

E 1 26 053

EUR/ICP/MPN 033

ORIGINAL: ENGLISH

**ПОЛИТИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ
НА СУБНАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Отчет о Международном совещании ВОЗ

г.Сан-Себастьян, Испания
14–16 ноября 1988 года

1989 год

ЕРБ/ЗДВ задача 33

Примечание

Данный отчет издан Европейским региональным бюро ВОЗ на английском, французском, немецком и русском языках, однако его воспроизведение или перевод на любой другой язык должно производиться с должной ссылкой на первоначальное издание.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	1
ОБСУЖДАВШИЕСЯ ВОПРОСЫ	2
Партнерство в политике здравоохранения	3
Конкретный опыт субнациональной политики ..	4
ОБСУЖДЕНИЯ	4
Равенство	6
Укрепление здоровья и профилактика болез-	
ней	7
Участие общины	8
Межсекторальное сотрудничество	8
Соответствующая медико-санитарная помощь ..	9
Международное сотрудничество	10
ВЫВОДЫ	11
Совместные усилия в политике здравоохране-	
ния	11
РЕКОМЕНДАЦИИ	12
Приложение 1	
РАБОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ	15
Приложение 2	
УЧАСТНИКИ	17

ВВЕДЕНИЕ

За последнее десятилетие политика здоровья для всех (ЗДВ) превратилась в образец для разработки политики в области здравоохранения в большинстве европейских государств-членов. В самом деле, на сегодняшний день треть государств-членов Европейского региона уже выработала национальные политики ЗДВ, ориентированные на общеевропейскую.

В большинстве европейских стран стремление установить широкое направление для общественного здравоохранения и мыслить глобальными категориями отмечается также и на других организационных уровнях. Благодаря этому субнациональные разработки политики ЗДВ идут в ногу с национальными и приобретают растущее значение. Их адаптации к локальным проблемам становятся все более распространенными. Это высказывание справедливо для всех субнациональных уровней с политической ответственностью за вопросы здравоохранения, таких как: самоуправляющиеся земли внутри федерации, кантоны, автономные области и областные правительства, а также районные и муниципальные подразделения. В некоторых случаях такой субнациональный опыт является неотъемлемой частью развития национальной политики в области здравоохранения, в то время как в других случаях он является исходным стимулом, вызывающим конкретные мероприятия на национальном уровне. Как бы там ни было, эти тенденции показывают, что развитие политики на субнациональном уровне является важной предпосылкой для преобразования основных принципов в конкретные мероприятия и программы.

Таким образом, представлялось чрезвычайно своевременным привести детальное рассмотрение наиболее приемлемых опытов в деле создания политики здравоохранения на субнациональном уровне, проанализировать и обсудить взаимодополняющую роль этих национальных и субнациональных нововведений. Поэтому Департамент по вопросам здравоохранения и потребления Баскской автономной области в сотрудничестве с Министерством по делам

здравоохранения и потребления в Мадриде (Испания) и Европейским региональным бюро ВОЗ, организовал Международное совещание в Сан-Себастьяне, проходившее с 14 по 16 ноября 1988 г. Состоявшееся обсуждение и результаты этого Совещания призваны стать стимулом для других субнациональных органов к составлению и проведению в жизнь всеобъемлющих политик в области здравоохранения. Во многих странах подобные субнациональные инициативы будут дополнять и подкреплять национальные политики, в других — они могут явиться теми зернами, которые дадут ростки последующих разработок политики на национальном уровне.

На Совещании присутствовало 40 участников из 13 европейских стран, США и Канады, представитель Американского регионального бюро ВОЗ, а также сотрудники ЕРБ. Среди участников было несколько министров здравоохранения автономных областей Испании. Несколько местных политических деятелей также присутствовали в качестве наблюдателей. Таким образом, необходимый баланс специалистов по техническим и политическим вопросам был обеспечен.

ОБСУЖДАВШИЕСЯ ВОПРОСЫ

Совещание выделило две основные проблемные области: партнерство в политике здравоохранения и конкретный опыт субнациональной политики.

Партнерство в политике здравоохранения

Национальный и субнациональный уровни играют взаимодополняющую роль в процессе формулирования и проведения в жизнь конкретных политик здравоохранения, а также в областях профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Централизация и децентрализация имеют как преимущества, так и недостатки. В целом можно сказать, что должно быть найдено равновесие между этими двумя концепциями применительно к положению в каждой конкретной стране. Равным образом, пропорциональные ресурсы необходимы на всех уровнях применительно к ответственности, возлагаемой на каждый из них.

Субнациональный уровень должен быть вовлечен в принятие решений на уровне всей страны. То, каким способом формулируется проект «Задачи национального здравоохранения США к 2000 году», является примером такого вовлечения. Этот проект направлен на мобилизацию широкого спектра групп и индивидов в рамках системы медико-санитарной помощи, в добровольных организациях и в федеральных, государственных и местных агентствах. Проект «США, год 2000» отличается от первоначального проекта «США, год 1990», главным образом, в смысле этой широкой мобилизации, а также в установлении нового более широкого спектра приоритетов.

Другим примером является испанская национальная политика ЗДВ, которая представляет собой крупное начинание нынешнего законодательного органа. Она предусматривает использование некоторых уже существующих механизмов для координации между центральным правительством и автономными областями в вопросах планирования и управления здравоохранением в Испании, а также развитие дополнительных координационных механизмов.

Конкретный опыт субнациональной политики

В этой области были представлены конкретные исследования, а последовавшее за ними обсуждение дало возможность рассмотреть элементы поддержки и препятствия, относящиеся непосредственно к субнациональному опыту. Рассматривались также механизмы для возможных решений по преодолению этих препятствий. Для иллюстрации использовался опыт провинции Онтарио (Канада), Дании, Баскской автономной области (Испания), Кантона Тичино (Швейцария) и района Блумсбери (Лондон, Соединенное Королевство).

ОБСУЖДЕНИЯ

Участники рассмотрели конкретные проблемы и новые возможности, с которыми сталкивается стратегия ЗДВ на субнациональных уровнях. В ходе выступлений и последующих обсуждений стало ясно, что субнациональные уровни были существенным образом вовлечены в развитие стратегии ЗДВ по всей Европе, в Канаде и в США.

Страны сильно отличаются друг от друга как в целом, по степени децентрализации своих административных структур, так и в частности, по структурам медико-санитарной помощи, которые являются выражением особенностей, характеризующих каждую из них. Поэтому термины «национальный» и «субнациональный» уровни принимают различный смысл применительно к разным странам. Не существует всемирно признанной степени или модели централизации и децентрализации. Поэтому следует не представлять какой-либо проект в качестве образца для подражания, а скорее попытаться достичь оптимального равновесия между этими уровнями с учетом ситуации в конкретной стране. Как бы там ни было, эти уровни действительно существуют в рамках каждой

страны, и многие из них уже выразили свою принципиальную приверженность поддержке, развитию и выполнению стратегии ЗДВ.

На всех этих уровнях явно выраженная политическая поддержка стратегии ЗДВ представляет собой отправную точку и основную предпосылку для ее применения. Поскольку политические сдвиги требуют долгосрочной перспективы, такая явно выраженная политическая поддержка способствует ускорению и устойчивости ее развития.

В пределах одной страны нет такого единого уровня правительства, который считался бы способным развивать все области ЗДВ самостоятельно. Некоторые уровни способны развивать отдельные области лучше, чем другие уровни, и наоборот. Обсуждение, однако, сосредоточилось не на том, что какой уровень может лучше делать, но скорее на том, каким образом объединить усилия, с тем чтобы получить оптимальные результаты в области здравоохранения. Все уровни являются взаимозависимыми и должны дополнять друг друга. Но чтобы выйти за пределы этого обобщения, каждый уровень должен проанализировать и уточнить свою политическую роль и политический потенциал в вопросах здравоохранения.

Как разработка, так и проведение в жизнь политик здравоохранения наталкиваются на различную поддержку и препятствия на разных уровнях. Национальный и субнациональный уровни становятся более взаимозависимыми, когда им приходится преодолевать препятствия и укреплять поддержку. Именно поэтому различные уровни должны не конкурировать, а, напротив, сотрудничать друг с другом. Это имеет особо важное значение в вопросе такой высокой технической сложности, как ЗДВ.

Опыт тех стран, которые в настоящее время направляют существенные усилия на развитие политики ЗДВ одновременно на нескольких уровнях, будет представлять значительный интерес для других стран, которые только вступают на этот путь. Аналогичным образом, инициативы в области политики здравоохранения на

субнациональном уровне в рамках одной страны предоставляют экспериментальные модели для других субнациональных органов власти.

Существуют, тем не менее, самые широкие различия между уровнями в странах, как по их специфическим структурам, так и по распределению ответственности, управленческих потенциалов и требований на ресурсы. Большая часть этих факторов во многом обуславливает способность к формулированию и проведению политики на субнациональном уровне. Минимальные требования, однако, должны удовлетворяться. Чрезвычайно важное значение имеет, в частности, укрепление механизма для обмена информацией и координации как по вертикали, так и по горизонтали. Официальный двусторонний канал связи между уровнями способствует ослаблению многих проблем, связанных с распределением ответственности и дефицитом ресурсов.

Как доклады, так и последовавшие за ними прения сошлись на том, что фактор взаимодополняемости различных уровней принятия политических решений решительным образом способствует развитию шести основополагающих понятий концептуального аппарата *Европейской стратегии ЗДВ*. Ниже все они рассматриваются в отдельности. Такая разбивка политики ЗДВ на основные понятия облегчила ее анализ и соответствующую применимость к субнациональному уровню.

Равенство

Неравенство социальное и неравенство в области медико-санитарной помощи могут измеряться, по крайней мере, двумя способами: между общинами в рамках одной и той же страны и в пределах самих общин. Принимая во внимание принцип справедливого распределения, именно национальные уровни призваны сыграть свою роль в сокращении региональных дисбалансов. Субнациональные уровни могут иметь склонность к проявлению относительного от-

сутствия интереса к тому, что происходит в смежных областях на том же самом уровне. В то же время некоторые аспекты неравенства (такие как неравенство индивидуальное, местные условия и близость к проблемам), а также срочность требуемого решения могут быть не полностью осознаны на национальном уровне в силу чрезмерного накопления информации. Поэтому субнациональные уровни находятся в более удобном положении для восприятия этих иных аспектов. Это-то и объясняет, что различные уровни имеют различный потенциал для действий. В то время как на субнациональных уровнях имеется возможность лечения симптомов неравенства, всеобъемлющее решение проблемы этого типа требует наличия совместимых политик на национальном уровне, дополняющих действия на субнациональном.

Укрепление здоровья и профилактика болезней

Ресурсы, выделяемые на укрепление здоровья и профилактику болезней, обычно весьма скудны, поэтому для того, чтобы обеспечить оптимальное их использование, необходимо избегать дублирования мероприятий, инициируемых на различных уровнях. Нехватка экспертных ресурсов на субнациональном уровне и их сравнительно высокая стоимость заставляют, главным образом, использовать опыт и потенциальные возможности ресурсов на всех уровнях для получения их максимальной отдачи. Однако, с другой стороны, ощущение индивидуальной свободы, наличие культурных и лингвистических различий между подгруппами населения означают, что чрезвычайно важно иметь тесный контакт с самой общиной при пропагандировании социально и культурно приемлемых образов жизни; то же самое применимо и к эффективной идентификации целевых групп для профилактики болезней: такой, например, как в программах по скринингу. Субнациональный уровень должен, таким образом, сыграть важную роль в этих начинаниях.

Участие общины

Предстоит еще научиться распознавать подлинный голос общины, то есть тот, который действительно отражает ее потребности и чаяния. Тем не менее представленные на Совещании случаи показали, что община участвует с тем большим творческим подходом и эффективностью в процессе адаптации политики ЗДВ к ее собственным местным нуждам, чем ближе этот процесс доведен до местного уровня.

Хотя и весьма опосредованно, более формальные аспекты участия общины, проходящие через ее выборных представителей, имеют потенциальные возможности совершенствования и поддержки конкретной политики здравоохранения в институтах более высокого уровня, таких как парламент. Такая поддержка необходима для обеспечения стабильности политик ЗДВ в дальней перспективе, а также для облегчения мультисекторального сотрудничества. Национальный уровень, таким образом, также играет важную роль, которая является дополняющей по отношению к субнациональной.

Межсекторальное сотрудничество

В странах Европейского региона системы медико-санитарной помощи имеют тенденцию к значительной децентрализации, главным образом, самих служб здравоохранения. Но с другой стороны, другие имеющие отношение к здравоохранению сектора, такие как сельское хозяйство и жилищное строительство, где здоровье рассматривается лишь в общих чертах, имеют тенденцию к большей концентрации ответственностей на национальном уровне. Это отнюдь не означает, что межсекторальное сотрудничество в вопросах политики здравоохранения является исключительной прерогативой национального уровня. Некоторыми из преимуществ субнациональной межсекторальности являются гибкость, быстро-

та реакции, близость, культурная адаптация к местным потребностям и, главным образом, — выполнение. Как правильно показали конкретные исследования, субнациональный уровень должен использовать возможность развития широких межсекторальных мероприятий, которые, в идеале, должны дополнять мероприятия на национальном уровне. Для каждой конкретной страны требуются дополнительные исследования в области межсекторальной политики в целях выявления в каждом конкретном случае наиболее эффективного уровня и вопросов для межсекторальной проработки. Достаточно независимо от конкретного уровня, идентификация приоритетных вопросов для межсекторального действия является наиболее важной, поскольку, хотя все сектора в той или иной мере затрагивают вопросы здравоохранения, потенциальное воздействие некоторых из них несколько больше, чем других.

Соответствующая медико-санитарная помощь

Общий объем возможностей для маневра при развитии политики, направленной на службы здравоохранения и социального обеспечения на субнациональном уровне в различных странах — различный, в зависимости от равновесия, найденного между децентрализацией и деконцентрацией. Более детальные и конкретные политики в области медико-санитарной помощи должны быть адаптированы к местным условиям и приоритетам. Такая гибкость возможна на субнациональном уровне. Местные группы профессиональных работников, главным образом, врачи и медицинские сестры на этом уровне медицинского обслуживания, играют определенную роль в развитии политик здравоохранения. Значение вовлечения лиц, предоставляющих медицинскую помощь, в развитие политики, с тем чтобы заручиться их поддержкой, было еще раз подтверждено как единственный реальный подход, совершенно не зависящий от того, на каком уровне внедряются политические сдвиги. Этот подход в большой степени высвечивался и рекомендовался на Европейской конференции ВОЗ по сестринскому обслуживанию, проходившей в 1988 г. в Вене; он особенно уместен в мо-

мент, когда многие страны внедряют новые политики в области управления и финансирования медико-санитарной помощи.

Более широкие аспекты перераспределения и выделения ресурсов, заложенные в политике медико-санитарной помощи, широкие сдвиги в планировании и подготовке кадров здравоохранения, а также необходимая конституционная поддержка принадлежат национальному уровню. В некоторых странах, однако, эти аспекты лежат на ответственности субнационального уровня. Какой бы подход ни был принят, действия на различных уровнях должны быть гармоничными и взаимодополняемыми.

Международное сотрудничество

Факторы, которые сказываются на принятии и поддержании определенных бихевиоральных моделей образа жизни, не подчиняются понятию национальных границ также, как и экологические вопросы, имеющие отношение к здоровью человека. Поэтому тесное сотрудничество между странами крайне необходимо. При этом чрезвычайно важно также ставить вопросы здравоохранения на видное место в повестке дня международных организаций (таких, например, как Европейские Сообщества). Наднациональные решения подобных организаций зачастую связаны со здравоохранением и, следовательно, именно они должны обеспечивать, чтобы их политики были совместимы с политиками по укреплению здоровья на национальном (например замена табака другими сельскохозяйственными культурами) и субнациональном уровне.

ВЫВОДЫ

Совместные усилия в политике здравоохранения

Единственным действительным средством обеспечения однородности, стабильности и силы для национальной и субнациональной политик ЗДВ является наиболее широкий консенсус среди тех, кто призван сыграть в этом активную роль. Этот процесс должен приводить к таким национальным и субнациональным политикам, которые являются взаимодополняющими. Везде, где это возможно с точки зрения структуры и политики, субнациональные политики в области здравоохранения должны развивать и адаптировать национальные, с тем чтобы они отвечали их собственным условиям. В то же самое время национальные политики должны являться синтетическим и консенсусным выражением субнациональных. Более того, различные новации субнациональной политики могут восприниматься на национальном уровне как естественные эксперименты для возможного повсеместного применения, в том случае если их успех будет доказан. В этом смысле развитие политики может также быть процессом восходящим.

Консенсус должен быть наиболее широким, с тем чтобы те, кто должен развивать и проводить в жизнь политику, могли считать своей также и стратегию для ее проведения. Неправительственные организации и, среди прочих, главным образом профессиональные работники здравоохранения, должны принимать активное участие в этом процессе.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Государства-члены и ВОЗ должны развивать и содействовать маркетингу ЗДВ на всех уровнях, включая политических деятелей, профессиональных работников здравоохранения, неправительственные организации и все население в целом.
2. Государства-члены должны прилагать более активные усилия по включению политики здравоохранения в общую политику развития.
3. Политики здравоохранения должны формулироваться при активном участии субнационального уровня, включая всех профессиональных работников здравоохранения и всех необходимых лиц на любом уровне, обеспечивая при этом, чтобы охранительные задачи были для них кредитными.
4. В процессе формулирования политики здравоохранения следует избегать насаждения иерархии; все уровни должны стремиться к сотрудничеству, а не к соперничеству в процессе принятия решений, поскольку все они преследуют одни и те же цели.
5. Государства-члены должны определять национальные задачи таким образом, чтобы они могли быть использованы в качестве опорных рамок для субнационального уровня, и все они должны поддерживать эти задачи на самом высоком уровне.
6. Более четкое определение ролей требуется между уровнями в вопросах политики здравоохранения, применительно к конкретным условиям каждой страны, в качестве механизма, позволяющего не только избежать конфликтов, но и оптимизировать использование ресурсов.

7. Всем уровням должны обеспечиваться необходимые административные, организационные, финансовые, управленческие и информационные возможности для развития политики в соответствии со специфическим определением ролей на каждом уровне и в каждой стране. Более конкретно:

- информация для формулирования политики и показатели для мониторинга и оценки должны использоваться на всех географических и административных уровнях, от международного до наиболее локального; и
- государства-члены должны разрабатывать средства для совершенствования навыков в области планирования и управления на всех уровнях.

8. Механизмы для двустороннего потока информации должны быть учреждены между всеми уровнями как по вертикали, так и по горизонтали.

9. В дополнение к поощрению ВОЗ стимулировать принятие государствами-членами вышеуказанных советов, Совецание рекомендует ВОЗ следующее:

- анализировать последствия для здоровья различных политик международных и наднациональных организаций;
- анализировать политики ЗДВ тех правительств, которые поддержали европейскую политику ЗДВ (а также политик различных уровней) и, в частности, изыскивать переход от теории к практике, главным образом, в таких вопросах, как участие населения и межсекторальное сотрудничество;
- собирать, отбирать и распространять информацию более направленно применительно к субнациональному уровню, быть может, путем создания с этой целью координационного центра; и

- уделять особое внимание и поощрять поддерживаемые с энтузиазмом национальные и региональные мероприятия в силу их значимости в стратегии, зависящей от продолжающегося эффекта.

Приложение 1

РАБОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ

ICP/MPN 033/5

Partnership in health policy making (*Партнерство в создании политики здравоохранения*), Dr James A. Harrell

ICP/MPN 033/6

Health for all in Bloomsbury (*Здоровье для всех в Блумсбери*), Dr June Crown

ICP/MPN 033/7

Presentation of Denmark (*Представление Дании*), Dr Niels Nørrelund

ICP/MPN 033/8

The Swiss experience in health promotion and prevention at the sub-national level (*Швейцарский опыт в области укрепления здоровья и профилактики на субнациональном уровне*), Dr G. Domenighetti, Professor F. Passaud

ICP/MPN 033/9

Health for all in Canada: developments at the sub-national level (*Здоровье для всех в Канаде: мероприятия на субнациональном уровне*), Professor R.A. Spasoff

ICP/MPN 033/10

Health policy for the Basque Autonomous Community (*Политика здравоохранения в Баскской автономной области*), Dr J.M. Freire

ICP/MPN 033/11

Policy formulation and implementation (*Формулирование и осуществление политики*), Professor A.E. Philalithis

ICP/MPN 033/12

Disease prevention and health promotion: the Finnish case
(Профилактика заболеваний и укрепление здоровья: слу-
чай Финляндии), Dr Marjatta Blanco-Sequeiros

ICP/MPN 033/13

Spanish health for all policy (Испанская политика здоровья
для всех), Dr J.J. Artells Herrero

ICP/MPN 033/14

Health for all in Eindhoven, a strategy for implementation
(Здоровье для всех в Эйндховене, стратегия для выполне-
ния), Dr F.A. de Leeuw

Эти рабочие документы вместе с полным отчетом будут готовы на английском и испанском языках осенью 1989 г. и могут быть получены через Европейское региональное бюро ВОЗ или Департамент здравоохранения и вопросов потребления Баскской автономной области, Витория, Испания.

Приложение 2

УЧАСТНИКИ

Болгария

Dr K. Ichev

Профессор, Медицинская академия, София

Венгрия

Dr J. Telkes

Государственный отдел по делам молодежи, Будапешт

Греция

Dr P. Bodossakis Merkouris

Президент, Греческая ассоциация общепрактикующих врачей, Салоники

Исландия

Dr S. Johnsen

Главный городской врач, Helisuverndarstoo Reykjavikur, Reykjavik

Испания

Dr C. Artundo Purroy

Региональный министр здравоохранения Наварры, Памплона

Dr J. de la Barcena

Генеральный директор общественного здравоохранения, Департамент общественного здравоохранения, благосостояния и трудоустройства Арагоны, Сарагосса

Dr J.L. Canada Royo

Региональный министр здравоохранения, Вопросы потребления и благосостояния области Ла Рьоха, Логроно

Dr J.M. Cabases

Генеральный директор по здравоохранению, Департамент здравоохранения, Наварра, Памплона

Dr Maria Luisa Carcedo

Директор общественного здравоохранения, Департамент здравоохранения и социальных служб, Овьедо

Dr E. Normaechea Cazon

Региональный министр здравоохранения Катабрии, Санта-андер

Dr L. Martin

Директор общественного здравоохранения, Департамент здравоохранения Мадрида

Dr R.M. Medina Gonzalez-Retondo

Генеральный директор общественного здравоохранения, Департамент здравоохранения Галиции, Сантьяго-де-Компостела (Ла-Корунья)

Dr M.A. Perez-Espejo Martinez

Региональный министр здравоохранения Мурсии

Dr R. Pinilla Palleja

Генеральный директор планирования здравоохранения, Министерство здравоохранения и вопросов потребления, Мадрид

Dr X. Pomés

Директор больничного планирования, Департамент здравоохранения и социального обеспечения Каталонии, Барселона

Dr F. Rodriguez Artalejo

Генеральная дирекция планирования здравоохранения,
Министерство здравоохранения и вопросов потребления,
Мадрид

Dr X. Trias

Региональный министр здравоохранения и социального
обеспечения Каталонии, Барселона

Dr J.L. Useros Fernandez

Региональный директор общественного здравоохранения,
Департамент культуры и благосостояния Кастилья-и-Ле-
он, Валладолид

Италия

Dr J. Varro

Координатор/Советник, Социальная и здравоохранитель-
ная служба, район Умбрия, Перуджия

Dr Gilda Gastaldi

Научный работник, Центр по планированию и организа-
ции здравоохранения, Клиническая больница Сан-Дonato,
Сан-Дonato Миланезе

Professor G. Rotelli

Директор, Центр по планированию и организации здраво-
охранения, Клиническая больница Сан-Дonato, Сан-Дона-
то Миланезе

Мальта

Dr A. Grech

Специальный советник при Министерстве здравоохране-
ния, Ла-Валлетта

Нидерланды

Dr F.A. de Leeuw

Советник по финансам, здравоохранению и социальным
делам, муниципалитет Эйндховена

Соединенное Королевство

Dr I. Bowns

Специалист по коммунальной медицине, Региональный
орган здравоохранения Трента, Шеффилд

Швеция

Dr A. Bjornham

Директор, Департамент коммунального здравоохранения,
Городской совет Блекинжа, Карлскруна

НАБЛЮДАТЕЛИ

Члены Баскского парламента

Mr X. Aguirre

Partido Nationalista Vasco

Mr J.-M. Barquero

Alianza Popular

Mr A. Borderas Gaztambide

Partido Socialista Euskadi

Mr A. Calvo del Rio

Eusko Alkartasuna

Mrs Rosa Diez

Partido Socialista Euskadi

Mrs Gurutze Fariñas
Euskadiko Eskerra

Mr J. Guilmon
Alianza Popular

Mr C. Sainz de Angulo
Centro Democrático Social

ВРЕМЕННЫЕ СОВЕТНИКИ

Dr J.J. Artells Herrero
Генеральный директор планирования здравоохранения,
Министерство здравоохранения и вопросов потребления,
Мадрид, Испания

Dr I. Berraondo
Департамент здравоохранения и вопросов потребления —
Здоровье для всех, Баскская автономная область, Витория,
Испания (Содокладчик)

Dr Marjatta A. Blanco Sequeiros
Главный государственный врач, Региональный орган
Оулу, Финляндия

Dr June Crown
Районный государственный врач, Орган здравоохранения
Блумсбери, Лондон, Соединенное Королевство

Dr Miren Dorronsoro
Департамент здравоохранения и вопросов потребления —
Здоровье для всех, Баскская автономная область, Витория,
Испания (Содокладчик)

Dr J.M. Freire

Региональный министр здравоохранения, Баскская автономная область, Витория, Испания (Председатель)

Dr J. Fernandez de Gamarra

Координатор, Здоровье для всех, Баскская автономная область, Витория, Испания

Dr J.A. Harrell

и.о. Директора, Отдел профилактики заболеваний и укрепления здоровья, Служба общественного здравоохранения, Вашингтон, федеральный округ Колумбия, США

Dr Dolores Ruiz Iglesias

Региональный вице-министр, Департамент здравоохранения и вопросов потребления – Здоровье для всех, Баскская автономная область, Витория, Испания

Dr J.J. Mugica

Директор, Больница Круз Роха, Сан-Себастьян, Испания

Dr N. Nørgelund

Общепрактикующий врач, Труструп, Дания

Dr Gonzalez Ortega

Генеральный директор, Баскская служба здравоохранения, Витория, Испания

Professor F. Passaud

Председатель, Институт социальной и профилактической медицины, Лозанна, Швейцария

Professor A.E. Philalithis

Департамент социальной медицины, Университет Крита, Ираклион, Греция

Professor R.A. Spasoff

Председатель, Департамент эпидемиологии и коммунальной медицины, Оттавский университет, Канада

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Американское региональное бюро ВОЗ Панамериканское санитарное бюро

Dr D. Lopez Acuna

Директор, Анализ стратегии, планирования и координации

Европейское региональное бюро

Dr J.R. Bengoa

Ответственный руководитель по политике планирования здравоохранения

Dr Anna Ritsatakis

Региональный ответственный руководитель по политике планирования здравоохранения

Dr J. Rochon

Директор, Управление программой