

# Реферат обзора

## Греция

### Основные положения

#### Введение

Греция – государство с парламентской демократией, расположенное на южной оконечности Балканского полуострова и состоящее из материковой части – Пелопонесского полуострова и более 3000 островов. В 2008 году в стране проживало 11,2 млн. человек. В ближайшем будущем Греция может столкнуться со следующими демографическими трудностями: старение населения, снижение естественного прироста и миграция.

За последние годы в стране отмечался быстрый рост экономических показателей, чему способствовал высокий уровень индивидуального потребления и активное инвестирование. Вместе с тем, в стране наблюдаются определенные сложности: высокий уровень инфляции и безработицы, продолжающийся спад в экономике с учетом международной ценовой конкурентной способности, постоянно увеличивающееся отрицательное сальдо, высокий уровень государственного долга, ВВП на душу населения, сильно отстающий от аналогичного среднего показателя по странам ЕС-15, неравенство по доходам, а также уровень бедности, который остается выше аналогичного среднего показателя в странах ЕС-27. В 2010 году экономика Греции испытала глубоко структурный многоплановый кризис, характеризующийся большим дефицитом бюджета, огромным государственным долгом, сокращением ВВП, растущей безработицей и снижением конкурентной способности экономики

страны. Греция получила дополнительное финансирование ЕС и МВФ при условии поведения жестких мер, направленных на сокращение дефицита бюджета и восстановление доверия участников рынка к экономике страны в будущем.

По показателям состояния здоровья населения Греция занимает хорошие позиции в рейтинге стран по сравнению со странами ОЭСР и ЕС: средняя продолжительность жизни составляет 82,5 лет у женщин и 77,8 лет у мужчин. Основными причинами смертности являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и нарушение мозгового кровообращения.

#### Организация и предоставление медицинских услуг

Греческая система здравоохранения сочетает в себе элементы государственного и частного секторов. В государственном секторе параллельно существуют созданная в 1983 году национальная служба здравоохранения (НСЗ) и система социального страхования. Система социального страхования состоит из большого числа фондов и разнообразных схем, которые находятся в юрисдикции Министерства занятости и социальной защиты (бывшее Министерство труда и социального обеспечения). Каждая страховая организация регулируется собственными законодательными актами и во многих случаях существует разница в страховых взносах, охвате населения, предоставляемой программе страхования и условиях предоставления услуг, что приводит к неравенству в доступе и финансировании

услуг. Министерство здравоохранения и социальной солидарности (ранее известное как Министерство здоровья и благосостояния) несет ответственность за планирование и регулирование НСЗ, однако часть полномочий была передана региональным управлениям здравоохранения. Вместе с тем, государство широкомасштабно регулирует систему здравоохранения и каждый аспект финансирования и предоставления медицинских услуг строго контролируется Министерством здравоохранения. К частному сектору относятся коммерческие больницы, диагностические центры и независимые медицинские практики. Большая часть организаций частного сектора предоставляет услуги ПМСП в рамках соглашений с фондами страхования.

Право на здоровье внесено в Конституцию Греции как социальное право. Право на получение медицинской помощи определяется по двум критериям. Первый охватывает амбулаторные услуги НСЗ, которыми могут воспользоваться только граждане Греции. Второй, в зависимости от места работы и страховых взносов, охватывает услуги, которые предоставляются и/или финансируются страховыми фондами, включая принадлежащие этим фондам городские поликлиники, стационарную помощь, оказываемую в больницах НСЗ, и частные медицинские учреждения, работающие по контракту со страховыми фондами. Малоимущие слои населения имеют право на получение бесплатного медицинского обслуживания в учреждениях НСЗ.

## Финансирование

Расходы на здравоохранение значительно выросли: как по подушевому показателю, исчисляемому в долларах США по паритету покупательской способности, так и в процентах от ВВП. Общие затраты на здравоохранение выросли с 6,6% в 1990 году до 9,6% ВВП в 2007 году, что выше среднего показателя в странах ОЭСР и ЕС-27. Уровень душевых расходов в Греции ниже среднего показателя в странах ОЭСР и в 2007 году составил 2727 долларов

США по ППС. В Греции на долю частных расходов здравоохранения приходится 39,7% всех расходов сектора, что значительно превышает аналогичный показатель в других странах. Данная ситуация свидетельствует о том, что механизмы разделения стоимости используются в меньшей степени, а преобладают прямые официальные и неформальные платежи граждан. Высокий уровень официальных и неформальных платежей граждан свидетельствует о нарушении справедливости. Вместе с тем, широко распространенное уклонение от уплаты налогов и взносов на социальное обеспечение, а также преобладающее косвенное налогообложение приводят к тому, что государственное финансирование здравоохранения носит чрезвычайно регрессивный характер, возлагая непропорционально большое бремя на группы населения с низким уровнем доходов.

За последние 27 лет был отмечен постоянный рост расходов на здравоохранение, как в абсолютном, так и в относительном выражении. При этом рост происходил разными темпами. За период с 2000 по 2007 год средний годовой прирост общих расходов на здравоохранение в постоянных ценах составил 7,2%, что выше аналогичного показателя за периоды с 1980 по 1989 год и с 1990 по 1999 год. За период с 1980 по 2007 год средний годовой прирост общих расходов на здравоохранение почти в два раза превышал средний годовой прирост ВВП, при этом наблюдался пропорциональный рост государственных и частных расходов на здравоохранение.

В системе здравоохранения Греции механизмы оплаты услуг поставщиков не стимулируют последних к повышению эффективности и качественной помощи. Медицинские учреждения НСЗ функционируют в рамках фиксированного государственного бюджета, определяемого на основе исторически сложившегося уровня и покрывающего текущие и капитальные расходы, им также возмещаются расходы на оказание медицинской помощи застрахованным на ретроспективной основе. Государственные больницы сталкиваются с ситуацией дефицита бюджета по следующим причинам:

отсутствие стимулов к соблюдению рамок установленного бюджета, задержки в возмещении расходов фондами социального страхования, а также низкие цены на медицинские услуги в сравнении с фактической стоимостью пребывания в стационаре. На разрешение данных вопросов правительство регулярно выделяет средства в виде государственных бюджетных субсидий. Врачи, работающие в государственных больницах и центрах здоровья, являются сотрудниками, работающими на условиях полной занятости и получающие оклад. Они не имеют права работать в частном секторе. Врачи, работающие по контракту в амбулаторных учреждениях, финансируются по количеству оказанных услуг. Поскольку оплата труда врачей никаким образом не зависит от результатов их деятельности и отсутствуют механизмы мониторинга, складывается ситуация, при которой медицинские сотрудники вынуждены подрабатывать в частном секторе даже без официального на то разрешения, и, соответственно, меньше уделять внимания государственной службе.

Всему населению Греции предоставляется медикаментозная помощь, и расходы на выписанные врачом медикаменты возмещаются за счет средств социального страхования по тарифным планам. Размер соплатежей за лекарственные препараты определяется видом заболевания и уровнем дохода. Цены на все лекарства устанавливаются правительством и рассчитываются по усредненному показателю нижнего порога расценок в странах ЕС и Швейцарии. Несмотря на ценовое регулирование со стороны правительства, расходы на медикаментозные препараты значительно выросли в связи с отсутствием механизмов контроля объемов потребления.

## Материальные и трудовые ресурсы

Несмотря на быстрый рост частного сектора за последние десять лет, государственные больницы используются больше частных и наблюдается тенденция роста производительности государственных больниц. Показатели средней продолжительности госпитализации и числа коек в больницах краткосрочного лечения снизились, в то время как показатели занятости койки и числа выписанных больных увеличились. Однако требуется проводить работу по улучшению этих показателей. В целях совершенствования управления больницами и поддержания инфраструктуры в 2007 году правительство внедрило форму государственно-частного партнерства для новых больниц. Вместе с тем, значительно выросло число частных диагностических центров, что привело к переизбытку дорогостоящего биомедицинского оборудования на рынке услуг. В период с 2001 по 2004 год правительством была предпринята попытка разработать и внедрить так называемую «карту здоровья и благосостояния» в качестве инструмента распределения ресурсов здравоохранения и контроля капиталовложений. Однако этот процесс не был завершен.

Число занятых в здравоохранении выросло с 2,6% от общей численности занятых в экономике в 1980-х годах до 4% в 2004 г. По сравнению с другими странами ОЭСР и ЕС в Греции численность врачей и стоматологов очень высока. Помимо этого, количество врачей узких специалистов на 1000 жителей остается высоким, а количество врачей общей практики – одним из самых низких. Несмотря на то, что обеспеченность медсестрами несколько возросла, этот показатель остается в Греции еще низким. Несмотря на переизбыток врачей, греческие больницы сталкиваются с острой нехваткой врачей. Для медицинских

сестер эта проблема ощущается еще острее. Приостановка набора персонала в связи с тяжелым экономическим положением привела к тому, что большое количество отделений интенсивной терапии было закрыто, а многие государственные больницы функционируют ниже своих операционных мощностей, что приводит к увеличению времени ожидания госпитализации. Наблюдается крайне неравномерное распределение врачей стоматологов и медсестер по регионам страны. Неравенство в доступе к медицинской помощи также отражается в неравномерном региональном распределении коечного фонда.

## Проблемы и реформы

В начале нового столетия страна столкнулась с рядом взаимообусловленных трудностей: поддержание должного контроля над государственными расходами в условиях ограниченных финансовых возможностей, повышение качества и технической эффективности оказания медицинских услуг, достижение более эффективного распределения ресурсов, а также достижение более справедливого распределения бремени финансирования и предоставляемых бесплатных услуг населению. В результате система здравоохранения оказалась в центре внимания правительства, которое приняло ряд мер по улучшению ситуации. В 2001-2004 гг. были приняты нормативно-правовые акты, направленные на: создание региональных органов управления здравоохранением; изменение структур управления больницами с введением должности директора больницы; введение предварительной системы оплаты государственных больниц с постепенным внедрением метода глобального бюджета для стационара и его отделений, разработку бизнес-планов; открытие дневных стационаров, оплачиваемых по объему оказываемых услуг, где врачи смогут оказывать помощь за счет личных средств граждан; улучшение процесса трудоустройства, согласно которому врачи

получат право на работу в государственных больницах на постоянной основе после двух успешно продленных контрактов, каждый сроком по пять лет; введение нового регламента для поставщиков оборудования и материалов для медицинских учреждений; создание инспекции, регулирующей и проводящей мониторинг оказания медицинских и социальных услуг и направленной на повышение качества и эффективности; создание организациями социального страхования оптимальной сети учреждений ПМСП и семейных врачей; превращение поликлиник, принадлежащих системе социального страхования, в городские центры здоровья; создание новых медицинских служб по обеспечению помощи на дому, послеоперационного ухода и реабилитации.

Большая часть из вышеперечисленных мер была отменена после выборов 2004 года и смены правительства. Вместо нового механизма управления больницами было введено ранее использовавшееся политическое администрирование. Меры, направленные на введение предварительной системы оплаты и реорганизации первичного звена, не были исполнены. Отмена в 2006 году позитивного списка медикаментов и принятие возмещаемых цен, оплачиваемых за счет средств бюджета и социального страхования, не привели к желаемым результатам по сокращению расходов в этом сегменте. Это можно объяснить отсутствием мер, направленных на изменение отношения врачей к самому процессу выписки медикаментов.

Основная проблема системы здравоохранения Греции заключается в несоответствии заявленных целей проводимым далее мерам и внедряемому законодательству. Некоторые реформы системы были либо проведены частично, либо отменены. В то же время изменения, введенные по ряду реформ, носили кратковременный характер, поскольку сами реформы были приостановлены на стадии внедрения.

Данная ситуация объясняется следующими объективными причинами: зависимость от проводимого курса, определяемого под воздействием клиентов, политический сепаратизм, конфликт между политическими партиями и экономическими интересами, противодействие со стороны медицинской общественности, отсутствие консенсуса, низкий административный потенциал и слабость гражданского общества.

В Греции не была создана всеобщая система здравоохранения с универсальным охватом. Ввиду отсутствия единого пакета реформ, обеспеченного достаточным государственным финансированием и политической поддержкой, в стране функционирует несколько подсистем, различающихся формой организации и системой управления. Организационная структура системы здравоохранения Греции устарела: преобладают принципы клинической медицины и предоставление

стационарной помощи, отсутствуют соответствующие подразделения планирования или информационная система, адекватно отражающая показатели состояния здоровья, потребления медицинских услуг и их стоимости. Кроме того, правительство ведет себя пассивно в отношении системы здравоохранения и не принимает мер, направленных на удовлетворение нужд населения в услугах общественного здравоохранения и первичного звена. Дальнейшие реформы должны быть направлены на структурную унификацию системы здравоохранения и касаться следующих первоочередных вопросов: реструктуризация первичного звена, объединение финансовых ресурсов, изменение системы оплаты медицинских учреждений, введение новых методов управления и администрирования, введение механизмов обеспечения эффективности затрат и мониторинга, развитие стратегий по улучшению системы распределения ресурсов.