

Реферат обзора

Испания

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

В 1978 г. с принятием новой Конституции на смену диктатуре в Испании пришла парламентская монархия. Конституция утвердила новое административно-территориальное деление страны.

Население

В 1998 г. численность населения составляла 39 852 000 человек. Население Испании стареет, наблюдается резкий спад рождаемости. В 1997 г. по суммарному коэффициенту рождаемости (среднему числу детей, рожденных женщиной за детородный период — от 15 до 49 лет) Испания занимала последнее место среди стран Европейского союза (1,18).

Средняя продолжительность жизни

С 1970-х гг. средняя продолжительность жизни неуклонно росла, благодаря чему сегодня она значительно выше, чем в среднем в странах Европейского союза (в 1996 г. по этому показателю Испания занимала третье место). В 1997 г. средняя продолжительность жизни женщин составляла 82 года, мужчин — 74,6 года.

Основные причины смерти

В Испании самая высокая среди стран Европейского союза смертность от СПИДа. Смертность от рака легких, сердечно-сосудистых заболеваний и производственных травм возросла, а от инфекционных заболеваний и автомобильных аварий — снизилась.

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



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

Новейшая история здравоохранения

В период диктатуры испанское здравоохранение было централизованным и входило в систему социального обеспечения. Охват населения государственным здравоохранением

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>

нием зависел от уровня доходов. Конституция узаконила право всех граждан Испании на охрану здоровья и утвердила новое административно-территориальное деление страны. Благодаря созданию Национального института здоровья в 1978 г. и Министерства здравоохранения в 1981 г. здравоохранение стало самостоятельной структурой внутри системы социального обеспечения.

Направления реформ

Реформа здравоохранения в Испании пошла по пути децентрализации — передачи полномочий с центрального уровня на региональный (17 автономным областям). С 1986 г. в рамках перехода к новой, общенациональной, системе здравоохранения начались реформы финансирования: страхование было заменено налоговым финансированием, позволившим обеспечить медицинской помощью практически всех граждан страны.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1997 г. общий объем финансирования здравоохранения составил 7,4% ВВП. В пересчете на душу населения этот показатель составляет 1183 доллара США, то есть 75% среднего значения соответствующего показателя в странах Европейского союза. При этом на долю государства пришлось почти 77% всех затрат на здравоохранение.

Краткое содержание реферата

После принятия новой Конституции в здравоохранении Испании произошли крупные перемены. Самые важные из них — это преобразование здравоохранения в общенациональную систему, отделение его от социального обеспечения и передача полномочий автономным областям. Хотя реформы еще не завершены, уровень удовлетво-

ренности населения медицинским обслуживанием в течение 1990-х гг. значительно возрос.

Структура здравоохранения

В силу многих причин административного характера система здравоохранения и сейчас фактически считается частью системы социального обеспечения. Здравоохранение финансируется за счет налогов; большинством медицинских учреждений владеет и управляет государство. Руководство здравоохранением передано областям, но все полномочия имеют лишь семь областей из семнадцати, в остальных десяти областях основная часть медицинских служб находится в ведении Национального института здоровья.

Министерство здравоохранения координирует работу служб общественного здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений, разрабатывает основные направления политики здравоохранения и его законодательную базу, согласовывает медико-социальные вопросы с Министерством труда и социального обеспечения. В ведении Министерства здравоохранения находятся также деятельность Национального института здоровья, последипломное медицинское образование (совместно с Министерством образования), политика в области лекарственных средств, стандартизация лекарственных средств и другой продукции медицинского назначения.

Министерство труда и социального обеспечения отвечает за распределение финансовых средств в системе социального обеспечения, определяет гарантированный набор медицинских услуг и утверждает платежи учреждениям, входящим в систему здравоохранения.

Региональные (областные) органы власти занимаются вопросами планирования и организации медицинского обслуживания на своей территории. Однако в десяти из семнадцати областей эти функции отчасти выполняет представитель центральной власти — Национальный институт здоровья. Разнородная схема разделения

административных функций затрудняет взаимодействие, особенно в тех автономных областях, где полномочия местных властей ограничены. Базовой территориальной структурой здравоохранения служат медицинские районы, в которых организовано первичное и специализированное (как амбулаторное, так и стационарное) медицинское обслуживание. Существуют также более мелкие медицинские участки, в каждом из которых имеется центр первичного медицинского обслуживания.

Роль местных органов власти в управлении здравоохранением значительно уменьшилась: по Конституции большая часть их полномочий передана региональным властям, за исключением некоторых вопросов санитарии и гигиены, а также охраны окружающей среды.

Роль страховых компаний пока невелика, но постоянно растет. Частным страхованием охвачены 10% населения. Для оплаты медицинских расходов государственных служащих созданы три паевых фонда. Государственные служащие могут пользоваться как частной, так и государственной медициной. Существуют параллельные системы медицинского обслуживания для военных и заключенных. Примерно 15—20% стационарных услуг в государственной системе здравоохранения оказывают частные некоммерческие фирмы, с которыми государство заключает договоры.

Планирование, нормирование и управление

Планирование и нормирование осуществляются как на региональном, так и на центральном уровне. Хотя центральное и региональное руководство по-прежнему отвечает за финансирование, приобретение и предоставление медицинских услуг, с 1990 г. новое законодательство обеспечивает постепенное разделение поставщиков и покупателей медицинских услуг на основе договоров, предусматривающих финансирование в соответствии с объемом предоставленной медицинской помощи.

Децентрализация здравоохранения

С 1978 по 1986 г. в ведение областей перешла большая часть медико-социальных служб, не входивших в систему социального страхования. В 1981—1994 гг. семь областей, в которых проживает 62% населения, получили в свое распоряжение и службы, прежде входившие в эту систему (с 1986 г. ее сменила общенациональная система здравоохранения). В этих семи областях здравоохранением руководят областные департаменты здравоохранения, а в оставшихся десяти областях — местные представительства Министерства здравоохранения и Национального института здоровья. В будущем полномочия по управлению здравоохранением планируется передать и оставшимся десяти областям, однако способы осуществления этих планов пока не ясны.

Финансирование и затраты

На смену медико-социальному страхованию пришло налоговое финансирование. Большинство налогов поступают в центральный бюджет, так как налоговые полномочия региональных и местных властей ограничены. Паевые фонды для оплаты медицинских расходов государственных служащих финансируются примерно на 70% из государственного бюджета и на 30% — за счет взносов самих служащих. Из-за различий в полномочиях между областями единая система финансирования отсутствует, что затрудняет контроль за расходами на здравоохранение. Наиболее обеспеченные частные предприниматели (0,6% населения страны) не охвачены общенациональной системой здравоохранения. Медицинское обслуживание государственных служащих и членов их семей (4,6%) оплачивается инвестиционными медицинскими фондами, а остального населения (94,8%) — системой социального обеспечения. Малоимущим медицинская

помощь предоставляется бесплатно. Недавно право на охрану здоровья получили взрослые иммигранты, но как это право будет осуществляться на практике, пока не ясно.

Набор медицинских услуг

В рамках общенациональной системы здравоохранения предоставляются следующие медицинские услуги: а) первичное медицинское обслуживание детей и взрослых, включая профилактику заболеваний, укрепление здоровья и реабилитацию; б) специализированная амбулаторная и стационарная помощь (в том числе хирургические вмешательства); в) лекарственные средства, протезы, ортопедические приспособления и т. д. В этот набор не входят стоматологические услуги, которые и раньше не оплачивались государством, а также медико-социальная помощь.

Дополнительные источники финансирования

Дополнительными источниками финансирования служат платные медицинские услуги, предоставляемые государственной системой здравоохранения и частными медицинскими учреждениями, а также частное медицинское страхование. Точно оценить долю населения в общих затратах на здравоохранение трудно.

Платные медицинские услуги составляют 16,9% всех затрат на здравоохранение, причем 40% приходится на доплату за лекарственные средства гражданами моложе 65 лет, за исключением инвалидов и хронических больных, 57% — на частную амбулаторную помощь (включая общий уход), 3% — на стационарное лечение.

Существуют три вида частного медицинского страхования: добровольное страхование, паевые фонды для государственных служащих и страхование по месту работы. По разным оценкам, частным страхованием охвачены 13—19% населения. Примечательно, что в большинстве случаев частные медицинские страховые компании предпочитают работать с определенными

медицинскими учреждениями. На долю частного медицинского страхования приходится от 14 до 34% затрат населения на здравоохранение. В 1999 г. были введены налоговые льготы при медицинском страховании по месту работы.

Расходы на здравоохранение

В 1990—1997 гг. общий объем финансирования здравоохранения в Испании был меньше, чем в среднем в странах Европейского союза, равно как и государственные расходы на здравоохранение. Расходы на душу населения составили 75% среднего показателя по странам Европейского союза. На долю государства в 1997 г. пришлось 76,1% всех затрат на здравоохранение (с 1986 по 1996 г. государственные затраты в реальном выражении возросли почти в три раза). Расходы населения на здравоохранение в 1990-х гг. росли теми же темпами, что и расходы государства. Что касается отдельных категорий затрат, заметнее всего возросли расходы на лекарственные средства. В 1996 г. 80,6% всех государственных затрат на здравоохранение распределяли через областные органы власти. При этом расходы на душу населения в семи самостоятельных областях растут гораздо быстрее из-за отсутствия контроля со стороны центральных органов власти. Необоснованному росту затрат на медицинское обслуживание способствуют и ограниченные налоговые полномочия областных властей.

Медицинское обслуживание

Согласно закону о здравоохранении (1986 г.), первичное медицинское обслуживание получило самостоятельность и стало приоритетным направлением развития здравоохранения. Однако закон проводился в жизнь медленно, с многочисленными трудностями и не сопровождался соответствующими изменениями системы финансирования.

Первичное медицинское обслуживание

В задачи первичного медицинского обслуживания входят укрепление здоровья населения, профилактика и лечение заболеваний, а также наблюдение в период реабилитации. В прошлом первичным медицинским обслуживанием занимались врачи, работающие в одиночку неполный рабочий день. Сегодня на смену им пришли группы врачей общей практики, занятые полный рабочий день и получающие фиксированную заработную плату (так как учреждения первичного медицинского обслуживания полностью принадлежат государству, а их персонал считается государственными служащими). Большой поадает к специалистам только по направлению врача общей практики.

Несмотря на прошедшие реформы, первичному медицинскому обслуживанию в целом уделяется недостаточно внимания. Одним из отрицательных последствий реформ стало увеличение числа больных, поступающих в приемные отделения больниц (примерно в половине случаев больные обращаются туда из-за невозможности попасть к врачу общей практики). Уровень технического обеспечения по-прежнему недостаточен (например, не хватает оборудования для малых операций). Отсутствует и общегосударственная медицинская информационная система, без которой невозможно следить за качеством медицинского обслуживания. С другой стороны, в 2000 г. общенациональной системой здравоохранения были охвачены 85% населения. Растет и удовлетворенность больных медицинским обслуживанием, однако по этому показателю, как и по доступности первичной медицинской помощи, автономные области существенно различаются.

Общественное здравоохранение

Именно в этой сфере здравоохранения региональные власти получили наибольшие полномочия. Тем не менее ключевые вопросы по-прежнему остаются в ведении

центральных властей. Кроме того, не завершен процесс передачи полномочий с местного на региональный уровень. Недостаточно четкое разделение функций затрудняет согласование действий. Новая специальность — «профилактическая медицина и общественное здравоохранение» — пока не получила должного признания, что мешает совершенствовать подготовку кадров для общественного здравоохранения.

К приоритетным государственным программам относятся эпидемиологический надзор и борьба со СПИДом. В 1996 г. создана система государственного эпидемиологического надзора. Государственный план по борьбе со СПИДом финансируется в основном из средств Министерства здравоохранения. Серьезную проблему представляет наркомания, поэтому существует специальная государственная программа по борьбе с наркоманией, которую ведет Министерство внутренних дел.

Специализированное медицинское обслуживание

Здравоохранение Испании по-прежнему опирается на больницы, а не на первичное медицинское обслуживание. Вопросы организации и планирования работы больниц решаются на региональном уровне. Большинство больниц принадлежит государству, а их персонал получает фиксированную заработную плату. В стране действует также широкая сеть амбулаторных учреждений. В соответствии с новым порядком организации медицинской помощи специалисты, работающие в больницах общего профиля, поочередно заняты амбулаторным обслуживанием (раньше специалисты работали либо только в больнице, либо только в амбулаторном учреждении, что затрудняло взаимодействие между амбулаторным и стационарным этапами лечения).

Основные трудности в сфере стационарного лечения — недостаточное взаимодействие с первичным медицинским обслуживанием, очереди на госпитализацию, перегруженность больничных палат и чрезмерный бюрократизм процедуры госпита-

лизации. В 1995 г. по числу больничных коек на 1000 населения Испания занимала одно из последних мест среди стран Европейского союза. Предприняты попытки решить проблему нехватки коек, более эффективно используя коечный фонд (сокращая сроки госпитализации, увеличивая оборот и среднюю занятость койки). Тем не менее частота необоснованных госпитализаций все еще высока — 15—20%. В 1996 г. в 10 областях, где здравоохранение находится в ведении Национального института здоровья, была введена новая система финансирования, благодаря которой среднее время ожидания госпитализации удалось сократить на 70%.

Важнейшая реформа в области специализированного медицинского обслуживания — разделение покупателей и поставщиков медицинских услуг. В основе этой реформы лежат договоры, которые заключаются на определенные виды медицинских услуг и оплачиваются по методу глобального бюджета.

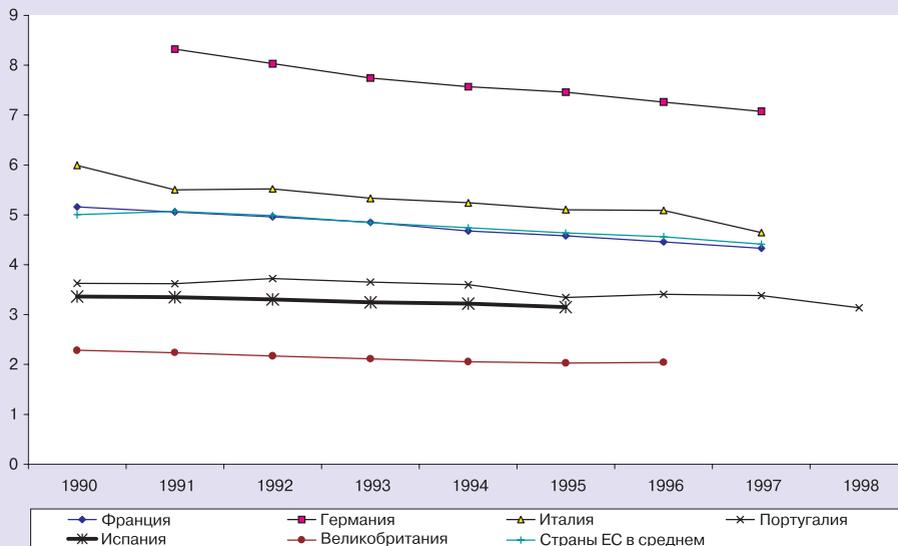
Медико-социальная помощь

Медико-социальная помощь находится в ведении региональных властей и Министерства труда и социального обеспечения. В планировании и управлении медико-социальной помощью участвуют и местные власти. За некоторые медико-социальные услуги взимается доплата.

Предмет общей заботы медицинских и социальных служб — помощь престарелым. Мест в домах престарелых не хватает; кроме того, в государственной собственности находятся лишь 30% коек (по данным на 1998 г.). Медицинский уход в государственных домах для престарелых при необходимости предоставляется персоналом государственных медицинских учреждений. Система ухода на дому, хотя и получает все более широкое распространение, для многих по-прежнему недоступна и не согласована с медицинским обслуживанием.

В 1986 г. психиатрическая помощь была объединена с другими видами медицин-

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



ЕС — Европейский союз

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

ского обслуживания, а ее структура преобразована. С 1991 по 1996 г. число психиатрических коек в больницах общего профиля увеличилось, а в психиатрических больницах — уменьшилось. Реформа психиатрической помощи в разных автономных областях осуществляется неравномерно; оставляет желать лучшего и взаимодействие между предоставляющими такую помощь медицинскими и социальными службами.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Большинство медицинских работников относятся к государственным служащим. Условия труда медицинского персонала согласуют на центральном уровне, но руководители центров первичного медицинского обслуживания имеют некоторые полномочия материально поощрять своих работников.

В 1998 г. по числу врачей на 1000 населения Испания занимала второе место в Ев-

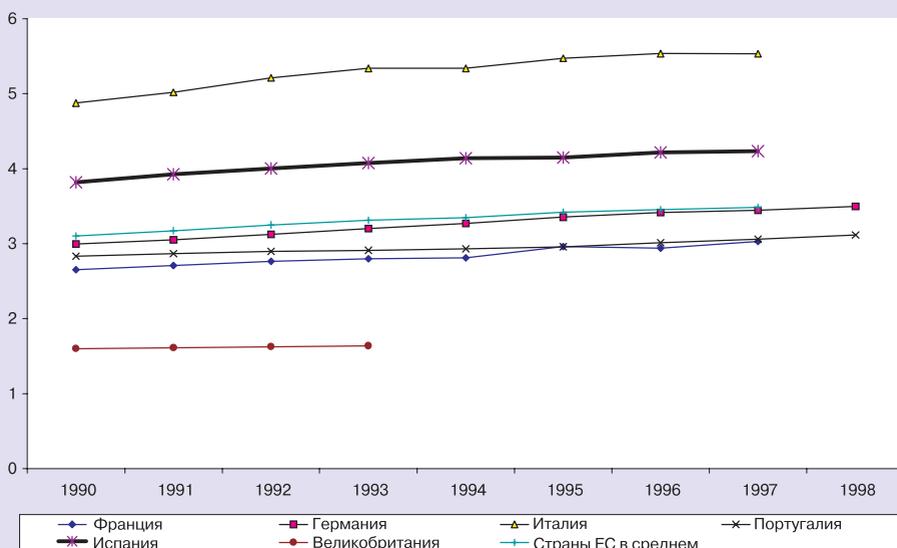
ропе, но достоверность этих данных сомнительна, так как они не учитывают число неработающих врачей. Вместе с тем по числу медицинских сестер на 1000 населения Испания занимает четвертое место с конца.

Недостатки кадровой политики привели к избытку врачей и безработице среди тех выпускников медицинских институтов, которые не прошли специализацию. Врачей общей практики гораздо меньше, чем специалистов, работающих в больницах и амбулаторных учреждениях (в 1997 г. в специализированном медицинском обслуживании были заняты 76,2% всех врачей, то есть на 20% больше, чем в среднем в странах Европейского союза). Число фармацевтов также избыточно.

Лекарственные средства и медицинские технологии

В 1998 г. общенациональная система здравоохранения покрывала 92,3% расходов на лекарственные средства; остальную часть

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



ЕС — Европейский союз

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

оплачивали сами больные (с 1986 г. доля больных в затратах на лекарственные средства уменьшилась из-за увеличения доли лиц старше 65 лет, которым препараты предоставляют бесплатно).

Рост государственных расходов на лекарственные средства в 1990-х гг. объясняется, по-видимому, ростом цен, а не увеличением числа назначений. Поэтому, начиная с 1993 г., принимаются меры по сокращению этих расходов. Так, были составлены списки препаратов, не оплачиваемых государством, что, однако, лишь незначительно отразилось на общих затратах. Другие меры включали развитие рынка непатентованных препаратов (в 1996—1997 гг.) и введение базовых цен на лекарственные средства. В 1999 г. размеры прибыли оптовых поставщиков были снижены с 11 до 9,6%, а величина максимально допустимой прибыли — на 2%. Одновременно врачи ограничили определенным бюджетом на лекарственные средства и обязали представлять сведения о всех выписанных рецептах.

Специальные учреждения, в чьи задачи входит оценка медицинских технологий, первыми создали Страна Басков и Каталония. Вскоре эту инициативу поддержали на центральном уровне, основав в 1994 г. государственную службу оценки технологий. Параллельно было создано несколько аналогичных служб на региональном уровне. Многие еще предстоит сделать, но уже сегодня собран значительный материал, позволяющий определить наиболее эффективные с точки зрения затрат медицинские технологии.

Распределение средств

Более 80% государственных средств, идущих на здравоохранение, распределяются через региональные органы власти. Государственный бюджет утверждается парламентом, а затем бюджетные средства передаются автономным областям, получившим полную самостоятельность в вопро-

сах здравоохранения, и Национальному институту здоровья, который финансирует подчиненные ему области. Местные налоги покрывают менее 10% всех затрат на здравоохранение (исключение составляют Страна Басков и Наварра, пользующиеся полной налоговой автономией). Однако с начала 1990-х гг. региональным властям разрешено распоряжаться 30% подоходного налога.

До 1994 г. бюджетные средства распределяли по областям в соответствии со сложившейся традицией, на двусторонних переговорах (в которых не последнюю роль играли политические мотивы) между представителями области и центральными властями. В результате в финансировании областей наблюдалось значительное неравенство, возникали сомнения в том, что правительство действительно заинтересовано в экономии средств, а области не были заинтересованы в погашении своих долгов перед центром.

В 1994 г. в результате многосторонних переговоров впервые введена система финансирования из расчета на душу населения и достигнуты соглашения по сокращению затрат на здравоохранение. Однако в 1997 г. с Каталонией и Галицией было заключено отдельное соглашение на 1998—2001 гг., согласно которому автономным областям, численность населения которых сокращается, выделяют дополнительные средства. Таким образом, сегодня еще рано говорить о единой системе распределения бюджетных средств.

Финансирование больниц

Систему финансирования больниц первой изменила Каталония. Ранее расходы больниц возмещались задним числом, без предварительного согласования и оценки. С конца 1980-х гг. с больницами стали заключать договоры, в которых предусматривалось предварительное целевое финансирование определенного объема медицинских услуг. С середины 1990-х гг. в рамках сокращения очередей на госпитализацию расширились договорные отношения с частными больницами.

Заработная плата врачей

Ставку заработной платы врачей государственных медицинских учреждений устанавливает центральное правительство, хотя автономные области имеют право изменять некоторые компоненты оплаты по своему усмотрению.

При нынешней системе оплаты труда врачи не заинтересованы в повышении рентабельности медицинского обслуживания, а методы их материального поощрения малоэффективны. В целом оценка медицинского обслуживания находится в зачаточном состоянии, а методы определения его рентабельности малоприменимы.

Реформы здравоохранения

До 1986 г. в стране действовали несколько параллельных систем медицинского обслуживания, которые относились к разным ведомствам и финансировались из разных источников. Принятый в 1986 г. закон о здравоохранении ознаменовал переход от системы социального обеспечения к общенациональной системе здравоохранения.

Реформы 1990-х гг. были призваны ограничить рост затрат на здравоохранение и повысить удовлетворенность населения медицинским обслуживанием. Так как основное недовольство было связано с организационно-административными вопросами, главной задачей реформ стало совершенствование организации и управления в государственном секторе здравоохранения, который значительно расширился в результате реформ 1980-х гг.

Результаты реформ неоднозначны. В настоящее время здравоохранение полностью финансируется за счет налогов. В 1978 г. государственным страхованием были охвачены 81,7% населения. Сегодня охват населения государственным здравоохранением составляет 99,4% и включает малоимущих, а также детей иммигрантов. Вместе с тем стоматологическая помощь не входит в финансируемый государством набор медицинских услуг, а за отдельные виды медико-социальной помощи взимается доплата. К началу 2000 г. в ведение десяти областей так и не перешли медицинские службы, прежде входившие в систему социального страхования. Поскольку эти службы продолжают управляться из центра, действующее в сфере здравоохранения законодательство здесь мало применимо.

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы в 2000 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Франция	4,3 ^а	20,3 ^г	5,6 ^а	75,7 ^а
Германия	7,0 ^а	19,6 ^б	11,0 ^а	76,6 ^б
Италия	4,5 ^а	17,2 ^а	7,1 ^а	74,1 ^а
Португалия	3,1 ^а	11,9 ^а	7,3 ^а	75,5 ^а
Испания	3,2 ^б	11,2 ^б	8,0 ^б	77,3 ^б
Великобритания	2,4 ^а	21,4 ^б	5,0 ^б	80,8 ^а
Страны Европейского союза в среднем	4,6 ^а	18,8	8,3 ^а	77,1 ^б

В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные: ^а1998, ^б1997, ^в1996, ^г1995.

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

Финансирование, покупка и предоставление медицинских услуг были законодательно разделены на центральном и областном уровнях еще в 1990-х гг., но до настоящего времени эти законы не вступили в силу. В соответствии с принятым в 1999 г. законом больницы получили право использовать новые, более гибкие и независимые, формы организационной структуры. В некоторых сферах здравоохранения усилилась роль частных медицинских учреждений, поскольку с 1996 г. медицинская помощь при производственных травмах, профессиональных заболеваниях и отчасти оплата больничных листов были переданы в ведение паевых фондов работодателей. Первичное медицинское обслуживание до сих пор не стало приоритетным направлением развития здравоохранения. К концу 1990-х гг. остались нерешенными и некоторые вопросы специализированного медицинского обслуживания, в том числе его доступность и очереди на госпитализацию. Общественное мнение противостоит развитию рыночных отношений в здравоохранении, что мешает приступить к ряду важных реформ.

На протяжении 1990-х гг. удовлетворенность населения Испании медицинским обслуживанием в целом возросла и приближается к соответствующему среднему показателю по странам Европейского союза. По отношению к первичному медицинскому обслуживанию это увеличение было более заметным, чем по отношению к стационарному лечению.

Заключение

В 1980—1990-х гг. в здравоохранении Испании произошли крупные перемены. Значительно расширен охват населения государственным здравоохранением, создана новая система первичного медицинского обслуживания, преобразованы финансирование и управление. Особенно успешными оказались переход от системы социального обеспечения к общенациональной системе здравоохранения и расширение государственного сектора в здравоохранении.

Вместе с тем первичное медицинское обслуживание не получило приоритетного развития, как это предполагалось в ходе реформ. Есть трудности и в сфере специализированной медицинской помощи: на протяжении 1990-х гг. росло недовольство очередями на госпитализацию, перегруженностью больничных палат и излишним бюрократизмом процедуры госпитализации. Среди других важных задач, которые должны быть решены в будущем, — децентрализация власти в десяти автономных областях, до настоящего времени находящихся в ведении центра, введение самоуправления и единой системы финансирования, создание прочной информационной базы, расширение государственной медико-социальной помощи.



Обзор системы здравоохранения Испании подготовила Ана Рико в сотрудничестве с Рамоном Сабесом (обзор литературы) и Уэнди Уисбом (редактирование обзора на английском языке).

В обзоре использованы материалы, которые ранее подготовили Кармен Перес Матеос, Изабель Прьето Ерро, Изабель Келлер Ребельон, Асунсьон Прьето Орсанко и Франсиско Севилья Пересом под редакцией Сузи Лессоф. 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 путем глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.