



Реферат обзора

Турция

Введение

Правительство и новейшая политическая история

Республика Турция — светское демократическое государство, возглавляемое президентом. Законодательная власть представлена Великим Народным Собранием, состоящим из 550 выборных членов, из числа которых назначается премьер-министр и Совет Министров. Турция — кандидат в члены Европейского Союза (ЕС), хотя дата начала переговоров о вступлении до сих пор не определена.

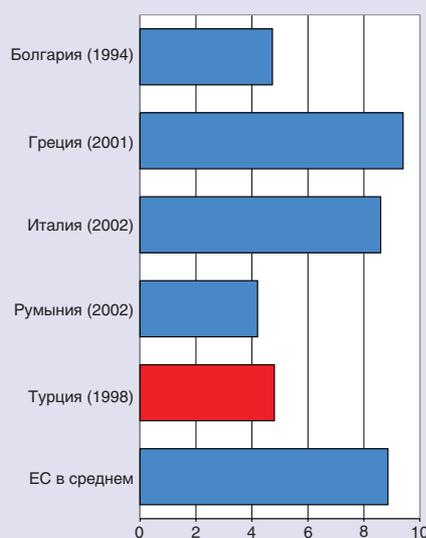
Население

Население Турции — 66 млн. человек; велика доля молодежи. В последние годы численность городского населения быстро растет из-за миграции с востока страны на запад.

Состояние здоровья населения

Детская и материнская смертность в Турции намного выше, а средняя продолжительность жизни — меньше, чем в других странах Европы. В разных частях страны показатели сильно различаются, что отражает неравенство жизненных условий. В 1999 г. детская смертность в Турции составила 40 на 1000, в то время как в среднем по ЕС этот показатель был равен 4,9, в странах Центральной и Восточной Европы — 11,3, в бывших республиках СССР — 17,8. Показатели материнской смертности еще хуже. По данным ВОЗ, в 1998 г. она составляла 130 на 100 000 родов (другие источники приводят еще более высокий показатель — 180 на 100 000), в то время как в странах Европейского региона ВОЗ этот показатель составил 20,3, в республиках

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



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

Средней Азии — 42,5. Плохое состояние здоровья населения Турции (и по абсолютным, и по относительным показателям) связано с неравенством доходов, быстрым ростом городов и недостатками системы здравоохранения.

Основные причины смерти

Основная причина смерти детей до 5 лет — инфекционные заболевания. Среди взрос-

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>

лых в возрасте 25—44 лет основная причина смерти — заболевания сердца и несчастные случаи, в возрасте 45—64 лет — заболевания сердца и болезни легких, обусловленные курением.

Новейшая история здравоохранения

В 1961 г. был принят Закон о национализации медицинского обслуживания. Он предусматривал создание единой системы первичного медицинского обслуживания в виде сети медицинских центров и пунктов, охватывающей всю страну. Эта система так и не была создана. Позже предпринимались попытки создать единую систему обязательного медицинского страхования, также неудачные. 1990-е гг. ознаменовались быстрым развитием частных медицинских учреждений и страховых компаний, хотя в дальнейшем спрос на услуги последних несколько снизился.

Направления реформ

Создание единой государственной системы медицинского страхования намечено еще в 1960-х гг., однако полного охвата населения достигнуть так и не удалось. Реформы 1990-х гг. поставили новые задачи: децентрализация, подготовка семейных врачей и организаторов здравоохранения, наделение городских семейных врачей диспетчерскими полномочиями, совершенствование информации и управления.

Расходы на здравоохранение и ВВП

По данным официальной статистики, в Турции по сравнению с государствами-членами ЕС и странами Центральной и Восточной Европы объем расходов на здравоохранение по отношению к ВВП весьма мал; при этом сведения об объеме частных вложений отсутствуют. В настоящее время (2000 г.) величина расходов на здравоохранение оценивается в 4,3% ВВП.

Общий обзор

По величине ВВП Турция стоит на седьмом месте среди европейских стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития. Однако объем ВВП на душу населения — один из самых низких среди этих стран, что отражается и на плохом состоянии здоровья населения, и на ограниченных возможностях системы здравоохранения.

Несмотря на насколько попыток реформ, проведенных в последние десятилетия, турецкая система здравоохранения по-прежнему страдает рядом недостатков. Это неполный охват населения страхованием, распространенность прямых платежей, неравномерное распределение учреждений и персонала. Все это ведет к низкой и неравной доступности медицинской помощи.

Организационная структура

Турецкое здравоохранение сложилось не в результате осуществления определенного плана, а как продукт стихийного развития. Медицинским обслуживанием занимаются государственные, полугосударственные, частные и благотворительные организации; отношения между ними запутаны и плохо отрегулированы.

Министерство здравоохранения — основной поставщик лечебных и единственный поставщик профилактических услуг. На центральном уровне оно руководит политикой Турции в области здравоохранения и медицинским обслуживанием в целом. На уровне провинций органы здравоохранения, принадлежащие министерству, подчинены медицинским управлениям провинций, которые, в свою очередь, подчинены губернаторам провинций. Основным недостатком этой системы — слабая связь медицинских управлений с центром и друг с другом.

Финансирование медицинского обслуживания в рамках Министерства здравоохранения

охранения осуществляется Министерством финансов. Министерство обороны имеет собственную медицинскую службу, предназначенную исключительно для обслуживания военных и членов их семей. Совет по высшему образованию отвечает за университетские клиники. Под юрисдикцией Министерства труда и социального обеспечения находится Организация медико-социального страхования (SSK) — система страхования для работников частного сектора и государственных предприятий. Это второй по величине поставщик медицинских услуг в Турции. Существуют еще два учреждения социального страхования — Агентство медико-социального страхования торговцев, ремесленников и частных предпринимателей (Bag-Kur) и Пенсионный фонд государственных служащих (GERF); последний находится в ведомстве Министерства финансов.

В ходе либерализации экономики в 1980-х гг. в крупных городах открылось много частных больниц, поликлиник, лабораторий и диагностических центров — в основном благодаря значительному поощрению со стороны правительства (см. ниже).

Турецкая Медицинская Ассоциация и другие профессиональные организации слабо организованы и не имеют четко определенных задач.

Планирование, регулирование и управление

Ответственность за планирование, координацию, финансирование и развитие учреждений здравоохранения распределяется между Министерством здравоохранения, Министерством обороны, парламентскими комиссиями и другими учреждениями. За стратегическое планирование, оценку и планирование инвестиций отвечает Государственная плановая организация.

Децентрализация системы здравоохранения

Министерство здравоохранения — строго централизованная структура; самостоятельные решения на уровне провинций до последнего времени не поощрялись. Неповоротливая бюрократическая машина сильно затрудняла решение задач местного здравоохранения. Последние правительственные реформы ставят целью перевод некоторых полномочий с центрального на провинциальный уровень (см. ниже).

Финансирование и расходы на здравоохранение

Финансирование здравоохранения

В Турции существуют три основных источника финансирования здравоохранения.

- Общий государственный бюджет, который пополняется за счет налоговых сборов и расходует на Министерство здравоохранения, Министерство обороны, университетские клиники, другие государственные предприятия и на оплату медицинского обслуживания работающих государственных служащих.
- Страховые взносы членов Организации медико-социального страхования, Пенсионного фонда государственных служащих и Агентства медико-социального страхования торговцев, ремесленников и частных предпринимателей.
- Платежи населения в форме оплаты услуг частных врачей и организаций, взносов добровольного медицинского страхования и частичной оплаты государственных медицинских услуг.

Охват населения

Определить долю населения, охваченную социальным страхованием, очень трудно, результаты часто оказываются противоречивыми. По официальным данным, охват составляет 95%, однако эти данные, скорее всего, завышены из-за двойного счета одних и тех же людей. Считается, что первичная медицинская помощь в Турции об-

щедоступна и бесплатна. На деле это далеко не так. В 1992 г. была создана система «зеленых карт»: правительство прямо оплачивает медицинскую помощь для тех, кто имеет доход меньше установленного минимума (11,3 млн человек).

Дополнительные источники финансирования

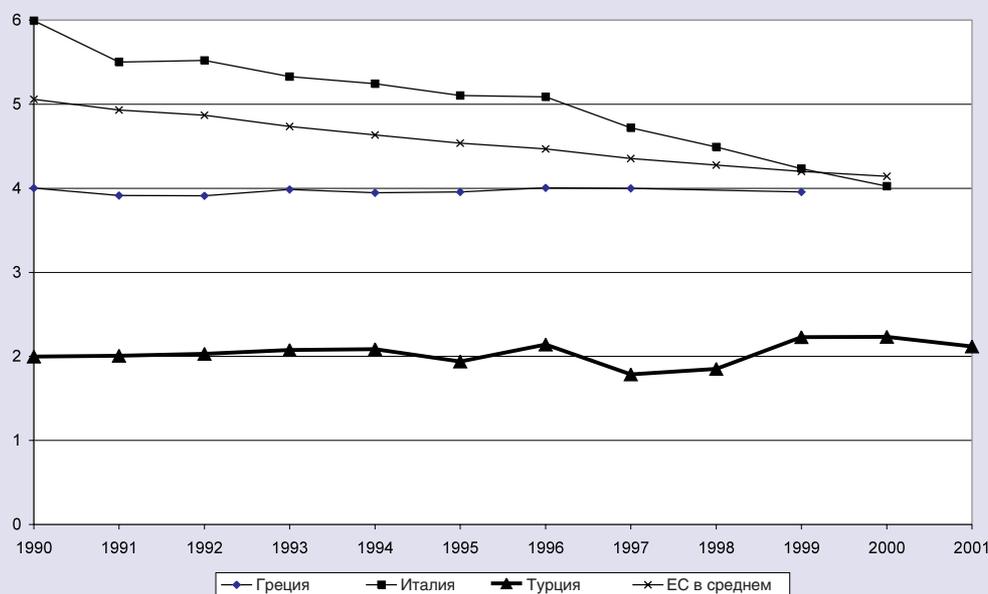
Согласно официальным данным, в 1998 г. средства в систему здравоохранения поступали из следующих источников: 40,4% средств — налоги, 31,5% — взносы медико-социального страхования и 28,1% — наличные платежи. Однако доля наличных платежей, скорее всего, значительно выше — в основном из-за того, что данные поступали от частных поставщиков медицинских услуг, склонных занижать доходы, а также из-за быстрого развития частного сектора в здравоохранении и медицинском страховании. По оценкам, услугами более чем 30 частных страховых ком-

паний пользуются около 650 000 человек (в последние годы несколько меньше). Распространены и выплаты из-под полы. Как показали недавние исследования, большинство людей считают взяточничество глубоко укоренившимся пороком здравоохранения. Точный объем неофициальных выплат не известен, однако ясно, что доступ к медицинским услугам в Турции существенно ограничен необходимостью за них платить.

Затраты на здравоохранение

По данным официальной статистики (не учитывающих частных выплат), доля ВВП, которую Турция тратит на здравоохранение, значительно ниже, чем в странах ЕС и странах Центральной и Восточной Европы. Затраты на здравоохранение обычно несколько превышают 3% ВВП; в 2000 г. они составили 4,3% ВВП. Скудность финансирования особенно заметна в государственном секторе: из бюджета на здра-

Рис. 2. Число больничных коек на 1000 населения в Турции и других странах, 1999—2001 гг.



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

вохранение выделяется столько же, сколько в самых бедных странах, — при том что Турция — страна со средним уровнем доходов. Средства, которые тратятся на профилактику, ничтожны; с 1992 по 1998 г. доля бюджета Министерства здравоохранения, выделяемая на ее нужды, сократилась с 7 до 3%.

Медицинское обслуживание

Первичная медицинская помощь

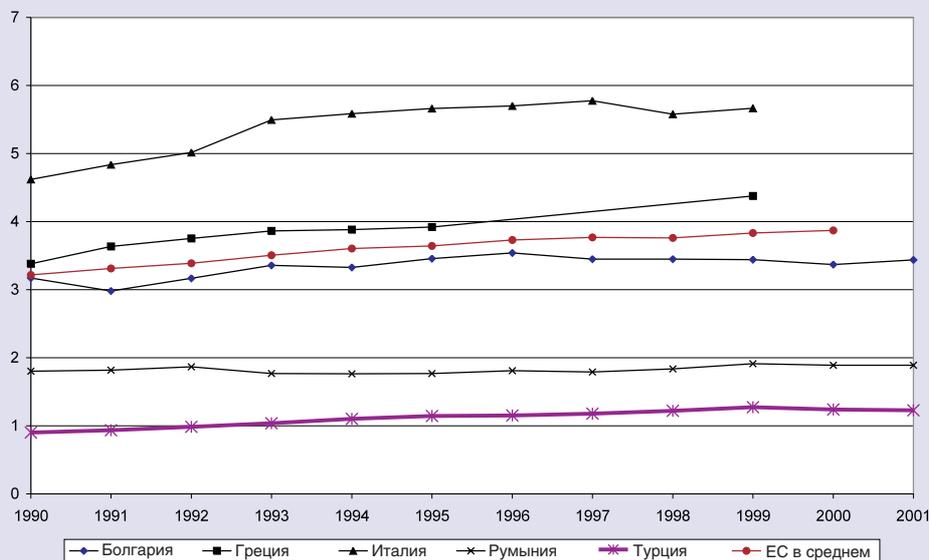
В провинциях Министерство здравоохранения располагает такими учреждениями первичной медицинской помощи, как медицинские центры и пункты, центры здоровья матери и ребенка и планирования семьи. Создание сети медицинских центров и пунктов в масштабе всей страны, предусмотренное законом о национализации медицинского обслуживания 1961 г., до сих пор не завершено. В сельской мест-

ности этих учреждений достаточно, однако в стремительно растущих городах их по-прежнему не хватает. Вузы готовят прежде всего специалистов, а не врачей общей практики, медицинских сестер и акушеров не хватает, а их квалификация оставляет желать лучшего. В результате первичную медицинскую помощь — как в городе, так и на селе — нередко оказывает частнопрактикующий врач, хотя в сельской местности люди чаще предпочитают обращаться в медицинские центры. Вообще, выбор между частнопрактикующим врачом и медицинским центром определяется географическим положением, уровнем доходов и образованием. Богатые жители западной части страны с университетским образованием обычно предпочитают частнопрактикующих врачей.

Показатели здоровья населения свидетельствуют о крайнем неблагополучии в системе первичного медицинского обслуживания Турции.

Эксперимент по созданию целостной координированной системы первичной помощи, проведенный в 1990-х гг. в 8 про-

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



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

винциях, потерпел неудачу; связь и сотрудничество между различными учреждениями первичной медицинской помощи до сих пор не налажены. Среди причин этого следует указать слабое руководство со стороны Министерства здравоохранения, недостаток квалифицированных кадров (особенно врачей общей практики и семейных врачей), плохое управление и недостатки законодательства.

Система направлений на лечение в Турции не действует, главным образом из-за того важного значения, которое придается здесь свободе выбора врача. Неосуществима, следовательно, и диспетчерская функция врача общей практики. Кроме того, больницы не могут отказать в лечении поступающим самотеклом больным.

Общественное здравоохранение

Вопросами охраны окружающей среды занимается главным образом Министерство здравоохранения, которое располагает соответствующими специалистами по всей стране. Вопросами санитарии занимаются также муниципалитеты. Министерство труда и социального обеспечения отвечает за гигиену труда, однако последняя оставляет желать лучшего. Медицинское обеспечение школ находится в ведении министерств здравоохранения и образования и, за исключением программ вакцинации, налажено неудовлетворительно.

Специализированное медицинское обслуживание

На 10 000 населения в Турции приходится в среднем около 25 больничных коек; распределены они крайне неравномерно (в разных районах от 3 до 60 коек на 100 000 населения).

Половина коечного фонда принадлежит Министерству здравоохранения, на втором месте — Организация медико-социального страхования (16%), далее следуют университетские клиники (14%) и Министерство обороны (9%). Несмотря на быстрое развитие частного сектора, на долю частных клиник приходится всего око-

ло 8% коек. Средняя занятость койки составляет чуть меньше 60% и сильно различается от больницы к больнице.

В экстренных случаях больной может обратиться в любой стационар, а затем при улучшении состояния перевестись в другое учреждение с необходимой лечебно-диагностической базой.

В университетские клиники должны поступать наиболее сложные больные из той области, в которой они расположены. Однако и по общему уровню, и по видам помощи, которую они способны оказать, клиники далеко не одинаковы, и многие больные из отдаленных районов пускаются в далекий путь, чтобы попасть в клиники «столичного» уровня. В принципе, в такую клинику может попасть любой больной — при условии, что он сам или направившая его организация в состоянии оплатить лечение.

Больницы Министерства здравоохранения не требуют направлений — такие направления, выданные медицинскими центрами, имеют не более 2% поступающих больных.

Клиенты Агентства социального страхования торговцев, ремесленников и частных предпринимателей могут быть госпитализированы только в те больницы, с которыми у Агентства заключено соглашение и которые находятся в районе их проживания. Государственные служащие и застрахованные Пенсионным фондом государственных служащих имеют право лечиться в университетских клиниках за счет Пенсионного фонда, в то время как застрахованные Организацией медико-социального страхования и обладатели «зеленых карт» нуждаются в направлении уполномоченного учреждения, например, больницы Организации медико-социального страхования.

До 1990-х гг. частные стационары служили главным образом клинической базой для частнопрактикующих врачей, однако в последнее время их роль меняется — они все больше превращаются в комплексные медицинские центры, эффективные и удобные для больного. Однако неравенство существует и здесь — наряду с роскошными клиниками, оснащенными по по-

следнему слову техники, существуют больницы для бедных, готовых довольствоваться лишь самым необходимым.

Крупный недостаток, от которого страдают турецкие больницы, — отсутствие квалифицированных управленческих кадров.

В эпоху либерализации экономики 1980-х гг. правительство поощряло вложения в частный сектор здравоохранения. Предоставлялись щедрые государственные субсидии, импортные льготы, широкие возможности для получения займов и приобретения оборудования. К концу 1990-х гг. возникло более 100 частных клиник, в основном в крупных городах; рост их числа замедлился после экономического кризиса 2001 г.

Быстрый рост частного сектора способствовал развитию материально-технической базы здравоохранения, его оснащению современным оборудованием. Это позволяет удовлетворить запросы платежеспособной части населения, но еще более усиливает неравенство между людьми с разным уровнем доходов и в разных частях страны. Кроме того, слабость контроля над быстро развивающимся частным сектором вызывает беспокойство в отношении качества и результатов лечения.

Медицинские кадры

Распределение стационаров, специализированных медицинских учреждений и медицинского персонала по стране крайне неравномерно. В городах такие учреждения нередко используются для оказания первичной медицинской помощи. Треть больниц и почти половина врачей сосредоточена в трех крупнейших городах, в то время как в слаборазвитых областях страны количество медицинского персонала на душу населения минимально. Специалисты распределяются еще более неравномерно. В Стамбуле число специалистов на душу населения в 14 раз больше, чем в восточных провинциях Муш и Ван. Так же как и в других странах, это обусловлено социально-экономическими и климатическими различиями, отсутствием необходимых

материальных и иных способов привлечения персонала для работы в непрестижных районах.

Число врачей и медицинских сестер на душу населения сравнительно невелико, хотя и значительно возросло в 1980—1990-е годы. Соотношение численности медицинских работников разных специальностей далеко от идеального: медицинских сестер и акушерок явно не хватает, врачей общей практики существенно меньше, а специалистов существенно больше, чем необходимо.

Лекарственные средства

Лекарственные средства поступают на турецкий фармацевтический рынок как с собственных предприятий, так и из-за рубежа. Объем продаж в ценах производителя составил в 1997 г. 2070 млн долларов, или 32 доллара на душу населения, что значительно ниже, чем в странах Западной Европы. В период 1997—1998 гг. продажи по неизвестным причинам резко возросли, достигнув 3310 млн долларов. По более новым данным Министерства здравоохранения, объем продаж лекарственных средств в 2001 г. составлял от 4000 до 4500 млн долларов, или около 60 долларов на душу населения.

Фармацевтическая промышленность регулируется правительством. Недавно вступили в силу новые правила лицензирования, весьма напоминающие правила ЕС; с 1 января 1999 г. действует национальный патентный закон.

Хотя в Турции существует перечень жизненно важных препаратов, он не носит официального характера и почти не применяется на практике. Три системы медико-социального страхования создали свои перечни «запрещенных» препаратов. Несмотря на постоянные попытки пропагандировать использование непатентованных средств, врачи предпочитают назначать препараты признанных торговых марок.

В аптеке обычно работают фармацевт, заведующий и его помощник. Для контроля продажи определенных лекарств ис-

пользуется система зеленых и красных рецептов.

Контроль использования медицинской техники

Экономическая ситуация, поощряющая ввоз самой современной медицинской техники, в отсутствие нормирования и контроля привели к тому, что использование такой техники резко расширилось. В частных руках она используется не столько для диагностики, сколько для наживы.

Распределение средств

Бюджетные поступления и распределение средств

Турция, по международным меркам, — страна среднего достатка, однако по бюджету здравоохранения она напоминает беднейшие страны мира. Разрыв между уровнем доходов и расходами на здравоохранение особенно разителен в государственном секторе и в этом — по крайней мере одна из причин плачевного состояния турецкого здравоохранения.

Финансирование больниц

Больницы Министерства здравоохранения на 80% финансируются за счет правительственных вложений и на 15% за счет страховых компаний и частных лиц (эти средства поступают в возобновляемые фонды). С 1988 г. источником оставшихся 5% служат акцизы на бензин, новые автомобили, сигареты и алкоголь.

Министерство здравоохранения распределяет бюджет здравоохранения совместно с Министерством финансов. Общий объем этого бюджета утверждается Великим Национальным Собранием перед началом каждого финансового года. В последние годы быстрый рост инфляции существенно затрудняет контроль затрат и отчетность. Зарплата государственных служащих индексируется дважды в год, постоянно растет и стоимость закупок, по-

этому объем бюджета на протяжении финансового года, как правило, увеличивается.

Средства возобновляемых фондов, полученные от платежей страхователей и частных лиц, остаются в том лечебном учреждении, которое их заработало. Эти средства становятся все более важным источником финансирования.

Стоимость различных видов медицинских вмешательств определяется комиссией, в которой участвуют представители Министерства здравоохранения и Министерства финансов. Фактические затраты на те или иные вмешательства при этом не учитываются.

Университетские клиники финансируются за счет бюджетных средств, выделяемых Советом высшего образования, и возобновляемых фондов.

Медицинское обслуживание в рамках Организации медико-социального страхования финансируется за счет взносов работников и работодателей, а также за счет частичной оплаты лекарств амбулаторными больными и платы за лечение в учреждениях Организации, которую выплачивают не застрахованные в ней больные.

Оплата труда врачей

Врачи, работающие в больницах Министерства здравоохранения, Организации медико-социального страхования и университетских клиниках, получают государственный оклад, а также премии из возобновляемых фондов. Оклады всех врачей примерно одинаковы, исключение составляют повышенные оклады в слаборазвитых районах (особенно на востоке страны) — мера, призванная поощрять врачей работать в этих районах.

Некоторые врачи государственных учреждений, в основном специалисты, дополнительно занимаются частной практикой.

В частных клиниках врачи получают больше, чем в государственных, им оплачиваются сверхурочная работа и ночные дежурства.

В целом, за последние 15 лет доходы врачей значительно уменьшились.

Реформы здравоохранения

Наиболее решительная попытка правительства ввести общедоступное медицинское обслуживание и достичь полного охвата населения медицинским страхованием была произведена в 1960-х гг. после принятия Закона о национализации медицинского обслуживания (1961 г.). К сожалению, она потерпела неудачу, главным образом из-за недостатка финансовых и кадровых ресурсов. В то же время развитие Организации медико-социального страхования и Пенсионного фонда государственных служащих, учреждение Агентства медико-социального страхования торговцев, ремесленников и частных предпринимателей привело к тому, что значительная часть населения стала участвовать в том или ином виде страхования.

В 1987 г. был принят Основной закон о здравоохранении, определивший этапы создания единой системы медицинского страхования. Этот закон также предусматривал децентрализацию управления государственными больницами и позволял им самостоятельно набирать персонал. Однако Конституционный Суд отклонил ряд ключевых постановлений Закона, и последний, оставаясь формально неотмененным, фактически бездействует.

В период между 1988 и 1993 гг. Министерство здравоохранения работало над национальной политикой здравоохранения, осуществляя программу реформ, известную как «Первый проект по здравоохранению». Вопрос о единой системе медицинского страхования был пересмотрен в ходе Первого национального конгресса по проблемам здравоохранения в 1992 г. План реформ был обнародован на Втором национальном конгрессе в 1993 г. Этот план включал децентрализацию, создание единой системы медицинского страхования, системы направлений и совершенствование контрольно-информационной системы. Для этого требовался радикальный пересмотр существующего законодательства, большинство положений которого бы-

ло принято в 1920—1930-е гг. Однако эти реформы были прерваны после смены правительства в 1993 г. Главное, что удалось ввести в действие, — система «зеленых карт» для малоимущих.

Недавно правительство опубликовало план преобразования здравоохранения, который должен быть осуществлен в ближайшие несколько лет. План включает следующие основные положения.

- Реорганизовать Министерство здравоохранения, усилив его основные функции: определение главных задач, улучшение качества общественного здравоохранения и управления им, в том числе профилактики.
- Ввести всеобщее обязательное медицинское страхование, предоставив также возможность страхования в частных компаниях.
- Повысить доступность медицинской помощи, используя возможности частных учреждений, укрепляя систему первичной медицинской помощи и систему направлений, предоставив медицинским учреждениям большую административную и финансовую самостоятельность.
- Улучшить качество подготовки врачей и медицинских сестер, поощрять равномерное распределение медицинских работников в разных районах страны.
- Наладить обучение в области общественного здравоохранения; создать государственную службу аккредитации и контроля качества.
- Способствовать более целесообразному использованию лекарственных средств и медицинской техники, учредить для этой цели Национальное агентство лекарственных средств и Национальное агентство медицинской техники.
- Совершенствовать медицинские информационные системы.

Заключение

Общедоступная медицинская помощь так и не стала для Турции реальностью.

Перед турецким здравоохранением стоят следующие основные задачи.

- Укрепить здоровье населения; уменьшить разрыв между городом и деревней и разными районами страны.
- Увеличить охват населения медицинским страхованием.
- Повысить доступность качественного медицинского обслуживания.
- Сократить прямые платежи.
- Добиться более равномерного распределения медицинских учреждений и персонала между разными районами страны.
- Повысить экономическую эффективность медицинского обслуживания, наладить систему направлений, повысить использование коечного фонда.
- Улучшить подготовку врачей и управленческих кадров.
- Улучшить профилактическую работу.
- Наладить достоверную отчетность.
- Наладить контроль использования медицинской техники.

Последние годы ознаменовались в Турции бурным развитием частной медицины. Запросы обеспеченной части общества поощряют ее дальнейший рост и сулят ей господствующее положение во всей сис-

теме здравоохранения страны. Это, однако, усиливает общественное неравенство и внушает сомнения в качестве и результатах лечения. Нужно надеяться, что дальнейшее развитие пойдет по пути укрепления государственного здравоохранения, а не дальнейшего наращивания частного сектора.

Попыткам реформирования турецкой системы здравоохранения препятствовали политическая нестабильность (в 1993—1997 гг. в Турции сменилось шесть министерств здравоохранения) и отсутствие ответственности в политике.

Основное поле деятельности на будущее — развитие медицинской помощи, финансируемой и предоставляемой государством. Внутренние и внешние воздействия — не в последнюю очередь перспектива вступления в ЕС — могут оказать и более общее воздействие на общество, способствуя открытости и гласности. Такие изменения будут способствовать как улучшению работы системы здравоохранения, так и улучшению состоянию здоровья нации.



Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы, данные 2001 или последние из имеющихся

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сут	Средняя занятость койки, %
Болгария	150	14,8 ^д	10,7 ^д	64,1 ^д
Греция	4,0 ^б	15,2 ^б	150	150
Италия	4,0 ^а	16,0 ^а	7,0 ^а	75,5 ^а
Турция	2,1	7,6 ^а	5,4	58,8
Европейский союз в среднем	4,1 ^а	18,9 ^б	7,7 ^б	77,4 ^б

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

Примечания: ^а2000, ^б1999, ^в1998, ^г1997, ^д1996, ^е1995.

Обзор системы здравоохранения Турции подготовили Сердар Саваш (United Health Systems, генеральный директор), Омер Карахан (Group Health Management Inc, генеральный директор) и Омер Сака (United Health Systems and Research Assistant, LSE Health and Social Care). Редакторы Сара Томпсон и Элиас Моссиалос. Научный руководитель Элиас Моссиалос. Европейская обсерватория по системам здравоохранения выражает благодарность Газанферу Аксакоглу (профессору и руководителю кафедры общественной медицины, Университет Докуз Эйлюл, Измир), Догану Фидану (специалисту по экономике здравоохранения, Британский национальный институт клинического совершенства) и Салиху Моллахалилоглу (заместитель координатора, Подразделение по общей координации проектов здравоохранения, Министерство здравоохранения Турции) за рецензирование обзора; Мелтем Джейлан (Клиника имени Сиями Эрзека, Министерство здравоохранения Турции) за ее комментарии к проекту обзора; и Министерству здравоохранения Турции за поддержку.

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.