

Как сократить расходы на здравоохранение? | Comment réduire les coûts de la santé ?

Auteur: Надежда Сикорская, [Берн](#) , 18.09.2025.



То, что стоимость медицинской страховки в будущем году снова повысится, уже известно. Под вопросом пока лишь размер повышения. Так что растущая дороговизна здравоохранения вновь в центре внимания как политиков, так и простых смертных. Мнений и предложений много, мы постарались вычленить основные.

|

On sait déjà que le coût de l'assurance maladie augmentera à nouveau l'année prochaine. Seule l'ampleur de cette augmentation reste encore incertaine. Le coût croissant de la santé est donc à nouveau au centre de l'attention des politiciens et des simples mortels. Les opinions et les propositions sont nombreuses, nous avons essayé d'en sélectionner les

principales.

Comment réduire les coûts de la santé ?

Расходы швейцарской системы здравоохранения быстро приближаются к отметке в 100 миллиардов франков в год. 24 ноября 2024 года Швейцария одобрила реформу единого финансирования медицинского обслуживания (EFAS), которая позволит сэкономить 440 миллионов франков в год. Сейчас федеральный закон о медицинском страховании (LAMal) и контроль над расходами на здравоохранение вновь находятся в центре парламентских дискуссий.

Одной из рассматриваемых мер является увеличение минимальной франшизы. Национальный совет проголосовал за это повышение, обоснованное ростом затрат на здравоохранение. Цель состоит в том, чтобы побудить застрахованных более умеренно пользоваться медицинскими услугами, что основано на принципе морального риска: застрахованный с более низкой франшизой может вести себя более беспечно в отношении своего здоровья, чем если бы ему пришлось нести более значительную часть медицинских расходов.

Однако эти изменения не смогут устранить все нежелательные стимулы со стороны предложения и спроса. Со стороны предложения поставщики услуг по-прежнему будут иметь финансовый стимул увеличивать количество услуг, когда они могут сами проводить предлагаемые ими процедуры. Со стороны спроса пациенты оплачивают часть расходов через франшизы и доли участия, но часто не знают реальных затрат, которые не сообщаются заранее. Кроме того, страховые компании и кантоны, как правило, покрывают большую часть расходов. Таким образом, как и в случае с проживанием в отеле по системе «все включено», когда у человека нет стимула выбирать экономичные решения, в сфере здравоохранения существует проблема «морального риска».

С января 2022 года закон обязывает предоставлять застрахованным лицам копии их счетов. Больше информации, больше осведомленности — такова логика, лежащая в основе этой меры. Однако, эффект остается скромным, поскольку информация поступает после лечения. Вывод из этой ситуации представляется очевидным: пациенты должны быть лучше информированы. Например, недавнее исследование, проведенное в франкоязычной части Швейцарии компанией Unisanté, показывает, что население плохо осведомлено об услугах первичной медицинской помощи, предоставляемых аптеками, а ведь они разгрузили бы отделения неотложной помощи и стоили бы дешевле.

Эксперты не стремятся изобрести колесо, но изучают решения, принятые в отдельных регионах Швейцарии и за рубежом и направленные на снижение морального риска и введение более эффективных стимулов.

Например, Сингапур успешно ввел медицинские сберегательные счета. Каждый гражданин имеет индивидуальный счет для своих расходов на здравоохранение. Система напрямую стимулирует потребителей выбирать экономичные методы лечения. Так, перед госпитализацией для планового вмешательства пациенты получают финансовую консультацию с оценкой стоимости операции, а также цен на различные классы размещения в палате.

Другая идея заключается в отделении поставщиков медицинских услуг. Это

означает, что врачи, которые консультируют пациентов по поводу вариантов лечения, финансово независимы от поставщиков, которые проводят операции. Модель семейного врача представляет собой одну из форм разделения. В этой модели пациенты всегда должны обращаться к своему семейному врачу, за исключением экстренных случаев. При необходимости семейный врач направляет пациента к специалисту. Семейный врач и специалист являются финансово независимыми.

Наконец, в 2024 году сеть Réseau de l'Arc в Бернском Юре ввела модель интегрированного медицинского обслуживания, финансируемую за счет фиксированной платы, уплачиваемой ее членами, а не за счет оплаты за каждую отдельно взятую услугу. Эта модель направлена на согласование интересов всех участников — поставщиков медицинских услуг, плательщиков и пациентов — путем инвестирования в профилактику и индивидуальную координацию медицинского обслуживания. Цель состоит в том, чтобы улучшить качество медицинского обслуживания, избегая ненужных и дублирующих друг друга процедур, и в то же время активно поощряя членов сети к сохранению своего здоровья.

Иными словами, экономисты и специалисты в области здравоохранения призывают сосредоточить внимание на двух элементах: изучении инновационных моделей, способствующих ответственному использованию ресурсов, и более активном поощрении профилактики для более активного подхода к своему здоровью. Иным путем предлагают идти некоторые политики, в частности, Народная партия Швейцарии.

«С 2000 года расходы на здравоохранение выросли более чем в два раза». «Массовая иммиграция является одним из основных факторов, влияющих на расходы». «Доказано, что мигранты, ищущие убежища, генерируют более высокие расходы, чем остальное население». Такие утверждения делали четыре национальных советника UDC/SVP на прошедшей недавно в Берне на пресс-конференции, где была представлена [«дорожная карта»](#) партии.

Этот документ, который является более нюансированным, чем просто нападки на иностранцев, представляет проблемы системы здравоохранения и предлагает решения: франшиза, связанная с возрастом для иммигрантов, ограниченные льготы в области предоставления убежища, повышение эффективности и прозрачности. Партия выступает против единой медицинской кассы, призывает вознаграждать тех, кто меньше пользуется системой, и требует введения экстренного налога.

Партия опирается на данные о расходах на здравоохранение в 94 миллиарда франков, зарегистрированных в 2023 году, соотносит их с примерно 40 миллиардами в 2000 году и делает вывод: за 25 лет расходы на здравоохранение выросли более чем в два раза.

По мнению НПШ, одним из основных факторов роста затрат является рост населения, а также, в меньшей степени, закон о медицинском страховании (LAMal), прогресс в области медицины и расширение спектра услуг. Плюс, конечно, ошибки политических противников: «безответственная иммиграционная политика, полностью провалившаяся политика в области предоставления убежища и неверные стимулы в сфере здравоохранения являются результатом политики левых», звучало на пресс-конференции.

В ответ возникали вопросы и обвинения в манипулировании цифрами со стороны Федеральной службы здравоохранения OFSP, которая указывает на то, что в 2023 году затраты на здравоохранение действительно составили 94 миллиарда франков, но это общая сумма всех затрат. Услуги, оплачиваемые обязательной медицинской страховкой (наши с вами взносы), составили 39,9 миллиарда франков, или в среднем 373 франка на одного застрахованного в месяц. Что касается взносов кантонов (наши с вами налоги), то они составили 12 миллиардов. Таким образом, услуги, покрываемые LAMal, составили 52 миллиарда.

Разница «финансируется из других источников, — объясняет Габриэла Джакометти, пресс-секретарь OFSP: частные страховые компании, страхование от несчастных случаев, страхование по инвалидности и прямые выплаты застрахованных. В 94 миллиарды также входят расходы на стоматологическое лечение». Это уточнение важно, ведь оно указывает, что для эффективного влияния на страховые взносы необходимо в первую очередь заняться расходами, покрываемыми обязательным медицинским страхованием.

Другой аспект, вызывающий разногласия, касается иностранцев – извечного козла отпущения НПШ, по мнению которой они обходятся системе здравоохранения дороже, чем швейцарцы. Особенно это касается просителей убежища. В подтверждение этого утверждения партия опирается на данные Государственного секретариата по миграции (SEM), опубликованные немецкоязычным журналом *Veobachter*: «В 2020 и 2021 годах расходы на здравоохранение просителей убежища были на 27% и 23% выше, чем у остального населения. В 2022 году, напротив, они были на 4% ниже». Эти цифры следует рассматривать с осторожностью, отмечают комментаторы. После прибытия в Швейцарию беженцы в среднем 70 дней находятся под опекой Конфедерации и в основном нуждаются в медицинской помощи именно в этот период, поэтому годовая экстраполяция, сделанная на основе этих данных, не соответствует фактическим затратам.

Ассоциация *Asile.ch*, занимающаяся именно вопросами предоставления убежища, предсказуемо резко отреагировала на пресс-конференцию НПШ и подчеркнула, что «согласно опросу, проведенному OFSP в 2021 году, на долю просителей убежища приходилось менее 1% от общей суммы расходов, покрываемых обязательным страхованием». Кроме того, при присоединении к страховой кассе они не могут выбирать ни страховку, ни франшизу, ни модель страхования, а во многих кантонах, прежде чем попасть к врачу, нужно сначала обратиться к социальному работнику или медсестре.

Со своей стороны, Федеральное статистическое управление (ФСУ) этим летом изучило «расходы, покрываемые обязательным медицинским страхованием, в зависимости от национальности застрахованных». Из [отчета](#), который охватывает период с 2019 по 2022 год, видно, что иностранцы стоили на 28% меньше, чем швейцарцы. Чем объясняется эта разница? В основном возрастной структурой застрахованных. Так, доля пожилых швейцарцев выше, чем доля пожилых иностранцев, а именно в последние годы жизни расходы на здравоохранение являются самыми высокими.

И самая свежая информация. На своем заседании 12 сентября 2025 года Федеральный совет принял решение о вступлении в силу косвенного контрпроекта к народной инициативе «Максимум 10 % дохода на страховые взносы за медицинское страхование». С 1 января 2026 года кантоны должны будут вносить минимальный

вклад в финансирование снижения страховых взносов. Это позволит гарантировать, что снижение страховых взносов будет происходить так же, как и их рост, и что финансовая нагрузка на домохозяйства останется приемлемой. Кроме того, кантоны должны будут определить социальную цель, то есть максимальную нагрузку, которую страховые взносы должны представлять по отношению к располагаемому доходу.

Как водится в Швейцарии, помимо общих, федеральных, решений, каждый кантон подходит к проблеме самостоятельно. Так, летом этого года исполнительная власть кантона Во шокировала медицинское сообщество, объявив о сокращении бюджета на 2026 год на 20 миллионов франков, что равнялось 25% бюджета нескольких небольших региональных больниц: 3 миллиона франков для Pôle Santé de la Vallée de Joux и 4,6 миллиона для Pays d'Enhaut. По мнению этих двух учреждений, невозможно резко сократить такие суммы, не затронув при этом качество медицинских услуг. Однако после нескольких недель переговоров, как стало известно RTS, масштаб сокращений может быть значительно уменьшен – до 80-90%. «Ни одна больница не сказала: никаких сокращений, это невозможно. Мы должны приложить эти усилия, мы несем ответственность. Но с другой стороны, государство также должно понимать, что все принимаемые меры приведут к сокращению услуг», - подчеркнул в интервью RTS Патриция Альбисетти, генеральный секретарь Федерации больниц кантона Во.

Мы будем следить за развитием ситуации.

[система здравоохранения в Швейцарии](#)



[Надежда Сикорская](#)

Nadia Sikorsky

Rédactrice, NashaGazeta.ch

Source URL: <http://www.nashagazeta.ch/node/35481>