

Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРЕЦИИ, ИСПАНИИ И БОЛГАРИИ

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

Обзор систем здравоохранения, представленный в статье, отмечает разнообразие управления здравоохранением Греции, Испании, Болгарии. Все указанные системы имеют более или менее выраженные государственные подсистемы с различной централизацией управления, максимальный уровень которой представлен в Болгарии. Медицинская помощь оказывается на нескольких уровнях, при этом оказание первичной медико-санитарной помощи все еще требует улучшения в Греции и Болгарии. Довольно высокий процент внутреннего валового продукта, расходуемый в данных странах на здравоохранение, не препятствует финансированию медицинских услуг за счет личных средств граждан, в том числе с помощью неформальных платежей. При этом во всех трех странах еще преобладает оказание медицинской помощи в стационарах над амбулаторной помощью.

Ключевые слова: системы здравоохранения; здравоохранение за рубежом; стационарная медицинская помощь

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика систем здравоохранения Греции, Испании и Болгарии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):927—932. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-927-932>

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

Amlaev K. R., Mazharov V. N.

BRIEF DESCRIPTION OF THE HEALTHCARE SYSTEMS OF GREECE, SPAIN AND BULGARIA

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The review of healthcare systems presented in the article notes the diversity of healthcare management in Greece, Spain, and Bulgaria. All these systems have more or less pronounced state subsystems with different centralization of management, the maximum level of which is represented in Bulgaria. Medical care is provided at several levels, while the provision of primary health care still requires improvement in Greece and Bulgaria. A fairly high percentage of GDP spent in these countries on healthcare does not prevent the co-financing of medical services at the expense of personal funds of citizens, including through informal payments. At the same time, in all three countries, the provision of medical care in hospitals still prevails over outpatient care.

Keywords: healthcare systems, healthcare abroad, inpatient medical care

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of the healthcare systems of Greece, Spain and Bulgaria. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):927–932 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-927-932>

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 систем здравоохранения Греции

Система здравоохранения Греции представлена как государственной, так и частной подсистемами. Национальная организация по предоставлению медицинских услуг (НОПМУ) является в Греции единственным покупателем медицинских услуг для пациентов, финансируемых государством. В свою очередь частный сектор включает в себя больницы, диагностические центры и независимые клиники. Их значительная часть заключает контракты с НОПМУ на оказание преимущественно первичной амбулаторной помощи.

Система первичной медико-санитарной помощи в Греции развита не в полной мере, и пациенты сталкиваются с проблемами доступа, непрерывности ухода и координации, а также полноты предоставляемых услуг. Специализированная амбулаторная помощь характеризуется неравномерным географическим распределением врачей, работающих

по контракту с НОПМУ с высокой концентрацией в крупных городах. Для каждого врача, заключившего контракт с НОПМУ, установлен лимит в 200 посещений в месяц и ежемесячный предел стоимости выписываемых рецептов на лекарства (в зависимости от специализации врача, количества назначенных пациентов, региона и месяца года) [1].

Министерство здравоохранения принимает решения по политике в области здравоохранения и несет ответственность за обеспечение общих целей и основополагающих принципов национальной системы здравоохранения, таких как свободный и равный доступ к качественным медицинским услугам для всех граждан. Оно устанавливает приоритеты на национальном уровне, определяет финансирование предлагаемых мероприятий и выделяет соответствующие ресурсы, предлагает изменения в законодательной базе и осуществляет реализацию законов и реформ. Министерство также отвечает за медицинских работников и координирует найм нового медицинского персонала. НОПМУ также нахо-

дится в ведении Министерства здравоохранения [1]. Каждый медицинский центр покрывает медицинские потребности от 10 000 до 30 000 человек, работает круглосуточно и включает в себя консультационные кабинеты, комнаты для однодневного лечения. Он оснащен базовым диагностическим оборудованием, радиологической и микробиологической лабораторией, отделением септических операций, стоматологической клиникой и службой скорой помощи. Эта инфраструктура способствует предоставлению широкого спектра услуг, которые включают профилактику (в основном иммунизацию) и укрепление здоровья, работу экстренных служб (первую помощь и транспортировку, диагностику, лечение), стоматологические и аптечные услуги, реабилитацию и социальную помощь; а также эпидемиологические исследования и обучение медицинского персонала. Медицинские центры также оказывают услуги по школьной гигиене, охране труда, планированию семьи и родовому уходу. Кроме того, центры обеспечивают кратковременную госпитализацию и последующее наблюдение за выздоравливающими пациентами. Посещение медицинских центров бесплатное. Кроме того, в Греции функционирует сеть из 40 общественных клиник по всей стране, предлагая в основном лекарства и первичные медицинские услуги бесплатно людям, которые не могут или не имеют права пользоваться государственными медицинскими учреждениями [1].

Специализированная амбулаторная помощь оказывается в частных индивидуальных или групповых клиниках и амбулаторных отделениях государственных больниц. Многие специалисты, работающие в частных кабинетах или диагностических центрах, заключили контракт с НОПМУ, предоставляя услуги на платной основе (10 евро за посещение) с верхним пределом 200 посещений в месяц для каждого специалиста [2]. Трехуровневая система оказания медицинской помощи в Греции выглядит следующим образом. Первый уровень включает существующие сельские индивидуальные практики, семейных врачей по контракту и местные подразделения здравоохранения, в которых работают многопрофильные медицинские бригады, состоящие из семейных врачей, медсестер, медицинских посетителей, социальных работников и административного персонала, и их целью является решение основных проблем, связанных со здоровьем, на уровне сообщества, сокращение числа госпитализаций, которых можно избежать, обеспечение ухода за пациентами как можно ближе к их дому и решение проблем общественного здравоохранения, например снижение распространенности факторов риска. Второй уровень медицинской помощи включает в себя специализированные медицинские центры, предоставляющие первичную, амбулаторную, диагностическую, неотложную и неотложную помощь во внеурочное время¹, а также контрактные специализированные и диагностические частные услуги. Незастрахованному населению был предоставлен доступ к услугам общественного здравоохранения², чтобы вернуть

медицинскую помощь сообществу, уделяя особое внимание профилактике, укреплению здоровья и комплексному уходу [3, 4], а также предоставляя бесплатную медицинскую помощь тем, у кого нет страховки.

Принятые из-за экономического кризиса широкомасштабные меры жесткой экономии повлекли за собой существенное сокращение государственных расходов, в том числе в секторе здравоохранения. Расходы на здравоохранение в 2015 г. составили 8,4% ВВП (по сравнению со средним показателем по ЕС в 9,5%); однако в условиях резкого сокращения ВВП с начала экономического кризиса расходы существенно сократились (на одну пятую) с 2010 г. Эти расходы выражаются в 2204 долл. США на душу населения, что является самым низким показателем среди государств — членов ЕС до 2004 г. и составляет примерно две трети от среднего показателя для 28 государств-членов в 2018 г. Доля государственных расходов на здравоохранение в 2015 г. в Греции составила 59% (четвертый самый низкий показатель в ЕС), а остальные 41% приходятся на частные платежи. Доля частного финансирования медицинских услуг в Греции является одной из самых высоких в ЕС и осуществляется в основном в форме платежей из собственных средств. Эти платежи состоят из совместной оплаты лекарств, прямых платежей за услуги, не охватываемые обязательным медицинским страхованием, а также платежей за услуги, охватываемые частной системой медицинского страхования, но приобретаемые за пределами государственной системы для улучшения доступа и качества³. Кроме того, в Греции широко распространены неформальные платежи отчасти из-за недостаточного финансирования системы, а отчасти из-за отсутствия механизмов контроля. Добровольное медицинское страхование не превышает 3,9% от расходов на здравоохранение [1].

Национальная система здравоохранения финансируется из государственного бюджета за счет прямых и косвенных налоговых поступлений и взносов на социальное страхование. Она предоставляет собой неотложную доврачебную, первичную/амбулаторную и стационарную медицинскую помощь в сельских хирургических отделениях, медицинских центрах и государственных больницах. Врачи, работающие в государственных больницах и медицинских центрах, являются штатными работниками, которым не разрешается заниматься частной практикой и которым выплачивается заработная плата.

Стационарное лечение является главной статьей расходов, на него приходится 40,5% текущих расхо-

¹Economou C., Panteli D. Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece. Copenhagen; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346262/WHO-EURO-2019-3599-43358-60823-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²Hellenic Republic. Law 4486: Reform of Primary Health Care, urgent regulations of the Ministry of Health and other provisions, 2017. URL: <https://www.statistics.gr/documents/20181/a4d681a4-f8e2-df6f-95b9-3569321f0ce8>

³Eurostat. Statistics database. Luxembourg; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

дов на здравоохранение (самая высокая доля в ЕС), что является следствием очень ориентированной на больницы системы здравоохранения. Еще 26% тратится на фармацевтические препараты и медицинские товары, в то время как 21% текущих расходов на здравоохранение направляется на амбулаторное лечение. Нехватка средств на первичную медицинскую помощь, которая на практике не в состоянии покрыть потребности населения в своевременном доступе к высококачественным медицинским услугам, в сочетании с переизбытком врачей, которые стимулируют спрос, способствует высокому уровню прямых платежей [5].

Примерно 65% коек в стационарах в Греции приходится на государственный сектор и 35% — на частный [6]. Греция имеет самую низкую среднюю продолжительность пребывания для лечения (5,2 дня) в ЕС, а уровень заполняемости коек (74%) аналогичен среднему показателю по ЕС. Однако больницы сталкиваются с рядом проблем управления, среди которых — отсутствие клинических рекомендаций и случаи субъективного принятия медицинских решений врачами, что иногда приводит к чрезмерному потреблению услуг, повышению затрат и неэффективности. Имеются также данные о том, что около трети случаев экстренной госпитализации в больницы общего профиля по поводу хирургических заболеваний, заболеваний ушей, носа и горла, офтальмологии и гинекологии, а также 40% случаев ортопедических заболеваний могли быть пролечены службами первичной медико-санитарной помощи [7, 8].

Краткая характеристика систем здравоохранения Испании

Национальная система здравоохранения Испании основана на принципах универсальности, свободного доступа, справедливости финансирования в основном за счет налогов. Она представлена на двух уровнях: национальном и региональном. Компетенция в области здравоохранения передается 17 автономным сообществам, при этом на национальном уровне определяются стратегии, а также проводится общая координация системы здравоохранения, национальный мониторинг эффективности системы здравоохранения.

Частный сектор системы здравоохранения Испании предоставляет частным лицам программы добровольного медицинского страхования. Он предлагает стоматологическую и офтальмологическую помощь, не охватываемые национальной системой здравоохранения, и тесно переплетен с государственным сектором [9]. Финансирование системы здравоохранения находится в ведении Совета по налогово-бюджетной политике и финансам — коллегиального органа, состоящего из министров финансов Испании и автономных сообществ, чьи решения превращаются в закон под ответственностью Министерства финансов. Департаменты здравоохранения действуют в качестве как государственных страховщиков (т. е. гарантируют доступ к пакету льгот,

покрываемых государственной системой), так и спонсоров услуг (т. е. распределяют долю регионального государственного бюджета, выделяемого на здравоохранение, заключая контракты на услуги с государственными и частными провайдерами). В общих чертах, медицинские услуги — за исключением фармацевтической помощи — полностью регулируются автономными сообществами — планирование, аккредитация, обеспечение качества, финансирование и ценообразование. Законодательство является общим для центрального правительства и правительств автономных сообществ. В случае фармацевтической помощи, за исключением лицензирования и ценообразования, за которые полностью отвечает центральное правительство, остальные функции регулируются автономными сообществами с учетом национальной нормативно-правовой базы. Законодательство и аккредитация высшего образования медицинских работников являются полной ответственностью центрального правительства (Министерства образования).

Национальная система здравоохранения Испании предоставляет три различных пакета льгот: базовый пакет для всех застрахованных лиц и их иждивенцев, который включает в себя «основные услуги», включая посещение врача и госпитализацию; «дополнительный» пакет, расходы на который разделяют пациенты, включая фармацевтические льготы (на практике доплата распространяется в основном на амбулаторные фармацевтические рецепты и специальные ортезы и ортопедические протезы, «вспомогательный» пакет, который включает в себя «второстепенные» виды деятельности, еще не четко определенные.

Все региональные службы здравоохранения, помимо государственной сети поставщиков медицинских услуг, используют частные больницы для оказания определенных, обычно хирургических процедур, специальных диагностических тестов, долгосрочного и паллиативного ухода [9]. Как правило, департаменты здравоохранения каждого автономного сообщества закупают услуги у региональной службы здравоохранения — административной структуры, которая управляет всеми стационарными и амбулаторными медицинскими центрами. Они также могут заключать контракты на оказание услуг с частными поставщиками, преимущественно больницами.

Текущие расходы на здравоохранение на душу населения в Испании достигли 3182,50 долл. США, что составляет 9,2% ВВП в 2015 г. Государственная часть составляет 71,1%, а частная — 28,9% общих расходов на здравоохранение⁴.

Доля государственного сектора в текущих расходах на здравоохранение в 2015 г. (71%) была ниже, чем в Швеции, Соединенном Королевстве и Италии (84, 80 и 75% соответственно) в том же году. Самой высокой отдельной статьёй расходов является стационарное лечение, которое в 2015 г. составило

⁴ MSSSI (2017). Spanish Health Accounts System, 2015. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_es_english.pdf

54,5% общих расходов на здравоохранение. Амбулаторная помощь занимает вторую по величине статью расходов, составив 15,4% в 2015 г., а фармацевтические препараты находятся на третьем месте с показателем 14,1%. В рамках государственной службы здравоохранения предоставление медицинской помощи в автономных сообществах финансируется за счет общего налогообложения, составляющего до 94,5% от государственных ресурсов⁵. Амбулаторное назначение лекарств и некоторые дополнительные услуги в рамках пакета льгот являются единственными медицинскими услугами, расходы на которые разделяют пациенты [9].

Количество больничных коек в Испании сократилось на одну пятую — с 368 коек на 100 000 жителей в 2000 г. до 298 коек на 100 000 жителей в 2015 г. (средний показатель ЕС — 340). Тем не менее доля государственных коек остается стабильной и в 2015 г. составила 79,5%. Количество больниц в Испании сократилось за 15 лет с 19,2 больниц в 2000 г. до 16,5 в 2015 г. на 1 млн жителей. Этот показатель намного ниже среднего показателя по ОЭСР: в 2015 г. на 1 млн жителей приходилось 29,4 больницы⁶.

Краткая характеристика систем здравоохранения Болгарии

Система здравоохранения в Болгарии сильно централизована, Министерство здравоохранения отвечает за общую организацию и функционирование системы здравоохранения (за законодательство в области здравоохранения, координацию и надзор за различными подчиненными органами, планирование и регулирование деятельности поставщиков медицинских услуг, а также финансирование конкретных видов медицинских услуг, например предоставление и финансирование услуг общественного здравоохранения, неотложной помощи, трансплантаций, трансфузионной гематологии, лечения туберкулеза и стационарной психиатрической помощи). Министерство здравоохранения также отвечает за планирование и обеспечение кадровыми ресурсами системы здравоохранения, развитие медицинской науки, сбор и хранение данных о состоянии здоровья населения и др.

Государству принадлежат университетские больницы и национальные центры, специализированные больницы национального уровня, центры неотложной медицинской помощи, психиатрические больницы и центры трансфузионной гематологии и диализа, а также 51% капитала районных больниц.

Муниципалитеты являются владельцами значительной доли поставщиков медицинских услуг, большинство из которых предназначены для оказания специализированной амбулаторной помощи, а также многопрофильных и некоторых специализированных больниц. Все реформы по децентрализации

системы здравоохранения были направлены на передачу ответственности на более низкие уровни как в географическом, так и в организационном плане (т. е. в регионы или подчиненные органы), но без соответствующих делегирующих прав. Это привело к провалу реформы и сохранению относительно высокой степени централизации [10].

В Болгарии действует смешанная государственная система финансирования здравоохранения. Здравоохранение финансируется за счет обязательных взносов на медицинское страхование, налогов, платежей из собственных средств, взносов по добровольному медицинскому страхованию, корпоративных платежей, пожертвований и внешнего финансирования. Общие расходы на здравоохранение в процентах от внутреннего валового продукта за 2015 г. составили 8,2%. Частные расходы на здравоохранение достигли значения 48,9% от общих расходов на данные цели в 2015 г. в Болгарии. Государственное финансирование в основном осуществляется за счет взносов на здравоохранение, управляемых через Национальный фонд здравоохранения, которые составили 41,9% общего объема расходов на здравоохранение. По закону все граждане Болгарии должны быть застрахованы в Национальном фонде медицинского страхования, однако значительная часть населения (до 12%) де-факто не была застрахована. Поставщики услуг в основном получают вознаграждение за услуги, которые они предоставляют населению, на основе платы за обслуживание и на душу населения [10]. Растущий процент платежей в Болгарии, который уже намного превышает средний показатель по ЕС, подчеркивает недостаточную финансовую защиту, предоставляемую гражданам системой медицинского страхования. За исключением Словении, Болгария потратила на здравоохранение в процентах от внутреннего валового продукта больше, чем все государства — новые члены ЕС. Хотя как государственные, так и частные расходы на здравоохранение способствовали увеличению общего расхода на здравоохранение, темпы роста частных расходов опережали темпы роста государственных расходов.

Национальный фонд здравоохранения выступает в качестве основного покупателя медицинских услуг. Поставщики услуг в основном получают вознаграждение в перспективе за услуги, которые они предоставляют населению, на основе платы за обслуживание и на душу населения. Службы общественного здравоохранения, неотложной помощи и государственные психиатрические больницы финансируются из бюджетов Министерства здравоохранения. Примерно половина текущих расходов на здравоохранение расходуется на лечебные и реабилитационные услуги. Несмотря на усилия по реформированию, направленные на сдерживание общей активности больниц за счет сокращения числа государственных больниц и коек, введения ограничений на стационарные процедуры и др., на стационарное лечение приходится наибольшая доля расходов⁷. В Болгарии существует фиксированная абонентская

⁵ WHO (2017). Global Health Observatory data repository [online database]. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>

⁶ OECD. OECD Health Data [online database]. Paris; 2016. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

плата в размере 2,90 лева (1,50 евро) за визит к терапевту, при этом 13 групп пациентов, включая детей, хронических больных, беременных женщин и др., освобождаются от уплаты абонентской платы. Аналогично предусмотрена фиксированная плата за пребывание в стационаре в размере 5,80 левов (2,96 евро) за каждый день пребывания (до 10 дней в году). Возможна дополнительная оплата за услуги больницы класса люкс (например, выбор врача или бригады). Однако люди часто сталкиваются с административными и другими препятствиями в получении необходимых им услуг, следуя стандартному пути пациента (например, врач общей практики отказывается выдавать или откладывает направление к специалисту, в лабораторию или больницу из-за исчерпания месячных лимитов, установленных Национальным фондом медицинского страхования). Так, 8% болгарских респондентов, которые имели контакты с сектором общественного здравоохранения за последние 12 мес, сообщили о неофициальных платежах. Это шестой по величине показатель (разделяемый с Латвией) после Румынии (19%), Венгрии (17%), Греции (13%), Литвы (12%) и Австрии (9%)⁸.

Первичная медицинская помощь в Болгарии финансируется в основном на душу населения (за услуги, предоставляемые врачами общей практики) и на платной основе (за услуги, предоставляемые стоматологами). Ставки подушевого сбора различаются в зависимости от возрастной группы. Врач общей практики получает 1,37 лева (0,70 евро) ежемесячно за пациента в возрастной группе 0—18 лет; 1,05 лева (0,54 евро) за пациента в возрастной группе 18—65 лет и 1,47 лева (0,75 евро) для пациента старше 65 лет. Национальный фонд здравоохранения платит дополнительно 0,11 лева (0,06 евро) за каждого пациента за обеспечение доступа к первичной медицинской помощи сверх заявленного графика работы клиники. В свою очередь, врачи общей практики платят другим поставщикам медицинских услуг, которые оказывают неотложную первичную медицинскую помощь своим пациентам в нерабочее время врачей общей практики и в выходные дни на основании индивидуальных контрактов.

Больничной сектор в Болгарии традиционно характеризуется избыточными производственными мощностями и при этом продолжает расти. Увеличение как числа больниц, так и количества коек в основном обусловлено частным сектором, в то время как количество государственных больниц (находящихся в государственной и муниципальной собственности) остается сравнительно стабильным. В Болгарии относительно высокий уровень госпитализации, что отражает недостаточное использование амбулаторных медицинских услуг и отсутствие

интеграции и координации различных уровней медицинской помощи.

Министерство здравоохранения перерегистрировало все больницы, присвоив им определенный уровень компетенции. Уровень компетентности оценивается на основе требований медицинских стандартов, касающихся количества и квалификации специалистов, а также доступного оборудования, и поощряет способность больницы соблюдать клинические рекомендации. Уровень компетентности используется для определения диапазона и объема деятельности, которые может предоставить данная больница, и направлен на то, чтобы гарантировать определенный уровень качества медицинских услуг. Больницы получают финансирование в основном в соответствии с «клиническими путями», клиническими и амбулаторными процедурами. Клинические и амбулаторные процедуры были введены в качестве попытки оптимизировать деятельность больницы. Существуют 4 различных клинических процедуры, которые требуют пребывания до 24 ч (например, лечение диализом при острых состояниях и интенсивное лечение новорожденных с помощью искусственного дыхания) и 42 амбулаторных процедуры (перитонеальный диализ, химиотерапия, операция по удалению катаракты и др.), которые не требуют госпитализации. Врачи общей практики являются владельцами своей практики по закону, и их доход складывается из ежемесячных выплат от Национального фонда медицинского страхования за вычетом расходов на поддержание их практики. Расходы врачей общей практики в основном идут на аренду офисов и помещений, медицинского оборудования, материалов и сестринского персонала. Наибольшая доля выплат врачам общей практики приходится на подушевую оплату (50,4%), выплаты по программе диспансеризации (22,8%), профилактические осмотры пациентов старше 18 лет (12,4%) и программу охраны здоровья детей (11,8%)⁹.

В Болгарии зарегистрировано гораздо больше коек на 1000 населения, чем в среднем по ЕС13 (4,61 койки), в среднем по ЕС15 (3,77 койки) и в среднем по ЕС28 (3,94 койки). В немногих европейских странах зарегистрировано больше коек неотложной помощи на 1000 населения, чем в Болгарии: Литва (6,34 койки) и Германия (6,21 койки). Средняя продолжительность пребывания в больницах неотложной помощи в Болгарии равна 5,4 дня, что ниже среднего показателя по ЕС в 8 дней¹⁰. При этом 33% общего количества коек в стране не используются. Уровень заполнения коек был самым низким в частных больницах (60%), в то время как уровень заполнения в многопрофильных больницах и специализированных больницах для активного лечения в 2015 г. составил 70%¹¹. Стационарное лечение оста-

⁸ Executive Agency Medical Audit/EAMA. Annual Report on Condition and Overall Activity of the Health Insurance in Republic of Bulgaria for 2016. Sofia; 2017. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf

⁹ European Commission (2017), Special Eurobarometer 470 — October 2017 “Corruption”. Report. URL: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2176>

⁹ National Health Insurance Fund/NHIF (2017). Report of budget execution for 2016. URL: <https://ligoniukasa.lrv.lt/en/administrative-information/regulations/national-health-insurance-fund>

¹⁰ National Statistical Institute/NSI. Healthcare 2017. Sofia; 2018. URL: http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2017.pdf

ется доминирующим сектором и фиксирует самые высокие показатели госпитализации по поводу сердечной недостаточности (1334,9 на 100 тыс. населения), сахарного диабета (721,2 на 100 тыс. населения) и астмы (183,0 на 100 тыс. населения) среди всех стран ЕС в 2015 г. В Болгарии на сегодняшний день самый высокий уровень госпитализации в ЕС. В основном это связано с расширением частного сектора. В отличие от государственных больниц и коек, которые сократилось на 16,7% и 32,6% соответственно в 2016 г. по сравнению с 2000 г., количество частных больниц увеличилось в 6 раз, а количество коек увеличилось в 36 раз¹².

Заключение

Таким образом, системы здравоохранения представленных стран имеют как государственную, так и частную составляющие. При этом наибольшей централизацией отличается система здравоохранения Болгарии, а двухуровневым управлением (национальным и региональным) — здравоохранение Испании. В соответствии с данным разделением на центральный уровень отнесено законодательство в сфере здравоохранения и аккредитация высшего образования, а на региональный — все остальные полномочия.

Несмотря на сеть общественных клиник и трехуровневую систему оказания медицинской помощи, система первичной медико-санитарной помощи в Греции требует улучшения. Следует проанализировать эффективность принятой в Испании программы предоставления 3 различных пакетов льгот при получении медицинской помощи.

В указанных странах расходуется достаточно весомый процент средств по отношению к ВВП страны — например, в Греции он равен 8,4%, однако это не препятствует росту доли платежей из собственных средств граждан, что свидетельствует о неэффективности механизмов финансирования здравоохранения. При этом 12% населения Греции не были охвачены страхованием, а 8% производили неформальные платежи.

Во всех описанных странах стационарная помощь является наиболее дорогостоящей статьей расходов, например, в Испании она обошлась в сумму, равную 54,5% всех расходов на здравоохранение.

Страны идут по пути сокращения средней продолжительности пребывания в стационаре. Например, в Греции она равна 5,2 дня, что, в свою очередь, усугубляет проблему заполнения стационарных коек, которая в силу несовершенства медицинских алгоритмов (Греция) и неэффективности амбулаторного сектора (Болгария) способствует излишне высокой госпитализации, но даже в этом случае треть больничных коек в Болгарии не используется.

¹¹ National Centre of Public Health and Analyses/NCPHA. Annual Report on the Health Status of the Bulgarian Citizens and the Implementation of the National Health Strategy, 2015. Sofia; 2018. URL: https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/NCPHA_WP%207%20Kick-off_05062014.pdf

¹² Там же.

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. Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: Health System Review // *Health Syst. Transit.* 2017. Vol. 19, N 5. P. 1—166.
2. Karakolias S., Polyzos N. The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece // *Health.* 2014. N 6. P. 809—821. DOI: 10.4236/health.2014.69103
3. Benos A., Lionis C., Koutis A. et al. Basic principles, positions and proposals for the development of primary health care in Greece. 2015.
4. Platis C., Kyritsi N. Institutional and organizational efforts to establish primary health care in Greece // *Strategic Innovative Marketing and Tourism* / eds. A. Kavoura et al. Cham; 2019. P. 497—503. DOI: 10.1007/978-3-030-12453-3_56
5. Goranitis I., Siskou O., Liaropoulos L. Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece // *Health Policy.* 2014. Vol. 117, N 3. P. 279—284. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.012
6. Kondilis E., Gavana M., Giannakopoulos S. et al. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece // *BMC Health Serv. Res.* 2011. Vol. 11. P. 234. DOI: 10.1186/1472-6963-11-234
7. Marinos G., Vasileiou I., Katsargyris A. et al. Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice // *Rural Remote Health.* 2009. Vol. 9, N 4. P. 1019.
8. Vasileiou I., Giannopoulos A., Klonaris C. et al. The potential role of primary care in the management of common ear, nose or throat disorders presenting to the emergency department in Greece // *Qual. Prim. Care.* 2009. Vol. 17, N 2. P. 145—148.
9. 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.
10. 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

1. Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: Health System Review. *Health Syst. Transit.* 2017;19(5):1—166.
2. Karakolias S., Polyzos N. The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece. *Health.* 2014;(6):809—821. DOI: 10.4236/health.2014.69103
3. Benos A., Lionis C., Koutis A. et al. Basic principles, positions and proposals for the development of primary health care in Greece. 2015.
4. Platis C., Kyritsi N. Institutional and organizational efforts to establish primary health care in Greece. In: Kavoura A. et al. (eds.) *Strategic Innovative Marketing and Tourism*. Cham; 2019:497—503. DOI: 10.1007/978-3-030-12453-3_56
5. Goranitis I., Siskou O., Liaropoulos L. Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy.* 2014;117(3):279—284. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.012
6. Kondilis E., Gavana M., Giannakopoulos S. et al. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Serv. Res.* 2011;11:234. DOI: 10.1186/1472-6963-11-234
7. Marinos G., Vasileiou I., Katsargyris A. et al. Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice. *Rural Remote Health.* 2009;9(4):1019.
8. Vasileiou I., Giannopoulos A., Klonaris C. et al. The potential role of primary care in the management of common ear, nose or throat disorders presenting to the emergency department in Greece. *Qual. Prim. Care.* 2009;17(2):145—148.
9. Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J. et al. Spain: Health System Review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(2):1—179.
10. Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: Health System Review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(4):1—230.