

А. В. Беляков

**ОПЫТ ЕВРОПЕЙСКОГО
СОЮЗА В ОБЛАСТИ
РЕГУЛИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ЮСТИЦ  **ИНФОРМ**
Москва
2015

АНТОН БЕЛЯКОВ

**Опыт Европейского Союза
в области регулирования
здравоохранения**

«Юстицинформ»

2015

УДК 34
ББК 341.96:67.403

Беляков А. В.

Опыт Европейского Союза в области регулирования
здравоохранения / А. В. Беляков — «Юстицинформ», 2015

ISBN 978-5-7205-1268-2

В монографии освещается опыт Европейского союза в области обеспечения здравоохранения и проблемы снабжения населения лекарственными средствами. Рассматриваются вопросы законодательного регулирования перемещения и трудоустройства медицинского персонала в рамках ЕС, а также возможность получения медицинской помощи лицам, находящимся на территории государства не своего гражданства. Для специалистов в области европейской интеграции, студентов, аспирантов, практических работников, а также для широкой читательской аудитории.

УДК 34
ББК 341.96:67.403

ISBN 978-5-7205-1268-2

© Беляков А. В., 2015
© Юстицинформ, 2015

Содержание

Введение	6
Глава I	8
1. Краткий очерк развития и формирования современного Европейского союза	8
2. Проблемы организации здравоохранения в ЕС: соотношение компетенций Союза и государств-членов	12
3. Нормативные основы системы здравоохранения в Европейском союзе	18
Глава II	23
1. Основные положения	23
Конец ознакомительного фрагмента.	25

А.В. Беляков
Опыт Европейского Союза в области
регулирования здравоохранения
АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА

Рецензенты:

Капустин Анатолий Яковлевич – доктор юридических наук, профессор, первый заместитель директора Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, президент Ассоциации международного права;

Мишальченко Юрий Владимирович – доктор юридических наук, доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры мировой экономики и международных экономических отношений Санкт-Петербургского государственного экономического университета;

Шинкарецкая Галина Георгиевна – доктор юридических наук, главный научный сотрудник сектора международно-правовых исследований Института государства и права Российской академии наук.

INTERNATIONAL LAW ASSOCIATION

A.V. BELYAKOV

**EXPERIENCE OF THE EUROPEAN UNION IN THE FIELD OF HEALTHCARE
REGULATION**

Moscow

YUSTITSINFORM

2015

Reviewers:

Kapustin Anatoly Yakovlevich – Doctor of Law, Professor, Deputy Director of the Institute of Legislation and Comparative Law under the Government of the Russian Federation, President of the International Law Association;

Mishalchenko Yuri Vladimirovich – Doctor of Laws, Doctor of Economics, Professor, Department of International Economic Relations, St. Petersburg State University of Economics and Finance;

Shinkaretskaya Galina Georgievna – JD, Chief Research Fellow, Department of international legal research of the Institute of State and Law of the Russian Academy of Sciences

The monograph highlights the experience of the European Union in the fields of public health and supply of the population with drugs. The issues touched upon include legislative regulation of movement and employment of medical staff in the EU, as well as access to health care for persons outside of their national state's territory.

For professionals in the field of European integration, students, practitioners, as well as for a wide readership.

© LLC «Yustitsinform», 2015

Введение

Забота о здоровье людей – это долг государства. Спорить с этим невозможно. Практически все современные государства объявляют себя «welfare state» (государством всеобщего благосостояния), т. е. государством, пекущимся о благе всех на его территории. Другое название для этого явления – социальное государство.

Идея «welfare state» распространилась в Европе после революций XVIII и XIX веков, когда получили развитие принципы равенства и солидарности. Следствием этого были идеи социального обеспечения и государственного медицинского обслуживания. Никто другой, кроме государства, не может быть гарантом в этой области – области чрезвычайно сложной и многокомпонентной.

Задача медицинского и социального обслуживания населения не может быть легкой ни в каком государстве. Готовясь к защите своей кандидатской диссертации, я изучал проблемы обеспечения здравоохранения в Российской Федерации¹ и уже тогда столкнулся с тем, что эти проблемы не решаются изолированно в отдельном государстве, поскольку существует еще обширное международное право, которое обязывает государство учитывать те правила здравоохранения, которые согласованы во всемирном масштабе. Такое международное сотрудничество не только легко объяснимо, но и просто неизбежно: вирусы и микробы не понимают, что такое государственные границы, и легко их пересекают. И сами люди не сидят на месте, активно передвигаясь по миру, и переносят все это с собой, и хотят, чтобы их лечили, где бы они ни были.

С другой стороны, государства внимательно смотрят друг на друга и перенимают опыт, чтобы зря не изобретать велосипед, сплачивают свои усилия в борьбе за здоровье и благополучие населения.

В странах Европейского союза действуют те же закономерности, но кроме того, что государства сами принимают меры к охране здоровья населения и учитывают международные правила, они еще должны учитывать решения, принимаемые органами ЕС, потому что многие функции государств-членов ЕС переданы Европейскому союзу.

Разобраться во всем этом и есть цель данной книги.

Данная тема практически не изучена в российской юридической науке², что объясняет, в частности, отсутствие ссылок на российских авторов в нашем исследовании. Более того, если мы обратимся к учебным пособиям по европейскому праву, то обнаружим, что среди основных отраслей и сфер регулирования европейского права здравоохранению уделяется наименьшее внимание³. В связи с этим может сложиться ложное впечатление, что европейское право практически не вмешивается в сферу здравоохранения.

С одной стороны, такую ситуацию легко оправдать: любая интеграция государств начинается со сфер, в которых государствам проще всего поделиться своей компетенцией, т. е. со сфер, не касающихся суверенитета государства, а конкретнее – с экономики. Здравоохранение же является сферой, затрагивающей финансовое равновесие бюджета любого государства и отчислений его граждан, и, как следствие, относится к социально-экономической сфере, в которой государства предпочитают сохранять свои полномочия. С другой стороны, общеевропейские институты были бы рады не заниматься такими социальными вопросами, как здра-

¹ Беляков А.В. Международно-правовые проблемы обеспечения здравоохранения. Автореф. дисс. к.ю.н. М., 2009.

² Среди немногочисленных исследований мы можем назвать следующие: *Бартенев Д.Г.* Право на охрану здоровья в условиях европейской интеграции. Правоведение. 2002. № 4 (243). С. 172–185; *Салтман С.Е., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. 2000. 431 с.

³ См., напр.: *Право Европейского союза: Учебник / Под ред. С.Ю. Капчина.* М.: Юрист, 2004. С. 675.

вохранение, если бы они косвенно не влияли на основные экономические цели Евросоюза – содействие свободному движению товаров, услуг и капитала. Именно неотъемлемая связь экономической сферы с социальной и привела к появлению того, что сегодня можно назвать европейским социальным пространством⁴.

Действительно, европейское законодательство в сфере здравоохранения появилось именно в связи с необходимостью эффективного обеспечения движения рабочей силы в рамках Европейских сообществ, эффективного обеспечения движения товаров и услуг, а также для реализации законодательства о защите конкуренции. Создание общего рынка было бы невозможным без включения всех сфер жизнедеятельности в законодательство Евросоюза о свободном перемещении товаров, услуг и капитала.

Именно по этой причине в европейское законодательство о свободном движении рабочей силы были включены положения о режимах социального обеспечения работников, осуществляющих свою профессиональную деятельность в других странах-участниках ЕС⁵, что позволило гарантировать получение медицинского обслуживания за рубежом (в другой стране ЕС) за счет медицинской страховки из страны, гражданином которой является иностранный работник. Это и заложило основы свободного движения пациентов на территории ЕС.

По тем же причинам в европейское законодательство о свободном движении рабочей силы были внесены положения о взаимном признании дипломов и иных квалификационных документов в области здравоохранения⁶. Это и заложило основы свободного движения работников медицинского сектора, позволив им заниматься профессиональной деятельностью в других странах ЕС, т. е. странах, помимо тех, где они получали профессиональное образование.

Наконец, для полноценной реализации концепции свободного движения товаров она должна была распространяться и на медикаменты, в целях чего были приняты соответствующие общеевропейские нормативные акты⁷. Таким образом, европейское фармацевтическое законодательство, как и другие отрасли европейского законодательства в области здравоохранения, также создавалось, в первую очередь, на основе экономических принципов.

Помимо прав пациента на получение медицинских услуг за рубежом (в другой стране ЕС), прав медицинского работника на осуществление профессиональной деятельности за рубежом (в другой стране ЕС) и общеевропейского фармацевтического законодательства, существуют и другие области здравоохранения, более или менее напрямую регулируемые общеевропейским правом (напр., путем применения законодательства о конкуренции к медицинским учреждениям). Тем не менее, мы согласимся с зарубежными авторами в том, что указанные области здравоохранения, регулируемые европейским правом, являются основными в законодательстве ЕС о здравоохранении⁸.

⁴ См.: *Каргалова М.В.* Социальное пространство как составная часть инновационного пространства Европы: Европа перемен: концепции и стратегии интеграционных процессов /Под ред. Глухарева Л.И. М., 2006. С. 196–205.

⁵ Регламент № 1408/71 от 14 июня 1971 г. о социальном обеспечении работников, занятых на постоянной основе, работающих не на постоянной основе, а также членов их семей, передвигающихся в пределах Европейского сообщества.

⁶ См., например, о взаимном признании дипломов врачей-терапевтов директиву 75/362 и директиву 75/363 от 16 июня 1975 г. *J.O.C.E.*, № L 167 от 30 июня 1975 г.

⁷ См., напр.: директиву 65/65 от 26 января 1965 г. об унификации критериев выдачи разрешений для допуска медикаментов на рынок.

⁸ *M. Berthod-Wurmser.* La sante en Europe, La Documentation frangaise, 1994; *M. Cassan.* L'Europe communautaire de la sante, *Économica*, 1989; *C. Blumann et L. Dubouis.* Droit materiel de l'Union europeenne: Montchrestien, 3e ed, 2004.

Глава I

Европейская интеграция и задачи здравоохранения

1. Краткий очерк развития и формирования современного Европейского союза

Вся более чем полувековая история европейской интеграции – это рассказ о борьбе за полномочия. Институализация форм интеграции развивалась от элементарного Европейского объединения угля и стали до нынешнего разветвленного, с множеством функций, сложного Европейского союза.

Оставим в стороне идейную многолетнюю подготовку к объединению европейских народов и обратим внимание лишь на фактические события. Краткая хроника такова.

В 1952 году образуется Европейское объединение угля и стали⁹, и его создание носило сильный привкус подготовки к войне. В соответствии с предложением министра иностранных дел Франции Роберта Шумана, задачей этого объединения была передача контроля над ресурсами производства угля и стали, так важными для ведения войн, наднациональному объединению. Предлагалось также и формирование общеевропейской армии, которое не было поддержано европейскими державами, и дальнейшие шаги к объединению можно назвать промышленно-технократическими, включая идею общей экономической интеграции путем создания общего рынка.

Развитие идей экономической интеграции привело к подписанию в 1957 году Римского договора об учреждении Европейского экономического сообщества (ЕЭС)¹⁰ и Европейского сообщества по атомной энергии (Евратом)¹¹.

Успешное, хотя и с многими трудностями, развитие экономической интеграции постепенно, начиная с 1980 годов, позволило приступить к началу политической интеграции. Следует отметить, что к началу 1980 годов перевес в идее интеграции перешел от задумок наднационального объединения к организации межгосударственного сотрудничества. После отказа от идеи наднациональности интеграция в Европейском сообществе замедлилась, деятельность общих органов была очень неэффективна, поскольку решения чаще всего принимались на минимально возможном уровне.

Однако именно в это время были приняты самые важные решения Суда Европейских сообществ, вероятно Суд действовал эффективнее с целью возместить фактическое бездействие других органов. Именно в это время приняты знаковые решения, например, по делам *Van Gend & Loos Case*¹² или *Costa v ENEL Case*¹³, в которых был заложен мощный потенциал конституализации структуры и порядка принятия решений в Европейских сообществах.

⁹ Аутентичное название – *European Coal and Steel Community*. В последующих названиях европейских объединений слово «Community» стали переводить как «сообщество», что, конечно, точнее: Treaty Instituting the European Coal and Steel Community (signed 18 April 1951, entered into force 23 July 1952), 261 UNTS 140.

¹⁰ Treaty Establishing the European Economic Community (signed 15 March 1957, entered into force 1 January 1958) 294 UNTS 17.

¹¹ Treaty Establishing the European Atomic Energy Community (Euratom) (signed 25 March 1957, entered into force 1 January 1958) 294 UNTS 260.

¹² Case 26/62 *NV. Algemene Transport- en Expeditie Onderneming van Gend & Loos v Netherlands Inland Revenue Administration* (1963) ECR I.

¹³ Case 6/64 *Costa v ENEL* (1964) ECR 585.

Судом были сформулированы такие принципы, как: прямое действие права Сообществ, приоритета этого права перед правом государств-членов; доктрина подразумеваемых полномочий и т. д., которые впоследствии оказались мощными и действенными инструментами продвижения и углубления европейской интеграции. Таким образом, оказалось, что Суд Европейских сообществ перехватил от Комиссии роль «мотора» интеграции.

В октябре 1970 г. был сделан первый решительный шаг по направлению к политическому сотрудничеству – было принято решение о тесном сотрудничестве министров иностранных дел. До 1986 года Европейское политическое сотрудничество было добровольным и существовало отдельно от институтов Сообщества.

В 1981 году был опубликован первый проект создания Европейского союза¹⁴, который лег в основу Торжественной Декларации Европейского союза¹⁵, принятой главами правительств государств-членов. В следующем году Европейский парламент предложил проект

Конституции Европейского союза¹⁶. В результате переговоров и обсуждений на свет появился Единый европейский акт¹⁷. Это не был договор об учреждении Европейского союза, а документ, воплощающий первый основательный пересмотр учредительных договоров и решающий шаг в направлении создания Европейского союза. Однако этим актом были внесены существенные новации: принятие решений большинством голосов в Совете по самым важным вопросам относительно внутреннего рынка, что открыло дорогу беспрецедентной законодательной активности в сообществах. Внедрение обширной программы децентрализации регулирования общего рынка и унификации законодательства с целью завершения создания этого рынка свидетельствовали о том, что к 1992 году экономические цели Римского договора были достигнуты. Единым европейским актом была введена процедура сотрудничества, которая предоставила Европейскому парламенту заметную нормотворческую роль. Была расширена сфера действия Сообществ, и в их компетенцию были включены защита окружающей среды, охрана труда, вопросы социального обеспечения и, что особенно ценно для нас, здравоохранение.

Были внесены некоторые организационные изменения, в частности, встречи глав государств и правительств были формализованы под названием «Европейский совет». К 1992 году 77 % мер, предусмотренных в Едином европейском акте, были реализованы.

Вскоре выяснилось, что цель, поставленная в Едином европейском акте – завершение внутреннего рынка, где бы происходило свободное движение капиталов и товаров – не может быть достигнута без введения некоторых форм более тесного экономического и валютного союзов.

Договор о создании Европейского союза, подписанный в г. Маастрихте 7 февраля 1992 г., добавил две новые сферы сотрудничества (внешнюю политику и политику безопасности, и внутренние дела) и, главное, образовал Европейский союз как некую арку, соединяющую все сферы сотрудничества. Это была не просто институализация политического сотрудничества, но, скорее, изменение в характере всего проекта интеграции. Теперь европейская интеграция продвинулась за пределы первичной экономической сферы к политическому объединению.

Европейский союз, как он описан в Маастрихтском договоре¹⁸, часто изображали в виде здания с тремя колоннами.

К первой колонне относили ЕЭС, ЕОУС и Евратом. К ЕЭС были отнесены новые, кроме экономических, компетенции и его стали официально именовать Европейским сообще-

¹⁴ Draft European Act //14 Bulletin of the European Communities 11, 1981. P.87.

¹⁵ Bulletin of the European Communities. № 6, 19 June 1983. P. 24–29.

¹⁶ Draft Treaty establishing the European Union. 14 February 1984: Bulletin of the European Communities. 1984. № 2. P. 8–26.

¹⁷ Single European Act (signed 17 February 1986, entered into force 1 July 1987) 1754 UNTS 3.

¹⁸ Treaty on European Union (signed 7 February 1992, entered into force 1 November 1993) (1992) //O.J., C191/1 (Maastricht Treaty).

ством. Эти новые компетенции имеют непосредственное отношение к нашей книге, поскольку среди этих новых компетенций было, кроме промышленной политики, образования, культуры, защиты потребителя, также общественное здравоохранение.

Одной из важных частей «первой колонны» были положения об Экономическом и валютном союзе, которыми, в частности, была в 1999 году введена новая общая валюта – евро.

Ко второй колонне относили Общую внешнюю политику и политику безопасности, развитые из Единого европейского акта.

Третья колонна состояла из положений о сотрудничестве в области правосудия и внутренних дел. Важно, что эти положения позволяли сотрудничество в уголовных делах, вопросах предоставления убежища и миграционной политики.

Объединительным элементом над тремя опорами стали принципы субсидиарности и Европейского гражданства.

Субсидиарность с этого времени стала важной частью методов действия права Европейского союза. Субсидиарность разграничивает сферы действия Сообщества и государств-членов, обеспечивая принятие Сообществом тех или иных мер, выходящих за рамки его прямой компетенции, только в тех случаях, когда искомый результат не может быть достигнут на национальном уровне. Категория гражданства Союза, ставшая дополнением к гражданству государств-членов, означает предоставление права активного и пассивного избирательного права в Европейский парламент и местные органы власти, право на получение дипломатической защиты со стороны любого государства-члена в третьей стране, а также право подачи жалобы в Европейский парламент.

В 1996 году начались новые переговоры о пересмотре Маастрихтского договора. В результате этого, 2 октября 1997 г. был подписан Амстердамский договор¹⁹. В нем были упорядочены положения европейского права, развившиеся к этому времени. Этого было недостаточно для дальнейшего развития Союза, и начались новые переговоры. В марте 2001 г. был подписан Ниццкий договор²⁰. В ходе его подготовки представители государств стремились, прежде всего, отстоять свои национальные интересы, и некоторые важные вопросы остались нерешенными. В частности, многие авторы отмечали несоответствие правовой системы Союза правовым системам государств-членов.²¹

С целью совершенствования правовой базы ЕС была принята Декларация о будущем Союза²², которая призывала к открытым дебатам о целях и идентичности Союза, о необходимости упрощения учредительных договоров, о роли национальных парламентов в ЕС, о распределении полномочий между Союзом и государствами-членами, а также о статусе Хартии основных прав Европейского союза, которая в Ницце была квалифицирована как политическое заявление.

Конференция Европейского совета в Лейкене в декабре 2001 г. приняла решение о созыве Конвента о будущем Европы, в котором должны были принять участие представители национальных парламентов, Европейского парламента, Комиссии, национальных правительств и правительств государств-кандидатов на присоединение к Союзу, с целью предложить пути реформирования для дальнейшего обсуждения на межправительственной конференции.

В июне 2003 г. был опубликован проект Договора об учреждении Конституции для Европы. Его главное отличие от предыдущих договоров состояло в том, что он не был набором указаний об изменении учредительных документов, а цельным документом, предназначенным

¹⁹ Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Certain Related Acts (signed 2 October 1997, entered into force 1 May 1999) (1997) //O.J., C340/308.

²⁰ Treaty of Nice amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Certain Related Acts (signed 26 February 2001, entered into force 1 February 2003) (2001) //O.J., C80/1.

²¹ См., напр.: p.Gerbet. *La construction de l'Europe* (Colin Paris, 2007).

²² Declaration on the Future of the Union (2001) //O.J., C80/85.

заменить существующее первичное право Союза. Данный Договор, как известно, был отвергнут рядом парламентов стран-членов.

Новый договор²³ подписан 13 декабря 2007 г. Непростой процесс ратификации затянулся, так что Лиссабонский договор вступил в силу лишь 1 декабря 2009 г.

В Лиссабонском договоре сохранена большая часть изменений, которые должны были быть внесены в правовую систему ЕС Конституционным договором, в частности, предусмотрены: обязательность Хартии основных прав, изменения в порядке голосования в Европейском парламенте и в Совете (по вопросам предоставления убежища, иммиграции, сотрудничества судов по уголовным делам).

В отличие от Конституционного договора, Лиссабонский договор не изложил первичное право ЕС в одном документе, сделал таким изложением три документа: Договор о Европейском союзе (чтобы отличить от прежнего Договора о Европейском союзе, его называют Консолидированный Договор о Европейском союзе (КДЕС)), Договор о функционировании Европейского союза (ДФЕС) он заменил прежний Договор о европейском сообществе) и Хартия основных прав человека Европейского союза.

²³ Treaty of Lisbon amending the Treaty on European Union and the Treaty Establishing the European Community (signed 13 December 2007, entered into force 1 December 2009) (2007) //O.J., C306.

2. Проблемы организации здравоохранения в ЕС: соотношение компетенций Союза и государств-членов

Таким образом, первоначально цель интеграции европейских государств была экономическая: сначала объединение угледобывающей и металлургической промышленности (Европейское объединение угля и стали), затем устранение барьеров для торговли и формирование единого рынка для государств-членов, который получил название общего рынка. И уже на этом этапе необходимостью становится выработка общей политики по отношению к населению: свободное передвижение рабочей силы в рамках общего рынка требовало унификации социальной политики и социальных правовых систем разных государств, без чего перелив квалифицированных трудовых ресурсов немислим и невозможен. Кроме универсализации трудового законодательства, приходилось заботиться и об обеспечении уровня здоровья не только собственных граждан, но и иностранцев, работающих в данном государстве. Надзор за унификацией всех социальных, трудовых и медицинских систем постепенно переходил к органам Европейских сообществ. Образование Европейского союза после принятия Маастрихтского договора означало создание более широких рамок интеграции – не только экономической и не только озабоченной благополучием людей как рабочей силы.

К обязательствам европейских государств друг перед другом относительно прав трудящихся стали присоединяться обязательства в области прав человека, независимо от трудового статуса – обязательства, порождаемые общим международным правом. В силу этого, возникали новые задачи перед каждым отдельным государством и перед Европейским союзом в целом. После изменений, внесенных в Европейский союз Лиссабонским договором, важной частью его правовой основы, можно сказать, его конституционным кодексом стала Хартия основных прав.

Осуществление всех этих обязательств было невозможно силами только отдельных государств; с другой стороны, институты и органы сообществ, а позднее – Европейского союза, никогда не имели собственных полномочий, возникающих сами по себе. Все полномочия были сосредоточены у государств, входящих в эти формы интеграционного объединения, и каждая новая ступень интеграции означала передачу новых полномочий от государств к органам интеграции.

Но эта передача полномочий с самого начала была непростой и сопровождалась образованием двух видов компетенции каждого органа – исключительной и разделяемой. Несмотря на то, что государство по сей день остается основным регулятором в области здравоохранения, полномочия государств-участников Европейского союза в данной сфере перестают быть монопольными и начинают частично переходить к общеевропейским органам. Следует отметить, что все европейские государства провозгласили себя социальными государствами (в противовес индивидуализму и либерализму)²⁴, а потому их основой выступают принципы равенства и солидарности, гарантирующие единство общества. Частью идеи социального государства являются системы государственного социального обеспечения и медицинского страхования. Расходы на здравоохранение в Европе – это одна из основных статей расхода в государственных бюджетах, и дополняются финансированием системы здравоохранения со стороны каждого

²⁴ Впрочем, оплот индивидуализма и либерализма – Соединенные Штаты Америки – с приходом новой администрации в 2008 году, несмотря на прочно укрепившиеся в стране либеральные принципы, также стали проводить в жизнь социальную политику, отходящую от этих принципов. Уже имея такие социальные институты как государственное образование, защита трудовых прав, система социального обеспечения и т. п., США обратились к реализации последнего аспекта социального государства, пока отсутствующего в их правовой системе – всеобщего медицинского страхования.

гражданина в рамках системы перераспределения ресурсов, посредством налоговых отчислений и в соответствии со своими возможностями.

В то же время основная часть оплаты труда медицинских работников падает на плечи государства – большинство из них напрямую или косвенно являются государственными служащими.

Таким образом, перед Европейским союзом и его государствами-членами встает двудеятельная задача регулирования в рамках каждого государства и всего Союза.

Организация систем здравоохранения пока остается областью компетенции государств. Как и в прежнем Договоре о Европейском сообществе (п. 5 ст. 152), так и в нынешнем Договоре о функционировании Европейского союза (ст. 168) однозначно устанавливается, что «действия Сообщества в области здравоохранения должны полностью сохранять компетенцию государств-участников в вопросах организации медицинских служб и предоставления медицинских услуг».

Особое значение систем здравоохранения государств подчеркнуто в Сообщении Комиссии за 2000 год²⁵: развитие систем здравоохранения государств рассматривается как решающий фактор в состоянии здоровья населения. Комиссия предлагает внедрить информационную систему со сведениями о системах здравоохранения, их финансировании, методах выделения средств, роли государственного и частного страхования и т. д. Акцент делается на усовершенствовании методов работы через обмен данными и стимулирование деятельности в области доказательной медицины, качества медицинского ухода, управляемого здравоохранения и изучения медицинских технологий. По мнению Комиссии, гражданин может критически сравнивать системы здравоохранения государств-участников и иметь более прозрачную информацию о них, что позволит ему ориентироваться в качестве и условиях доступа к медицинским услугам.

Собственные компетенции Союза в области здравоохранения обозначены в ст. 168 ДФЕС, в соответствии с которой Союз обязан в любом случае, когда он формулирует любую из своих политик или сфер действия, обеспечить высокий уровень защиты здоровья человека²⁶; Союз также дополняет национальные политики в этом направлении.

Сфера деятельности Союза в области здравоохранения определяется следующим образом:

- совершенствование здравоохранения;
- предотвращение болезней и заболеваний;
- устранение источников опасности физическому и душевному здоровью.

Эти задачи отразились в нескольких важных документах Союза, позволяющих судить об их толковании органами и институтами Союза, это: Решение о плане действий для борьбы с раком²⁷; Решение о программе Союза по предотвращению СПИД и некоторых других инфекционных болезней²⁸; Решение о действиях Союза в отношении редких болезней²⁹. Из текста этих решений следует, что своей задачей органы Союза считали организацию и координацию изучения причин болезней, путей их передачи от одного человека к другому и способов

²⁵ Communication de la Commission sur la strategie de la Communaute europeenne en matiere de sante. Proposition d'un programme d'action communautaire dans le domaine de la sante publique (2001 a 2006). Bruxelles, 16 mai 2000, COM (2000) 285 final.

²⁶ «Высокий уровень здравоохранения гарантируется при установлении и реализации любой политики, и любых мер, принимаемых Союзом».

²⁷ Decision 646/96 on action plan to combat cancer // O.J., 1996, L95/9; O.J., 2001, L79/1.

²⁸ Decision 647/96: Union programme on the prevention of AIDS and certain other communicable diseases // O.J., 1996, L95/16; O.J., 2001, L79/1.

²⁹ Decision 1295/99 on Union actions on rare diseases // O.J., 1999, L155/1.

предотвращения, кроме того, задача Союза определяется как распространение информации и просвещение в области охраны здоровья³⁰.

В ДФЕС Союзу также предписывается принимать меры, направленные на сокращение вредных последствий для здоровья человека от употребления наркотиков, в т. ч. распространять соответствующую информацию³¹, и мероприятия по предотвращению их распространения³², а также мониторинг, раннее обнаружение и борьба с переходом серьезных угроз здоровью населения через границу. Хотя в данной сфере, как и в некоторых других, например, в области культуры, первостепенная задача Союза – поощрять сотрудничество между государствами-членами и, в случае необходимости, оказывать поддержку их действиям, Союз должен также развивать и собственную деятельность.

Эта его задача вышла на первый план после случаев, так называемого, «коровьего бешенства» и скандала с диоксином. Свою роль здесь сыграли также случаи появления новых или давно забытых некоторых болезней. Так, оказалось, для борьбы с туберкулезом необходимы исключительно меры на уровне Союза.

Действия от имени Союза в таких случаях осуществляются Европейским парламентом или Советом, которые действуют в соответствии с обычной законодательной процедурой³³. После консультации с Европейским социальным советом и Комитетом регионов они принимают, с целью обеспечения общей безопасности, меры, гарантирующие высокое качество и безопасность субстанций, взятых от человека (напр., кровь и ее составляющие или органы для пересадки).

Сюда же можно отнести меры по защите здоровья человека, принимаемые в области ветеринарии и фитосанитарии, или установление высоких стандартов фармацевтических продуктов и медицинского оборудования.

Парламент и Совет могут таким же образом принимать поощрительные меры, направленные на повышение уровня защиты здоровья людей и борьбы с трансграничным распространением эпидемий. Немалое значение имеют также меры, регулирующие мониторинг, как раннее предупреждение и подавление серьезных случаев трансграничного распространения эпидемий. В их компетенцию входят и меры, прямая цель которых – защита людей от вредных последствий табакокурения и злоупотребления алкоголем³⁴.

В Договоре ясно указано, что Союз не должен вторгаться в компетенцию государств: в этой сфере исключена гармонизация, и должна уважаться ответственность государств-членов за определение их собственной политики здравоохранения, а также за организацию и предоставление медицинских услуг и медицинского обслуживания. В частности, в Договоре сказано, что указанные выше меры «не должны затрагивать положения национального законодательства относительно забора или медицинского использования крови и человеческих органов»³⁵.

Очевидно, что многие аспекты здравоохранения пересекаются с мерами по защите потребителя и охране среды, цель которых – также охрана здоровья человека³⁶. Это касается, например, регулирования классификации, упаковки и снабжения информирующими надпи-

³⁰ См.: Решение о программе действий Союза в области содействия здоровью, информации, просвещению и обучению. Decision 645/96: Programme of Union action on health promotion, information, education and training // O.J., 1996, 95/1; O.J., 2001, L 71/1.

³¹ См.: Решение о программе мониторинга состояния здоровья населения. Decision 1400/97 on a programme for healthy monitoring // O.J., 1997, L193/1; O.J., 2001, L79/1.

³² См.: Решение о программе действий Союза по предотвращению наркотической зависимости. Decision 102/97 on a program of Union action on the prevention of drug dependence // O.J., L 19/25; O.J., 2001, L 79/1.

³³ См.: ст. 294 ДФЕС.

³⁴ Ст. 168 ДФЕС

³⁵ Ст. 168 (5) ДФЕС.

³⁶ См., напр.: Решение о программе действий относительно заболеваний, вызванных загрязнением. Decision 1296/1999 action program in pollution related diseases // O.J., 1999, C200/1; O.J., 2001, L79/1.

сями опасных веществ. Хорошей иллюстрацией здесь может быть Директива 67/548 от 1967 года о порядке регистрации, критериях оценки, авторизации, ограничении распространения химикатов, которая 31 раз подвергалась пересмотру и дополнению³⁷.

Это касается и ограничения продажи и использования некоторых опасных веществ, и препаратов³⁸, пестицидов³⁹, асбеста⁴⁰, биотехнологий, качества питьевой воды⁴¹ и водоемов для купания⁴².

Здоровье человека находится также в зависимости от здоровья животных. В этой области Союз действует очень активно, главным образом, через свою сельскохозяйственную политику.

Необходимо обратить внимание на Решение Европейского парламента и Совета о создании сети эпидемиологического наблюдения и контроля⁴³, а также на решение о том, что и другие болезни будут постепенно включаться в эту систему⁴⁴.

Необходимо отметить также, что в некоторых регионах программы защиты здоровья человека могут быть предметом совместного финансирования: Европейским фондом развития регионов и Европейским социальным фондом.

16 мая 2000 г. Комиссия разослала Сообщения⁴⁵ Совету, Парламенту, Европейскому социальному фонду и Комитету регионов относительно стратегии здравоохранения Европейского союза. Стратегия состоит из двух основных элементов:

1) область общественного здравоохранения, в т. ч. программа мероприятий по обеспечению здравоохранения на 2003–2008 годы;⁴⁶

2) осуществление интегрированной стратегии здравоохранения, в которой были предусмотрены специфические меры для имплементации обязательств по введению защиты здоровья во все политики Союза.

Было организовано Исполнительное агентство для программ общественного здравоохранения; как и на другие агентства, на него возложены определенные задачи по исполнению программ Союза⁴⁷. В дополнение к Программе Общественного здравоохранения была принята схема и других законодательных мер. В эту схему были включены:

- предотвращение и мониторинг инфекционных болезней (международная сеть эпидемиологического наблюдения и контроля над инфекционными болезнями была создана в 1999 году⁴⁸);

- предотвращение наркотической зависимости: план действий по борьбе с наркотиками;

- программа действий Союза по предотвращению травматизма (1999–2003 годы);⁴⁹

- программа действий Союза по мониторингу уровня здоровья (1997–2001 годы);⁵⁰

- программа действий по борьбе с насилием в отношении детей, молодежи и женщин «Дафна» (2000–2003 годы);⁵¹

³⁷ Directive 67/548 (1967) // O.J., 196/1; O.J., 1997, L343/19; O.J., 2007, L136/281; O.J., 2009, L116 concerning the Registration, Evaluation, Authorization and Restriction of Chemicals.

³⁸ Directive 76/769/OJ., 1976, L262/201, изменена: O.J., 1997, L315/13.

³⁹ Directive 78/631 // O.J., 1978, L206/13, изменена: O.J., 1992, L154/1.

⁴⁰ Directive 87/217 // O.J., 1987, L85/40.

⁴¹ Directive 75/440 // O.J., 1975, L194/26.

⁴² Directive 76/160 // O.J., 1975, L31/1, изменялась неоднократно.

⁴³ Decision 98/2119 // O.J., 1998, L268/1.

⁴⁴ Decision 98/2129 // O.J., 1998, L28/50.

⁴⁵ COM, 2000, 285 final.

⁴⁶ Decision 02/1786 // O.J., 2002, L271/1; O.J., 2007, L46/237.

⁴⁷ См.: Regulation 58/2003 // O.J., 2003, L11/1.

⁴⁸ O.J., 1999, L268/1.

⁴⁹ O.J., 1999, L46/1.

⁵⁰ O.J., 1997, L193/1.

⁵¹ O.J., 2000, L34/1.

- программа действий Союза в отношении болезней, вызванных загрязнением окружающей среды (1999–2001 годы);⁵²

- программа действий Союза в отношении редких болезней (1999–2003 годы)⁵³.

Довольно длинен список конкретных болезней, которым уделяется внимание в рамках органов Союза:

- рак: план действий «Европа против рака» (1996–2000 годы); мероприятия по сокращению табакокурения; запрещение курения в общественных местах; запрещение рекламы и спонсорства продуктов табака⁵⁴; помещение предупреждения о вреде курения на упаковке сигарет и табака⁵⁵; ограничение производства, презентации и продажи продуктов из табака⁵⁶;

- СПИД/ВИЧ: несколько планов действий и программ, например, программа «Европа против СПИДа»⁵⁷;

- Губчатый энцефалит крупного рогатого скота («коровье бешенство») – контроль над крупным рогатым скотом;

- наркотики: план действий по борьбе с наркотиками⁵⁸;

- допинг: план Союза по поддержке борьбы с допингом в спорте;

- злоупотребление алкоголем: введение и соблюдение максимально допустимого уровня алкоголя в крови водителей моторного транспорта;

- пищевые продукты: законодательство о пищевых продуктах в Союзе⁵⁹; генетически модифицированные организмы и др.

Как уже упоминалось, в сентябре 2002 г. Парламент и Совет приняли программу действий Союза в области здравоохранения на 2003–2008 годы⁶⁰, и Комиссией было создано Исполнительное агентство по программе общественного здравоохранения⁶¹.

Вторая программа действий Союза в области здравоохранения на 2008–2013 годы была принята в 2007 году⁶². Целями этой программы объявлены улучшение здоровья населения, содействие улучшению здоровья для достижения процветания и солидарности, а также всемерное распространение информации и просвещение населения относительно здорового образа жизни. Исполнительное агентство по программе общественного здравоохранения было переименовано в Исполнительное агентство охраны здоровья и интересов потребителей⁶³.

Целями этой второй программы объявлены:

- создание гарантий для здоровья граждан: расширение возможностей Союза и государств-членов реагировать на возникающие угрозы здоровью, например, путем планирования путей реагирования на возможные чрезвычайные ситуации;

- содействие повышению уровня здоровья, в т. ч. сокращение возможных помех здоровью путем учета благоприятных и неблагоприятных факторов, таких как питание, алкоголь, табакокурение, употребление наркотиков, а также социальных и экологических факторов; приня-

⁵² O.J., 1999, L155/7.

⁵³ O.J., 1999, L155/1.

⁵⁴ Directive 2003/33 // O.J., 2003, L152/16.

⁵⁵ Decision 2003/641 // O.J., 2003, L226/24.

⁵⁶ Directive 2001/37 // O.J., 2001, L194/26.

⁵⁷ O.J., 1995, L168/1.

⁵⁸ COM (1999), 239 final.

⁵⁹ Директива относительно маркировки, презентации и рекламы пищевых продуктов: Directive 2000/13/OJ., 2000, L109/29; Регулирование, излагающее основные принципы и требования к законодательству о пищевых продуктах; основание Европейского органа по безопасности пищевых продуктов; распоряжения относительно процедур определения безопасности пищевых продуктов // O.J., 2002, L31/1.

⁶⁰ Decision 1786/2002 // O.J., 2002, L271/1.

⁶¹ Decision 04/858 // O.J., 2004, L369/73.

⁶² Decision 07/1350 // O.J., 2007, L301/3.

⁶³ Decision 08/544 // O.J., 2008, L173/27.

тие мер по предотвращению основных болезней и сокращению неблагоприятных для здоровья факторов на всей территории Союза, а также увеличение продолжительности здоровой жизни и здоровой старости;

- распространение информации и знаний: поиск новых путей для распространения просвещения в таких сферах, как гендерные особенности, здоровье детей или редкие болезни.

Учитывая судебные решения Суда европейских сообществ, принятые в апреле 1998 г. по делам *Kohll* и *Decker*, ясно, что в сферах здравоохранения и социальной защиты не удастся избежать влияния процесса европейской интеграции. Это влияние, в первую очередь, возникает благодаря созданию внутреннего рынка посредством четырехстороннего принципа свободного передвижения (люди, товары, услуги и капиталы), установленного в Договоре. Новая политика Сообщества в этих сферах, в связи с реформой по Амстердамскому договору, развивается под влиянием судебной практики европейских судебных органов, в результате чего каждая страна ЕС вынуждена учитывать эти аспекты и приспосабливать свое законодательство в соответствии с ними.

Таким образом, в области обеспечения здравоохранения действует один из основополагающих принципов взаимоотношений между Союзом и его членами – принцип субсидиарности.

Этот принцип отражен и в Хартии основных прав Европейского Союза: и здесь роль стран ЕС является основной, а роль Евросоюза остается субсидиарной. Это видно, в частности, из ст. 25 Хартии: «Любой человек имеет право доступа... к пользованию медицинскими услугами на условиях, установленных *национальным законодательством и национальной практикой*. Высокий уровень здравоохранения гарантируется при принятии и реализации всех стратегий, и всех действий Евросоюза».

Следует отметить, что за все время существования ЕЭС государства-члены ссылались на принцип субсидиарности, указанный в ст. 5

Договора⁶⁴, для обоснования своей суверенной компетенции и продолжения своей деятельности в сферах социальной защиты и здравоохранения. Однако в данном случае о принципе субсидиарности можно говорить лишь условно: данный принцип действует лишь тогда, когда существует конфликт полномочий между уровнем Сообщества и национальным уровнем, и таким образом позволяет определить, может ли законодательный орган Сообщества осуществлять свою деятельность в той или иной области. В результате, исходя из принципа субсидиарности, можно признать наличие определенных полномочий Европейского союза в области социальной защиты и здравоохранения. Остается лишь определить, способен ли законодательный орган Сообщества регулировать сферу здравоохранения лучше или эффективнее, чем национальные законодательные органы.

⁶⁴ «Сообщество действует в пределах переданных ему полномочий и в соответствии с целями, возложенными на него настоящим договором. В те вопросы, которые не находятся в исключительной компетенции Сообщества, оно вмешивается в соответствии с принципом субсидиарности только тогда и в той мере, в которой предусмотренные цели не могут быть достигнуты в достаточном объеме странами-участниками, а следовательно, могут быть эффективнее достигнуты на уровне Сообщества в соответствии с объемом необходимых мер и результатами. Действия Сообщества не должны превышать объема, необходимого для достижения целей настоящего договора».

3. Нормативные основы системы здравоохранения в Европейском союзе

Здравоохранение как объект правового регулирования отсутствует в Римском договоре (1957 год), появляется в законодательстве ЕС после принятия Маастрихтского договора и постепенно становится вопросом общеевропейского значения. Но это практически не повлияло на компетенцию стран ЕС в данной области. Они продолжают самостоятельно управлять своими системами здравоохранения, как и ранее.

Значение Римского договора для обеспечения здравоохранения состоит в том, что в нем заложены основы европейской политики социального обеспечения. Правда, ее внедрение было заблокировано сохранением принципа единогласного принятия решений в Совете министров.

Маастрихтский договор (1993 год) создал правовую основу, позволяющую Европейскому Союзу принимать меры в области здравоохранения. Согласно существовавшей ранее ст. 129 Договора, Сообществу отводилась роль стимулирования и сотрудничества в данной области между странами ЕС. Она позволила развивать программы и меры, направленные на борьбу с такими проблемами, как рак, СПИД, наркомания и т. п. Такие программы частично существовали и ранее, но с Маастрихтским договором они получили юридическую основу.

Проявление некоторых новых болезней, как, например, «коровье бешенство» (болезнь Кроцфельда-Якова) способствовало расширению компетенции Сообщества в сфере здравоохранения и подтолкнуло ЕС к необходимости принятия срочных дополнительных мер в области защиты прав и здоровья населения⁶⁵.

Амстердамский договор (1997 год) изменил содержание ст. 129, которая была преобразована в ст. 152. Согласно ей, Сообществу отводилась дополнительная роль по «улучшению здравоохранения, предупреждению болезней и борьбе с источниками угроз здоровью человека» (ст. 152 п. 1 абз. 2).

В качестве конкретных примеров европейской политики в сфере здравоохранения можно привести создание «Группы на высшем уровне по вопросам мобильности пациентов» и принятие Комиссией некоторых Сообщений.

Так, во время президентства Бельгии в Европейском союзе во втором квартале 2001 г. Комиссия приняла решение о создании, так называемой, «Группы на высшем уровне по вопросам мобильности пациентов» в системах здравоохранения стран ЕС. Данная группа, состоящая из министров, руководства систем медицинского страхования каждой страны Евросоюза и основных субъектов системы здравоохранения (Постоянный комитет врачей Европейского союза, Комитет производителей фармацевтической продукции, Международная Ассоциация взаимного страхования), 8 декабря 2003 г. издала доклад с рядом рекомендаций⁶⁶ по пяти направлениям:

- 1) сотрудничество европейских стран с целью оптимального использования ресурсов;
- 2) информация о пациентах, медицинских работниках и должностных лицах;
- 3) доступность услуг и их качество;
- 4) согласование стратегий Евросоюза и отдельных стран в области здравоохранения;
- 5) вопросы здравоохранения в связи со структурными фондами Европейского союза.

⁶⁵ Шемятенков В.Г. Европейская интеграция. М.: Международные отношения, 2003. С. 215.

⁶⁶ Commission: Direction Generale Sante et Protection des consommateurs. *Processus de reflexion a haut niveau sur la mobilite des patients et revolution des soins de sante dans Union europeenne*, 9 decembre 2003, HLPR/2003/16; voy. http://europa.eu.int/comm/health/ph_over-view/Documents/keyO1_mobility_fr.pdf.

Доклад Группы на высшем уровне по вопросам мобильности пациентов послужил основой для составления Сообщений Комиссии, определяющих стратегию в сфере здравоохранения.

Сообщение Комиссии о контроле обсуждения вопросов мобильности пациентов и развития медицинского обслуживания в Европейском Союзе⁶⁷ касается, в числе прочего, сфер, которыми занималась и Группа на высшем уровне. Сюда относятся, в частности:

- вклад Евросоюза в здравоохранение;
- инвестиции в здравоохранение и медицинскую инфраструктуру в связи с расширением ЕС.

С целью начала процесса европейского сотрудничества в секторе здравоохранения, Комиссия в 2004 году создала Группу на высшем уровне по медицинским услугам, которая на этот раз состояла лишь из представителей стран ЕС.

Сообщение Комиссии о модернизации социальной защиты⁶⁸, развитии здравоохранения и качественных, доступных и надежных услуг по уходу за здоровьем в долгосрочной перспективе – это план действий в сфере дистанционной медицины (*telesante*)⁶⁹, подразумевающий введение в секторе здравоохранения «метода открытой координации». Цель Сообщения – поддержка национальных мер по реформе и развитию медицинских услуг, а также услуг по долгосрочному уходу за пациентами, расходы на которых покрываются социальным обеспечением.

В этом Сообщении, наряду с прочим, Комиссия призывает к согласованию поставленных целей. Государствам-участникам ЕС предлагается представить предварительные отчеты с анализом проблем соответствующего государства в тех или иных вопросах здравоохранения, проводимые ими реформы и стратегии на будущее. В таких отчетах приводятся статистические данные и цифры. Комиссия также принимает на себя обязанность рассматривать их и учитывать в процессе согласования общих целей рационального развития социальной защиты. Такие сообщения Комиссии и отчеты государств-участников в дальнейшем становятся основой стратегий развития и реформирования здравоохранения.

Европейская политика в сфере социальной защиты, которая является своеобразным подкреплением обеспечения здравоохранения, до настоящего времени ограничивалась поддержкой и координацией мер, предпринимаемых государствами-членами. По большей части, данная политика оформляется как *soft law* (мягкое право), т. е. это меры, не имеющие обязательного характера, как, например, сообщения и рекомендации, задачи координации и стимулирования сотрудничества между странами-участниками.

Хорошим примером здесь может служить рекомендация Европейского Совета по унификации целей и стратегий социальной защиты⁷⁰. В ней государствам-участникам предлагается следующее: «а) гарантировать людям, которые законно находятся на территории государства-участника, доступ к необходимому медицинскому обслуживанию, а также предпринимать меры по предупреждению болезней; б) принимать меры к сохранению и (при необходимости) к развитию качественной системы медицинской помощи; следить за ее развитием согласно потребностям населения и, в частности, учитывать нужды пожилых людей, новые заболевания и методы лечения, а также при необходимости усиливать меры по предупреждению заболе-

⁶⁷ Commission: *Suivi du processus de reflexion a haut niveau sur la mobilite des patients et revolution des soins de sante dans Union europeenne*. Bruxelles, 20 avril 2004, COM (2004) 301 final.

⁶⁸ Commission: *Moderniser la protection sociale pour le developpement de soins de sante et de soins de longue duree de qualite, accessibles et durables: un appui aux strategies nationales par «la methode ouverte de coordination»*. Bruxelles, 20 avril 2004, COM (2004) 304 final.

⁶⁹ Цель данного плана – извлечь пользу из современных информационных и коммуникационных технологий, что позволит обеспечить оперативную совместимость систем информации о медицинских услугах и предложить новые услуги, такие как дистанционная консультация врача, выписывание рецепта в режиме онлайн и т. п.

⁷⁰ Рекомендация 92/442/ЕЕС об унификации целей и стратегий социальной защиты, 27 июля 1992 г. *J.O.C.E.* № L 245 от 26 августа 1992 г. С. 49.

ваний; с) при необходимости организовывать реабилитацию выздоравливающих пациентов, в частности, после серьезного заболевания или несчастного случая, и организовывать их дальнейшее трудоустройство по профессии».

Под влиянием Комиссии европейская политика социальной защиты постепенно приобрела конкретное содержание. Сообщение по Модернизации и улучшению социальной защиты в ЕС (1997 год)⁷¹ подчеркивает необходимость модернизации систем социальной защиты с целью обеспечения их существенной роли в повышении социальной сплоченности населения и усилении мер по предотвращению их отрыва от общества. В целях реализации данной реформы и установления обязательств государств-участников, в своем Сообщении о Согласованной стратегии по модернизации социальной защиты (1999 год)⁷² Комиссия дала новый толчок интенсивному сотрудничеству между государствами-участниками. Данная стратегия основывается на четырех целях, среди которых можно отметить такую цель, как «гарантировать высокий уровень долгосрочного здравоохранения»⁷³.

Данная стратегия была принята Европейским Советом в Хельсинки в декабре 1999 г.⁷⁴, а затем была утверждена Лиссабонским Советом в марте 2000 г. Практически сразу усилилось сотрудничество, в частности, в борьбе против социального отчуждения граждан посредством обмена опытом и унификации стратегий государств-участников.

В качестве примера в рамках европейской политики социальной защиты можно назвать особое внимание органов ЕС к, так называемым, «организациям общественно значимой социальной помощи» (т. е. социальным службам, удовлетворяющим коллективные потребности). Понятие «организации общественно значимой социальной помощи» (т. е. организации, удовлетворяющие коллективные потребности) в Договоре не раскрывается. Оно вытекает из понятия общественно значимой экономической службы, которое фигурирует в ст. 16 и 86 п. 2 Договора. Понятие общественно значимой экономической службы охватывает, в частности, некоторые услуги, оказываемые крупными компаниями, которые являются или являлись естественными монополиями. В число таких монополий входят, например, транспортные компании (в частности, железнодорожные), почтовые службы, энергетические и телекоммуникационные компании. Тем не менее, данный термин охватывает и другую экономическую деятельность, направленную на удовлетворение коллективных потребностей. В европейской практике⁷⁵ понятие службы общественного значения означает коммерческие службы, на которые государства-участники или Евросоюз, в целях достижения общественной пользы, накладывают определенные обязанности, присущие службам, удовлетворяющим коллективные потребности.

В «Белой книге служб общественного значения»⁷⁶ Комиссия напоминает, что обязанности по определению, финансированию и контролю служб общественного значения лежат, в основном, на компетентных властях национального, регионального и местного уровня. Подобный принцип разделения ответственности вытекает из ст. 16 Римского договора, в соответствии с которым Сообщество и государства-участники в рамках своей компетенции регулируют рынки таким образом, чтобы коммерческие организации общественного значения имели

⁷¹ Communication de la Commission: *Moderniser et améliorer la protection sociale dans l'Union européenne*. Bruxelles, 12 mars 1997, COM (1997) 102 final.

⁷² Communication de la Commission: *Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale*. Bruxelles, 14 juillet 1999, COM (1999) 347 final.

⁷³ Комиссия предлагает, в частности, улучшить эффективность систем здравоохранения, гарантировать всеобщий доступ к качественным медицинским услугам, сократить неравенство в медицинском обслуживании, поддерживать системы долгосрочного здравоохранения (в частности, для пожилых лиц), а также отдавать приоритет политике предупреждения болезней.

⁷⁴ Заключение Совета от 17 декабря 1999 г. об усилении сотрудничества для модернизации и усовершенствования социальной защиты. *J.O.C.E.* № C8 от 12 января 2000 г. С. 7–8.

⁷⁵ Livre vert sur les services d'intérêt général. Bruxelles, 21 mai 2003, COM (2003) 270 final.

⁷⁶ Livre blanc sur les services d'intérêt général. Bruxelles, 12 mai 2004, COM (2004) 374.

возможность выполнять свои задачи. Право государств-участников определять обязанности служб общественного значения и коммерческих организаций, осуществляющих их функции, также косвенно признается в ст. 86 п. 2 Договора⁷⁷.

Для создания правил, регулирующих деятельность служб общественного значения, в 1996 году Комиссия приняла первое Сообщение, в которое 20 сентября 2000 г. были внесены поправки⁷⁸ по просьбе «лиссабонского» Европейского совета. Согласно данному Сообщению (ст. 30), в отношении служб общественного значения, «действующих в социальной сфере, целями которых не является извлечение прибыли и которые не осуществляют промышленную и коммерческую деятельность», не действует законодательство о защите конкуренции.

На основе данного Сообщения Европейский социально-экономический комитет (CESE)⁷⁹ в 2001 году выдвинул инициативу о «некоммерческих организациях социальной помощи в контексте организаций общественного значения в Европе». Для CESE организации социальной помощи входят в число служб общественного значения, «чья деятельность объединяет основные характерные элементы европейской социальной модели». Среди таких организаций можно выделить профсоюзы, политические партии, церкви и религиозные ассоциации, ассоциации потребителей, научные общества, гуманитарные и благотворительные организации. «Организации социальной помощи общественного значения являются негосударственными некоммерческими организациями, характер которых зависит от законодательства того или иного государства (ассоциации, фонды), задачей которых является деятельность в сфере здравоохранения и социальной защиты, и которым в отдельных случаях не запрещается заниматься коммерческой деятельностью в соответствии с их целями и задачами. Термин «некоммерческий» означает, что полученная прибыль не распределяется, а используется данными организациями для развития социальной общественной полезной деятельности.

Это также означает, что целью данных организаций не может быть извлечение максимальной прибыли».

В заключении комитета CESE об организациях социальной помощи общественного значения⁸⁰ (2002 год) говорится, что «они станут динамично развивающимся явлением, объединяющим службы, имеющие важное значение в повседневной жизни, а именно транспорт, экстренные службы, телекоммуникационные предприятия, службы культуры и сохранения национального достояния, обучения, медицинского обслуживания, организации социальной помощи, водоснабжения и энергоснабжения».

Организации социальной помощи общественного значения занимают особое место. Субъектом, получающим услуги организаций социальной помощи и здравоохранения общественного значения, является все население в совокупности. Они позволяют гражданам реализовывать свои основные права и обеспечивают высокий уровень социальной защиты, усиливая социальную и территориальную сплоченность.

Тогда как определение задач и целей организаций социальной помощи, и здравоохранения, в принципе, относится к компетенции государств-участников, законодательство ЕС может влиять на инструменты реализации и финансирования таких организаций⁸¹. Благодаря признанию особенностей задач таких организаций, улучшится ситуация в государствах-участни-

⁷⁷ Там же.

⁷⁸ Communication de la Commission: *Les services d'interSt general en Europe*. Bruxelles, 20 septembre 2000, COM (2000) 580 final.

⁷⁹ Avis du Comite economique et social sur «Les services sociaux prives a buts non lucratifs dans le contexte des services d'interet general en Europe» (Avis d'initiative). Bruxelles, 12 septembre 2001.

⁸⁰ Avis du Comite economique et social sur «Les services d'interet general». Bruxelles, 17 juillet 2002.

⁸¹ См. одно из дел, рассмотренное 13 января 2005 г. Судом европейских сообществ в отношении Бельгии: *Commission/Belgique*, C-38/03; см. также дело о лабораториях во Франции от 11 марта 2004 г.: *Commission/France*, C-496/01; от 16 марта 2004 г., АОК, C-264/01, C-306/01, C-354/01 и C-355/01.

ках ЕС, где услуги по социальной помощи и здравоохранению оказываются коммерческими организациями, т. к. в данной сфере услуг будет действовать законодательство Европейского союза⁸².

Комиссия⁸³ «считает, что необходимо развивать систематический подход, чтобы определить особенности организаций социальной помощи и здравоохранения общественного значения и понять, какие их аспекты могут быть модернизированы». Данный подход используется Комиссией в Сообщениях об организациях социальной помощи общественного значения. Существующие методы координации в области социальной защиты используются для оценки сложившейся практики в странах ЕС. Комиссия уже применила такой подход к сфере долгосрочного здравоохранения.

В настоящее время организации социальной помощи общественного значения, системы здравоохранения, организации медицинского страхования и т. п. несут юридические риски не только при своей международной деятельности, но и, главным образом, в рамках их внутренней деятельности в пределах государства. Последнее связано с влиянием европейской судебной практики.

Таким образом, здравоохранение и социальная защита на сегодняшний день остаются в компетенции государств-участников. Даже если в силу принципа субсидиарности Европейский союз и располагает некоторыми инструментами вмешательства в данной области, такое влияние все же остается вторичным, а в некоторых сферах здравоохранения даже поверхностным.

Наиболее заметные инициативы Союза появились недавно и основываются, по большей части, на судебной практике Суда Европейского союза в различных делах, касающихся доступа к здравоохранению за рубежом, медикаментов, медицинских и сопутствующих материалов, лабораторий, а также деятельности организаций медицинского страхования.

⁸² Здесь необходимо отметить, что, согласно, так называемой, «Директиве Болькештайн» по либерализации рынка услуг, одобренной Европарламентом 15 ноября 2006 г. (Директива 2006/123/СЕ), из списка услуг, на которых распространяется либерализация, была исключена сфера здравоохранения, что в очередной раз подтверждает, что данный сектор по-прежнему находится в компетенции отдельных государств-участников ЕС и регулируется ими.

⁸³ Livre vert sur les services d'interet general. Bruxelles, 21 mai 2003, COM (2003) 270 final.

Глава II

Общие характеристики систем здравоохранения стран Европейского союза

1. Основные положения

Несмотря на свое разнообразие, системы здравоохранения стран ЕС имеют множество общих характеристик. Во-первых, во всех странах существует система коллективного финансирования, основанная на принципе солидарности, которую чаще называют системой медицинского страхования. Медицинское страхование играет существенную роль, т. к. покрывает большую часть медицинских расходов в связи с несчастными случаями и болезнями и гарантирует каждому гражданину доступ к весьма широкому ряду медицинских товаров и услуг. В среднем, 75 % расходов на здравоохранение финансируются именно таким путем⁸⁴.

Во-вторых, имеет место высокий уровень расходов государства на цели здравоохранения. Значительный объем предлагаемых медицинских товаров и услуг и беспокойность каждого человека о состоянии своего здоровья – две основные причины высокого уровня государственных расходов на здравоохранение. Эти расходы растут быстрее, чем валовой внутренний продукт: при повышении ВВП на 10 %, расходы на здравоохранение вырастают на 14 %⁸⁵.

Рост расходов на здравоохранение по сравнению с ростом ВВП (1960–2002 годы)

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2002
ФРГ	4,8	6,3	8,8	8,7	10,2	10,3	10,6
Австрия	4,3	5,3	7,6	7,1	8,6	7,2	7,3

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2002
Бельгия		4,0	6,4	7,4	8,7	8,4	8,7
Дания			9,1	8,5	8,2	8,1	8,6
Испания	1,5	3,6	5,4	6,6	7,7	7,2	7,4
Финляндия	3,9	5,6	6,4	7,9	7,5	6,5	7,0
Франция				8,6	9,6	9,1	9,5
Греция		6,1	6,6	7,5	8,9	9,2	9,0
Венгрия					7,5	6,9	7,4
Ирландия	3,6	5,1	8,4	6,6	7,2	5,7	6,5
Исландия	3,3	4,9	6,1	7,9	8,2	9,0	н/д
Италия	3,6	5,1		8,0	7,4	7,7	8,0
Люксембург		3,6	5,9	6,1	6,4	5,5	6,2
Норвегия	2,9	4,4	7,0	7,8	8,0	7,1	8,1
Нидерланды			7,5	8,0	8,4	7,8	8,7
Польша				5,3	6,0	5,5	5,9
Португалия		2,6	5,6	6,2	8,3	9,0	9,1
Словакия						5,4	5,7
Чехия				5,0	7,3	6,8	7,1
Великобритания	3,9	4,5	5,6	6,0	7,0	7,1	н/д
Швеция	4,5	6,9	9,1	8,5	8,1	8,0	8,8
Швейцария	4,9	5,6	7,6	8,5	10,0	10,2	10,9

Источник: Eco-Sante, O.C.D.E., 2004.

⁸⁴ O.E.C.D., Health data, 2000.

⁸⁵ O.C.D.E., La sante, financement et prestations; analyse comparee des pays de l'O.C.D.E. Paris, 1987. P.86.

В связи с экономическими и социальными достижениями последних пяти десятилетий, расходы наиболее развитых стран на здравоохранение росли очень быстро, практически вдвое быстрее, чем ВВП. В настоящее время в наиболее развитых государствах-членах Организации экономического сотрудничества и развития расходы на здравоохранение составляют в среднем от 7,5 % до 10 % ВВП. Это означает, что здравоохранение является одним из основных секторов экономики, в частности, потому что оно требует большого числа квалифицированных работников. В Германии около 10 % рабочих мест напрямую или косвенно связаны со здравоохранением. Рост количества рабочих мест за 1995–2000 годы составил 6,8 %, тогда как количество рабочих мест в сфере здравоохранения выросло на 12,6 %⁸⁶

⁸⁶ Enquete Force de Travail 2001, repartition de l'emploi par secteur d'activite.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.