



# Реферат обзора

# Норвегия

## Введение

### Государственный строй и новейшая политическая история

С 1814 г. Норвегия является конституционной монархией. Государственную независимость страна получила в 1905 г. Номинальной главой исполнительной власти является король, но практически власть возложена на кабинет министров. Управление в Норвегии представляет собой трехуровневую парламентскую систему, каждый уровень которой возглавляют избираемые населением власти: национальный парламент (Стортинг), советы провинций (фюлькестинги) и муниципалитеты. В 2006 г. Норвегия насчитывала 19 провинций (фюльке) и 431 муниципалитет.

К ведению государственного уровня, то есть Министерства здравоохранения, относится вторичная (специализированная) помощь. Муниципалитеты отвечают за популяризацию здорового образа жизни, первичную медико-санитарную помощь, уход за престарелыми, инвалидами и больными с психическими расстройствами. Органы власти провинций отвечают за стоматологическую помощь.

### Население

В 2005 г. население Норвегии превысило 4,6 млн человек. Плотность населения в среднем составляет 15 человек на кв.км. Показатель естественного прироста, который с начала 70-х годов стабильно снижался и к середине 80-х годов составлял менее 2 на

Рис. 1. Совокупный объем финансирования здравоохранения (% от ВВП) в Норвегии, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС (статистика ВОЗ, 2002 г.)



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех», январь 2006 г. Примечание: ЕС - Европейский союз

1000 населения, начал снова расти и в 1996–2000 гг. поднялся до 3,4 на 1000 населения, что намного выше, чем в среднем в странах ЕС. К началу 2004 г. в стране проживало 349 000 мигрантов, что составляло 7,6 % от общего числа населения.

Европейская обсерватория  
по системам и политике здравоохранения  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen  
Denmark  
Телефон: +45 39 7 7 7  
Факс: +45 39 7 8 8  
Электронная почта: info@obs.euro.who.int  
Сайт в интернете: www.euro.who.int/observatory

## **Средняя продолжительность жизни**

В XX веке средняя продолжительность жизни в стране заметно увеличилась. В 2004 г. ожидаемая продолжительность жизни у мужчин составила 77,5 года, у женщин — 82,33 года. Это значительно превысило показатели 1946–1950 гг., когда в среднем продолжительность жизни мужчин была 69,25 года, а женщин — 72, 65 года.

## **Основные причины смерти**

За последние 30 лет в стране значительно снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний — и это один из решающих факторов увеличения продолжительности жизни. Вместе с тем сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему лидируют среди причин смерти — в 2003 г. на их долю приходилась почти треть всех смертей. Положительное воздействие оказали мероприятия, направленные на укрепление здоровья, включая программы предотвращения несчастных случаев. Показатель смертности от внешних причин снизился на 20% за три последние десятилетия. В то же время смертность от психических и онкологических заболеваний несколько выросла.

## **Новейшая история здравоохранения**

Годы после Второй мировой войны можно охарактеризовать как период непрерывного реформирования системы взаимодействия центральных и местных властей с целью установления приемлемого баланса разделения полномочий между этими двумя уровнями власти. Центр продолжает делегировать полномочия местному уровню с целью переноса максимального акцента на муниципальный уровень и расширения полномочий провинций и муниципалитетов в обеспечении населения медицинской помощью. Местные власти, помимо функций по организации и охвату населения различными услугами, получили финансовые полномочия. Муниципалитеты и власти провинций покрывают затраты не только за счет государственных фондов и субсидий, выделяемых на ключевые ре-

формы, но и местных налогов (в основном, подоходного и имущественного налога с физических лиц).

В секторе специализированного медицинского обслуживания отсутствовал государственный стандарт для больниц, пока в 1969 г. не был принят Закон о стационарной помощи. После вступления закона в силу все 19 провинций Норвегии приняли на себя обязательства по финансированию, планированию и оказанию специализированной помощи. Официальный правительственный документ 1974 г. о развитии региональной больничной помощи заложил основы стратегии развития регионального здравоохранения. В 2002 г. ответственность за оказание специализированной медицинской помощи была передана правительству Норвегии. Территорию страны поделили на пять медико-территориальных округов, которые отвечают за организацию специализированной помощи в системе предприятий здравоохранения.

## **Направления реформ**

Если обобщить реформы здравоохранения последних нескольких десятилетий, то в 70-х годах реформы были направлены на обеспечение общедоступной медицинской помощи и формирование служб здравоохранения; в 80-х — на сдерживание расходов и децентрализацию; в 90-х — на повышение эффективности и определение приоритетов в здравоохранении; в начале нового тысячелетия — на структурные изменения в организации и предоставлении медицинской помощи.

## **Расходы на здравоохранение и ВВП**

В 2005 г. объем финансирования здравоохранения в Норвегии составил примерно 10% от ВВП (рис. 1). Последние 20 лет наблюдается стабильное увеличение доли ВВП, расходуемой на здравоохранение (с 6,9 % в 1980 г.). В сравнении с другими странами Северной Европы, доля ВВП, выделенная на здравоохранение Норвегии в 2002 г., была больше, чем в Дании (8,8%), Финляндии (7,2%) и Швеции (9,2%), но меньше, чем в Исландии (10 %).

# Краткое содержание реферата

## Организационная структура системы здравоохранения

Здравоохранение Норвегии имеет трехуровневую структуру: центральный орган власти, пять медико-территориальных округов и муниципалитеты. Органы центральной власти отвечают за национальную политику в здравоохранении, разработку и внедрение нормативно-правовой базы, распределение бюджета, в то время как организация медицинской помощи и обслуживания – это основная задача властей пяти медико-территориальных округов и 431 муниципалитета. Парламент страны является государственным законодательным органом. Министерство здравоохранения отвечает за сектор здравоохранения на национальном уровне. На муниципалитеты (в стране их 431, и их размеры значительно разнятся) возложены финансирование и организация первичной медико-санитарной помощи и социального обслуживания. Все граждане имеют право доступа к службам здравоохранения по месту жительства. Пять окружных комитетов здравоохранения Норвегии отвечают за финансирование, планирование и организацию специализированной медицинской помощи. К ней отнесены лечение больных с соматическими заболеваниями, психическими расстройствами, алкоголизмом и наркоманией, а также другие виды специализированной помощи, включая лабораторные, рентгенологические и парамедицинские услуги. В настоящее время в пяти медико-территориальных округах насчитывается 31 предприятие здравоохранения.

### Планирование, нормативно-правовая база и управление

На центральном уровне законодательным органом власти является Парламент, исполнительным – Министерство здравоохранения. Центральный уровень отвечает за разработку политики, нормативно-правовой базы, со-

ставление национального бюджета, планирование, организацию информационной сети, поддержку институциональной базы и улучшение материально-технического оснащения. Муниципалитеты обеспечивают первичное медико-санитарное обслуживание, включая сестринский уход за престарелыми и инвалидами. В то время, как ответственность за специализированную помощь лежит на окружных комитетах, сами комитеты подчиняются центральной власти. Стоматологическая помощь остается в ведении властей провинций.

Система здравоохранения преимущественно государственная с небольшой долей частного сектора – в основном, это частные врачи общей практики, работающие по контракту с муниципалитетами, и врачи-специалисты на контракте с окружными комитетами здравоохранения. Формой государственного управления являются инструкции, которые Министерство здравоохранения готовит и направляет индивидуально для каждого медико-территориального округа. Общее стратегическое руководство муниципальными службами первичной медико-санитарной помощи на практике осуществляется в рамках взаимодействия ряда министерств, таких как Министерство здравоохранения, Министерство труда и социального обеспечения и Министерство по вопросам местного самоуправления и регионального развития.

### Децентрализация

Децентрализация была одной из характеристик норвежской системы здравоохранения до 2002 г., когда после проведения больничной реформы система стала наполовину централизованной. Окружные комитеты здравоохранения от имени государства отвечают за специализированное медицинское обслуживание, муниципалитеты – за первичную медико-санитарную помощь.

По организационной структуре окружные комитеты здравоохранения и предприятия здравоохранения напоминают государственные компании. За организацию повседневной работы на местах отвечают генеральный директор и исполнительный комитет, а структура и основные политические цели и задачи предприятий здравоохранения определяются центральными органами власти.

Глава муниципальной власти и кабинет избираются голосованием населения, здравоохранение — это лишь одно из направлений их деятельности. Муниципалитеты имеют право устанавливать свою организационную структуру.

## **Финансирование здравоохранения и затраты на него**

### **Основные источники финансирования**

Источники финансирования здравоохранения в Норвегии — это налоги, государственная система страхования и платные услуги. Преимущественно финансирование системы здравоохранения идет за счет налогов на муниципальном, провинциальном и центральном уровнях. По решению парламента центральные органы власти устанавливают границы налогообложения на муниципальном уровне и в провинциях. В Норвегии нет отдельного налога на здравоохранение, и окружные комитеты здравоохранения не имеют права вводить свои налоги. Последние 20 лет доля государства в финансировании здравоохранения практически не менялась, оставаясь на уровне примерно 85%.

### **Дополнительные источники финансирования**

Все граждане Норвегии и работающие жители страны охвачены государственной системой страхования (ГСС) под управлением центрального правительства. ГСС финансируется за счет государства, работодателей, работающего населения и предпринимательства. По страховке ГСС гражданам начисляют пенсионные пособия, пенсии по инвалидности и утрате кормильца, базовый соцпакет и выплаты по уходу при инвалидности, реабилитации или производственных травмах. Система также начисляет пособия родителям-одиночкам, денежные выплаты по болезни, беременности, безработице и на усыновление, а также льготы по

медицинскому обслуживанию, беременности и похоронные пособия. В 2002 г. расходы ГСС на здравоохранение составили почти 20000 млн норвежских крон, или примерно 10% от общей суммы выплат ГСС. Добровольное медицинское страхование в Норвегии развито слабо.

### **Оплата медицинских услуг за счет пациентов**

Лечение и уход в больницах общего профиля является бесплатным для населения, но больные должны оплачивать консультации частнопрактикующих специалистов, помощь на амбулаторном этапе, лечение у врачей общей практики, рентгенографию, лабораторные анализы и лекарственные препараты. Большая часть выплат за медицинскую помощь входит в Перечень платных медицинских услуг, который был создан в начале 80-х годов и устанавливал предельный уровень расходов граждан на эти услуги. Предельный уровень расходов утверждается каждый год. В 2006 г. он составил 1 615 норвежских крон. Если в течение календарного года сумма расходов доходит до предельного уровня, то в оставшийся период до конца года лечение становится бесплатным, так как ГСС компенсирует разницу. В 2005 г. расходы на медицинские услуги достигли предельного уровня у примерно у 1 млн норвежцев.

По данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) доля доплат граждан за медицинские услуги в Норвегии последние два десятилетия сохраняется на уровне 15% от затрат на здравоохранение.

### **Затраты на здравоохранение**

Согласно базе данных ОЭСР, в 2002 г. в Норвегии затраты на здравоохранение в расчете на душу населения составили 3616 долл. США, что выше, чем в соседних странах: Швеции (2594 долл. США), Дании (2655 долл. США), Финляндии (2013 долл. США) и Исландии (2948 долл. США). Данные 2006 г. свидетельствуют о том, что по затратам на здравоохранение в долларах США на душу населения Норвегия уступает только США.

# Медицинское обслуживание

## Первичное медицинское обслуживание

Муниципалитеты отвечают за первичную медико-санитарную помощь, обеспечение благополучия населения, а также за социально-бытовые условия и состояние окружающей среды. Кроме того, они отвечают за медико-санитарное просвещение и оздоровительные мероприятия среди населения, направленные на популяризацию здорового образа жизни, укрепление здоровья и благополучие человека. Объем финансирования здравоохранения из местного бюджета муниципалитеты определяют сами.

В Норвегии хорошо развита система первичной медико-санитарной помощи и общей практики. Врачи общей практики являются центральным звеном этой системы и в большинстве случаев работают группами по 2–6 человек. В 2001 г. на муниципалитеты была возложена обязанность обеспечить каждого жителя лечащим врачом; введена система прикрепления пациентов к врачу общей практики. С учетом прикрепленных пациентов муниципалитеты начали заключать контракты с врачами общей практики. По данным Министерства здравоохранения эта система хорошо работает и у 98% населения есть постоянный врач общей практики.

Оказание скорой помощи, где также участвуют врачи общей практики — еще один из важных разделов деятельности под руководством муниципалитетов.

## Общественное здравоохранение

Муниципалитеты отвечают за укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм и поэтому в их ведении находятся организация и контроль за деятельностью медицинских служб в школах, оздоровительных центрах и детских учреждениях здравоохранения. К центральному уровню управления относятся пять специализированных медико-административных организаций здравоохранения под началом Министерства здравоохранения, а именно: Директорат Нор-

вегии по здравоохранению и социальному обеспечению, Государственный совет по здравоохранению, Норвежский институт общественного здравоохранения, Норвежское медицинское агентство и Норвежское управление по радиационной безопасности.

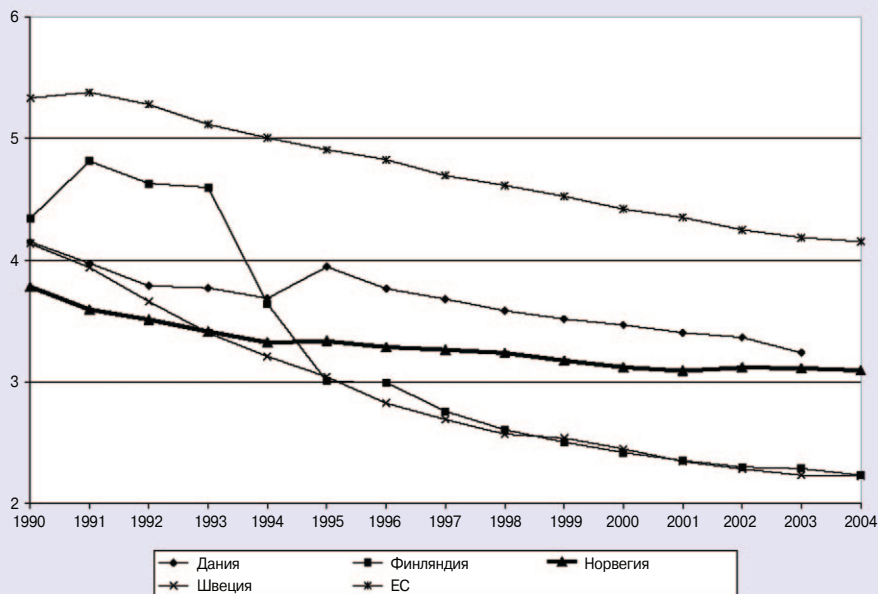
На уровне провинций функции контролирующего органа в секторе здравоохранения возложены на губернаторов. Цель такого подхода — максимальный уровень децентрализации в системе медицинского обслуживания, что в значительной мере приближает поставщика медицинских услуг к потребителю.

Официальный документ Правительства № 16 за 2002–2003 гг. «Рекомендации по оздоровлению Норвегии: основные принципы политики общественного здравоохранения» определяет национальную стратегию развития общественного здравоохранения в ближайшее десятилетие. В нем изложена стратегия оздоровления страны, которая направлена на увеличение здоровых лет жизни населения в целом и сокращение неравенства в отношении здоровья между отдельными группами населения: социальными, этническими, гендерными.

## Специализированное обслуживание

В 2002 г. в Норвегии прошла больничная реформа, в результате которой ответственность за организацию специализированной помощи перешла от властей провинций к пяти окружным комитетам здравоохранения — они образуют систему так называемых «предприятий здравоохранения». Основная цель предприятий — оказание высококачественной специализированной помощи равного доступа вне зависимости от возраста, пола, места проживания, дохода и этнической принадлежности больного, а также поддержка научно-исследовательских и инновационных проектов. Закон обязывает каждый окружной комитет здравоохранения обеспечить равный доступ к стационарной помощи всему населению, проживающему на территории, входящей в данный медико-территориальный округ. В настоящее время каждая больница — это юридически самостоятельный субъект, управляемый советом директоров, который отвечает за все направления деятельности. Окружные комитеты здравоохранения могут

**Рис. 2. Число больничных коек на 1000 населения в Норвегии и некоторых других странах, 1990–2004 гг.**



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех», январь 2006 г.

заключать договора с частными клиниками или агентствами на выполнение тех или иных услуг. Финансирование окружных комитетов здравоохранения осуществляется из средств государственного бюджета, на основе оплаты по результатам деятельности (оплата за услугу и в соответствии с клинико-статистическими группами), а также оплаты медицинских услуг за счет населения.

Медико-территориальные округа разнятся по уровню оказания высокоспециализированной помощи. В основном такую помощь оказывают больницы, расположенные в крупных городах.

### Долговременная помощь

Организация долговременной помощи в Норвегии находится в ведении муниципалитетов. Она включает: помощь в домах сестринского ухода, интернатах/приютах, и уход на дому. С середины 90-х годов значительно увеличилось количество людей, обращающихся за услугами по уходу и выхаживанию, которые находятся в ведении муниципалитетов.

### Медицинские кадры и обучение медицинских работников

По сравнению с другими странами, входящими в ОЭСР, в Норвегии высокий уровень обеспечения медицинским персоналом. В 2002 г. численность практикующих врачей в стране составляла 3,4 на 1000 человек населения. Последние 4–5 лет стабильно улучшается охват населения медицинскими услугами, а по охвату населения услугами среднего медицинского персонала Норвегия стоит на втором месте в Европе, уступая лишь Финляндии.

В Норвегии четыре государственных университета предлагают программы высшего медицинского образования. Базовый курс обучения – 6 лет, затем 18 месяцев интернатуры. Интернатура традиционно является важным элементом региональной политики – интернов направляют в учреждения, сконцентрированные в сельской местности.

Специализация насчитывает 30 базовых, а также восемь клинических и пять хирургических специальностей. В среднем мини-

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ, 2004 г. (в отсутствие данных за 2004 г. приведены самые последние из имеющихся)

	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки (%)
Дания	3.2 <sup>a</sup>	17.8 <sup>c</sup>	3.6 <sup>a</sup>	84.0 <sup>c</sup>
Финляндия	2.2	19.9	4.2	74.0 <sup>f</sup>
Норвегия	3.1	17.3	5.2	86.4
Швеция	2.2	15.1	6.1	77.5 <sup>h</sup>
ЕС 15 в среднем	4.0 <sup>a</sup>	18.0 <sup>c</sup>	6.9 <sup>a</sup>	77.0 <sup>c</sup>

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех», январь 2006 г.

Примечание: <sup>a</sup> 2003; <sup>b</sup> 2002; <sup>c</sup> 2001; <sup>d</sup> 2000; <sup>e</sup> 1999; <sup>f</sup> 1998; <sup>g</sup> 1997; <sup>h</sup> 1996; <sup>i</sup> 1995

ЕС: Европейский союз; ЕС 15: численность государств-членов до 1 мая 2004 г.

мальный курс обучения для получения одной из специальностей занимает пять лет. 27 учебных заведений в стране предлагают базовый курс для медицинских сестер. Из них 22 — это факультеты университетов, а остальные работают на базе медицинских учреждений. В большинстве случаев стандартное требование для поступления на факультет медицинских сестер — это, как минимум, три законченных курса высшего образования. С началом большой реформы в 2002 г. увеличилось внимание к подготовке управленческих кадров в области государственной стационарной помощи. Случаи врачебной ошибки рассматривает Государственный совет по здравоохранению, который определяет меры дисциплинарных взысканий.

## Лекарственные средства

Норвежское управление по контролю за лекарственными средствами составляет рекомендации относительно списка препаратов, за которые больным гарантирована компенсация по государственной системе страхования на основе установленных критериев. В отношении лекарственных средств, отпускаемых по рецепту, действует система базовой цены и надбавки. Регулирование цен соответствует нормам Европейской экономической зоны (ЕЭЗ), границы ценообразования устанавливает парламент. Ценообразование дженериков подчиняется правилам ценообразования для патентованных средств.

Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта (через кассу) не относятся к списку государственной системы страхования. Не разрешается прямая потребительская рекла-

ма лекарственных средств, отпускаемых по рецепту.

## Распределение средств

### Финансирование учреждений здравоохранения

Основные источники финансирования муниципалитетов — это целевые государственные субсидии и местное налогообложение. На уровне государства действует система распределения средств, в рамках которой определяют размеры финансовой помощи для каждого муниципалитета. Размер субсидии определяют, соизмеряя затраты на покрытие требуемых на территории муниципалитета услуг и разницу их стоимости. Самый важный фактор — возрастная, поскольку медицинское обслуживание и уход за престарелыми в значительной степени зависят от демографических характеристик. Скорая помощь финансируется из трех источников: целевые субсидии для муниципалитетов, платные услуги и компенсационные выплаты ГСС. Помощь в домах сестринского ухода и интернатах финансируется из средств целевых субсидий для муниципалитетов и за счет платной медицины.

Окружные комитеты здравоохранения финансируются за счет государственных субсидий, которые включают гранты общего назначения и целевые дотации по результатам деятельности. Лечение и уход в больницах при соматических заболеваниях (а с 1999 г. и

некоторые хирургические вмешательства в дневных стационарах) финансируются по схеме «Оплата по результатам деятельности», утвержденной в 1997 г. на основе клинико-статистических групп (КСГ). Также действует система компенсаций ГСС, исходя из оплаты за услуги: амбулаторный прием, рентгенографию и лабораторные анализы. Окружные комитеты здравоохранения могут организовать свою систему финансирования территориальных предприятий здравоохранения и других служб, находящихся в их ведении.

## Оплата труда врачей

Большинство работников медицинских учреждений в Норвегии получают фиксированный оклад. Исключение преимущественно составляет частнопрактикующий персонал, например, врачи-терапевты, работающие по контракту с окружными комитетами здравоохранения и оплачиваемые из средств ГСС, целевых грантов медико-территориальных округов и за счет наличных платежей населения за медицинские услуги, а также врачи общей практики, оплачиваемые за счет ГСС по схеме «оплата за услугу», наличных платежей населения за медицинские услуги и фондов муниципалитетов в зависимости от численности обслуживаемого населения. Дебаты относительно зарплат специалистов общественного здравоохранения, как правило, носят характер переговоров государства/ муниципалитетов (то есть работодателя) с одной стороны и профессиональных врачебных ассоциаций с другой.

## Реформы здравоохранения

Закон 1984 г. о муниципальном здравоохранении был призван координировать деятельность медицинских и социальных служб на местном уровне, укрепить функции служб в отношении стационарной помощи, усилить профилактические мероприятия и заложить основу для более рационального использования медицинских кадров. На уровне муниципалитетов закон выступает механизмом координации усилий при организации целого ряда

услуг первичной медико-санитарной помощи. В 1988 г. закон о муниципальном здравоохранении был дополнен, и тогда ответственность за дома сестринского ухода перешла с провинций на муниципальный уровень.

В 1997 г. Норвегия ввела принцип «Оплата по результатам деятельности», основанный на клинико-статистических группах. Введение этого принципа привело к увеличению числа пролеченных случаев и сокращению периода ожидания лечения. Система покрывает примерно 500 различных схем госпитализации, хирургию и некоторые медицинские процедуры в дневных стационарах. Система не распространяется на амбулаторное лечение (для которого действуют специальные компенсационные выплаты ГСС), на лечение больных, которые сами оплачивают свои затраты (например, иностранцы), и на психиатрические клиники. Надбавки и компенсации на основе клинико-статистических групп одинаковы во всех больницах независимо от стоимости услуги, типа случая и типа больницы.

Действующая сетка компенсаций рассчитана на основе анализа затрат нескольких выбранных больниц. Схема работы общей врачебной практики, внедренная в 2001 г., основана на системе выбора больным врача общей практики и регистрации (прикрепления к нему) на постоянное обслуживание. Основные принципы этой реформы: больной может выбрать регистрироваться в системе или нет, менять лечащего врача (дважды в год) и при желании получить консультацию другого врача общей практики. Цель реформы: повысить качество медицинских услуг на местном уровне, обеспечить преемственность в лечении/уходе и способствовать развитию сотрудничества врача и пациента. Частью реформы была новая модель найма врача общей практики: с частнопрактикующими врачами заключают контракт и их доход складывается из дотаций в зависимости от подушевого норматива, надбавок за оказанные услуги и наличных платежей населения за медицинские услуги.

Больничная реформа 2002 г. была направлена на повышение эффективности работы стационаров. Реформа базировалась на трех стратегических изменениях: больницы переходили в собственность центральных органов власти, получали статус предприятий, и уп-



правление деятельностью на местах переходило к генеральному директору и исполнительному совету каждого предприятия. Предварительные результаты показывают, что больничная реформа, в частности, способствовала сокращению очередей на госпитализацию и развитию навыков управления.

В 2001 г. был принят новый закон, который расширил возможности аптечной сети, способствовал вертикальной интеграции аптечных цепочек оптовых компаний и давал право аптекам предлагать больному аналог выписанного препарата (в том числе, дженерик). В результате этой реформы увеличилась доля рынка дженериков. Дальнейшим шагом в регулировании фармацевтического рынка стало введение в 2003 г. системы индексов предельной стоимости лекарств, что позволило продавцам розничной торговли повышать свою прибыль, если предпочтение отдавалось дешевым, а не дорогим препаратам. В 2005 г. эта система была заменена системой базовых цен, которая «срезает» компенсации за непатентованные препараты.

Закон о борьбе с курением 2004 г. запретил (с 1 июня 2007 г.) курение в местах, где подают или продают напитки и еду. Основная цель закона — защита сотрудников таких заведений и их посетителей от пассивного курения. Соблюдение закона о запрете курения в ресторанах контролируют муниципальные власти.

## Заключение

Норвегия успешно проводит многочисленные реформы в области первичной и специализированной помощи, финансирования, общественного здравоохранения и психиатрической помощи, обеспечения лекарственными средствами и других секторах.

В числе предпосылок успешной реализации политики реформ можно выделить следующие. В Норвегии действует согласительный механизм принятий решений. В большинстве случаев решения принимаются по соглашению заинтересованных сторон и с ключевым участием Норвежской медицинской ассоциации. Можно сказать, что политический курс характеризуют управление и контроль со стороны центра (определение политических целей, мониторинг результатов и

т.д.) и независимость местных властей в выборе наиболее эффективных механизмов реализации (принцип «баланс власти и самостоятельности»). Процессы политической воли и исполнения разведены (принцип «быть у руля, а не на веслах», когда политики больше заняты решением стратегических задач и в меньшей степени — вопросами воплощения). Кроме того, одной из движущих сил государственной политики Норвегии было стремление придать вопросам здравоохранения статус наиболее приоритетных.

Сохраняется ряд проблем, на которые необходимо направить будущие усилия:

- Интеграция служб здравоохранения и социальной помощи. В 2003 г. были созданы две государственные комиссии — по нормативно-правовому регулированию медицинских и социальных услуг и организации различных уровней в системе здравоохранения. Цель их деятельности — определить пути улучшения координации действий между секторами и уровнями в рамках одной службы. Особенно это актуально для ухода за престарелыми и инвалидами с тяжелыми или хроническими заболеваниями, так как усиление интеграции медицинских и социальных служб повысит эффективность их услуг.
- Дальнейшее развитие системы классификации больных на основе нормативов стационарного лечения и оплаты по результатам деятельности, что, кроме того, может наладить сбор сопоставимых данных о госпитализации.
- Проблема неравенства в секторе здравоохранения. Избавление от неравенства — это социальный приоритет. Между тем результаты мероприятий, направленных на сокращение разных проявлений неравенства, часто не подтверждены документально. Одна из серьезных будущих задач системы здравоохранения Норвегии — это выбор пути решения проблемы неравенства в здравоохранении.
- Выработка оптимальной системы взаимодействия муниципальных и региональных органов самоуправления.
- Наконец, это мероприятия по снижению злоупотреблений алкоголем и наркотиками, особенно среди молодежи Норвегии, проблемы старения населения (и их влияние на структуру медико-санитарной по-



## Реферат обзора

## Норвегия

мощи), проблема глобализации с точки зрения возможных для страны пандемий, и участие информационных технологий в секторе здравоохранения.

В Норвегии здравоохранение является государственным приоритетом, а децентрализация системы здравоохранения способствует

вовлечению потребителей услуг в процесс формирования государственной политики. Реформы здравоохранения, недавние и более ранние, свидетельствуют о высоком уровне поддержки со стороны властей. Развитие системы здравоохранения в Норвегии наглядно демонстрирует возможности успешной реализации политических и социальных задач.

---

Автор обзора системы здравоохранения Норвегии – Ян Рот Йонсен, сотрудник Государственного совета по здравоохранению Норвегии. Редактор обзора – Вайда Банкаускайте.

В составлении обзора принимали участие: Одд Арилд Хауген, Харальд Сием, Олав Молвен, Олав Слаттебрекк, Джон Арне Роттинген, Туре Гронли, Симен Неби, Халдор Биркефлот, Тери Хаген, Стейнар Мадсен, Айна Шьотц, Стейн Хусебо, Джон Уильям Глэд, Кнут Энгедал, Ханне Лундемо и Кристина Фурухолмен (автор норвежского обзора «Системы здравоохранения: время перемен» 2000 г.).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Грете Боттен (Университет г. Осло), Гейер Сверре Браут (Государственный совет по здравоохранению) и Министерство здравоохранения Норвегии за рецензию обзора.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – проводимых или разрабатываемых. Обзоры – одно из основных направлений деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Обсерватория – это уникальный механизм сотрудничества, который объединяет Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянский регион Венето, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонскую школу экономических и политических наук и Лондонскую школу гигиены и тропической медицины. Это сотрудничество ставит целью поддерживать и развивать научно-обоснованный подход к развитию здравоохранения на основе глубокого и всестороннего анализа опыта разных европейских стран.