



Реферат обзора

Болгария

Введение

Органы власти и новейшая политическая история

До 1990 г. у власти в Болгарии находилось коммунистическое правительство. В 1991 г. принята новая конституция, согласно которой Болгария стала многопартийной парламентской демократической республикой. Главным органом власти является однопалатный парламент (Национальное собрание) из 240 членов, избираемых прямым голосованием. Глава государства — президент.

Население

В 2001 г. население страны составляло 8,0 млн. человек, из них 68,4% проживало в городах. В 1990-е гг. население старело, а его численность уменьшалась за счет низкой рождаемости и высокой смертности. Этнический состав: 85,8% — болгары, 9,7% — турки, 3,4% — цыгане, 1,1% — представители других национальностей. Болгария — одна из беднейших стран Центральной Европы: 35% ее населения живут за чертой бедности.

Средняя продолжительность жизни и здоровье населения

Средняя продолжительность жизни женщин уменьшилась с 75,1 в 1989 г. до 74,6 года в 2000 г., для мужчин этот показатель за тот же период уменьшился с 68,6 до 67,6 года. Возросла смертность в результате ишемической болезни сердца и инсульта (смертность от инсульта в шесть раз выше, чем в Европейском союзе в среднем), а также от травм. Эти тенденции отражают нездоровый образ жизни, неправильное питание, загрязнение окружающей среды

Рис. 1. Доля ВВП, расходуемая на здравоохранение в Болгарии и других странах



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

и все большее обнищание. Вместе с тем в 1990-е гг. снизилась детская и материнская смертность: в 2000 г. они составили 13,3 на 1000 и 15,0 на 100 000 соответственно.

Новейшая история системы здравоохранения

В коммунистическую эпоху здравоохранение в Болгарии строилось на принципах Семашко. После смены режима эта систе-

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30
Факс: +45 39 17 18 70
Электронная почта: observatory@who.dk
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

ма во многом оказалась несостоятельной, однако реформы начались лишь в конце 1990-х гг. Из-за частой смены правительства и отсутствия политической воли к проведению коренных преобразований никаких важных изменений не было до 1997 г., когда неминуемый крах системы здравоохранения стал очевиден. Стали приниматься меры для упорядочения системы, повышения ее эффективности и снижения затрат.

Направления реформы

Принятый план поэтапных преобразований был направлен на обеспечение экономической и качественной медицинской помощи и соблюдение принципа справедливости. Реформа шла по трем основным направлениям: преобразование финансирования здравоохранения, реорганизация первичной медицинской помощи и усовершенствование сети амбулаторных и стационарных медицинских учреждений.

Расходы на здравоохранение и валовой внутренний продукт (ВВП)

Доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, уменьшилась с 5,4% в 1991 г. до 3,6% в 2000 г. Предполагается, что если учесть прямые платежи населения, то эта доля составит 4,4–5,1% ВВП.

Краткое содержание реферата

В первые годы после падения коммунистического режима изменения в системе здравоохранения проводились очень осторожно. Начало 1990-х гг. ознаменовалось возвратом к некоторым докоммунистическим порядкам: была разрешена частная практика, воссозданы медицинские ассоциации, ответственность за многие виды медицинских услуг возложена на муниципалитеты. В конце 1990-х гг. реформы при-

няли гораздо более радикальный характер. Они включали введение социального медицинского страхования, развитие первичной медицинской помощи на основе общей практики и совершенствование сети медицинских учреждений. Уже достигнуты определенные сдвиги в области повышения экономической эффективности медицинского обслуживания, в частности за счет сокращения коечного фонда. Развитие страховой медицины и внедрение финансирования, зависящего от объема оказанных услуг, будет способствовать дальнейшему росту отдачи вложенных средств. В то же время из-за распространения прямой оплаты медицинского обслуживания оно становится все менее доступным для малоимущих.

Организационная структура и управление

Министерство здравоохранения вырабатывает и проводит в жизнь государственную политику в здравоохранении, определяя главные цели и задачи, разрабатывая национальные программы и законы. В обязанности министерства входит общее руководство системой здравоохранения, хотя с 1995 г. оно частично осуществляется и на региональном уровне, где создано 28 областных управлений. Министерство владеет и управляет несколькими национальными исследовательскими центрами, а также отвечает за службу скорой помощи и систему общественного здравоохранения страны. Кроме того, министерство руководит несколькими областными многопрофильными и специализированными больницами, а также Агентством по лекарственным препаратам, которое занимается регистрацией и контролирует фармацевтический рынок страны.

Высший медицинский совет — консультативный орган по вопросам политики здравоохранения, развития больничной сети, медицинского образования, в том

числе последиplomного. Совет также отвечает за регистрацию частных медицинских учреждений, стационарных и амбулаторных.

В 1992 г. большинство медицинских учреждений было передано в собственность муниципалитетам, в том числе муниципальные больницы, некоторые специализированные больницы и поликлиники, консультативно-диагностические центры, отдельные специализированные педиатрические и гинекологические больницы.

У ряда министерств — обороны, внутренних дел, транспорта — есть собственные медицинские учреждения, которые они финансируют из собственных средств.

В 1998 г. принят закон об учреждении Национального фонда медицинского страхования. В основные обязанности фонда входит управление финансовыми средствами, предназначенными для медицинского обслуживания населения. Через свои областные подразделения фонд финансирует всю сеть амбулаторной помощи, а с июля 2000 г. — и стационары, заключившие с ним договоры.

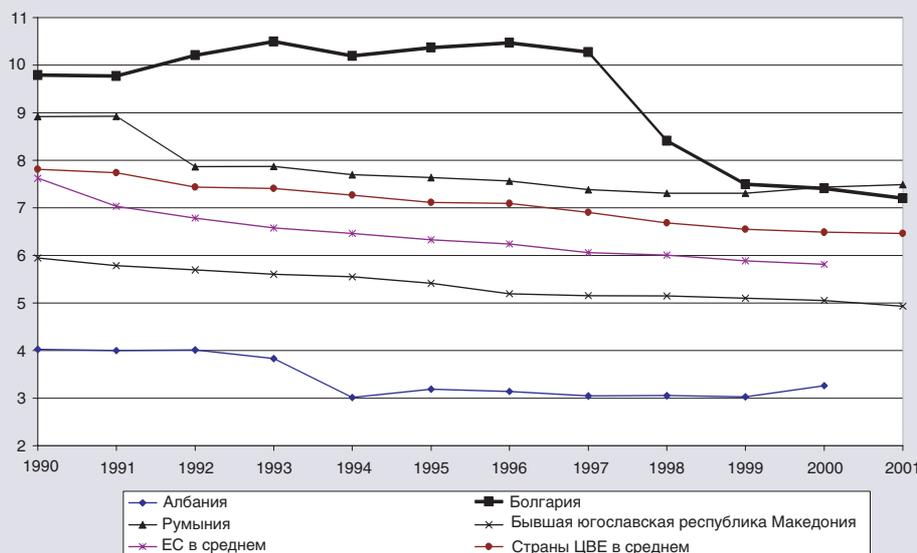
Частная практика разрешена с 1991 г., с тех пор этот сектор существенно укрепился. Сегодня он включает в себя стоматологические и терапевтические кабинеты, аптеки, лаборатории, амбулатории и поликлиники. Кроме того, действует примерно 18 частных больниц.

Финансирование и затраты

Финансирование здравоохранения

До 2000 г. здравоохранение финансировалось главным образом за счет средств общего налогообложения через республиканский и муниципальные бюджеты. С 1999 г., после вступления в силу закона о медицинском страховании (1998 г.), оно финансируется также из страховых взносов, которые платят работодатели и работники. Из-за уклонения от выплат, а также из-за низких доходов и высокой безработицы

Рис. 2. Число больничных коек на 1000 населения в Болгарии и некоторых других странах, 1990—2001 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

эти средства были невелики. В 2000 г. на долю Национального фонда медицинского страхования приходилось 13% всех расходов на здравоохранение.

Ставка взноса медицинского страхования равна 6% дохода и распределена между работодателем и работником в соотношении 5:1. Эта пропорция будет меняться и к 2007 г. должна составить 1:1.

Взносы за безработных и малообеспеченных, пенсионеров, учащихся, военнослужащих, государственных служащих и представителей других социально уязвимых категорий населения поступают из государственного и местных бюджетов.

С июля 2000 г. Фонд социального медицинского страхования начал финансировать амбулаторные медицинские учреждения, в июле 2001 г. — частично и стационары. Сейчас медицинское страхование покрывает всю амбулаторную медицинскую помощь и лекарственные средства для амбулаторного лечения, а также около 20% расходов на стационарное лечение. В перспективе, с ростом финансовых возмож-

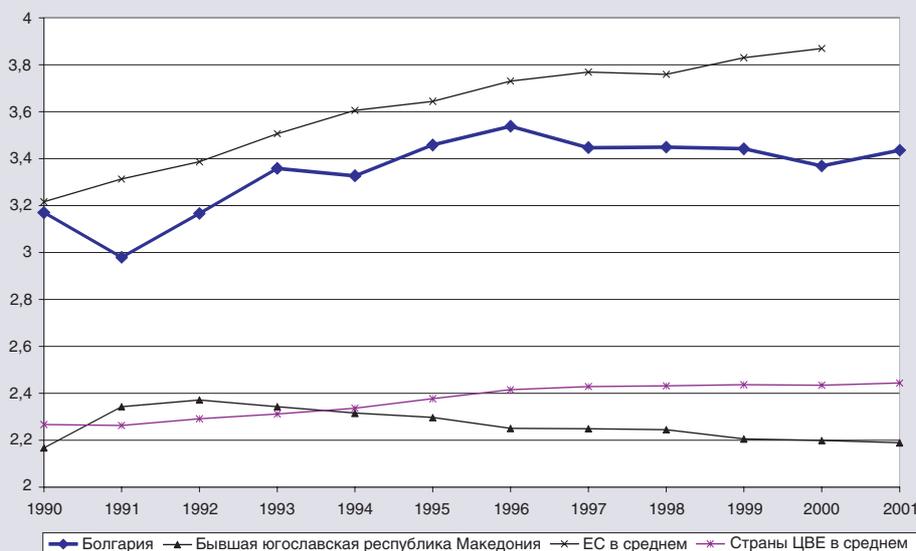
ностей Фонда медицинского страхования, он будет покрывать все расходы на стационарное лечение.

Дополнительные источники финансирования

Непосредственные платежи населения составляют около 20% общих расходов на здравоохранение. Неофициальные платежи, которые были обычным явлением еще в 1980-х гг, еще больше распространились в 1990-е гг. Больные платят за лекарственные средства в больницах, за доступ к более качественному медицинскому обслуживанию, за многие амбулаторные услуги.

Масштабы этих платежей и их значимость в условиях урезанного бюджета здравоохранения побудили правительство ввести в 1994 г. плату за медицинские услуги, хотя многие считали эту меру шагом назад. Постановление о совместных платежах, принятое в 1997 г., заложило правовую основу распределения затрат. В 1997 и 1999 гг.

Рис. 3. Число врачей на 1000 населения в Болгарии и некоторых других странах, 1990—2001 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Министерство здравоохранения разработало единые расценки на платные услуги в государственных медицинских учреждениях. С 2001 г. медицинские учреждения сами устанавливают цены на услуги для пациентов, не имеющих направления врача.

Набор медицинских услуг

Национальный фонд медицинского страхования гарантирует и финансирует оказание основного набора медицинских услуг. Состав этого набора подлежит ежегодному согласованию с профессиональными медицинскими организациями и является частью Национального комплексного договора. Разработаны основные наборы для первичной медицинской помощи и амбулаторного лечения по каждой медицинской специальности, а также, по состоянию на 2002 г., для 40 вариантов стационарного лечения, охватывающих более 450 диагнозов. В Национальный комплексный договор входит список бесплатных или частично оплачиваемых лекарств для хронических больных. Этот список постоянно обновляется. Услуги, не вошедшие в наборы, оплачивают больные.

Затраты на здравоохранение

Государственные затраты на здравоохранение за период с 1991 по 1996 г. уменьшились с 5,4 до 3,2% ВВП, затем выросли до 4,2% в 1999 г., после чего снова снизились до 3,6% ВВП в 2000 г. Доля затрат на здравоохранение в совокупных государственных расходах в 1990-е гг. заметно колебалась, но в целом выросла — с 6,5% в 1990 г. до 11% в 1998 г. и 9,3% в 1999 г.

Общие затраты на здравоохранение с учетом прямых выплат населения составляют примерно 4,4—5,1% ВВП. Это несколько ниже, чем в странах Центральной и Восточной Европы, где этот показатель в среднем равнялся 5,8% в 2000 г., и существенно ниже, чем в странах Европейского союза, где он в среднем равнялся 8,5% в 1999 г.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

В основе реформы амбулаторного медицинского обслуживания, начавшейся в 1999 г., лежали три закона, регламентирующие организацию первичной медицинской помощи, стоматологической помощи и амбулаторной помощи в целом. Предусматривалось создание новых видов амбулаторных учреждений, включавших индивидуальные и групповые практики, медицинские и стоматологические центры и независимые медицинские диагностические центры. Медицинские практики создаются в соответствии с Национальным планом системы здравоохранения — документом, в котором определены потребности населения в медицинских учреждениях и персонале по регионам. По закону о медицинских учреждениях (1999 г.), каждое амбулаторное лечебное учреждение должно выбрать одну из новых организационных форм оказания амбулаторной помощи.

В соответствии с законом, большинство существующих поликлиник преобразованы в консультативно-диагностические или медицинские центры и зарегистрированы в качестве коммерческих компаний. Здания бывших поликлиник, в которых располагаются новые учреждения, находятся в муниципальной собственности. Индивидуальные и групповые практики имеют право приобретать в собственность помещения и медицинское оборудование или же арендовать помещения у муниципалитетов.

Главная особенность реформы состоит в коренном изменении организационных форм и форм собственности медицинских учреждений, а также их правового статуса. Теперь все учреждения — государственные, муниципальные или частные — поставлены в равные условия.

Чтобы работать в государственной системе здравоохранения, врач или медицин-

ский центр заключает договор с Национальным фондом медицинского страхования. Производители медицинских услуг, не заключившие таких договоров, могут оказывать частные платные услуги.

В ходе реформы сделана попытка предоставить каждому гражданину право свободного выбора семейного врача. К концу июня 2000 г. 87% населения Болгарии выбрали семейных врачей для оказания первичной медицинской помощи. Многие люди до сих пор настороженно относятся к реформе. Причины такого отношения — недоверие к самой идее общей практики, необходимость значительных выплат, длинные очереди на лечение и его низкое качество.

Общественное здравоохранение

Общественное здравоохранение находится в ведении Министерства здравоохранения и финансируется из центрального бюджета. Структура общественного здравоохранения мало изменилась с 1950-х гг., когда оно было нацелено в первую очередь на борьбу с инфекционными болезнями. С 1992 г. эту работу выполняют 28 областных санитарно-эпидемиологических инспекций. Сеть инспекций охватывает всю страну. В 1999 г. была проведена реорганизация системы, и теперь помимо санитарного контроля в ее обязанности входит проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий, охрана здоровья и санитарное просвещение.

Национальный центр пропаганды здорового образа жизни образован в 1991 г. Этот центр, совместно с 28 областными инспекциями, отвечает за санитарное просвещение.

В 1990-е гг. уровень охвата населения вакцинацией против кори, туберкулеза, коклюша, дифтерии и столбняка, как правило, превышал 95%.

Стационарное лечение

Несмотря на ограниченный бюджет, обеспеченность населения больничными койками в Болгарии намного выше, чем во

многих европейских странах. В первую половину 1990-х гг. коечный фонд увеличился и в 1996—1997 гг. достиг наибольших размеров — 10,5 койки на 1000 населения. Затем он стал сокращаться и в 2000 г. составлял 7,5 койки на 1000 населения.

Больничная сеть охватывает всю страну и обеспечивает широкий доступ к стационарному лечению. Тем не менее больничные койки часто используются не по назначению, например для ухода за престарелыми и инвалидами. Сокращение коечного фонда во второй половине 1990-х гг. стало результатом политики правительства, осознавшего, что таким образом можно сэкономить огромные средства.

Частота госпитализаций составляет 15,8 на 100 населения, что соответствует среднему уровню для европейских стран. Средняя продолжительность госпитализации составляет 10,7 сут. Хотя с 1980 г. этот показатель снижается, он по-прежнему выше, чем в большинстве стран Европейского региона ВОЗ. Средняя занятость койки (в стационарах всех типов) не достигает и двух третей возможной, что считается низким уровнем для Европы.

Некоторым больницам срочно требуется ремонт, не хватает оборудования и самых необходимых расходных материалов. Чтобы разрешить ситуацию, начата аккредитация больниц. Больницы, которые не удовлетворяют установленным требованиям, закрываются.

Медико-социальная помощь

С 1990 г. медико-социальная помощь находится в ведении Министерства социального обеспечения и местных отделов социального обеспечения; она финансируется из государственного и муниципальных бюджетов. Развивается добровольный сектор, в котором все активнее действуют неправительственные организации.

В 1997 г. в стране было 199 медико-социальных учреждений в общей сложности на 50 596 мест. В число этих учреждений входили 65 домов престарелых, 30 интернатов для инвалидов с соматическими заболеваниями, 49 интернатов для психически

больных и 35 — для детей с психическими и соматическими заболеваниями.

Помощь малообеспеченным, престарелым и инвалидам оказывают в разных формах. Такие люди получают и финансовую поддержку, и помощь в натуральной форме. Например, им помогают оплачивать жилье, предоставляют бесплатное питание.

Принят закон о социальной реабилитации инвалидов, но пока он не заработал в полную силу. Недавно правительство создало специальный центральный фонд для финансирования физической и социальной реабилитации инвалидов.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

В 2000 г. в Болгарии на 1000 населения приходилось 3,4 врача. Это больше, чем в среднем в странах Центральной и Восточной Европы. Динамика этого показателя почти такая же, как в странах Европейского союза. В 1990-е гг. число врачей понемногу росло, в основном за счет выпускников медицинских вузов.

Обеспеченность медицинскими сестрами в Болгарии близка к среднему уровню для стран Центральной и Восточной Европы. Этот показатель сильно снизился после 1996 г., особенно в 2000 г., когда он упал до 3,9 на 1000 населения, что обусловлено низким престижем профессии и низкой оплатой труда.

Врачей готовят пять университетов. Обучение длится шесть лет. Недавно в программу включен 90-часовой курс семейной медицины. После четырехлетней резидентуры врачи сдают квалификационные экзамены, регистрируются в Министерстве здравоохранения и получают лицензию на самостоятельную практику. Ее выдает Центр последипломной подготовки при Софийском медицинском университете.

Средний медицинский персонал готовят в 14 медицинских колледжах. В рамках программы Европейского союза ФАРЕ заметно обновлены программы и методы обучения, введен бакалавриат для медицинских сестер и других специалистов среднего звена.

В 2001 г. открылись два факультета общественного здравоохранения. Они готовят магистров по специальностям общественное здравоохранение и управление здравоохранением. Программы подготовки специалистов по управлению здравоохранением предлагают и другие университеты.

Лекарственные средства

Переход к рыночной экономике положил конец монополии в сфере производства и распространения лекарственных средств. Сейчас эту работу выполняют государственные компании, некоторые из которых находятся в стадии приватизации. В 2000 г. в стране было 53 производителя лекарственных средств.

Приватизация сектора, занимающегося поставкой и распространением, привела к улучшению лекарственного снабжения; выросло и потребление лекарственных средств, хотя это отчасти обусловлено их неоправданным применением.

Закон о лекарственных средствах и аптеках (1995 г.) заложил правовую базу для преобразования фармацевтической отрасли. Приняты 10 директив Европейского союза по правилам производства лекарственных веществ (GMP). В них определены методы и средства производства, контроля, регистрации, продажи, импорта, назначения, распространения, рекламирования и хранения лекарственных средств. Для дальнейшего приближения к европейским требованиям в 2000 г. принят новый закон о лекарственных средствах.

В 1999 г. Научно-исследовательский институт лекарственных средств преобразован в Агентство по лекарственным препаратам. Оно отвечает за качество, эффективность и безопасность лекарственных средств.

Большинство препаратов больные покупают по рыночным ценам. Стоимость некоторых дорогих препаратов покрывают Министерство здравоохранения и Национальный фонд медицинского страхования. Отдельным категориям больных (детям, ветеранам войн и другим) лекарства предоставляются по льготным ценам.

В 1999 г. на лекарственные средства израсходовано 25,4% бюджетных ассигнований на здравоохранение.

Распределение средств

Министерство здравоохранения финансирует университетские клиники, специализированные медицинские учреждения национального и областного значения, санитарно-эпидемиологические службы, государственные программы в области здравоохранения, медицинские исследования и международное сотрудничество в области здравоохранения.

Муниципалитеты, в ведении которых после проведенной в 1992 г. децентрализации находится большинство медицинских учреждений, собирают налоги и тратят на здравоохранение в среднем около 33% своего бюджета, правда, эта доля в разных муниципалитетах сильно колеблется. Муниципалитеты получают дополнительные средства от центрального правительства.

До введения системы медицинского страхования финансовые потоки плохо поддавались учету, многие решения принимались на основе политических или личных предпочтений, а не потребностей населения в медицинском обслуживании. Это вело к нарушению справедливости при распределении средств на здравоохранение по регионам, что еще более усугублялось на местном уровне из-за различий в доходах муниципальных бюджетов. С тех пор как в 1999 г. была введена система медицинского страхования, Национальный фонд медицинского страхования, куда поступают взносы от работодателей и работников и государственные субсидии, покрывает все затраты на амбулаторное медицинское обслуживание и, по договорам с больницами, около 20% затрат на стационарное лечение. Муниципалитеты продолжают финансировать расположенные на их территории больницы, не заключившие договоров с фондом. Исключения составляют больни-

цы областного значения, которые финансирует Министерство здравоохранения. Долю страхового финансирования больниц планируется постепенно увеличивать, при этом финансирование из государственного и муниципального бюджетов будет сокращаться.

Финансирование больниц

До начала реформ финансирования больницы, поликлиники и другие медицинские учреждения получали постатейное финансирование, которое рассчитывали, ориентируясь на расходы прошлых лет.

Сейчас у больниц два основных источника финансирования: бюджеты органов власти и медицинское страхование. Национальный фонд медицинского страхования финансирует лишь те больницы, с которыми он заключил договоры. Финансирование осуществляется по диагностическим группам. В 2001 г. таких групп было 30, они охватывали 159 диагнозов. В 2002 г. число групп возросло до 40, а число диагнозов превысило 450. Фонд не влияет на численность диагностических групп и платит за фактически проведенное лечение.

Больницы, которые не заключили договоров с Национальным фондом медицинского страхования, по-прежнему финансируются муниципалитетом или, если речь идет о больницах областного значения, центральным правительством. По состоянию на 1999 г. все больницы должны были заключать договоры с финансирующими организациями.

Больницы также получают дополнительные доходы, взимая определенную плату со всех больных и дополнительно — за услуги, не покрываемые страхованием.

Зарботная плата врачей

До 2000 г. все врачи получали заработную плату, установленную в национальных коллективных договорах. Сейчас введены некоторые новые методы оплаты труда. Семейные врачи получают оплату, которая зависит от числа закрепленных за ними больных. Предусмотрена доплата за работу

в населенных пунктах с неблагоприятными условиями и за участие в профилактических и других государственных программах в области здравоохранения.

Зарботная плата врачей-специалистов в амбулаторных медицинских учреждениях зависит от числа принятых больных. Больничные врачи получают фиксированный оклад.

Реформы здравоохранения

Реформы здравоохранения призваны заложить прочную основу для его устойчивой работы за счет внедрения новых методов финансирования и развития комплексной частно-государственной системы с целью достижения социальной справедливости и высокой эффективности в интересах населения. Фундаментальные преобразования произошли в конце 1990-х гг. в довольно сжатые сроки и затронули организацию и финансирование здравоохранения, медицинское обслуживание и подготовку кадров. Проведение реформ совпало по времени с экономическим кризисом, поэтому трудности были неизбежны. Недостаток знаний и опыта в области управления здравоохранением и слабая осведомлен-

ность общества о целях реформ привели к тому, что реформы встретились с противодействием общества. Сегодня реформы находятся в начальной стадии, и их конечные результаты предсказать невозможно. Ожидается, что улучшение финансирования здравоохранения за счет средств социального медицинского страхования и уже сейчас заметное повышение эффективности использования ресурсов в итоге будут способствовать улучшению здоровья населения.

Заключение

Сегодня всем в Болгарии очевидно, что реформа системы здравоохранения была неизбежна и что необратимый процесс перемен начался. Идеи, которые были положены в основу реформ, представляются разумными в своей основе, однако, чтобы претворить их в жизнь, необходимы финансовые и материальные ресурсы. Чтобы повысить общественную поддержку реформ, правительству следует тщательно доработать проведенные в последние годы важные преобразования, доказав, что они способны повысить качество медицинской помощи.

**Таблица 1. Показатели работы стационаров всех типов* в странах Европейского региона ВОЗ (данные за 2000 г. или последние из имеющихся).**

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Частота госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сут
Албания	3,3 ^а	8,8 ^а	6,9 ^а
Беларусь	12,6	30,0	13,3
Болгария	7,2	15,3	10,7
Греция	4,9 ^б	15,4 ^в	8,3 ^в
Латвия	8,2	20,7	11,3
Польша	5,6 ^а	15,5 ^а	8,9 ^а
Румыния	7,5	24,4	8,6
Узбекистан	5,3	13,8	11,6
Югославия	5,4 ^а	10,6 ^б	11,0 ^б
ЦВЕ в среднем	6,5	17,9	9,6
ЕС в среднем	5,8 ^а	18,4 ^б	10,0 ^в
Страны бывшего СССР в среднем	9,2	19,4	14,4

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Примечания: ^а 2000, ^б 1999, ^в 1998.

* Приведены данные по стационарам всех типов, включая интернаты и другие учреждения длительного пребывания. Эти данные не столь точно характеризуют работу больниц, как данные по собственно лечебным стационарам; они приводятся только для тех стран, где данные по отдельным типам стационаров получить невозможно.

Обзор системы здравоохранения Болгарии составлен Стайко Кулаксазовым (Министерство здравоохранения), Светлой Тодоровой (Министерство здравоохранения), Элли Трагакес (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) и Стойкой Христовой (Zakrila). Редактор обзора — Элли Трагакес. Обсерватория по системам здравоохранения благодарит Антонио Дюрана (Tecnicas de Salud), Гену Гранчарову (Высшая медицинская школа, Плевен) и Доминик Хаазен (Всемирный банк) за помощь в составлении обзора. Мы благодарим Министерство здравоохранения Болгарии за поддержку.

С полным текстом обзора можно ознакомиться на сайте www.observatory.dk.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.