• Ответьте на вопрос: сколько работников систем здравоохранения проживает в радиусе 5 миль (или иного уместного расстояния)?
	• Назовите долю работников системы здравоохранения из числа местных жителей по полу, возрасту, национальности, уровню образования и среди них долю людей с ограниченными возможностями. – Вкладывая средства в наем этих групп общества, система здравоохранения способствует экономической и социальной интеграции и повышает устойчивость сообщества к внешним воздействиям.
	• Назовите долю работников систем здравоохранения, работающих по нестабильным или временным соглашениям. • Имеется ли гендерное различие при найме работников, с которыми заключаются постоянные или временные соглашения (назовите долю каждых из них)? • Можно ли сказать, что те, кто зарабатывает меньше, работает по временным соглашениям? – Рабочие места, рассчитанные на длительный период, делают людей экономически и социально более устойчивыми, особенно в кризисных ситуациях.
	• Какова средняя зарплата в системах здравоохранения по сравнению со средней зарплатой на определенной территории? – Хорошая зарплата позволяет сократить бедность и неравенство доходов, а также соответствующие предотвратимые затраты здравоохранения. У людей с низким доходом хуже здоровье и ниже благополучие и продолжительность жизни.
	• Все ваши наемные работники (с полной и частичной занятостью) получают социальный пакет (например, отпуск по уходу за ребенком для матери и отца)? • Те, кто зарабатывает меньше, тоже имеет право на получение социального пакета? – Программы «минимальной заработной платы» должны быть внедрены как в отношении работников, нанятых напрямую, так и тех, кто привлекается со стороны для выполнения каких-либо работ. – Необходимо гарантировать безопасные условия труда.

	• Как вы обеспечиваете возможность ухода за детьми? • Вы предусматриваете такую возможность для разных возрастных групп, и какова продолжительность предлагаемых услуг /мест? – Предоставление услуг по уходу за детьми позволяет женщинам вернуться в наемную занятость. Количество учреждений по уходу за детьми, на какие возрастные группы они рассчитаны, а также стоимость и продолжительность услуг значительно влияют на возможность женщин вернуться к работе с полной и частичной занятостью. – Расстояние между учреждениями по уходу за детьми и рабочим местом также может оказывать благотворное действие на женщин, обеспечивая гибкость в рабочем процессе. Рост трудоустройства женщин важен для благополучия детей, в том числе в вопросах здоровья, питания, когнитивного развития, образования и т.п. Это особенно верно в отношении одиноких мам.
2. Следующий шаг: спланировать будущий найм.	• Назовите долю новых рабочих мест, занятых местным населением. – Набор персонала на местах способствует усилению местной экономики (прямое влияние), что в свою очередь поддерживает социальную интеграцию и сплоченность местного населения (косвенное). Наем из числа местных жителей снижает объем углеродных выбросов, поскольку людям не приходится преодолевать большие расстояния, чтобы заработать на жизнь (косвенное влияние). Это оказывает положительное воздействие на достижение здоровой окружающей среды. – Поддержка местного трудоустройства в сфере местных государственных услуг также обеспечивает отражение обслуживаемого населения теми, кто его обслуживает. Это улучшает сплоченность сообщества и культурную компетентность, а также сохраняет средства местной государственной службы в сообществе.
	• Какие действия вы предпринимаете, чтобы местная молодежь занимала рабочие места в местной системе здравоохранения? – Развитие формальных отношений с местными школами и колледжами, где можно внедрять наставничество работающих специалистов в данных профессиональных группах над теми студентами, кто хотел бы работать в местных системах здравоохранения. – Рассмотрение возможности зачисления на обучение и/или получение опыта работы, чтобы студенты могли побывать в разной среде и получить глубокое понимание разных родов занятий и профессий в системах здравоохранения.
3. Последний шаг подразумевает мониторинг процессов найма и совместное пользование воздействием и выгодами систем здравоохранения с местными жителями.	

3.1.3 Примеры из стран – трудовая занятость

UNISON – один из крупнейших профсоюзов в Соединенном Королевстве, насчитывающих 1,3 миллиона членов. С начала 2000-х годов UNISON в Северной Ирландии инициировал ряд уникальных совместных партнерств с работодателями из сектора здравоохранения по совершенствованию профессиональных навыков работников здравоохранения и социальной помощи.

Усилия **Партнерства Западного Белфаста и окрестностей Шанкилла в целях обеспечения занятости в здравоохранении** были направлены на длительную безработицу, поощряя экономически неактивное население получать навыки и работать в местной больнице, оно также проводило обучение и предоставляло возможности для профессионального развития низкооплачиваемых работников больницы. Проект получил финансовую поддержку Управления здравоохранения Северной Ирландии.

Основные результаты:

- 143 длительно безработных человек вернулись на работу, обеспечив постоянные рабочие места с Трастовым фондом Белфаста, при этом уровень удержания на рабочем месте превысил 95%.
- 316 низкооплачиваемых работников прошли дополнительное обучение для профессионального развития, и большая часть из них получили повышение в первый год.
- Домашние работники и кухонные рабочие стали супервайзерами, помощниками по ведению медицинской документации и поварами.
- Ежегодно экономия на таких пособиях, как пособие по безработице, денежное пособие и пособие по нетрудоспособности, оценивается в 385.000 фунтов.
- Ежегодно достигается дополнительное экономическое воздействие в размере до 1,48 миллионов фунтов на местную экономику Западного Белфаста и окрестностей Шанкилла.

Северная Ирландия также является лидером инноваций: министерства объединяют усилия, чтобы продемонстрировать воздействие систем здравоохранения на экономику. Шесть лет назад управления здравоохранения и экономики в Северной Ирландии работали совместно и приняли решение об определении суммы, затрачиваемой ежегодно на оказание медицинской и социальной помощи, в качестве годовой инвестиции, что считалось двигателем экономического роста. С того времени практическое сотрудничество между двумя управлениями было внедрено в повседневную практику, включая создание многосторонней группы с участием представителей правительства, исследовательских институтов и промышленности.

3.1.4 Европейские механизмы и стратегии

Хорошая работа, создание рабочих мест, льготы и права на рабочем месте - в центре многих **ЦУР** и Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 г. ЦУР включают **целевые показатели по трудовой занятости** во многих целях, в первую очередь ЦУР 8 (Достойная работа и рост экономики) и ЦУР 10 (Снижение неравенств).

- **8.3** Содействовать проведению ориентированной на развитие политики, которая способствует производительной деятельности, созданию достойных рабочих мест, предпринимательству, творчеству и инновационной деятельности, и поощрять официальное признание и развитие ММСП, в том числе посредством предоставления доступа к финансовым услугам.
  - (Индикатор) **8.3.1** Доля неформальной занятости в сфере, не связанной с сельским хозяйством, по полу.
- **8.5** К 2030 году обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех женщин и мужчин, в том числе молодых людей и инвалидов, и равную оплату за труд равной ценности.
- **8.6** К 2020 году существенно сократить долю молодежи, которая не работает, не учится и не приобретает профессиональных навыков.

- **10.1** К 2030 году постепенно достичь и поддерживать рост доходов наименее обеспеченных 40% населения на уровне, превышающем средний по стране.
- **10.2** К 2030 году поддержать законодательным путем и поощрять активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни независимо от их возраста, пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса.

3.2 Выгоды, получаемые за счет осуществления и организации закупок

Огромные бюджеты на осуществление закупок государственными учреждениями – возможность для развития устойчивой местной экономики и сообществ. В ЕС государственные закупки составляют 14% ВВП и 29% государственных расходов *(24)*, т.е. более 1,9 триллионов евро *(25)*. У систем здравоохранения большие бюджеты на закупки, и, как результат, они являются очень вескими и влиятельными закупщиками товаров и услуг.

Не все товары и услуги могут быть произведены локально, и эффективность достигается за счет оптовой закупки системами здравоохранения на национальном уровне. Но привлечение внешних отдаленных поставщиков товаров и услуг может способствовать созданию неравенств в доходах, так как выгоды крупных государственных бюджетов ощущаются далеко за пределами, а не в местных сообществах, где предлагаются услуги и продукция. **Выделение небольшой доли бюджетов закупок на местных поставщиков может существенно повлиять на местные сообщества.**

Закупки часто рассматриваются отдельно от экономических планов и политических решений региона, считаются издержками, а не возможностью для роста экономики. Обычный подход к закупкам состоит в сокращении непосредственных затрат, и в качестве основной задачи определяется «эффективность расходования средств».

- В 55% случаев государственных закупок до сих пор в качестве единственного критерия при размещении заказа используют наименьшую стоимость.
- В 2014 г. ЕС ввел новые правила для обеспечения эффективных и результативных расходов государственных средств, а также «обеспечения расширенного включения общих социальных целей в процесс закупок».
- В 2018 г. ЕС заявил, что организаторы конкурсов могут и должны применять «другие критерии, а не только наименьшую стоимость или экономичность, включать качественные, экологические и/или социальные аспекты» *(26)*.

3.2.1 Социальные и экономические выгоды организации и осуществления закупок

С конца 2000-х годов все больше стран признают значительную роль осуществления и организации закупок в достижении социальных и экологических выгод. Закупки уже

не рассматриваются просто как необходимый бюрократический процесс. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк и Европейский Союз настаивают, что стратегические закупки могут играть существенную роль в создании успешных и устойчивых экономик и сообществ *(27,28)*, при этом:

- стратегические социальные закупки [ССЗ] могут повысить равенство, качество и эффективность *(29)*;
- «каналы поставок способствуют росту экономики, созданию рабочих мест, сокращению бедности, предпринимательству и переходу работников из неформального в формальный сектор экономики» *(30)*;
- «эффективные государственные закупки важны для разрешения многих ключевых политических проблем, с которыми сталкивается ЕС, что включает в себя рост и рабочие места, бюджетную дисциплину, модернизацию государственного управления, борьбу с коррупцией и сговором, доступ МСП на рынок, доверие граждан к государственным органам и демократию, а также инновации в экологически и социально устойчивый рост» *(25)*.

Повышение местного благосостояния за счет более эффективных закупок способствует тому, что сообщества становятся более здоровыми и сильными (Рис. 3.2).

Рис. 3.2 Воздействия и выгоды ССЗ в секторе здравоохранения



Многие территории ускорили получение прибыли при локальном закупе услуг по сравнению с закупом только товаров.

ССЗ стремятся перейти к закупу товаров и услуг у местного бизнеса, социальных предприятий или ММСП для улучшения поддержки местных жителей. В большинстве городов Европы самая большая доля коммерческих предприятий - МСП. Но ММСП мало представлены в государственных закупках, и без ССЗ процессы закупок продолжают быть ориентированными на экономию затрат, а не более широкие ценности, приносящие пользу сообществу и местности *(31)*.

ССЗ стремятся оказывать длительное воздействие на местную и региональную экономику, поскольку местный бизнес нанимает местное населения, сохраняя движение благосостояния на местной территории. Это мощный инструмент соединения роста экономики с уменьшением бедности и стимулирования инклюзивного роста экономики.

ССЗ определяют состав и объем услуг и затем выбирают состав поставщиков для максимального достижения общественных целей *(27,32)*. При этом они:

- рассматривают закупки уже не как офисное действие, а стратегический инструмент для инклюзивного и устойчивого роста;
- используют бюджеты закупок для улучшения местных обществ, здоровья и благополучия;
- оспаривают сложившуюся практику закупок, принимая во внимание средне- и долгосрочные последствия закупок;
- учитывают потребности и приоритеты граждан в распределении здравоохранения;
- способствуют инклюзивному развитию, справедливости, качеству оказываемой помощи и эффективности.

ССЗ систем здравоохранения на региональном и местном уровнях – мощный механизм, способный:

- оказывать поддержку, создавать благоприятную среду и усиливать местный бизнес;
- благоприятствовать росту;
- увеличивать местную занятость;
- повышать квалификационную базу на местном рынке труда (Рис. 3.3).

Рис. 3.3 Использование ССЗ для содействия инклюзивному росту экономики и улучшению положения местных сообществ



3.2.2 Инструмент самооценки в целях адаптации практики закупок для улучшения социальных и экономических выгод

Данный инструмент самооценки предназначен для того, чтобы пользователи могли проводить социальные и экономические оценки организации и осуществления закупок в системах здравоохранения. Он предназначен для пользования широким кругом специалистов на национальном и местном уровнях, включая руководителей системы здравоохранения и уполномоченных по закупкам, ведущих деятелей здравоохранения и групп гражданского общества, работающих в сфере ММСП, кооперативов и союзов (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 Инструмент самооценки для совершенствования процессов закупок

1.Первый шаг при переходе на ССЗ: понять, текущую практику закупок в вашей организации.	• Какая доля вашего бюджета организации/осуществления закупок идет на местные коммерческие предприятия или остается в вашем регионе? – Перевод небольших объемов закупок на местных поставщиков – хороший способ, с которого можно начать; перераспределение всего 5–10% бюджета закупок на местные товары и услуги может принести миллионы в местную экономику. – Цель состоит в использовании коротких каналов поставок для обеспечения устойчивой и справедливой практики закупок.
	• Сколько у вас местных поставщиков? • Сколько у вас работает (местных) людей? – Необходимо изучить поставщиков закупок, откуда поставщики, а также их численность среди местного населения.
2. Следующий шаг: предпринять действия по изменению процесса закупок.	• Кто отвечает за определение товаров или услуг, которые проще закупать у местного бизнеса? • Вы можете определить целью эти контракты? • Вы можете упростить процедуры закупок и стимулировать местный бизнес к участию в конкурсах на закупки? – Необходимо установить цели для переориентирования расходов на местный уровень, адаптируя процессы закупок и развивая потенциал внутри местных каналов поставок.

	• Какие действия вы предприняли для повышения информированности о возможности осуществления закупок в местной экономике? – Это ключевой шаг в процессе – многие ММСП не обладают необходимыми знаниями, чтобы успешно участвовать в конкурсах на получение контрактов на закуп.
	• Вы определили условия для включения в контракты и общие условия закупа? – Например, условия, поддерживающие минимальную/ не ниже прожиточного минимума зарплату, или применение ученической практики, хорошие условия труда, количество или доля созданных рабочих мест, предложенных безработным или молодежи, или количество мест для профессионального обучения.
	• Вы можете потребовать выделения определенной доли конкурсов местным поставщикам, ММСП и предприятиям, находящимся в собственности женщин (принимая во внимание конкретные целевые показатели, такие как повышение объема местных расходов на 5% в течение одного года)? • Вы можете потребовать включение малых и средних предприятий к участию во всех конкурсах?
	• Вы можете сформировать упреждающие меры политики и системы осуществления закупа, которые учитывают социальные факторы и факторы устойчивости, а также затраты? • Вы определили основные термины, такие как «местный», «социальные критерии», «в собственности женщин» и «ММСП»? – Избегайте расплывчатых, всеохватывающих/широких определений, например, «оплата минимальной зарплаты», «привлечение стажеров» или «наем безработных». • Вы включили критерии, которые будут полезны местной экономике, бизнесу и жителям на стадии введения в действие, а не после? – Это предусматривает справедливое взвешивание социальных критериев при размещении контрактов на осуществление закупа. • Вы можете требовать от субподрядчиков соблюдать те же самые требования, которые предъявляются к подрядчикам?
	• Подготовлен ли персонал по закупу к изменениям в процессах закупок? – Вы определили вопросы, которые необходимо урегулировать в стратегических закупках (например, безработица, обучение и квалификация)?
3. Последний шаг подразумевает мониторинг процессов ССЗ и совместное пользование воздействием и выгодами систем здравоохранения с местными жителями.	

3.2.3 Примеры из стран – организация и осуществление закупок

Есть множество примеров разных стран Европы, которые адаптировали политику и практику организации и осуществления закупок, что в результате оказало существенное воздействие на местную экономику и сообщества.

- ССЗ давно применяются в **Нидерландах**. Утрехт тесно взаимодействует с партнерами региона, а также национальным правительством по усилению своего положения, как лидера «здоровых городов». В Утрехте применяются социальные закупки, чтобы достичь самого низкого уровня безработицы в Нидерландах. В 2012 году в Утрехте во все конкурсы в государственных учреждениях добавлено условие получения пользы для общества, и чиновники уделяли время на работу с поставщиками, чтобы разъяснить концепцию и рассеять опасения *(33)*. При стоимости контракта свыше 100 000 евро подрядчики должны выделить 5% от его стоимости на деятельность, приносящую пользу обществу. Подрядчики могут выполнить это условие разными способами:
  - создание рабочих мест для людей, удаленных с рынка труда, подбирая вакансии особым целевым группам (например, длительно безработные люди

или социально отчужденные люди; чем дольше человек без работы, тем большую ценность он представляет для подрядчика);

- предоставление возможностей для образования и обучения, например, обучение и получение образования безработными и/или студентами;
- приобретение товаров и услуг у социального предприятия.

- В **Престоне**, Англия (Соединенное Королевство), Городской совет увеличил объем местных закупок на 13% в течение четырех лет, что **увеличило расходы в местном сообществе на 4 миллиона фунтов стерлингов**.
- В **Манчестере**, Англия, местный исполнительный орган увеличил объем местных закупок и внедрил социальные аспекты в процесс закупок.
  - В результате расходы на местах увеличились с 50% до 71%, и в 2016–2017 годах произведено закупок товаров и услуг у коммерческих предприятий Манчестера на сумму 320 миллионов фунтов стерлингов.
  - Кроме того, около 68 862 часов уделено добровольческой деятельности и деятельности по поддержке сообществ; создано 705 производственных практик; создано приблизительно 1 160 дополнительных рабочих мест в Манчестере, из них 423 предложенные вакансии были предназначены для труднодоступных лиц *(34)*.
- **Городской совет Барселоны**, Испания, существенно разнообразил состав своих поставщиков после введения социальных критериев и критериев занятости в закупки. На эту работу ушел год, приглашены 250 новых поставщиков, без заключения контрактов с национальными или транснациональными поставщиками *(35)*.
  - Это было достигнуто за счет предъявления к поставщикам специальных требований по гендерному равенству, справедливым условиям работы, потреблению на основе справедливости и энергоэффективности.
  - Кроме того, вознаграждены компании, которые были ориентированы на людей, где управление осуществлялось по демократическим критериям, которые реинвестировали прибыль и делали выбор в пользу создания и поддержания стабильных, качественных рабочих мест, предлагая возможности группам, подвергшимся риску исключения *(36)*.
- В **Уэльсе**, все проекты Национальной службы здравоохранения, финансируемые на средства дотаций Правительства Уэльса, должны предусматривать развитие местного региона во **всех** закупках, независимо от сумм. Инструмент оценки выгод для сообщества учитывает весь спектр получаемых сообществом выгод, включая рабочие места, инициативы по поддержке в образовании, обучении, а также обеспечивает последовательную оценку таких выгод (Таблица 3.3).
- В **Тревизо**, Италия, финансовая структура новой больницы призвана служить примером для других проектов устойчивой государственной инфраструктуры. Конкурс на ремонт и расширение больницы на 1000 коек был объявлен как государственно-частное партнерство сроком на 21 год на сумму 250 миллионов евро. Благодаря экономии, полученной из финансирования Европейским

инвестиционным банком (ЕИБ), финансовые средства будут реинвестированы в местное сообщество в Тревизо. Вся экономия от ЕИБ будет вложена в новый механизм социального воздействия - Ospedal Grando Impact Investing, созданный для инвестирования в инициативы по социальному предпринимательству в области охраны общественного здоровья в Тревизо и Регионе Венеция.

- Это первый проект, финансируемый ЕИБ, где **прямо выражено обязательство по использованию финансовых выгод, полученных из финансирования ЕИБ, для инвестиций, оказывающих социальное воздействие**. Его целью является создание действенного цикла последующих инвестиций в механизм социального воздействия, который в свою очередь повлечет за собой улучшение услуг для сообщества и увеличение обязательств заинтересованных сторон сообщества. Ожидается, что эта модель преобразует будущие модели финансирования социальной инфраструктуры посредством согласованности государственных и частных интересов *(37)*.

3.2.4 Европейские механизмы и стратегии

ЦУР считают устойчивые закупки частью усилий по ликвидации бедности, сокращению неравенств и борьбе с изменением климата (см. Вставку 3.1). **ЦУР включают целевые показатели по закупкам** в ЦУР 12 (Рациональные модели потребления и производства).

- **12.1** Осуществлять 10-летнюю стратегию действий по устойчивому потреблению и производству с участием всех стран, причем первыми к ней должны приступить развитые страны, с учетом развития и потенциала развивающихся стран.
- **12.7** Содействовать обеспечению устойчивой практики государственных закупок в соответствии с национальными стратегиями и приоритетами.
  - (Индикатор) **12.7.1** Количество стран, внедряющих устойчивые государственные закупки и планы действий.

Вставка 3.1 План действий ЕС по экономике замкнутого цикла

Понятие ССЗ отражает цели **Плана действий ЕС по экономике замкнутого цикла**. В основе решений экономики замкнутого цикла – издержки за весь жизненный цикл с целью создания продуктов, материалов и ресурсов с длительным сроком службы и максимальное сокращение эффекта так называемого производства отходов. Также считается, что она способствует развитию более устойчивой и конкурентной экономики *(38)*.

Поскольку системы здравоохранения имеют огромные помещения и землю, они напрямую вносят вклад в показатели состояния окружающей среды в местных сообществах и выбросы парниковых газов. Например, в Соединенном Королевстве объем выбросов от субъектов Национальной службы здравоохранения составляет 3-4% всех выбросов парниковых газов в стране *(39)*.

Переход к экономике замкнутого цикла (например, переход к более экологически безвредным источникам энергии, внедрение устойчивого управления отходами и т.д.) – еще одна возможность улучшения здоровья и благополучия и содействия в достижении ЦУР *(6)*.

Таблица 3.3 Выгоды для сообщества и закупки в Уэльсе

Выгода для сообщества	Показатель	Пример	Определение меры	Последствия неосуществления
Создание рабочих мест (нигде не работающие, нигде не обучающиеся и не приобретающие профессиональных навыков/ безработные длительное время)	Человеко-недель на вложенный млн. фунтов стерлингов	Согласно определению «человек» и «недель»	Человеко-недель на вложенный млн. фунтов стерлингов	463,61 фунтов стерлингов в неделю
Обучение (включая выпускников, производственная практика, устройство на обучение)	Человеко-недель проведенного обучения на вложенный млн. фунтов стерлингов (учтенных в итоговых человеко-неделях на млн. фунтов стерлингов)	Уэльский спонсируемый дипломированный инженер; Уэльский студент в академическом отпуске; Опыт работы	Человеко-недель проведенного обучения на вложенный млн. фунтов стерлингов	349,28 фунтов стерлингов в неделю
Прохождение практики	Количество стажеров на вложенный млн. фунтов стерлингов (учтенных в итоговых человеко-неделях на млн. фунтов стерлингов)	Связь количества недель для отдельных лиц, принятых на работу; Широкое применение программы коллективной стажировки	Количество стажеров на вложенный млн. фунтов стерлингов	207,20 фунтов стерлингов в неделю
Рабочая сила	Доля работников с определенной территории (по почтовому индексу)	Использование почтового индекса проекта и измерение посещений	Доля работников с определенной территории (по почтовому индексу)	Нулевые последствия
Инициативы по каналам поставок	Доля расходов в Уэльсе на проект	Стоимость контракта и местоположение поставщика, например, СВМЕ подрядчик по проведению электротехнических работ с почтовым индексом в Кардиффе 100.000 фунтов стерлингов, выраженных в виде доли	Доля расходов в Уэльсе на проект	Нулевые последствия

Выгода для сообщества	Показатель	Пример	Определение меры	Последствия неосуществления
Инициативы по каналам поставок	Доля уэльских субподрядчиков в проекте	Общее число подрядчиков с почтовым индексом в Уэльсе, выраженное в виде доли	Доля уэльских субподрядчиков в проекте	Нулевые последствия
Окружающая среда	Доля отходов, не доведенных до полигона	Оценка на основе инструкции по перегрузке отходов	-	Нулевые последствия
Сообщество	Инициативы сообщества / проект	Работа с местной группой скаутов по перекраске зала	Не менее 2 инициатив на проект	1000 фунтов стерлингов на событие
Сообщество	Информационные бюллетени сообщества / проект	Письмо, направленное местным жителям	Не менее 2 бюллетеней на проект	500 фунтов стерлингов на бюллетень

3.3 Выгоды, полученные за счет местных партнерств с сообществами

Многие группы влияют на показатели здоровья, например, вследствие неравномерного доступа к охране здоровья и потреблению услуг, что в свою очередь может усугубить несправедливость в отношении здоровья. **Системам здравоохранения** отведена центральная роль в вопросах здоровья населения, поскольку они прямо и косвенно оказывают воздействие на продолжительность и качество жизни *(38)*. **Усиливая существующие партнерства** и работая с новыми партнерами, системы здравоохранения могут приумножить обеспечиваемые выгоды на уровне сообщества *(40)*.

Для того, чтобы системы здравоохранения оказывали влияние на местную экономику, им необходимо создавать партнерства с широким кругом секторов и организаций. Системы здравоохранения могут работать с такими партнерами/секторами:

- государственные департаменты и министерства (в секторе финансирования, торговли, коммерческой деятельности и развития);
- образование (начальное, среднее и высшее);
- бизнес (частные и социальные предприятия);
- организации гражданского общества/третий сектор и местные сообщества.

В межотраслевых партнерствах системы здравоохранения играют важную роль куратора, действуя в качестве новаторов и предоставляя фактические данные о высокой отдаче экономических и социальных выгод.

3.3.1 Инструменты для работы с новыми партнерами

Социальное назначение – инструмент улучшения социального и экономического благополучия в сообществе. Его иногда также называют «направление в сообщество», по которому специалисты здравоохранения направляют отдельных лиц на получение местных неклинических услуг, как правило, предоставляемых сообществом или волонтерами. Социальное назначение меняет способ взаимодействия систем здравоохранения и социальной помощи и помогает людям лучше контролировать свое здоровье, облегчая при этом давление на службы здравоохранения *(41)*.

Программы социального назначения подразумевают разные виды деятельности, направленные на детерминанты здоровья, такие как:

- консультации по здоровому питанию и коррекции веса;
- занятие спортом и уроки физической культуры;
- финансовые консультации и помощь по ориентированию в системах социальной защиты;
- программы дружеской поддержки, особенно если люди испытывают одиночество;
- возможности для занятия искусством и творчеством.

3.3.2 Примеры из стран – партнерства и сообщества

Спортивным клубам отведено **уникальное место**, так как им часто удается увлечь тех, кто не всегда обращается в традиционные службы охраны здоровья; в силу этого они обладают **важным качеством обеспечения справедливости. Фонд местного сообщества футбольного клуба «Кардифф Сити» (CCFCCF)** – официальная благотворительная организация «Кардифф Сити» и часть более широкой сети футбольных благотворительных организаций в Соединенном Королевстве.

Имея более 43 действующих проектов, охват **CCFCCF** огромен, и их основная цель – оказывать поддержку детям, молодым людям и семьям в полной реализации их потенциала. Для привлечения средств они используют бренд футбольного клуба, чтобы увлечь тех, кто не всегда обращается к традиционным государственным службам, в силу этого они, как правило, могут увлечь тех, кто остается вне поля зрения других подходов.

Саскачеван, провинция Западной Канады, объединил межотраслевую группу с участием **36 различных сторон**. Такое крупное партнерство решает разные вопросы местного значения; в частности, риски для здоровья и социальные риски молодежи. Работа ведется с менее традиционными партнерами здравоохранения, такими как полиция и управление пожарной охраны, а также спортивными организациями. В сельских регионах Канады в большинстве населенных пунктов имеются катки для игры в хоккей, и некоторые органы здравоохранения используют эти объекты для разработки программ оздоровления.

3.4 Оценка экономических и социальных воздействий систем здравоохранения

Первый шаг для систем здравоохранения состоит в понимании **мощной экономической и социальной роли**, которую они играют в сообществе, в котором функционируют. Системы здравоохранения могут продемонстрировать свою ценность и вклад в местную экономику, определив лидеров для проведения такой работы и разъяснений, что они делают на пользу местному сообществу (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 Инструмент самооценки социальных воздействий систем здравоохранения: вопросы для ведущих деятелей и руководителей

Вопросы, на которые каждый местный руководитель системы здравоохранения должен уметь ответить сразу	• Сколько вы тратите на заработную плату? • Какая доля тратится на людей, проживающий в данной местности? • Сколько вы тратите на товары и услуги? • Какую долю вы тратите на местный бизнес?
Вопросы о партнерствах	• Кто формирует экономические планы /определяет стратегию на местах? Они осведомлены о важности субъектов системы здравоохранения? – Определите ведущих деятелей в области местного, регионального и национального развития и определитесь со стратегическими экономическими планами вашей территории. – Основные задачи систем здравоохранения должны быть упорядочены с целями и планами местного и регионального развития. – Системы здравоохранения должны быть учтены в финансовых планах и принятии решений. – Необходимо усиливать диалог и взаимоотношения между здравоохранением и финансовым сектором, изучая финансовый вклад систем здравоохранения в экономику на национальном и местном уровне. – Для партнерств необходимо определить целью организации и учреждения с аналогичными задачами (например, стремящиеся повысить экономическое и социальное процветание на местах.
Определение лидера	• Кто возьмет на себя роль лидера в изменении направления? – Наймом и осуществлением закупок обычно занимаются кадровые и финансовые подразделения. – Для этих стратегий необходимо лидерство с высшего уровня, а реализация должна осуществлять по всей организации. – Такое действие требует изменения стратегического направления, а также вовлечения в процесс работников, местных экономических партнеров и местного населения.

Вставка 3.2 Вовлечение общества

Для местного населения и руководящих органов не всегда очевидно, что системы здравоохранения оказывают значительные экономические и социальные воздействия. Как правило, считается, что частный сектор – единственный благоприятствующий фактор для местной экономики и развития.

Когда местные сообщества и руководство понимают экономическое воздействие систем здравоохранения, это может улучшить их положение при формировании будущих планов экономического развития. Обеспечение вовлечения сообщества на каждом этапе процесса развития с согласованием целей является важной частью понимания экономических и социальных воздействий и выгод, которые несут в себе системы здравоохранения.

3.5 Практические примеры

Полученные данные показывают, что системы здравоохранения оказывают мощные экономические и социальные воздействия и дают выгоды для местного населения и населения страны. Они обеспечивают достойной работой, могут улучшить гендерное равенство и предоставляют возможности для определенных групп, таких как молодежь. В следующем подразделе представлены два практических примера из Ланкашира и Южной Камбрии (Англия) и Помурье (Словения), где проводилась оценка экономических и социальных воздействий и выгод от занятости в системах здравоохранения.

3.5.1 Ланкашир и Южная Камбрия, Англия

- Сектор охраны здоровья и социальной помощи – единственный крупнейший источник роста экономики и занятости в Ланкашире и Южной Камбрии, что оказывает большое воздействие на местные расходы бизнеса и производные расходы по всей экономике.
- В этом секторе занято больше жителей Ланкашира, чем в любом другом, что составляет 16% всех рабочих мест в графстве, обеспечивая работой почти 100 000 человек.
- В более чем половине (55,3%) из 3900 коммерческих предприятий в сфере охраны здоровья и социальной помощи Ланкашира работает девять или менее человек.
- Сектор больниц также заявляет о крупнейшем абсолютном увеличении занятости с 34 300 рабочих мест в 2010 г. до 40 100 в 2013 году в Ланкашире (рост на 16,9%).
- В сфере охраны здоровья и социальной помощи Ланкашира работают люди более старшего возраста, скорее с частичной занятостью и чаще всего женщины.
- Работники данного сектора высокообразованны; 44% имеют диплом высшего образования, высшего профессионального обучения или степень по окончанию университета (средний показатель по всем секторам в Ланкашире - 30%).
- 33% работников имеют квалификации на уровне общего среднего образования (средний показатель по всем секторам в Ланкашире - 44%).

- 4% работников в сфере охраны здоровья и социальной помощи прошли профессиональное обучение (средний показатель по всем секторам в Ланкашире - 9%).
- Занятость в сфере охраны здоровья и социальной помощи Ланкашира вырастет до 1900 рабочих мест (1,7%) в 2014–2024 годах.

3.5.2 Помурье, Словения

- Помурье – один из самых бедных регионов Словении, в 2018 г. уровень безработицы там был самым высоким (15,8%). Почти 50% всех безработных в регионе не имеют работы в течение длительного времени.
- 8,3% экономически активного населения работает в здравоохранении (около 3000 человек). Из всех регионов Словении в Помурье занята самая высокая доля людей в здравоохранении, что делает этот сектор важным экономическим субъектом региона.
- Только в одном секторе (промышленности) в Помурье занято больше людей. В секторе здравоохранения работает столько же людей, что и в сельском хозяйстве, торговле и строительстве.
- Более 70% работников здравоохранения - женщины.
- Работники данного сектора высокообразованные; у более трети уровень образования высший и более (42%); 37% - среднее образование, и 21% - начальное, или уровень образования не известен.
- В 2015 г. только 3,6% длительно безработного населения Помурья назвали своего работодателя, представляющего сферу здравоохранения и/или социальной помощи, что дает основания предположить, что сектор успешно удерживает свою рабочую силу.

В обоих регионах сектор здравоохранения – ключевой субъект экономики, являющийся крупнейшим или одним из крупнейших работодателей, где занято значительное количество женщин, обеспечивающий работой высокообразованных людей.

Данная методология анализа экономических и социальных воздействий и выгод систем здравоохранения – эффективный инструмент для принятия решений, подчеркивающий важную роль систем здравоохранения в экономике страны.

Каждому государству Европейского региона ВОЗ предлагается проанализировать экономическое и социальное воздействие своих систем здравоохранения до 2025 г.

4. Системы здравоохранения и текущие экономические и социальные приоритеты

Нужны новые идеи, чтобы инвестировать в будущее, создавать устойчивые системы здравоохранения, устранять неравенство и обеспечивать инклюзивность и устойчивость экономики, где каждый может добиться успеха и процветания. Услуги, обеспечивающие для нас «безопасность, обоснованность и цивилизованность» *(42)* – услуги, которые часто принимаются как должное до того момента, пока не происходит сбой (например, услуги водоснабжения, инфраструктуры или здравоохранения). За эти услуги надо платить, но такие большие бюджеты часто воспринимаются как издержки. На самом деле, они несут в себе непризнанный потенциал, способны производить значительные экономические и социальные выгоды в экономику местности, региона и страны. Необходимы более целостные подходы с акцентом на устойчивом развитии, а также нужно создавать системы, в которых финансирование остается в местных сообществах.

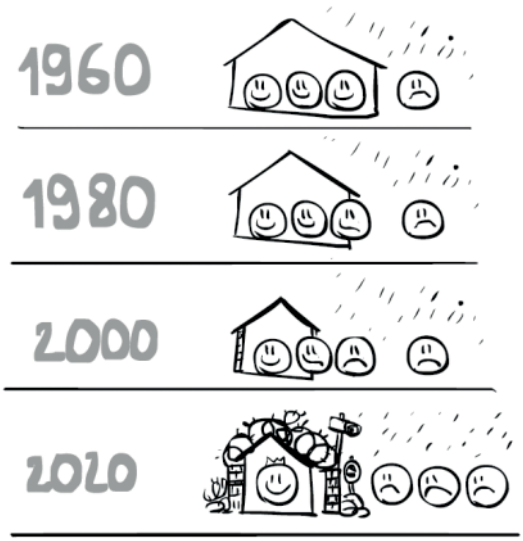
4.1 Экономические и социальные приоритеты в Европейском регионе ВОЗ

4.1.1 Рост неравенства в доходах

В Европейском регионе ВОЗ увеличилось неравенство в доходах. Многие сообщества и отдельные люди выпали из поля зрения, поскольку полное влияние глобализации сказалось на каждом по-разному. Деиндустриализация и глобализация оставили свой след во многих сообществах в виде высокой безработицы, роста неравенства и слабых показателей состояния здоровья (Рис. 4.1).

Текущая экономическая ситуация не приносит пользы никому; благосостояние продолжает движение вверх, и неравенство в доходах продолжает увеличиваться. Это ведет к напряженности между общинами в обществе и замедляет рост экономики *(43)*.

Рис. 4.1 Рост неравенства в доходах *(44)*



4.1.2 Изменения в уровне бедности и наличии работы

Во многих странах Европейского региона ВОЗ уровень безработицы падает, но и меняется динамика занятости. Наличие работы уже не гарантирует небедное существование. Растет бедность среди работающих, и все больше людей не имеют достаточно средств на жизнь. В 2016 г. многие работающие проживали в бедности, в том числе:

- 5% работников, работающих по стандартному графику;
- 20% временных работников с полной занятостью;
- 24% самозанятых;
- 26% работников с частичной занятостью *(45)*.

4.1.3 Воздействие роста нетрадиционного вида занятости

Около 40% людей, работающих в ЕС, находятся в «нетипичном» положении на рынке труда (например, они не работают по договору на полную занятость, у них договор без указания срока действия, или они являются самозанятыми) (Рис. 4.2). Многие из тех, кто работает таким образом, недостаточно обеспечены социальной защитой, страхованием занятости и доступом к пенсионным правам; они также не получают поддержки от служб занятости *(46)*. В домохозяйствах, чей доход зависит от нетрадиционной работы, выше уровень бедности по причине низких доходов *(47)*, и временная и нестабильная работа связана с плохим состоянием психического здоровья и благополучия.

- Почти треть всей занятости в странах ОЭСР является временной, неполной, или самозанятостью *(47)*. Временные работники – это не однородная группа, ими могут быть женщины, мужчины, молодые и более взрослые, любой из них может оказаться на временной работе.
- Во многих странах неформальная занятость остается высокой; например, она составляет треть занятости в Польше, Российской Федерации и Турции *(48)*.

Изменения в видах работы слишком часто приводили к **спаду в возможностях трудоустройства**. Многие хотят больше гибкости, особенно родители, желающие получить доступ на рынок труда, воспитывая при этом своих детей. Слишком часто такая гибкость сопровождается повышением вероятности получения временной работы (с меньшими гарантиями и, как правило, более низкой зарплатой, а также меньшими возможностями обучения и профессионального развития) и нуждой. Люди вынуждены принять менее оплачиваемую или худшего качества работу; это помогает объяснить непоследовательность во многих странах, где наблюдается низкая безработица вместе с ростом или неизменностью уровня бедности (Таблица 4.1).

Рис. 4.2 Рынок труда в Европе, 2018



Источник: (49)

Таблица 4.1 Уровень вынужденной неполной занятости, как доля общей неполной занятости, 2008 и 2017 годы

	2008 (%)	2017 (%)	Рост (%)
Греция	44	70	26
Кипр	30	68	38
Италия	41	62	21
Испания	36	61	25
Болгария	51	59	8
Румыния	52	56	4
ЕС	26	26	0

Источник: (50)

Кроме того, несмотря на значительные улучшения в вопросах гендерного равенства в последние десятилетия, сохраняются **различия в оплате труда между мужчинами и женщинами** в ЕС. Гендерный разрыв в оплате без корректировки, измеряющий разницу между средним заработком мужчины и женщины как долю среднего заработка мужчины, составил 16,3% в 2016 г. в странах ЕС *(45)*. Во Вставке 4.1 показано, как Европейская основа социальных прав намерена справиться с таким неравенством.

Вставка 4.1 Европейская основа социальных прав

В центре внимания Европейской основы социальных прав – бедность среди работающих. Целью Европейской основы является улучшение условий работы и жизни посредством:

- продвижения равенства возможностей
- поддержки социальных услуг
- обеспечения права на справедливую зарплату и минимальный доход, сокращая тем самым бедность среди работающих
- обеспечения права на достойный уровень жизни
- снижения гендерного разрыва в оплате
- обеспечения права людей с инвалидностью на работу в среде, адаптированной под их потребности.

Местные, региональные и национальные государственные органы и органы управления, социальные партнеры и организации гражданского общества играют ведущую роль в исполнении Европейской основы социальных прав.

4.1.4 Переход от товаров к услугам

В Европейском регионе ВОЗ рост низкооплачиваемых, с неполной занятостью, временных рабочих мест сопровождается ростом рабочих мест в секторе услуг и их сокращением в промышленности, сельском хозяйстве и строительстве (Таблица 4.2). Это отражает положение многих промышленно развитых стран, где наблюдался переход от промышленности, обрабатывающего сектора и строительства к видам деятельности, ориентированным на услуги. Доля обрабатывающей промышленности в общем производстве и занятости идет на снижение, в то время как услуги приобретают все больше важности *(45)*.

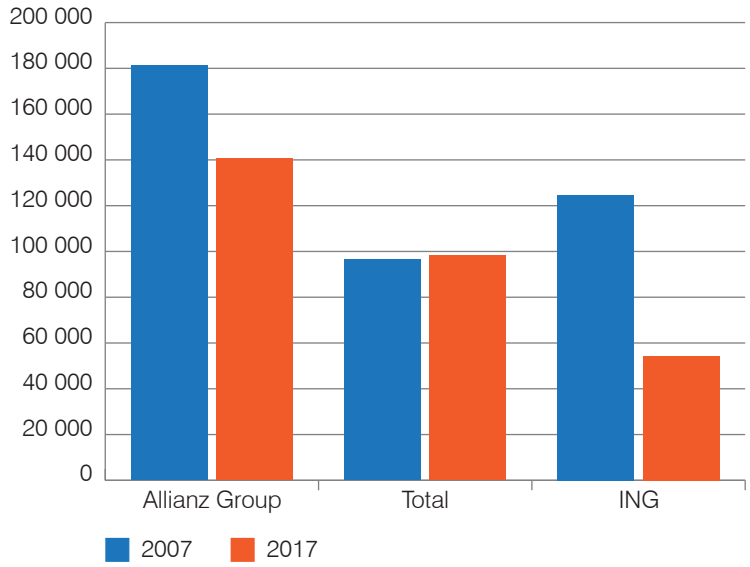
Таблица 4.2 Занятость в 10 основных видах экономической деятельности в ЕС, 1996 и 2016 годы

	1996 (%)	2016 (%)
Оптовая и розничная торговля, транспорт, проживание и питание	23.0	25.0
Государственное управление, оборона, образование, здоровье человека и социальная работа	22.0	24.0
Промышленность (кроме строительства)	21.0	15.0
Профессиональная научная и техническая деятельность	8.0	13.0
Сельское хозяйство, лесное и рыбное хозяйство	8.5	4.5
Строительство	7.0	6.0
Искусство, развлечения, отдых и прочие услуги	5.0	6.0
Финансовая и страховая деятельность	3.0	3.0
Информация и связь	2.0	3.0
Продажи/деятельность, связанные с имуществом	1.0	1.0

Источник: (51)

Сокращение рабочих мест в промышленности и строительстве в Европейском регионе ВОЗ отражает более широкие изменения в частном секторе. Этот сектор уже не предлагает неограниченный рост рабочих мест с полной занятостью, поскольку автоматизация, искусственный интеллект и изменения на рынках привели к сокращению трудовой занятости в некоторых государствах и ее стагнации в других (Рис. 4.3).

Рис. 4.3 Сокращение/стагнация наличия рабочих мест у крупных работодателей из частного сектора в Европе, 2007 и 2017 г.



Источник: (52-54)

4.1.5 Снижение качества рабочих мест в государственном секторе

Как в частном секторе происходят изменения в рабочих местах, так и в государственном секторе меняется их характер. В некоторых странах сокращается размер государственного сектора, в других он увеличивается; но в целом по Европе зарплата в государственном секторе уже не гарантирует приемлемую, хорошо оплачиваемую и устойчивую работу. Рабочие места в государственном секторе традиционно предлагали улучшенные условия труда и гарантии трудовой занятости, и по большей части подразумевали полную занятость и постоянное место работы *(55)*. Такие рабочие места считались высококачественными местами среднего класса, но в некоторых странах рабочие места в государственном секторе сейчас предлагают низкую зарплату, даже на ключевых позициях – медсестрам и учителям, и они больше не гарантируют достойный доход или качественные условия работы *(55,56)*.

4.1.6 Системы здравоохранения, движущие устойчивым и инклюзивным ростом

Согласно Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 г., существует три измерения устойчивого развития: экономическое, социальное и экологическое, и более того борьба с дискриминацией и увеличение справедливости лежат в основе достижения устойчивых обществ и экономики. Улучшение здоровья и уверенность в том, что никто не оставлен без внимания, способствуют росту экономики и развитию

и оказывают влияние на макроэкономические индикаторы, такие как ВВП и уровень безработицы, а также такие микроэкономические показатели, как потребление в домохозяйствах, здоровье, питание и образование *(57)*. Устойчивый и инклюзивный рост могут стимулировать экономику и сокращать связанное с доходами неравенство в вопросах здоровья *(58)*.

Анализ инвестиций в охрану здоровья и социальную защиту в 25 странах Европы показал, что вложение средств в эти два сектора защитили население и стимулировали рост в краткосрочной перспективе *(59)*. За расходами государства на здравоохранение скорее всего последует ускорение роста, а инвестиции в человеческий капитал важны для долгосрочного роста *(60)*. Но условия, применяемые к странам международными организациями и финансовыми учреждениями, зачастую расходятся с целью улучшения здоровья для всех. Например, условия направлены на первоочередность такого типа роста экономики, который не является устойчивым; а это ведет к низким заработкам, росту налогов и сокращению ключевых услуг, таких как здравоохранение и социальная помощь *(61,62)*.

4.2 Достижение цели «трех миллиардов»

К 2023 г. ВОЗ стремится достичь цели «трех миллиардов» во всем мире:

- охват услугами здравоохранения дополнительно 1 миллиарда человек;
- более эффективная защита при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения дополнительно 1 миллиарда человек;
- повышение уровня здоровья и благополучия дополнительно 1 миллиарда человек.

Измерение и содействие пониманию экономического и социального воздействия систем здравоохранения могут помочь странам в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения, показав, каким образом системы здравоохранения вносят вклад в местную и национальную экономику.

Инвестиции во всеобщий охват услугами здравоохранения не только улучшают здоровье, но и положительно сказываются на местной и национальной экономике.

4.3 Сильные экономические и социальные воздействия и выгоды систем здравоохранения

Инвестиции в благополучие страны следует рассматривать не как экономическое бремя, а как фактор, способствующий росту и стабильности экономики. Системы здравоохранения оказывают положительное воздействие на сообщества и экономическое развитие. Метод, обсуждаемый в данном докладе, показывает «просачивающийся» экономический эффект инвестиций в системы здравоохранения, а также социальные выгоды предоставления качественных рабочих мест и закупа товаров и услуг у местного бизнеса.

Системам здравоохранения предстоит играть важную экономическую и социальную роль в стране и местных сообществах. Демонстрируя их ценность в положительном влиянии на местную экономику, посредством их практики трудовой занятости и закупок, системы здравоохранения могут стать ведущими источниками развития местной и национальной экономики.

Библиография[1]

1. Jakab Z. Отчет о работе Европейского регионального бюро ВОЗ. Выступление д-ра Zsuzsanna Jakab, Директора Европейского регионального бюро ВОЗ, на 68-ой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/68th-session/speeches-and-presentations/Day-1-Monday-17-September-2018/opening-address-by-dr-zsuzsanna-jakab,-who-regional-director-for-europe-at-the-68th-session-of-the-who-regional-committee-for-europe).
2. European region health expenditure dashboard. Annex – New perspectives on global health spending for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/new-perspectives/en/).
3. Работа в интересах здоровья и развития: инвестиции в трудовые ресурсы здравоохранения. Доклад Комиссии высокого уровня ООН по занятости в сфере здравоохранения и экономическому росту. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf;jsessionid=27C160569EC2A8559F5A7DFFDB0FC327?sequence=1&TSPD_101_R0=2befc7b745edb49c3e3c59d8d5a2a35fk9N000000000000000233a0120affff0000000000000000000000000005bb5dc8300c0c0a341).
4. Eurostat. Government expenditure on health [online database]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2018 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health).
5. Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания. Таллинн, Эстония, 13–14 июня 2018 г. Совещание высокого уровня. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/374618/tallinn-outcome-statement-rus.pdf).
6. Экономика замкнутого цикла и здоровье: возможности и риски. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/374917/Circular-Economy_EN_WHO_web_august-2018.pdf?ua=1).
7. Elliot G. (2018). Widening higher education participation in rural communities in England: An anchor institution model. IRE 64(1):65–84.
8. Birch E, Perry D, Taylor HL. Universities as anchor institutions. J High Educ Outreach Engagem. 2013;17(3):7–15.
9. Anchor Institution Task Force. Chapter 8. Anchor institutions as partners in building successful communities and local economies. In: Brophy PC, Godsil RD. Retooling

1 Содержание сайтов по состоянию на 22 января 2019 г.

HUD for a catalytic federal government. Philadelphia: Penn Institute for Urban Research; 2009:147–168 (https://community-wealth.org/sites/clone.community-wealth.org/files/downloads/chapter-harkavy-et-al.pdf).

10. Holley K, Harris M. The 400-pound gorilla: the role of research universities in city development. Innovat High Educ. 2017;42(2):77–90.
11. Addie JPD. Urban(izing) university strategic planning: an analysis of London and New York City. Urban Aff Rev. 2018; Jan 19 (https://doi.org/10.1177/1078087417753080).
12. Economic and health impact of hospitals. Bakersfield (CA): Hospital Council of Northern and Central California; 2016 (https://www.hospitalcouncil.org/sites/main/files/file-attachments/hospitalc_eir-report_fmtk.pdf).
13. Cylus J. Permanand G, Smith PC. Policy brief. Making the economic case for investing in health systems. What is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/380728/pb-tallinn-01-eng.pdf).
14. Jewczak M, Suchecka J. Application of input-output analysis in the health care. CER 2014;17(4):87–103.
15. Yamada G, Imanaka Y. Input-output analysis on the economic impact of medical care in Japan. Environ Health Prev Med 2015;20(5):379–387.
16. Kim JK, Kim CY, Shin YJ. The effects of ubiquitous healthcare service on the South Korean economy: using input-output analysis. Inf Syst Front. 2017; 19(5):1149–1160.
17. Beko, J, Jagrič T, Fister D, Brown C, Beznec P, Kluger H, Boyce T. The economic effects of health care systems on national economies: an input-output analysis of Slovenia. Applied Economics. Forthcoming.
18. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf?ua=1).
19. Health at a glance [онлайн база данных]. 2017 data. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development 2017 (https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
20. ILOSTAT [онлайн база данных]. Key indicators of the labour market (KILM). Geneva: International Labour Organization; 2018 (www.ilo.org/ilostat).
21. Working conditions and job quality: comparing sectors in Europe. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2014 (https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiE5rX3tbfdAhVL_aQKHXgZDFgQFjABegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fdigitalcommons.ilr.cornell.edu%2Fcgi%2Fviewcontent.cgi%3Farticle%3D1353%26context%3Dintl&usg=AOvVaw2xjGJpKx2E4dW2m1iwa7x2&httpsredir=1&article=1353&context=intl).

22. Findlay P, Lindsay C, McQuarrie J, Bennie M, Corcoran ED, van der Meer R. Employer choice and job quality: workplace innovation, work redesign, and employee perceptions of job quality in a complex health-care setting. Work Occup. 2017; 44(1):113–136.

23. UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (updated reprint 2014) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf).

24. Fazekas M. Assessing the quality of government at the regional level using public procurement data. Working papers. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 (http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/work/201703_regional_pp_governance.pdf).

25. European semester thematic factsheet: public procurement. Brussels: European Commission; 2017 (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_public-procurement_en_0.pdf).

26. Správa T. Public procurement: MEPs call for better implementation and use of quality criteria [press release]. 19 June 2018. Brussels: European Parliament; 2018 (http://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20180618IPR06022/public-procurement-call-for-better-implementation-and-use-of-quality-criteria).

27. Moving from passive to strategic purchasing [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/health_financing/topics/purchasing/passive-to-strategic-purchasing/en/).

28. Preker AS, Liu X, Velenyu EE, Baris E. Public ends, private means: strategic purchasing of health services. Washington (DC): World Bank; 2007 (https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/6683/399790PAPER0Pu101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

29. Глава 4. Больше здоровья за те же деньги. В: Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2010. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010: 61–86 (http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf).

30. UN Global Compact. Decent work in global supply chains. A baseline report. New York (NY): United Nations; 2018 (https://www.unglobalcompact.org/docs/publications/Decent-Work-in-Global-Supply-Chains_UN-Global-Compact.pdf).

31. Jackson M. Green public procurement and socially responsible public procurement [website]. 18 July 2017. Paris: URBACT; 2017 (http://urbact.eu/green-public-procurement-socially-responsible-public-procurement).

32. Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic purchasing in practice: comparing ten European countries. Health Policy 2018;122(5):457–472.

33. Seminar report. “Promoting social responsibility through public procurement”. Nantes, 30 November – 1 December 2016. EUROCITIES; 2017 (http://nws.eurocities.eu/MediaShell/media/SRPP2016NantesReport.pdf).

34. Manchester City Council boosts local economy through the power of procurement [website]. 6 March 2018. Manchester: Manchester City Council; 2018 (https://www.manchester.gov.uk/news/article/7920/manchester_city_council_boosts_local_economy_through_the_power_of_procurement).

35. More diversity in public procurement [сайт]. Barcelona: City Council of Barcelona; 2016 (http://ajuntament.barcelona.cat/contractaciopublica/en/noticia/more-diversity-in-public-procurement-2_562339).

36. Social public procurement guide. Barcelona: City Council of Barcelona 2014 (http://ajuntament.barcelona.cat/contractaciopublica/sites/default/files/social_public_procurement_guide_eng.pdf).

37. Treviso hospital [website]. London: PlusValue; 2018 (http://www.plusvalue.org/portfolio/treviso-hospital/).

38. Eurostat. Circular economy – overview [сайт]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2018 (https://ec.europa.eu/eurostat/web/circular-economy).

39. NHS England. NHS, public health and social care carbon footprint 2012. London: NHS England; 2014 (https://www.sduhealth.org.uk/policy-strategy/reporting/hcs-carbon-footprint.aspx).

40. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе: курс на благополучие. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/234911/The-European-health-report-2012.-Charting-the-way-to-well-being-Rus.pdf).

41. Dyakova M, Hamelmann C, Bellis MA, Besnier E, Grey CNB, Ashton K, et al. Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 51) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345797/HEN51.pdf).

42. Morgan K. Fashioning the foundational economy in Wales [presentation]. CHC One Big Housing Conference, Cardiff, 5–6 October 2017. Cardiff: Community Housing Cymru; 2017 (https://chcymru.org.uk/uploads/events_attachments/Fashioning_Foundational_Economies_in_Wales.pdf).

43. Focus on inequality and growth. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (https://www.oecd.org/social/Focus-Inequality-and-Growth-2014.pdf).

44. Living in dignity in the 21st century – poverty and inequality in societies of human rights: the paradox of democracies. Paris: Council of Europe; 2013 (https://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/GuideLivingDignity.pdf).

45. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2018). Employment and social developments in Europe 2018. Brussels: European Commission; 2018 (http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8110&furtherPubs=yes).

46. Fair mobility. Social Agenda 04/2018, No. 51. Brussels: European Commission; 2018 (http://ec.europa.eu/employment_social/social_agenda/books/51/en/files/assets/basic-html/page-12.html).

47. In it together: why less inequality benefits all. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (https://doi.org/10.1787/9789264235120-en).

48. World employment social outlook. Trends 2018. Geneva: International Labour Organization: 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_615594.pdf).

49. European pillar of social rights: access to social protection for workers and self-employed. Brussels: European Commission ; 2018 (https://ec.europa.eu/commission/files/european-pillar-social-rights-access-social-protection-workers-and-self-employed_en).

50. Eurostat [онлайн база данных]. Equality (age and gender). Overview. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2018 (https://ec.europa.eu/eurostat/data/database).

51. Eurostat [онлайн база данных]. Employment by A*10 industry breakdowns. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2018 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-406759_QID_-31588ED0_UID_-3F171EB0&layout=GEO,L,X,0;TIME,C,X,1;NACE_R2,B,Y,0;UNIT,L,Z,0;NA_ITEM,L,Z,1;INDICATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-406759NA_ITEM,EMP_DC;DS-406759UNIT,PC_TOT_PER;DS-406759INDICATORS,OBS_FLAG;&rankName1=UNIT_1_2_-1_2&rankName2=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName3=NA- ITEM_1_2_-1_2&rankName4=GEO_1_2_0_0&rankName5=TIME_1_0_1_0&rankName6=NACE-R2_1_2_0_1&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=true&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23).

52. Statista. Royal Dutch Shell's number of employees from 2009 to 2017 [website]. Hamburg: Statista GmbH; 2018 (https://www.statista.com/statistics/279425/number-of-royal-dutch-shell-employees/).

53. Statista. Number of employees at Total S.A. from 2007 to 2017 [website]. Hamburg: Statista GmbH; 2018 (https://www.statista.com/statistics/279499/number-of-employees-at-total-sa/).

54. ING Group Annual Report 2017. Empowering people. Amsterdam: ING Groep N.V.; 2017 (https://www.ing.com/About-us/Annual-reporting-suite/Annual-Report/2017-Annual-Report-Empowering-people.htm).

55. Eichhorst W, Tobsch V. Risk of precarious work in the public sector. Brussels: European Parliament; 2017 (http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/602025/IPOL_BRI%282017%29602025_EN.pdf).

56. Vaughan-Whitehead D, ed. Europe's disappearing middle class? Evidence from the world of work. Geneva: International Labour Organization; 2016 (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_503735/lang--en/index.htm).

57. Frenk J Health and the economy: a vital relationship. Paris: OECD Observer 2004; 243:Q2 (May) (http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html).

58. Costa-Font J, Hernández-Quevedo C, Sato A. A health 'Kuznets' curve'? Cross-section and longitudinal evidence on concentration indices. Soc Indic Res. 2018; 136(2):439–452 (https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-017-1558-8#citeas)

59. Reeves A, Basu S, McKee M, Meissner C, Stuckler D. Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? Global Health 2013;9:43 (https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-9-43).

60. IMF policy paper. Fiscal policy and long-term growth. Washington (DC): International Monetary Fund; 2015 (https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2015/042015.pdf).

61. Subramanian SV, De Neve JW. Social determinants of health and the International Monetary Fund. Natl Acad Sci USA. 2017; 114(25):6421–6423.

62. Stubbs T, Kentikelenis A, Stuckler D, McKee M, King L. The impact of IMF conditionality on government health expenditure: a cross-national analysis of 16 West African nations. Soc Sci Med. 2017; 174(Feb):220–227 (http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.016).

Приложение 1. Анализ затрат/выпуска: расчет экономических и социальных воздействий

Таблицы «затраты-выпуск» (ТЗВ) – мощные экономические инструменты, позволяющие нам понять движение товаров и услуг в национальной экономике. В своей самой базовой форме они обеспечивают расчет валового внутреннего продукта (ВВП) путем отслеживания операций между отраслями и используются для оценки «волнового эффекта» в экономике, показывая в виде таблицы, какие операции осуществляют между собой отрасли. Например, увеличение спроса на услуги здравоохранения требует больше оборудования, трудовых ресурсов и материалов, что в свою очередь требует больше трудовых ресурсов для поставки таких товаров и услуг, и вновь в свою очередь поставки больше товаров и услуг для поставщиков. Инвестиции в здоровье оказывают более широкое воздействие и несут выгоды, чем просто сам сектор здравоохранения.

Анализ воздействия ТЗВ широко использовался для понимания масштаба влияния изменений в инвестиционной или экономической политике на различные социально-экономические индикаторы.

За счет применения мультипликаторов ТЗС можно количественно определить изменения, вызванные сектором здравоохранения, в остальной экономике. Кроме того, анализ воздействия ТЗВ может показать секторы, вызывающие его, что дает понимание о том, на какие сообщества будет оказано прямое воздействие в результате предписанных изменений.

Масштаб воздействия, которое изменения в одном секторе оказывают на остальную экономику, рассчитывается с помощью мультипликаторов ТЗВ. Наиболее часто используемые мультипликаторы позволяют понять масштаб воздействия следующих элементов:

- выпуск
- доход
- занятость
- добавленная стоимость
- импорт (Рис. А1.1).

Исследования экономических мультипликаторов показывают эффект экономической деятельности одного человека на бизнес других. Когда человек получает работу, он начинает больше тратить, повышая тем самым продажи, что в свою очередь создает потенциал для трудоустройства других людей. Сами мультипликаторы могут детализировать разное влияние, включая:

1. **прямые эффекты**, т.е. экономическую деятельность, осуществляемую в системах здравоохранения, такую как зарплата и капитальные расходы;

2. **косвенные эффекты**, т.е. экономическую деятельность коммерческих организаций, поставляющих товары и услуги в системы здравоохранения, и коммерческие организации, которые в свою очередь осуществляют поставки поставщикам;

3. **производные эффекты**, т.е. экономическая деятельность коммерческих организаций, в которых персонал сектора здравоохранения тратит свою зарплату, и коммерческих организаций, поставляющих эти закупленные товары и услуги.

Рис. А1.1 Мультипликаторы в секторе здравоохранения



Такая прямая, косвенная и производная экономическая деятельность **вносит вклад в местную и национальную экономику, создавая экономические возможности в других секторах** (Рис. А1.2).

Рис. А1.2 Воздействия и выгоды экономической деятельности на системы здравоохранения



Проведен анализ 19 стран ЕС (см. подраздел 2.3.1 Пилотное внедрение методологии затрат-выпуска с использованием национальных данных и подраздел 2.3.2 Результаты):

- Австрия
- Бельгия
- Болгария
- Венгрия
- Германия
- Греция
- Дания
- Испания
- Италия
- Кипр
- Латвия
- Нидерланды
- Румыния
- Словакия
- Словения
- Соединенное Королевство
- Финляндия
- Франция
- Хорватия

Приложение 2. Основные определения

Формирование благосостояния сообщества

Формирование благосостояния сообщества – модель развития, в которой местные экономические субъекты объединяются для организации активов существующих сообществ и сохранения обращения благосостояния внутри этих сообществ (см. Рис. А2.1). Это все чаще признаваемый подход к экономическому развитию на местном уровне.

Рис. А2.1 Формирование благосостояния сообщества



Инклюзивный рост

У инклюзивного роста нет единого определения, но, как правило, он подразумевает:

- экономический рост, справедливо распределенный по всем слоям общества;
- экономический рост, создающий возможности для всех;
- понимание, кто участвует в экономике в качестве работников, потребителей и владельцев бизнеса;
- понимание сохранения и устойчивости роста;

- понимание: обладает ли каждый равным доступом к экономическим возможностям, а также понимание уровня защищенности и предсказуемости, связанных с такими возможностями *(1,2)*.

Неравный рост оказывает неблагоприятное влияние на возможности оставаться здоровым и полноценно участвовать в социальной и экономической жизни. Вместо получения выгод горсткой людей устойчивый и инклюзивный рост направлен на то, чтобы выгоды были справедливо распределены по всем слоям общества, тогда как эффект экономики «просачивающегося» богатства заключается в сохранении власти и денег в руках нескольких (Рис. А2.2, Таблица А2.1). Инвестиции в благополучие и системы здравоохранения могут содействовать социально-экономической справедливости и экономическому росту.

Рис. А2.2 Реальность экономики «просачивающегося» богатства



Таблица А2.1 Формирование благосостояния инклюзивного сообщества в сравнении с традиционным экономическим развитием

Фактор	Формирование благосостояния инклюзивного сообщества	Традиционное экономическое развитие («просачивание»)
Место	Развивает местные активы на пользу местного сообщества	Привлекает коммерческие организации с помощью стимулов (налоговые льготы) и повышает налоговое бремя на местных жителей
Собственность	Продвигает местную собственность как основу для процветающей местной экономики	Поддерживает несуществующую и элитную собственность, часто нанося вред местным компаниям
Мультипликаторы	Стимулирует местные закупки для того, чтобы денежные средства обращались локально	Не проявляется заинтересованность в том, чтобы трата денежных средств осуществлялась локально

Фактор	Формирование благосостояния инклюзивного сообщества	Традиционное экономическое развитие («просачивание»)
Сотрудничество	Включает новые партнерства, например, с организациями гражданского общества/ некоммерческими организациями, бизнесом, малыми и средними предприятиями	Осуществляется преимущественно частным сектором и правительством, исключая местные сообщества
Участие	Направлено на создание инклюзивных рабочих мест, оплачивающих заработную плату не ниже прожиточного минимума	Ключевая мера – количество созданных рабочих мест, уделяя мало внимания зарплате или кого нанимают
Трудовые ресурсы	Соединяет обучение и занятость и направляет усилия на рабочие места для тех, кто сталкивается с барьерами к занятости (например, молодежь и работники более старшего возраста)	Не соединяет программы обучения с фактическими рабочими местами
Системы	Развивают учреждения и поддерживающие системы для создания новых, более справедливых стандартов экономической деятельности	Принимает обычную экономику неравенства благосостояния и экономику «просачивающегося» богатства

Источник: (3)

Микро-, малые и средние предприятия (ММСП)

ММСП представляют 99% всех коммерческих организаций в ЕС. ЕС определяет ММСП по критериям численности персонала и оборота или общего баланса (Таблица А2.2).

Таблица А2.2 Определения ММСП

Категория компании	Численность персонала	Оборот (млн.)	или	Общий баланс (в млн.)
Средние	< 250	≤ €50		≤ €43
Малые	< 50	≤ €10		≤ €10
Микро	< 10	≤ €2		≤ €2

Источник: (4)

Социальное предприятие

Социальное предприятие – оператор в социальной экономике, чья основная задача – оказать социальное воздействие, а не получить прибыль для своих владельцев или акционеров. Оно осуществляет деятельность предоставлением товаров и услуг на рынок в духе предпринимательства и инноваций и использует свою прибыль преимущественно для достижения социальных целей *(5)*.

Устойчивое экономическое развитие

Устойчивое экономическое развитие увеличивает средства для инвестиций в системы и услуги здравоохранения, в результате улучшая социально-экономическое положение для всех граждан, что является ключевым предусловием поддержания более здорового образа жизни и выбора.

«Устойчивое развитие – развитие, удовлетворяющее потребности нынешнего поколения без ущерба для возможности будущих поколений удовлетворять свои собственные потребности.»

Комиссия Брундтланда, 1987 (6)

Бизнес в собственности женщин

Организация Объединенных Наций определяет бизнес в собственности женщин как «юридическое лицо в любой сфере, которое более чем на 51% находится в собственности, под управлением и контролем одной или более женщин». Теперь женщины владеют практически третью всех коммерческих предприятий по всему миру. Ежегодно под их управлением 20 триллионов долл. США потребительских расходов, и все же они получают менее 2% годовых расходов на корпоративные закупки *(7)*.

Существует множество барьеров, не дающих женщинам и девушкам войти и/или полноценно участвовать в формальной экономике. Самые значительные барьеры:

- **Финансовый капитал**; как правило, женщины начинают свой бизнес с меньшим капиталом и имеют меньше доступа к финансированию по сравнению с мужчинами, что ограничивает их способность начинать и наращивать свой бизнес;
- **Социальный капитал**; женщины-владельцы бизнеса сталкиваются с большим числом трудностей, чем мужчины-владельцы бизнеса при создании сильных бизнес-сетей и связей с людьми и организациями, которые могут производить коммерческую деятельность;

- **Человеческий капитал**; у женщин-владельцев бизнеса отсутствует управленческий опыт, что усугубляется меньшим количеством времени, которое женщины могут уделить своему бизнесу, в основном из-за давления/ обязанностей по дому *(8)*.

Необходимо учитывать гендерные аспекты в закупках, поскольку «только 12% коммерческих организаций учитывают критерии гендерного равенства в своих инструментах управления каналами поставок, и примерно 5% устанавливают целевые показатели по закупкам и/или долю расходов в отношении компаний, которыми владеют женщины». *(9)*.

Библиография приложений

1. Sheffield City Partnership Board. State of Sheffield 2018. Sheffield: Sheffield City Council; 2018 (https://static1.squarespace.com/static/58d4f5f5f5e231122637f-9be/t/5adf331f70a6ad98d5b4eb93/1524577149524/SoS+2018+Final+low+res.pdf).
2. Inclusive growth [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (http://www.oecd.org/inclusive-growth/#introduction).
3. Kelly M, McKinley S. Cities building community wealth. Takoma Park (MD): Democracy Collaborative; 2015 (https://democracycollaborative.org/sites/clone.community-wealth.org/files/downloads/CitiesBuildingCommunityWealth-Web.pdf).
4. User guide to the SME definition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015 (http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/conferences/state-aid/sme/smedefinitionguide_en.pdf).
5. Social enterprises [website]. Brussels: European Commission DG Internal Market, Industry, Entrepreneurship and SMEs; 2018 (http://ec.europa.eu/growth/sectors/social-economy/enterprises_en).
6. Report of the World Commission on Environment and Development: our common future. New York (NY): United Nations; 1987 (http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf).
7. Gender-responsive procurement [website]. New York (NY): UN Women; 2018 (http://www.unwomen.org/en/about-us/procurement/gender-responsive-procurement).
8. Chin K. The power of procurement: how to source from women-owned businesses. Corporate guide to gender-responsive procurement. New York (NY): UN Women; 2017 (http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/the-power-of-procurement-how-to-source-from-women-owned-businesses-en.pdf?la=en&vs=237).
9. UN Global Compact. Decent work in global supply chains. A baseline report. New York (NY): United Nations; 2018 (https://www.unglobalcompact.org/docs/publications/Decent-Work-in-Global-Supply-Chains_UN-Global-Compact.pdf).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

ISBN 978-92-890-5595-6

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int

Оригинал: английский