Meeting of Deans, Teachers in Medical Schools and Senior Administrators, Copenhagen, 1974 [Report]

СОВЕЩАНИЕ ДЕКАНОВ, ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И РУКОВОДЯЩИХ АДМИНИСТРАТИВНЫХ РАБОТНИКОВ,

созванное Европейским региональным бюро
Всемирной организации здравоохранения

Копенгаген
26–29 ноября 1974 года

В продажу не поступает
Распространяется
ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО
Всемирной организации здравоохранения
КОПЕНГАГЕН
1976

ICP/HMD 005(1)

Примечание

Настоящий отчет подготовлен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения для распространения среди правительств государств-членов, входящих в Европейский регион ВОЗ, а также среди всех участников Совещания деканов, преподавателей медицинских вузов и руководящих административных работников, которое состоялось в Копенгагене. Ограниченное количество экземпляров отчета имеется в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене для тех лиц, которые связаны с данной областью исследования по своему служебному положению или по роду своей профессиональной деятельности.

Выраженные участниками данного Совещания взгляды и точки зрения не обязательно отражают политику, проводимую Всемирной организацией здравоохранения.

Используемые в отчете обозначения и приводимые в нем материалы не являются выражением мнения Генерального директора Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны или территории, либо ее властей, а также в отношении ее государственных границ.

Настоящий отчет имеется также на английском и французском языках.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ

Европейское региональное бюро ВОЗ организовало Совещание деканов, преподавателей медицинских школ и руководящих административных работников министерств здравоохранения и образования, которое состоялось в Региональном бюро в Копенгагене с 26 по 29 ноября 1974 г.

В совещании принимали участие 49 участников, назначенных 22 государствами-членами Европейского региона. Были приглашены пять временных советниеов и представлена Международная федерация ассоциаций студентов-медиков (МФАСМ).

С приветствием к участникам обратился Директор Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Лео А. Каприо. Он разъяснил, что совещание по сути является продолжением Конференции деканов медицинских школ, проводившейся в Копенгагене с 30 апреля по 2 мая 1973 г. (EURO 6007) и что предполагается развить далее некоторые из поднятых в то время вопросов. Для дискуссии были выбраны следующие основные темы:

1) разработка политики медицинской школы: совместная ответственность министерств здравоохранения и образования;

2) оценка качества медицинской помощи;

3) обучение и подготовка общепрактикующего врача;

4) подготовка кадров гигиены окружающей среды.

Д-р Каприо говорил о необходимости каждому государству-члену найти свое собственное решение через программирование в масштабе страны. Он упомянул об обязанности Европы готовить кадры для нужд всего мира в том смысле, что мировой проблемой являются не только кадры, но и вопрос об их распределении и качестве. Он подчеркнул важность тенденции отхода от больничной помощи и развития новых функций первичной помощи.

Забота о продолжении образования слишком часто возлагается на фармацевтическую промышленность, тогда как не только медицинские школы, но и министерства здравоохранения и образования обязаны обеспечивать обновление и поддержание на современном уровне знаний врачей. Быстро меняющаяся окружающая среда и развитие техники, например, использования атомной энергии, ставят под угрозу здоровье людей в гораздо большей мере, чем это ранее можно было бы себе представить. Наконец, он высказал предположение о целесообразности созыва совместного совещания деканов и ректоров университетов, преподавателей медицинских вузов и руководящих административных работников, которые могли бы внести важный вклад в решение определенных задач в отношении кадров здравоохранения.

Председателем данного совещания был избран профессор Б. Пакканьелла; последующие пленарные заседания проходили под председательством профессоров Х.А. Тидденса и Ю.Ф. Исакова. Составителем отчета был назначен профессор Дж. Маккормик. Список участников приводится в Приложении 1У.

2. РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ: СОВМЕСТНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ

Доклад на эту тему представил профессор С. Альтер, который изложил точку зрения министерства здравоохранения. Он перечислил обязанности медицинских факультетов под следующими рубриками:

1) обеспечение основного медицинского образования;

2) проведение фундаментальных и клинических исследований;

3) обеспечение высокого качества больничной и амбулаторной медицинской помощи;

4) обеспечение не только лечебной медицины, но также профилактики и реабилитации;

5) обеспечение постдипломной подготовки специалистов в области клинической медицины;

6) обеспечение постдипломной подготовки врачей общественного здравоохранения;

7) проведение медико-биологических и социальных исследований;

8) оказание помощи руководящим органам в определении политики здравоохранения;

9) обеспечение правительственных ведомств квалифицированными консультациями.

До настоящего времени медицинские школы проявили заинтересованность главным образом к первым трем из этих задач.

Обратившись к некоторым текущим проблемам здравоохранения, профессор Альтер рассказал о росте численности врачей в Бельгии (среди которых более половины - специалисты) с 5,7 на 10 000 населения в 1910 г. до 17,7 на

10 000 населения в 1974 г. В 1973/74 учебном году насчитывалось 17 256 студентов-медиков, и можно предвидеть, что к 1983 г. на 10 000 человек населения будет 28,2 врачей. Наблюдался быстрый рост расходов на медико-санитарную помощь, но этот рост происходил в области лечебной, а не профилактической медицины.

Профессор Альтер обратил внимание на важность санитарного просвещения, указав, что более высокий доход клиницистов по сравнению с врачами общественного здравоохранения имеет тенденцию увековечивать нарушение равновесия между лечебной и профилактической медициной.

Он подчеркнул также важность научных исследований, этого горючего, не дающего угаснуть знаниям, и выразил сожаление, что так много денег выделяется на проводимые не по программе, нецеленаправленные исследования.

Он перечислил широкий круг специалистов разнообразных профилей, необходимых общественному здравоохранению, чтобы обеспечить нужды населения:

1) врачи-специалисты в следующих областях: а) гигиены; б) эпидемиологии; в) биостатистики; г) профессиональной гигиены; д) спортивной медицины; е) школ; ж) страхования здоровья; з) экологии; и) ионизирующей радиации; к) санитарного просвещения; л) генетики;

2) санитарные инженеры;

3) экологи по различным дисциплинам: а) биологи; б) специалисты сельского хозяйства; в) зоологи; г) химики и токсикологи;

4) администраторы: а) общественного здравоохранения; б) больниц;

5) медицинские социологи;

6) вспомогательные работники здравоохранения: а) медицинские сестры; б) кинезитерапевты; в) терапевты-логопеды; г) специалисты по трудотерапии.

Он особо подчеркнул важную роль администраторов.

Наконец, медицинские школы должны поощрять переориентацию в направлении общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи и работать в тесном сотрудничестве с ведомствами образования и здравоохранения.

Во время дискуссий особое внимание было обращено на ряд важных моментов. Профессор Исаков указал на то, что молодой студент-медик, начинающий сейчас свою учебу, проработает часть своей трудовой жизни в двадцать первом

веке. Всем, кто связан с его подготовкой, необходимо сознавать свою ответственность перед будущим и гораздо динамичнее откликаться на происходящие изменения.

Профессор Ренье высказал предположение, что относительно короткие периоды переподготовки значительно короче, чем необходимые специалистам, могли бы вооружить врачей умением удовлетворять местные потребности в таких областях, как профессиональная гигиена и спортивная медицина.

Затем точку зрения министерства образования представил д-р ван Лееувен. Его должность врача-медика в ведомстве образования является в некоторых отношениях примером общественного признания совместной ответственности ведомств здравоохранения и образования, а также медицинских школ. Он выполняет функцию наведения мостов. Сейчас, сообщил он, в Гааге идет совещание межведомственного комитета с целью добиться тесной координации между здравоохранением и образованием.

Департамент здравоохранения должен решить, как часть планирования здравоохранения, вопрос количества и качества необходимого персонала. Не нашла, однако, удовлетворительного решения проблема отбора студентов. В периоды экономических трудностей первыми часто сокращают бюджетные ассигнования на исследования, и это повышает потребность в международном сотрудничестве в области научных исследований.

Есть опасность в росте профессионализации, имеющем тенденцию ослаблять связи между университетом и медицинскими факультетами, что может привести к еще бо́льшей изоляции.

В последовавшей дискуссии председатель подчеркнул необходимость сохранить за медицинскими школами их автономию. В этом его поддержал профессор Боргграеф, указавший, что финансирование со стороны приходится оплачивать ценой надзора и контроля со стороны. Однако множественные источники финансирования уменьшают угрозу автономии.

Профессор Тидденс отметил, что стоимость медицинского образования иногда пугает университеты, и им бывает трудно понять взаимосвязь обязанностей службы с традиционной академической ролью обучения и научных исследований. Он подчеркнул роль ученых в области общественных наук и вносимого ими вклада в очень нужные исследования эффективности медико-санитарной помощи.

Д-р Баннерман напомнил, что Европе, которая подготавливает половину врачей всего мира, приходится постоянно обеспечивать медицинское образование врачей из развивающихся стран. Иногда этого можно лучше всего достичь, направляя в развивающиеся страны врачей для оказания помощи в организации подготовки, чем посылая студентов в Европу.

Д-р Фюлеп подчеркнул, что медицинское образование все еще ориентируется на болезнь, а не на здоровье, и пока что было мало успехов в увязке продуктов производства медицинских школ с нуждами общества. Он предостерег, что медицинские факультеты останутся в стороне, если они и впредь не будут считаться с нуждами людей. Он вкратце обрисовал кибернетическую систему, в рамках которой службы здравоохранения влияли бы на подготовку специалистов медико-санитарной помощи и постоянно контролировалась бы работа кадров здравоохранения. Думать следует не о "развитии кадров здравоохранения", а о "развитии службы и кадров здравоохранения". К сожалению, такой кибернетической модели все еще нет. Планирование здравоохранения находится в зачаточном состоянии и не влияет на производство, наряду с почти полным отсутствием контроля за работой кадров здравоохранения.

Третье пленарное заседание, посвященное рассмотрению точки зрения университетов, открыл профессор Жейндр, с самого начала подчеркнувший необходимость более адекватно предусмотреть в программе медицинского образования подготовку врача к его социальной роли, а также в области экологии и профилактической медицины. В условиях обучения гораздо легче выделить самое существенное в той или иной медицинской специальности, чем понять самое существенное в общей практике. Преподавателям весьма важно ясно представлять свои образовательные цели и стать мастерами применения методов обучения и учебных пособий для достижения этих целей. Увеличивается потребность в создании новых кафедр медицинского образования.

Оценка слишком часто основывается лишь на проверке памяти. Преподавателям так же как и студентам нужна оценка их эффективности, и поэтому необходимо создать кибернетическую модель планирования, выполнения учебной программы и оценки. Медицина - это искусство, искусство человеческого общения. Качество медицинского работника зависит от ясности понимания им своих целей, а также от его преподавателей. Профессоров следует набирать среди широкой области, а не просто кооптировать из среды наличных клиницистов.

Следующий оратор, профессор Тржебский, указал, что усилившийся упор на исследовательскую и клиническую работу, особенно когда она определяет прогресс, привел к относительному пренебрежению преподавательским мастерством. Медицинская школа должна учитывать нужды здравоохранения, но у нее также есть важная роль по обеспечению данными, на основе которых ведомства здравоохранения и образования могли бы оценивать будущие потребности. Медицинские школы должны определять или пересматривать свои образовательные цели в свете этих потребностей.

Медицинским школам приходится откликаться не только на расширение спроса на медицинское образование, но также на растущее число и разнообразие специальных дисциплин, нарушающее при этом баланс между качеством и стоимостью продуктов производства. Главной целью медицинской школы должна быть подготовка основного "многопотенциального" врача, способного специализироваться впоследствии.

Медицинская школа должна играть также роль в подготовке других работников медико-санитарной помощи, помимо врачей, например, фармацевтов и медицинских сестер.

В течение последовавшей дискуссии профессор О'Двайер поднял вопрос о привлечении квалифицированного медицинского персонала к преподаванию доклинических дисциплин. Многие из выступавших указывали на несоответствие подготовки потребностям. Это особенно очевидно на примере студентов из развивающихся стран. Профессор Тидденс подчеркнул необходимость исследования процесса принятия решений и поставил вопрос, правильно ли проводить примерно по 33 предметам подготовку тех лиц, на обязанности которых прежде всего лежит решение проблем. Необходимо понимание этого процесса прежде чем можно будет решать данную проблему.

Г-жа Диттрих выразила сожаление в связи с уделением все бо́льшего внимания науке за счет ослабления внимания к помощи больным, а также в связи с большим упором на болезнь, чем на укрепление здоровья. Она подчеркнула также важное значение медико-санитарной бригады.

Резюме

Хотя единодушия достигнуто не было, представляется в общем согласованными следующие положения:

1) ведомства здравоохранения, образования и медицинские школы не только занимаются медицинским образованием, но каждое из них должно играть в нем важную роль, и поэтому они должны работать совместно;

2) большая часть медицинского образования не соответствует нуждам здравоохранения или слишком мало их учитывает в частности, в медицинском образовании пренебрегаются профилактические аспекты по сравнению с лечебными и уделяется недостаточно внимания вопросам укрепления здоровья;

3) не уделяется внимание контролю и оценке; процессы обучения следует изучать как кибернетическую модель;

4) требуется более интенсивное академическое исследование самого медицинского образования и признание его как дисциплины и службы учебного заведения;

5) ответственность медицинских школ распространяется дальше подготовки студентов-медиков и охватывает подготовку других работников здравоохранения;

6) медицинская школа является частью государственного устройства и должна не только обеспечивать подготовку, отвечающую потребностям страны, но также оказывать помощь в определении этих потребностей путем дачи рекомендаций и проведения соответствующих научных исследований.

3. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Эту тему представил д-р Глин Томас (см. Приложение 1). Было также упомянуто исследование под названием "Обучение работников здравоохранения в системах медико-санитарной помощи"[1] и работа "Новая перспектива здоровья канадцев".[2]

Затем совещание разделилось на восемь дискуссионных групп. Нижеследующие пункты представляют собой попытку очертить главные области, по которым было достигнуто согласие в различных группах.

1. Концентрация внимания служб здравоохранения и медицинских школ на установившихся болезнях и лечебной медицине вызвало нарушение баланса, вследствие чего наши ресурсы, которые, как сейчас стало более ясно видно, весьма ограничены, используются таким способом, который является причиной прогрессивного уменьшения отдачи с точки зрения затрат-эффективности.

2. Первичной медико-санитарной помощи в отличие от вторичной уделялось недостаточно материальных и образовательных ресурсов.

3. Статистика смертности, заболеваемости и другие данные санитарной статистики, несмотря на свою важность, не обеспечивают адекватное измерение качества помощи.

4. Работники медицинских профессий недостаточно осведомлены в вопросах экономики служб здравоохранения, а также знания должны составлять часть учебной программы преддипломной подготовки.

---

[1] Organisation for Economic Co-operation and Development (1974) Education of the health professions in the context of health care systems, Study by the Centre for Educational Research and Innovation, Paris (doc. CERI/CD(74)16-restricted)

[2] Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians; a working document, Ottawa, Ministry of National Health and Welfare

5. Существенное значение имеет продолжение образования, а в некоторых странах все еще отсутствуют механизмы, которые позволяли бы врачам пользоваться такими возможностями.

6. Системы проверки медицинской отчетности или качественный контроль ныне считаются исключительно важными компонентами; проверка отчетности является важным средством обратной связи с планированием образования и обучением.

4. ПЛАНИРОВАНИЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Эту тему представил д-р Дж. Галлахер.

Поскольку общепрактикующие врачи составляют столь важный компонент кадров здравоохранения, планирование их обучения и подготовки - весьма подходящий предмет для изучения связи между службами здравоохранения и системами образования. Рациональный подход к планированию образования требует, чтобы организаторы здравоохранения проводили четкую политику в отношении первичной помощи и общей практики, чтобы эта политика нашла отражение в процессе планирования кадров здравоохранения и чтобы ясно были установлены обязанности и функции общепрактикующих врачей. На такой основе общепрактикующие врачи и составители учебных планов имеют возможность определить то мастерство, которым должны овладеть студенты на стадиях преддипломной и постдипломной подготовки или продолжения образования, и предусмотреть получение в процессе учебы практического опыта. Однако для этого нужна соответственно организованная и управляемая система образования, имеющая свои собственные цели, направленные на удовлетворение потребностей служб здравоохранения, и хорошо определенные задачи в отношении практикующих врачей первичной помощи.

Готовящая общепрактикующих врачей система образования,от которой зависят службы здравоохранения, включает медицинские школы (главным образом для получения преддипломного образования), профессиональные организации ассоциации и разнообразные учреждения здравоохранения в основном больницы). В большинстве стран координация между этими тремя компонентами системы образования слабая, и поэтому весьма трудно направлять их деятельность на удовлетворение специфических потребностей служб здравоохранения. Подготовка кадров для работы в службах здравоохранения должна предусматривать также приобретение студентами профессиональной компетентности; однако в большинстве систем образования делается упор на усвоение информации. Программы преддипломного обучения,организация и контроль которых ведется на базе кафедр и отдельных дисциплин, не отвечают целям подготовки студентов как специалистов по решению проблем. Лишь в редких случаях особое внимание уделяется обучению студентов навыкам,которые считаются основными для медицинской

практики, например, решению клинических и медико-социальных проблем, проведению диагностических и терапевтических опросов больных, критической оценке сложных ситуаций, принятию важных решений в спорных клинических случаях, оценке своих собственных действий, постоянной самостоятельной учебе.

В большинстве учебных медицинских программ делается чрезмерный упор на дидактическое образование, организованное скорее на основе академически определенных дисциплин и кафедр, чем на основе овладения мастерством, необходимым в практической медицинской работе. Экзамены используются не столько в целях обучения и усвоения, сколько для проверки памяти, часто в отрыве от компетентности в области медицины. В общем руководство и управление системами образования осуществляется не в перспективе достижения целей образования, а, пожалуй, скорее для поддержки существующих организационных структур, которые постепенно сформировались за многие годы и становились все более неэффективными в отношении обучения. Поскольку рациональный подход к оценке программы подготовки почти нигде не является характерной чертой медицинского образования, вообще нельзя установить, в какой степени результат выполнения учебной программы совместим в нуждами служб здравоохранения или с целями программы.

Все согласились в нижеследующем:

1) целью программы преддипломного образования является выпуск основного "многопотенциального" врача;

2) хотя постдипломная подготовка необходима для специалистов первичной помощи, опыт и обучение в этой области должны получить все врачи в качестве части своей основной подготовки: частично эта подготовка должна иметь место в первые годы курса обучения;

3) существующие в медицинских школах традиционные взгляды являются преградой на пути прогресса;

4) исследований в области первичной помощи проводится недостаточно, и значение их важно не только само по себе, но также для обеспечения твердой академической базы;

5) не только демография, но социальные и бихевиоральные науки и психология имеют важное значение для ознакомления студентов с нуждами общества, воздействием социальных и эмоциональных факторов на болезнь и поведение, и, может быть, самое важное - для овладения искусством общения с людьми;

6) роль врача первичной помощи (общепрактикующего врача) постоянно меняется, и что ему приходится играть важную и сравнительно пренебрегаемую роль в санитарном просвещении и профилактической медицине;

7) координация между администрацией здравоохранения, первичной помощью и медицинской школой должна быть тесной и постоянной.

5. ПОДГОТОВКА КАДРОВ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Эта тема была представлена профессором Валичем (см. Приложение II).

Все согласились в нижеследующем:

1) на медицинских факультетах гигиене окружающей среды не уделялось достаточно заметного места; этот предмет следует вводить на ранней стадии учебной программы и необходим многопрофильный подход;

2) специалистам не удалось достаточно быстро отреагировать на создаваемую развитием современной техники и ростом населения угрозу окружающей среде;

3) существующие государственные ведомства, как правило, оказывались не в состоянии должным образом справиться с изменениями окружающей среды; поскольку данная проблема касается не только медицинских факультетов и университетов, но в еще бо́льшей мере ведомств здравоохранения, промышленности и торговли, землепользования, финансов и экономики, иногда следовало бы учреждать новые и независимые министерства окружающей среды;

4) нужны кадры не только врачей, инженеров, ученых (например, химиков, физиков, экологов, агрономов и токсикологов), экономистов, юристов и администраторов, но также психологов, социологов и статистиков;

5) подготовка специалистов по гигиене окружающей среды на высшем уровне должна быть по продолжительности равна подготовке специалистов других отраслей, и гигиенистам этого профиля должен быть обеспечен равный с ними статус и соответствующее материальное обеспечение;

6) в связи с быстротой изменения характера опасностей в окружающей среде, существенное значение имеет продолжение образования в этой области;

7) подготовка кадров в области гигиены окружающей среды требует многопрофильного подхода с привлечением дисциплин, не обязательно включаемых в программу медицинских школ или факультетов;

8) знания населения следует повышать всеми возможными средствами, включая применение средств массовой информации.

По общему мнению участников дискуссий, программы медицинского обучения слишком ориентированы на болезнь, и пришло время изменить их ориентацию в сторону гигиены окружающей среды. Все согласились, что в учебную программу студента-медика следует включать курс гигиены окружающей среды. Многопрофильный подход был предложен в качестве альтернативного не только преподавателям многих профилей, но также для студентов разных отраслей знаний в смешанных классах. Курс гигиены окружающей среды следует преподавать по меньшей мере как факультативный.

Было также предложено организовывать межфакультетские многопрофильные кафедры гигиены окружающей среды. В подготовке специалистов по гигиене окружающей среды следует участвовать вузам, готовящим специалистов здравоохранения (медицинским и общественного здравоохранения), предпочтительно через организацию многопрофильных курсов и постдипломных курсов усовершенствования для различных профессий, или, если это неосуществимо из-за отсутствия кадров или учебных пособий, посредством охвата аспектов здравоохранения организованными в других вузах учебными программами по защите окружающей среды.

Рассматривая отчеты о групповых дискуссиях, профессор Валич, подчеркнул, что:

1) подход к гигиене окружающей среды должен быть многопрофильным как в отношении студентов, так и преподавателей;

2) многопрофильные кафедры гигиены окружающей среды должны создаваться на базе университетов.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

В своих заключительных замечаниях профессор Исаков отметил, что совещание, по его мнению, было весьма полезным. Пользу совещанию принесло участие в нем медицинских сестер и студентов-медиков. Студенты-медики были действительно наиболее важные его участники. От имени участников он поблагодарил д-ра Каприо за обеспечение возможности созыва совещания, а также за его хорошую организацию и успешное завершение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ОЦЕНКА "КАЧЕСТВА" МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Д-р Р. Глин Томас

Есть старая уэльская пословица, которая в буквальном переводе звучит следующим образом: "самый большой дар – это дар знаний". К сожалению, эта пословица не говорит о том, как нужно применять полученные знания. Рассматривая вопрос качества медицинского обслуживания, мы находим много проблем, которые при имеющихся у нас знаниях мы могли бы решить, но трудность заключается в том, как применить эти знания.

Подобным же образом человек может иметь знания, но не уметь их применять. Использование умения и навыков подразумевает действия, и поэтому становится необходимым определение задач.

В одном документе ВОЗ сказано, что одним из наиболее действенных путей достижения "эффективности" служб является периодическая переоценка умения и задач работников этой службы. Хотя сейчас и проводится некоторая переоценка типа требуемых знаний, но еще в очень малом объеме критически рассматриваются умение и задачи, необходимые для претворения в жизнь этих знаний на практике.

Определение параметров эффективности медицинской помощи затрудняется недостаточностью специальной информации или, говоря точнее, трудностью преобразования имеющихся данных в "полнозначную" информацию, которая может использоваться и применяться на любом данном уровне людьми, обладающими знаниями. Нам не следует забывать, что по мере того, как в обществе растут "знания", эти "знания" сами должны содержать в себе возможность их приложения к умению и к решению задач, и таким образом содействовать расширению самопомощи, осуществляемой индивидуумами. Под медицинским обслуживанием (помощью) в настоящем докладе подразумевается строгое выполнение того, что является функциями врача, и поэтому я бы хотел сосредоточиться именно на этом вопросе вместо того, чтобы попытаться охватить целую область качества "медико-санитарного обслуживания". Однако сразу же возникает парадокс, который четко определен в статье сэра Джона Чарльза об ограниченности современной медицины под названием "Наука, медицина и человек".[1] Я цитирую: "Один из наиболее паразительных парадоксов, с которым сталкивается студент, изучающий современную медицинскую культуру, заключается в контрасте между энтузиазмом, вызываемым современными достижениями, и реальностью неуклонного уменьшения отдачи на фоне быстрого наращивания усилий, направленных на улучшение здоровья."

---

[1] Powles, J. (1973) Sci., Med. & Man, Vol. 1, No. 1, pp. 1-30

Можно отметить, что именно последние два десятилетия считаются временем расцвета научной медицины, быстрого увеличения ресурсов, выделяемых для медицинского обслуживания, и сведения к фактическому нулю смертности, связанной с индустриализацией. Нам может придется задать себе вопрос: не следует ли нам теперь изучить качество жизни, а не обслуживание жизни.

Необходимо обратить внимание на положение в определенных странах, где хотя и имеются службы, они являются недоступными или неприемлемыми не только с географической точки зрения, но и вследствие их стоимости для потребителя, профессиональных взглядов и отношений, а также законодательных ограничений, в результате чего даже при наличии идеальной и всеобъемлющей структуры медицинского обслуживания будут неуклонно сужаться как его доступность, так и принятие его со стороны общества. Я говорю здесь не только о проблемах сельскохозяйственных районов, но также о населении высокоразвитых обществ, которое по многочисленным причинам испытывает трудности в отношении доступности центров медицинской помощи. Если это так, то насколько в таком случае труднее судить о соответствии качества медицинского обслуживания. Ясно, что невозможно определить качество любой специфической службы, если она недоступна или неприемлема для большинства людей в то время, когда они нуждаются в ней. Мы также должны судить об этом не только с точки зрения количества людей, включенных в списки ожидающих помощи, но и с точки зрения времени, которое проходит, прежде чем человек получает доступ к существующим службам, а также с точки зрения ограничений, воздействующих на использование и приемлемость служб.

Часто говорят, что многие службы развиваются для удовлетворения потребностей тех профессиональных работников, которые обеспечивают обслуживание, а не тех, кто пользуется этим обслуживанием. Определить и выявить качество гораздо труднее тогда, когда мы рассматриваем этот вопрос с точки зрения профессионального работника, обеспечивающего обслуживание, а не с точки зрения потребителя. Если взять область преподавания и передачи знаний, то следует задать вопрос: в достаточной ли мере мы обучаем студентов надлежащим процессам управления, определению целей, методам достижения этих целей и вырабатываем ли мы у них понимание необходимости постоянно пересматривать цели с помощью оценки?

Постоянно ли студенты и врачи фактически оценивают соответствие применения своих знаний и своего умения? Должны ли медицинские школы взять на себя непосредственную ответственность за обучение студентов тому, как вести больных, как принимать решения, производить оценку, контролировать и руководить, а также за развитие у них "социальной сознательности"? Если это так, то они должны быть непосредственно вовлечены в обеспечение обслуживания и его оценку.

Разрешите привести одну цитату из интересной книги д-ра Ричарда Кабота: "Социальное обслуживание и искусство врачевания". Д-р Кабот говорит, что по его мнению "современный врач страдает то того, что не видит подоплеки болезни". Он приводит такой пример: "Я вижу по глазам этого ирландца,

что он болен туберкулезом, но я не могу видеть так,как видит он, ни его детей у него дома, ни холодность его предпринимателя, когда он просит о разрешении продолжать работу, ни мрачность этой большой больницы, наводящей на мысль о невыразимых скрытых ужасах, за ее дверьми, которые на секунду открываются и затем поспешно закрываются; не могу я также видеть его личность, которая болезненно проходит через все эти испытания, хотя обо всем этом свидетельствует сутулость его плеч, страх в его глазах,прерывистый нерешительный голос, когда он спрашивает о своих легких." Это поразительный пример.

Я был потрясен тем фактом, что на совещаниях, цель которых - определить, оценить и обеспечить параметры для эффективного медицинского обслуживания, часто обнаруживается отсутствие понимания и связи между теми, кто определяет проблемы, и теми, кто их решает. Более того, обе группы часто забывают о третьей группе, о тех, кто должен выполнять любые указания, основанные на изучении и исследованиях и исходящие от лиц, принимающих решения.

Мне кажется, что прежде чем мы сможем определить качество медицинского обслуживания, необходимо привлечь к тесному сотрудничеству и очень эффективно обучить тех, кто несет ответственность за осуществление изменений в рамках любой данной системы. Мои знания и опыт недостаточны, чтобы сказать, как это следует сделать, но существует постоянная, часто забываемая, связь между теми, кто нуждается в медицинской помощи и теми, кто ее обеспечивает. Нам необходимо очень четко определить свои первоочередные задачи, которые должны быть основаны не на том или ином отдельном техническом достижении, а на том, насколько то или иное достижение улучшит качество здоровья и, следовательно, качество жизни данного отдельного индивидуума.

Перед нами вновь встают все проблемы, связанные с установлением порядка очередности мероприятий. Директор Консультативной службы Национальных служб здравоохранения в своем отчете за 1972 год констатирует, что почти из 50 000 больничных коек в стране, предназначенных для гериатрических больных, лишь 43 койки находятся в главных зданиях клинических больниц.[1]

Какое все это имеет отношение к качеству обслуживания? Я хотел бы отметить следующие пункты.

---

[1] United Kingdom, Department of Health and Social Security, National Health Service (1973) Annual report of the Hospital Advisory Service to the Secretary of State for Social Services and Secretary of State for Wales for the year 1972, London, H.M. Stationery Office, pp. iv, 38

Качество, несомненно, должно всегда быть связано с результатом, а это подразумевает:

1) Что каждое решение как и результат необходимо оценивать с точки зрения поставленной цели.

2) Если излечить человека невозможно, то мы должны сказать об этом и указать, что мы его поддерживаем, а не лечим.

3) Если признается тенденция к работе многопрофильной или многопрофессиональной группой, тогда мы должны исследовать взаимодействие и взаимосвязь между различными секторами медико-санитарного обслуживания, чтобы обеспечить надлежащую осведомленность такой группы об этих взаимодействиях.

4) Всегда ли мы правы, используя больницу, которая неизбежно принимает больных выборочно, в качестве базы не только для оценки качества обслуживания, но также для преподавания и подготовки медицинского персонала?

5) Необходимо решить проблемы эксплуатационных расходов, чтобы можно было эффективно использовать материальную базу для сужения расширяющегося разрыва между потенциальными возможностями и сложностью медицинского обслуживания и тем, что экономически осуществимо.

6) Качество медицинского обслуживания подразумевает контроль качества, т.е. систему контроля и проверки. Предлагались различные способы, которые обычно отклонялись по различным причинам. Возможно, здесь необходимо изменение взглядов и отношений, в частности, между профессиями.

7) Растущая частота случаев дублирования и фрагментарности медицинской деятельности приводит к явной недостаточности "качества обслуживания" и к совершенно неоправданному расточению ресурсов. Разумеется, не может быть никакого оправдания дублированию процедур на различных уровнях в рамках любой системы медицинского обслуживания в течение короткого промежутка времени только из-за того, что каждый уровень не обязательно доверяет другому уровню, хотя все уровни на той или иной ступени обучались одним и тем же основным принципам. Или,может быть, не обучались? Организационная структура часто меняется в надежде изменить структуру обеспечения помощи, но часто ли мы добиваемся такого изменения?

Знаменательно, что в других областях человеческой деятельности наблюдается тенденция к замене крупных самоувековечивающихся учреждений небольшими индивидуалистическими организациями. Есть ли у нас необходимость заменять подобным же образом большие многопрофильные главные клинические больницы,которые могут не удовлетворять действительные потребности не только

в преподавании и подготовке кадров, но также и в отношении качества оказываемой ими помощи? Можем ли мы действительно объективно заявить, что у нас хватит медицинского персонала для обеспечения всех индивидуальной помощью лучшего качества?

Нам представляется, что измерение качества медицинского обслуживания требует установления порядка очередности мероприятий как на коммунальном, так и на индивидуальном уровне. Необходимо определить роль различных частей системы и процессов обслуживания ведения больных. Нам необходимо также определить более точно методы измерения степени физической, социальной и психической инвалидности.

Все такие измерения должны увязываться с наличием, доступностью и приемлемостью служб для потребителя, с учетом его семейного и социального положения. Нам не следует забывать, что накопленные данные о заболеваемости среди населения показывают, что две трети случаев заболевания не приводят больного к врачу.

Возможно, что наиболее важная из всех проблем – это проблема обмена информацией об идеях и целях для того, чтобы все занимающиеся этим вопросом как на центральном, так и на местном уровне, были настроены, так сказать, на одну и ту же волну. Таким образом, можно надеяться, что любой шаг, предпринятый в направлении улучшения существующего неудовлетворительного положения, принесет в конечном итоге максимальную пользу больным и тем, кто является ответственным за их лечение и благополучие.

Я начал с уэльской пословицы и закончу тоже пословицей, которая в буквальном переводе гласит, что если ты решил делать сбережения, то начинай с завязывания мешка. Поэтому подобным же образом, по моему мнению, если мы хотим изменить качество помощи, то нам нужно начинать с самого начала, т.е. на уровне первичной передачи знаний и обучения тех, кто будет служить обществу и кто обеспечивает медицинскую помощь в самом широком смысле.

ПРИЛОЖЕНИЕ II

ПЛАНИРОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Профессор Ф. Валич

Учитывая быстроту деградации окружающей среды, следует отметить, что образование или развитие кадров гигиены окружающей среды стало весьма актуальным вопросом первостепенной важности.

В 1973 г. ВОЗ рекомендовала государствам-членам обеспечить для национальных программ гигиены окружающей среды соответствующие ресурсы и организацию инфраструктур и принять активное участие в долгосрочной программе ВОЗ по гигиене окружающей среды, особенно в формулировании критериев гигиены окружающей среды и в программах контроля уровней загрязнения, а также тенденций и воздействий на здоровье факторов окружающей среды, имеющихся в атмосферном воздухе, воде, пищевых продуктах, почве и окружающей рабочей среде.

Долгосрочную программу ВОЗ по гигиене окружающей среды можно резюмировать следующим образом:

1. Непосредственная помощь правительствам

   1.1 Оценка санитарного качества окружающей среды

   1.2 Развитие служб гигиены окружающей среды

   1.3 Планирование и осуществление программ гигиены окружающей среды

   1.4 Создание кадровых ресурсов

2. Разработка критериев гигиены окружающей среды, руководств и стандартов качества окружающей среды и справочников по мерам профилактики и борьбы.

3. Свод правил по гигиене окружающей среды, состоящий из ряда принципов, норм и правил техники безопасности, применимый для всех стран при планировании, утверждении и осуществлении программ по гигиене окружающей среды. Для того, чтобы оценить последствия влияния окружающей среды на здоровье людей, придется рассмотреть два следующих вопроса: первый – разработка чувствительных показателей ухудшения здоровья и второй – разработка систем надзора и контроля.

Комитет экспертов ВОЗ по планированию, организации и управлению национальными программами по гигиене окружающей среды обусловил в 1970 г., что гигиена окружающей среды включает следующие вопросы (или связана с ними):

1) водоснабжение с особым упором на обеспечение соответствующего количества безопасной для здоровья воды, включая санитарный надзор за коммунальным водоснабжением;

2) переработку сточных вод и борьбу с загрязнением воды, включая сбор, переработку и удаление бытовых сточных вод и других переносимых водой отбросов, и борьбу за качество поверхностных и грунтовых вод;

3) переработку твердых отбросов, включая их санитарную обработку и удаление;

4) борьбу с переносчиками инфекций, включая контроль за членистоногими, моллюсками, грызунами и другими возможными носителями болезней;

5) профилактику или борьбу с загрязнением почвы экскрементами человека и веществами, вредными для жизнедеятельности человека, животных или растений;

6) гигиену пищевых продуктов;

7) борьбу с загрязнением атмосферного воздуха;

8) радиационный контроль;

9) борьбу с шумом;

10) профессиональную гигиену, в особенности борьбу с физическими, химическими и биологическими вредностями;

11) жилье и непосредственно окружающую его среду;

12) городское и районное планирование;

13) аспекты гигиены окружающей среды, связанные с морским, сухопутным и воздушным транспортом;

14) профилактику несчастных случаев;

15) рекреационный отдых населения и туризм, в особенности аспекты гигиены окружающей среды в зонах общественных пляжей, плавательных бассейнов, кемпингов и т.д.;

16) санитарные мероприятия, связанные с эпидемиями, чрезвычайными ситуациями, бедствиями и миграциями населения;

17) профилактические меры, необходимые чтобы обеспечить отсутствие риска для здоровья людей в общей окружающей среде.

Большинство государств не имеет методологии и организации, необходимой для оценки всестороннего воздействия окружающей среды. Однако только всесторонний подход к экологии человека и интегрированная оценка воздействий

на человека всех неблагоприятных влияний окружающей среды может обеспечить оправданную основу для прогноза и профилактики длительных вредных воздействий.

Нет сомнения, что медико-санитарные аспекты программ борьбы с загрязнением окружающей среды являются важной частью политики в области окружающей среды, но ясно, что всеобъемлющая программа должна состоять из более широкой инфраструктуры служб. Их часто обеспечивают другие ведомства, а не органы здравоохранения. К проблемам окружающей среды имеют отношение многие правительственные ведомства, такие как занимающиеся вопросами социальных дел, городского планирования, управления водным хозяйством, сельского хозяйства, торговли, науки и промышленности.

Главные аргументы против возложения ответственности за охрану окружающей среды на органы здравоохранения

1. Они сосредоточивают свое внимание на оказании медико-санитарной помощи, придавая второстепенное значение программам по гигиене окружающей среды.

2. Они не охватывают крупных сегментов таких параметров окружающей среды, как транспорт, землепользование, нужды и альтернативы энергообеспечения, охрану природы.

3. Всеобъемлющее планирование окружающей среды невозможно, если рассматривать только ее проблемы, связанные со здравоохранением.

Главные аргументы в пользу возложения ответственности за охрану окружающей среды на органы здравоохранения

1. В основе многих проблем окружающей среды лежит ее воздействие на здоровье человека; главной целью борьбы с загрязнением окружающей среды является охрана и укрепление здоровья людей.

2. Органы здравоохранения имеют хорошо установленные связи со службами эпидемиологической, демографической и медико-санитарной статистики.

3. Они имеют опыт многолетней работы в области гигиены окружающей среды и во многих случаях наиболее квалифицированные кадры.

4. Критерии и стандарты окружающей среды основываются прежде всего на исходных нормативах биологического характера, связанных с ответной реакцией организма.

5. Население вообще чувствительнее всего реагирует на проблемы, связанные со здоровьем.

Что касается законодательства по охране окружающей среды, то в ряде промышленных стран наблюдается тенденция к слиянию различных разделов законодательства в области защиты окружающей среды и введению всеобъемлющего законодательства, охватывающего окружающую среду в целом.

Основные профили кадров гигиены окружающей среды (только специалистов)

Фактически ни планирования кадров гигиены окружающей среды, ни признанной методологии планирования не существует. В 1972 г. по инициативе Европейского регионального бюро ВОЗ было начато изучение потребностей в кадрах гигиены окружающей среды в экспериментальных районах пяти европейских стран. На основе предварительных результатов этого исследования, которое все еще продолжается, можно сделать вывод, что число специалистов в области гигиены окружающей среды на миллион населения сходно с числом врачей, приходящимся на миллион населения в государствах, скажем, со средним уровнем развития служб здравоохранения. Нынешние расходы на гигиену окружающей среды уже достигают более 6% годового валового национального продукта на душу населения.

ПРОГРАММА

Вторник, 26 ноября

09.00 – 09.30	Регистрация участников
09.30 – 10.00	Открытие совещания
10.00 – 10.45	Пленарное заседание: Политика высшей медицинской школы – совместная ответственность министерств здравоохранения и образования: Точка зрения Министерства здравоохранения
10.45 – 11.10	Пленарное заседание: продолжение доклада и обсуждение
11.40 – 12.25	Пленарное заседание: Политика высшей медицинской школы – совместная ответственность министерств здравоохранения и образования: Точка зрения Министерства образования
12.25 – 13.00	Пленарное заседание: продолжение доклада и обсуждение
14.30 – 15.45	Пленарное заседание: Политика высшей медицинской школы – совместная ответственность министерств здравоохранения и образования: Точка зрения университетов
15.45 – 16.15	Пленарное заседание: продолжение доклада и обсуждение
16.15 – 16.45	Другие вопросы

Среда, 27 ноября

09.00 – 09.45	Пленарное заседание: Продолжение образования и качество медицинской помощи
09.45 – 11.00	Групповые дискуссии

Приложение III

Среда, 27 ноября (продолжение)

11.30 – 13.00	Групповые дискуссии
14.30 – 15.45	Групповые дискуссии
16.15 – 17.00	Пленарное заседание: отчеты о групповых дискуссиях

Четверг, 28 ноября

09.00 – 09.30	Пленарное заседание: Подготовка в области общей практики: планирование образования
09.30 – 11.00	Групповые дискуссии
11.30 – 12.45	Пленарное заседание
14.30 – 15.45	Групповые дискуссии
16.15 – 17.00	Пленарное заседание

Пятница, 29 ноября

08.30 – 09.15	Пленарное заседание: Планирование подготовки кадров в области гигиены окружающей среды: Роль медицинского образования
09.15 – 10.30	Групповые дискуссии
11.00 – 13.00	Групповые дискуссии
14.00 – 15.15	Групповые дискуссии
15.45 – 16.30	Пленарное заседание: отчеты о групповых дискуссиях
16.30 – 17.00	Резюме и закрытие совещания

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

АВСТРИЯ

Профессор В. Платцер
Декан медицинского факультета, Инсбрукский университет

БЕЛЬГИЯ

Профессор Р. Борггграеф
Декан медицинского факультета, Католический университет в Лёвене

Д-р Р. Потвлиже
Профессор, медицинский факультет, Свободный университет Брюсселя

ВЕНГРИЯ

Профессор Ф. Кулка
Заместитель ректора, Университет медицинских наук, Сегед

Д-р Г. Сабо
Профессор медицинской биологии, Ректор медицинской школы, Дебреценский медицинский университет

ГЕРМАНСКАЯ ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Д-р Мария Гертлер
Заместитель директора по усовершенствованию врачей, Академия усовершенствования врачей, Берлин

Д-р Б. Мрос
Заведующий отделом медицинской подготовки и усовершенствования врачей, Министерство здравоохранения, Берлин

Д-р К. Зайдель
Заведующий кафедрой психиатрии и неврологии, Университет Гумбольдта, Берлин

Приложение 1У

ДАНИЯ

Д-р Аннелизе Бах
Декан медицинского факультета, Университет в Оденсе

Г-жа И. Дубдаль
Заведующая секцией, Министерство образования, Копенгаген

Д-р П. Йууль-Йенсен
Декан медицинского факультета, Орхусский университет

Профессор Б. Сёренсен
Декан медицинского факультета, Копенгагенский университет

ИРЛАНДИЯ

Профессор Дж. Маккормик (составитель отчета)
Декан факультета медицинских, ветеринарных и одонтологических наук, Тринити колледж, Дублин

Профессор И.М. О'Двайер
Декан медицинского факультета, Университетский колледж, Голуэй

Д-р А. Уэлш
Старший медицинский сотрудник, Управление здравоохранения, Дублин

ИСЛАНДИЯ

Д-р О. Бьярнасон
Декан медицинского факультета, Профессор патологии, Университет Исландии, Рейкьявик

ИСПАНИЯ

Профессор Ж.Р. дель Соль Фернандес
Кафедра гинекологии и ректор Вальядолидского университета

Профессор Ж.Р. Сарагоса Ровира
Медицинский факультет, Заведующий кафедрой радиологии, Севильский университет

Профессор А. Родригес-Торрес
Генеральный директорат здравоохранения, кафедра микробиологии, медицинский факультет, Вальядолидский университет

ИТАЛИЯ

Д-р Г. Лотти
Директор, Итальянский центр медицинского образования, Сан Ремо

Профессор Б. Пакканьелла (председатель)
Декан медицинского факультета, Феррарский университет

НИДЕРЛАНДЫ

Г-н Б.Т.Г. де Йонг
Специалист по общественному здравоохранению, Медицинский советник Отдела образования, Министерство общественного здравоохранения и гигиены окружающей среды, Лейдшендам

Д-р Р.Д. ван Лееувен
Заведующий отделом учебных больниц, Министерство образования и науки, Гаага

Профессор Х.А. Тидденс
Декан Медицинского факультета, Маастрихт

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

Г-н К.А. Кларк
Секретарь медицинского подкомитета, Комитет по университетским стипендиям, Лондон

Профессор Р.А. Шутер
Декан медицинского колледжа при больнице св. Варфоломея, Лондон

Д-р Мэри Тейт
Старший медицинский сотрудник, Отдел здравоохранения и социального обеспечения, Лондон

СССР

Д-р К.М. Лакин
Ректор Стоматологического института, Москва

Д-р В.И. Петров
Ректор Первого московского медицинского института, Москва

Приложение IУ

ТУРЦИЯ

Д-р Т. Алан
Генеральный директор Управления внешних сношений, Министерство здравоохранения и благосостояния, Анкара

Д-р Олькай Нейзи
Профессор медицинского факультета, Стамбульский университет

ФИНЛЯНДИЯ

Д-р А.И. Марттила
Заведующий общим отделом, Национальное управление здравоохранения, Хельсинки

Профессор Й.К. Висакорпи
Декан медицинского факультета, Университет в Тампере

ФРАНЦИЯ

Д-р П. Лябрус
Главный медицинский инспектор, Медицинский советник Генерального директората здравоохранения, Министерство общественного здравоохранения и социального обеспечения, Париж

Профессор Ж.-К. Ренье
Декан медицинского факультета, Университетский центр Анже

ФЕДЕРАТИВНАЯ РЕСПУБЛИКА ГЕРМАНИИ

Д-р О. Хёвельс
Декан медицинского факультета, Университет Иоганна Вольфганга Гёте, Франкфурт-на-Майне

Д-р П. Хельсман
Министерство социальных дел, Земля Шлезвиг-Гольштейн, Киль

Д-р Б. Мондри
Министерство науки и научных исследований, Земля Северный Рейн-Вестфалия, Дюссельдорф

ЧЕХОСЛОВАКИЯ

Профессор Г. Катар
Декан медицинского факультета, Университет Коменского, Братислава

Профессор Й. Рёддинг
Заместитель директора, Институт усовершенствования врачей и фармацевтов, Прага

ШВЕЙЦАРИЯ

Г-н Ж.-М. Баррас
Помощник по науке, Конференция швейцарского университета, Берн

Профессор Флоерсхайм
Декан по учебной части, Медицинский факультет, Базельский университет

Д-р У. Фрей
Директор Федеральной службы общественного здравоохранения, Берн

ШВЕЦИЯ

Г-жа Б. Хедман
Заведующая секцией, Канцелярия Президента шведских университетов, Стокгольм

Г-н Л. Веркё
Медицинская кафедра 1, Гётеборгский университет

ЮГОСЛАВИЯ

Д-р М. Бажич
Доцент физиологии, Декан медицинского факультета, Университет Нови Сада

Д-р М. Николич
Секретарь по просвещению, науке и культуре Социалистического автономного края Воеводины (САКВ), Исполнительный совет САКВ, Нови Сад

Профессор Б. Радманович
Кафедра фармакологии медицинского факультета, Балградский университет

Приложение 1У

ЮГОСЛАВИЯ (продолжение)

Профессор К. Равник
Декан медицинского факультета, Люблянский университет

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Международная федерация ассоциаций студентов-медиков (МФАСМ)

Г-н Й. Хансен
Комитет международного медицинского сотрудничества (КМСС), Копенгаген

Г-н М. Красник
Комитет международного медицинского сотрудничества (КМСС), Копенгаген

НАБЛЮДАТЕЛИ

Г-жа Ф. Диттрих
Президент Западно-Европейской группы медицинских сестер, Amt d.Stmk., Landesregierung, Landessanitätsdirektion, Грац, Австрия

Д-р Й. Нюструп
Генеральный секретарь, Северная федерация медицинского образования, Государственная больница FII, Риссков, Дания

Г-жа В. Остлинг
Директор школы медицинских сестер, Северная федерация медицинских сестер, Евле, Швеция

Д-р Е. Рееринк
Медицинский факультет, Институт исследований медико-санитарной помощи, Маастрихт, Нидерланды

Г-н Й. Тёрнинг
Министерство внутренних дел, Копенгаген

ВРЕМЕННЫЕ СОВЕТНИКИ

Профессор С. Альтер
Генеральный секретарь, Министерство общественного здравоохранения и благосостояния семьи, Брюссель, Бельгия

Профессор Ф. Валич
Декан медицинского факультета, Школа общественного здравоохранения им. Андрия Стампара, Загребский университет, Югославия

Профессор М. Гейндре
Декан медицинского факультета, Гренобльский университет, Ля Тронш, Франция

Профессор Ю.Ф. Исаков
Начальник Главного управления учебных заведений, Министерство здравоохранения СССР, Москва, СССР

Д-р А. Тржебский
Декан медицинского факультета, Кафедра физиологии, Варшавская медицинская академия, Польша

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейское региональное бюро

Д-р Р. Видерсхайм (секретарь)
Руководитель Службы развития кадров здравоохранения

Д-р Дж. Галлахер
Региональный специалист по обучению и подготовке кадров

Д-р Р. Глин Томас
Региональный специалист по организации медицинской помощи

Штаб-квартира

Д-р Р.Х. Баннерман
Главный медицинский специалист по медицинскому образованию

Д-р Т. Фюлёп
Директор Отдела развития кадров здравоохранения