

**ПРОЦЕСС ИЗМЕНЕНИЙ И  
УПРАВЛЕНИЕ ИМ -  
ПЕРЕХОД К СИСТЕМЕ  
МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ В СТРАНАХ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ И  
ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ**



**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Европейское региональное бюро  
КОПЕНГАГЕН**

## ЗАДАЧА 27

### РЕСУРСЫ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ИМИ

*К 2000 г. во всех государствах-членах должно быть обеспечено экономически эффективное управление службами здравоохранения, включающее распределение ресурсов в соответствии с имеющимися в них потребностями.*

---

Данный отчет издан на английском, немецком, русском и французском языках, и Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык. Не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях. На название и эмблему ВОЗ распространяются соответствующие положения об охране авторских прав, и они не могут быть использованы без соответствующего разрешения на перепечатках или переводах настоящего документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного отчета.

**ПРОЦЕСС ИЗМЕНЕНИЙ И  
УПРАВЛЕНИЕ ИМ - ПЕРЕХОД К  
СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ В СТРАНАХ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВОСТОЧНОЙ  
ЕВРОПЫ**

Отчет о втором совещании рабочей группы по  
реформам здравоохранения в Европе

Эссен, Германия  
19-21 октября 1993 г.

## РЕЗЮМЕ

Хотя в реформе здравоохранения нуждаются и западная и восточная половины Европейского региона ВОЗ, перед Восточными странами стоят все же гораздо более сложные задачи и трудности. Рассмотрению некоторых из них было посвящено второе совещание рабочей группы по реформам здравоохранения, в котором приняли участие представители 16 стран. На совещании был рассмотрен процесс и управление процессом перехода к системам здравоохранения на основе принципов медицинского страхования в восточноевропейских странах. Участники совещания обсудили вопросы политики, реформ и процессуальные аспекты, а также роль международной помощи в этом переходе. В своих выводах они указали на некоторые требования, связанные с обеспечением плодотворности процесса реформ, и обоснованной системы медицинского страхования.

## СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
Обсуждение и выводы.....	3
Вопросы общей политики.....	3
Вопросы реформы.....	5
Характеристика процесса.....	8
Роль международной помощи.....	10
Приложение 1. Участники.....	12



## ВВЕДЕНИЕ

Второе совещание рабочей группы по реформе здравоохранения в Европе проходило в г. Эссене, Германия, с 19 по 21 октября 1993 г. Три учреждения в Германии были выделены Федеральным министерством здравоохранения для оказания помощи странам Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и новым независимым государствам (ННГ) на территории бывшего СССР в преобразовании их систем здравоохранения. Этими принимающими учреждениями были: исследовательский центр окружающей среды и здоровья/институт медицинской информатики и системных исследований (GSF/MEDIS), общество страховой науки и организации (л.о. GVG) и институт системных медицинских исследований (IGSF). В совещании приняли участие тридцать шесть представителей из шестнадцати стран, а также представителей Европейской комиссии и Всемирного банка (Приложение 1).

Ключевой темой, обсуждавшейся на первом совещании рабочей группы по реформам здравоохранения в Европе, проходившего в 1992 г. в Мадриде, была необходимость мониторинга хода работы по реформированию здравоохранения в странах и содействие ознакомлению с политикой здравоохранения в различных странах. Кроме того, было отмечено, что СЦВЕ и ННГ сталкиваются с общим для них комплексом проблем и трудностей в деле финансирования здравоохранения и усиления управления, заслуживающих более углубленного исследования и анализа. В частности, экономическая реформа стала определяющим фактором в жизни этих стран. Трудности и проблемы, стоящие перед Западной Европой, просто меркнут по сравнению с проблемами СЦВЕ и ННГ. Западные страны доминировали в дискуссии по реформе здравоохранения, значительная часть которой утрачивала, таким образом, свою актуальность для СЦВЕ и ННГ. Так, например, в вопросе расходов в СЦВЕ и ННГ, внимание фокусировалось не на сдерживании их, а на том, как увеличить сумму средств, ассигнуемых на цели здравоохранения.

Переход от централизованной, государственной системы здравоохранения к системе, основывающейся на медицинском страховании, представляет собой весьма серьезный вызов для каждой из СЦВЕ и ННГ. Эти страны испытывают, хотя и в различной степени, нехватку необходимой инфраструктуры для обеспечения эффективного планирования и выполнения реформы. Кроме того, они находятся на различных стадиях процесса реформ. В некоторых странах система медицинского страхования уже функционирует, тогда как другие все еще подыскивают подходящую для здравоохранения их стран модель.

Совещание в Эссене было направлено на решение четырех основных задач, а именно:

- обеспечение форума для обмена опытом осуществления процесса реформ в СЦВЕ и ННГ;
- консультирование стран, все еще находящихся на стадии установления направления процесса изменений;
- оценка процесса перехода к медицинскому страхованию в странах, где медицинское страхование существует; и, наконец,
- оценка мероприятий западных стран по консультированию, осуществляемых в целях налаживания дальнейшего сотрудничества.

Совещание явилось важным звеном в цепи событий, ведущих к проведению конференций ВОЗ по политике и реформе в области здравоохранения, запланированных на 1994 и 1995 гг., соответственно. Тема совещания - процесс изменений и управление им: переход к системе медицинского страхования в СЦВЕ и ННГ - является весьма важной для многих стран, намеревающихся провести реформы систем здравоохранения в этом направлении. Кроме того, к целям совещания относилось: создание основы для дальнейшего сотрудничества между СЦВЕ и ННГ; улучшение координации международных и

двусторонних консультативных мероприятий и стратегия оказания помощи; анализ и оценка консультативного процесса и стратегии помощи, а также документирование состояния, в котором находится процесс реформ.

## ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Основные проблемы и тематика обсуждения на совещании распадаются на четыре группы, а именно: вопросы общей политики, вопросы, касающиеся реформ, вопросы, касающиеся особенностей процесса, и роль международной помощи.

### Вопросы общей политики

Основной политический вопрос, стоящий перед странами, осуществляющими реформы своих систем здравоохранения, заключается не столько в определении того, призваны ли государство и правительство играть при этом ту или иную роль, сколько в том, в какой именно форме эта роль должна выражаться. Правительство везде проявляет в своих системах здравоохранения значительную активность в том, что касается финансирования и/или регулирования. С этой проблемой связан вопрос отчетности и обеспечения ее таким образом, чтобы обеспечивалась надлежащая открытость и гласность принимаемых решений для широких масс населения и общественности. Децентрализация может считаться желательной, однако при условии надлежащего управления во избежание распада, фрагментации и обусловленного этим подрыва отчетности.

Реформы здравоохранения являются лишь средством для достижения цели. Страны, занимающиеся решением проблем, связанных с реформами, могут слишком легко забыть: для чего, собственно, эти реформы первоначально предназначались. Поэтому жизненно важно иметь такую стратегию, которая бы обеспечивала основные "рамочные" принципы и устанавливала общие направления для реформы. Реформы, основывающиеся на рыночных

механизмах, могут быть сопряжены с трудностями и вызывать озабоченность по трем причинам:

- неблагоприятные последствия в том, что касается обеспечения справедливости и/или равенства;
- рыночные неудачи, связанные с несбалансированностью информации, имеющейся в распоряжении пользователей и предоставляющих услуги, неблагоприятный отбор потребителей услуг и “перемещение” расходов или рисков; и
- инфляционные качества суммирования риска и предоставления услуг/обслуживания частным сектором.

Тем не менее страны отдавали себе отчет в том, что сохранение *существующего положения* не может дальше продолжаться и что системы здравоохранения за многие годы пали жертвой преимущественного стремления заполучить услуги поставителя услуг, перестали ориентироваться на пациентов, как пользователей услуг и утратили способность к быстрым изменениям и адаптации. Уже по своему назначению понятие регулируемой состязательности, конкуренции отражает срединную позицию, при которой преимущества рынка (повышение эффективности) увязываются с системой регулирования и управления, позволяющей предупредить отрицательные стороны, невыгоды такого подхода. Регулируемая состязательность, конкуренция может быть применена к национальным системам здравоохранения и системам медицинского страхования, однако является концепцией, не прошедшей пока проверки, испытания в обеих этих системах. Для ее успешного использования требуется хорошо разработанная инфраструктура управления, которую большинство СЦВЕ и ННГ в настоящее время не могут предоставить.

Дальнейшей ключевой проблемой является решение вопроса о том, является ли принцип солидарности или коллективизма или, наоборот, индивидуализма

наиглавнейшим в процессе реформ - в частности там, где рыночные компоненты являются своего рода "сердцевиной" многих связанных с реформой преобразований. Преднамеренно или нет, различные системы финансирования приходят в противоречие с одним из этих принципов или более. Например, когда при проведении множества реформ здравоохранения подчеркиваются, например, интересы потребителя, на деле оказывается, что при этом придается большее значение не столько коллективным, сколько индивидуальным предпочтениям.

Смешанная система финансирования здравоохранения может обеспечить стабильность в том смысле, что она позволяет избежать опасности полагаться на единый, возможно ненадежный, источник финансирования. Тем не менее, вопрос обеспечения справедливости остается нерешенным и может быть поставлен под угрозу разнообразием подходов к проблеме финансирования. Эффективность такой системы может быть поставлена под сомнение в случае значительного увеличения расходов, связанных с операциями.

И, наконец, медицинское страхование страхует не само здоровье, а здравоохранение. Ставить же знак равенства между этими двумя понятиями было бы совершенно предосудительным и ошибочным. Роли и функции общественного здравоохранения, профилактической медицины и других областей общественной политики, влияющей на здоровье, нуждаются в своем рассмотрении и, если это необходимо, защите. Игнорировать их было бы слишком легким делом. По вполне понятным причинам, реформа здравоохранения могла бы поставить под угрозу эти виды деятельности и низвести здравоохранение до уровня экстренной стационарной помощи.

### **Вопросы реформы**

Страны, осуществляющие преобразования систем здравоохранения, определяют свое понимание терминов "здоровье" и "здравоохранение". Они могут рассматривать здоровье в качестве социального права, нуждающегося в общественной защите, или как общественный товар, подлежащий закупке подобно любым другим

потребительским товарам, благам. Весьма важно дать этим терминам особое, эксплицитное определение и с достаточной степенью точностью. Неспособность делать это приводит лишь к необходимости делать молчаливый выбор.

При рассмотрении таких вопросов, как, например, характер здоровья и здравоохранения, осуществляющие реформу должны рассматривать медицинскую помощь в ее экономическом, политическом, социальном и историческом контекстах. По этой причине реформа является, в конечном счете, конкретно связанной с особыми условиями каждой из стран. Ее нельзя экспортировать без надлежащей адаптации. То, что хорошо и правильно для одной страны, может не оказаться таковым для другой.

Следующий выбор, который необходимо сделать, заключается в решении вопроса о том, какая финансовая база является наиболее подходящей для данной системы здравоохранения: налогообложение или медицинское социальное страхование. Это - не столько технический, сколько, в первую очередь, стратегический, политический вопрос. По всему Европейскому региону ВОЗ общественная доля в финансировании здравоохранения является весьма значительной и возрастающей. Все правительства связаны с финансированием здравоохранения в значительной степени. Проблема заключается не в том, желательно или нет участие правительства, а в том, насколько большую роль при этом должно играть государство. Причинами для участия правительства являются:

- желание сократить или смягчить бедность;
- важность общественных благ в ситуациях, когда рыночная система не срабатывает; и
- фактический провал рыночной системы в области здравоохранения и частной системы медицинского страхования.

Роль государства и общественных секторов страхования нуждаются в самоопределении. Эта роль могла бы включать:

- установление и обеспечение выполнения нормативов для предоставляемых пакетов услуг и для качества обслуживания;
- мониторинг поведения предоставляющих услуги/обслуживание и страхующих;
- оценку результативности предоставляющих услуги;
- проведение централизованного сбора данных;
- кредитование страхующих и представителей медицинской профессии.

Медицинское страхование является сочетанием концептуального мышления, культурных особенностей страны и реализации соответствующих курсов политики в чистом виде. Социальная система медицинского страхования представляется весьма привлекательной для СЦВЕ и ННГ, что в значительной степени объясняется ее "прозрачностью". Она обеспечивает более непосредственную взаимосвязь между теми, кто оплачивает медико-санитарную помощь, и теми, кто ее получает, и, кроме того, общество видит, куда направляются и поступают деньги. В СЦВЕ и ННГ, в которых финансирование здравоохранения зависит от государственного бюджета, здравоохранение представляется лишенным необходимых ресурсов. Социальная система медицинского страхования считается возможным решением для данной проблемы, так как оно считается менее уязвимым для изменений в области макроэкономической политики и обеспечивающей более высокую стабильность. Тем не менее, данное решение не гарантирует дополнительных ресурсов для здравоохранения, если экономика в целом не в состоянии обеспечивать такой рост. Заинтересованность правительства в ограничении суммарных ресурсов, имеющихся для целей охраны здоровья, остается фактом, несмотря на различие методов финансирования.

Ключевым уроком при проведении реформы здравоохранения в целом является то, что все страны экспериментируют, учатся в самом процессе осуществления реформы. Оптимального и единственно возможного решения или правильного для всех случаев жизни ответа

нет. Для реформы здравоохранения нет единой и окончательной "поваренной книги". Это повышает необходимость оценки, анализа реформ по мере их осуществления, а также необходимость экспериментальной апробации, проверки новых явлений и процессов.

### Характеристика процесса

Необходимо знать больше о политике в области здравоохранения, а также об обмене такими знаниями как между СЦВЕ и ННГ, так и между этими странами, взятыми вместе, и странами Запада. В частности, важными являются анализ и оценка в следующих областях:

- качество предоставляемых услуг/обслуживания;
- конечные результаты для пациентов, больных;
- эффективность конкуренции (чтобы административные расходы и издержки не сводили на "нет" тот или иной выигрыш); и, наконец,
- выявление риска.

В большинстве стран обсуждения по вопросам реформы здравоохранения концентрировались на обеспечении желаемых конечных результатов в отношении здоровья, достижения эффективности здравоохранительных и медицинских мероприятий и на улучшении исследований и разработок для стимулирования принятия решений на научной основе. Кроме того, весьма важной темой продолжало оставаться качество обслуживания. В настоящее время отсутствуют доказательства успешности реформ в том, что касается улучшения конечных результатов в отношении здоровья.

Дилеммой для стран, осуществляющих реформы в системах здравоохранения, особенно для СЦВЕ и ННГ, является то, что темп изменений превосходит способность

самих систем к адаптации. Более того, данный процесс сопряжен с опасностью утраты весьма ценных особенностей и характеристик прежних систем, таких как направленность на обеспечение справедливости и доступности обслуживания для всех нуждающихся. Поэтому инфраструктурная поддержка - в виде рекомендаций и диагностики, систем управления и обучения - имеет определяющее значение. И в этом плане на организации по оказанию международной помощи ложится особая ответственность.

Реформа здравоохранения касается не только финансирования систем здравоохранения и управления ими. Она касается также решения вопросов, связанных с надлежащим методом вознаграждения и оплаты услуг, предоставляющих обслуживание: зарплаты, подушная оплата или гонорары за оказанные услуги, либо индивидуально в каждом случае. Страны, изыскивающие новые методы в этой области, должны тщательно продумать все эти вопросы, чтобы не внедрить у себя такую систему, которая будет связана с неправильными стимулами. Системы вознаграждения, характеризующиеся гонорарами за оказанные услуги, как об этом свидетельствует положение в Соединенных Штатах, ведут к чрезмерному использованию услуг и высокой инфляции, вызываемой ростом издержек. С такими проблемами сталкивается, например, Чешская Республика, где введена именно такая система.

Приступая к проведению реформы здравоохранения, страны должны сначала разработать экспериментальные планы и программы и извлечь необходимые уроки по результатам их внедрения, прежде чем внедрять в жизнь изменения в более широких масштабах. Результаты рыночных подходов и методов, таких как методы регулируемой конкуренции, остаются все еще непроверенными. Никто не знает, обеспечит ли конкуренция, состязательность улучшение здоровья населения или снижение стоимости медицинской помощи. Проблематика неудачного, неблагоприятного выбора и "снятия сливок с молока" потребителей/пользователей услуг требует тщательного изучения для выявления любого подрыва или

умаления принципа солидарности, которого должны придерживаться лица, определяющие политику.

### **Роль международной помощи**

Техническая помощь является для СЦВЕ и ННГ исключительно важным вопросом. Многие в СЦВЕ рассматривают ее как форму зависимости и вмешательства в их внутренние дела. С другой же стороны, масштабы процесса реформы в этих странах делают иностранную помощь почти неизбежным делом. Помимо этого, в СЦВЕ и ННГ бытует миф, согласно которому западные страны не нуждаются в технической помощи. Западные же страны используют в очень большой степени консультантов по вопросам управления, что является еще одной личиной все той же технической помощи.

Любой проект, связанный с оказанием технической помощи, должен иметь четкий круг ведения для уточнения соответствующих сфер ответственности и предупреждения недоразумений между оказывающими помощь организациями и правительствами.

Координация международной помощи имеет очень важное значение и могла бы быть улучшена. Организации и учреждения по оказанию помощи имеют тенденцию к соперничеству, конкуренции, тогда как страны стремятся зачастую противопоставить одних доноров другим. Результатом этого является неэффективное и нерациональное использование помощи.

Контакты, существующие между СЦВЕ и ННГ и Западными странами, можно было бы улучшить, особенно в том, что касается приобретения практического опыта руководства системами здравоохранения. Страны очень часто получают лишь академические установки перспективного характера. Связи же между СЦВЕ и ННГ столь же важны, как и связи с Западными странами, и поэтому необходимо исследовать возможности проведения сравнительных исследований.

Большая часть технической помощи оказывается в расчете на краткосрочную перспективу, тогда как страны часто нуждаются в непрерывной, долгосрочной

---

поддержке, основывающейся на понимании их особых условий и проблем. При этом следовало бы ориентироваться на тиражирование, повторяемость, с тем чтобы результатом помощи было создание организационной инфраструктуры. В этом случае страна могла бы перейти к созданию необходимой экспертизы, чтобы взять "эстафету" из рук внешних, зарубежных советников и консультантов и обеспечить соблюдение их рекомендаций.

---

*Приложение 1*

**УЧАСТНИКИ**

***Бельгия***

Dr Jan Spooren  
Institute of Social Law, Leuven

***Болгария***

Professor Jordan Jantschulev  
Director, Research Institute for Health Insurance Systems, Ministry  
of Health, Sofia

Dr Staiko Kulaksasov  
Ministry of Health, Sofia

Dr Ilko Smerdgive  
Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Sofia

***Венгрия***

Dr Gyorgy Blasko  
Deputy Head of Department, St Emeric Hospital, Budapest

***Германия***

Dr M. Beckman  
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit/MEDIS Institut für  
Medizinische Informatik, Oberscheissheim

Professor F. Beske  
Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel  
(*Заместитель председателя*)

Ms Ingrid Kobb  
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit/MEDIS Institut für  
Medizinische Informatik, Oberscheissheim

---

Mr M. Kyburg  
Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel

Dr V Leienbach  
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Köln  
(*Заместитель председателя*)

Professor William von Eimeren  
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit/MEDIS Institut für  
Medizinische Informatik, Oberscheissheim (*Председатель*)

Mr H. Voigtländer  
Director of International Relations and Health Research, Federal Ministry  
of Health, Bonn

*Латвия*

Mrs Indra Dreika  
Central Account Settlement Office, Ministry of Welfare, Labour and  
Health of the Republic of Latvia, Riga

Mrs Inga Milashevicha  
Central Account Settlement Office, Ministry of Welfare, Labour and  
Health of the Republic of Latvia, Riga

*Литва*

Mr Vytautas Kriauza  
Deputy Director, Kaunas Academic Clinics

Dr Liubove Peciuliene  
Ministry of Health of the Republic of Lithuania, Vilnius

*Нидерланды*

Dr Jan Stiphout  
Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijswijk

*Польша*

Ms Anna Knysok  
Consultant to the Minister's Council, Ministry of Health and Social  
Welfare, Chrozow

Mrs Wanda Majewska  
AM Stutenanover 6, 85-764 Obserschleissheim, Germany

Dr Teresa Osicka  
Acting Director, National Centre for Health Systems Management,  
Warsaw

*Российская Федерация*

Проф. И.В. Пустов  
Центральный институт повышения квалификации врачей,  
Министерство здравоохранения, Москва

Проф. О.П. Щепин  
Научно-исследовательский институт социальной гигиены,  
здравоохранения, экономики и управления им. Н.А. Семашко,  
Москва

*Румыния*

Mrs Eugenia Erhan  
Director, Ministry of Health, Bucharest

Dr Dan Poenaru  
Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Bucharest

*Словакия*

Dr Tibor Duris  
Head, Department of Liaison with the Insurance, Ministry of Health  
of the Slovak Republic, Bratislava

Dr Juraj Stofko  
Director, University Hospital, Bratislava

Dr Juraj Svac  
Hospital F.D. Roosevelt, Banska Bystrica

*Словения*

Dr Samo Fakin  
Chamber of Physicians, Ljubljana

Mr Boris Kramberger  
Adviser to the Director of the Institute of Health Insurance of the  
Republic of Slovenia, Ljubljana

---

Dr Meta Mencej  
Adviser to the Government of the Republic of Slovenia, Ministry of  
Health, Ljubljana

*Франция*

Mr Marc Duriez  
Direction générale de la santé, Ministère de la santé, Vanves

*Чешская Республика*

Dr Jiri Nemeč  
Director, General Sickness Insurance, Prague

Dr Juraj Sedovic  
Director, Department of Health, Ministry of Health of the Czech  
Republic, Prague

Mr Ondrej Typolt  
First Deputy Minister, Ministry of Health of the Czech Republic,  
Prague

*Швеция*

Dr Per Carlsson  
National Board of Health and Welfare, Stockholm

*Эстония*

Dr Vello Ilmoja  
Head, Health Care Department, Ministry of Social Affairs, Tallinn

Dr Tiiu Kaljuste  
Deputy Head Doctor on Health Insurance, Pelgulinna Hospital,  
Tallinn

## Представители других организаций

### *Европейская комиссия*

Dr Pauline Barret

Programme of aid for central and eastern Europe (PHARE),  
Directorate-General I, External Economic Relations, Brussels,  
Belgium

Dr H el ene Bourgade

Programme of aid for central and eastern Europe (PHARE),  
Directorate-General I, External Economic Relations, Brussels,  
Belgium

### *Всемирный банк*

Mr Howard Barnum

Population, Health and Nutrition, Washington, DC, USA

## Временные советники

Dr Detlef Affeld

Staatssekret ar, Ministerium f ur Arbeit, Soziales und Frauen des Landes  
Brandenburg, Potsdam

Professor David Hunter

Director, Nuffield Institute of Health, Leeds (*Составитель отчета*)

Dr Gyula Kinces

Hungarian Health Care Reform Committee, Ministry of Welfare of  
the Republic of Hungary, Budapest

Professor Hans Maarse

Health Care Policy Analysis, Department of Health Policy and  
Administration, University of Limburg, Maastricht, Netherlands

Dr Piotr Mierzewski

Director, National Centre for Health Systems Management,  
Warsaw, Poland

Professor Richard Saltman

Director, School of Public Health, Division of Health Policy and  
Management, Emory University, Atlanta, GA, USA

## Европейское региональное бюро ВОЗ

Д-р David Macfadyen  
Директор, Управление программами

Д-р Constantino Sakellarides  
Директор, Службы здравоохранения (*Заместитель председателя*)

Г-жа Grace Tirado Perez  
Помощник по программе, Управление службами здравоохранения

Д-р Mikko Vienonen  
и.о. Регионального советника, Управление службами  
здравоохранения