

Реферат обзора

Словения

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Словения — демократическое государство с парламентской формой правления. До провозглашения независимости в 1991 г. Словения была частью Югославии. Правительство возглавляет премьер-министр, а главой государства и главнокомандующим вооруженными силами является президент.

Население

Численность населения 1 978 334 человека. Примерно 88% — словенцы. Около 16% — лица моложе 15 лет. В 2000 г. уровень безработицы составлял 7,2%.

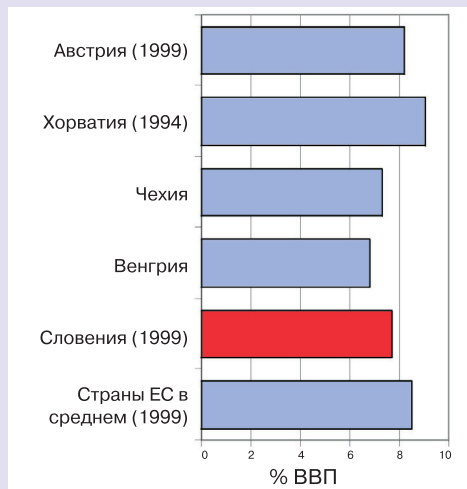
Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни мужчин — 71,3 года, женщин — 78,8 года; это меньше, чем в среднем в странах Европейского союза, но больше, чем в среднем в странах Центральной и Восточной Европы (данные за 1998 г.). Детская смертность в 1998 г. составила 5,2‰, что тоже несколько выше среднего по странам Европейского союза, но значительно ниже среднего по странам Центральной и Восточной Европы.

Основные причины смерти

Основная причина смерти — сердечно-сосудистые заболевания (почти половина всех случаев). За ними следуют онкологические заболевания, травмы, отравления, заболевания органов дыхания, пищеварительной системы и прочие. Таким образом,

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Словении, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз
Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

структура смертности в Словении такая же, как и в странах Европейского союза.

Новейшая история здравоохранения

В течение четырех десятилетий социализма в Словении существовала система медицинского страхования. Серьезные фи-

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>

нансовые трудности, которые переживало здравоохранение в начале 1990-х гг., и стремление к преобразованию всей социальной структуры заставили принять в 1992 г. новое законодательство в сфере здравоохранения.

Направления реформ

В новом законодательстве были пересмотрены источники финансирования здравоохранения. Если раньше финансирование осуществлялось из общих государственных доходов, а средства распределяло Министерство здравоохранения, то теперь средства поступают главным образом от работодателей и работников, а распоряжается ими новая медицинская страховая организация — Институт медицинского страхования. Законодательством предусмотрены обязательное, добровольное и дополнительное страхование, платные медицинские услуги, возможность выбора врача, усиление роли первичного медицинского обслуживания. Была приватизирована часть объектов здравоохранения, преобразована и официально закреплена система договоров в сфере медицинских услуг.

Цели нынешних реформ — привести правовую основу здравоохранения в соответствие с нормами Европейского союза, повысить рентабельность медицинского обслуживания путем усовершенствования схемы распределения ресурсов, развивать медицинские информационные системы, внедрять принципы доказательной медицины.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 2001 г. объем финансирования здравоохранения составлял 8,2% ВВП.

Краткое содержание реферата

До 1991 г. система здравоохранения Словении оставалась практически неизмен-

ной, но вскоре после обретения независимости финансовые затруднения заставили принять новое законодательство (1992 г.).

Благодаря введению обязательного медицинского страхования и охвату большинства населения добровольным страхованием повысилась доля ВВП, расходуемая на здравоохранение. Тем не менее существующая система медицинского страхования не лишена недостатков. Сохраняются очереди на диагностические и хирургические вмешательства, врачи и средний медицинский персонал недовольны условиями труда, а больные — качеством медицинской помощи. Цены на лекарственные средства выше, чем в соседних странах. После вхождения Словении в Европейский союз расходы на здравоохранение могут еще больше возрасти из-за изменений на рынке труда и медицинских товаров.

Структура здравоохранения

Ниже перечислены основные элементы системы здравоохранения.

- Государственная комиссия по здравоохранению — консультативный орган при правительстве, который ранее отвечал за рассмотрение вопросов здравоохранения на заседаниях правительства и парламента. В настоящее время ее функции пересматриваются.
- Министерство здравоохранения занимается нормированием и надзором, разрабатывает государственную политику в области здравоохранения.
- Совет здравоохранения — высший экспертный и координационный орган, консультирующий Министерство здравоохранения по вопросам политики в сфере здравоохранения.
- Парламентский комитет по социальному обеспечению, труду, здравоохранению и вопросам семьи готовит проекты законов и прочие документы для работы парламента.
- Институт медицинского страхования Словении — контролируемая государством некоммерческая организация,

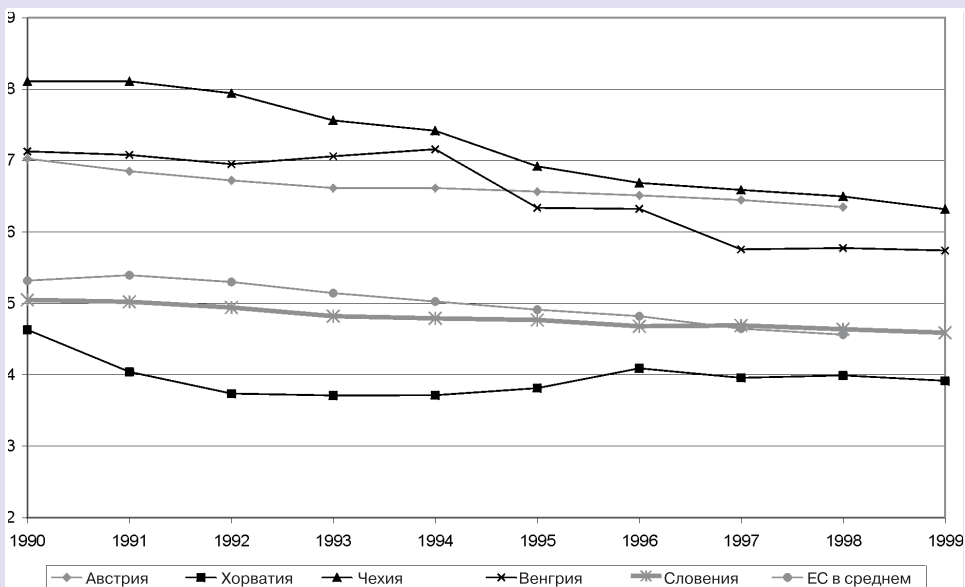
созданная в 1992 г. для обеспечения населения обязательным медицинским страхованием. Действует через 56 филиалов.

- Институт общественного здоровья Республики Словения основан в декабре 1992 г. для работы в области социальной медицины, гигиены, экологии, эпидемиологии, информатики и научных исследований; имеет девять региональных отделений.
- Местные органы власти получили некоторую свободу в организации и планировании первичной медицинской помощи, но пока не играют предусмотренной законодательством 1992 г. активной роли в управлении здравоохранением.
- Медицинская и Фармацевтическая палаты воссозданы в 1992 г. Медицинская палата Словении стала влиятельным учреждением, которое взяло на себя некоторые функции Министерства здравоохранения.

Планирование, нормирование и управление

Планированием медицинского обслуживания, в частности специализированной медицинской помощи и капитальных вложений в больничную сеть, занимается главным образом Министерство здравоохранения. Государственная политика в области внедрения медицинских технологий, требующих больших капитальных вложений, четко не определена. Институт медицинского страхования разрабатывает и утверждает годовой финансовый план обязательного страхования, на основе которого обсуждаются и заключаются договоры между институтом и медицинскими учреждениями. Специализированная медицинская помощь находится в ведении самих медицинских учреждений, а первичная — в ведении местных властей.

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Словении, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

Граждане Словении участвуют в планировании и управлении здравоохранением путем представительства и голосования.

Децентрализация здравоохранения

Здравоохранение Словении остается довольно централизованным. Большинство административных и нормативных решений принимается на центральном уровне. Нижние уровни власти несут в основном исполнительные функции. Местные власти не пользуются своей возросшей самостоятельностью в планировании медицинского обслуживания. Обязательное медицинское страхование также управляется централизованно.

Финансирование и затраты

Финансирование

Основной источник финансирования (85%) — обязательное медицинское страхование. Налоги, как общегосударственные, так и местные, играют меньшую роль (4% в 1998 г.). Доля добровольного медицинского страхования в финансировании здравоохранения в 1998 г. составила 11,6%. Данные о платных услугах, не охваченных добровольным медицинским страхованием, отсутствуют.

Капитальные вложения в специализированные медицинские учреждения, как и государственная программа охраны здоровья, финансируются из государственного бюджета. Капитальные вложения в первичное медицинское обслуживание делают местные власти из своего бюджета.

Медицинское страхование

Практически все постоянные жители Словении охвачены обязательным медицинским страхованием либо как плательщики, либо как иждивенцы. Существует 21 категория застрахованных. Категории объ-

единены в 2 основные группы. К первой относятся рабочие и служащие, чьи страховые взносы пропорциональны личному доходу, но не зависят от страховых рисков. Действие такого страхового договора распространяется на детей и неработающих супругов; дополнительные взносы при этом не взимаются. С января 2002 г. взносы работников и работодателей составляют 13,45% общего дохода: 6,56% платят работодатели, 6,36% — работники; 0,53% — дополнительный взнос работодателей для страхования риска производственных заболеваний и травм.

Страховые взносы второй группы фиксированы. Государственная биржа труда отчисляет определенные суммы за каждого зарегистрированного безработного. Прочие неработающие лица должны состоять на учете в местных органах власти, которые и платят страховые взносы. Пенсионеры отчисляют 5,65% пенсии. Лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, фермеры и ремесленники выплачивают фиксированную долю дохода после уплаты налогов. Работники государственного сектора платят взносы более регулярно. Остальные категории плательщиков, по мнению некоторых, платят слишком мало по отношению к своим доходам.

Набор медицинских услуг

Обязательное страхование обеспечивает всем застрахованным: 1) доступ к медицинскому обслуживанию (первичное, специализированное, высокоспециализированное), включая лекарственные средства и медицинские технические приспособления; 2) денежные компенсации, такие как компенсация заработной платы на период нетрудоспособности. Обязательное медицинское страхование покрывает весь спектр медицинских услуг, но некоторые из них требуют доплаты.

В целом медицинское обслуживание в Словении не имеет ограничений, несмотря на ряд полностью или частично платных услуг, таких как санаторно-курортное лечение.

Дополнительные источники финансирования

Доля частных средств в финансировании здравоохранения растет из года в год. Основной их источник — добровольное медицинское страхование, вклад которого вырос с 1,5% в 1991 г. до 8% в 1994 г., а затем до 11,6% в 1998 г. Сейчас 95% всех застрахованных имеют договоры добровольного медицинского страхования, покрывающие платные медицинские услуги. Платные услуги предусмотрены законодательством 1992 г. При добровольном страховании страховой взнос фиксирован, таким образом, лица с высокими доходами платят относительно меньше. Доплата за медицинские услуги колеблется от 5 до 50% и более. Данные по платным услугам, не охваченным добровольным медицинским страхованием, отсутствуют.

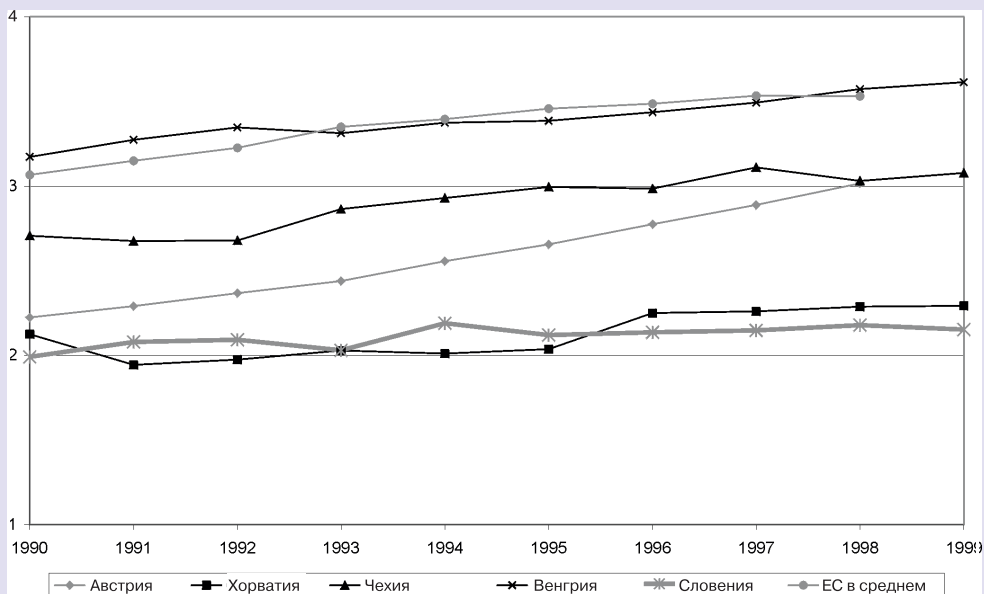
Иностранные инвестиции очень незначительны. С 1993 г. в рамках подготовки к вступлению Словении в Европейский со-

юз из внешних источников частично финансируются законодательная деятельность и строительство. Всемирный банк выделил кредит для финансирования проекта реформ в сфере управления здравоохранением.

Затраты на здравоохранение

В последние годы Словения тратила на здравоохранение от 7,7% ВВП в 1993 г. до 8,23% ВВП в 2001 г. Государственные вложения составляли примерно 7,1% ВВП в 1993 г., 6,6% ВВП в 1999 г. и 7,2% ВВП в 2001 г.; оставшаяся часть приходилась преимущественно на взносы добровольного медицинского страхования. Доля государственного сектора в расходах на здравоохранение в 1999 г. равнялась 86%. После 1996 г. доля ВВП, расходуемая государством на здравоохранение, уменьшилась ввиду увеличения доли частных вложений (за счет доплаты за некоторые услуги) и опережающего роста ВВП по отношению к за-

Рисунок 3. Число врачей на 100 населения в Словении, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

тратам на здравоохранение. В 2001 г. в структуре этих затрат 313,42 млрд толаров (6,9% ВВП) составили взносы обязательного медицинского страхования, 8,88 млрд толаров (0,2% ВВП) — бюджетные средства и 3,32 млрд толаров (0,07% ВВП) — средства из местных источников.

За последние два года затраты на здравоохранение выросли по ряду причин, среди которых значительное увеличение заработной платы врачей и введение налога на добавленную стоимость лекарственных средств. Эти затраты должны еще больше возрасти с вступлением Словении в Европейский союз, когда заработная плата медицинских работников и цены на лекарственные средства, оборудование и медицинские услуги, вероятно, возрастут до уровня других стран Европейского союза.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание предоставляется как государственными, так и частными медицинскими учреждениями. К первым относятся центры первичной медицинской помощи и медицинские пункты. В 1999 г. насчитывалось 64 центра первичной медицинской помощи и 69 медицинских пунктов. Минимальный объем услуг в медицинском пункте включает неотложную помощь, консультацию врача общей практики или семейного врача, медицинское обслуживание детей и подростков, простые диагностические исследования. Для оказания более сложных медицинских услуг больного направляют в ближайший центр первичной медицинской помощи.

Минимальный объем услуг в центре первичной медицинской помощи включает первичную профилактическую и лечебную помощь различным группам населения. Официально центры принадлежат местным органам власти. Работники

центров получают заработную плату, но врачи, в том числе стоматологи, имеют право заключить договор на частную практику. Введению частной практики мешает недостаточно разработанная нормативная база и отсутствие концепции дальнейшего развития центров первичной медицинской помощи.

По договору обязательного медицинского страхования больной имеет право выбрать личного врача, поменять которого можно не ранее чем через год. Обычно это врач общей практики, работающий в центре первичной медицинской помощи или занимающийся частной практикой по договору с Институтом медицинского страхования. В специализированные медицинские учреждения больных направляет именно личный врач.

Число обращений за медицинской помощью в расчете на человека в Словении составляет 7,4 в год — это меньше, чем в среднем в странах Центральной и Восточной Европы.

Специализированное медицинское обслуживание

В специализированное медицинское учреждение больного направляет его личный врач, но взаимодействие между учреждениями первичной и специализированной помощи оставляет желать лучшего: оно сводится в основном к обмену результатами диагностических исследований и не касается таких вопросов, как лечение и уход за больным.

Специализированную амбулаторную помощь оказывают в больницах, санаториях и частных медицинских учреждениях. Около 75% специализированных медицинских услуг, как амбулаторных, так и стационарных, предоставляют в больницах. Более сложную, высокоспециализированную помощь оказывают в клиниках и институтах. В Словении насчитывается 26 больниц, в том числе 9 региональных и 3 местных больницы общего профиля, ведущее медицинское учреждение и главная учебная база — Клинический центр в Любляне. Кроме того, имеется 12 специализирован-

ных больниц. Помимо Клинического центра в Любляне к высокоспециализированным медицинским учреждениям относятся Институт онкологии и Институт реабилитации.

Число больничных коек на 1000 населения в Словении меньше, чем в среднем в странах Европейского союза и в среднем в странах Восточной Европы. Благодаря повышению роли амбулаторного обслуживания в 1998 г. этот показатель уменьшился с 5,0 до 4,6. Занятость койки за последние 15 лет увеличилась до 85%. Во время ежегодных переговоров, на которых обсуждаются и заключаются договоры в сфере обязательного медицинского страхования, было принято решение о сокращении штатов и числа больничных коек на 1,0—1,5% в год. Несмотря на это, больницы пытаются сохранить свой статус и использовать излишки коечного фонда, предлагая медицинское обслуживание в рамках добровольного медицинского страхования и предоставляя дополнительные услуги. Тем не менее есть надежда, что Институт медицинского страхования все же перераспределяет часть своих средств в пользу первичной медицинской помощи и прочих видов внебольничных услуг.

Частота госпитализаций в последние два десятилетия остается на уровне около 16 на 100 населения в год — это несколько ниже, чем в среднем в странах Европейского союза и в среднем в странах Центральной и Восточной Европы.

Медико-социальное обслуживание

Медико-социальную помощь предоставляют в основном государственные учреждения. Патронажные службы работают на базе центров первичной медицинской помощи совместно с врачами общей практики или семейными врачами. В последние годы к патронажным сестрам перешли все функции участковых медицинских сестер, а также обязанности, ранее исполняемые исключительно акушерками. Для длительного ухода предназначены дома престарелых и инвалидов.

Старение населения заставляет всерьез задуматься о социальной защите пожилых.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Официально считается, что обеспеченность населения Словакии медицинскими кадрами соответствует его потребностям, а государство тщательно следит за кадровой политикой, направленной на сохранение существующего положения. Чтобы поддерживать число врачей на постоянном уровне, прием на медицинский факультет был ограничен. Вместе с тем анализ демографических данных свидетельствует о том, что в некоторых районах может возникнуть нехватка врачей. Число врачей на душу населения в Словении меньше, чем в большинстве стран Центральной, Восточной Европы и Европейского союза (рис. 3). За последние 10 лет оно почти не изменилось: с 1990 по 1999 г. возросло с 1,9 до 2,1 на 100 населения. Кое-где уже ощущается недостаток врачей. С введением принятых в странах Европейского союза норм рабочего времени потребность во врачах возрастет, что, возможно, потребует привлечения специалистов из-за границы. Недавно принято решение увеличить прием на медицинский факультет на 15%.

Количество среднего медицинского персонала, напротив, постоянно растет.

Лекарственные средства

Лекарственные средства, затраты на которые покрывает обязательное медицинское страхование, делятся на три группы. Расходы на препараты из первой группы компенсируются на 75%, из второй — на 25%; оставшаяся часть стоимости оплачивается больным или покрывается добровольным медицинским страхованием. Расходы на препараты из третьей группы не входят в полис обязательного медицинского страхования. При наличии нескольких равноэффективных препаратов врачам рекомендуется выписывать более дешевый. Все рецепты регистрируются и проверяются.

Вызывают беспокойство высокий уровень потребления лекарственных средств, который продолжает расти, а также повышение цен на них.

Оценить потребление лекарственных средств в масштабах страны невозможно, поскольку государственного учета препаратов, назначаемых в больницах, и безрецептурных средств не ведется. Данные о препаратах, выписываемых амбулаторно, довольно точные: число выданных рецептов росло с 1991 по 1994 г. (соответственно 5,5 и 6,8 рецепта на человека). В начале 1995 г. было принято решение ограничить число выписываемых рецептов; по итогам года этот показатель снизился до 6,3.

Есть надежда, что вводимая в настоящее время электронная пластиковая карта медицинского страхования, с помощью которой выданные рецепты будут регистрироваться автоматически, позволит сократить чрезмерное потребление лекарственных средств.

Цены на лекарственные средства росли практически неуправляемо, пока в 1995 г. государство не стало регулировать ценовую политику как в оптовой, так и в розничной торговле.

В последние годы рост цен и выписывание избыточного количества рецептов привели к значительному увеличению затрат на лекарственные средства.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения

Ежегодные переговоры, на которых обсуждаются и заключаются договоры в сфере обязательного медицинского страхования, проходят в три этапа. Вначале Министерство здравоохранения, Институт медицинского страхования, Медицинская и Фармацевтическая палаты, а также другие представители медицинских учреждений обсуждают список договорных услуг и максимальный бюджет обязательного медицинского страхования. В 2000 г. этот бюджет

должен был составлять 6,5—7,0% ВВП. Такое решение было принято еще и потому, что для вступления в Европейский союз Словении необходимо создать соответствующую нормативно-правовую базу, в том числе и в здравоохранении. Расходы, превышающие 7% ВВП, должны покрываться из дополнительных источников.

На втором этапе определяют права и обязанности участников договора (для каждого типа медицинских учреждений). На третьем этапе Институт медицинского страхования заключает договоры с отдельными медицинскими учреждениями на конкурсной основе. В договоре указаны объем и стоимость услуг, методы расчетов, права и обязанности сторон, предусмотрен контроль за его соблюдением.

Финансирование больниц

Больницы, как и центры первичной медицинской помощи, большую часть средств получают по договорам с Институтом медицинского страхования, а их расходы ограничены рамками утвержденного бюджета. До 2001 г. средства выделяли исходя из объема работы, оцениваемого по числу койко-дней и применению дорогостоящих вмешательств. В 2001 г. была принята схема оплаты по клиническим группам, предусматривающая девять основных групп. Более точный расчет производится для каждой больницы в отдельности, исходя из средней стоимости лечения больного данной группы. В разных больницах эта стоимость может быть разной. Уже разработана новая, более сложная схема оплаты по клинико-затратным группам. Эта схема будет вводиться в течение переходного периода начиная с 2003 г.

Финансирование центров первичной медицинской помощи и оплата труда врачей

Центры первичной медицинской помощи получают средства от региональных фондов медицинского страхования в зависимости от численности обслуживаемого населения и от объема оказанных услуг. Вра-

чи центров первичной медицинской помощи и медицинских пунктов помимо работы на твердом окладе могут заниматься частной практикой (как по договору с Институтом медицинского страхования, так и независимо). Частные медицинские услуги оплачиваются больными или покрываются добровольным медицинским страхованием; цены на услуги, не предусмотренные договором добровольного страхования, врач может устанавливать самостоятельно.

Врачи, работающие в больницах и центрах первичной медицинской помощи, получают заработную плату и премиальные. В 2001 г. средний заработок врача в 2,5 раза превышал среднюю заработную плату в Словении.

Реформы здравоохранения

Благодаря реформам 1992 г. в жизнь вошли обязательное и добровольное медицинское страхование, частная врачебная практика и договорные отношения на рынке медицинских услуг. Главной целью реформ было найти новые источники финансирования. Однако многие ключевые характеристики прежней системы здравоохранения, в частности всестороннее и общедос-

тупное медицинское обслуживание, были сохранены. Для оплаты работы больниц в рамках обязательного медицинского страхования были введены перспективный бюджет и система договоров. Считается, что реформа 1992 г. достигла своей главной цели — рост расходов на здравоохранение не опережает рост ВВП. Внедрение частной медицинской практики, однако, оказалось не столь успешным из-за отсутствия четкой политики во взаимоотношениях частного и государственного секторов здравоохранения.

Сегодня здравоохранению нужны новые реформы. Необходимостью в них диктуется повышением расходов, в основном за счет роста цен на лекарственные средства, и увеличением числа частных предпринимателей, страховые выплаты которых меньше, чем выплаты работников государственного сектора. Кроме того, население Словении стареет, что влечет за собой увеличение потребности в медицинской помощи. Не лишена недостатков и организация медицинского обслуживания, в частности взаимодействие между больницами и амбулаторными учреждениями, равно как и взаимодействие между учреждениями первичной медицинской помощи. Признавая необходимость перемен, государство намерено твердо придерживаться политики реформ, но проводить их постепенно. Ведущими направлениями реформ станут

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Австрия	6,2	27,2	6,3	75,5
Хорватия	4,1	13,9	9,2	86,3
Чехия	6,3	18,7	8,8	70,7
Венгрия	6,6	22,4	6,7	72,5
Словения	4,6 ^а	16,1	7,6 ^а	73,2 ^а
Страны Европейского союза в среднем	4,2 ^а	19,0 ^б	8,2 ^б	77,0 ^б

В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные ^а 1999, ^б 1998.

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

расширение информационных медицинских систем, совершенствование схемы финансирования больниц и управленческих навыков медицинских работников и руководителей здравоохранения, повышение качества медицинской помощи путем разработки системы контроля за качеством и внедрения в клиническую практику принципов доказательной медицины.

Заключение

Система здравоохранения Словении гарантирует всем гражданам, независимо от их дохода, общедоступное всеобъемлющее медицинское обслуживание. Успешный поиск и использование разнообразных источников финансирования позволили поддерживать долю расходов на здравоохранение в ВВП на постоянном уровне. Население Словении более или менее довольно медицинским обслуживанием, а состояние здоровья ее граждан лучше, чем в

соседних странах. Тем не менее перед здравоохранением стоит еще ряд сложных задач. К ним относятся различия между отдельными районами страны (как в ресурсах, так и в состоянии здоровья населения), неравенство между малоимущими и обеспеченными гражданами (последние имеют доступ к более разнообразному и качественному медицинскому обслуживанию за счет платных медицинских услуг и добровольного медицинского страхования). Сокращение числа врачей в некоторых районах может увеличить очереди на плановое лечение. Требуется внимания и увеличение расходов на лекарственные средства, потребление которых, как и цены на них, растут. После присоединения Словении к Европейскому союзу эти расходы, вероятно, станут еще больше. Помимо внутренних трудностей перед Словенией стоят общие для всех европейских стран проблемы. Так, старение населения заставляет создавать механизмы социальной защиты пожилых и единую систему ухода за ними.

Обзор системы здравоохранения Словении составили Тит Албрехт (Институт общественного здоровья, Словения), Марьян Цесен (заместитель государственного секретаря Министерства здравоохранения, Словения), Дон Хиндл (Программа управления здравоохранением, Министерство здравоохранения, Словения), Элке Якубовски (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), Борис Крамбергер (Институт медицинского страхования Словении), Весна Керстин Петрик (Бюро ВОЗ по координации и связям, Словения), Марьян Премик (Институт социальной медицины, Словения), Мартин Тотх (Институт медицинского страхования Словении).

Авторы благодарят Андрея Робиду (Министерство здравоохранения), Младена Маркоту (Институт общественного здоровья), Звонку Зупаника Славека (кафедра истории медицины, медицинский факультет Люблянского университета, Словения) и Станислава Приможича (отдел лекарственных средств и медицинского оборудования, Министерство здравоохранения, Словения) за их вклад в создание обзора. Редактор обзора — Элке Якубовски (Европейская обсерватория по системам здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит за рецензирование данного обзора Саймона Блэйра (Всемирный банк) и Сержа Хейнена (SenS Consult) — специалиста в области здравоохранения, занятого в Программе управления здравоохранением правительства Словении, в особенности Министра здравоохранения профессора Душана Кебера, а также государственных секретарей Дорьяна Марушича, Симона Врунца и Йожице Маучеца Закотника за участие в создании новой версии обзора и ее рецензирование.

Полный текст обзора можно найти 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.