



## Тема номера: Реструктуризация стационарной помощи

### Обзор Документационного центра ВОЗ

Больницы - ключевой элемент системы здравоохранения и основная точка приложения реформы в этой сфере. На долю больниц приходится значительная часть бюджета системы здравоохранения (до 70% в странах Восточной Европы). В больницах работают до половины всех врачей и три четверти медсестер. Благодаря своей ключевой роли больницы оказывают большое влияние на всю систему здравоохранения. Помимо лечения, больницы ведут исследовательскую и учебную работу.

Системы здравоохранения европейских стран существенно отличаются. В странах Восточной Европы и СНГ больницам отведена более важная роль, чем в странах Западной Европы. Реформа больниц подразумевает использование новых моделей управления, новых методов оплаты услуг, усиление контроля за работой больниц.

В странах Западной Европы одним из основных направлений реформы больниц, отражающим изменения в структуре заболеваемости и подходах к стационарному лечению, является сокращение коечного фонда. Наибольшее число коек (как в обычных больницах, так и в стационарах для хронических больных) приходится на бывшие советские республики. Однако в 90-х годах этот показатель стал снижаться. На первом месте по числу коек - страны СНГ, на втором - Центральной и Восточной Европы, на третьем - страны, входящих в ЕС. В странах ЕС сокращение числа больничных коек началось в 80-е годы, в странах Центральной и Восточной Европы - в начале 90-х годов. В бывших советских республиках резкое уменьшение этого показателя отмечено с середины 90-х годов.

За постепенным равномерным уменьшением среднего числа коек в больницах Западной Европы скрываются значительные национальные различия. Так, в Германии отношение числа коек в больницах скорой помощи к численности населения почти вдвое превышает аналогичный средний показатель в странах ЕС. В Италии, несмотря на снижение, этот показатель все еще на 90% больше, чем в Великобритании, где планируется существенно расширить коечный фонд, не соответствующий современным потребностям населения. Само по себе уменьшение числа коек не позволяет существенно сэкономить средства, поскольку значительную часть расходов составляют затраты на содержание самого здания и другие постоянные затраты. Методы осуществления реформы могут быть разными, в зависимости от средств, имеющихся в распоряжении государства и участвующих в ней организаций. Реформа оказалась более успешной в тех странах, где несколько больниц объединены общим управлением (Ирландия, Великобритания). В Бельгии в 80-е годы сокращение числа коек и аккредитация больниц успешно осуществлялись с помощью инструментов государственного регулирования. В Дании ответственность за работу больниц возложена на округа. Правительство поддерживает сотрудничество между соседними округами, вследствие чего небольшие больницы объединяются в более крупные центры.

Во Франции были созданы региональные комиссии, которые сочетали сокращение коечного фонда государственных и частных больниц с программами реконструкции и созданием новых медицинских служб, в большей степени отвечающих современным требованиям. Трудности возникли в тех странах, где собственность децентрализована, а финансирование здравоохранения осуществляется из нескольких источников. Например, в Швейцарии таких источников два - налоговые поступления и фонды медицинского страхования, а форм собственности несколько - кантональная, муниципальная и частная. Там, где существует внутренний рынок медицинских услуг, на котором их предоставление и оплата разделены, а больницам предоставлена самостоятельность, реформа проходит медленнее.

В странах ЕС помимо уменьшения числа коек сокращаются сроки пребывания в стационаре. В 90-е годы количество госпитализаций в расчете на численность населения в большинстве стран увеличилось. Это увеличение было бы еще более заметным, если бы при расчете учитывали однодневные госпитализации (во многих странах число таких госпитализаций значительно возросло, хотя сравнительные данные отсутствуют). Таким образом, при меньшем количестве больничных коек возрастает интенсивность их использования и сокращается средняя продолжительность пребывания в стационаре. В бывших советских республиках последняя составляет около 14 суток, а в странах ЕС - менее 9 суток. В разных европейских странах продолжительность пребывания в стационаре разная. В Германии она более чем в два раза выше, чем в Великобритании, из-за жесткого разделения амбулаторной и стационарной помощи. Рост частоты госпитализации (в том числе на одни сутки), сокращение сроков пребывания в стационаре и более частое обращение в амбулаторные службы увеличивает нагрузку на больницы.

В основе перечисленных выше тенденций лежит несколько причин. Больных, которые раньше долго лечились в стационаре, сейчас переводят в дома для престарелых, интернаты для хронических больных или выписывают домой, под наблюдение амбулаторных и социальных служб. Более ранняя активизация больных после операции способствует сокращению сроков пребывания в стационаре. Имеет значение и необходимость сокращать стоимость стационарного лечения в расчете на одного больного. К сожалению, перемены могут быть лишь кажущимися: если раньше больных госпитализировали реже на более длительное время, то сегодня возрастает частота повторных госпитализаций. Эта тенденция (общепризнанная, хотя и не имеющая количественной оценки) создает потребность в специалистах, согласующих лечение на разных уровнях системы здравоохранения.

Взаимодействие больниц с другими службами здравоохранения позволяет, с одной стороны, повысить доступность стационарного лечения, а с другой - направить не нуждающихся в нем больных в другие медицинские учреждения. Усовершенствовать взаимодействие можно тремя путями:

- повысить согласованность действий медицинских служб;
- перераспределить функции между разными организациями и медицинскими службами;
- планировать ведение больного вне этапа стационарного лечения.

Как правило, эти подходы сочетают. Например, в регулировании доступа к стационарному лечению участвуют врачи общей практики (выполняющие функцию сортировки), отделения предварительного обследования и амбулаторные учреждения. При ранней выписки из стационара, особенно пожилых больных, необходимо развивать службы амбулаторной и социальной помощи (посещение медицинской сестрой больных на дому, создание хосписов и т.д.).

Все больше данных свидетельствует о том, что качество стационарного лечения во многих странах неудовлетворительно. Чтобы поднять его на должный уровень, предложен ряд подходов: клинический аудит, контроль качества, оценка работы больницы по нескольким показателям, а также новая концепция управления больницами ("клиническое управление"). Согласно этой концепции, качество стационарного лечения должно обеспечиваться совместными усилиями медицинских работников и администрации. Метод "клинического управления" впервые опробован в Великобритании. Он предусматривает объединение финансового контроля, медицинского обслуживания и контроля за качеством лечебной работы и включает развитие информационных систем, повышение квалификации и оценку деятельности медицинских работников со стороны коллег.

Второй способ повышения качества работы больниц - использование финансовых стимулов (новая система оплаты медицинских услуг). В странах Восточной Европы происходит переход от постатейного бюджета, который принимается в соответствии с исторически сложившимися нормами, к более современным методам, учитывающим объем работы. В странах Центральной и Восточной Европы существует несколько систем оплаты разной степени сложности (в зависимости от количества дней, проведенных в стационаре, или от диагноза). Во многих странах Западной Европы используют методы множественной стандартизации и бюджеты, допускающие перемещение средств из статьи в статью. В идеале механизм оплаты медицинских услуг должен обеспечивать действенное и доступное лечение, работать четко, без искажений, и сводить к минимуму затраты на взаимодействие разных служб.

На практике одновременное выполнение всех этих условий вряд ли возможно, приходится выбирать компромиссное решение. Финансовые стимулы - палка о двух концах. Такие стимулы не только направляют деятельность больниц в нужное русло, но и создают почву для злоупотреблений. Необходимо учитывать положительный и отрицательный опыт применения той или иной системы оплаты медицинских услуг и применять этот опыт на практике.

## Материалы Всемирной организации здравоохранения

- ***М.МакКее; J.Неалы. Больницы в изменяющейся Европе. - Европейское региональное бюро ВОЗ. 2002. - 295 стр.***

Больницы в настоящее время находятся в стадии крупных перемен, которые обусловлены появлением новых болезней, быстрым ростом новых медицинских технологий, постарением населения и постоянными ограничениями финансирования. Данная книга проводит сравнительный анализ реформирования стационарной помощи в разных странах Европы. Особое внимание уделяется проблеме финансирования здравоохранения. В книге представлен анализ различных стратегий улучшения управления стационарами в разных странах Европы, и в частности, реформе стационарной помощи в странах Восточной Европы и СНГ. Книга предназначена для руководителей органов и учреждений здравоохранения, научных работников и врачей.

Книга имеется на русском языке в Интернете по адресу:

<http://www.euro.who.int/document/e74486R.pdf>

- ***Какие уроки были извлечены странами, где было резко сокращено число больничных коек. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Сеть фактических данных по вопросам здоровья. 2003. - 33 стр.***

Во многих странах принято решение сократить число больничных коек. Некоторым из них удалось добиться успехов благодаря устойчивым инвестициям в альтернативные лечебно-профилактические учреждения, но в некоторых странах эти успехи зашли настолько далеко, что теперь там не хватает коек, вследствие чего растут очереди больных, нуждающихся в госпитализации, и возникают трудности с госпитализацией больных в экстренных случаях. Другим странам сокращение числа больничных коек дается труднее, особенно в тех случаях, когда собственниками больниц выступают несколько разных организаций. Некоторые страны Центральной и Восточной Европы столкнулись с проблемами, когда попытались осуществить реформы без приведения своей политики в полное соответствие с существующими у них конкретными социально-экономическими условиями, имеющимися людскими ресурсами и интересами различных заинтересованных сторон.

Настоящий доклад представляет собой ответ сети Фактических данных по вопросам здоровья на эту проблему. В нем синтезированы самые точные и убедительные данные, имеющиеся на сегодняшний день, включая кратко изложенные основные результаты исследований и варианты политики, связанные с рассматриваемой проблемой.

Доклад имеется на русском языке в Интернете по адресу:

<http://www.euro.who.int/Document/E82973R.pdf>

- ***Каковы оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи? - Европейское региональное бюро ВОЗ. Сеть фактических данных по вопросам здоровья. 2003. - 33 стр.***

Задачи по обеспечению безопасности пациентов и медицинского персонала, а также по улучшению качества оказываемой помощи приобрели большое значение для национальных систем здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран. В частности, этому способствовали следующие факторы: проведение исследований, выявивших низкое качество стационарной помощи, повышение ожиданий пациентов, а также появление в СМИ ряда публикаций, посвященных вопросам качества больничной помощи. Считается, что существуют эффективные методы улучшения качества и безопасности стационарной помощи, подтверждением чему является все возрастающее количество данных, появляющихся в научной литературе.

Данный доклад является ответом на вопрос, который задают организаторы здравоохранения. В нем в обобщенном виде представлены наиболее обоснованные имеющиеся фактические данные, включая резюме основных результатов и вариантов политики по этому вопросу.

Доклад имеется на русском языке в Интернете по адресу:

<http://www.euro.who.int/Document/E82995R.pdf>

- ***Как проводить оценку и мониторинг эффективности работы стационаров? -Европейское региональное бюро ВОЗ. Сеть фактических данных по вопросам здоровья. 2003. - 25 стр.***

Измерение деятельности занимает центральное место в концепции повышения качества, так как позволяет оценить результаты фактической работы стационаров и сравнить их с первоначальными целями и выявить возможности для дальнейшего усовершенствования. Основными методами измерения деятельности стационаров являются инспекции органами регулирования, исследование степени удовлетворенности пациентов путем проведения опросов, проведение оценки третьей стороной, а также применение статистических методов. В докладе в обобщенном виде представлены наиболее достоверные из имеющихся фактических данных по этому вопросу.

**Доклад имеется на русском языке в Интернете по адресу:**  
<http://www.euro.who.int/Document/E82975R.pdf>

- ***Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья? - Европейское региональное бюро ВОЗ. Сеть фактических данных по вопросам здоровья. 2005. - 30 стр.***

Организационные мероприятия в период выписки играют ключевую роль в обеспечении безопасного и эффективного перевода пожилых пациентов со стационарного этапа медицинской помощи на этап оказания помощи на дому по месту жительства. Настоящий доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) отражает результаты научных оценок четырех следующих типов вмешательств: комплексная гериатрическая оценка, планирование помощи в период выписки, оказание поддержки и просветительные мероприятия для пациентов. Приведенные фактические данные показывают, что следующие типы вмешательств, проводимых последовательно в стационаре и затем по месту жительства, характеризуются безопасностью и ассоциируются со снижением частоты повторной госпитализации:

- Комплексная гериатрическая оценка, осуществляемая силами мультидисциплинарных бригад;
- Деятельность координаторов выписки (обычно специализированной или опытной практикующей медсестры) в соответствии с формализованной методикой;
- Просветительные мероприятия для пациентов, направленные на улучшение контроля своего состояния и более полноценное соблюдение врачебных назначений.

**Доклад имеется на русском языке в Интернете по адресу:**  
<http://www.euro.who.int/Document/E87542r.pdf>

- ***Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on WHO Workshop (Barcelona, Spain, 10-11 January, 2003) (Измерение стационарной помощи с целью повышения ее качества в Европе. Отчет о Рабочей группе ВОЗ. Барселона, Испания, 10-11 января 2003 г.). -Европейское региональное бюро ВОЗ. 2003. - 20 стр.***

В настоящее время в странах Европы (как Западной, так и Восточной) идет активный процесс совершенствования стационарной помощи с целью сделать ее наиболее эффективной. При разработке программ усовершенствования одним из важных компонентов программ должно быть обеспечение качества стационарной помощи. В документе представлены 6 основных направлений обеспечения качества медицинской помощи в стационарах: клиническая эффективность; безопасность пациентов; фокус на пациента; продуктивность помощи, подготовка медицинского персонала и ответственность государства за обеспечение качества медицинского обслуживания. Также в документе рассматриваются вопросы о стандартах стационарной помощи и индикаторах оценки качества этой помощи.

**Документ имеется на английском языке в Интернете по адресу:**  
<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf>

- ***Selection of indicators for hospital performance measurement. A report on the 3d and 4th Workshop (Barcelona, Spain, June and September, 2003) (Выбор индикаторов для измерения деятельности больниц. Барселона, Испания, июнь и сентябрь 2003 г.) - Европейское региональное бюро ВОЗ. 2004. - 37 стр.***

В рамках реструктуризации системы здравоохранения Европейских стран проводится разработка новой политики, которая ориентирована на улучшения качества обслуживания в больницах, при этом предполагается учитывать также, насколько пациент удовлетворен качеством лечения. ЕРБ ВОЗ приняло решение приступить с реализации программы оценки качества больничного обслуживания. Цель программы - создать гибкую, охватывающую разные аспекты программу оценки. С 2003 года были получены следующие результаты:

- определены основные направления, по которым следует производить проверки, и определены границы этих проверок;
- создана общая структура и инструменты проверок путем введения системы оценок, что позволит улучшить качество лечения;
- определены основные положения для выбора индикаторов (на основе данных по 10 странам);
- рассмотрены 200 индикаторов;
- определен набор из 25 основных индикаторов качества.

Заключительный этап работы был посвящен составлению методического инструментария проведения оценки с последующим ее внедрением.

**Документ имеется на английском языке в Интернете по адресу:**

<http://www.euro.who.int/document/E84679.pdf>

- ***C.D. Shaw. Developing hospital accreditation in Europe (Развитие аккредитации больниц в Европе). - Европейское региональное бюро ВОЗ. 2004. - 44 стр.***

Руководство адресовано правительствам стран-членов Европейского региона ВОЗ для внедрения в практику программы аккредитации больниц. Руководство также адресовано финансирующим органам для проведения спецификации, мониторинга и оценки контрактов на предоставление услуг в области оказания медицинской помощи. В руководстве представлены цели, задачи и методы обеспечения качества стационарной помощи, а также развитие стандартов для проведения аккредитации.

**Документ имеется на английском языке в Интернете по адресу:**

<http://www.euro.who.int/document/E88038.pdf>

- ***D.S.Shepard; D.Hodkin; Y.E.Anthony. Analysis of hospital costs: a manual for managers (Анализ стоимости стационарной помощи: пособие для руководителей). - ВОЗ. Женева. 2000. -92 стр.***

На больницы приходится основная масса всех расходов на здравоохранение во всех странах. Настоящее руководство по анализу стоимости медицинской помощи для улучшения ее эффективности предназначено для руководителей больниц и других ЛПУ. Для пациентов, находящихся в стационарах, оценка стоимости лечения может производиться исходя из числа дней пребывания в больнице; для пациентов, которые проходят лечение на дому - из числа визитов врача. Сбор и анализ данных может производиться за различные периоды времени: месяц, квартал, год. Если производится анализ быстрых изменений стоимости медицинского обслуживания, сбор данных может производиться в течение месяца или квартала. Однако если проводится сравнение стоимости медицинских услуг в различных больницах или анализ оплаты за лечение в разных медицинских учреждениях, желательно использовать более длительный период наблюдения (год). За длительный период можно также выявить сезонные изменения в стоимости медицинских услуг, которые обычно различны для разных больниц. Руководство представляет собой практический подход к анализу стоимости стационарной помощи, распределению расходов по отделениям больницы и видам медицинского обслуживания, а также по видам затрат. Рекомендуемая процедура проиллюстрирована на примере различных стран и представлена таблицами, которые объясняют, как проводить расчеты.

**Руководство имеется на английском языке в Интернете по адресу:**

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545283.pdf>



## Данные Библиотеки проектов реформы здравоохранения

### • *Программа ЗдравРеформа*

**Продолжительность проекта:** 1992 - 1996

**Географическая локализация:** Российская Федерация

**Донорская организация:** Агентство США по международному развитию (USAID)

**Бюджет проекта:** нет информации **Описание проекта:**

Программа была нацелена на сотрудничество с представителями государственной власти как на федеральном, так и на местном уровнях, а также руководителями и работниками медицинских учреждений в сфере здравоохранения России. Предметом сотрудничества служила разработка, внедрение и оценка новых моделей финансирования, организации и управления здравоохранением. Конечной целью проводимых мероприятий являлось повышение экономической эффективности и качества медицинской помощи при сохранении ее доступности для широких слоев населения. Практическая реализация программы "ЗдравРеформа" осуществлялась в 1994-1996 годах американской компанией "Абт Ассоушиэйтс Инк" на основе контракта с Агентством США по международному развитию.

**Полная информация о проекте и более двухсот документов в электронном виде:**

[http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr\\_passport.php?ppprojectid=304](http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=304)

### • *Поддержка развития системы здравоохранения*

**Продолжительность проекта:** 1995 - 1998

**Географическая локализация:** Кемеровская область, Самарская область, Санкт-Петербург, Свердловская область

**Донорская организация:** Европейское Сообщество (ЕС)

**Партнеры:**

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
- Главное управление здравоохранения Самарской области;
- Комитет здравоохранения Санкт-Петербурга
- Департамент здравоохранения Кемеровской области
- Департамент здравоохранения Свердловской области
- Президентский медицинский центр

**Бюджет проекта:** Нет информации

**Результаты проекта:**

Пятнадцать офисов ВОП, основанных и оборудованных при поддержке проекта, показали эффективность в течение четырех лет после окончания проекта. Кроме того, Самара и Санкт-Петербург сегодня являются лидерами в области реформирования первичной медико-социальной помощи по принципу ВОП. Конечно, это не конечный итог работы только данного проекта, а результаты различных мероприятий, проводимых в данной области в течение долгого времени.

Проект демонстрировал, как предварительное исследование должно сопровождать структурную реформу. Результат этой работы предоставил ценную информацию о преимуществах и недостатках модели и, таким образом, указал на проблемы, которые заслуживают особого внимания при внедрении модели, основанной на ВОП. Из результатов проекта видно, что структурные и операционные изменения в системе здравоохранения должны сопровождаться критическим контролем, который помогает адаптировать новые услуги к реальным требованиям.

Для тиражирования по результатам проекта рекомендовано использовать практический опыт по созданию офисов ВОП в пилотных регионах Проекта. Это, однако, должно сопровождаться i) среднесрочным стратегическим планированием для более широкого охвата населения услугами ВОП в течение определенного периода времени, и ii) новыми структурами и функциями управления, как в амбулаторном, так и стационарном секторах.

**Полная информация о проекте:**

[http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr\\_passport.php?ppprojectid=103](http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=103)

- ***Программа необходимой медицинской помощи, Чечня***

**Продолжительность проекта: 2000 - 2006**

**Географическая локализация: Чечня**

**Донорская организация: Врачи без границ, Голландия**

**Партнеры проекта: Министерство здравоохранения Чечни и Ингушетии**

**Цели проекта:**

Способствовать улучшению статуса здоровья населения Чечни. Увеличить доступ в избранных районах и в ПВР (пунктах временного размещения) к качественным базовым медицинским услугам и к получению направлений на лечение. Обеспечить качественную хирургическую помощь в избранных хирургических отделениях городской больницы №9 Грозного. Увеличить доступ к качественным консультационным услугам в избранных районах, ПВР Чечни и городской больнице №9 Грозного.

**Полная информация о проекте:**

[http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr\\_passport.php?ppprojectid=368](http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=368)

- ***Помощь в реформировании системы здравоохранения Самарской области***

**Продолжительность проекта: 1996 - 2000**

**Географическая локализация: Самарская область**

**Донорская организация: Министерство международного развития Великобритании (DFID)**

**Партнеры проекта:**

- Главное управление здравоохранения Самарской области
- Муниципальный Комитет здравоохранения г. Самары
- HLSP Health and Life Sciences Partnership Consulting

**Бюджет проекта: 2 500 000 евро**

**Результаты проекта:**

Реорганизация и реформирование ряда выбранных служб первичной и вторичной медицинской помощи в г. Самара в соответствии с планами Самарской области и г. Самары

**Полная информация о проекте:**

[http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr\\_passport.php?ppprojectid=99](http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=99)



## Контактная информация

Документационный центр ВОЗ  
на базе ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, комната 208

<http://www.mednet.ru/whodc>

**Кайгородова Татьяна Вадимовна,**  
Руководитель Документационного центра ВОЗ

Тел.: (495)619 38 43;

Факс: (495)618 11 09

E-mail: [kaidoc@mednet.ru](mailto:kaidoc@mednet.ru)

**Библиотека «Здравинформ»**

[www.zdravinform.mednet.ru](http://www.zdravinform.mednet.ru)

## Программа ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в РФ»

119034, г. Москва, ул. Остоженка, 28, 2 этаж. Тел: (495) 787 77 15; факс: (495) 787 77 19

E-mail: [v.benediktova@who.org.ru](mailto:v.benediktova@who.org.ru)

## Подписка на Бюллетень

Информационный бюллетень распространяется свободно по электронным адресам, включенным в список рассылки. Добавить новый адрес в список, а также отказаться от рассылки можно по адресу:

[bulletinWHO@mednet.ru](mailto:bulletinWHO@mednet.ru)

## Предыдущие выпуски Информационного бюллетеня

- №1, Декабрь 2004 «Вводный выпуск» (опубликован в №1.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 39-43)
- №2, Январь 2005 «Финансирование здравоохранения» (опубликован в №3.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 46-52)
- №3, Февраль 2005 «Политика здравоохранения» (опубликован в №4.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76-80)
- №4, Март 2005 «Охрана здоровья матери и ребенка» (опубликован в №5.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 75-78)
- №5, Апрель 2005 «Политика в области лекарственных препаратов» (опубликован в №6.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76-79)
- №6, Май 2005 «Качество медицинской помощи» (опубликован в №7.2005 журнала «Менеджер здравоохранения»)
- №7 Июнь 2005 «Первичная медико-санитарная помощь» (опубликован в №8.2005 журнала «Менеджер здравоохранения»)
- №8 Июль 2005 «Укрепление здоровья и профилактика болезней» (опубликован в №9.2005 журнала «Менеджер здравоохранения»)
- №9 Август 2005 «ВИЧ/СПИД»
- №10 Сентябрь 2005 «Обеспечение справедливого доступа к службам здравоохранения»
- №11 Октябрь 2005 «Безопасность пациентов»
- №12 Ноябрь 2005 «Сестринское дело»
- №13 Декабрь 2005 «Организация медицинской и социальной помощи пожилым людям»
- №14 Январь 2006 «Безопасность крови»
- №15 Февраль 2006 «Борьба с алкоголизмом»
- №16 Март 2006 «Развитие медицинских кадров»
- №17 Апрель 2006 «Взаимодействие государственного и частного сектора в здравоохранении»
- №18 Май 2006 «Преждевременная и предотвратимая смертность»
- №19 Июнь 2006 «Инфекции, передающиеся половым путем»
- №20 Июль 2006 «Охрана здоровья работающего населения»