

## Реферат обзора

## Норвегия

## Введение

## Государственный строй и новейшая политическая история

Норвегия — конституционная монархия с 1814 г., но независимой от Швеции она стала только в 1905 г. Избираемые населением органы власти — парламент (стортинг), фюлькестинги и муниципалитеты. Политическая жизнь устойчива; ведущую роль в ней играет Рабочая партия.

## Население

В 1999 г. население Норвегии составляло 4,45 млн человек. Естественный прирост населения выше, чем в среднем в странах Европейского союза. В 1997 г. он достиг 3,4 на 1000 населения, главным образом благодаря миграции и увеличению средней продолжительности жизни. Ожидается, что численность населения и доля пожилых в нем будут расти. Фертильность в Норвегии выше, чем в других скандинавских странах (1,8 в 1999 г.).

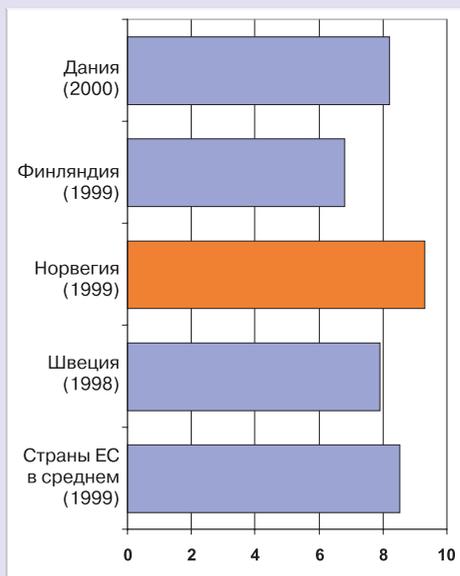
## Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни примерно такая же, как и в среднем в странах Европейского союза: 75,5 года для мужчин и 81 год для женщин.

## Основные причины смерти

Основные причины смерти — ишемическая болезнь сердца и онкологические заболевания, хотя за 1970—1990-е гг. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась. Смертность от ишемической болезни сердца, онкологических заболеваний (у женщин) и самоубийств (у

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



ЕС — Европейский союз

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

мужчин) превышает соответствующие средние показатели по странам Европейского союза. Детская смертность уменьшилась с 7 на 1000 новорожденных в 1990 г. до 4,1 на 1000 новорожденных в 1997 г.

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](mailto:observatory@who.dk)  
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

## **Новейшая история здравоохранения**

С середины XIX в. некоторые муниципалитеты стали нанимать врачей для лечения бедных. Государственные больницы появились в начале XX в. Давно и прочно укorenившееся местное самоуправление продолжает развиваться: региональные и местные органы власти берут на себя все больше функций центральных властей с тем, чтобы как можно больше полномочий было сосредоточено на уровне муниципалитетов.

## **Направления реформ**

В 1990-е гг. в Норвегии был обсужден и одобрен целый ряд реформ здравоохранения. Самые важные законодательные акты касались прав больных (в том числе права на выбор больницы), планирования здравоохранения на уровне медико-территориальных округов, введения схемы перспективного финансирования больниц, утверждения базовых цен на лекарственные средства.

## **Финансирование здравоохранения и ВВП**

С 1992 г. доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, постоянно растет. В 1998 г. она составляла 8,9%, что выше, чем в среднем в странах Европейского союза. Затраты на здравоохранение в расчете на душу населения в 1998 г. равнялись 2017 долларов США, что также выше, чем в среднем в странах Европейского союза. Доля государства в финансировании здравоохранения в 1997 г. составляла 82,8%.

## **Краткое содержание реферата**

Норвежское здравоохранение финансируется за счет налогов. Его основные принципы — общедоступность медицинского обслуживания, сосредоточение полномо-

чий на уровне местных властей, право граждан на выбор врача и лечебного учреждения. В последние десятилетия Норвегия успешно следовала этим принципам благодаря совершенствованию политики в области здравоохранения. В то же время старение населения и повышение требований к медицинскому обслуживанию заставляют задуматься о новых преобразованиях.

## **Структура и управление**

В структуре здравоохранения выделяют три основных уровня, которые соответствуют трем уровням власти: центральный, региональный (19 фюльке) и местный (435 муниципалитетов). Чтобы избежать дублирования медицинских служб, страна была разделена на пять медико-территориальных округов, которыми управляют фюльке.

Все постоянные жители Норвегии охвачены государственным страхованием. За организацию медицинской помощи отвечают местные власти; на центральном уровне осуществляется только нормирование и надзор.

## **Центральный уровень**

К центральным органам управления здравоохранением относятся Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Государственный институт общественного здоровья и Государственный совет по здравоохранению. Министерство отвечает за разработку политики в области здравоохранения, его законодательной базы и основных направлений развития, составление бюджета, планирование, организацию информационной сети. Государство направляет деятельность Института общественного здоровья и некоторых других научных и профилактических учреждений. Государственный совет по здравоохранению — независимая профессиональная организация, которая совместно со службами здравоохранения фюльке за-

нимается надзором и обеспечивает соответствие медицинского обслуживания нормам качества и законам.

Министерство местного самоуправления обеспечивает распределение субсидий по фюльке и муниципалитетам.

## **Региональный уровень**

Чтобы высокоспециализированная медицинская помощь была эффективной и рентабельной, с 1974 г. страна разделена на пять медико-территориальных округов, в каждом из которых учрежден окружной комитет здравоохранения. Эти комитеты не играли важной роли, однако в начале 1990-х гг. государство решило расширить их обязанности: начиная с 2000 г. каждый округ обязан предоставлять в Министерство здравоохранения свой долговременный план развития здравоохранения в соответствии с основными направлениями государственной политики в этой сфере.

## **Фюльке**

Фюлькестинги отвечают за планирование, финансирование и организацию специализированного медицинского обслуживания. Это больницы общего профиля, психиатрические больницы, лабораторные, рентгенологические и другие специализированные медицинские службы, учреждения для лечения алкоголизма и наркомании, стоматологические клиники.

## **Местный уровень**

На 435 разных по размерам муниципалитетов возложены финансирование и организация первичной медицинской помощи и медико-социального обслуживания. Обычно в муниципалитете имеются три отдела: медицинской помощи, патронажа и ухода на дому, социального обеспечения.

Чтобы медицинские и социальные службы соответствовали потребностям населения, в 1986 г. муниципалитетам было предоставлено право самим определять при-

оритетные направления в их финансировании и организации.

## **Планирование, нормирование и управление**

Система здравоохранения Норвегии довольно однородна. Большинство больниц государственные и принадлежат местным органам власти.

Хотя за организацию медицинского обслуживания отвечают местные власти, планирование здравоохранения в значительной мере централизовано. Приоритетные направления в развитии здравоохранения определяются центральными органами власти, а планы окружных комитетов здравоохранения должны быть одобрены Министерством здравоохранения.

## **Финансирование и затраты**

Медицинской помощью обеспечены все постоянные жители Норвегии. Отличительные черты норвежского здравоохранения — финансирование преимущественно за счет налогов, преобладание государственного сектора и небольшая доля платных медицинских услуг. Финансирование обеспечивают центральные, региональные и местные органы власти (муниципалитеты имеют право вводить местные налоги в дополнение к общегосударственным), а также государственная система страхования.

В 1997 г. доля фюльке в финансировании здравоохранения сократилась и составляла менее 30%, в то время как доля правительственных расходов увеличилась к концу 1990-х гг. до 50%. Так как значительное число больных лечится вне своих фюльке, существует перекрестная система оплаты: фюльке, где проживает больной, возмещает затраты тому фюльке, в котором этот больной лечился. Наконец, государственная система страхования финансирует здравоохранение примерно на 15% (покрывает расходы на лекарственные

средства и транспортировку больных, оплачивает услуги работающих по договорам частнопрактикующих врачей).

## Набор медицинских услуг

Все постоянные жители Норвегии обеспечены основным набором медицинских услуг, который включает большинство видов лечебной и профилактической помощи. Как правило, в него не входит стоматологическая помощь взрослым и подбор очков. Лекарственные средства делятся на 3 категории. Препараты, не прописанные врачами, оплачивают сами больные. Лекарственные средства по так называемым голубым рецептам оплачиваются государственным страхованием, по так называемым белым рецептам — полностью самими больными. Доплата за лекарственные средства из второй категории не должна превышать 36% стоимости.

## Дополнительные источники финансирования

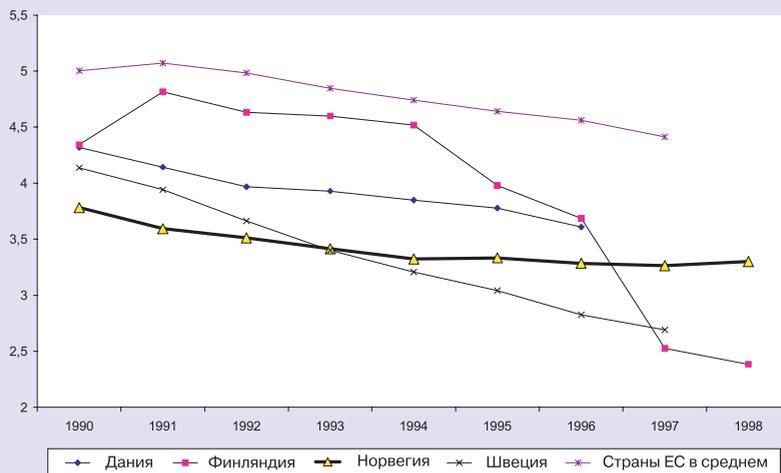
Добровольное страхование в Норвегии раз-

вито слабо. Главный источник дополнительных финансовых поступлений — платные медицинские услуги. Визит к специалисту в амбулаторное отделение больницы обходится в 19 евро. Кроме того, в таких отделениях больные оплачивают часть стоимости лабораторных и рентгенологических исследований, некоторых лекарственных средств. Доплата взимается также за лечение у врачей общей практики, специалистов, работающих вне больниц, и психотерапевтов, за некоторые лекарственные средства и связанные с обследованием и лечением транспортные расходы. Доплата за медицинские услуги составляет около 10% затрат на здравоохранение.

В начале 1980-х гг. введен предельный уровень расходов граждан на платные медицинские услуги, включая лекарственные средства, первичную и амбулаторную медицинскую помощь. В 1996 г. он составлял 165 евро в год. Отдельные группы населения и больные с некоторыми заболеваниями освобождены от доплаты.

Попытки ввести добровольное медицинское страхование не имели успеха. В то же время в крупных городах возникает

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



ЕС — Европейский союз

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

все больше частных медицинских учреждений.

## Расходы на здравоохранение

В 1998 г. объем финансирования здравоохранения составлял 8,9% ВВП, или 2017 долларов США на душу населения, что значительно выше, чем в среднем в странах Европейского союза. Доля государственных средств в расходах на здравоохранение на протяжении 1990-х гг. практически не менялась и в 1997 г. равнялась 82,2%.

С 1997 по 1998 г. затраты государства на здравоохранение возросли на 8,5%, главным образом за счет лекарственных средств, увеличения расходов муниципалитетов на помощь престарелым и инвалидам, а фюльке — на специализированную психиатрическую помощь.

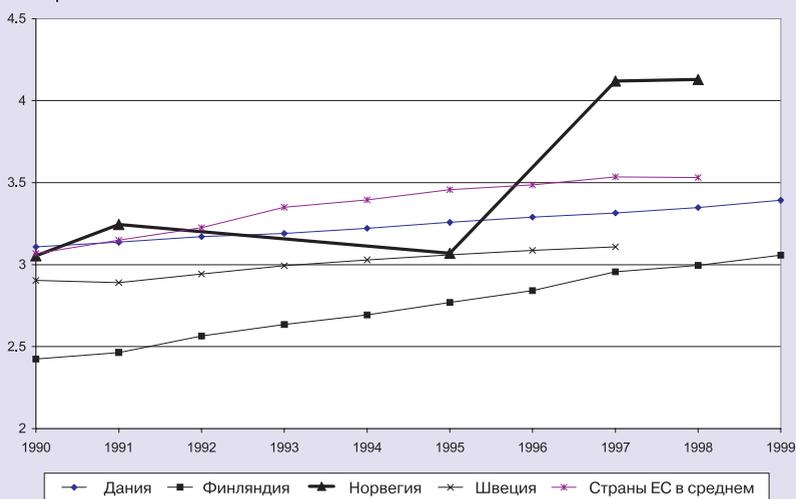
По сравнению с другими статьями расходов с 1990 по 1998 г. больше всего возросли затраты на государственные профилактические программы, реабилитацию, лекарственные средства и уход за престарелыми и инвалидами.

## Медицинское обслуживание

### Первичное медицинское обслуживание

Муниципалитеты отвечают за первичное медицинское обслуживание, включая профилактику и укрепление здоровья, диагностические и лечебные вмешательства, реабилитацию и длительный уход. Муниципальный совет утверждает план развития здравоохранения в соответствии с нуждами и запросами проживающего на его территории населения. Объем финансирования здравоохранения местные власти определяют сами, а список медицинских служб, которые они обязаны иметь, установлен Законом о здравоохранении и полномочиях местных властей. В каждой фюльке есть чиновник, занимающийся надзором за этими службами. Существует также семь специализированных медико-административных учреждений, подчиненных Министерству здравоохранения,

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



ЕС — Европейский союз

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

которые предоставляют экспертные заключения. Государственные профилактические программы, такие, как программы раннего выявления рака молочной железы и рака шейки матки, реализуются под руководством соответствующих специализированных учреждений.

Ведущую роль в первичном медицинском обслуживании играют врачи общей практики. Большой частью они объединены в группы по 2—6 врачей и имеют помощников, число которых зависит от средств, выделяемых муниципалитетом. Как правило, врачи общей практики специализируются в области общей или семейной медицины, хотя в обязательном порядке от них этого не требуют. Большинство врачей общей практики — муниципальные служащие (21% в 1998 г.) или частнопрактикующие врачи, работающие по договору с муниципалитетами (71% в 1998 г.).

В выборе врача общей практики больные ничем не ограничены, за исключением, быть может, территориальных условий. Лечиться у физиотерапевтов и мануальных терапевтов можно без направления врача, но такое лечение обойдется дороже, поскольку не покрывается государственным страхованием. Врачи-специалисты получают плату за услуги из средств государственного страхования тоже только в том случае, если больного направил к ним врач общей практики.

Требования к врачам общей практики в последнее время возросли. Во-первых, сократились число больничных коек и продолжительность пребывания в стационаре. Во-вторых, важную роль в лечении стал играть сам больной. Поэтому совершенствование работы врачей общей практики стало одной из первоочередных задач. С этой целью в 1997 г. по всей стране ввели официальную регистрацию принятых ими больных, а доходы врача стали зависеть не только от численности обслуживаемого населения, но и от оказанных медицинских услуг.

### **Специализированное медицинское обслуживание**

С 1969 г. за планирование, финансирова-

ние и организацию специализированного медицинского обслуживания (больницы общего профиля, психиатрические клиники, лабораторные и другие специализированные медицинские службы, стоматологические клиники для взрослых) отвечают фюльке. В организации и управлении стационарной помощью фюльке довольно самостоятельны.

Норвегия разделена на пять медико-территориальных округов, в каждом из которых имеется окружная больница, оказывающая высокоспециализированную медицинскую помощь. Все окружные больницы служат учебными базами; четыре из них принадлежат фюльке, пятая — общегосударственная. Несколько больниц принадлежат добровольным организациям, но статус этих больниц практически не отличается от статуса государственных. Частный сектор небольшой. Он включает пять маленьких больниц, которые возникли благодаря очередям на некоторые виды услуг в государственных больницах. Норвежские законы строго ограничивают деятельность частных больниц.

Большинство лабораторных и рентгенологических исследований проводится в больницах. Имеется также 25 частных лабораторий и других учреждений, занимающихся диагностическими исследованиями. Частные учреждения финансируются государственным страхованием.

Благодаря усилению роли амбулаторной помощи и развитию дневных стационаров с 1970 по 1990 г. число коек в психиатрических больницах уменьшилось на 66%, в остальных больницах — на 35%. С 1990 г. сокращение коек замедлилось. Средняя продолжительность госпитализации неуклонно сокращается. Средняя занятость койки в Норвегии выше, чем во многих других европейских странах, в то время как уровень использования стационарного лечения относительно низок. Число больничных коек составляет 3,1 на 1000 населения, а с учетом психиатрических больниц и домов престарелых — 13,5 на 1000 (данные за 1998 г.).

В последнее десятилетие самой неотложной задачей в сфере здравоохранения

были очереди на стационарное лечение. Эту задачу пытались решить разными способами. Положение несколько улучшилось, но многим больным все еще приходится ждать госпитализации.

## **Медико-социальное обслуживание**

Медико-социальное обслуживание включает социальное обеспечение, уход за престарелыми, инвалидами и больными с психическими расстройствами, лечение алкоголизма и наркомании. Большинство этих служб находятся в ведении муниципалитетов, а работают в них муниципальные служащие. В 1990-е гг. роль муниципалитетов в организации медико-социального обслуживания возросла. Его доступность и качество сильно колеблются.

Уход за инвалидами и престарелыми организован по месту жительства. Большинство (80%) муниципалитетов оказывают помощь круглые сутки. В 1999 г. на дому обслуживались 155 000 человек, а в домах престарелых насчитывалось более 43 000 коек. Некоторые виды медико-социальных услуг платные. Размеры оплаты в разных муниципалитетах разные. На государственном уровне обсуждается вопрос о том, нужно ли нормировать плату за эти услуги, чтобы медико-социальное обслуживание было общедоступным.

В будущем серьезной проблемой обещает стать увеличение потребности в медицинской и медико-социальной помощи, обусловленное старением населения.

## **Медицинские кадры и обучение медицинских работников**

Медицинские работники не имеют права заниматься профессиональной деятельностью без соответствующей лицензии. Лицензированием ведаёт глава медицинской службы фюльке в Осло. Треть норвежских врачей работают в сфере первичного медицинского обслуживания, 95% состоят в Медицинской ассоциации, членство в ко-

торой даёт право на специализацию и повышение квалификации. За последние десятилетия улучшились уровень профессиональной подготовки и общественное положение врачей общей практики.

По сведениям, полученным из базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, обеспеченность населения Норвегии врачами самая высокая среди скандинавских стран (4,1 на 1000). Согласно официальной норвежской статистике, этот показатель меньше 2,5 на 1000 населения. Сведения о количестве среднего медицинского персонала в разных источниках не совпадают, но в целом медицинскими сестерами, особенно имеющих специализацию, не хватает. Несмотря на достаточно высокую обеспеченность Норвегии врачами и медицинскими сестрами, в некоторых, в основном малонаселённых, районах их не хватает. Обеспеченность врачами общей практики по стране неравномерная, так как не все соглашаются работать, например, в отдалённой сельской местности. По той же причине кое-где, особенно в сельских районах, не хватает стоматологов.

Ожидается, что потребность во врачах будет расти. Уже сейчас предпринимаются попытки улучшить обеспеченность медицинским персоналом, совершенствовать сбор статистических данных о медицинских работниках, более рационально и эффективно распределять кадры.

## **Лекарственные средства**

Фармацевтический сектор — один из наиболее строго регламентированных в Норвегии. Министерство здравоохранения и социального обеспечения осуществляет надзор за ним и определяет общие правила розничной торговли лекарственными средствами. Норвежское управление по контролю за лекарственными средствами регистрирует новые препараты и даёт разрешение на торговлю ими. Оно же устанавливает цены на лекарственные средства. Государственный совет по здравоохранению выдаёт лицензии на производство препаратов и торговлю ими, а также ведаёт

надзором за производством, продажей и потреблением лекарственных средств.

Кроме того, Государственный совет по здравоохранению отвечает за размещение аптек. Аптек в Норвегии меньше, чем в других странах Европы. Помимо обычных аптек в Норвегии существуют аптеки, не имеющие в штате фармацевта.

С 1990 по 1997 г. затраты на лекарственные средства возросли. В 1997 г. 54% этих затрат составляли выплаты государственной системы страхования, 31% — расходы самих больных, остальная часть — расходы больниц.

Размеры компенсаций за лекарственные средства ежегодно росли за счет появления новых, более дорогих препаратов и расширения амбулаторной медицинской помощи. Чтобы сократить затраты, в 1993 г. введена система базовых цен, включающая цены на самые дешевые из имеющихся в продаже аналогов того или иного препарата. Именно по базовым ценам производится выплата компенсаций государственной системой страхования. В 1998 г. в эту систему были включены препараты, защищенные торговой маркой, но с официального разрешения импортируемые по относительно низким ценам.

Фармацевтические компании всеми силами стремятся добиться регистрации новых препаратов и включения их в список, покрываемый государственной системой страхования. Растут также информированность и запросы больных.

## Медицинские технологии

Норвежский центр оценки медицинских технологий создан в конце 1997 г. Это независимая некоммерческая научно-исследовательская организация, основная задача которой — оценка эффективности как новых, так и общепризнанных медицинских технологий. Научно-исследовательский совет Норвегии организует согласительные конференции, способствующие внедрению в медицинскую практику научных достижений и определяющие основные направления научных исследований.

## Распределение средств

Местные органы власти получают государственное финансирование в соответствии с численностью населения. Местные службы здравоохранения получают средства из государственного бюджета (общие и целевые субсидии), государственной системы страхования (страховые компенсации) и от населения (платные услуги). Хотя государство напрямую не влияет на распределение средств, в действительности самостоятельность местных органов власти ограничена устанавливаемыми им нормативами и финансовой политикой.

## Финансирование больниц

Введенное в 1980 г. финансирование на основе глобального бюджета вынуждало некоторые фюльке и больницы сужать сферу деятельности из-за бюджетных ограничений. Большие очереди на госпитализацию заставили принять в 1997 г. нынешнюю схему финансирования, в которой учитывается объем предоставленных больницей услуг. Основная цель нововведения — повысить эффективность и рентабельность работы больниц. Хотя введение новой системы финансирования было добровольным, к 1999 г. на нее перешли все фюльке, за исключением одного.

Амбулаторные отделения больниц и раньше, наряду с финансированием на основе глобального бюджета, предоставляли платные услуги. С 1999 г. все услуги больниц, включая амбулаторные хирургические вмешательства, оплачиваются в соответствии с клинико-затратными группами.

## Заработная плата врачей

Амбулаторная (первичная и специализированная) медицинская помощь предоставляется как государственными, так и частными медицинскими учреждениями. Частнопрактикующие врачи работают по договорам с местными органами власти и полу-

чают средства из государственной системы страхования (фиксированная сумма плюс оплата предоставленных услуг). Перечень платных услуг ограничен, а работающие по договору врачи общей практики не в праве требовать за услуги плату, превышающую установленный парламентом предел. В отличие от амбулаторной, стационарная медицинская помощь предоставляется государственными или участвующими медицинскими учреждениями.

С 1998 г. финансирование частнопрактикующих врачей, которые не собираются заключать договор с муниципалитетом или фюльке, из государственной системы страхования было сокращено для того, чтобы высвободить кадры для работы в отдаленных районах.

## Реформы здравоохранения

Реформы 1990-х гг. были направлены в основном на повышение эффективности и доступности медицинского обслуживания и уменьшение очередей на госпитализацию. Кроме того, в 1993 г. был установлен (а в 1998 г. расширен) список базовых цен на лекарственные средства. В конце 1990-х гг. изменились схема финансирования больниц и условия оплаты труда частнопрактикующих врачей. В 1998—1999 гг. принят це-

лый ряд законов. Некоторые из них заслуживают особого внимания. Во-первых, на окружные комитеты здравоохранения возложена обязанность планировать развитие здравоохранения в своем округе. Во-вторых, согласно Закону о специализированном медицинском обслуживании, психиатрические службы объединены с другими медицинскими службами, а организация длительного ухода за больными с психическими расстройствами возложена на муниципалитеты. В-третьих, узаконены такие права больных, как право на выбор больницы, право на предоставление консультации специалиста не позднее чем в течение 30 рабочих дней после получения направления от врача общей практики, право на консультацию еще одного врача. Больные, которым требуется длительное комплексное лечение, имеют право на индивидуальный план медицинского обслуживания, позволяющий координировать действия разных служб. Наконец, весной 2000 г. введена система регистрации больных в учреждениях первичной медицинской помощи. Помимо прочего, эта система позволила гражданам менять личного врача и при желании получать консультацию другого врача общей практики.

В будущем предполагается снять ограничения с аптечной сети, чтобы усилить конкуренцию в розничной торговле лекарственными средствами; побудить врачей выписывать более дешевые препара-

**Таблица 1.** Показатели работы больниц в странах Европы

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность койки, % госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Дания	3,3 <sup>а</sup>	19,2 <sup>г</sup>	5,5	79,9 <sup>а</sup>
Финляндия	2,4	19,3 <sup>б</sup>	4,3	74,0 <sup>г</sup>
Норвегия	3,1	14,5 <sup>б</sup>	6,0	85,2
Швеция	2,5	15,9 <sup>б</sup>	5,5 <sup>а</sup>	77,5 <sup>б</sup>
Страны Европейского союза в среднем	4,2 <sup>а</sup>	17,1 <sup>г</sup>	8,2 <sup>б</sup>	77,0 <sup>б</sup>

В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные: <sup>а</sup> 1999, <sup>б</sup> 1998, <sup>в</sup> 1996, <sup>г</sup> 1995.  
 Источник: база данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

ты; предоставить больницам большую самостоятельность в вопросах организации и управления. Однако разделять поставщиков и покупателей медицинских услуг пока не планируется.

## **Заключение**

В 1990-х гг. здравоохранение Норвегии достигло больших успехов, но в будущем ему предстоит решать новые задачи. Например, сочетать децентрализацию здравоохранения с государственным регулированием, гарантирующим общедоступ-

ность медицинской помощи. Для решения этой задачи выбраны следующие направления реформ: сокращение очередей на госпитализацию, особенно для некоторых категорий больных, усиление планирования на уровне медико-территориальных округов, надзор за официальной регистрацией больных в системе первичного медицинского обслуживания. Кроме того, в будущем предполагается ввести новые методы управления больницами и новые формы владения ими, обеспечить медицинскими кадрами все районы страны, четко разделить функции центральных властей и фюльке в финансировании больниц.

Обзор системы здравоохранения Норвегии составили Кристина Фурухольмен (помощник генерального директора отдела больничной политики Министерства здравоохранения и социального обеспечения) и Йон Магнуссен (Научно-исследовательский институт здравоохранения, компания Sintef Unimed, Трондхейм). Авторы выражают признательность Клауде Коурбат, советнику Министерства здравоохранения, за помощь в работе со статистическими данными. Редакторы: Ана Рико, Уэенди Уисбом (редактирование английского текста), Аннучка Йанн (статистические данные и литература).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Терье Хагена (Университет Осло) и Ханса Онстада (Министерство здравоохранения и социального обеспечения) за рецензирование обзора. Полный текст обзора можно найти на сайте [www.observatory.dk](http://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.