Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕКУЩИХ ПРОБЛЕМ И ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ РЕФОРМ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРЕЦИИ, БОЛГАРИИ И ИСПАНИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355017, Ставрополь, Россия

В статье описаны проблемы и реформы систем здравоохранения Греции, Болгарии, Испании. Спектр существующих проблем включает несовершенство управления и финансирования здравоохранения данных стран, что приводит к высокому уровню софинансирования медицинской помощи самим населением, дефициту медицинских кадров и их неравномерному распределению внутри стран, преобладанию стационарных медицинских услуг, снижению доступности (длительность ожидания медицинской помощи). Кроме того, в Греции и Болгарии отмечается высокий уровень распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний при слабости или отсутствии скрининговых программ. Рассматриваемые страны реализуют ряд реформ, касающихся управления и финансирования здравоохранения, доступности медицинской помощи. Однако значимых результатов реформирования, за исключением Испании, в этих странах не наблюдается, в том числе из-за отсутствия политического согласия в отношении проведения необходимых реформ.

Ключевые слова: проблемы и реформы здравоохранения; здравоохранение за рубежом

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика текущих проблем и осуществляемых реформ систем здравоохранения Греции, Болгарии и Испании. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):917–922. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-917-922>

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

Amlaev K. R., Mazharov V. N.

BRIEF DESCRIPTION OF CURRENT PROBLEMS AND ONGOING REFORMS OF HEALTHCARE SYSTEMS IN GREECE, BULGARIA AND SPAIN

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article is a description of the problems and reforms of the healthcare systems of Greece, Bulgaria, Spain. The range of existing problems includes the imperfection of management and financing of healthcare in these countries, which leads to a high level of co-financing of medical care by the population itself, a shortage of medical personnel and their uneven distribution within countries, the predominance of inpatient medical services, reduced availability (waiting time for medical care). In addition, Greece and Bulgaria have a high prevalence of risk factors for non-communicable diseases with weak or no screening programs. The countries listed above are implementing a number of reforms related to the management and financing of healthcare, and the availability of medical care. However, significant results of reform, with the exception of Spain, are not observed in these countries, including due to the lack of political agreement on the implementation of the necessary reforms.

Keywords: problems and reforms of healthcare; healthcare abroad

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of current problems and ongoing reforms of healthcare systems in Greece, Bulgaria and Spain. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoohranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):917–922 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-917-922>

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

Греция

Несмотря на предпринятые к настоящему времени значительные усилия, исследователи отмечают, что в Греции сохраняются признаки неэффективности системы здравоохранения: неразвитая первичная медицинская помощь, отсутствие планирования и координации, недостаток финансирования, отсутствие административного потенциала для проведения управленческих реформ и доведения их до конца. Греция сталкивается с социально-экономическим неравенством в отношении здоровья, высокой распространенностью курения и высокими показателями избыточного веса и ожирения, ухудшением психического здоровья, необходимостью удовлетворять потребности в физическом и психическом здоровье мигрантов и беженцев, прибывающих в

Европу. Пациенты в Греции сталкиваются с проблемами доступа, непрерывности ухода и координации, а также полноты предоставляемых услуг. В настоящее время не функционирует механизм управления системой выдачи направлений пациентам на исследование или консультации. Специализированная амбулаторная помощь характеризуется неравномерным географическим распределением врачей и дефицитом врачей некоторых специальностей [1].

В греческой системе здравоохранения в значительной степени оказание медицинской помощи осуществляется преимущественно в больницах. Механизмов, позволяющих заменить стационарное лечение менее дорогостоящим амбулаторным, домашним или дневным уходом, в основном не существует, а степень интеграции между поставщиками первичной и вторичной медицинской помощи низкая.

Кроме того, отсутствуют национальная инфраструктура управления качеством, стимулы у поставщиков медицинских услуг для улучшения качества медицинской помощи, растут частные официальные и неофициальные платежи, врачи общей практики и медсестры неравномерно распределены по регионам [2]. Потолок государственных расходов на здравоохранение установлен на уровне 6% ВВП, что привело к значительному сокращению расходов на фармацевтику, медицинское обслуживание, заработную плату персонала и т. д.

Эффективность греческой системы здравоохранения можно было бы повысить, учитывая, что ее показатели значительно отстают от других стран ЕС в борьбе с конкретными заболеваниями, такими как поддающиеся лечению виды рака (молочной железы, шейки матки, предстательной железы). В Греции нет популяционных или систематических программ скрининга рака, поэтому охват профилактическим скринингом довольно низок, например, менее 60% пациентов делается тест Папаниколау по сравнению с 80% в Финляндии или Соединенном Королевстве, менее 50% пациенток делают маммографию по сравнению с необходимыми 75% [3].

Коррупция в сфере здравоохранения является еще одной проблемой, препятствующей доступу, широко распространены неофициальные платежи. Опрос жителей показал, что неофициальные платежи осуществляли почти две трети респондентов, которые пользовались услугами здравоохранения в течение последних 12 мес, и за каждую третью госпитализацию в государственную больницу [4].

Многочисленные опросы показывают высокий уровень неудовлетворенности пациентов качеством медицинского обслуживания в Греции. Только 26% респондентов в Греции оценили качество больницы в стране как хорошее, в то время как 73% считали, что оно хуже, чем в других государствах — членах ЕС. Более того, 78% опрошенных полагают, что состояние здоровья пациентов, находящихся на стационарном лечении, может ухудшиться¹. Среди ключевых причин недовольства граждан — недостаток информации для пациентов, длинные списки ожидания, неэффективные управленческие структуры, слабые системы управления информацией, ограниченные административные возможности, отсутствие процессов мониторинга и механизмов надзора, низкая заработная плата медицинских работников². Несмотря на проведенные реформы, уровень интеграции системы здравоохранения остается довольно низким [5], особенно в сфере общественного здравоохранения [6, 7].

Важнейшей проблемой Греции являются разные подходы лиц, принимающих решения, к направле-

ниям реформирования здравоохранения, что еще больше усложняет их реализацию [8].

Перечень реформы здравоохранения включает план создания двухуровневой системы первичной медико-санитарной помощи с функцией гейткингов. Расходы на фармацевтику были сокращены до 1% ВВП, главным образом за счет снижения цен на лекарства, увеличения скидок и контроля объема их потребления. Предприняты значимые действия, улучшившие доступ к медицинской помощи безработным и недостаточно застрахованным. Внедрена система обязательного электронного выписывания рецептов, обязательное назначение лекарств по международному непатентованному наименованию, пропаганда использования дженериков, обязательная замена дженериков аптеками, введение списков препаратов, стоимость которых компенсируется государством [8]. Ведение заболеваний в Греции было улучшено путем внедрения клинических рекомендаций в обычную медицинскую практику [9].

В августе 2017 г. правительство приняло новый закон о реформе первичной медико-санитарной помощи (Закон № 4486/2017). Согласно предложениям, первичная медицинская помощь должна быть бесплатной, с равным доступом, и она должна работать по 12 ч в сутки в районах, где имеется достаточный охват больницами, и 24 ч в сутки, где такие больничные услуги отсутствуют³.

На первом уровне местные медицинские подразделения будут действовать как подразделения семейной медицины, предоставляя своим зарегистрированным пациентам услуги, включая санитарное просвещение и пропаганду, профилактику, оценку и управление рисками инфекционных и неинфекционных заболеваний, систематический мониторинг и скрининг, решение острых проблем со здоровьем и направление в медицинские центры или больницы, мониторинг и лечение хронических заболеваний, уход на дому, консультирование и поддержку отдельных лиц и семей, выявление психических заболеваний, сбор и использование данных эпидемиологического надзора. В них будут работать медицинские бригады, состоящие из врачей общей практики, специалистов по внутренним болезням, педиатров, медсестер, медсестер по общественному здоровью, социальных работников и административного персонала.

В качестве второго уровня новой системы целью медицинских центров является оказание специализированной амбулаторной помощи всем пациентам, которые направляются местными подразделениями здравоохранения: службы неотложной помощи; лабораторные анализы и услуги по диагностике изображений; стоматологическая помощь взрослым и детям; уход за матерью и ребенком; уход за подростками; специализированная профилактика; физиотерапия, эрготерапия и логотерапия; медицина труда; социальная медицина и общественное здравоохра-

¹ European Commission. Patient safety and quality of healthcare: report. 2014. URL: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4129/download>

² Avgoustatos S., Economou C. (2013). Greece. In: Study on corruption in the healthcare sector. URL: https://www.stt.lt/documents/soc_tyrimai/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf

³ Benos A. et al. Proposal for the development of primary health care. Athens; 2015.

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

нение. Центры будут укомплектованы медицинскими специалистами в области общей/внутренней медицины, педиатрии, стоматологии, медицины труда, социальной медицины и общественного здравоохранения, лучевой диагностики, кардиологии, гинекологии, общей хирургии, ортопедии, офтальмологии, пульмонологии, урологии, отоларингологии, дерматологии, неврологии, гастроэнтерологии, эндокринологии и ревматологии и т. д. Штатное расписание подразделений будет определяться исходя из численности населения — например, 1 терапевт или специалист по внутренним болезням на 2000—2500 взрослых, 1 педиатр на 1000—1500 детей, 1 стоматолог на 10 000 жителей и 2 специалиста по лучевой диагностике, 1 патолог и 1 кардиолог на 25 000—30 000 жителей. Для укомплектования этих объектов персоналом в августе 2017 г. был начат набор персонала на 3000 вакансий. Однако только половина приглашенных врачей (600 из 1200) подали заявки. Медицинские ассоциации объясняют нежелание врачей укомплектовывать местные медицинские учреждения действующими правилами работы (сотрудники должны работать исключительно в своем подразделении и не заниматься частной практикой), в то время как Министерство здравоохранения связывает ситуацию с утечкой мозгов и эмиграцией врачей. Реформы, которые проводятся в греческой системе здравоохранения, в основном сосредоточены на финансовых и организационных аспектах, частично решая долгосрочные структурные проблемы системы здравоохранения. Наиболее существенной структурной реформой стало административное объединение основных фондов ОМС в единый национальный фонд медицинского страхования.

Испания

Здравоохранению Испании пока не удается в полной мере решить ряд проблем: рост распространенности ожирения, сохраняющийся разрыв в самооценке здоровья между социально-экономическими группами, длительное время ожидания в хирургии и консультаций специалистов; необходимость совместного несения расходов на высокоэффективные лекарства и применение необходимых методов лечения. Необходимы структурные меры для улучшения распределения ресурсов и технической эффективности, участия пациентов в принятии решений об их лечении [10]. К проблемам также можно отнести низкий процент медсестер на душу населения в Испании. Соотношение медсестер и врачей составляет 1,4, что намного ниже среднего показателя по странам ОЭСР (2,5) ⁴.

Нецелевое использование ресурсов в виде ненужных госпитализаций при хронических заболеваниях, использования методов или процедур, которые имеют более экономичные альтернативы, не-

правильное использование лекарств часто встречаются в системе здравоохранения Испании.

Существуют также большие различия в качестве и безопасности в разных больницах. Например, госпитальная смертность после аортокоронарного шунтирования варьируется в 2,2 раза, а госпитальная смертность после чрескожного коронарного вмешательства варьируется в 3,5 раза ⁵.

Реформы, проводимые в Испании, касались управления национальной системой здравоохранения Испании, широты охвата (регулирование условий предоставления льгот), глубины охвата (классификация пакета льгот), совместного несения расходов (изменение финансового участия пациентов), процедур ценообразования на лекарства и сокращения производственных затрат (например, сокращение персонала здравоохранения, заработной платы или цены, централизации закупок). В результате только нелегальные мигранты оказались исключенными из охвата медицинской помощью, что сделало охват национальной системой здравоохранения Испании практически универсальным.

Другими инициативами являются расширение антитабачных мер; принятие национальной стратегии борьбы с хроническими заболеваниями, внедрение оценки технологий и выгод, рекомендаций по сокращению использования устаревших методов [10]. Кроме того, был одобрен безрецептурный доступ к так называемым «таблеткам на следующий день» и принят закон о декриминализации абортотворения в первые 14 нед беременности, что привело к сокращению числа абортотворения на 1000 женщин ⁶.

В рамках реализации межсекторального подхода к здравоохранению был принят закон об общественном здравоохранении, который продемонстрировал недвусмысленную приверженность принципу «здоровье во всех стратегиях» и использованию оценки воздействия на здоровье в качестве инструмента для оценки законов и политики в этих заинтересованных секторах. Четкую приверженность здоровому образу жизни и снижению ожирения, основанную на Стратегии в области питания, физической активности и ожирения, продемонстрировал Закон № 17/2011 о безопасности пищевых продуктов и питания ⁷. Благодаря этому в школах были запрещены торговые автоматы с солеными закусками, сладкими напитками и продуктами, содержащими жиры животного происхождения. Было сокращено использование соли, сахара и насыщенных жиров при производстве пищевых продуктов.

⁵ Comendheiro-Mälloe M. et al., on behalf of the Atlas VPM team. Variation in excess cases of adverse events amenable to health care: low value care with budgetary impact. London; 2015. URL: https://www.sanidad.gov.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf

⁶ MSSSI. Voluntary Abortions Registry. Madrid³ 2016. URL: <https://www.sanidad.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

⁷ MSSSI. Strategy on nutrition, physical activity and obesity. Madrid; 2017. URL: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/accion/estrategia_naos.htm

⁴ OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. Paris; 2016. URL: <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>

К достижениям реформ здравоохранения Испании можно отнести рост производительности больниц, растущую ориентацию больниц на дневной уход и политику, регулирующую среднюю цену лекарств [11]. Референтные цены, отпуск по рецепту с указанием активного ингредиента и отпуск дженериков были тремя стратегиями, направленными на повышение эффективности фармацевтической помощи. Таким образом, как только определена максимальная цена, по которой лекарство может финансироваться государственным сектором, и установлены однородные группы лекарств, к которым применима эта справочная цена, врачи должны назначать лечение с указанием действующего вещества, а розничные фармацевты должны отпускать самый дешевый препарат в группе — как правило, универсальный⁸.

Болгария

К проблемам системы здравоохранения Болгарии можно отнести предоставление в больницах услуг, которые могут быть оказаны в амбулаторных условиях. Показатель количества контактов пациентов в рамках первичной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в Болгарии составил 5,9, что ниже среднего показателя новых государств-членов (7,54 в 2014 г.), а также ниже среднегодового показателя ЕС-28 — 7,03 на человека⁹. Некоторые пациенты с несколькими хроническими заболеваниями неоднократно госпитализируются в больницу, получая лечение только от того заболевания, о котором в основном сообщается в соответствующем клиническом направлении¹⁰. Около 15% населенных пунктов имеют время доступа для оказания неотложной медицинской помощи более 30 мин. Отделения неотложной помощи некоторых больниц переполнены пациентами (часто незастрахованными) по сравнению с другими больницами, которые обычно проводят плановую госпитализацию. Это приводит к неприемлемым ситуациям, когда пациентов перевозят из одного медицинского учреждения в другое, прежде чем они попадут в больницу, где им будет оказана необходимая медицинская помощь. При этом неотложная помощь характеризуется недостаточным количеством персонала при общей нехватке врачей и среднего медицинского персонала и низкой заработной платой. Болгария по-прежнему полагается на традиционные психиатрические службы, и 90% бюджета на охрану психического здоровья расходуется на стационарное лечение¹¹.

Растущий процент частных платежей за медицинские услуги в Болгарии намного превышает средний показатель по ЕС, свидетельствует о недостаточной финансовой защите, предоставляемой гражданам службами медицинского страхования. Частные расходы граждан на здравоохранение выросли более чем в 3 раза и составили 47,7% общего объема расходов на здравоохранение в 2015 г. Это подвергает многие группы населения, находящиеся в неблагоприятном положении (малообеспеченные, жители сельской местности, этнические меньшинства, лица, страдающие хроническими заболеваниями, пожилые люди) высокому риску обнищания и отказа от медицинской помощи. Значительная часть людей, нуждающихся в медицинской помощи, сообщили об отказе от посещения амбулаторного специалиста (40,4%) и стационарного лечения (29,1%) по финансовым причинам. Большинство пациентов платили непосредственно за амбулаторные визиты к специалистам (72,4%) и стационарное лечение (61%), некоторые из которых занимали деньги или продавали активы для оплаты медицинских услуг (5,6% за амбулаторные визиты и 18,5% за стационарное лечение) [12]. Граждане указывают на неудовлетворенность национальной системой здравоохранения из-за низкого качества медицинских услуг, высоких расходов на них, труднодоступности, коррупции, низкого уровня отзывчивости врачей, отсутствия выбора фондов медицинского страхования [13].

Ожидаемая продолжительность жизни в Болгарии в 2015 г. была уже на 4 года меньше, чем в Чешской Республике (74,7 против 78,7 года), и на 0,3 года меньше, чем ожидаемая продолжительность жизни в Румынии (75 лет). Разрыв со средним показателем по ЕС-28 (80,6 года) за последнее десятилетие увеличивалась и в 2015 г. разница в ожидаемой продолжительности жизни составила 5,9 года¹². Хотя смертность от сердечно-сосудистых заболеваний за последнее десятилетие в Болгарии снизилась, она по-прежнему остается самой высокой в ЕС и в несколько раз превышает средний показатель по ЕС. Показатели, характеризующие общественное здоровье в Болгарии, не демонстрируют устойчивого улучшения, как в других государствах — членах ЕС, а имеют тенденцию к колебаниям [14]. Существуют значительные региональные различия в качестве медицинской помощи и многочисленные факторы, препятствующие безопасности пациентов, такие как отсутствие системы отчетности о врачебных ошибках и системы управления рисками, нехватка медицинского персонала и недостаточная компетентность в области безопасности пациентов¹³.

⁸ MSSSI. Medical Prescription Billing Information System [online dataset]. Madrid; 2017. URL: <https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/datos/home.htm>

⁹ WHO. Global Health Expenditure Database. Geneva; 2018. URL: <https://apps.who.int/nha/database>

¹⁰ National Centre of Public Health and Analyses/NCPHA. Annual report on health of the citizens in Republic of Bulgaria and the implementation of the National Health Strategy 2015. Sofia; 2015. URL: https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/NCPHA_WP%20%20Kick-off_05062014.pdf

¹¹ Ministry of Health/MoH. Concept “Objectives for Health 2020”. Sofia; 2015. URL: <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategi-iikontseptsii/koncepcii/koncepciya-celi-za-zdrave-2020/>

¹² Eurostat. Eurostat database. Luxembourg; 2018. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

¹³ Executive Agency Medical Audit/EAMA. Report on activity of the EAMA 2016. Sofia; 2016. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

С момента введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) расходы на здравоохранение увеличились более чем в 4 раза, однако результаты остаются неудовлетворительными. Система по-прежнему остается финансово нестабильной, испытывает нехватку финансовых ресурсов, ухудшается ее способность обеспечивать финансовую защиту населения. Увеличение расходов общественного здравоохранения на стационарное лечение и фармацевтические препараты в Болгарии намного выше, чем на амбулаторное лечение, доля которого остается самой малой в ЕС. Государственные расходы на профилактику составили всего 2,3% от общих текущих расходов на здравоохранение в 2015 г.¹⁴ Кроме того, существуют огромные региональные различия в средних выплатах за стационарное лечение на одного застрахованного лица. В 2015 г. они варьировались в разных районах от 42,9 евро до 2208,80 евро на одного застрахованного лица¹⁵.

Болгарская система здравоохранения характеризуется более высокой степенью централизации, чем во многих других европейских странах. Отсутствие политики и инструментов для эффективного распределения государственных средств на здравоохранение негативно отражается на поведении поставщиков услуг на рынке. Это, в свою очередь, определяется методами финансирования, которые стимулируют количество предоставляемых услуг и товаров, т. е. потребление финансовых ресурсов. Большое количество физических лиц не охвачено ОМС, в то время как рынок добровольного медицинского страхования по-прежнему остается недостаточно развитым.

Несмотря на то что электронное здравоохранение является приоритетом, в Болгарии отсутствует интегрированная информационная система здравоохранения. Данные по ключевым показателям отсутствуют, особенно в области качества медицинских услуг. Необходимость улучшения коммуникаций с гражданами и профессионалами представляется крайне важной для дальнейших реформ. Система здравоохранения требует некоторых радикальных изменений, которые могут произойти только при наличии политической воли и общественной поддержки.

Большинство болгар оценили качество медицинского обслуживания в стране как плохое (68%), и только 29% — как хорошее. Есть несколько других государств — членов ЕС, которые имели такой же низкий рейтинг (например, Румыния с 25%; средний показатель по ЕС составил 71%). Семь (72%) из 10 респондентов в Болгарии указали, что качество медицинского обслуживания в стране хуже, чем в других странах — членах ЕС, а 10% считают, что качество медицинского обслуживания такое же, как и

в других государствах-членах¹⁶. Анализ результатов медицинского обслуживания и качества медицинской помощи в Болгарии затруднен из-за отсутствия данных по ключевым показателям как на национальном, так и на организационном уровнях. Указывается, что у 11% болгар произошло неблагоприятное событие при получении медицинской помощи, большинство из которых не сообщили об этом.

Несмотря на амбициозные намерения реформировать систему здравоохранения, с середины 2000-х гг. не было внесено никаких существенных изменений в структуру и функции системы. Улучшение стратегического планирования после 2015 г., отраженное в новой Национальной стратегии здравоохранения 2020, совпало с нестабильной политической ситуацией. Заинтересованные стороны в системе здравоохранения встретили сопротивление инициативам по реформированию и многообещающим законодательным идеям и изменениям, которые, как ожидалось, будут направлены на решение наиболее насущных проблем системы здравоохранения, таких как эффективность и результативность системы, финансовая стабильность, охват населения и равенство. Вместо этого большинство недавних изменений направлены на усиление контроля над государственными расходами и сдерживание расходов и включают регулирование цен на лекарства, введение предельных уровней госпитализации в каждой больнице и клинических протоколов, стандартов финансового управления государственными больницами. Было успешно внедрено лишь несколько изменений, направленных на повышение эффективности, таких как использование оценки технологий здравоохранения в 2015 г. Другие изменения, направленные на повышение эффективности, например, реорганизация пакета льгот на базовую и дополнительную части и преобразование некоторых стационарных услуг в амбулаторные были отменены в судах. В 2017—2018 гг. были запланированы реформы, направленные на улучшение профилактики заболеваний и повышение доступности фармацевтических препаратов, обеспечение финансовой стабильности и повышение эффективности национальной системы здравоохранения Болгарии, но данных по их эффективности пока нет.

Заключение

Для описанных в данной статье систем здравоохранения характерен широкий круг проблем, большинство которых являются общими для трех стран. К ним можно отнести высокую степень централизации управления системой (Болгария), дефицит финансирования (Греция, Болгария), низкий и неравномерный доступ к медицинской помощи (Греция, Болгария), дефицит кадров (Греция, Болгария, Испания: медицинские сестры) при низкой зарплате медицинских работников (Греция), длительный пе-

¹⁴ Eurostat. Eurostat database. Luxembourg; 2018. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

¹⁵ National Health Insurance Fund/NHIF. Report of budget execution for 2015. 2016. URL: <https://www.nhif.bg/en/privacy>

¹⁶ European Commission. Patient safety and quality of healthcare: report. 2014. URL: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4129/download>

риод ожидания (Греция, Испания), преобладание медицинских услуг, оказываемых в стационарах (Греция, Болгария). Серьезной проблемой является распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний — табакокурения, ожирения и т. д. (Греция, Болгария), при этом отсутствуют программы скрининга (Греция). Трудности при проведении реформ в здравоохранении усугубляются несогласованностью их видения политическими группами. Неадекватное финансирование здравоохранения приводит к росту частных платежей и коррупции (Болгария, Греция).

Для решения описанных выше проблем страны проводят реформы систем здравоохранения. Они включают создание двухуровневой системы первичной медико-санитарной помощи в Греции (1 уровень — медицинские бригады, оказывающие первичную медико-санитарную помощь; 2 уровень — медицинские центры, оказывающие специализированную амбулаторную помощь); реформирование управления (Испания), финансирования (Испания, Болгария), объединение фондов ОМС в единый национальный фонд медицинского страхования (Греция), создание и реализацию национальных стратегий борьбы с хроническими заболеваниями, включая запрет или ограничение продажи фаст-фуда в торговых автоматах (Испания), применение оценки используемых технологий (Болгария). Тем не менее значимых успехов в результате проведения реформ здравоохранения смогла достичь только Испания.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Berwick D. M., Hackbarth A. D. Eliminating waste in US health care // *JAMA*. 2012. Vol. 307, 14. P. 1513—1516. doi: 10.1001/jama.2012.362
- Groenewegen P. P., Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population // *Qual. Prim. Care*. 2013. Vol. 21, N 6. P. 369—378.
- Tsounis A., Sarafis P., Alexopoulos E. C. Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. *Lancet*. 2014. Vol. 384, N 9960. P. 2110. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62373-4
- Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... // *Eur. J. Health Econ*. 2016. Vol. 17, N 2. P. 159—170. doi: 10.1007/s10198-015-0666-0
- Sifaki-Pistolla D., Chatzea V. E., Markaki A. et al. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows // *BMC Health Serv. Res*. 2017. Vol. 17, N 1. P. 788. doi: 10.1186/s12913-017-2702-5
- Dresios C., Rachiotis G., Symvoulakis E. K. et al. Nationwide Epidemiological study of knowledge, attitudes, and practices study of greek general practitioners related to screening // *Int. J. Prev. Med*. 2019. Vol. 10. P. 199. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_46_17
- Sbarouni V., Petelos E., Kamekis A. et al. Discussing issues of health promotion and research in the context of primary care during the ongoing austerity period: an exploratory analysis from two regions in Greece // *Med. Pharm. Rep*. 2020. Vol. 93, N 1. P. 69—74. doi: 10.15386/mpr-1346
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: health system review // *Health Syst. Transit*. 2017. Vol. 19, N 5. P. 1—166.
- Vrachnis N., Loufopoulos A., Tarlatzis V. Greek-language clinical guidelines and consent forms in obstetrics and gynecology developed by the HSOG // *Hellenic J. Obstet. Gynecol*. 2015. Vol. 14, N 1. P. 1—4.
- Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J. et al. Spain: health system review // *Health Syst. Transit*. 2018. Vol. 20, N 2. P. 1—179.
- Ridao-López M., Comendro-Maaløe M., Martínez-Lizaga N., Bernal-Delgado E. Evolution of public hospitals expenditure by healthcare area in the Spanish National Health System: the determinants to pay attention to // *BMC Health Serv. Res*. 2018. Vol. 18, N 1. P. 696. doi: 10.1186/s12913-018-3445-7
- Tambor M., Pavlova M., Rechel B. et al. The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries // *Eur. J. Public Health*. 2014. Vol. 24, N 3. P. 378—385. doi: 10.1093/eurpub/ckt118
- Petrova D. A comparative analysis of social satisfaction with health care systems in Bulgaria, England, Germany and the Czech Republic // *Med. Rev*. 2013. Vol. 49, N 1. P. 65—69.
- Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: health system review // *Health Syst. Transit*. 2018. Vol. 20, N 4. P. 1—230.

Поступила 27.02.2023
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

- Berwick D. M., Hackbarth A. D. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012;307(14):1513—1516. doi: 10.1001/jama.2012.362
- Groenewegen P. P., Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population. *Qual. Prim. Care*. 2013;21(6):369—378.
- Tsounis A., Sarafis P., Alexopoulos E. C. Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. *Lancet*. 2014;384(9960):2110. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62373-4
- Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *Eur. J. Health Econ*. 2016;17(2):159—170. doi: 10.1007/s10198-015-0666-0
- Sifaki-Pistolla D., Chatzea V. E., Markaki A. et al. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Serv. Res*. 2017;17(1):788. doi: 10.1186/s12913-017-2702-5
- Dresios C., Rachiotis G., Symvoulakis E. K. et al. Nationwide Epidemiological study of knowledge, attitudes, and practices study of greek general practitioners related to screening. *Int. J. Prev. Med*. 2019;10:199. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_46_17
- Sbarouni V., Petelos E., Kamekis A. et al. Discussing issues of health promotion and research in the context of primary care during the ongoing austerity period: an exploratory analysis from two regions in Greece. *Med. Pharm. Rep*. 2020;93(1):69—74. doi: 10.15386/mpr-1346
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: health system review. *Health Syst. Transit*. 2017;19(5):1—166.
- Vrachnis N., Loufopoulos A., Tarlatzis V. Greek-language clinical guidelines and consent forms in obstetrics and gynecology developed by the HSOG. *Hellenic J. Obstet. Gynecol*. 2015;14(1):1—4.
- Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J. et al. Spain: health system review. *Health Syst. Transit*. 2018;20(2):1—179.
- Ridao-López M., Comendro-Maaløe M., Martínez-Lizaga N., Bernal-Delgado E. Evolution of public hospitals expenditure by healthcare area in the Spanish National Health System: the determinants to pay attention to. *BMC Health Serv. Res*. 2018;18(1):696. doi: 10.1186/s12913-018-3445-7
- Tambor M., Pavlova M., Rechel B. et al. The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries. *Eur. J. Public Health*. 2014;24(3):378—385. doi: 10.1093/eurpub/ckt118
- Petrova D. A comparative analysis of social satisfaction with health care systems in Bulgaria, England, Germany and the Czech Republic. *Med. Rev*. 2013;49(1):65—69.
- Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: health system review. *Health Syst. Transit*. 2018;20(4):1—230.