

---

---

## **СОЦИАЛЬНЫЕ РЕФОРМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА В ЕС НА ПРИМЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**А.А. Оганесян**

Российский университет дружбы народов  
*ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, Россия, 117198*

В статье проводится обзор систем здравоохранения в странах ЕС и основные направления реформ. Исследуется влияние кризиса на финансирование здравоохранения, анализируются основные статьи расходов в сфере здравоохранения, тенденции, распределение расходов в частном и государственном секторах. Дается оценка систем финансирования здравоохранения в странах ЕС, анализируются проводимые в европейских странах реформы в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

**Ключевые слова:** система здравоохранения, финансирование, государственные расходы, экономическая устойчивость, бюджетная устойчивость, реформы системы здравоохранения.

**Обзор систем здравоохранения в странах ЕС и основные направления реформ.** В европейских странах в последние два десятилетия предпринимаются попытки активизации рыночных механизмов в здравоохранении. Как известно, в Европе действует преимущественно государственное финансирование здравоохранения, велика доля государственной собственности, сильно выражено государственное регулирование, а самое главное — высока роль принципа общественной солидарности (принципа, когда «за больного платит здоровый, за неработающего работающий»).

Системы здравоохранения могут играть важную роль в улучшении здоровья населения в целом, осуществляя свои четыре функции:

1) предоставление услуг: обеспечение индивидуальными медицинскими услугами и осуществление мероприятий по предупреждению болезней и пропаганде здорового образа жизни;

2) финансирование: сбор, объединение и распределение финансовых средств между поставщиками услуг, с обеспечением справедливости, прозрачности, защиты населения от затрат, связанных с наличными выплатами за использование медицинских услуг, и предоставлением стимулов для эффективного и высококачественного обслуживания;

3) формирование кадровых и других ресурсов: инвестирование в соответствующее сочетание необходимых людских и материальных ресурсов, в том числе в оснащение учреждений, технологии и фармацевтические препараты, для обеспечения оптимальных результатов;

4) стратегическое управление: политика (в том числе воздействующая на детерминанты здоровья), регулирующие механизмы, меры по осуществлению и инструменты реализации, в том числе системы прозрачного мониторинга и оценки для обеспечения руководства и подотчетности.

Руководящая роль правительства, министерства здравоохранения, других ключевых медицинских учреждений и ответственных лиц является важной частью этого процесса. Она обеспечивает возможность внедрять цели в отношении здоровья в другие стратегии и осуществлять межведомственные действия, направленные на улучшение здоровья.

К важнейшим отличительным особенностям отношений в области здравоохранения в европейских странах можно отнести следующие факторы:

— потребители медицинских услуг непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения реализуются финансирующей стороной — страховщиком в системе ОМС или органом государственного управления в бюджетных системах здравоохранения. Ставится задача превращения плательщика в информированного покупателя медицинской помощи, способного отбирать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи.

— система финансирования здравоохранения «закрыта сверху» — в бюджетных системах действует жесткий бюджет, в развитых системах ОМС есть ограничения на приток средств за счет повышения страховых взносов. Государство осуществляет финансовый контроль за ресурсами здравоохранения. Как следствие, отсутствует конкуренция здравоохранения с другими отраслями за средства потребителей.

— элементы рыночных отношений сочетаются с сохранением государственного регулирования здравоохранения. Наиболее важные его элементы — планирование сети медицинских организаций, разрешительная практика появления новых поставщиков, управление спросом на медицинские услуги и лекарственные средства.

В целом, можно выделить два основных направления реформ:

1) страны ЕС стремятся обеспечить равный доступ к медицинской помощи, расширяя охват населения медицинским обслуживанием, более жестко регулируя частное медицинское страхование, совершенствуя систему частичной оплаты медицинских услуг и процесс распределения средств;

2) в последнее время упор делается на обеспечение качества и экономической эффективности медицинской помощи, например, путем более широкого применения системы оценки медицинских технологий, внедрения стратегической закупки медицинских услуг и изменений в оплате труда медицинских работников, которые связывают ее величину с результатами деятельности.

Хотя сдерживание роста расходов остается важным вопросом, во многих странах ЕС руководители здравоохранения больше не хотят пренебрегать равенством, качеством или эффективностью медицинского обслуживания.

Некоторые из недавних реформ отчасти являются попыткой смягчить отрицательные последствия того, что сдерживание расходов ставилось выше других целей политики финансирования здравоохранения.

В период с 2008 по 2012 гг. практически все страны Евросоюза объявили о сокращении расходов на здравоохранение для того, чтобы привести в соответствие государственные расходы и налоговые поступления. Однако сокращение расходов на здравоохранение на данном этапе неизбежно приведет к их повыше-

нию в будущих периодах из-за технологических нововведений, изменения предпочтений потребителей, относительного повышения производительности и естественного старения населения.

Принцип распределения расходов в секторе здравоохранения тесно связан с понятием устойчивости или жизнеспособности, которое представляет собой разрыв между обязательствами системы здравоохранения в отношении права на получение определенных услуг и способности здравоохранения выполнять эти обязательства на постоянной основе. При этом важно различать экономическую и бюджетную (фискальную) устойчивость.

*Экономическая устойчивость* связана с ростом расходов на здравоохранение в процентах от ВВП. Пока выгоды от услуг здравоохранения превышают альтернативные издержки (выгоды), которые государство могло бы получить, вкладывая те же средства в другие важные сферы — образование, оборону, жилищное строительство и т.д., повышение расходов в секторе здравоохранения могут квалифицироваться как экономически устойчивое.

*Бюджетная (фискальная) устойчивость* связана с государственными расходами на медицинское обслуживание. При этом также существуют альтернативные издержки — средства, потраченные в сфере здравоохранения, не могут быть потрачены для поддержания других сфер. Фискальная устойчивость является проблемой, когда государственные власти не в силах профинансировать существующий уровень ресурсов по причине неспособности или нежелания создавать достаточное количество средств для их содержания, а также потому что они не могут (или не хотят) вытеснить ими другие статьи государственных расходов.

Проблема, с которой столкнулись большинство стран ЕС, заключается в отсутствии фискальной устойчивости — ситуации, когда доходов государства недостаточно для покрытия расходов.

На сегодняшний момент существует три способа решения проблемы фискальной устойчивости:

- 1) увеличение финансирования до величины, при которой система здравоохранения в состоянии выполнять свои обязательства;
- 2) сокращение этих обязательств до величины, при которой они могут быть выполнены в рамках существующего (или прогнозируемого) финансирования;
- 3) более рациональное использование системой здравоохранения выделенных средств.

Реформы, цель которых состоит в обеспечении экономической и бюджетной устойчивости финансирования здравоохранения в рамках социального обеспечения, должны быть направлены на достижение равного доступа к медицинской помощи и оптимального соотношения цены и качества, а также на эффективное и справедливое распределение ресурсов.

В странах ЕС основные реформы в сфере здравоохранения направлены на создание жестких механизмов контроля за исполнением бюджета и реформы по повышению эффективности систем здравоохранения. При этом основная цель состоит в сохранении доступа к высококачественным услугам здравоохранения при ограничении государственных расходов.

**Влияние кризиса на финансирование здравоохранения. Анализ основных показателей в странах ЕС.** В среднем расходы на здравоохранение в 2010 г. составили 10% от ВВП в развитых странах (1). Страны, превышающие средний уровень — Нидерланды (12% ВВП, Франция — 11,8% ВВП и Германия — 11,6% от ВВП) (1). При этом важно отметить, что основная доля в финансировании здравоохранения в странах ЕС принадлежит государственному сектору (в среднем 72% от всех расходов). Исходя из статистических данных Организации экономического сотрудничества и развития, а также Всемирной организации здравоохранения, можно сделать вывод, что чем богаче страна, тем выше ее расходы в сфере здравоохранения (Нидерланды — 12% от ВВП, Франция — 11,8% от ВВП, Германия — 11% от ВВП) (2). При этом можно отметить, что в странах ЕС расходы на здравоохранение увеличиваются быстрее, чем ВВП на протяжении последних 15 лет. Именно поэтому такие страны, как Испания, Франция и Швейцария применяют ряд мер для сокращения расходов в сфере здравоохранения для того, чтобы более-менее соответствовать темпу увеличения ВВП.

Вследствие кризиса страны ЕС начали применять комплекс мер по сокращению расходов на здравоохранение, которые можно классифицировать следующим образом:

— меры, регулирующие предложение услуг в секторе здравоохранения (стоимость фармацевтической продукции и заработная плата работников в сфере здравоохранения);

— меры, ограничивающие спрос в сфере здравоохранения (введение талонов долевого оплаты и системы софинансирования);

— меры в области структурных реформ, направленных на предоставление услуг по более низким ценам.

Кроме перечисленных мер, страны ЕС пытаются найти новые источники доходов для финансирования системы здравоохранения.

Системы ценообразования и возмещения в европейских странах отличаются от своих аналогов в других странах по всему миру. Так происходит из-за общей организации и финансирования системы здравоохранения, с которой тесно связана фармацевтическая отрасль. В качестве части обязательств обеспечить право на здоровье все страны несут обязательства по предоставлению доступа к основным лекарственным средствам, т.е. лекарствам, в которых в первую очередь нуждается население. Во многих странах за границами Европы данное положение обеспечивается путем предоставления в учреждениях государственного сектора здравоохранения набора избранных лекарственных средств (так называемых основных лекарственных средств), которые закупаются государством. Пациенты, которые удовлетворяют условиям, могут получить лекарства в государственных учреждениях либо бесплатно, либо доплатив небольшую сумму. В частном секторе, покупая лекарства, они должны платить из своего кармана. В европейских странах различие между частным и государственным сектором не всегда является четким (лекарства часто поставляются с помощью частных каналов, но большей частью за государственные деньги). Далее, оплата медицинских услуг, т.е. возмещение расходов на здоровье с помощью социальной медицинской страхов-

ки или национальной системы здравоохранения в целом является более всеобъемлющей в сравнении с остальным миром.

Покрытие расходов на фармацевтические продукты обычно включает в себя большинство препаратов, отпускаемых в больницах, и лекарств, прописываемых врачами, однако охват покрытия бывает разным. Около 75% расходов на здравоохранение и две трети расходов на фармацевтические продукты в среднем покрываются за счет государственных плательщиков, в то время как регистрация препаратов на рынке была в ЕС гармонизирована, ценообразование и выплаты остаются в компетенции стран — членов ЕС. Ключевым документом, требованиям которого должны удовлетворять все страны ЕС, является Директива о прозрачности, которая имеет целью гарантировать принятие решений по ценообразованию и возмещению в соответствии с требованиями прозрачности и в конкретных временных рамках. Однако отдельные страны уполномочены сами решать, каким образом организовать свои собственные системы ценообразования и возмещения. В Европе существует ряд положений, обычно применяемых в нескольких европейских странах (например, система ссылок на цены в других странах), но при этом конкретный набор мер, применяемых в странах, бывает разным. Существует 27 разных систем ценообразования и возмещения в ЕС.

Даже притом что страны в Европе, в особенности в ЕС, относятся в основном к странам с высоким уровнем дохода, сдерживание расходов на стоимость фармацевтических продуктов и справедливый доступ к лекарственным средствам являются давними проблемами по причине ограничений на расходы в государственном секторе.

В среднем государственные фармацевтические расходы на амбулаторных больных выросли в странах ЕС на 76% в период от 2000 до 2011 г. (средний показатель — 53%; нижняя планка — 21%; верхняя планка — 243%), при этом среди стран EU-15 (т.е. стран — членов ЕС до 2004 г., в целом, стран с высоким уровнем дохода в Западной, Северной, и Южной Европе) наблюдался рост в 79%, а среди стран EU-12 (т.е. «новых» стран — членов ЕС, которые вступили в ЕС в или после мая 2004 г.; в основном страны Центральной и Восточной Европы) — 71%.

В рамках сокращения государственных расходов в период кризиса многие страны ЕС (Греция, Ирландия, Италия, Испания, Португалия, Германия) ввели ограничения на рост или снизили стоимость лекарственных препаратов, прописываемых в рамках амбулаторного лечения. Для экономии средств в этом секторе также были введены ограничения на рост и уменьшение заработной платы работников, сокращение мест и запрет на наем работников в области здравоохранения в государственных учреждениях.

Несмотря на то, что все эти меры являются временными и будут отменены к 2014 г., планы сокращения рабочей силы и оплаты труда в госсекторе, уменьшающие расходы на здравоохранение в краткосрочной перспективе, могут привести к неопределенным последствиям в долгосрочной перспективе.

Основной формой переноса государственных расходов в сфере здравоохранения на частный сектор в ряде европейских стран является введение талонов до-

левой оплаты, увеличение доли финансирования расходов на медицинские услуги, исключение определенных видов медицинских услуг из обязательного перечня (например, стоматологических услуг), а также пересмотр условия оплаты больничных листов.

Среди остальных мер, принятых для сокращения государственных расходов, можно также выделить меры повышения эффективности. К таким мерам относятся слияние больниц и других медицинских учреждений для снижения эксплуатационных расходов (Исландия, Греция, Португалия), меры по реорганизации и рациональное использование больничной сети в соответствии с их специализацией, а также совместное управление больницами. В некоторых странах принимаются меры по изменению юридической формы больничных учреждений (превращение в ОАО). Введение финансовой и управленческой отчетности в соответствии со стандартами для АО позволит сделать управление учреждениями более прозрачным и повысить экономическую результативность. Структурные изменения коснулись также Англии (реструктуризация и реформирование учреждений здравоохранения) и Словении. А в Португалии было решено ввести централизованную систему закупок медицинской продукции для снижения стоимости посредством соглашений «объем — цена» и снижения расточительства. То же самое было сделано в Испании.

Однако в период с 2008 по 2012 гг. в связи с последствиями мирового финансового кризиса и увеличением бюджетного дефицита рассмотренные меры оказываются недостаточными для того, чтобы доходы в сфере здравоохранения покрывали все государственные расходы.

В связи с этим ряд европейских стран ищут пути привлечения дополнительных источников финансирования системы здравоохранения.

Как известно, основным источником доходов системы здравоохранения являются взносы по обязательному медицинскому страхованию. Налоговые поступления выделяются в соответствии с их доступностью. Во многих странах ЕС кризис увеличил уже существующий разрыв между доходами и расходами в этой области, а сложившаяся экономическая конъюнктура не позволяет восполнить этот разрыв.

Для того, чтобы увеличить доходную статью бюджета, многие страны ЕС вводят дополнительные налоги или повышают ставки уже существующих налогов, таких как налог на табак, алкоголь, азартные игры и т.д. Эти налоги имеют как прямой, так и косвенный эффект: прямой доход для финансирования расходов и сокращение расходов на здравоохранение в будущих периодах. Эта мера принимается странами как мера финансирования и мера предупреждения (профилактики) заболеваний. Эти налоги способствуют уменьшению потребления вредных для здоровья продуктов и ведению более здорового образа жизни. Так, во Франции была увеличена база доходов в системе медицинского страхования для того чтобы сделать ее менее чувствительной по отношению к изменениям в заработной плате и занятости населения в целом. Таким образом, был введен единый социальный взнос (CSG) (1991 г.) на основе всех доходов, который заменил большинство социальных отчислений работодателей. Ставка CSG варьируется в за-

висимости от характера дохода: наибольшая ставка на дивиденды и выигрыши по азартным играм, а наиболее низкие ставки на пенсии и отчисления по безработице. Компании, работающие в фармацевтической отрасли, также обязаны платить налог в размере 1% от товарооборота, налог на рекламу и дополнительный налог, если товарооборот компании превышает установленный законодательством потолок. Налог платят компании, загрязняющие окружающую среду. Таким образом, перечисленные налоги представляют около 40% доходов для финансирования системы здравоохранения.

**Прогнозы в финансировании систем здравоохранения в будущем. Основные выводы.** Выбранная политика стран ЕС по сокращению государственных расходов в области здравоохранения и привлечения дополнительных доходов в этот сектор имеют как краткосрочный, так и долгосрочный эффект.

В краткосрочном периоде страны ЕС пытаются восстановить бюджетную устойчивость системы, уменьшая расходы на сектор здравоохранения либо повышая эффективность расходов, сокращая количество услуг, передавая расходы государственного сектора частному и устанавливая новые виды налогов. Одновременно с этим страны ЕС принимают меры по защите уязвимых групп населения — детей, пенсионеров, людей с ограниченными возможностями.

Тем не менее снижение цен может привести к негативным эффектам, таким как преждевременный выход на пенсию работников системы здравоохранения, снижение инновационного развития фармацевтического сектора и ухудшение темпов развития рынка фармацевтической продукции.

Снижение цен не может привести к желаемым результатам эффективности и экономии ресурсов в системе здравоохранения. Система софинансирования расходов также может иметь неблагоприятные последствия: пациенты будут реже обращаться к врачам, не будут следовать предписаниям, что может привести к более серьезным последствиям и более дорогостоящему лечению.

Реформы систем здравоохранения стран ЕС в долгосрочной перспективе включают в себя ограничение спроса на медицинские услуги, инвестирование средств в проекты по профилактике заболеваний и ведению здорового образа жизни, инвестирование в инновации в фармацевтической промышленности и т.д.

Реализация проектов по профилактике здравоохранения и ведению здорового образа жизни позволит естественным образом сократить потребление медицинских услуг и в дальнейшем снизить расходы государственного сектора в этой области. Таким образом, государство сможет инвестировать данные средства на внедрение новых технологий и повысить качество предоставляемых услуг.

В то же время бюджетная устойчивость системы здравоохранения представляет собой важную проблему как в долгосрочной, так и в краткосрочной перспективе.

Если можно профинансировать 70—80% расходов в сфере здравоохранения ресурсами государственного сектора, которые представляют 10% ВВП, то вряд ли возможно сделать то же самое, если расходы в сфере здравоохранения будут представлять 20% ВВП: налоговые ограничения, налагаемые на бюджет, будут

слишком значительными. Необходимо либо уменьшить государственные расходы на здравоохранение по сравнению с общими расходами на здравоохранение, либо установить ограничения по расходам на здравоохранение в целом.

Таким образом, изучив изменения в финансировании систем здравоохранения стран ЕС в период с 2000 по 2012 г., можно определить, что для проведения эффективных реформ необходимо тщательно изучить специфику каждой конкретной страны. Учитывая солидарную систему финансирования здравоохранения в странах ЕС, цели реформ и их обоснование необходимо довести до населения.

Необходимо внедрить механизм наиболее эффективного распределения ресурсов (доходной части) и оптимизировать организационную структуру (снизить число фондов или создать единый общенациональный фонд). Конечной целью должно стать стратегическое распределение средств, чтобы ресурсы здравоохранения покрывали потребности в медицинском обслуживании. Внедрение механизмов закупки медицинских услуг и системы оплаты труда медицинских работников должны способствовать повышению экономической эффективности, качества и производительности труда.

Принципиально важным является создание оптимального соотношения цены и качества медицинских услуг и более полного охвата населения.

#### ПРИМЕЧАНИЯ

- (1) База данных статистики ОЭСР.
- (2) На 2010 г.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] Томпсон, Фубистер, Моссиалос. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Всемирная организация здравоохранения 2010 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. — URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/126025/e92469R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf)
- [2] Chevreur K., Bahrami S., Mladovsky P. Health Systems in Transition, Health System Review, 2012, France.
- [3] DREES (2008) “Le financement de la protection social: une analyse par risqué social”, Etudes et resultats, #648. Paris.
- [4] Lusardi A., Schneider D., Tufano P. The Economic Crisis and Medical Care Usage, Harvard Business School Working Paper, 10—079, 2010.
- [5] Pearson M. La viabilite financiere et le cout des sestemes de sante. Conference internattionale des actuaires et staticiens de la securite sociale, 30 mai — 1<sup>er</sup> juin 2012.
- [6] [www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org) — Статистическая база данных ОЭСР.
- [7] [www.un.org](http://www.un.org) — Официальный сайт ООН.

#### LITERATURA

- [1] Tompson, Fubister, Mossialos. Finansirovanie zdravookhraneniya v Evropeiskom souze. Problem i strategicheskie resheniya. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya 2010 g., ot imeni Evropeiskoi obsektorii po sistemam i politike zdravookhraneniya. — URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/126025/e92469R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf)

- [2] *Chevreur K., Bahrami S., Mladovsky P.* Health Systems in Transition, Health System Review, 2012, France.
- [3] DREES (2008) “Le financement de la protection social: une analyse par risqué social”, Etudes et resultats, #648. Paris.
- [4] *Lusardi A., Schneider D., Tufano P.* The Economic Crisis and Medical Care Usage, Harvard Business School Working Paper, 10-079, 2010.
- [5] *Pearson M.* La viabilite financiere et le cout des sestemes de sante. Conference internattionale des actuaires et staticiens de la securite sociale, 30 mai — 1<sup>er</sup> juin 2012.
- [6] [www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org) — Statisticheskaya baza dannikh OESR.
- [7] [www.un.org](http://www.un.org) — Ofitsialniy sait OON.

## **SOCIAL REFORMS OF THE PUBLIC SECTOR IN EU ON THE HEALTH CARE**

**A.A. Oganessian**

Peoples' Friendship University of Russia  
*Miklukho-Maklaya str., 6, Moscow, Russia, 117198*

This article provides an overview of health care systems in the EU countries and the main directions of reform. We study the influence of the crisis on health financing, as well as analyse the main items of expenditure in the health sector, trends and allocation of costs in private and public sectors.

In conclusion, we assess the system of financing health care in the EU and analyze conducted reforms in European countries in the short and long term.

**Key words:** health, finance, government spending, economic stability, fiscal sustainability of health care reform.