Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.**КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕКУЩИХ ПРОБЛЕМ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АВСТРИИ, БЕЛЬГИИ, ГЕРМАНИИ И ЭСТОНИИ**

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В статье сделан краткий обзор текущих проблем систем здравоохранения ряда европейских стран и мер, направленных на их решение. Отмечая высокий уровень систем здравоохранения данных стран, следует признать также их дорогую стоимость вследствие преобладания стационарной медицинской помощи. Почти все системы здравоохранения испытывают кадровый дефицит разной степени выраженности, сложности с обеспечением равного доступа к медицинской помощи. Понимание существующих проблем приводит правительства ряда стран, как, например, Австрии к формулированию целей, которых они хотят достичь в здравоохранении и их мониторингу. Среди предпринимаемых мер стоит отметить инновации в финансировании здравоохранения, наделение стационарных медицинских организаций дополнительными полномочиями и др.

Ключевые слова: системы здравоохранения; реформы здравоохранения; здравоохранение за рубежом

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика текущих проблем систем здравоохранения Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):912—916. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-912-916>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Mazharov V. N.**BRIEF DESCRIPTION OF THE CURRENT PROBLEMS OF THE HEALTH SYSTEMS OF AUSTRIA, BELGIUM, GERMANY AND ESTONIA**

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article provides a brief overview of the current problems of health systems in a number of European countries and measures aimed at solving them. Noting the high level of health systems in these countries, it is also necessary to recognize their expensive cost due to the predominance of inpatient medical care. Almost all health care systems are experiencing staff shortages of varying degrees of severity, difficulties with ensuring equal access to medical care. Understanding the existing problems leads the governments of a number of countries, such as Austria, to formulate the goals they want to achieve in healthcare and monitor them. Among the measures taken, it is worth noting innovations in healthcare financing, the granting of additional powers to inpatient medical organizations, and others.

Keywords: healthcare systems; healthcare reforms; healthcare abroad

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of the current problems of the health systems of Austria, Belgium, Germany and Estonia. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):912–916 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-912-916>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

Source of funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023
Accepted 28.04.2023**Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Австрии**

Австрийская система здравоохранения обеспечивает высокое качество медицинской помощи. Низкие приемлемые показатели смертности указывают на то, что по этому показателю здравоохранение является более эффективным, чем в большинстве стран ЕС. Тем не менее число людей, умирающих от сердечно-сосудистых заболеваний и рака, велико по сравнению со средним показателем по ЕС-28. Указывается, что в Австрии имеются возможности для повышения эффективности лечения рака обеспечения равенства результатов между социально-экономическими группами и землями. Австрийская система здравоохранения является дорогостоящей и характеризуется высоким использованием стационарной помощи, большим количеством больничных коек и высокими показателями госпитализации. Значительная и все возрастающая доля

государственных расходов направляется на здравоохранение (15,6%), которая, как ожидается, еще больше увеличится в ближайшие десятилетия в результате старения населения. В ходе проводимых реформ эффективность стационарной помощи повысилась за счет постепенного сокращения средней продолжительности пребывания в больницах. Хотя австрийцы в целом очень довольны медицинским обслуживанием, остаются проблемы с точки зрения координации между амбулаторными и стационарными учреждениями, а также медицинскими учреждениями и учреждениями долгосрочного ухода.

Сообщается, что 9% респондентов в Австрии произвели своему врачу дополнительную оплату, ценный подарок или пожертвование в больницу для более быстрого лечения. Это явно выше среднего показателя по ЕС-27 в 5% и выше, чем в Болгарии, Латвии и Польше¹.

В то же время австрийская система здравоохранения характеризуется сложной структурой с разде-

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

лением управления между федеральным и региональными уровнями, что в конечном итоге приводит к фрагментации и неэффективности. В частности, ответственность за финансирование и предоставление услуг распределена между федеральными и правительствами земель в отношении стационарного лечения и фондом ОМС в отношении амбулаторного лечения. Разделение финансовых обязанностей между стационарным и амбулаторным секторами приводит к их неэффективности, особенно в больничном секторе. Страна тратит одну из самых больших долей бюджета здравоохранения на стационарное лечение (38,7% в 2015 г.) среди стран ЕС. Несмотря на недавние усилия по укреплению первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и сокращению числа больничных коек, показатели количества коек на население и выписки из больниц в Австрии остаются одними из самых высоких в ЕС. Они указывают на возможности для повышения эффективности, например, за счет переноса деятельности и ресурсов из крупного и дорогостоящего больничного сектора в амбулаторный [1].

Основной целью реформ здравоохранения в Австрии было улучшение совместного планирования, управления и финансирования различных секторов здравоохранения. Текущие реформы здравоохранения также направлены на рост расходов на общественное здравоохранение, что создает риск для финансовой устойчивости австрийской системы здравоохранения. Средний рост расходов в секторе здравоохранения неизменно превышает рост ВВП. Чтобы ограничить государственные расходы на здравоохранение, был введен глобальный бюджетный лимит для федеральных, отраслевых и региональных бюджетов здравоохранения, соответствующий росту ВВП. Одним из наиболее важных элементов реформ было создание отделений ПМСП. Его цель — улучшить условия для врачей, работающих в сфере ПМСП, чтобы привлечь достаточное количество врачей, готовых работать независимо по контракту с фондом медицинского страхования. Сильный сектор ПМСП также может способствовать сокращению числа госпитализаций, которых можно избежать. Создание подразделений ПМСП, состоящих из многопрофильных и междисциплинарных команд, является одним из важных шагов в укреплении ПМСП и снижении чрезмерной зависимости от больниц.

Многообещающей областью является дальнейшее развитие и внедрение информационных технологий и электронного здравоохранения, которые за последние несколько лет приобрели важное значение в Австрии. Предпринимаются шаги по повышению грамотности в вопросах здоровья и цифровой грамотности в вопросах здоровья во всех группах населения [2].

На основе подхода «Здоровье во всех стратегиях» в Австрии были разработаны 10 целей в области здравоохранения, достижение которых должно привести к увеличению ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Австрии на 2 года. Были выделены 4 стратегические цели, связанные с результатами в области здравоохранения:

- увеличение продолжительности здоровой жизни и качества жизни;
- измерение и улучшение качества медицинской помощи;
- повышение безопасности пациентов и грамотности в вопросах здоровья;
- обеспечение высокого уровня удовлетворенности населения медицинской помощью.

Работа по достижению вышеперечисленных целей постоянно мониторируется по 38 показателям² [2, 3].

Австрийская система здравоохранения имеет хорошее финансовое обеспечение и достаточный доступ к медицинским услугам, о чем свидетельствует низкий уровень неудовлетворенных потребностей и высокий уровень удовлетворенности населения, несмотря на относительно высокие выплаты из собственных средств. Система здравоохранения обеспечивает практически всеобщее страховое покрытие (99,9% населения) и всестороннюю финансовую защиту уязвимых групп населения за счет многочисленных исключений из требований совместного несения расходов. Доступ к поставщикам услуг практически неограничен, без какого-либо формального контроля. Однако значительная доля расходов из собственных средств приходится на оплату медицинской помощи вне системы обязательного медицинского страхования, которая играет все более важную роль в оказании амбулаторной помощи.

Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Бельгии

С точки зрения эффективности, система здравоохранения Бельгии была оценена как обеспечивающая в целом хороший доступ к высококачественным медицинским услугам. К проблемам бельгийского здравоохранения можно отнести чрезмерное использование антибиотиков и психотропных препаратов, снижение доступности психиатрической и стоматологической помощи из-за их высокой стоимости, социально-экономическое неравенство в состоянии здоровья, снижение доступности врачей общей практики в будущем (из-за их растущего среднего возраста), большое количество пациентов на 1 медсестру. Доля лиц, сообщающих о неудовлетворенных потребностях в медицинской помощи из-за затрат, времени ожидания или расстояния поездки, составляет 2,2—3,7% (ЕС-15 — 2,0—3,6%).

¹ European Commission. Corruption. Special Eurobarometer 470 Report. Brussels; 2017. URL: <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/81007>

² Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept: Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Vienna; 2022. URL: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mess-und-Vergleichskonzept-Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mess-und-Vergleichskonzept-Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html)

Мероприятия в рамках осуществления реформ в здравоохранении в Бельгии включают совместное финансирование федеральным правительством и субъектами федерации некоторых профилактических медицинских услуг, которые предоставляются пациентам бесплатно (например, плановая вакцинация детей и плановый скрининг рака молочной железы).

К другим мерам можно отнести: финансовую поддержку людей с высокими медицинскими расходами в форме системы фиксированных платежей; установление особого статуса для людей с хроническими заболеваниями, чтобы облегчить им доступ к медицинской помощи; создание специального фонда солидарности для предоставления дополнительной компенсации в случае редкого заболевания, требующего постоянного и комплексного ухода, инновационного медицинского устройства или вмешательства/услуги (за исключением фармацевтических препаратов), некоторых видов лечения за границей [4].

Кроме того, в Бельгии в 2018 г. была введена маркировка Nutri-Score на упаковках продуктов питания. Ее оценка выражается 5 буквами от А (лучший результат) до Е (худший результат) и 5 цветами, с зеленым и красным в качестве двух крайних значений, похожих на светофоры. В ходе крупномасштабного исследования, проведенного во Франции, было показано, что он эффективно влияет на поведение покупателей³.

Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Германии

В Германии уровень использования стационарной и амбулаторной помощи высок, имеются признаки переизбытка услуг, в том числе потребления фармацевтических препаратов. Кроме того, отмечается сильное разделение амбулаторной и стационарной помощи с точки зрения организации и оплаты, что, как правило, препятствует координации и непрерывности лечения пациентов, а также сложная система управления, которая затрудняет проведение реформ (борьба за компетенции между федеральным уровнем и землями [5]).

В Германии с 2016 по 2021 г. был принят целый ряд законов, регулирующих деятельность в сфере здравоохранения. Среди реализованных в Германии мер стоит отметить внедрение планирования, основанного на потребностях, — установление новых соотношений между врачами и пациентами с учетом региональных демографических факторов и заболеваемости; предоставление финансовых стимулов врачам, работающим в районах с недостаточным уровнем обслуживания, путем дополнительных изменений в схеме возмещения; сдерживание избыточного предложения медицинских услуг путем отказа в выдаче лицензий новым врачам амбулаторной помощи. Региональные ассоциации вра-

чей общей практики организуют горячие линии, по которым могут звонить пациенты, нуждающиеся в записи на прием, и которым централизованно назначаются встречи с поставщиками амбулаторной помощи в течение 4 нед и с учетом расстояния. Больницы теперь наделены большим количеством компетенций и обязанностей после выписки пациента. Врачам выплачивается дополнительная компенсация в случае, если они открывают практику в районах, имеющих дефицит медицинских работников [6]. Качество медицинской помощи в амбулаторном секторе измеряется по предотвратимым госпитализациям, относящимся к показаниям, которые можно было бы эффективно и своевременно лечить в амбулаторных условиях, таким как астма и диабет [6, 7]. Германия сравнительно хорошо справляется с оказанием медицинской помощи пациентам, перенесшим инсульт [8]. В 2017 г. в Германии был относительно низкий уровень летальности — 6,0% в течение 30 дней после поступления среди взрослых в возрасте 45 лет и старше, госпитализированных после ишемического инсульта (по сравнению с 7,8% в 2007 г.). После введения инсультных отделений и их включения в схему возмещения расходов на лечение ишемических инсультов уровень смертности снизился примерно на 33% в период с 2005 по 2007 г.⁴ Онкологическую помощь можно рассматривать как лакмусовую бумажку системы здравоохранения из-за особых проблем с логистикой (например, приглашения на скрининг), использования инновационных технологий, взаимодействия команд в стационарном секторе (хирурги, психологи, медсестры) и профессионального последующего ухода в амбулаторном секторе. Относительный показатель выживаемости в Германии за пятилетний период всех видов рака был выше, чем средний показатель в ЕС-28⁵.

Немецкая система здравоохранения часто считается одной из лучших систем здравоохранения в мире, предлагая своему населению всеобщее медицинское страхование и полный набор льгот при сравнительно низких требованиях к совместному несению расходов. Это обеспечивает хороший доступ к медицинской помощи со свободным выбором поставщика и коротким временем ожидания, что отчасти объясняется хорошей инфраструктурой с плотной сетью врачей амбулаторной помощи и больниц, а также количественно высоким уровнем предоставления услуг. С другой стороны, это дорогостоящая система с самыми высокими расходами на душу населения в ЕС.

Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Эстония

В сфере здравоохранения Эстонии можно отметить следующие проблемы:

⁴ OECD. Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2018—19 Indicator definitions. Paris; 2018. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf>

⁵ OECD. OECD Statistics. Paris; 2020. URL: <https://stats.oecd.org/>

³ FASFC. About FASFC. Brussels; 2020. URL: <https://www.fasfc.be/about-fasfc>

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

- большую общую долю случаев госпитализации в стационары и визитов к специалистам, которых можно было избежать. Эстония занимает 3-е место по количеству стандартизированных случаев госпитализации, которых можно избежать, например, в 2013 г. 68% посещений специалистов по поводу гипертонии в Эстонии были признаны предотвратимыми;
- ограничения доступности сестринского ухода, реабилитации и социальной помощи, которые приводят к высокому уровню неудовлетворенных потребностей и ухудшению состояния пациентов;
- недостатки в ведении пациентов (с хроническими заболеваниями) на уровне ПМСП, включая отсутствие адекватных профилактических услуг;
- слабую координацию медицинской помощи до и после обострения заболевания, что отражается в значительной доле госпитализированных пациентов, которые получают ненужные предоперационные диагностические процедуры, выписываются без соответствующих лекарств и не получают последующую помощь в надлежащие сроки;
- мало больниц имеют комплексные системы мониторинга показателей качества, и нет необходимости отчитываться перед назначенным органом. Распространенность хронических заболеваний у жителей Эстонии растет из-за структурных изменений в населении, таких как увеличение среднего возраста и связанного с этим роста заболеваемости, имеющие неодинаковые последствия для разных социально-экономических групп.

Значимой проблемой является ухудшающееся соотношение медицинских кадров и пациентов [9]. Это результат увеличения среднего возраста медицинских работников, профессиональной миграции и недостаточных объемов обучения в прошлом, несмотря на недавнее увеличение числа поступающих в медицинские вузы и сокращение миграции за границу. Наибольшую тревогу вызывает нехватка семейных врачей и медсестер, а также диетологов, чья доступность становится все более важной в условиях растущего числа людей с избыточным весом. Несмотря на то что эстонская система здравоохранения сравнительно эффективна, с высоким уровнем распространения дженериков и широким использованием хирургии в условиях дневного стационара, некоторые показатели результативности деятельности стационаров указывают на то, что есть значительные возможности для улучшения⁶.

Заключение

Все описанные страны отличаются достаточно высоким уровнем систем здравоохранения. При

этом они одновременно являются и избыточно дорогостоящими (Австрия, Германия), что в значительной мере связано с доминированием стационарных медицинских услуг и высоким уровнем страхового покрытия. Разделение финансовых обязанностей между стационарным и амбулаторным секторами приводит к их неэффективности, особенно в больничном секторе.

Среди проблем здравоохранения данных стран общими являются проблемы кадрового обеспечения в силу старения персонала и его миграции в наиболее развитые регионы (Бельгия, Эстония), неравный доступ к медицинской помощи, обусловленный социально-экономическими причинами (Бельгия). Правительства данных стран последовательно проводят ряд мероприятий, имеющих характер реформ, но при этом зачастую бюджет отрасли только возрастает (Австрия), что вынуждает их устанавливать бюджетный лимит.

Следует отметить, что определение целей в области здравоохранения и мониторинг прогресса в этом направлении делает предпринимаемые меры более эффективными (Австрия). К важным мерам можно отнести внедрение новых финансовых механизмов финансирования медицинских услуг для некоторых категорий граждан и маркирование продуктов с позиции их вреда и пользы для потребителя (Бельгия), наделение стационаров целым пакетом компетенций и обязанностей в отношении выписанных ими пациентов (Германия).

Подводя общий итог, можно охарактеризовать систему здравоохранения описанных выше стран как преимущественно дорогостоящие, но обеспечивающие высокий уровень доступности и качества медицинской помощи.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 3. P. 1—254.
2. Leuprecht E., Lerchner M., Neubauer S., Kern R. Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Expertenbericht 2015. Vienna; 2016.
3. Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Wien; 2018.
4. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 5. P. 1—237.
5. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 6. P. 1—272.
6. Busse R., Blümel M. Germany: health system review // *Health Syst. Transit.* 2014. Vol. 16, N 2. P. 1—296.
7. Burgdorf F., Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations // *Dtsch. Arztebl. Int.* 2014. Vol. 111, N 13. P. 215—223. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215
8. Nimptsch U., Mansky T. Stroke unit care and trends of in-hospital mortality for stroke in Germany 2005—2010 // *Int. J. Stroke.* 2014. Vol. 9, N 3. P. 260—265. DOI: 10.1111/ij.s.12193
9. Habicht T., Reinap M., Kasekamp K. et al. Estonia: health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 1. P. 1—189.

⁶ Eurostat. Database — Eurostat. Luxembourg; 2020. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>

REFERENCES

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(3):1—254.
2. Leuprecht E., Lerchner M., Neubauer S., Kern R. Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Expertenbericht 2015. Vienna; 2016.
3. Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyserrelevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Wien; 2018.
4. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(5):1—237.
5. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(6):1—272.
6. Busse R., Blümel M. Germany: health system review. *Health Syst. Transit.* 2014;16(2):1—296.
7. Burgdorf F, Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2014;111(13):215—223. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215
8. Nimptsch U, Mansky T. Stroke unit care and trends of in-hospital mortality for stroke in Germany 2005—2010. *Int. J. Stroke.* 2014;9(3):260—265. DOI: 10.1111/ij.s.12193
9. Habicht T, Reinap M., Kasekamp K. et al. Estonia: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(1):1—189.