

# Расходы на здравоохранение в Европе: вступая в новую эру

## Краткий обзор

## Барселонский офис ВОЗ по финансированию систем здравоохранения

Барселонский офис ВОЗ является центром передового опыта и знаний в области финансирования здравоохранения для всеобщего охвата услугами здравоохранения. Он работает с государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ в целях содействия принятию решений, основанных на доказательствах и фактических данных.

Ключевой частью работы офиса является проведение оценок прогресса, достигнутого странами и регионом в целом в области достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, посредством мониторинга финансовой защиты - влияния выплат из кармана за услуги здравоохранения на уровень жизни и бедность. Финансовая защита является одним из основных показателей эффективности систем здравоохранения и одним из индикаторов Целей устойчивого развития.

Офис оказывает поддержку странам в области формулирования политики, мониторинга прогресса и разработки реформ посредством мероприятий в сфере диагностики проблем систем здравоохранения, анализа специфических для стран вариантов политики, диалога высокого уровня по вопросам политики, и обмена международным опытом. Офис также проводит учебные курсы ВОЗ по финансированию здравоохранения и укреплению систем здравоохранения для улучшения показателей здоровья.

Офис был открыт в 1999 году, и осуществляет свою деятельность при поддержке правительства автономного сообщества Каталония, Испания. Он входит в структуру отдела страновых стратегий и систем здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ.



# Расходы на здравоохранение в Европе: вступая в новую эру

Краткий обзор

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

#### © Всемирная организация здравоохранения 2021

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке «Spending on health in Europe: entering a new era. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

**Образец библиографической ссылки:** Расходы на здравоохранение в Европе: вступая в новую эру. Краткий обзор. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Данные каталогизации перед публикацией (CIP).** Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

**Приобретение, авторские права и лицензирование.** По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

**Материалы третьих сторон.** Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

**Оговорки общего характера.** Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

# Аннотация

В настоящем отчете представлен анализ расходов на здравоохранение в 53 странах Европейского региона ВОЗ в период с 2000 по 2018 г. (последний год, за который имеются данные, сопоставимые на международном уровне). В нем рассмотрены ключевые модели и тенденции изменений расходов на здравоохранение в течение времени и в разных странах в разрезе следующих направлений : расходы на здравоохранение до пандемии COVID-19; степень приоритетности расходов на здравоохранение в государственных бюджетах; неблагоприятные влияния выплат из карман (прямые платежи, осуществляемые населением) на финансовую защиту населения; механизмы обязательного финансирования здравоохранения и их влияние на прогресс в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения; расходы на первичную медико-санитарную помощь; последствия COVID-19 для расходов на здравоохранение; роль государственной политики в смягчении негативных последствий пандемии и повышении устойчивости системы здравоохранения к негативным внешним воздействиям.



# СОДЕРЖАНИЕ

---

Расходы на здравоохранение до пандемии COVID-19	7
Выделение средств на здравоохранение – это политический выбор	8
Эволюция обязательного финансирования здравоохранения	9
Отслеживание расходов на первичную медико-санитарную помощь и их приоритетность в государственных бюджетах	11
COVID-19: значение в контексте расходов на здравоохранение	12





# Расходы на здравоохранение до пандемии COVID-19

**До начала пандемии COVID-19 расходы сектора здравоохранения росли быстрее, чем экономика в целом.** Доля расходов здравоохранения в валовом внутреннем продукте (ВВП) увеличилась с 6,4% в 2000 г. до 7,5% в 2018 г. В абсолютных цифрах текущие расходы на здравоохранение выросли с 1,4 трлн до 2,2 трлн долл. США (в постоянных долларах 2018 г.).

**Суммарный разрыв в объеме расходов на здравоохранение между странами с высоким и средним уровнем дохода сокращается, однако остаются значительные неравенства между отдельными странами.** В сравнении со странами с высоким уровнем дохода расходы на здравоохранение в странах со средним уровнем дохода росли гораздо быстрыми темпами. В результате, если в 2000 г. в странах с высоким уровнем дохода подушевые расходы на здравоохранение были в 51 раз выше, чем в странах со средним уровнем дохода, то к 2018 г. эта разница сократилась до 28 раз.

**Несмотря на то, что расходы сектора здравоохранения выросли, многие страны по-прежнему в значительной степени зависят от выплат из кармана.** В 2018 г. в Европейском регионе ВОЗ государственные расходы на здравоохранение составили 64% текущих расходов на здравоохранение, а выплаты из кармана – 30%. Эти доли с течением времени не менялись, поскольку в странах с уровнем дохода выше среднего темпы роста выплат из кармана на душу населения росли быстрее, чем темпы роста государственных расходов на здравоохранение.

**Выплаты из кармана по-прежнему являются преобладающим источником финансирования почти во всех странах с уровнем дохода ниже среднего и в трети стран с уровнем дохода выше среднего, что свидетельствует о медленном прогрессе в ходе достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).** За последние 10 лет зависимость от выплат из кармана либо совсем не уменьшилась, либо достигнутые изменения носили крайне ограниченный характер, и это не дает обеспечивать ощутимый прогресс в достижении ВОУЗ. Хотя многие страны увеличили государственные расходы на здравоохранение, что имеет решающее значение для ВОУЗ, им также необходимо добиваться сокращения уровня выплат из кармана в целях решения проблем, связанных с неудовлетворенными потребностями в медицинской и стоматологической помощи и с финансовыми трудностями, которые вынуждены испытывать люди, пользующиеся услугами здравоохранения. Оба этих негативных фактора непропорционально сильно влияют на менее обеспеченные домохозяйства и другие группы населения, находящиеся в уязвимых ситуациях.

**Роль внешнего финансирования в странах с низким и средним уровнем дохода остается важной, однако она снизилась, что свидетельствует об ослаблении международной солидарности.**

В 2018 г. внешнее финансирование здравоохранения в Европейском регионе составило 1 млрд долл. США. Оно имеет более значительную роль в странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего; таким образом, в 2018 году уровень внешнего финансирования составил 3% от текущих расходов на здравоохранение в 2018 г. (по сравнению с 6% в 2010 г.).

## Выделение средств на здравоохранение – это политический выбор

**В большинстве стран Европейского региона расходы на здравоохранение росли быстрее, чем экономика.** Однако в 11 странах экономика росла более быстрыми темпами, чем текущие расходы на здравоохранение, что свидетельствует о неполном использовании растущего экономического и финансового потенциала для инвестирования в здравоохранение.

**Государственные расходы на здравоохранение росли быстрее, чем выплаты из кармана, однако такая динамика отмечалась преимущественно в странах с высоким уровнем дохода.** Хотя текущие расходы на здравоохранение увеличились почти повсеместно, государственная доля в этих расходах повысилась только в 31 из 52 стран. Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения росли более быстрыми темпами, чем выплаты из кармана в 29 странах, в основном в странах с высоким уровнем дохода, что отражает межстрановые различия в бюджетном потенциале и в политическом выборе приоритетов государственного финансирования.

**Существуют значительные различия в том, какую часть государственного бюджета страны выделяют на здравоохранение.**

**В 2018 г.** доля государственного бюджета, выделяемого на здравоохранение, колебалась от менее 3% в Азербайджане до 23% в Германии и Ирландии. Во всех странах с уровнем дохода ниже среднего, в большинстве стран с уровнем дохода выше среднего и в четверти стран с высоким уровнем дохода эта доля составила менее 12%. Со временем увеличивался разрыв между странами с высоким уровнем дохода и с уровнем дохода выше среднего в отношении приоритетности здравоохранения при распределении государственного бюджета.

**Большие выплаты из кармана населения ослабляют финансовую защиту.** Распространенность катастрофических выплат из кармана, как правило, находится на низком уровне в тех странах, где доля выплат из кармана в структуре общих расходов на здравоохранение

не превышает 15%. В 2018 г. доля выплат из кармана составила более 15% в 40 странах из 53. Опыт ряда стран свидетельствует о том, что государственное финансирование услуг здравоохранения позволяет гораздо эффективнее сокращать объемы выплат из кармана, чем добровольное медицинское страхование. Для укрепления финансовой защиты, улучшения доступа к услугам здравоохранения и прогресса в ходе достижения ВОУЗ и целей устойчивого развития (ЦУР) - странам необходимо увеличивать объемы государственного финансирования системы здравоохранения и уделять пристальное внимание дизайну политики охвата услугами здравоохранения.

**Расходы на здравоохранение в значительной степени отражают политический выбор в отношении того, какую часть государственного бюджета следует выделять на здравоохранение и обеспечение охвата услугами, направленными на сокращение выплат из кармана.** Несмотря на то, что в странах со средним уровнем дохода фискальный потенциал более ограничен, правительства стран с любым уровнем дохода имеют выбор. Некоторые правительства, несмотря на рост объемов доступных средств, не увеличили или даже снизили долю сектора здравоохранения в государственных расходах. Придание здравоохранению большего стратегического веса в странах со средним уровнем дохода позволило бы им сократить разрыв со странами с высоким уровнем дохода и дало бы возможность Европейскому региону вступить в новую эру, в которой государственные расходы на здравоохранение будут определяться не только уровнем экономического развития, но и конкретными политическими приоритетами.

## Эволюция обязательного финансирования здравоохранения

**Страны Европейского региона в основном организуют обязательное финансирование здравоохранения через государственные схемы или механизмы медико-социального страхования (МСС).** Лишь две страны приняли решение организовать обязательное финансирование здравоохранения через программы частного медицинского страхования (ЧМС).

**Тип используемой в той или иной стране схемы обязательного финансирования здравоохранения (государственное, МСС или обязательное ЧМС) может определяться историческими традициями и меняется с течением времени.** Некоторые страны – главным образом в Западной Европе – отошли от механизмов, основанных на статусе трудовой занятости, чтобы расширить охват услугами здравоохранения на все население. Другие страны, и все они за пределами Западной Европы, вновь ввели схемы, основанные на занятости, в попытке обеспечить дополнительные государственные инвестиции в здравоохранение или преодоление жестких правил управления государственными финансами.

**Доля схем МСС в обязательных расходах на здравоохранение снизилась в странах с высоким уровнем дохода и в настоящее время наиболее значительна в странах с уровнем дохода выше среднего.** В 2018 г. доля обязательных расходов на здравоохранение по схеме МСС была самой высокой в странах с уровнем дохода выше среднего и самой низкой в странах с уровнем дохода ниже среднего.

**Схемы МСС, как правило, финансируются за счет сочетания взносов социального страхования и доходов из государственного бюджета.** Когда расходы схем МСС разбиваются по источникам поступлений средств, то становится ясно, что государственный бюджет является весьма существенным источником во многих странах при любом уровне дохода.

**Разрывы в охвате услугами населения более выражены в странах, которые в основном финансируются через схемы МСС.** Эта четкая закономерность является следствием стратегического выбора. В государственных схемах право на получение услуг здравоохранения преимущественно связано с местом постоянного проживания, в то время как в схемах МСС это право обычно основывается на статусе трудовой занятости и выплате взносов, что систематически ставит в невыгодное положение людей, находящихся в уязвимых ситуациях. Чтобы добиться прогресса в ходе достижения ВОУЗ, некоторые страны, использующие схемы МСС, изменили основу для получения права на услуги, выбрав в качестве привязки не уплату взносов, а местожительство.

**Между странами с государственными схемами и схемами МСС нет никаких систематических различий в уровне достижения ВОУЗ, измеряемом с помощью индекса охвата услугами или с расчетом доли домохозяйств с катастрофическими выплатами из кармана на здравоохранение.** Степень, в которой страна полагается не на выплаты из кармана, а на обязательные расходы на здравоохранение, и дизайн политики охвата услугами здравоохранения - оказывают большее влияние на показатели ВОУЗ, чем способ финансирования обязательных расходов на здравоохранение.

**Традиционные различия между МСС и схемами налогового финансирования теряют свое значение.** Эти классификации не определяют источники дохода и маскируют тот факт, что все формы обязательной предоплаты с объединением рисков предлагают людям *страхование*. Ключевой вопрос политики заключается в том, насколько эффективно различные системы здравоохранения справляются с поставленными в рамках ВОУЗ целями обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения с гарантированной финансовой защитой. Расширив базу государственного финансирования, включив в нее ассигнования из государственного бюджета и отменив привязку права на медицинское обслуживание к уплате взносов, некоторые страны фактически устранили две ключевые черты традиционных схем МСС, которые ограничивают прогресс в ходе достижения ВОУЗ. В новую эру финансирования здравоохранения в контексте ВОУЗ ликвидация этих барьеров станет важной частью реформ системы здравоохранения.

## Отслеживание расходов на первичную медико-санитарную помощь и их приоритетность в государственных бюджетах

**Информация о расходах на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) и о том, как эти расходы финансируются, имеет жизненно важное значение для мониторинга прогресса стран и регионов в достижении ВОУЗ.** Мониторинг расходов на ПМСП, особенно государственных, показывает, в какой степени страны уделяют приоритетное внимание обеспечению услуг ПМСП, которыми могли бы пользоваться населения, не испытывая финансовые трудности. Отслеживание расходов на ПМСП стандартным способом между странами позволяет выявить тенденции и различия в расходах на ПМСП, а также области, требующие улучшения. Почти 40 стран Европейского региона собирают данные о расходах на ПМСП применяя методологию Систем Счетов Здравоохранения 2011 (ССЗ-2011), но еще имеются резервы для улучшения сбора этих данных. Восемь из этих стран также сообщают о расходах на ПМСП в разбивке по источникам финансирования, что позволяет отдельно отследить долю государственных расходов на ПМСП. Проведенный анализ демонстрирует разнообразие расходов на ПМСП в Европейском регионе. А также он (отчет) подчеркивает пробелы в отчетности стран и необходимость в более качественных методах сбора данных, повышающих уровень международной сопоставимости.

**На ПМСП приходится менее половины текущих расходов на здравоохранение.** Расходы на ПМСП составляют в среднем 42% от текущих расходов на здравоохранение в 37 странах, рассматриваемых в данной главе, однако между ними существуют значительные различия. Из расчета на душу населения больше всех тратит Швейцария (3923 долл. США), меньше всех – Таджикистан (27 долл. США). Также различается по странам структура расходов на ПМСП. Наибольшая доля расходов ПМСП приходится на амбулаторную помощь общего профиля и лекарственные средства для амбулаторного лечения.

**Приоритет, который страны отдают ПМСП при распределении государственных расходов на здравоохранение существенно варьируются.** Среди восьми стран, по которым имеются данные о расходах на ПМСП в разбивке по источникам финансирования, доля государственных расходов на ПМСП колеблется от 42% в Армении до 12% в Грузии. Объем государственных расходов на ПМСП как доля ВВП колеблется от 1,2% в Республике Молдова и Российской Федерации до 0,3% в Грузии. Если бы эти страны инвестировали в ПМСП дополнительно 1% от ВВП, то это повысило бы сумму подушевых государственных расходов на ПМСП в Республике Молдова, Грузии и Российской Федерации на 32, 44 и 115 долл. США соответственно.

**ВОЗ призывает все страны инвестировать в ПМСП дополнительно 1% от ВВП.** Увеличение государственных ассигнований на ПМСП – это наиболее экономически эффективный способ добиться прогресса в ходе достижения ВОУЗ. Данная мера создает возможности для решения следующих задач: улучшение доступа к услугам здравоохранения в странах со средним уровнем дохода; повышение качества и эффективности услуг, ориентированных на нужды людей, в странах с высоким уровнем дохода; повышение степени финансовой защиты во всех странах, особенно если это сопровождается усилиями по укреплению политики охвата услугами. Тщательно отслеживая расходы на ПМСП и увеличивая государственные расходы на ПМСП дополнительно на 1% от ВВП, страны откроют для себя принципиально новый этап в развитии финансирования здравоохранения.

## COVID-19: значение в контексте расходов на здравоохранение

**Неспособность справиться с COVID-19 привела к самым тяжелым за последние десятилетия экономическим потрясениям.** Коронавирус не только ударил по странам сильнее, чем мировой финансовый кризис, но и затронул гораздо более широкую группу стран Европейского региона. Без незамедлительного принятия интенсивных стратегических мер восстановление экономики может растянуться на более долгие сроки и быть более неравномерным, чем предсказывают прогнозы, усугубляя социально-экономические неравенства как внутри стран, так и между ними.

**В 2020 г. странам удалось быстро мобилизовать дополнительные средства для систем здравоохранения. Достигнутый более высокий уровень государственных инвестиций будет необходимо поддерживать в предстоящие годы** в целях финансирования следующих видов деятельности: лечение и профилактика COVID-19; устранение отставания, вызванного широко распространенными сбоями в работе служб здравоохранения; смягчение негативных последствий для здоровья, связанных с недополучением необходимых услуг медицинской помощи, потерей работы и материальными трудностями; укрепление готовности к будущим потрясениям.

**Политика в области финансирования здравоохранения менее устойчива к экономическим потрясениям в тех странах, где государственные расходы на здравоохранение являются низкими по отношению к ВВП, а выплаты из кармана, напротив, велики, что влечет за собой значительные пробелы в охвате услугами здравоохранения.** Системы здравоохранения также уязвимы к экономическим потрясениям в тех условиях, когда государственные расходы на здравоохранение в значительной степени зависят от трудовой занятости (схемы МСС), доступ к услугам здравоохранения связан со статусом медицинского страхования, а антициклические механизмы смягчения последствий роста безработицы и падения заработной платы отсутствуют или слабы.

**Хорошо продуманная государственная политика может смягчить негативное воздействие COVID-19 и повысить устойчивость системы здравоохранения.** Страны могут предпринять, в частности, следующие ключевые шаги: расширение базы государственных доходов для системы здравоохранения; внедрение и укрепление автоматических стабилизаторов; отказ от увязки доступа к услугам здравоохранения со статусом медицинского страхования; пересмотр правил сооплаты в целях финансовой защиты населения, подверженных риску бедности или социальной изоляции, а также лиц с хроническими заболеваниями; изменение приоритетов государственного бюджета для обеспечения устойчивого роста государственных расходов на здравоохранение; использование механизмов приоритизации и других инструментов таким образом, чтобы дополнительные государственные инвестиции в систему здравоохранения отвечали целям справедливости и эффективности.

**В условиях сокращения бюджетных поступлений страны могут столкнуться с трудностями в обеспечении роста государственных доходов для здравоохранения, однако режим жесткой экономии – это не выход из положения.** Жесткая экономия в секторе здравоохранения в ответ на глобальный финансовый кризис снизила государственные расходы на здравоохранение и при этом привела к замедлению прогресса в ходе достижения ВОУЗ и к углублению социально-экономического неравенства. Правительства, стремящихся поставить улучшение жизни людей и повышение их уровня жизни во главу угла в рамках восстановления после COVID-19, могут использовать в качестве обоснования следующие два фактора. Во-первых, международные финансовые институты настоятельно рекомендуют странам продолжать инвестировать в системы здравоохранения, признавая ущерб, нанесенный ранее жесткой экономией, и важность сектора здравоохранения для благосостояния общества, экономического развития и обеспечения устойчивости к будущим потрясениям. Государства должны продолжать поддерживать продуманные инвестиции в сектор здравоохранения и благосостояние населения в долгосрочной перспективе. Во-вторых, этот сдвиг в мышлении тесно связан с общественными предпочтениями. Опрос за опросом, проведенные за последние 10 лет, показывают, насколько люди ценят наличие полноценного доступа к услугам здравоохранения.

**Восстановление экономики невозможно без обеспечения безопасности в области здравоохранения. Для решения этой задачи нужны политическая воля, совершенствование налоговых систем и международная солидарность.** Многие из того, что люди ценят больше всего в жизни, может быть достигнуто только посредством действий государства, располагающего нужным объемом ресурсов. Реформирование систем налогообложения, так чтобы они были более эффективными, справедливыми, обеспечивающими оптимальное перераспределение средств и согласованными с политикой, направленной на укрепление здоровья и благосостояния населения, послужит на пользу всем странам. Маловероятно, что во всех частях Европейского региона удастся увеличить инвестиций в сектор здравоохранения и в другие социальные нужды без укрепления международной солидарности.







## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

## Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

## Государства-члены

Австрия	Израиль	Норвегия	Туркменистан
Азербайджан	Ирландия	Польша	Турция
Албания	Исландия	Португалия	Узбекистан Украина
Андорра	Испания	Республика Молдова	Финляндия Франция
Армения	Италия	Российская Федерация	Хорватия Черногория
Беларусь	Казахстан	Румыния	Чехия
Бельгия	Кипр	Сан-Марино	Швейцария
Болгария	Кыргызстан	Северная Македония	Швеция
Босния и Герцеговина	Латвия	Сербия	Эстония
Венгрия	Литва	Словакия	
Германия	Люксембург	Словения	
Греция	Мальта	Соединенное	
Грузия	Монако	Королевство	
Дания	Нидерланды	Таджикистан	