



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Повышение подотчетности систем здравоохранения: межстрановое исследование в Европейском регионе ВОЗ

Под редакцией:

Juan Tello

Claudia Baez-Camargo



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Повышение подотчетности систем здравоохранения: межстрановое исследование в Европейском регионе ВОЗ

Под редакцией:

Juan Tello

Claudia Baez-Camargo

Перевод с английского: *Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015.

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке. Отпечатано в Российской Федерации.

Резюме

В настоящем отчете представлен анализ мер, введенных странами Европейского региона ВОЗ с целью повышения подотчетности своих систем здравоохранения за время, прошедшее с момента принятия Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» (2008 г.) и основ политики Здоровье-2020 (2012 г.). В последние годы системы здравоохранения в Регионе, несомненно, столкнулись со значительными трудностями, в том числе с последствиями экономического кризиса, возрастающими потребностями населения в услугах здравоохранения и нехваткой ресурсов, ощущаемыми как на международном, так и на национальном уровне. Тем не менее, страны во всех уголках Региона предприняли многочисленные и существенные шаги для повышения подотчетности своих систем здравоохранения. В настоящем отчете кратко представлен опыт, полученный странами в ходе работы над повышением подотчетности своих систем здравоохранения с учетом возможностей, открывшихся после принятия Таллиннской хартии и политики Здоровье-2020, что предполагает тщательный процесс постановки целей, а также проведение оценки и анализа эффективности работы систем здравоохранения.

Ключевые слова

ACCOUNTABILITY

HEALTH POLICY

HEALTH SYSTEMS PLANS

HEALTH CARE EVALUATION MECHANISMS

HEALTH CARE SYSTEMS

Направлять запросы о публикациях Европейского регионального бюро ВОЗ на адрес:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Также вы можете заполнить онлайн-форму запроса документации, информации о здравоохранении или разрешении на цитирование или перевод на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISBN 978-9-2890-5327-3

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения приветствует запросы на получение разрешения на частичное или полное воспроизведение или перевод его публикаций.

Используемые в настоящей публикации обозначения и представление материала не подразумевают выражения какого-либо мнения относительно правового статуса какой-либо страны, территории, города, района, а также территориальных регулирующих органов и разграничения территорий со стороны Всемирной организации здравоохранения. Пунктирные линии на картах указывают приблизительные и, возможно, не окончательно согласованные границы.

Упоминание конкретных компаний или продуктов конкретных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения, давая им преимущества относительно не упомянутых аналогичных компаний и товаров. За исключением ошибок и пропусков, названия запатентованных продуктов выделяются с использованием заглавной первой буквы.

Всемирной организацией здравоохранения были предприняты все разумные меры предосторожности в целях проверки информации, содержащейся в ее публикации. Однако опубликованный материал распространяется без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материала лежит на читателе. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за убытки, вытекающие из ее использования. Точки зрения авторов, редакторов или групп экспертов не обязательно отражают решения или заявленную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Благодарности	4
Список сокращений	5
Краткое содержание	6
1. Подотчетность в системе здравоохранения в контексте Европейского региона	8
1.1 Обоснование исследования	8
1.2 О данном отчете	9
2. Концептуальная основа и методология	10
2.1 Область применения и задачи исследования	10
2.2 Концептуальная основа	10
2.3 Выборка, источники данных и дизайн исследования	12
2.4 Методологические ограничения	14
3. Подотчетность в системе здравоохранения: обзор ситуации в различных странах	15
3.1 Определение результатов деятельности системы здравоохранения	15
3.2 Количественная оценка эффективности системы здравоохранения	24
3.3 Обзор эффективности систем здравоохранения	27
3.4 Краткий обзор подотчетности в системе здравоохранения в государствах-членах	29
4. Подотчетность в системе здравоохранения: углубленный анализ ситуации в выбранных странах	34
4.1 Финляндия	34
4.2 Республика Молдова	40
4.3 Турция	48
5. Подотчетность в системе здравоохранения: проблемы и возможности для повышения эффективности	56
6. Выводы	60
Библиография	62
Приложение 1. Межстрановой анализ: вопросы интервью	69
Приложение 2. Углубленные обзор в странах: вопросы интервью	70
Приложение 3. Список коллег, предоставивших основную информацию	72

Благодарности

Подготовка данного отчета стала возможной благодаря финансовой поддержке, щедро предоставленной Министерством социальной защиты Эстонии в целях документирования прогресса стран Европейского региона ВОЗ в их усилиях по повышению подотчетности в соответствии с обязательствами, взятыми на себя согласно Таллиннской хартии от 2008 г. “Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния” с учетом положений политики Здоровье-2020.

Особая благодарность за усилия и ответственный подход выражается коллегам из государств-членов, которые предоставили основную информацию и предложили множество оригинальных идей в процессе подготовки данной публикации.

Разработка плана исследования и его координация осуществлена Juan Tello (Европейское региональное бюро ВОЗ), который также совместно с Claudia Baez-Camargo (Базельский институт управления, Швейцария) отредактировал данный отчет. Ключевой вклад в проведение исследования внесли Elke Jakubowski, Belinda Loring и Maria Skarphedinsdottir (Европейское региональное бюро ВОЗ); Franziska Stahl (Базельский институт стратегического руководства, Швейцария) и Regina Winter (консультант ВОЗ). Критический обзор части данного отчета был осуществлен Jarno Habicht (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Особая признательность за поддержку выражается Hans Kluge, директору отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ.

Список сокращений

CNAM	Национальная компания медицинского страхования (Республика Молдова)
KASTE	Национальный план развития в области социального обеспечения и здравоохранения на 2012–2015 гг. (Финляндия)
MTBF	среднесрочные параметры бюджета
NHS	Национальная служба здравоохранения
PERFECT	PERFormance, Effectiveness and Costs of Treatment (Эффективность, действенность и затраты на лечение)
THL	Национальный институт здоровья и благополучия (Финляндия)
Valvira	Государственная контрольно-надзорная служба социального обеспечения и здравоохранения (Финляндия)
ЕС	Европейский союз
МОП	Межотраслевой подход
НПО	Неправительственная организация
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НПЗ	Национальный план развития здравоохранения (national health plan)
НСППЗ	Национальная стратегия, меры политики и планы в области здравоохранения (National health strategy, policy and plan)
ОЭСЗ	Оценка эффективности системы здравоохранения (Health system performance assessment)
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПТЗ	Программа трансформации здравоохранения (Турция)
СЕО	Совместный ежегодный обзор (Joint annual review)
ТБ	Туберкулез
ЮВЕ	Юго-Восточная Европа

Краткое содержание

В настоящем отчете представлен анализ мер, введенных странами Европейского региона ВОЗ с целью повышения подотчетности их систем здравоохранения за время, прошедшее с момента принятия Таллиннской хартии "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" (2008 г.) и основ политики здравоохранения Здоровье-2020¹ (2012 г.). В последние годы системы здравоохранения в Регионе, несомненно, столкнулись со значительными трудностями, в том числе с последствиями экономического кризиса, возрастающими потребностями населения в услугах здравоохранения и нехваткой ресурсов, ощущаемыми как на международном, так и на национальном уровне. Тем не менее, страны во всех уголках Региона предприняли многочисленные и существенные шаги для повышения подотчетности своих систем здравоохранения.

В настоящем отчете представлен краткий обзор опыта государств-членов в деле повышения подотчетности систем здравоохранения по следующим аспектам:

- установление приоритетов,
- количественная оценка эффективности,
- обзор эффективности.

Выбор именно этих трех аспектов объясняется тем, что они являются необходимыми компонентами системного процесса, посредством которого ключевые лица, принимающие решения, эффективно и на основе фактических данных могут задавать направление системе здравоохранения в сторону повышения ее эффективности (т.е. улучшения результатов в плане здоровья населения).

Во-первых, установление всеобъемлющих результатов работы системы здравоохранения является одним из наиболее существенных аспектов, связанных функцией руководства ею. Наличие четких механизмов установления ожидаемых комплексных результатов, на которые должны быть ориентированы программы, ресурсы и усилия по улучшению здоровья и благополучия граждан, является первым компонентом, формирующим основные критерии, в соответствии с которыми ответственные лица, принимающие решения, будут подотчетны. В обзоре указано, что как минимум 43 из 53 государств-членов в Регионе устанавливают комплексные ожидаемые результаты для системы здравоохранения в рамках национальной стратегии в области здравоохранения, политики и планов развития здравоохранения (НСППЗ) или целевых программ. Фактически, за последние годы все больше европейских государств-членов предпринимает действия по формулированию стратегий развития национальных систем здравоохранения. В свою очередь, все большее число стратегий создаются на основе Европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 с сильным акцентом на решение вопросов неравенства в отношении здоровья, с использованием общегосударственного подхода и принципа участия всего общества. В дополнение к НСППЗ, в отчете описаны и другие механизмы постановки целей, включая инициативы в области реформирования систем здравоохранения и определения векторов развития отдельных учреждений, играющих важную роль в этом секторе, таких как министерство здравоохранения.

Во-вторых, для отслеживания прогресса в достижении заявленных результатов работы системы здравоохранения важно иметь точную и достоверную информацию относительно эффективности системы здравоохранения в целом. По меньшей мере в 32 государствах-членах существуют комплексные пакеты индикаторов для оценки эффективности систем

¹ Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 21 июня 2018 г.).

здравоохранения. Как показано в данном отчете, существует несколько различных способов определить параметры, по которым необходимо оценивать эффективность. Такое разнообразие находит отражение в наблюдаемой вариабельности по глубине и ширине охвата индикаторов, используемых в государствах-членах. В некоторых странах, например, практика оценки ограничена процессами реформирования системы здравоохранения. В других — это определенная и регулярная задача национального масштаба, в то время как в третьих странах оценка проводится, главным образом, в контексте национальных стратегий или программ.

Наконец, процесс обзора и оценки эффективности систем здравоохранения в сравнении с заявленными результатами позволяет лицам, принимающим решения, развивать и внедрять основанные на фактических данных меры для обеспечения непрерывности процесса улучшения состояния здоровья населения. Систематические обзоры систем здравоохранения проводятся как минимум в 18 государствах-членах, хотя они и проводятся в различных форматах и делают акцент на различных аспектах. Некоторые обзоры являются непосредственной частью НСППЗ, в то время как другие сфокусированы на программах реформ, а третьи проводятся ретроспективно в качестве отдельных мероприятий, как например, оценка эффективности системы здравоохранения (ОЭСЗ).

В данном отчете также представлено подробное описание достижений и проблем в области подотчетности на примере систем здравоохранения трех стран: Республики Молдова, Турции и Финляндии. Опыт данных стран показывает, насколько процесс повышения подотчетности в системе здравоохранения зависит от институциональной и административной организации, доминирующей в секторе здравоохранения, а также от уникального исторического опыта и социально-экономических условий каждой страны. Таким образом, представленные примеры отчетливо показывают, что хотя международные руководства и надлежащая практика могут улучшить эффективность системы здравоохранения, единого универсального подхода к разработке эффективного механизма подотчетности в области систем здравоохранения не существует.

В целом, государства-члены в Европейском регионе решили задачи по реализации обязательств в отношении разумного руководства (smart governance) (2) в контексте экономических трудностей при помощи различных стратегий и средств. Спустя шесть лет после подписания Таллиннской хартии и принятия основ политики Здоровье-2020, настоящий доклад призван проиллюстрировать разнообразие и богатство подходов, с помощью которых государства-члены отвечают на вызовы времени.

1. Подотчетность в системе здравоохранения в контексте Европейского региона

1.1 Обоснование исследования

В 2008 г. министры здравоохранения стран Европейского региона приняли Таллиннскую хартию «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», договорившись работать в направлении улучшения систем здравоохранения в целях достижения их высокой эффективности. Государства-члены Европейского региона ВОЗ и их партнеры подчеркнули, что «системы здравоохранения должны демонстрировать высокие показатели деятельности», а также что лица, принимающие решения, должны неустанно стремиться «развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения в целях достижения измеримых результатов». В свою очередь ВОЗ взяла на себя обязательства по поддержке государств-членов Европейского региона ВОЗ в «развитии их систем здравоохранения и обеспечивать международную координацию процесса реализации положений Хартии, включая оценку прогресса и содействие обмену опытом». Таким образом, в Таллиннской хартии ВОЗ и государства-члены из Европейского региона продемонстрировали свое намерение поддерживать действия по повышению подотчетности в системе здравоохранения приняты на себя соответствующие обязательства (1).

Одобрение в 2012 г. политики Здоровье-2020 в качестве общей основы для действий по укреплению здоровья и повышению благополучия людей в Европейском регионе² вдохновило страны к принятию основанных на фактических данных ценностей, принципов и подходов к укреплению здоровья населения, основанных на общегосударственном подходе и принципе участия всего общества (2).

В соответствии с этими обязательствами за несколько последних лет государства-члены разработали и внедрили ряд мер по повышению подотчетности в системах здравоохранения, включая меры, направленные именно на введение или актуализацию национальных стратегий, политики и планов развития в области здравоохранения (НСППЗ), разработку или актуализацию основ мониторинга в системе здравоохранения, а также введение или улучшение обзоров эффективности системы здравоохранения.

Однако с момента принятия Таллиннской хартии в 2008 г. и одобрения политики Здоровье-2020 в 2012 г. у государств-членов появились как новые проблемы, так и новые возможности по улучшению управления системами здравоохранения.

Во всем Европейском регионе ВОЗ расходы на здравоохранение росли быстрее, чем валовой внутренний продукт. Это результат, главным образом, роста на стороне предложения предложений, таких как новые виды лечения и новые технологии, но также и роста ожиданий людей в плане защиты от рисков, связанных со здоровьем, и доступности высококачественных услуг здравоохранения (2). Экономический спад, начавшийся с 2009 г. во многих странах Региона, поставил под угрозу здоровье населения и эффективность систем здравоохранения (3). В некоторых странах такая ситуация способствовала ухудшению некоторых важнейших показателей здоровья, таких как показатель младенческой смертности, частота случаев суицида и частота новых случаев психических нарушений, таких как депрессия и тревожные состояния, в частности, среди групп населения, чье финансовое положение особенно пострадало (4–5). Несмотря на то, что требуется больше исследований, чтобы понять влияние фи-

² Резолюция EUR/RC62/R4. Здоровье-2020 – Основы Европейской политики улучшения здоровья и благополучия. Шестидесят вторая сессия Европейского регионального комитета; 2012.

нансового кризиса на национальные показатели здоровья, существующие данные указывают, что кризис внес существенный вклад в рост неравенств по показателям здоровья (4).

В то время как спрос на медицинские услуги продолжал расти, государственное финансирование сектора здравоохранения уменьшилось или осталось без изменений. Таким образом, перед многими странами остро встала задача найти способы сдерживания расходов, и принять меры по снижению финансовых рисков, связанных с ухудшением состояния здоровья, и обеспечению социальной защиты. Кроме того, внедрение надежных информационных систем мониторинга и оценки эффективности систем здравоохранения и ее работы на состояние здоровья населения остается трудной задачей, поскольку на здоровье влияет множество детерминант, находящихся за пределами сектора здравоохранения. Тем не менее, поиск правильного подхода к обеспечению возможности достижения наилучших результатов посредством действенного и эффективного использования доступных ресурсов является основной задачей в период экономических трудностей. Таким образом, повышение подотчетности в целях повышения прозрачности деятельности систем здравоохранения становится обязательным для общества.

Таким образом, обусловив необходимость в разработке стратегий и инновациях, мировой финансовый кризис создал новые возможности по улучшению эффективности систем здравоохранения. Необходимость в инвестициях в здравоохранение, оптимизации эффективности систем здравоохранения и защите малообеспеченных слоев населения привела к поиску новых путей к обеспечению подотчетности и прозрачности в распределении и осуществлении финансирования здравоохранения. Более того, кризис дает возможность пересмотреть ценности системы здравоохранения, приоритеты и цели, если ограничения, наложенные экономической ситуацией, используются для повышения приверженности принципам справедливости, солидарности, финансовой защиты и всеобщего доступа при одновременных усилиях по сохранению уровня финансирования сектора здравоохранения (5). Это подчеркивает важность укрепления руководящей функции в системах здравоохранения в целях обеспечения адекватного и эффективного использования существующих ресурсов.

1.2 О данном отчете

Цель данного отчета – представить обзор основных одобренных инициатив и прогресса, достигнутого в выполнении обязательств в соответствии с Таллиннской хартией, а также в рамках реализации политики Здоровье-2020. В нем рассмотрены различные способы, с помощью которых государства-члены разработали и повысили подотчетность систем здравоохранения путем стратегической постановки всеобъемлющих целей, а также оценки и обзора эффективности.

Данный отчет состоит из шести разделов. В разделе 1 представлена исходная информация и обоснование исследования, которое легло в основу данного отчета. В разделе 2 представлена область применения исследования, описаны концептуальная основа и использованные методы. В разделе 3 изложены результаты краткого межстранового анализа, посвященного формулированию задач в системе здравоохранения, количественной оценке эффективности систем здравоохранения и проведению обзоров их эффективности. В разделе 4 представлен подробный анализ системной подотчетности в секторе здравоохранения на примере трех стран: Республики Молдова, Турции и Финляндии. В разделе 5 представлено общее обсуждение проблем, возникающих при реализации задач по повышению подотчетности в системе здравоохранения, а также некоторые наблюдения и возможные варианты дальнейших действий. Наконец, в разделе 6 представлены заключительные положения.

2. Концептуальная основа и методология

2.1 Область применения и задачи исследования

Целью исследования, которое легло в основу данного отчета, было привлечь внимание к разнообразию мероприятий, посредством которых государства-члены подошли к выполнению своих обязательств, заявленных в Таллиннской хартии, заключающихся в том, чтобы «развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения в целях достижения измеримых результатов» (1). Такие шаги, направленные на развитие и улучшение надлежащих механизмов подотчетности, также соответствуют положениям политики Здоровье-2020 (2), которая признает важность разумного управления, еще раз подчеркивая определенные принципы, лежащие в основе европейских систем здравоохранения, и признает, что общественному здравоохранению необходимо отвести более приоритетное место в системах здравоохранения. Таким образом, улучшение механизмов подотчетности содействует оказанию правительствам поддержки в принятии политических решений и реализации мер в соответствии с задачами политики Здоровье-2020: «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить общественное здравоохранение и обеспечить наличие устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей и характеризующихся высоким качеством помощи и соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости и устойчивости» (6).

Исследование содержит информацию, собранную в государствах-членах Региона, и ставит своей целью предоставление всестороннего обзора механизмов, различных по характеру, области применения и широте охвата, благодаря которым предпринимались меры по повышению подотчетности за последние шесть лет вплоть до декабря 2014 г. Основное внимание уделено мерам по повышению подотчетности в контексте системы здравоохранения в целом. Таким образом, данное межстрановое исследование не затрагивает подотчетность, связанную с конкретными функциями системы здравоохранения (т.е. с профилактикой, предоставлением услуг, финансированием, кадровыми ресурсами здравоохранения, технологиями, лекарственными препаратами и т.д.).

2.2 Концептуальная основа

В целях получения наиболее существенной информации, касающейся подотчетности в системе здравоохранения, при этом принимая во внимание существующие в Европейском регионе вариации подходов, в данном отчете использована концептуальная основа, которая выделяет основные компоненты, определяющие подотчетность в системе здравоохранения. В этом разделе представлена данная концептуальная основа, а также даны определения соответствующих концепций.

В целях настоящего исследования система здравоохранения понимается как «совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений, структур и ресурсов, предназначение которых – улучшать, сохранять или восстанавливать здоровье людей» (1).

Подотчетность определена как процесс в рамках отношений «принципал-агент»³, посредством которого поведение и эффективность агента оценивается в сравнении со стандартами, установленными принципалом, а для улучшения эффективности необходимо предпринять определенные действия. На примере предоставления общественных услуг

³ Под отношениями «принципал-агент» понимается ситуация, когда один человек или организация (агент) выступает от имени другого (принципала).

подотчетность можно понимать как «спектр подходов, механизмов и практик, используемых группами заинтересованных лиц, вовлеченных в предоставление общественных услуг, в целях обеспечения желаемого уровня и типа эффективности» (7). Подотчетность рассматривается как ключевая задача в управлении системой здравоохранения с тем допущением, что повышение подотчетности приведет к улучшению других компонентов управления, таких как прозрачность, контроль коррупции и эффективность (8).

Поскольку системы здравоохранения характеризуются распределением ответственности и действий между государственным (общественным), частным и некоммерческими секторами, а также национальными, региональными и местными субъектами, разработка эффективных мер в отношении подотчетности, несомненно, является сложной задачей. Таким образом, управляющие системой здравоохранения лица и структуры должны искать пути влияния на мотивацию и поведение многочисленных участников и их разнообразные повестки дня, финансы и организационные структуры, формируя согласованные и последовательные механизмы подотчетности в системе здравоохранения.

Из-за большой сложности взаимосвязей между действующими субъектами систем здравоохранения в рамках Европейского региона всеобъемлющий анализ механизмов подотчетности в нескольких странах выходит за рамки данного отчета. По этой причине акцент сделан на тех компонентах, которые предназначены для обеспечения подотчетности на системном уровне, т.е. с точки зрения основной структуры, управляющей системой здравоохранения. Другими словами, намерение состоит в том, чтобы предоставить обзор тех механизмов подотчетности, которые позволят руководящему звену организовать работу системы здравоохранения для достижения поставленных результатов путем предоставления инструментов отслеживания эффективности системы здравоохранения на макроуровне, сравнения фактической эффективности с установленными приоритетами и при необходимости исправления недостатков.

В данном отчете выделены три основных аспекта, которые дают возможность выявить суть наиболее значимых действий, необходимых для обеспечения подотчетности на уровне систем, а с другой стороны, являются достаточно общими, позволяя выявить институциональное разнообразие:

- установление ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения,
- количественная оценка эффективности системы здравоохранения,
- обзор эффективности системы здравоохранения.

От систем здравоохранения ожидается достижение множества результатов. В докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г. общие результаты деятельности систем здравоохранения определены как улучшение здоровья и укрепление социальной справедливости в отношении здоровья таким образом, чтобы это было более эффективным, справедливым с финансовой точки зрения и обеспечивало наилучшее или наиболее эффективное использование имеющихся ресурсов (9). Также важны промежуточные результаты: в здравоохранении для того, чтобы вложения трансформировались в результаты, необходимо повышать доступность эффективных медицинских вмешательств и расширять охват ими без ущерба для усилий по обеспечению качества и безопасности поставщиков (10).

Результаты деятельности системы здравоохранения часто четко сформулированы в стратегиях, мерах политики или планах развития здравоохранения, которые также устанавливают ценности, принципы и направления действий в системе здравоохранения. Однако результаты являются более точными и должны соответствовать определенным критериям, а именно: должны быть измеримыми, объяснимыми и связанными с периодом времени.

Четко определенные результаты в системах здравоохранения являются важным компонентом, необходимым для обеспечения подотчетности в тех случаях, когда они используются как поддающийся оценке перенос на практику принципов и ценностей системы здравоохранения. Результаты и стратегии системы здравоохранения представляют собой важный аспект способности любой системы здравоохранения обеспечить подотчетность в такой степени, чтобы предоставить критерии, в соответствии с которыми возможно было бы распределение обязанностей и ресурсов.

Таким образом, первые из трех основных параметров подотчетности, рассматриваемых в данном исследовании, касаются способов, с помощью которых страны в Европейском регионе определяют результаты для своих систем здравоохранения, учитывая условия, доминирующие в их специфических контекстах. Было уделено внимание результатам, внесенным в НСППЗ, результатам, установленным для учреждений и учреждениями, ответственными за управление системой здравоохранения, а также результатам, связанным с более широкими инициативами в области реформ в секторе здравоохранения. Однако необходимо признать, что страны могут использовать и другие средства для определения ожидаемых результатов работы системы, а также могут существовать другие способы преобразования ценностей и принципов в выполнимые и поддающиеся оценке обязательства.

Определение результатов деятельности системы здравоохранения является лишь первым шагом на пути к обеспечению ее подотчетности. Достижение данных результатов является основой оценки эффективности системы здравоохранения (9).

Оценка эффективности систем здравоохранения обычно основана на наборе индикаторов, тщательно сформулированных для получения информации по достигнутым результатам в соответствии с различными аспектами, такими как исходные ресурсы, внутренние процессы, промежуточные результаты, конечные результаты и воздействие (11).

Наконец, как было заявлено ВОЗ (11), ежегодные обзоры сектора здравоохранения являются основными механизмами планирования, оценки прогресса и, в конечном итоге, определения степени выполнения системой здравоохранения заявленных задач (12). Таким образом, систематические обзоры деятельности систем здравоохранения предоставляют возможность проанализировать фактическую эффективность достижения ранее сформулированных ожидаемых результатов. В таком контексте, обзор эффективности представляет собой последний этап в процессе обеспечения подотчетности в системе здравоохранения, связывая заявленные результаты с фактическими показателями посредством анализа и интерпретации эффекта от принятых решений для системы здравоохранения в целом в свете доступной информации. Именно в процессе проведения подобного аналитического обзора можно выявить достоинства и недостатки, а также получить информацию для обоснования, в случае такой необходимости, пересмотра результатов и реформ, направленных на оптимизацию деятельности системы здравоохранения в целях улучшения показателей здоровья и благополучия населения.

2.3 Выборка, источники данных и дизайн исследования

Межстрановое исследование, лежащее в основе данного отчета, охватывает период с 2008 г. по 2014 г.

Исследование было проведено в четыре этапа. На первом этапе было проведено «кабинетное исследование», которое состояло в обстоятельном поиске литературы с описанием ситуации во всех странах Европейского региона за период с 2008 по 2014 г. Поиск литера-

туры был проведен по отдельности для каждой страны и в рамках заранее установленных областей: результаты деятельности системы здравоохранения, мониторинг эффективности, оценки и обзоры систем здравоохранения. При первом изучении документации было установлено четыре источника:

- публикации из серии «Системы здравоохранения: время перемен» Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, всего с 2008 г. были доступны страновые профили для как минимум 30 стран;
- официальные сайты национальных учреждений, например министерств здравоохранения, национальных советов по здравоохранению и национальных учреждений, работающих в сфере здравоохранения;
- международные организации, помимо ВОЗ, такие как Европейский инвестиционный банк, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Детский фонд ООН, Всемирный банк и учреждения Европейского Союза (ЕС); а также
- выбранные электронные базы данных (MEDLINE⁴, PubMed и Кокрановский регистр методологических обзоров).

В ходе второго этапа был собран дополнительный материал посредством изучения списков литературы, указанных во всех документах и статьях, отобранных на первом этапе.

В результате были определены 55 источников информации для стран, в которых есть страновые офисы ВОЗ (29 государств-членов). Из них 19 источников – это страновые отчеты из серии «Системы здравоохранения: время перемен», опубликованные с 2007 г. По рекомендации руководителей страновых офисов ВОЗ дополнительно был включен 21 документ, в т. ч. журнальные статьи и отчеты. В то время как большинство из предложенных отчетов было получено из министерств и организаций здравоохранения, некоторые из них являлись проектами будущих документов, что объясняло, почему они не доступны для общественного пользования. 18 документов было выявлено в списках литературы. Для 24 государств-членов, в которых нет страновых офисов ВОЗ, был отобран 61 источник информации, включая 14 обновленных страновых отчетов из серии «Системы здравоохранения: время перемен». Кроме того, были изучены двухлетние соглашения о сотрудничестве и действующие страновые стратегии сотрудничества между ВОЗ и государствами-членами.

На третьем этапе был проведен опрос по телефону сотрудников ВОЗ, работающих в 26 из 29 государств-членов, в которых имеются страновые офисы. Вопросник представлен в приложении 1.

На четвертом этапе в трех выбранных странах были проведены глубинные интервью с представителями ключевых заинтересованных сторон, принимающих решения. Вопросник представлен в приложении 2.

Три страны: Республика Молдова, Турция и Финляндия, были отобраны для более углубленного исследования. Отбор проводился на основании следующих критериев:

- интересный опыт в обеспечении подотчетности в системе здравоохранения, например наличие стратегии развития национальной системы здравоохранения, опыт проведения мониторинга системы здравоохранения или обзоров эффективности системы здравоохранения;
- баланс географической представленности;
- разнообразие подходов к улучшению и совершенствованию специфических компонентов подотчетности;

⁴ В базе MEDLINE фильтры использовались применительно к комбинации ключевых слов: мониторинг, эффективность систем здравоохранения, укрепление систем здравоохранения, национальная система здравоохранения, результаты работы систем здравоохранения, определение конечных результатов и задач систем здравоохранения, национальный план здравоохранения, национальная стратегия здравоохранения, национальная целевая программа по здравоохранению, рамочная основа для национальной системы здравоохранения, показатели для системы здравоохранения и рамочная основа для систем здравоохранения.

- разнообразие институциональных структур и государственных организаций (уровень децентрализации);
- разнообразие межотраслевых и отраслевых подходов к повышению эффективности системы здравоохранения.

2.4 Методологические ограничения

Цель этого исследования – продемонстрировать характерные действия, предпринятые государствами-членами Европейского региона ВОЗ для повышения подотчетности в своих системах здравоохранения. Поэтому целью данного отчета не является всесторонняя оценка всех мер, предпринятых в государствах-членах Европейского региона ВОЗ в этом направлении.

Чтобы привнести в исследование последовательный аналитический подход, акцент был сделан на действиях по повышению подотчетности, реализуемых головными организациями, ответственными за функционирование системы здравоохранения. Это менее четко представлено в странах с децентрализованными системами здравоохранения. Также вследствие данного выбора исследованием не могут быть охвачены другие механизмы, которые могут использоваться странами для повышения подотчетности, в частности, в таких форматах, как парламентские доклады о подотчетности, пресс-релизы или общественные конференции.

Более того, в странах, где нет странового офиса ВОЗ, поиск литературы мог привести к ограниченному результату, так как поиск велся с использованием ключевых слов на английском языке.

3. Подотчетность в системе здравоохранения: обзор ситуации в различных странах

3.1 Определение ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения

Процесс определения приоритетов и результатов деятельности систем здравоохранения является сложным и междисциплинарным. Существует много различных подходов к нему, которые варьируются в зависимости от контекста. Такое разнообразие подходов представлено тем, что страны Региона используют различные инструменты, направленные на формулирование ожидаемых результатов в рамках своих систем здравоохранения.

Многие страны для того, чтобы обозначить направления и обеспечить согласованность усилий в отношении улучшения здравоохранения и благосостояния населения, разрабатывают НСППЗ или аналогичные документы (11). Эти документы служат инструментом повышения подотчетности в сфере здравоохранения в тех случаях, когда они трансформируют принципы и ценности системы здравоохранения в стратегические ожидаемые результаты и целевые ориентиры. Другие механизмы, посредством которых определяют результаты деятельности национальных систем здравоохранения в странах Региона, включают работу с такими инструментами политики, как национальные целевые ориентиры в области здоровья, наборы национальных приоритетов или приоритетных сфер, цели и задачи в рамках общесистемной реформы, включенные в программу более широкой отраслевой программы реформирования для сектора здравоохранения.

В следующих разделах представлены некоторые страновые примеры, иллюстрирующие разнообразие практикуемых в странах Региона подходов к постановке задач в системе здравоохранения.

3.1.1 Национальные стратегии, меры политики и планы развития здравоохранения (НСППЗ)

Задача Национальных стратегий, мер политики и планов развития в области здравоохранения (НСППЗ) заключается в обозначении направлений и обеспечении согласованности усилий стран по улучшению показателей здоровья; они как правило периодически пересматриваются. Основные механизмы разработки НСППЗ обычно варьируют, равно как и природа и масштабы заложенных в них (ожидаемых) результатов.

В соответствии с обязательствами Таллиннской хартии (2008 г.) импульс, созданный в 2012 г. при принятии политики Здоровье-2020, побудил страны «осуществить, по мере необходимости, разработку или обновление своей политики, стратегий и планов действий по развитию охраны здоровья и улучшения его показателей, обеспечив всесторонний учет соответствующих положений основ региональной политики Здоровье-2020 и подкрепляющих ее фактических данных» (13). В число государств-членов, которые разработали, усовершенствовали или исчерпывающим образом обновили НСППЗ за последние шесть лет, входят Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Израиль, Ирландия, Киргизия, Латвия, Литва, Мальта, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Швейцария,

Эстония. Среди стран, которые в настоящее время находятся в процессе разработки НСППЗ, – Армения, Казахстан и Узбекистан.

В некоторых странах важным аспектом разработки НСППЗ остаются усилия, направленные на улучшение и доработку процесса расстановки приоритетов. Португалия является примером страны, которая продолжает разрабатывать и улучшать НСППЗ на систематической основе. Национальный план развития здравоохранения (НПЗ) Португалии на 2004–2010 гг. определил стратегическое руководство для системы здравоохранения, посредством установления приоритетов, целей и конкретных действий (14), которые, в свою очередь, были проработаны в рамках технических программ в области здравоохранения. За прошедшие 10 лет Португалия перешла к ускорению процесса, снизив количество технических программ в области здравоохранения с более чем 40 до менее 15. Более того, проведенная ВОЗ оценка НСППЗ (15) внесла вклад в разработку второго НПЗ, охватывающего период 2012–2016 гг. (16).

Некоторые страны, пересмотревшие свои НСППЗ, сделали это с намерением, среди прочего, привести национальные приоритеты здравоохранения в соответствие с повесткой политики Здоровье-2020. Данные НСППЗ становятся все более межотраслевыми, и все менее специфическими для сферы здравоохранения. Например, Норвегия при формулировании новых результатов национальной системы здравоохранения по итогам реализации НПЗ на 2007–2010 г. приняла решение разработать новую национальную стратегию на основе принципа «учета интересов здоровья во всех стратегиях» (17). Подобным образом в Исландии действовал план на период 2004–2010 гг. (18), и недавно страна подготовила проект нового НПЗ, также под влиянием политики Здоровье-2020. Другие страны, такие как Израиль, Киргизия, Мальта и Турция также внедрили подобные подходы.

Необходимо отметить, что в дополнение к обязательствам, принятым в рамках Таллиннской хартии и политики Здоровье-2020, для некоторых стран членство в ЕС является ключевым фактором разработки НСППЗ. Требование ЕС, в соответствии с которым только страны с действующими НПЗ имеют доступ к существующим структурным фондам, привело к значительному числу новых НСППЗ, разработанных в 2014 г. в таких государствах, как Болгария, Мальта, Румыния, Хорватия; для многих из них это было относительно новым процессом. Например, Правительство Хорватии подготовило первую стратегию развития системы здравоохранения на 2007–2012 гг. и разработало вторую стратегию на 2012–2020 гг., в которой были определены восемь «стратегических направлений развития, приоритетов и мер», разработанных на основании ССВУ анализа (анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз) (19). Болгария, в свою очередь, внедрила две национальные стратегии развития системы здравоохранения при поддержке ВОЗ и Всемирного банка; первая охватывает 2001–2008 гг., а вторая — 2008–2013 гг.; они включают девять стратегических результатов. В настоящее время онлайн доступна третья национальная стратегия развития здравоохранения, которая была разработана как стратегическая основа политики в целях улучшения здоровья нации с 2014 г. по 2020 г. (20).

Один из ключевых показателей, по которому НСППЗ варьируют между странами, касается характера результатов, определенных для области здравоохранения. Например, в некоторых странах сделан акцент на конкретных заболеваниях и проблемах в области здравоохранения. В других странах ожидаемые результаты для системы здравоохранения касаются как проблемных задач в отношении здоровья, так и областей деятельности систем здравоохранения. Примером такого подхода является Латвия, где третья национальная стратегия развития здравоохранения на 2011–2017 гг. определила шесть стра-

тегических целей: снижение неравенства в отношении здоровья, снижение показателей заболеваемости инфекционными болезнями, снижение показателей заболеваемости неинфекционными заболеваниями (НИЗ), улучшение здоровья матери и ребенка, улучшение гигиены труда и эффективное управление медицинской помощью (21). В Италии результаты определены для важнейших уровней медицинской помощи и в отношении целевых ориентиров (22).

Другая группа стран установила для себя ожидаемые результаты, которые базируются на показателях деятельности систем здравоохранения. Таким примером являются Босния и Герцеговина, где, несмотря на отсутствие стратегии развития здравоохранения на национальном уровне по причине одновременного существования двух политических субъектов, каждая из них разработала свои стратегии и задачи. В Федерации Боснии и Герцеговины общие стратегические задачи соотносятся с ожидаемыми результатами для системы здравоохранения. Они включают повышение доступности, безопасности и качества медицинских услуг, повышение эффективности и солидарности. Данные стратегические задачи должны быть выполнены посредством выполнения 13 конкретных задач с установленными временными рамками, ответственными учреждениями и ожидаемыми результатами (23). Республика Сербская, в свою очередь, разработала проект стратегии развития системы здравоохранения, в котором результаты мер политики направлены на снижение неравенства в отношении здоровья, контроль заболеваний, поддержку здоровой и способствующей укреплению здоровья среды, повышение ориентированности помощи на потребителя, укрепление потенциала общественного здравоохранения и реализацию принципа «учета интересов охраны здоровья во всех стратегиях» (24).

Литва в секторе здравоохранения традиционно использует национальные стратегии в отношении здоровья. Последняя стратегия была сфокусирована на общественном здравоохранении и охватывала 2006–2013 гг.; действующая стратегия спланирована до 2023 г. и была разработана на основании обзора воздействия последних реформ в области здравоохранения. Литовская программа здравоохранения делает акцент на таких ценностях, как всеобщий охват услугами здравоохранения, социальная справедливость, солидарность, доступность и приемлемость медицинских услуг, с особым вниманием равенству и межсекторальности действий, направленных на социально-экономические детерминанты нездоровья и неравенств. План реализации также сосредоточен на создании потенциала для межотраслевых действий и инвестирования в здоровье (25).

Другим примером является Казахстан, где Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» направлена на улучшение здоровья населения различными способами, включая улучшение межотраслевого взаимодействия и повышение доступности первичной медицинской помощи (26).

Наблюдаемые среди стран Европейского региона ВОЗ подходы к постановке целей посредством разработки НСППЗ различаются по степени взаимосвязи между ожидаемыми результатами и конкретными измеряемыми показателями. В Эстонии, например, национальной программой развития здравоохранения утверждена всеобъемлющая отраслевая стратегия на 2009–2020 гг., содержащая шесть задач в области здравоохранения, большинство из которых связано с количественными и качественными показателями (27).

Польская национальная программа развития здравоохранения на 2007–2015 гг. (28) содержит четыре основных стратегических результата: улучшение здоровья населения, адаптация к демографическим изменениям, достижение показателей здоровья населения, сравнимых с средними показателями здоровья по ЕС, и повышение эффективности системы здравоохранения.

ранения. В поддержку их достижения в программе предусмотрены 16 результатов, задач и мероприятий, некоторые из них со своими отдельными целевыми ориентирами (29).

В то же время в Словакии действует Концепция национального здравоохранения, которая обновляется раз в четыре года, носит более спланированный характер и не включает конкретные целевые ориентиры для показателей здоровья населения или деятельности системы. Однако в Словакии есть цели и индикаторы для конкретных программ в области здравоохранения, а также для различных отраслей здравоохранения. Кроме того, Словакия разработала Стратегические положения для развития здравоохранения на 2014–2030 гг. (30) с учетом положений политики Здоровье-2020 (17).

В некоторых странах существует более одного документа стратегической политики, где установлены ожидаемые результаты деятельности системы здравоохранения. Например, в Республике Молдова существует два документа стратегической политики. Первый, Национальная политика в области здравоохранения на 2007–2021 гг., ориентирована на укрепление здоровья и профилактику, использует межотраслевой подход к вопросам охраны здоровья, устанавливает общие направления развития и при этом не содержит целевых ориентиров (31). Второй документ, Стратегия развития системы здравоохранения на 2008–2017 гг. (9), более подробный, и основан на результатах деятельности системы здравоохранения и ее функциях, которые определены в Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2000 г. (32), ориентирован на медицинскую помощь и содержит целевые ориентиры для некоторых (но не всех) областей. Задачи в документе четко ориентированы на улучшение здоровья населения, защиту от финансовых рисков, сокращение неравенств в отношении использования и распределения услуг здравоохранения, повышение удовлетворенности пользователей и повышение эффективности.

Ряд стран, включая бывшую югославскую Республику Македонию, Грузию, Исландию, Сербию, Узбекистан и Чехию, в настоящее время работают над новыми национальными стратегиями развития здравоохранения или планируют их разработку. В Армении документ-концепция развития национальной стратегии здравоохранения был разработан в декабре 2013 г.

Ряд других стран, например Киргизия и Словакия, которые недавно приняли новые НСППЗ, разрабатывают подробные планы их внедрения.

3.1.2 Задачи в области здравоохранения, определяемые институтами здравоохранения и реформами здравоохранения

Другой подход, используемый некоторыми странами, включает определение институциональных задач в отношении эффективности, которые влияют на стратегические направления развития систем здравоохранения в тех областях, в которых министерство здравоохранения уполномочено осуществлять планирование. Например, министерства здравоохранения Азербайджана, Кипра и Турции разработали стратегические планы, охватывающие среднесрочный период в 5–6 лет.

Такие планы предназначены для определения стратегических направлений для министерств, но они содержат более широкие институциональные задачи и задачи в области здравоохранения, которые предполагают различные пути реализации. Стратегический план Министерства здравоохранения Азербайджана на 2011–2015 гг. обеспечивает основу для выполнения задач систем здравоохранения посредством технических программ (33).

Правительство Кипра, в свою очередь, приняло в 2006 г. Стратегический план развития здравоохранения на 2007–2013 гг., чтобы подчеркнуть приоритеты, задачи и сроки для реформирования определенных организационных и финансовых аспектов системы здравоохранения (34). В Турции первый стратегический план Министерства здравоохранения страны (2010–2014 гг.) служил стратегическим планом развития системы здравоохранения (35). В нем были определены приоритетные задачи, такие как повышение числа медицинских учреждений, предоставляющих услуги малообеспеченным слоям населения и обеспечивающих реализацию права людей на выбор поставщика услуг первичной медицинской помощи, а также содержались элементы финансирования на основе показателей деятельности (36). Действующий в настоящее время второй стратегический план (2013–2017 гг.) основан на опыте реализации первого и принимает во внимание результаты оценки масштабной турецкой Программы трансформации здравоохранения (ПТЗ) (2003–2011 гг.) (37–38).

Подобные стратегические планы развития здравоохранения существуют в Боснии и Герцеговине, а также в Словении. В этих планах устанавливаются принципы, задачи и целевые ориентиры для развития услуг в области здравоохранения. Эти задачи и целевые ориентиры рассчитаны на несколько лет (Босния и Герцеговина 2008–2018 гг. (23); Словения 2008–2013 гг. (39)).

В некоторых случаях всеобъемлющие результаты для систем здравоохранения кристаллизуются в намерениях и содержании инициатив масштабных реформ. Например, План «Земмельвейс» по спасению здравоохранения в Венгрии на 2011–2018 гг. установил планы системной реформы, в рамках которых, среди прочего, пересматриваются административная и институциональная организация путем создания восьми регионов здравоохранения, надзор над которым осуществляется региональными центрами охраны здоровья (40). В дополнение к существующей национальной стратегии в области здравоохранения Ирландия приняла стратегию реформ Национальной службы здравоохранения (NHS), охватывающую период 2012–2015 гг. и устанавливающую задачи, ориентированные на результат на уровне системы здравоохранения. К ним относятся улучшение здоровья и благополучия, более быстрый и справедливый доступ к медицинской помощи, повышение эффективности лечения хронических заболеваний и улучшение длительного ухода на дому (41).

В Азербайджане отсутствует всеобъемлющая национальная стратегия здравоохранения как таковая. Однако страна определила задачи по управлению, формированию ресурсов, предоставлению услуг здравоохранения и финансированию системы здравоохранения в рамках Проекта реформ в области здравоохранения, который является национальной основой для государственных программ в области здравоохранения. Каждая программа включает план действий с четкими задачами, целями и специальным бюджетом (42).

Греция, Соединенное Королевство, Финляндия и Франция недавно запустили реформы в области здравоохранения, в которых отражены основные этапы развития и задачи для их систем здравоохранения.

Во многих странах ЕС поводом для инициирования реформ в области здравоохранения стала новая система фискального и экономического управления, введенная Европейским семестром в 2010 г. и включения в национальные программы реформ, а также в программы стабильности/конвергенции. Ирландия, Греция, Кипр и Португалия приняли программы экономического регулирования, которые привели к созданию нормативных руководств, влияющих на разработку мер политики в рамках их систем здравоохранения (43).

3.1.3 Политика Здоровье-2020 придала дополнительный импульс процессам укрепления стратегий, мер политики и планов

Основы Европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020, принятая в сентябре 2012 г., становится все более популярным и значимым руководством для стран Европейского региона в их действиях по формулированию ожидаемых результатов деятельности систем здравоохранения.

Эстония и Латвия разработали национальные меры политики в области здравоохранения, которые соответствуют видениям и принципам политики Здоровье-2020. Национальный стратегический план Турции на 2013–2017 гг. полностью соответствует ценностям и принципам политики Здоровье-2020, и в настоящее время страна реализует национальное видение политики Здоровье-2020 посредством сочетания мер по укреплению систем здравоохранения, воздействия на социальные детерминанты здоровья и улучшения межотраслевого управления здравоохранением. Швейцария разработала национальную стратегию Здоровье-2020, запущенную в январе 2013 г. (44). Подробные отчеты о прогрессе находятся в открытом доступе в целях повышения прозрачности стратегии и обеспечения общественной подотчетности и вовлеченности в вопросы здоровья. В Израиле в рамках инициативы «Здоровый Израиль-2020» формирование политики государства по профилактике заболеваний и укреплению здоровья строится на общегосударственном подходе (45). Инициативой руководит Министерство здравоохранения; в ее рамках на основе задач и приоритетов политики Здоровье-2020 определяются межотраслевые цели и стратегии по улучшению здоровья населения и сокращению неравенств в отношении здоровья.

В 2013 г. в Испании велась работа по повышению соответствия новой национальной стратегии укрепления здоровья и профилактики с положениями политики Здоровье-2020. Кыргызстан одобрил новую национальную стратегию Здоровье-2020 в качестве общегосударственного видения по улучшению здоровья и благополучия населения. Обязанность возглавить межминистерский комитет для контроля реализации стратегии возложено на премьер-министра страны. В Италии политика Здоровье-2020 способствовала продвижению разработки нового национального плана общественного здравоохранения и плана в области профилактики на 2014–2018 гг. (46). Люксембург готовит новую амбициозную стратегию по борьбе с раком в соответствии с принципами политики Здоровье-2020, охватывающую полный спектр от профилактики до реабилитации, с акцентом на укрепление здоровья и профилактику. Данная стратегия была разработана в рамках в высокой степени инклюзивного процесса с вовлечением гражданского общества. Хорватская Национальная стратегия развития здравоохранения на 2012–2020 гг. является обобщающим документом, где расписаны специфические приоритеты, результаты и меры для осуществления к 2020 г. (19). Основной контекстуальной задачей стратегии было решение проблем и использование возможностей в связи с вступлением Хорватии в ЕС в июле 2013 г. Стратегия учитывала аспекты политики Здоровье-2020 следующим образом: во-первых, фундаментальные ценности и принципы стратегии соответствуют тем, что представлены в политике Здоровье-2020; во-вторых, сотрудничество с другими секторами прописано как четкая отдельная стратегическая задача; в-третьих, временные рамки были выбраны в соответствии с политикой Здоровье-2020.

Стратегическая концепция развития здравоохранения в Словакии на 2014–2030 гг. (30) базируется на приоритетах и ценностях политики Здоровье-2020. То же можно сказать и о национальной политике Литвы в области здравоохранения на 2014–2023 гг. (25), а также о португальском НПЗ (16). Правительство Португалии работает с ВОЗ, чтобы подготовить стратегию его реализации.

«Здоровая Ирландия» — еще одна национальная политика в области здравоохранения, строго соответствующая требованиям политики Здоровье-2020 и запущенная премьер-министром в марте 2013 г. (47). С начала ее внедрения поддерживается высокий политический профиль стратегии. В течение первого года она была сфокусирована на развитии связей, структур и компонентов для обеспечения эффективного внедрения. В рамках таких усилий был учрежден новый директорат здравоохранения и благополучия, а также была разработана система результатов. Внедрение программы «Здоровая Ирландия» является важным пунктом на повестке для группы старших должностных лиц по социальной политике и Комитета Кабинета по социальной политике. Идет набор в Национальный совет по вопросам здравоохранения Ирландии — совет, включающий множество заинтересованных лиц, в том числе представителей Правительства и гражданского общества, который будет служить в качестве национального консультативного форума в целях поддержки внедрения стратегии. В условиях недавнего финансового кризиса программа «Здоровая Ирландия» являлась положительным ориентиром как для политиков, так и для общества, так как она акцентирует важность вовлечения обеих сторон в процесс осуществления позитивных изменений в их жизни.

В апреле 2014 г. Российская Федерация одобрила Государственную программу развития здравоохранения на 2014–2020 гг. с общей задачей повышения эффективности системы здравоохранения и обеспечения населения доступной полной, своевременной и качественной медицинской помощью в соответствии с уровнями заболеваемости и потребностям населения, а также последними достижениями медицинской науки (48).

В странах Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы (ЮВЕ) основные положения политики Здоровье-2020 также используются в качестве основы для включения вопросов здоровья в стратегию роста ЮВЕ- 2020 при одновременной разработке стратегии охраны здоровья на основании результатов, установленных в политике Здоровье-2020. В принятой в 2014 г стратегии акцент делается на коллективных действиях по укреплению здоровья и повышению благополучия людей, проживающих в субрегионе ЮВЕ, и она не могла бы быть реализована странами в одиночку. Болгария, Венгрия и Румыния также недавно разработали национальные стратегии здравоохранения на основании политики Здоровье-2020.

В целом, за два года, 2014 и 2015 гг., более 20 стран проявили интерес к разработке своих НСППЗ или их переориентации в соответствии с положениями политики Здоровье-2020. Узбекистан, например, в соответствии с заявленной заинтересованностью в разработке новой национальной политики в области здравоохранения в соответствии с политикой Здоровье-2020, провел в мае 2014 г. общегосударственный семинар по политике Здоровье-2020, чтобы начать данный процесс. Бывшая югославская Республика Македония намеревается подготовить новый всеобъемлющий национальный план действий в области охраны здоровья в 2014 г., который будет основываться на положениях политики Здоровье-2020 и включать планы действий в отношении окружающей среды и здоровья, НИЗ и укреплении общественного здравоохранения в качестве основных компонентов. Албания также заявила о намерении разработать новую национальную политику в области здравоохранения на основании политики Здоровье-2020 и результатов всесторонней национальной эпидемиологической оценки, проведенной к 2015 г. Парламент Чехии принял резолюцию в марте 2014 г., в которой предлагается разработать план действий по внедрению новой национальной стратегии по защите и укреплению здоровья и профилактике заболеваний «Здоровье-2020 Чехии» к концу 2015 г. (49). Работа была начата уже существующим межотраслевым комитетом по здоровью и специально созданной Министерством здравоохранения рабочей группой. Франция готовит новую национальную политику в области здравоохранения на 2015–2020 гг., реализуя положения нового закона о сокращении неравенств в от-

ношении здоровья путем расширения доступа к медицинским услугам и профилактическим мерам. Исландия подготовила стратегический план развития здравоохранения для политики Здоровье-2020 и основала комитет по здравоохранению составе четырех министров под руководством премьер-министра. Мальта в декабре 2013 г. закончила разработку новой стратегии в области здравоохранения, которая недвусмысленно ссылается на политику Здоровье-2020 и отражает большое количество ее концепций и принципов.

3.1.4 Вовлечение на субнациональном уровне

Процесс определения ожидаемых результатов для системы здравоохранения различается в странах также и тем, в какой степени вовлечены действующие лица на различных административных уровнях. В этом отношении выделяются несколько примеров, особенно касающихся принятия политики Здоровье-2020 субнациональными и региональными учреждениями.

В Дании в 2012 г. Датская сеть здоровых городов и Городской совет Копенгагена организовали мероприятие, посвященное запуску политики Здоровье-2020. В Швеции местный уровень является особенно важным, когда речь идет о работе с социальными детерминантами здоровья. На настоящий момент четыре органа местной власти учредили свои так называемые «комиссии Мармота»; регион Сконе приступил к реализации политики Здоровье-2020 вместе со Шведской сетью здоровых городов. В Испании политика Здоровье-2020 рассматривалась и обсуждалась на региональном уровне, например в автономном регионе Андалусия. В Италии несколько регионов проявили интерес к работе по реализации политики Здоровье-2020, в то время как в Бельгии регион Валлония интегрирует ценности и концепции политики Здоровье-2020 в реформы в области здравоохранения.

На субнациональном уровне в Боснии и Герцеговине Республика Сербская начала реализацию положений политики Здоровье-2020 в ноябре 2012 г., сосредоточившись на сокращении неравенств и НИЗ посредством межотраслевых мер политики по укреплению здоровья и воздействию на лежащие в основе детерминанты. Федерация Боснии и Герцеговины приняла две специфические стратегии, опираясь на ценности и подходы политики Здоровье-2020: по защите и укреплению психического здоровья, а также по профилактике, лечению и контролю рака. В Сербии ведется работа по интеграции политики Здоровье-2020 в местные меры политики в области здравоохранения, разрабатываемые новыми муниципальными советами по здравоохранению.

3.1.5 Межотраслевой подход и подход с участием всех заинтересованных сторон

Признавая многочисленность факторов, которые влияют на результаты в отношении здоровья, и необходимость комплексного подхода, который выходит за пределы традиционного понимания отрасли здравоохранения, все больше стран принимают межотраслевой подход к определению задач и результатов в области здравоохранения. Такой комплексный подход также согласуется с вовлечением широкого ряда субъектов и заинтересованных сторон из государственного и частного секторов, что также отражается на механизмах привлечения участников, вовлеченных в процессы постановки целей в системе здравоохранения в некоторых странах.

Австрия и Германия являются примерами стран, где ответственность за постановку целей и принятие решений на системном уровне несут различные автономные уровни правительства, учреждения здравоохранения и заинтересованные субъекты.

В Австрии Федеральное министерство здравоохранения в период 2012–2032 гг., работает для достижения 10 основных результатов в отношении здоровья, которые были разработаны при участии более 30 учреждений и более 4000 граждан (50). В свою очередь, с 2003 г. в Германии для принятия и обновления семи национальных целевых ориентиров в области здравоохранения работа велась с более чем 120 учреждениями. Ожидается, что оценка целевых ориентиров, проводимая в 2013–2015 гг., предоставит информацию для разработки новой национальной программы целевых ориентиров здравоохранения (51). Помимо национальных целевых ориентиров, многочисленные проекты по постановке целевых ориентиров действуют на региональном, районном и муниципальном уровнях.

Политика в области здравоохранения Израиля «Здоровый Израиль-2020» была разработана подобным образом с использованием междисциплинарного подхода с привлечением сотен профессионалов. Ее задачи носят межотраслевой характер и сфокусированы на различных патологических состояниях и нарушениях здоровья, типах поведения индивидов в отношении здоровья и факторах окружающей среды.

Финляндия традиционно демонстрирует крепкую взаимосвязь между отраслью здравоохранения и социальными сферами, и в 2011 г. приняла новую стратегию социальной политики и политики здравоохранения (52). Данная стратегия развивает принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях, основывается на всеобщем доступе к профилактике и гигиене труда, формулирует обязательства по устранению неравенств в отношении здоровья и благополучия, а также способствует продвижению ориентированных на нужды людей услуг здравоохранения. Данные обязательства сопровождаются интегрированными задачами и целевыми ориентирами в области здравоохранения и благополучия, а также измеряются с помощью исчерпывающего набора индикаторов.

С 2003 г. Швеция в рамках своей политики здравоохранения ставит задачи, которые по природе своей носят межотраслевой характер. Они включают участие, экономические и социальные потребности, заболевания у детей и подростков, гигиену труда, окружающую среду и продукты, услуги здравоохранения по укреплению здоровья, защиту от инфекционных заболеваний, сексуальное и репродуктивное здоровье, физическую активность, привычки в еде и рискованное поведение.

Ряд государств-членов, включая Азербайджан, Болгарию, Киргизию и Таджикистан, разрабатывают национальные межотраслевые стратегии профилактики и борьбы с НИЗ на основе положений политики Здоровье-2020. Грузия и Туркменистан также разрабатывают национальные стратегии по борьбе с НИЗ, причем в Туркменистане принято решение учредить межотраслевой комитет, задачей которого станет осуществление надзора за разработкой и реализацией национальной стратегии.

3.1.6 Расширение потенциала для общегосударственного подхода

Многие государства-члены предприняли усилия по расширению возможностей использования общегосударственного подхода в здравоохранении. Черногория и Сербия провели оценку управления системой здравоохранения. Семинары по общегосударственному подходу были проведены во многих странах, включая Боснию и Герцеговину и Республику Молдову. Компоненты политики Здоровье-2020 присутствуют в мерах политики, программах и методах работы в Финляндии, особенно в том, что касается учета интересов здоровья во всех стратегиях и неравенств в отношении здоровья. В Финляндии здоровье и социальное благополучие рассматриваются совместно; там также проходят обсуждения по развитию единой политики в области здравоохранения и социального обеспечения для замещения

национальной политики в области здравоохранения, срок действия которой истекает. За рамками политики существенная часть работы в Финляндии сосредоточена на создании учреждений, структур и механизмов в целях реализации принципа учета интересов здоровья и благополучия во всех стратегиях. Программа Здоровье-2020 реализуется во Франции в целях сокращения неравенств и укрепления общегосударственного подхода. Франция основала общегосударственный межведомственный комитет по здравоохранению, который должен возглавить премьер-министр.

3.2 Количественная оценка деятельности системы здравоохранения

Развитие механизмов количественной оценки эффективности системы здравоохранения включает определение того, какие индикаторы и критерии необходимо отобрать, а также обеспечение сбора и агрегирования надлежащей информации. Следовательно, определение того, какие индикаторы являются наиболее подходящими для получения необходимой информации, которая может позволить выполнить надлежащую оценку эффективности на системном уровне, является сложной задачей. Во-первых, на причинно-следственную цепочку результатов также оказывают влияние факторы, которые находятся за пределами системы здравоохранения, а во-вторых, на один параметр эффективности одновременно могут оказывать влияние множество факторов.

В общей сложности, в 32 странах в Регионе есть национальные репозитории или платформы с информацией о системе здравоохранения, содержащие наборы индикаторов, по которым проводятся регулярные измерения. Количество индикаторов варьируется от около 26 в Австрии до более 1000 в Финляндии.

Во многих странах существуют стратегии количественной оценки эффективности, которые привязаны к результатам, определенным в НСППЗ, или к целевым результатам системы здравоохранения в случае отсутствия НСППЗ. Например, в Киргизии имеется около 80 индикаторов для оценки внедрения стратегии преобразования системы здравоохранения. Это количество было последовательно снижено с более 100 индикаторов. Ответственность за проведение оценки несут несколько департаментов Министерства здравоохранения.

Подобным образом, Таджикистан регулярно оценивает внедрение своей Национальной стратегии развития здравоохранения на 2010–2020 г. Ответственность за это лежит на департаменте реформ при Министерстве здравоохранения и социальной защиты. Целью оценки является точное информирование лиц, принимающих решения, о достижении целей и прогрессе.

В Казахстане существует шесть основных целевых индикаторов, связанных с Государственной программой по развитию системы здравоохранения «Саламатты Казахстан» (53). Данные целевые индикаторы связаны с такими результатами, как увеличение продолжительности жизни и снижение младенческой смертности, и они разделяются на группы примерно по 100 индикаторов, с помощью которых отслеживают выполнение задач и достижение промежуточных целей программы. Индикаторы проверяются два раза в год и регулярно обновляются. Ответственность за мониторинг несет департамент стратегического развития при Министерстве здравоохранения и социального развития.

В Германии в рамках системы информации здравоохранения осуществляется мониторинг индикаторов, привязанных к национальным результатам в области здравоохранения. Информацию по этим индикаторам получают примерно из 100 источников данных. Данные

индикаторы охватывают все значимые аспекты здравоохранения, в том числе: мониторинг здоровья населения; демографические и социально-экономические условия; риски для здоровья, связанные с окружающей средой и образом жизни; заболевания и состояния здоровья, а также финансирование и расходы в системе здравоохранения.

Сербия разрабатывает индикаторы здоровья, связанные с восемью обширными областями (демография и другие социально-экономические индикаторы, смертность, заболеваемость, образ жизни, окружающая среда, ресурсы здравоохранения, использование услуг в области здравоохранения, а также здоровье матери и ребенка), которые связаны со стратегией развития общественного здравоохранения.

Хорватия оценивает эффективность системы здравоохранения при помощи набора индикаторов, связанных с областями финансов, обеспечения качества и управления медицинской помощью в соответствии с требованиями НСППЗ.

В Ирландии эффективность системы здравоохранения оценивают при помощи ряда индикаторов, связанных с национальной политикой в области здравоохранения «Здоровая Ирландия». Данные индикаторы разделены на следующие категории: нетрудоспособность, пожилые люди, неотложная помощь, психическое здоровье, социальная интеграция, дети и семьи, паллиативная помощь и первичная медицинская помощь, включая укрепление здоровья. Результаты оценки данных индикаторов ежемесячно предоставляются в Департамент здравоохранения.

Австрия уже три года использует целевые ориентиры для оценки того, как осуществляется учет интересов здоровья во всех стратегиях и используется общегосударственный подход. Несмотря на отсутствие НСППЗ, в Австрии был разработан набор из 26 ключевых индикаторов, связанных с 10 ожидаемыми результатами работы национальной системы здравоохранения. Данный процесс является основой для национальной стратегии укрепления здоровья, которая является частью национальных реформ в сфере здравоохранения. Также в рамках двухлетнего межсекторального процесса с широким участием сторон формулируются 10 ключевых целей, отражающих задачи политики Здоровье-2020. Данный процесс координируется Федеральным министерством здравоохранения, но также включает пленум из 40 участников, в число которых входят представители других министерств, учреждений, организаций и представители гражданского общества. Подобным образом в Нидерландах заявлено три общих результата деятельности системы здравоохранения (доступность, качество и стоимость), с которыми в целях мониторинга связаны 13 областей индикаторов.

Швеция представляет собой еще один пример страны, в которой нет НСППЗ как таковых, и где эффективность оценивается с помощью индикаторов, связанных с руководствами по различным состояниям и заболеваниям, в то время как остальные индикаторы публикуются совместно с организацией окружного совета. В общей сложности, Швеция предоставляет информацию по более чем 800 различным индикаторам.

В Соединенном Королевстве существуют основные индикаторы, которые были разработаны для точного предоставления отчетности по результатам деятельности NHS. База данных играет конкретную роль в выполнении функции подотчетности, поскольку она предоставляет обзор эффективности NHS на национальном уровне, позволяя Государственному секретарю по вопросам здравоохранения осуществлять мониторинг деятельности NHS Англии, а также выступает в роли катализатора для улучшения качества в рамках всей NHS, способствуя при этом изменениям в культуре и поведении (54).

Другой аспект, который необходимо учитывать, связан тем, как уровень централизации системы здравоохранения обуславливает пакет индикаторов, используемый для мониторинга в каждой конкретной стране. Это связано с административным уровнем, на котором принимаются решения по тому, какие типы индикаторов будут сводиться вместе, что, в свою очередь, может влиять на национальный охват и степень, в которой такие наборы общих индикаторов являются однородными во всех регионах.

Финляндия представляет собой пример высоко децентрализованной системы здравоохранения: мониторинг осуществляется регионами и 320 муниципалитетами, и в результате общее количество индикаторов очень большое (более 1000). Однако охват по регионам не всегда однородный, а частота и детализация мониторинга существенно варьируют от одного муниципалитета к другому и в существенной степени зависят от местных возможностей и обязательств.

Испания оценивает набор из 110 индикаторов, публикуемых каждые три года с указанием данных по таким областям, как здоровье населения, детерминанты здоровья, ресурсы и расходы в области здравоохранения. Данные индикаторы выбраны в результате консенсуса между административными уровнями, представленными в Испанском межрегиональном совете Национальной системы здравоохранения. Разработка таких индикаторов также является результатом совместной работы с автономными регионами.

Министерство здравоохранения Дании самостоятельно определяет некоторые индикаторы эффективности системы здравоохранения, тогда как остальные определяются совместно с регионами.

Иногда процесс количественной оценки направлен на получение целевой информации в реформируемых областях. Примеры стран, использующих пакеты индикаторов эффективности системы здравоохранения, предназначенные специально для измерения прогресса в реформировании систем здравоохранения, включают Боснию и Герцеговину, где в стадии разработки находятся индикаторы для поддержки проектов по укреплению системы здравоохранения. В Исландии мониторинг и оценка эффективности системы здравоохранения осуществляется по четырем показателям, с помощью которых контролируют проект реформирования системы здравоохранения.

Венгрия перешла от ситуации, в которой действия системы здравоохранения по мониторингу были основаны на вторичном анализе существующих баз данных (55), к разработке инструмента всестороннего мониторинга, ставшего неотъемлемой частью ОЭСЗ, который был тщательным образом институционализирован.⁵

Наконец, некоторые страны работают с так называемыми областями индикаторов. Это характерно для Бельгии, где отсутствует всеобъемлющая НСППЗ, но делается сильный акцент на социальной справедливости как на основном принципе деятельности системы здравоохранения. Таким образом, в Бельгии разработаны 74 индикатора мониторинга эффективности систем здравоохранения в пяти областях: укрепление здоровья, профилактика, лечение, долгосрочный уход и паллиативная помощь. Более того, каждая из пяти областей может быть оценена по параметрам доступности, качества, эффективности и устойчивости.

В странах ЕС концепция мониторинга и оценки систем здравоохранения была внедрена в 2004 г. как часть открытого метода координации в рамках «повестки для по вопросам старения» (56), а затем далее укреплена при содействии Совета ЕС (57).

⁵ Институциональная основа для ОЭСЗ определяется указом Министерства человеческого потенциала 36/2013 V.24, согласно которому Национальному институту качества и организационного развития для медицинской помощи и лекарственных средств следует дважды в год предоставлять соответствующий отчет. Указом Министерства человеческого потенциала 19/2013 V.24 определяется порядок деятельности рабочей группы по ОЭСЗ.

3.3 Обзор эффективности систем здравоохранения

Как указано выше, именно посредством сопоставления показателей эффективности систем здравоохранения с ранее определенными ожидаемыми результатами лица, принимающие решения, могут получить информацию, необходимую для принятия мер по направлению системы здравоохранения к достижению желаемых показателей здоровья населения.

В проведение обзоров часто вовлечен широкий круг заинтересованных сторон, которые участвуют в определении обоснования и процессов проведения оценки, а также в отборе основных индикаторов и анализе результатов.

В участвовавших в опросе странах были идентифицированы две общие формулировки, как правило используемые для оценки эффективности системы здравоохранения: оценка реализации НСППЗ и проведение отдельных ретроспективных ОЭСЗ.

3.3.1 Оценка национальных стратегий, мер политики и планов в здравоохранении (НСППЗ)

В Казахстане наиболее всесторонним обзором области здравоохранения фактически является отчет Министерства здравоохранения и социального развития. Данный отчет основан на обзоре всех компонентов системы здравоохранения и их оценке в контексте степени достижения основных показателей, которые определены национальной программой. Последним из таких отчетов стал отчет о результатах работы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан за 2013 г. и задачах на 2014 г. Данная оценка была проведена широкой группой заинтересованных сторон, включая премьер-министра, Парламент и неправительственные организации (НПО). Подобная ситуация отмечается во многих странах бывшего Советского Союза.

Другими примерами стран, в которых ежегодные отчеты связаны с реализацией НСППЗ, является Польша, где ежегодный отчет по внедрению национальной программы развития здравоохранения предоставляется Совету министров, и Испания, где данные по индикаторам, объединенные посредством механизма мониторинга, предоставляются межтерриториальному совету национальной системы здравоохранения.

Некоторые страны проводят совместные ежегодные обзоры (СЕО) в области здравоохранения, которые обычно предназначены либо для обзора внедрения национальных планов в области здравоохранения, либо для оценки эффективности здравоохранения и согласования действий по устранению противоречий в реализации планов, либо для повышения эффективности реализации планов. СЕО стали применяться в начале 1990-х гг. в рамках внедрения общесекторальных подходов (ОП). В некоторых странах начало осуществлению СЕО было положено, когда правительство и партнеры в рамках сектора смогли в достаточной степени согласовать позиции для обеспечения совместной поддержки отрасли вне наличия формально существующего общесекторального подхода либо в ответ на стремление к большей прозрачности и открытому диалогу на национальном уровне (58).

В Таджикистане СЕО национальной системы здравоохранения в плановом порядке проводится Министерством здравоохранения и социальной защиты, а также партнерами в области развития. Это процесс предоставляет информацию для пересмотра и обновления индикаторов и целей в рамках Национальной стратегии развития здравоохранения на 2010–2020 гг., а также способствует дальнейшей углубленной оценке политики (59). В ходе встречи по СЕО 3 декабря 2013 г. в Душанбе около 200 представителей ключевых мини-

стерств и агентств, образовательных учреждений и университетов, НПО, руководителей государственных и частных медицинских учреждений региона, а также партнеров по развитию приняли участие в групповых и пленарных сессиях, во время которых был составлен план действий на 2014 г., а также принята резолюция, в которой были представлены прогресс и трудности в реализации задач здравоохранения в 2013 г.

В Кыргызстане также была проведена совместная оценка национальных стратегий и планов развития здравоохранения в поддержку стратегии сектора здравоохранения «Ден Соолук» (60). Этот процесс включает оценку около 80 индикаторов в пакете мониторинга, а ответственность за ее проведение лежит на всех департаментах Министерства здравоохранения. Результаты ежегодно публикуются и обсуждаются в процессе формального ежегодного совместного обзора эффективности системы здравоохранения, выполняемого в течение одной или двух недель с участием Правительства, заинтересованных лиц и партнеров в области развития. Во время проведения совместных оценок иногда имеют место напряженные дебаты, однако они обычно приводят к консенсусу или компромиссу и конкретным политическим решениям. Такой ежегодный диалог является очень ценным, поскольку итоги диалога становятся основой принимаемых в течение года политических, программных и финансовых решений. Планирование, основанное на результатах мониторинга, пользуется серьезной поддержкой международного сообщества, а проводить всесторонние оценки политики в дополнение к регулярному мониторингу эффективности уполномочено одно из независимых учреждений.

Албания готовит два основных отчета, связанных с обзором своих систем здравоохранения. Первый из них — отчет о процессе. Последний раз он был подготовлен в 2012 г. Второй посвящен эффективности и был в последний раз подготовлен в 2011 г.

Некоторые страны дополняют свои обычные отчеты и обзоры развития здравоохранения проведением дополнительных исследований в случае такой необходимости. Например, в Литве, при том что Министерство здравоохранения и Государственный страховой фонд ежегодно отчитываются о внедрении своих стратегических планов, в 2012 г. Министр здравоохранения инициировал проведение дополнительного исследования — аналитического обзора и оценки системы здравоохранения. Польша, в свою очередь, провела инвентаризацию своих национальных мер политики, стратегий и законов в области здравоохранения через призму политики Здоровье-2020 с намерением обеспечить информацию и данные для разработки новой национальной политики в области здравоохранения в 2015 г. Венгрия провела национальный обзор социальных детерминант здоровья и неравенств в отношении здоровья и проведет политический диалог для обсуждения вмешательств в области политики в 2014 г.

3.3.2 Оценка эффективности системы здравоохранения ОЭСЗ

В оценке эффективности системы здравоохранения (ОЭСЗ), являющейся методологией ретроспективной оценки, основное внимание уделяется ключевым результатам и функциям систем здравоохранения с упором на общесекторальную эффективность и результативность, а не на проведение оценки конкретных программ. По этой причине ОЭСЗ можно использовать для обоснования решений в области политики.

Среди стран, которые проводят ОЭСЗ, — Азербайджан, Армения, Бельгия, Грузия, Киргизия, Португалия, Соединенное Королевство, Турция и Эстония. Однако лишь в некоторых

из этих стран процесс оценки является официальным и законодательно закрепленным, или же механизм ОЭСЗ в полной мере является задачей национального масштаба. Так, в Армении имеется национальная программа ОЭСЗ и уполномоченное учреждение, ответственное за оценку эффективности и отчетность. ОЭСЗ, проводимая каждые 2–3 года, привязана к финансовым обязательствам. Фактически, в настоящее время ОЭСЗ Армении является неотъемлемой частью основанных на фактических данных политики и управления, а также используется как одно из средств обеспечения подотчетности заинтересованных сторон.

Другой страной, где официально и законодательно утверждены ОЭСЗ, является Грузия, где в 2012 г. был подготовлен новейший обзор, а также принят соответствующий министерский декрет. ОЭСЗ может использоваться и соответствующим образом адаптированы для отслеживания прогресса в рамках недавно внедренных программ или вмешательств. Например, в феврале 2013 г. началось внедрение программы всеобщего охвата медико-санитарными услугами Грузии, а проведение первой ее оценки планируется весной 2014 г. по истечении первого года действия программы.

Недавно Венгрия также институционализовала многосторонний процесс по внедрению ОЭСЗ, в рамках которого в оценке и проверке результатов принимают участие несколько специализированных агентств, включая постоянную группу Министерства человеческого потенциала, которая создана исключительно для реализации ОЭСЗ. Планируется, что Министерство здравоохранения Венгрии будет публиковать отчеты по ОЭСЗ раз в два года, а стандартная версия будет включать только индикаторы, обновляемые раз в год.

В Португалии была проведена одна ОЭСЗ, в рамках которой цели, обозначенные в НПЗ на 2004–2010 гг., регулярно анализировались и количественно оценивались несколько раз в год межотраслевой комиссией по обзору и при сотрудничестве с национальным Правительством (Верховным комиссаром в области здравоохранения) и регионами. Более того, было признано, что ОЭСЗ помогла португальским органам управления здравоохранением подготовить НПЗ на 2012–2016 гг., предоставив мотивацию для вовлечения ключевых заинтересованных сторон и обеспечив уточнение ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения (36).

Бельгия опубликовала два отчета ОЭСЗ, в 2010 г. и 2012 г. В основу этих отчетов легли проводимые каждые три года регулярные обзоры набора индикаторов систем здравоохранения.

В Турции в 2011 г. при поддержке на самом высоком уровне со стороны министра здравоохранения была проведена всесторонняя ОЭСЗ. В 2013–2017 гг. в стратегическом плане Министерства здравоохранения Турции было указано, что ОЭСЗ должна быть разработана и институционализована в стране к 2017 г.

3.4 Краткий обзор подотчетности систем здравоохранения в государствах-членах

С момента принятия в 2008 г. Таллиннской хартии и утверждения политики Здоровье-2020 в 2012 г. государства-члены в Регионе предприняли существенные и разнообразные меры по повышению подотчетности в системе здравоохранения. В таблице 1 объединены результаты, представленные в данном отчете.

Таблица 1. Обзор последних действий по повышению подотчетности систем здравоохранения в государствах-членах Европейского региона ВОЗ^a.

Страна	НСППЗ	Эффективность системы здравоохранения	
		Количественная оценка	Обзор
Австрия	10 национальных целевых ориентиров в области здравоохранения 2012–2013 гг. (50)	26 индикаторов	—
Азербайджан	Стратегический план Министерства здравоохранения на 2011–2015 гг. (33)	46 индикаторов, включая 13 основных индикаторов	—
Албания	Национальная стратегия в интересах здоровья на 2007–2013 гг. (61)	—	На основании процесса и эффективности деятельности
Андорра	Стратегический план развития системы здравоохранения на 2008–2011 гг. (62)	—	—
Армения	Концепция развития системы здравоохранения на 2013–2020 гг. ^б	Да	ОЭСЗ 2007, 2009, 2012 гг.
Беларусь	—	—	—
Бельгия	—	5 областей индикаторов	ОЭСЗ 2010, 2012 гг.
Болгария	Национальная стратегия развития здравоохранения на 2014–2020 гг. (20)	—	—
Босния и Герцеговина	Стратегический план развития системы здравоохранения в Федерации Боснии и Герцеговины на 2008–2018 гг. (23) Политика улучшения здоровья населения к 2020 г. (24)	Связана с пакетом реформ	Планируется в настоящее время
Бывшая югославская Республика Македония	Стратегия в интересах здоровья-2020: безопасная, эффективная и справедливая система здравоохранения (72)	—	—
Венгрия	План «Земмельвейс» по спасению здравоохранения на 2011–2018 гг. (40)	Да	ОЭСЗ
Германия	Национальные целевые ориентиры здравоохранения с 2000 гг. (66)	297 индикаторов	—
Греция	Национальная программа реформирования здравоохранения на 2013–2015 гг. ^в	—	—

Страна	НСППЗ	Эффективность системы здравоохранения	
		Количественная оценка	Обзор
Грузия	Национальная стратегия развития здравоохранения на 2011–2015 гг. (65)	—	ОЭСЗ 2009 г.
Дания	—	Да	—
Израиль	Здоровый Израиль-2020 (45)	Да	—
Ирландия	Здоровая Ирландия: основы для улучшения здоровья и благополучия на 2013–2025 гг. (47)	Да	Ежемесячные отчеты об эффективности работы
Исландия	Национальный план развития здравоохранения на 2004–2010 гг. (18)	—	—
Испания	—	110 индикаторов	—
Италия	Национальный план развития здравоохранения на 2011–2013 гг. (22)	Да	—
Казахстан	Государственная программа развития здравоохранения, «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. (26)	Около 100 индикаторов	—
Кипр	Стратегический план развития системы здравоохранения на 2007–2013 гг. (34)	—	—
Кыргызстан	Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден Соолук» на 2012–2016 гг. ^г (60)	Около 80 индикаторов	СЕО
Латвия	Стратегия в области общественного здравоохранения на 2011–2017 гг. (21)	Да	—
Литва	Национальная программа развития здравоохранения на 2014–2023 гг. ^г (25)	Да	Регулярные обзоры, проводимые Министерством здравоохранения и Государственным фондом медицинского страхования или внеплановые оценки, заказанные третьим сторонам
Люксембург	—	—	—
Мальта	Национальная стратегия развития системы здравоохранения на 2014–2020 гг. (67)	Да	Проводятся постоянно
Монако	—	—	—
Нидерланды	—	13 областей индикаторов	Отчетность каждые 2 года с изменением приоритетных направлений

Страна	НСППЗ	Эффективность системы здравоохранения	
		Количественная оценка	Обзор
Норвегия	Национальный план в области здравоохранения и медицинских услуг на 2011–2015 гг. (69)	—	—
Польша	Национальная программа развития здравоохранения на 2007–2015 гг. (28)	Да	Да
Португалия	Национальный план развития здравоохранения на 2012–2016 г. (16)	Да	ОЭСЗ 2010 г.
Республика Молдова	Национальная политика в области здоровья 2007–2021 гг. (31)	—	Институционализирован для межотраслевых программ
Российская Федерация	Государственная программа развития здравоохранения на 2014–2020 гг. (48)	110 индикаторов	—
Румыния	Национальная стратегия развития здравоохранения на 2014–2020 гг. (70)	—	—
Сан Марино	—	—	—
Сербия	План развития системы Сербии здравоохранения на 2010–2015 гг. (71)	Да	—
Словакия	Стратегические основы здравоохранения на 2014–2030 гг. (30)	Ограничена первичной, вторичной и третичной медицинской помощью	—
Словения	Национальный план в области здравоохранения на 2008–2013 г. (39)	—	—
Соединенное Королевство	—	Около 150 индикаторов	ОЭСЗ
Таджикистан	Национальная стратегия развития здравоохранения на 2010–2020 гг. (59)	218 индикаторов	СЕО
Туркменистан	Государственная программа развития здравоохранения на 2012–2016 гг. (73)	—	—
Турция	Стратегический план на 2013–2017 гг. (37)	55 индикаторов	ОЭСЗ 2011 г.
Узбекистан	Государственная программа развития здравоохранения на 2007–2010 гг. (75)	150 индикаторов	—
Украина	Здоровье-2020 Украинское измерение (74)	—	—
Финляндия	Национальная программа по укреплению социального благополучия и здравоохранения (KASTE) на 2012–2015 г. (63)	1000 индикаторов	Только в некоторых муниципалитетах, не систематически

Страна	НСППЗ	Эффективность системы здравоохранения	
		Количественная оценка	Обзор
Франция	Национальная стратегия развития здравоохранения на 2013 г. (64)	Да	—
Хорватия	Национальная стратегия развития здравоохранения на 2012–2020 гг. (19)	36 индикаторов, включая 5 основных индикаторов	—
Черногория	Политика в области здравоохранения до 2020 г. (68)	—	—
Чехия	Здоровье-2020 — Национальная стратегия охраны и укрепления здоровья и профилактики заболеваний на 2014–2020 гг. (49)	—	—
Швейцария	Приоритеты политики здравоохранения — Здоровье-2020 (44)	—	—
Швеция	-	Да	—
Эстония	Национальный план развития здравоохранения на 2009–2020 гг. (27)	80 индикаторов	ОЭСЗ 2010 г., проводится обновление

— обозначает отсутствие информации и не обязательно отсутствие действий.

^a Перечислены недавние действия.

^b В процессе утверждения.

^c ВОЗ и Греция подписывают соглашение о программе работы в поддержку реформы здравоохранения 22 июля 2013 г.). Европейское региональное бюро ВОЗ [вебсайт]. Копенгаген. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/pages/news/news/2013/07/who,-greece-sign-agreement-on-support-programme-for-health-reform>).

^d Новая стратегия развития здравоохранения в Кыргызстане, Ден Соолук на 2014–2020 гг., принята в мае 2014 г.

4. Подотчетность в системе здравоохранения: углубленный анализ ситуации в выбранных странах

4.1 Финляндия

4.1.1 Обзор системы здравоохранения

Система здравоохранения Финляндии характеризуется традиционно тесным взаимодействием между здравоохранной и социальной отраслями, а также высоким уровнем децентрализации, где ответственность за предоставление услуг несут 320 муниципалитетов. Такой подход к стратегическому руководству является основным двигателем системы здравоохранения.

В начале 1990-х гг. потребность в наделении территориальных органов власти большей автономией привела к роспуску Национального совета по здравоохранению и социальному обеспечению и переходу ответственности к муниципалитетам. Идея заключалась в том, что децентрализованная система должна была улучшить подотчетность перед гражданами, приблизив к ним процессы принятия решений. Однако для решения вопросов обеспечения и повышения подотчетности системы здравоохранения Финляндии в целом децентрализованная подотчетность системы здравоохранения создает особые в своем роде трудности.

Одна из таких трудностей касается эффективного сотрудничества и координации между многочисленными субъектами здравоохранения и социальной сферы и заинтересованными сторонами. На национальном уровне большое число государственных структур⁶ и НПО⁷ играют роль в определении повестки дня и влияют на приоритеты системы здравоохранения. На муниципальном уровне услуги в сфере здравоохранения и социальной помощи предоставляют 320 муниципалитетов, которые организованы в 20 больничных округов для предоставления вторичной и третичной медицинской помощи.

Системе с национальным и муниципальным государственным финансированием и проблемами в разработке политики приходится идти на компромиссы для поддержания общей эффективности услуг и социальной справедливости в их предоставлении.

4.1.2 Подотчетность в системе здравоохранения

На национальном уровне и в соответствии с Конституцией Финляндии «органы государственной власти должны гарантировать каждому... надлежащие социальные, здравоохранные и медицинские услуги, а также способствовать укреплению здоровья населения» (76). Выполнение же обозначенных государственных обязательств является ответственностью муниципалитетов, которые должны предоставлять населению услуги в соответствии с положениями Акта о первичной медицинской помощи (66/1972) и Акта о специализированной медицинской помощи (1062/1989) (77–78). Вторичная медицинская помощь предоставляется больницами регионального уровня.

Кроме того, Акт о положении и правах пациентов (785/1992) устанавливает нормы соблюдения прав пациентов во время предоставления медицинских услуг и услуг по охране

⁶ Управление по вопросам конкуренции и защите потребителей Финляндии, Финский институт гигиены труда (FIOH), Финское агентство по лекарственным средствам (Fimea), Национальное бюро аудита, Национальный институт здоровья и благополучия (THL), Национальное ведомство по надзору в вопросах благополучия и здоровья населения (Valvira), парламентский обмудсмен, региональные государственные ведомства (ELY и ALY), Управление социального страхования Финляндии (Kela).

⁷ Финская ассоциация местных и региональных органов управления (Kuntaliitto), Финская медицинская ассоциация, Финское медицинское общество Duodecim, Профсоюз работников здравоохранения и социальных работников (Tehty), работодатели – местные органы государственного управления, работодатели в сфере медицинского обслуживания, страховые компании.

здоровья, в частности права на самоопределение, на получение информации, на получение медицинских услуг без дискриминации (79). Акт о системе здравоохранения (1326/2010) содержит положения о правах граждан на получение медицинских услуг и специализированной медицинской помощи (80).

Поскольку ответственность в сфере здравоохранения разделена между национальным и муниципальным уровнями, механизмы подотчетности в сфере здравоохранения также организованы на обоих уровнях.

4.1.3 Определение ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения и расстановка приоритетов

На национальном уровне Министерство социальных дел и здравоохранения руководит разработкой политики в области здравоохранения, подготавливая основные реформы и издавая основополагающие законы в области здравоохранения и социальной политики, а также определяя ожидаемые результаты их реализации. Из-за высокого уровня децентрализации Министерство социального обеспечения и здравоохранения расценивается, главным образом, как законодательный орган, в то время как муниципалитеты наделены большой степенью свободы в реализации поставленных задач.

Процесс определения приоритетов и принятия решений в сфере здравоохранения реализуется с привлечением целого ряда подведомственных Министерству социальных дел и здравоохранения учреждений. Национальный институт здоровья и благополучия (THL) должен «изучать, проводить мониторинг, оценивать, развивать и направлять осуществление мер здравоохранного и социального характера, а также предоставлять экспертную поддержку в процессе реализации политики, процедур и практики по укреплению благосостояния и здоровья» (81). Кроме того, THL выступает в качестве статистического органа (82), поддерживает базы данных и реестры, а также способствует использованию накопленных знаний. На основании своего мандата, а также будучи научно-исследовательским институтом при Министерстве социальных дел и здравоохранения, THL обладает потенциалом для повышения подотчетности в рамках системы здравоохранения Финляндии, хотя для этого требуется укрепить взаимодействие института с муниципалитетами.

Государственное надзорное агентство по вопросам социального обеспечения и здравоохранения (Valvira) является централизованным органом, подведомственным Министерству социальных дел и здравоохранения. Согласно уставу в его задачи входят руководство и контроль за деятельностью структур, предоставляющих медицинские и социальные услуги, органов по лицензированию спиртных напитков и органов по охране окружающей среды (83). Он также выдает лицензии специалистам в области здравоохранения и национальные лицензии на осуществление частной медицинской практики.

Кроме того, в процессе формирования политики и принятия решений участвует и множество других специализированных агентств, например Финское агентство по контролю за лекарственными препаратами (Fimea) или Финский институт гигиены труда. Некоторые исследования и экспертизы проводятся Институтом социального страхования Финляндии (Kela), который функционирует под непосредственным руководством Парламента в целях поддержки развития систем социального обеспечения и здравоохранения.

Существует два всеобъемлющих политических документа, в которых заданы основные направления развития отрасли здравоохранения: *Национальная программа развития социального обеспечения и здравоохранения на 2012–2015 гг.* (63), известная как программа KASTE, и программа развития общественного здравоохранения Здоровье-2015 (84).

Программа KASTE является важнейшим стратегическим инструментом для управления и реформирования социальной политики и политики здравоохранения. Программой определены ключевые цели социальной политики и политики здравоохранения, приоритетные сферы действий для реализации мероприятий и мониторинга, а также ключевые законодательные проекты, руководства и рекомендации по укреплению реализации программы. Результаты определены Министерством социального обеспечения и здравоохранения на основании информации и рекомендаций, выработанных подведомственными научно-исследовательскими учреждениями. Помимо этого, Министерство учитывает предложения, полученные от граждан.

Программа KASTE пересматривается и обновляется Правительством каждые четыре года, а ее бюджет пересматривается ежегодно. Действующий в настоящий момент второй план охватывает 2012–2015 гг. и представляет собой отдельный план по внедрению программы, в котором прописаны временные рамки и области ответственности различных заинтересованных сторон. Региональные группы управления программой KASTE возглавляют разработку региональных планов по внедрению программы.

В соответствии с действующим планом целями программы KASTE являются сокращение неравенств по показателям благополучия и здоровья, а также организация структур социального обеспечения и здравоохранения в соответствии с принципами ориентированности на нужды людей и экономической устойчивости. Муниципалитеты могут на добровольной основе участвовать в программе KASTE, которая предоставляет ограниченные управленческие и финансовые ресурсы для проектов по развитию.

Муниципальные советы являются основными уполномоченными органами для принятия решений и несут ответственность за расстановку приоритетов на муниципальном уровне. Например, планирование и организация работы системы здравоохранения осуществляется муниципальными комитетами по здравоохранению и муниципальными советами. Однако ресурсы и возможности на муниципальном уровне неодинаковые, поэтому руководства по внедрению национального законодательства порой являются недостаточными.

В процессе принятия решений возникает определенная сложность, обусловленная необходимостью обеспечения баланса между предоставлением руководства сверху и соблюдением муниципальной автономии. Это было принято во внимание Министерством социальных дел и здравоохранения в недавно подготовленном законе, определяющем гарантированные государством услуги⁸.

Более того, были расширены мандаты региональных государственных агентств, чтобы позволить им осуществлять мониторинг выполнения национального законодательства муниципалитетами. Задачей агентства Valvira является обеспечение национального единообразия и скоординированности предоставляемых этими различными агентствами руководств.

Программа общественного здоровья Здоровье-2015 является документом, определяющим долгосрочную политику в области здравоохранения. Программа Здоровье-2015 направлена на сокращение неравенств в отношении здоровья и благополучия, а также на предоставление услуг, ориентированных на нужды потребителей.

Согласованность результатов программ KASTE и Здоровье-2015 подкрепляет обязательства, которые сопровождаются интегрированными задачами и целями в области социального обеспечения и здоровья и оцениваются посредством всеобъемлющего набора индикаторов.

⁸ Например, Закон о медицинской помощи (1326/2010) четко определяет критерии для лечения пациентов в центрах первичной медико-санитарной помощи и в больницах вторичного и третичного звена.

В программе Здоровье-2015 представлено восемь целевых ориентиров, определенных заявлениями о действиях. В этих заявлениях представлены количественные целевые ориентиры по улучшению здоровья различных групп населения, а также целевые ориентиры, касающиеся всего населения страны, услуг в области здравоохранения, окружающей среды и сокращения неравенств (85)⁹. Реализацию и мониторинг программы Здоровье-2015 координирует Экспертный совет общественного здравоохранения совместно с Министерством социальных дел и здравоохранения. В процесс реализации программы Здоровье-2015 также вовлечены и заинтересованные стороны, представляющие другие задействованные отрасли. При этом обязанности, связанные с реализацией программы Здоровье-2015, определены только для Министерства социальных дел и здравоохранения, но не для других секторов и муниципалитетов.

Одна важная трудность в отношении подотчетности связана с вопросами распределения ресурсов в системе здравоохранения. С 1993 г. муниципалитеты получают общую долю государственного бюджета, определенную на основании демографических критериев, разработанных ТНЛ, но в ней не определено целевое финансирование для отрасли здравоохранения. Следовательно, несмотря на то, что финансовые стимулы для улучшения эффективности услуг в сфере здравоохранения приобретают все большее значение, это не приводит к повышению подотчетности в отношении качества услуг или их доступности.

4.1.4 Механизмы мониторинга эффективности системы здравоохранения

Выполнение программы KASTE является предметом активного мониторинга в рамках путем составления промежуточных отчетов и итогового отчета. В частности, программа KASTE на 2008–2011 гг. оценивалась на основании 19 индикаторов. Данные индикаторы были разработаны Министерством социальных дел и здравоохранения на основании консультаций с различными заинтересованными сторонами, особенно с ТНЛ и муниципалитетами.

Координация мониторинга и реализация программы Здоровье-2015 осуществляется Экспертным советом общественного здравоохранения совместно с Министерством социальных дел и здравоохранения на национальном уровне.

Однако на сегодняшний момент общие индикаторы здоровья и статистика здравоохранения продемонстрировали свою ограниченную применимость для оценки эффективности системы здравоохранения и дальнейшей выработки решений в области политики. Это частично связано с тем, что они разрабатываются на различных уровнях и различными учреждениями без использования национальных руководств, которые определяли бы стандарты и обеспечивали сопоставимость.

На национальном уровне ТНЛ является главным статистическим органом и поэтому играет центральную роль в сборе национальных данных и проведении отчетности. ТНЛ проводит мониторинг и оценку в области здравоохранения и социальной защиты, а также сопутствующих услуг и проводит исследования и разработки в данных областях. Например, проект PERFormance, Effectiveness and Costs of Treatment (Эффективность, действенность и затраты на лечение) (PERFECT) направлен на разработку индикаторов и моделей, которые могут быть использованы для систематического мониторинга результативности, качества и экономической эффективности лечения в специализированных медицинских учреждениях по регионам, больницам и группам населения.

На региональном уровне государственные административные органы несут ответственность за надзор за предоставлением услуг в соответствующих административных районах.

⁹ Целевые ориентиры предполагалось сделать как можно более конкретными и измеримыми. Например, распространенность курения среди молодежи (т.е. лиц в возрасте 16-18 лет) следовало к 2015 г. снизить до уровня в менее чем 15%.

В рамках программ по надзору распределены сферы ответственности между Valvira и региональными государственными административными учреждениями.

Что касается местного уровня, Актом о здравоохранении (1326/2010) определено, что госпитальные районы, консорциумы муниципалитетов «должны предоставлять экспертные консультации и поддержку местным органам власти путем организации обучения, подготовки статистики в области здравоохранения и социальной поддержки, а также распространения на местном уровне основанных на фактических данных моделей и методов передовой практики по профилактике заболеваний и предупреждению проблем в отношении здоровья» (80), а также «должны публиковать информацию о времени ожидания... онлайн один раз в четыре месяца (раздел 55 в (80)). Более того, Ассоциация финских местных и региональных органов власти (Kuntaliitto) предоставляет статистику для сравнительного анализа, что может оказывать поддержку процессу мониторинга.

Оценка на национальном уровне усложняется тем фактом, что отсутствуют четкое обоснование для обеспечения взаимосвязи процессов сбора данных на трех уровнях. Более того, индикаторы не используются систематически ни для обеспечения политических решений, ни в привязке к регулированию бюджетов. Индикаторы, характеризующие результаты, весьма скудны; фактически, на настоящий момент для 90 % мер отсутствуют индикаторы, оценивающие их результативность. Например, большинство договоров о предоставлении услуг сосредоточено на цене, а не на качестве по причине отсутствия такого типа индикаторов.

С точки зрения подхода «снизу-вверх» для устранения недостатков системы были внедрены механизмы, основанные на жалобах пациентов. Граждане могут подать жалобы в Региональное государственное административное агентство, а в серьезных случаях — в Valvira, а также могут подать апелляцию в административный суд. В каждой организации, предоставляющей медицинскую помощь, должен на платной основе работать уполномоченный по правам пациентов. Такой основанный на жалобах пациентов мониторинг привел к некоторому прогрессу в борьбе с периодами ожидания, а жалобы касательно ухода за пожилыми пациентами вызвали активные общественные обсуждения, которые в конечном итоге могут привести к изменениям в политике.

В целях усовершенствования индикаторов и их использования для оценки деятельности системы и принятия решений было инициировано несколько проектов по разработке новых наборов индикаторов. Одним из примеров является проект «utilitas sanitas». Он реализуется муниципалитетами при поддержке Министерства социальных дел и здравоохранения и с привлечением таких заинтересованных сторон, как ТНЛ, профсоюзы и ассоциации медицинских работников, НПО и т. д. Запланированная система основана на 70 индикаторах, используемых в Швеции, дополненных индикаторами, которые в настоящее время разрабатываются всеми заинтересованными сторонами. Данный проект может позволить проводить сравнения между муниципалитетами и объединить муниципалитеты, сталкивающиеся с одинаковыми проблемами.

4.1.5 Оценка эффективности системы здравоохранения

ТНЛ является основной структурой, отвечающим за проведение оценки эффективности системы здравоохранения. В настоящее время ТНЛ реализует исследовательский проект по оценке деятельности, эффективности и стоимости основных услуг (включающих здравоохранение и социальные услуги) и охватывает такой же период, как вторая программа KASTE, т.е. 2012–2015 гг. Исследование направлено на разработку индикаторов для сравнения организаций, предоставляющих услуги, и географических регионов. Однако отчеты,

подготовленные ТНЛ, оказывают неопределенное влияние на политические решения в здравоохранении на национальном уровне и спорное влияние на муниципальном уровне, поскольку отсутствуют механизмы систематической обратной связи.

Результаты обзоров деятельности системы здравоохранения оказывают ограниченное влияние на решения по финансированию специфических проектов в области развития с целенаправленным распределением бюджетных средств в рамках программы KASTE: если при обзоре будет установлено уменьшение проблем в одной области, целевое финансирование может быть перенаправлено.

Можно сказать, что непрерывность мониторинга эффективности системы здравоохранения реализуется в рамках программы KASTE. Раз в четыре года Парламенту предоставляется отчет по вопросам здравоохранения и социальной помощи, подготовленный на основании информации, полученной от различных заинтересованных сторон (муниципалитеты, частные учреждения, предоставляющие услуги, и т.д.).

По мере необходимости оценки также проводятся на уровне муниципалитетов. Большинство муниципалитетов привлекают к проведению оценки консалтинговые агентства, такие как Финская консалтинговая группа (Finnish Consulting Group), Нордическая группа по вопросам здравоохранения (Nordic Health Care Group), или университеты. Например, в Финской консалтинговой группе, консалтинговом агентстве, основанном Ассоциацией местных и региональных государственных органов Финляндии, как минимум два независимых эксперта проверяют данные, полученные из больниц и национальных реестров, и оценивают индикаторы, главным образом с использованием разработанного ОЭСР, Всемирным банком и ВОЗ показателя потерянных лет потенциальной жизни, который оценивает преждевременную смертность. Перед представлением отчета муниципальным советам, результаты такого изучения обсуждаются с руководителями местной администрации.

Таким образом, для повышения подотчетности в финской системе здравоохранения проблемой остается создание и совершенствование такого механизма взаимодействия между национальным уровнем и муниципалитетами, который сможет обеспечить баланс между сохранением достаточной гибкости на местном уровне для поддержания чуткости и качества реагирования со стороны системы, при одновременном обеспечении минимального набора стандартов и индикаторов эффективности на уровне муниципалитетов для осуществления централизованного мониторинга и, как следствие, повышения подотчетности в системе здравоохранения на национальном уровне. Повестка дня реформы, начатой Правительством Финляндии в марте 2013 г., и проекты, направленные на разработку более актуальных индикаторов, такие как проект «utilitas sanitas», помогут пониманию того, как можно преодолеть данный разрыв при помощи централизованных механизмов отчетности, мониторинга и оценки.

4.1.6 Текущая реформа и ее воздействие

Для решения ряда обозначенных выше проблем в марте 2014 г. Правительством Финляндии было постановлено провести всестороннюю реформу в области социального обеспечения и здравоохранения. Реформа направлена на обеспечение гарантий предоставления основных социальных услуг в ближайшие десятилетия, учитывает растущие тенденции урбанизации и предусматривает централизацию служб для улучшения социальной справедливости в получении услуг. Вся ответственность за организацию услуг социальной помощи и здравоохранения будет перенесена с муниципалитетов на пять новых регионов социальной помощи и охраны здоровья, организованных вокруг пяти университетских больниц.

Реформа примечательна, во-первых, тем, что она отделяет реформу отрасли здравоохранения и социального обеспечения от общей реформы муниципальной системы и, во-вторых, потому что она может привести к фактическому и функциональному разделению покупателей и поставщиков, чего еще никогда не было в Финляндии. Таким образом, реформирование децентрализованной системы в относительно централизованную скорее всего окажет существенное влияние не только на предоставление услуг, но и на структуру принятия решений.

В то же время, эта реформа могла бы привести к созданию более сильного национального управляющего механизма, который необходим для создания в Финляндии системы оценки эффективности; также может потребоваться и соответствующая национальная программа. Вероятно, что в процессе реформы будет централизовано и финансирование, что потребует дальнейшего развития механизмов подотчетности, которое в идеале должно привести к созданию более централизованных структур по проведению мониторинга и отчетности.

4.2 Республика Молдова

4.2.1 Обзор системы здравоохранения

Внедрение первичной медицинской помощи в Республике Молдова в конце 1990-х обозначило начало процесса всестороннего реформирования, который продолжается до сих пор. Обязательная система медицинского страхования была введена в 2004 г. Для направления развития отрасли недавно были разработаны две стратегии, а именно: Национальная политика в области здравоохранения на 2007–2021 гг. и Стратегия развития системы здравоохранения на 2008–2017 гг. (31–32).

В 2009 г. были расширены масштабы процесса реформирования, когда Республика Молдова начала всесторонние реформы, направленные на экономическое развитие и обеспечение соответствия с политикой ЕС. В частности в сфере здравоохранения, Республика Молдова выразила особую заинтересованность в приведении своих стратегий в соответствие с положениями политики Здоровье-2020. Национальная стратегия в области общественного здравоохранения на 2014–2020 гг. (88) является конкретным примером обеспечения процесса развития в сфере общественного здравоохранения. Международные партнеры поддержали Правительство в реализации многих новых мер политики, стратегий и программ.

В 2012 г. Правительство приняло Национальную стратегию развития Молдова-2020 — межотраслевую стратегию, направленную на продвижение социально-экономического развития (86). В ней описаны основные барьеры для экономического роста и использован общегосударственный подход к работе по приоритетным областям. Она служит основным документом стратегического планирования, в соответствии с которым будут разрабатываться политические документы для отдельных отраслей. Здравоохранение, однако, не включено в выделенные семь приоритетных областей и охарактеризовано лишь как межотраслевое направление, что несет в себе риск нечеткого распределения обязанностей и ослабления политической поддержки.

Параллельно с межотраслевым подходом, заложенным в стратегии Молдова-2020, в качестве элементов широкой реформы здравоохранения продолжают реализовываться несколько межотраслевых программ, внедренных предыдущими правительствами, например, Политика в области здравоохранения 2007 г. и Стратегия развития системы здравоохранения 2008 г. В то же время Республика Молдова принимала активное участие в консультациях

по подготовке Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» и, как следствие, реформа здравоохранения была разработана в таком же духе.

Недостатком наличия нескольких стратегических документов для сектора здравоохранения является то, что в стране действуют параллельные и недостаточно связанные между собой структуры мониторинга и оценки. В настоящее время предпринимаются начальные шаги для того, чтобы привести в соответствие друг с другом стратегии и национальные программы. В поддержку данного процесса с 2012 г. при содействии партнеров по развитию проводятся ежегодные форумы, посвященные национальному здравоохранению. Их цель — поддержка политического диалога между основными заинтересованными сторонами и лицами, принимающими решения в здравоохранении, с акцентом на эффективность системы здравоохранения.

4.2.2 Подотчетность в системе здравоохранения

В Республике Молдова одновременно существует несколько стратегий и политических документов, направленных на развитие системы здравоохранения. Как следствие, в рамках каждой стратегии действуют различные механизмы стратегического руководства, подотчетности и мониторинга, что приводит к наличию различных систем подотчетности.

Механизмы стратегического руководства и подотчетности в системе здравоохранения не всегда скорректированы в зависимости от меняющихся приоритетов, реформ и процессов реструктуризации. Основная сложность в ближайшие годы будет заключаться в поиске путей к повышению согласованности существующих систем для укрепления подотчетности в рамках всей отрасли, а также для повышения эффективности и синергии с целью использования всего потенциала системы.

4.2.3 Результаты деятельности системы здравоохранения и расстановка приоритетов

В настоящее время параллельно существуют различные нормативные документы и национальные стратегии, внедренные за последние годы различными правительствами и коалициями. Ниже представлены общие документы, определяющие развитие отрасли здравоохранения:

- *Программа действий Правительства Республики Молдова на 2011–2014 гг.*, в которой представлены политические обязательства коалиции и ежегодный рабочий план Министерства здравоохранения, объединяющий краткосрочные действия широкого масштаба в рамках стратегий и планов действий в области национального общественного здравоохранения, стратегии, а также стратегий институционального развития (87);
- всеобъемлющая *Национальная стратегия развития Молдова-2020*, разработанная в 2012 г., в которой здравоохранение представлено как межсекторальный вопрос (86);
- *Национальная политика в области здравоохранения на 2007–2021 гг.*, отраслевая программа по укреплению здоровья для всех, запущенная предыдущим Правительством и получившая поддержку со стороны всех последующих коалиций (31);
- *Стратегия развития системы здравоохранения на период 2008–2017 гг.* — отраслевая программа по улучшению общественного здравоохранения (32);
- *План действий Министерства здравоохранения*, включающий приоритетные поквартальные действия, ответственные структуры и механизмы представления отчетности;

- *Национальная стратегия развития общественного здравоохранения на 2014–2020 гг.*, межотраслевая программа, одобренная Правительством для улучшения общественного здоровья (88);
- почти 20 национальных программ, включая межотраслевые программы для определенных областей (например, иммунизация, репродуктивное здоровье, безопасность на дорогах, НИЗ, борьба с потреблением табака, борьба с вредным употреблением алкоголя, переливание крови и т.д.) и заболеваний (например, туберкулез (ТБ), ВИЧ, вирусный гепатит, психическое здоровье, сердечно-сосудистые заболевания и т. д.) разработаны на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества;
- институциональные стратегии, относительно новый вид документов, в частности *Стратегия институционального развития Национальной медицинской страховой компании на 2014–2018 гг.* с обновлениями (89).

Все вышеуказанные комплексные политические руководства обеспечивают механизмы стратегического руководства и подотчетности различного масштаба и степени эффективности.

В целом, механизмы постановки задач и расстановки приоритетов хорошо разработаны, а процесс принятия политических решений является комплексным и вовлекает все заинтересованные стороны. Для повышения подотчетности Министерство здравоохранения начало разрабатывать политику с четкими целями и задачами, включая элементы мониторинга и оценки во все меры политики (90).

Более того, политические документы, разработанные Министерством здравоохранения, строго соответствуют структуре, представленной в разработанном Государственной канцелярией руководстве по подготовке политических документов. Данное руководство было недавно обновлено Государственной канцелярией и будет одобрено, как только Парламент примет новый закон о нормативных актах, который в настоящее время готовится Правительством. В новом руководстве подробно описан процесс, а также структура и требования к составлению политических документов, и усилен акцент на разработке индикаторов. По этой причине были добавлены приложения с методологией анализа ожидаемого влияния и ретроспективной оценки. Новая структура будет применяться согласованно во всех секторах и уже была опробована в рамках подготовки некоторых политических документов.

В том, что касается процесса постановки приоритетов в сфере здравоохранения, одной из слабых сторон Стратегии развития системы здравоохранения является отсутствие правового поля, регулирующего сотрудничество с другими секторами. Данная тема требует дальнейшего обсуждения и определения конкретных механизмов координации и необходимого уровня потенциального координирующего органа. Важно, что принципы, определенные в Стратегии, все еще соблюдаются, несмотря на целый ряд изменений в руководстве страны, произошедшие с 2007 г.

Начиная с 2009 г. Правительство делало все больший акцент на межотраслевых стратегиях, также отмечалась все большая связь мер политики с поддержкой, предоставляемой партнерами по развитию. При разработке *Национальной стратегии развития Молдова-2020* проводились консультации со всеми вовлеченными национальными органами власти. Государственная канцелярия координировала разработку проекта *Национальной стратегии развития Молдова-2020* и оказывала поддержку в разработке стратегий для тех отраслей, для которых ранее подобные стратегии не разрабатывались, например, в секторах образования и транспорта. Перед тем как документ будет направлен в Правительство и,

где это необходимо, в Парламент на утверждение, документ согласовывается со всеми надлежащими министерствами и, в обязательном порядке, с Министерством финансов и Министерством юстиции.

Наиболее важными механизмами принятия политических и бюджетных решений являются рабочие группы, состоящие из представителей всех заинтересованных учреждений. Например, рабочие группы, созданные для разработки мер политики в отрасли здравоохранения, включают представителей Министерства здравоохранения, Отделения координации политики и стратегического планирования при Государственной канцелярии, Национальной компании медицинского страхования (CNAM), Министерства финансов, Министерства сельского хозяйства и продовольственной промышленности, Министерства образования, Министерства труда, социальной защиты и семьи, а также персонала больниц и клиник, представителей НПО и гражданского общества. Рабочие группы координируются ответственным министерством и после совместного определения приоритетов представляются для включения в структуру среднесрочного рамочного бюджета (МТБФ). Согласно процедуре, меры политики в отрасли здравоохранения требуют одобрения со стороны Консультативного совета при Министерстве здравоохранения, после этого следует процесс всесторонних консультаций со всеми задействованными министерствами и соответствующими рабочими группами, затем документ представляется в Государственную канцелярию с целью проверки и подготовки для одобрения Правительством или Парламентом.

Республика Молдова получает значительную поддержку со стороны международных партнеров по развитию, которые поэтому в некоторой степени оказывают влияние на политику и расстановку приоритетов. Это создает дополнительный уровень подотчетности, и в 2008 г. был учрежден донорский совет по вопросам здоровья в целях улучшения координации между партнерами по развитию и учреждениями Республики Молдова. В 2013 г. было укреплено правовое обоснование для деятельности донорских советов, и последние годы подобные советы в отрасли здравоохранения возглавляются Министром здравоохранения и представителем ВОЗ. В целях обеспечения прозрачности, эффективности развития и повышение предсказуемости в 2011 г. был усовершенствован выпускаемый ежегодно общедоступный систематический перечень зарубежной помощи, что в свою очередь повысило соответствие партнерской поддержки национальным стратегиям. Иногда особенности цикличности донорской поддержки создают проблемы для устойчивости финансирования, но эти циклы донорского финансирования все чаще отражаются в МТБФ. Являясь страной со средним доходом, Республика Молдова будет уходить от среднесрочной иностранной помощи, изменяя модальность финансирования с целью улучшения согласованности с финансированием из местных источников.

Еще одно существенное достижение касается вопросов бюджетирования. Практика программного бюджетирования была внедрена Министерством финансов в 2012 г. и уже используется Министерством здравоохранения. Рабочие группы, задействованные в разработке политики здравоохранения, принимают участие в созываемой ежегодно группе по планированию бюджета при Министерстве финансов, которая занимается обсуждением бюджета, и таким образом могут гарантировать финансирование приоритетных направлений в секторе здравоохранения. Кроме того, Государственная канцелярия может выпустить рекомендации по вопросам финансирования для Министерства финансов.

Приоритеты для национальных межотраслевых программ разрабатываются на основе принципа участия всего общества, а реализация ключевых программ координируется ме-

жотраслевой комиссией, которая включает членов задействованных министерств, НПО и гражданского общества и которую возглавляет заместитель премьер-министра, ответственный за социальный сектор и сектор здравоохранения. Такой подход позволяет регулярно обмениваться мнениями, обеспечивать урегулирование между конкурирующими интересами различных отраслей и приходиться к консенсусу в отношении разделения сфер ответственности. Следовательно, межотраслевые программы являются хорошим механизмом на национальном уровне, а отчеты о достигнутом в их рамках прогрессе готовятся на регулярной основе. Например, приоритеты для межотраслевой программы по табаку и алкоголю обсуждались всеми задействованными заинтересованными сторонами на национальном уровне, и в результате этих обсуждений было принято решение о необходимости изменения законодательства.

Реализация межотраслевых программ сталкивается с большим числом трудностей на районном уровне. При том что общий бюджет для национальных программ принимается Правительством, заинтересованные отрасли не всегда вносят свой финансовый вклад. Это в особенности относится к ситуациям, когда отрасли присоединяются к программе на поздней стадии, не участвуя в процессе расстановки приоритетов. Однако в рамках межотраслевых программ нет механизмов для усиления приверженности сторон, а министерство, ответственное за реализацию программы, может лишь определить ее повестку.

При поддержке партнеров по развитию была проведена реформа финансирования системы здравоохранения, а для CNAM были внедрены четкие механизмы подотчетности для планирования политики. Была внедрена гибкая пятилетняя стратегия на 2014–2018 гг., анализ и пересмотр которой проводится ежегодно (89).

Данное исследование выявило, что, тогда как действующие в Республике Молдова процессы постановки целей и расстановки приоритетов в целом являются всеобъемлющими, эти механизмы не являются консолидированными. Следовательно, существует возможность для дальнейшей координации стратегий, мер политики и планов, в том числе соответствующих механизмов стратегического руководства, для повышения подотчетности в системе здравоохранения Республики Молдова.

4.2.4 Механизмы мониторинга эффективности системы здравоохранения

Несмотря на существование комплексных и всесторонних процессов выработки политики и расстановки приоритетов, глубина и тщательность осуществления мониторинга варьирует. С одной стороны, механизмы мониторинга отраслевых программ достаточно отработаны, в то время как подотчетность в рамках Национальной стратегии развития Молдова-2020 представляется менее четкой: не хватает ясности определений понятий «мониторинг», «обзор» и «оценка», а также надежных данных. Как следствие, обеспечение подотчетности стало предметом особого внимания для Министерства здравоохранения (90).

В настоящее время мониторинг Национальной стратегии развития Молдова-2020 и Программы действий Правительства осуществляет Государственная канцелярия. Отдел анализа политики, мониторинга и оценки при Министерстве здравоохранения ежеквартально и ежегодно представляет отчет о действиях, представленных в Программе действий Правительства и в определенной степени – в Национальной стратегии развития Молдова-2020. Результаты этого анализа используются при планировании мер политики на уровне Государственной канцелярии. Кроме того, ежегодно осуществляются планирование, распределение ресурсов, мониторинг и отчетность о предпринятых действиях (86).

В целях укрепления координации и мониторинга всех программ Министерство здравоохранения ввело в действие несколько механизмов. На национальном уровне проводятся встречи в Министерстве здравоохранения в первом квартале каждого года для обсуждения прогресса за прошедший год. Кроме того, на ежегодном совещании Правительства каждый министр представляет основные итоги и достижения в соответствующей отрасли.

В целях улучшения взаимодействия с местным уровнем, местные органы власти ежегодно отчитываются о достигнутом прогрессе на региональных совещаниях, в которых принимает участие представитель Министерства здравоохранения. Таким же образом регулярно проводится ежегодная отчетность в территориальных отделениях других учреждений здравоохранения, например, CNAM.

Несмотря на то, что структуры отчетности четко прописаны в соответствующих политических документах, качество и содержание предоставляемых отчетов не всегда отвечает необходимым стандартам, отчетность по индикаторам не соответствует желаемому уровню, а качество данных является низким. В действительности у Государственной канцелярии имеются ограниченные данные об отчетах, представленных Министерством здравоохранения. Каналы взаимодействия между отделами мониторинга Министерства здравоохранения и Государственной канцелярии были установлены, но мониторинг со стороны последней в итоге ограничен наблюдением за соблюдением сроков отчетности и предоставлением запрашиваемой информации.

В целях улучшения структуры мониторинга в 2008 г. во всех министерствах были созданы структурные подразделения по анализу мер политики, а Государственная канцелярия недавно обновила мандаты по вопросам мониторинга и оценки. Данным подразделениям поставлена задача по мониторингу мер политики, а обучение соответствующего персонала проводится ежегодно Академией общественного администрирования. Тем не менее, чтобы решить проблему недостатка знаний по вопросам статистики, информации и коммуникационных технологий и обеспечить качество отчетов, имеется потребность в увеличении числа учебных методик.

В 2010 г. были введены в действие механизмы отчетности для отраслевых стратегий, и с тех пор каждый политический документ включает подробные сведения о конкретных мероприятиях, результатах, задачах, ответственности и сроках, а также определяет целевые ориентиры, индикаторы промежуточных и конечных результатов. Однако не для всех индикаторов существует четкая методология. В результате мониторинг преимущественно основан на полученных ограниченных исходных данных. Эта проблема решается в настоящее время путем пересмотра руководств по подготовке политических документов, которые включают более качественные описания индикаторов и методологий для определения расчета промежуточных и конечных результатов.

MTBF предоставляет механизм функционального планирования для обсуждения (с Министерством финансов и всем Правительством) и определения бюджета на трехлетние периоды, позволяя при этом ежегодно проводить обзор и адаптацию. Он содержит подробные сведения по запланированным действиям, распределению ресурсов, расходам и индикаторам эффективности, результативности и действенности. За последние годы в целях улучшения взаимосвязи между финансовыми ресурсами и планированием конкретных действий (в рамках национальных программ, различных учреждений и регуляторных инициатив) Всемирный банк и ВОЗ оказали поддержку в расширении потенциала системы здравоохранения. Кроме того, поддержку в принятии решений по финансовым вопросам оказывают национальные счета здравоохранения.

Кроме того, механизмы оценки эффективности поставщиков услуг были введены CNAM. Теперь в договорах прописываются обязанности поставщиков услуг, стоимость, отчетность и нормативные аспекты. В дополнение к механизму выплат на душу населения в рамках первичного звена медицинской помощи была введена система выплат на основании эффективности. Система основана на отчетах о предоставлении первичной медицинской помощи включая 22 индикатора эффективности, оценка по которым проводится ежеквартально, позволяя обеспечивать дополнительные выплаты поставщикам услуг на основании качества результатов деятельности. Ежегодная институциональная отчетность проводится с 2007 г., а внутренние механизмы подотчетности постоянно улучшаются, чтобы обеспечить внедрение корпоративной стратегии центральными и региональными отделениями CNAM.

В целях улучшения качества доступных данных в 2014 г. в больницах были внедрены электронные механизмы отчетности для мониторинга процесса лечения пациента, которые также содержали модули отчетности о назначениях и лекарственных средствах. В структуре CNAM процесс мониторинга находится в ведении отдела контроля. В случае невыполнения задач, то есть если согласованные услуги не предоставляются надлежащим образом, применяются санкции, и CNAM может снизить размер выплаты поставщикам за оказанные услуги. Фактически, опыт показывает, что это каждый год приводит к существенному снижению расходов из-за ненадлежащей эффективности работы поставщиков услуг.

В Республике Молдова ряд протоколов лечения, включая, например, протоколы лечения НИЗ, привязаны к аккредитации учреждений и выплатам на основе показателей эффективности. Все чаще звучат призывы к организациям гражданского общества играть более значимую роль в мониторинге и внедрении мер политики со стороны Министерства здравоохранения, так как НПО пользуются высоким доверием в стране. Например, в сфере борьбы с ТБ имеется положительный опыт сотрудничества с НПО в вопросах мониторинга.

В целях повышения подотчетности перед гражданами, было внедрено несколько механизмов приема жалоб пациентов, включая систему петиций и горячую линию по приему жалоб в режиме 24/7. Министр здравоохранения ежедневно получает уведомления о существенных жалобах. Кроме того, национальное агентство медицинского страхования недавно открыло бесплатную горячую линию по приему жалоб.

4.2.5 Оценка эффективности системы здравоохранения

Оценки эффективности — новый механизм в Республике Молдова, и еще предстоит его полномасштабное внедрение. Министерство здравоохранения отвечает за проведение оценки эффективности программ сектора здравоохранения и национальных межотраслевых программ таких, как программы по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией, а также программ по контролю за потреблением алкоголя и табака.

Предполагалось, что в рамках *Стратегии развития системы здравоохранения* заместитель премьер-министра, ответственный за социальный сектор и сектор здравоохранения, инициирует среднесрочную оценку мер политики и программ в целях разработки рекомендаций для подготовки будущих программ. Однако работа была отложена из-за выборов осенью 2014 г.¹⁰

На настоящий момент существующие механизмы представляются недостаточно институционализированными, чтобы гарантировать, что результаты анализа и оценки эффективности будут использоваться при разработке политики и принятии решений в отношении про-

¹⁰ К моменту выпуска настоящего отчета было получено подтверждение того, что в 2015 г. новое правительство отказалось от прежней позиции, и было положено начало диалогу в отношении новых механизмов межсекторального стратегического руководства для отдельных программ здравоохранения.

грамм в будущем. Пока что, корректировка программ и планов реализации ограничивается лишь незначительными изменениями в законодательстве.

Еще одна проблема заключается в том, что оценка и отчетность в некоторых случаях проводятся самими исполнителями, что влияет на их достоверность. В целях улучшения данной ситуации заместитель премьер-министра или любой орган власти мог бы поручить проведение оценки независимым специалистам или аудиторским организациям, но выделенных финансовых ресурсов недостаточно для реализации таких задач. В свою очередь, у Министерства здравоохранения отсутствуют дополнительные бюджетные средства, предназначенные специально для оценки эффективности деятельности. В настоящее время проведение оценки отдельных стратегий поддерживается международными организациями. Например, при поддержке со стороны ВОЗ или со стороны ВОЗ в партнерстве с другими организациями были проведены среднесрочные оценки и обзоры проводились для Программы репродуктивного здоровья (2010 г.), Программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией (2011 г.), Программы по борьбе с ТБ (2009 г. и 2013 г.), Программы по борьбе с употреблением табака (2015 г.).

Лучше функционируют механизмы предоставления финансовой отчетности Министерству финансов. Внедрение программного финансирования сделало бюджеты и затраты более прозрачными и сместило фокус с финансирования учреждений на достижение результатов. Недавно была закончена отчетность за 2013 г. по МТБФ, в ней подробно описаны достижения, трудности и причины недочетов. Эта информация учитывается при планировании на последующие годы. Таким образом, бюджеты пересматриваются регулярно, а годовые планы действий пересматриваются на ежегодной основе и при необходимости корректируются. Слабая сторона существующей модели финансирования в том, что в случае предоставления обоснований выявленных недостатков, никаких штрафов или снижений финансирования не налагается.

Оценки эффективности в большей степени проработаны в отношении межотраслевых программ. Они обычно охватывают период продолжительностью пять лет и включают программы действий, описывающие конкретные меры, а также мониторинг и оценку индикаторов и целевых ориентиров. Часто учреждения, ответственные за разработку программ по конкретным заболеваниям, несут ответственность и за их оценку. Например, Институт фтизиопульмонологии руководит общей оценкой и оценкой эффективности национальных программ по борьбе с ТБ, а Больница дерматологии и инфекционных заболеваний оценивает эффективность вмешательств по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Сбор информации для оценок осуществляется в рамках визитов на места персонала Института фтизиопульмонологии, а результаты оценки используются при планировании будущих программ. Также осуществляются совместные оценки. В целях выявления недостатков в 2013 г. ВОЗ совместно с местными экспертами была проведена среднесрочная оценка программы по ТБ. Ответственность за проведение оценки эффективности программ по борьбе с конкретными заболеваниями несут соответствующие учреждения здравоохранения, что вызывает определенные сложности в отношении обеспечения подотчетности на национальном уровне.

Вопросы финансирования оценки эффективности является основной проблемой межотраслевых программ ввиду отсутствия четкого разграничения ответственности в этом вопросе и отсутствия дополнительных денежных средств. Вследствие этого, большинство ответственных за межсекторальные программы учреждений сталкивается с проблемой нехватки ресурсов и финансирования для проведения надлежащих оценок реализации мер политики. Например, учреждение, руководящее реализацией и координацией национальной про-

граммы по борьбе с ТБ (Институт фтизиопульмонологии), является клиническим учреждением и получает средства от CNAM лишь за предоставление услуг, а не за мероприятия по мониторингу и оценке. Помимо этого, финансирование межотраслевых программ подотчетно содействующим отраслям и не характеризуется как независимый аспект в МТБФ. В результате межсекторальные программы постоянно испытывают недостаток финансирования, и для них не существует механизмов финансирования, основанных на эффективности.

4.2.6 Текущие реформы и их воздействие

В настоящее время Республика Молдова проводит реформу государственного управления, которая предусматривает, среди прочего, расширение отдела стратегического планирования и включение в него специализированных подразделений анализа, мониторинга и оценки политики. Несмотря на то, что не будет выделено дополнительного финансирования на внедрение этой структуры, ожидается, что ее учреждение приведет к повышению эффективности и будет содействовать проведению мониторинга, что в конечном итоге приведет к снижению затрат в будущем.

На более системном уровне выглядит очевидным то, что недостаточная последовательность, и что еще более важно, наложение новых мер политики и планов на уже существующие, привели к ситуации, когда очень трудно определить основной ключевой пакет ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения в целом, и то, какие индикаторы рассматривать как вспомогательные и каковы стратегии проведения оценки. Скорее, мы видим доминирование множественных параллельно существующих и иногда наслаивающихся друг на друга мер политики, механизмов отчетности и механизмов оценки. Таким образом, оптимальным было бы, чтобы будущие инициативы реформ были сосредоточены на консолидации мер политики и программ с приведением критериев сбора данных в соответствие с основными ожидаемыми результатами политики, а также на разработке процессов или институциональных механизмов по оценке эффективности и пересмотру действующих планов и мер политики на основе фактических данных.

4.3 Турция

4.3.1 Обзор системы здравоохранения

В 2003 г. Турция начала реализацию программы всесторонних реформ в секторе здравоохранения, национальную программу трансформации здравоохранения (ПТЗ), которая направлена на улучшение стратегического руководства, повышение эффективности и качества в рамках всей системы здравоохранения, чему способствовал пересмотр ожидаемых результатов деятельности сектора. По прошествии десяти лет в системе здравоохранения Турции были отмечены существенные улучшения ключевых результатов, таких как показатели материнской и детской смертности и повышение отзывчивости системы здравоохранения, что нашло отражение в росте общей удовлетворенности населения предоставляемыми медицинскими услугами, и оптимизация использования услуг, которая стала возможной отчасти благодаря существенным инвестициям в кадровые ресурсы (91)¹¹.

В целом, турецкая система здравоохранения остается централизованной и является типичным примером директивного контроля со стороны Министерства здравоохранения. Подобно другим министерствам в Турции, Министерство здравоохранения представлено в 81 провинции руководителями, назначаемыми центральным Правительством. Однако ситуация начала изменяться в ответ на рост числа фактических данных об эффектив-
ности.

¹¹ Объем финансирования, выделенного на кадровые ресурсы, за указанный период увеличился приблизительно на 84,5%, хотя общие расходы на здравоохранение как доля от валового внутреннего продукта выросли только лишь на 0,6%.

сти таких механизмов стратегического руководства, в рамках которых регионы наделены большей свободой действий в оценке и реагировании на потребности населения в услугах здравоохранения на местном уровне (92). Благодаря ПТЗ были осуществлены первые шаги по укреплению провинций путем создания департаментов общественного здравоохранения в дополнение к существовавшим департаментам больничной помощи при Директоратах здравоохранения провинций. Согласно имеющимся сведениям, благодаря этой новой структуре, были повышены эффективность и результативность деятельности, она также способствовала проведению национальных опросов.

4.3.2 Подотчетность в системе здравоохранения

Структурные изменения, внедренные с 2003 по 2011 гг., позволили разделить функции управления, финансирования и оказания услуг в системе здравоохранения Турции. Создание новых подразделений усилило лидирующую роль Министерства здравоохранения в разработке политики и стратегии, получении информации, контроля подотчетности и межотраслевой координации (93).

В 2011 г. была реализована ОЭСЗ для количественной оценки достижений НТР (94). Школа общественного здравоохранения Турции возглавила координацию национальных и международных мероприятий в области общественного здравоохранения от имени Министерства здравоохранения, а также руководила технической составляющей.

4.3.3 Определение ожидаемых результатов и расстановка приоритетов в системе здравоохранения

Конституция Турции является основополагающим юридическим документом, устанавливающим общественный мандат при определении приоритетов сектора здравоохранения в Турции. В частности, всеобъемлющая ответственность за выполнение руководящей роли в рамках системы здравоохранения лежит на Министерстве здравоохранения, как установлено в соответствии со Статьей 2(2) Законодательного декрета № 663 «Об организации и полномочиях Министерства здравоохранения и его филиалов», в котором заявлено, что «Министерство управляет системой здравоохранения и определяет соответствующие меры политики» (95).

Таким образом, в рамках всеобъемлющих приоритетов, установленных Правительством, Министерство здравоохранения играет основную роль при принятии решений в секторе здравоохранения и несет ответственность за расстановку приоритетов и внедрение соответствующих инициатив. Новые предложения касательно политики также разрабатываются Министерством здравоохранения силами Консультативного совета по политике в области здравоохранения, в который входят все заместители Министра здравоохранения и который анализирует текущую деятельность, чтобы подготовить рекомендации Министру.

В соответствии с данными положениями приоритеты в области здравоохранения установлены пятилетним планом стратегического развития. Стратегическое планирование мер политики — это важный инструмент управления, обязательный в Турции для всех отраслей. Стратегические планы служат основой для разработки ежегодных оперативных планов для каждой отрасли (36). Первый стратегический план для сектора здравоохранения охватывал 2010–2014 гг. (35). Он был пересмотрен в 2012 г. в целях обеспечения согласованности с национальным планом развития, политическими документами, стратегией Министерства здравоохранения и потребностями системы здравоохранения. Текущий второй Стратеги-

ческий план охватывает 2013–2017 гг. (37). Он разработан в соответствии с национальным планом развития, новой организационной структурой Министерства здравоохранения и международными обязательствами в сфере здравоохранения. Стратегический план является практическим документом, в нем определены четкие задачи, подлежащие ежегодному пересмотру. Он также содержит механизмы, способствующие обеспечению финансирования, основанного на эффективности (36).

Приоритеты системы здравоохранения расставляются с учетом эффективности достижения ранее установленных целей, национальных тенденций и состояния здоровья населения; в их проработке также задействованы ЕС и другие международные партнеры.

Кроме того, как отмечалось ранее, в рамках ПТЗ была развернута всеобъемлющая программа реформирования отрасли.

В рамках Министерства здравоохранения четкое определение ролей и сфер ответственности способствует упорядоченной организации процесса постановки целей для системы здравоохранения. Например, национальные меры политики здравоохранения разрабатываются Департаментом стратегического планирования Министерства здравоохранения посредством инклюзивного процесса, в который вовлечены все заинтересованные стороны (например, частный и государственный сектор, НПО, профсоюзы, регионы). Руководители высшего звена и заместители Министра, в свою очередь, отвечают за разработку отраслевых документов и мер политики. Наконец, сотрудничество между отделами официально оформлено, еженедельно проводятся встречи глав отделов с заместителями Министра, чтобы обсудить текущую обстановку и запланированные мероприятия.

В процессы определения (ожидаемых) результатов и мер политики здравоохранения вовлекается все большее число других заинтересованных субъектов. Общегосударственный и межотраслевой подходы используются для решения таких задач, как антитабачные меры и контроль зоонозных, трансмиссивных и паразитарных заболеваний при совместной работе с Министерством продовольствия, сельского хозяйства и животноводства. Несмотря на то, что процесс участия в этих вопросах не институционализирован, предпринимаются попытки вовлечения НПО в разработку, реализацию, мониторинг и оценку программ в отрасли здравоохранения.

4.3.4 Механизмы мониторинга эффективности деятельности системы здравоохранения

Реструктуризация Министерства здравоохранения и реорганизация функции отделений и филиалов расширили потенциал Министерства здравоохранения по осуществлению мониторинга и оценки. Отдельные подразделения каждые три месяца отчитываются о реализации задач Стратегического плана. Кроме того, в соответствии с законодательством, все министерства каждые три месяца предоставляют казначейству и Министерству финансов отчет об использовании финансовых средств. В соответствии с ПТЗ функции контроля за оказанием услугами здравоохранения были делегированы новым квазигосударственным агентствам, уполномоченным контролировать предоставление услуг в сфере общественного здравоохранения и индивидуальных медицинских услуг, а также деятельность фармацевтической отрасли и отрасли изделий медицинского назначения (93).

Стратегический план включает схему мониторинга и оценки, предполагающие ежегодное предоставление количественной информации о различных аспектах деятельности, включая целевые показатели эффективности, индикаторы и мероприятия по реализации плана.

В Стратегическом плане на 2013–2017 гг. имеется несколько механизмов мониторинга и оценки, а именно:

- ежегодные отчеты о достигнутом прогрессе для разработки программы эффективности деятельности и отчета о мероприятиях;
- ОЭСЗ (планируется внедрить к 2017 г.);
- ежегодные отчеты о мероприятиях;
- промежуточный отчет, который должен быть подготовлен к середине 2015 г.;
- заключительный отчет, который должен быть представлен в 2018 г.;
- специализированные отчеты по достижению конкретных ожидаемых результатов (37).

Прогресс в достижении результатов и целей, определенных в Стратегическом плане, контролируется Департаментом стратегического планирования при Министерстве здравоохранения (36).

Индикаторы эффективности деятельности, представленные в Стратегическом плане, включают описание текущей ситуации, целей и достижений. Хотя и имеются детальные индикаторы, в частности оценки успешности реализации плана различными подразделениями, остается потребность в дальнейшей проработке и институционализации процесса более эффективного использования этих данных для разработки конкретных мер политики.

В целом, можно выделить две группы индикаторов. Первая группа включает индикаторы, определенные в соответствии с международными стандартами при сотрудничестве с международными партнерами и в соответствии с международными руководствами. Данные индикаторы разрабатываются при поддержке Департамента статистики, а оценки по ним проводятся совместно Министерством финансов, Министерством развития и Агентством социального обеспечения. Вторая группа состоит из индикаторов, определенных на основании национальных критериев, и по ним отчитываются структурные подразделения Министерства здравоохранения, которые проходят специальную подготовку для обеспечения общего понимания индикаторов. Более того, установлена система непрерывного сбора учетной информации, которая предоставляет информацию непосредственно по индикаторам. В настоящее время проходит тестовые испытания новое программное обеспечение, которое предназначено для дальнейшего содействия в проведении мониторинга реализации Стратегического плана и позволит сформировать систему автоматической отчетности.

Для подготовки проведения первой ОЭСЗ в Министерстве здравоохранения были проведены совещания с привлечением более 60 заинтересованных сторон из различных отраслей, а также встречи высокого уровня. При поддержке международных партнеров на встречах высокого уровня были приняты консенсусные решения в отношении карты реализации стратегии, выбор индикаторов и методик оценки. Индикаторы для карты реализации стратегии были определены и пересмотрены в 2009 г., а итоговая версия была одобрена в январе 2010 г. На основании Стратегического плана и международных индикаторов эффективности деятельности системы здравоохранения было разработано 282 исходных индикатора. Данный список был постепенно сокращен до 62 индикаторов эффективности, сгруппированных по девяти показателям эффективности на основании доступности, достоверности и надежности исходных данных, лежащих в основе индикаторов.

Основной проблемой мониторинга является доступность и качество данных. Для проведения ОЭСЗ были разработаны подробные описания индикаторов, включая методы сбора

данных, меры по улучшению их качества, их интерпретации и представления результатов. Большой проблемой является то, что данные по здоровью нельзя полностью дезагрегировать на составляющие, а информация, поступившая из различных областей системы, не может быть полноценно использована по причине серьезнейших проблем в отношении сопоставимости и различной степени желания заинтересованных лиц делиться данными. Для решения этого вопроса процесс ОЭСЗ был разработан с обеспечением высокой степени участия и децентрализации, что позволило всем заинтересованным сторонам принять участие в выборе и определении индикаторов, анализе данных, предоставлении дополнительной информации аналитического характера и определении соответствующих мер политики. Национальные данные были дополнены доступными международными данными. Для проведения в 2011 году ОЭСЗ Турецкая школа общественного здравоохранения собрала все необходимые данные, сгруппировала в рамках систематического концептуальной схемы системы здравоохранения, и представила отчет на основании этой концептуальной схемы.

Министерство здравоохранения предприняло меры по дальнейшему улучшению качества данных и упрощению обмена ими путем внедрения Health Net — системы, которая позволяет в масштабах страны осуществлять обмен электронными медицинскими данными граждан между учреждениями при помощи стандартизированных систем кодирования. Тем не менее, в недавнем обзоре, проведенном ОЭСЗ, было установлено, что необходимо повысить надежность турецкой информационной системы на национальном уровне, а также гармонизировать количественные показатели эффективности с показателями, разработанными ОЭСЗ, и другими международными стандартами (92).

Несмотря на то, что индикаторы качества еще не интегрированы в ОЭСЗ, было озвучено намерение включить их в предстоящие этапы реализации ОЭСЗ. В качестве начального этапа проведения количественной оценки качества медицинской помощи были разработаны стандарты качества услуг, предоставляемых частными больницами. Изначально данный набор стандартов содержал 100 пунктов, по которым прошла апробация в 24 больницах разного типа, работающих в разных отраслях и различных провинциях. В 2007 и 2009 гг. набор стандартов был пересмотрен и в настоящее время он включает 354 стандарта и 900 подкомпонентов. Система кодирования позволила обеспечить сопоставимость стандартов с целью создания статистической системы регистрации.

В целях обеспечения финансовой подотчетности была утверждена Комиссия по мониторингу и оценке расходов на здравоохранение, состоящая из заместителя председателя Казначейства, представителей Министерства финансов, Министерства развития, Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального обеспечения. Данная комиссия проводит регулярный мониторинг и оценку фактических расходов на здравоохранение и способствует разработке необходимых стратегий в отношении данного вопроса. Также стоит отметить, что тогда как для проведения внутреннего аудита предусмотрены отдельные бюджетные ассигнования, для проведения оценки эффективности и мониторинга финансовые ресурсы не предусмотрены.

Дополнительно, в целях улучшения финансовой подотчетности в секторе здравоохранения, Министерство финансов внедрило среднесрочную рамочную программу расходов, порядок внутреннего контроля и механизмы и систему бюджетирования на основе показателей эффективности. Кроме того, отдел внутреннего аудиторского контроля осуществляет мониторинг процессов и проверяет соответствие фактических и запланированных расходов. Еще одним механизмом является система электронного бухгалтерского учета Say2000i Министерства финансов, внедренная в 2001 г.

Вертикальная и горизонтальная отчетность осуществляется в рамках и между учреждениями государственного сектора Турции. Подразделения Министерства здравоохранения ежемесячно отчитываются перед Счетной палатой. В свою очередь Министерство отчитывается перед Парламентской комиссией по планированию и бюджету¹², предоставляя информацию о мероприятиях, индикаторах и эффективности деятельности сектора здравоохранения.

4.3.5 Оценка эффективности деятельности системы здравоохранения

Основным инструментом оценки отрасли здравоохранения Турции являются отчеты по оценке ПТЗ, в которых сравнивается состояние системы здравоохранения до и после реформы, а также рассматривается воздействие реформы. В дополнение к нему был в 2011 г. была проведена ОЭСЗ, которая предполагала оценку общей эффективности системы здравоохранения.

Для обеспечения единообразия при разработке основных положений ОЭСЗ руководствовались ожидаемыми результатами и приоритетами ПТЗ, а также Стратегического плана на 2010–2014 гг. Данные ожидаемые результаты и приоритеты были преобразованы в измеримые задачи отрасли здравоохранения и представлены в карте реализации стратегии, включающей ресурсы, услуги, промежуточные результаты и воздействие на детерминанты и показатели здоровья (36). В свою очередь результаты ОЭСЗ легли в основу установки приоритетов нового Стратегического плана на 2013–2017 гг., а выявленные слабые стороны были определены в качестве новых задач. Таким образом, основными задачами ОЭСЗ было предоставить схему всестороннего мониторинга и оценки ПТЗ с акцентом на таких аспектах, как продуктивность, финансовая защита и «отзывчивость», повысить прозрачность и подотчетность отрасли, а также предоставить заинтересованным сторонам фактические данные для информированного принятия решений.

Важно, что первая ОЭСЗ получила институциональную поддержку на самом высоком уровне, что позволило свести вместе все вовлеченные в процесс заинтересованные стороны. Идеей, которая легла в основу данного подхода, подразумевающего совместное участие, было стремление создать в Министерстве здравоохранения культуру оценки деятельности. Также ожидалось, что это может повлиять на разработку схемы мониторинга и оценки в следующем Стратегическом плане и получить развитие в качестве неотъемлемой части правительственной реформы здравоохранения и программ планирования.

Помимо этих всеобъемлющих оценок, проводятся и другие оценки. Больницы оцениваются на основании таких показателей, как доступ к медицинским услугам, инфраструктура услуг, процессы, удовлетворенность пациентов, и на основе анализа достижения целевых показателей (исследования институциональной эффективности и повышения качества).

4.3.6 Дальнейшее развитие механизмов подотчетности

В турецкой системе здравоохранения имеются различные механизмы и программы, которые могут быть связаны с каждым из трех компонентов подотчетности в системе здравоохранения. Во-первых, пятилетние планы стратегического развития сектора в сочетании с всеобъемлющей схемой реформ — ПТЗ — определяют *общие ожидаемые результаты* для системы здравоохранения. Во-вторых, два набора индикаторов, из которых один разработан согласно национальным требованиям, а второй — при участии международных

¹² Объем финансирования, выделенного на кадровые ресурсы, за указанный период увеличился приблизительно на 84,5%, хотя общие расходы на здравоохранение как доля от валового внутреннего продукта выросли только лишь на 0,6%.

партнеров, устанавливают параметры для сбора данных по множеству категорий оценки эффективности системы здравоохранения (*количественная оценка эффективности*). В-третьих, *обзор эффективности*, представляет собой отчеты по оценке ПТЗ. Кроме того, в 2011 г. в стране была осуществлена ОЭСЗ (36).

Могут быть предусмотрены и дальнейшие меры по укреплению подотчетности в системе здравоохранения. Для улучшения эффективности ОЭСЗ может быть предпринят целый ряд шагов, особенно с учетом того, что в Стратегическом плане на 2013–2017 гг. (подраздел 4.2.2) указано, что к 2017 г. ОЭСЗ должны быть институционализированы и проводиться ежегодно (37). В целях обеспечения успешности будущих ОЭСЗ важно продолжать уделять большое внимание привязке к ожидаемым результатам деятельности системы здравоохранения, определенным в пятилетних стратегических планах.

Также можно предпринять меры по улучшению инфраструктуры для обмена данными и информацией. В существующих схемах мониторинга эффективности сделан акцент на аспектах, связанных с аудитом; их можно усовершенствовать путем добавления стратегических аспектов, которые отчетливо связывают постановку целей и оценку системы здравоохранения.

Более того, процессы и деятельность должны быть систематизированы и стандартизированы, чтобы снизить до минимума потребность в дополнительных кадровых и финансовых ресурсах. Дополнительная сложность заключается в том, что может потребоваться расширение потенциала в связи с созданием новых структур в отрасли и наделением департаментов новыми полномочиями.

Принимая во внимание то, что проведение ОЭСЗ является интенсивным ресурсоемким процессом, можно рассмотреть возможность сокращения частоты их проведения; например, каждые пять лет.

ОЭСЗ 2011 г. показала, что для проведения оценки эффективности на уровне системы важную роль играет поддержка на высоком уровне. В то время как политическая приверженность является важным элементом, позволяющим обеспечить постоянство и согласованность в выполнении руководящей функции, для укрепления независимости, объективности и прозрачности к проведению оценки эффективности может быть привлечено независимое агентство, занимающееся вопросами подотчетности и отзывчивости систем.

Учитывая различия на уровне провинций, велись активные обсуждения проведения ОЭСЗ на субнациональном и региональном уровнях в ответ на поднятые вопросы, касающиеся неравенств. В новой ОЭСЗ также должен быть предусмотрен более широкий масштаб межотраслевых действий, чтобы обеспечить надлежащее признание усилий, предпринимаемых Турцией по предоставлению всеобъемлющего пакета услуг, включающего укрепление здоровья и профилактику при одновременном воздействии на социальные детерминанты здоровья.

Наконец, необходимо упомянуть, что указанные выше механизмы подотчетности представляют далеко не все инициативы, предпринятые Турцией для улучшения этой ключевой руководящей функции. С 2003 г., например, было введено законодательство и институциональные механизмы, направленные на повышение подотчетности в отношении прав граждан на страхование здоровья и получение медицинских услуг. Такие меры были приняты в целях улучшения прямой подотчетности организаций, предоставляющих услуги здравоохранения (93). В директиве о правах пациентов упоминаются качество, эффективность и доступность услуг в области здравоохранения, а в 2004 г. была добавлена возможность

свободного выбора врача. Кроме того, в целях выявления проблем и получения обратной связи от получателей услуг Министерство здравоохранения организовало горячую линию, управляемую системой коммуникаций Турецкого главного контактного центра (BIMER) и Центром коммуникаций при Министерстве здравоохранения (SABIM).

Несмотря на то, что в недавно представленном отчете ОЭСР рекомендовано далее продолжить работу по стандартизации процедур и более тщательно осуществлять мониторинг качества медицинской помощи, (92) уже получены положительные результаты, поскольку в ежегодных опросах об удовлетворенности пациентов отмечался рост показателя удовлетворенности с 39,5 % в 2003 г. до 75,9 % в 2011 г.

5. Подотчетность в системе здравоохранения: проблемы и возможности для повышения эффективности

В данной главе сделана попытка определить и отразить некоторые ключевые трудности при разработке эффективных механизмов подотчетности в системе здравоохранения с намерением предоставить информацию, которая могла бы быть полезна в дальнейшей работе в рамках выполнения обязательств по повышению подотчетности систем здравоохранения.

В целях аналитической ясности в данном отчете использовали концептуальную модель по категоризации мер, направленных на повышение подотчетности, которая выделяет три основных компонента: постановку целей, количественную оценку эффективности и обзор эффективности. Нет необходимости говорить, что сложности, возникающие в процессе разработки институциональных механизмов обеспечения подотчетности системы здравоохранения, касаются не только внедрения механизмов и процедур для операционализации каждого из трех данных компонентов, но и разработки институциональных механизмов, направленных на то, чтобы связать их друг с другом.

Таким образом, по большому счету, всеобъемлющий процесс обеспечения подотчетности в системе здравоохранения включает ряд связанных между собой мероприятий: определение ожидаемых результатов, разработку надлежащих индикаторов для оценки прогресса по заявленным ожидаемым результатам, сбор данных, отражающих деятельность системы здравоохранения, анализ и оценку данных в свете заявленных результатов, последующее принятие основанных на фактических данных решений по формулированию целей, а также распространение полученной информации в соответствии с принципами прозрачности. Чтобы данный процесс был эффективным, каждый из трех определенных компонентов должен быть разработан и представлен таким образом, чтобы обеспечивать согласованность с другими компонентами и их укрепление, что будет содействовать активному обмену информацией между задействованными субъектами и заинтересованными сторонами.

Как изложено в Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния»: «чтобы улучшить ... деятельность [системы здравоохранения], необходимо использовать комплексный подход, включающий согласованные воздействия на многочисленные звенья системы» (см. Статью 14 (1)). Политика Здоровье-2020 делает понятие подотчетности еще более комплексным, расширяя масштаб функции стратегического руководства, включая в нее и здоровье, и благополучие. Действительно, согласно политике Здоровье-2020 при разработке новых мер политики их охват расширяются с традиционных подходов, направленных на уязвимые группы населения, до воздействия на социальные детерминанты здоровья, с здорового начала жизни до принципа охвата всех этапов жизни человека, от финансовой защиты до всеобщего охвата услугами здравоохранения и, среди прочего, от структурных вмешательств до подходов по улучшению окружающей среды и построению устойчивых сообществ. При этом представляется, что число стран, ставящих цели на субнациональном уровне для лучшего выявления и решения проблемы неравенств, возрастет (96).

Поэтому очевидно, что обязательства по повышению подотчетности в системе здравоохранения создают обуславливают значительные потребности и вызовы, некоторые из которых носят технический характер, например обеспечение качественной количественной оценки, а другие — более управленческий характер, например координация и сотрудничество между разными группами учреждений и заинтересованных сторон. Также необходимо подчеркнуть, что для многих стран разработка механизмов и протоколов, направленных на повышение подотчетности в системе здравоохранения является относительно новым процессом. Это объясняет тот факт, что часть сложностей наблюдается именно в процессе разработки и институционализации механизмов подотчетности.

Одной из наиболее существенных технических проблем, связанных с разработкой эффективных механизмов подотчетности в системе здравоохранения, является перевод ожидаемых результатов деятельности систем здравоохранения в поддающиеся оценке индикаторы, которые являются достоверными и надежными. Это представляется ключевым фактором, поскольку точная информация по соответствующим показателям здоровья, благополучия, социальным детерминантам и здравоохранению является неотъемлемой частью как основанных на фактических данных решений по постановки целей, так и оценки и, в конечном итоге, повышения общей справедливости и гибкости систем здравоохранения в соответствии с обязательствами, принятыми на себя государствами-членами в рамках Таллиннской хартии и политики Здоровье-2020. Наличие сложностей при установлении целевых ориентиров на национальном уровне подтверждаются в контексте политики Здоровье-2020 тем, что лишь небольшое количество стран сообщили об определении целевых ориентиров (96).

В идеале определение индикаторов для мониторинга эффективности деятельности должно прямо и последовательно вытекать из всеобъемлющих ожидаемых результатов деятельности, установленных для системы здравоохранения. Однако в реальности лица, принимающие решения, имеют дело с информационными системами, которые уже содержат значительное число индикаторов по широкому спектру вопросов, связанных со здоровьем, которые могут предоставлять, а могут и не предоставлять точную информацию по специфическим областям, требующим мониторинга. Добавление новых индикаторов может оказаться экономически неэффективным, и, следовательно, в первую очередь возникает вопрос о возможности наилучшим образом использовать уже доступную информацию.

Также существуют ошибочные представления о том, каким образом можно выполнять оценки или сравнения в отношении эффективности. В недавно выпущенной Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения публикации, посвященной сравнению эффективности деятельности систем здравоохранения, отмечен ряд сложностей, связанных с доступностью и сопоставимостью информации об эффективности деятельности, а также высказана озабоченность в отношении использования единственного показателя эффективности для всей системы и акцента на индикаторах эффективности, не имеющих значения в контексте политики (97). В такой комплексной ситуации выраженная в Таллиннской хартии приверженность расширению межстранового взаимного обучения могла бы стать механизмом укрепления информационных систем и стратегий сбора данных в государствах-членах. В рамках этого конструктивного процесса страны могли бы учиться на опыте других, как положительном, так и отрицательном.

Другой аспект, который необходимо учитывать, заключается в том, что поддержание приверженности в отношении национальных стратегий здравоохранения, проведения количественной оценки эффективности и обзоров деятельности системы здравоохранения

могут быть проблематичными, если частые смены правительства влекут за собой изменения в политических приоритетах. Подобным образом устойчивость механизмов подотчетности может подвергаться риску из-за необходимости принятия трудных решений по распределению финансирования, принятых в условиях экономического и финансового кризиса. Тем не менее, некоторым странам удалось поддерживать стабильность в отношении политических задач. Например, в Республике Молдова обязательства по выполнению задач стратегии развития здравоохранения, принятой в 2007 г., соблюдались несмотря на смену нескольких правительств и влияние финансового кризиса (90). В Турции осуществлению всеобъемлющей программы трансформации здравоохранения (2003–2011 гг.) в существенной степени способствовали преемственность в работе государственной власти.

Дополнительная проблема при повышении подотчетности в системе здравоохранения относится к тому, насколько руководящие органы системы способны координировать действия и потоки информации между соответствующими заинтересованными и вовлеченными сторонами и субъектами в различных отраслях и на разных административных уровнях.

Например, количественная оценка некоторых результатов в отношении здоровья среди населения уже может проводиться учреждениями, не относящимися к отрасли здравоохранения, или входить в обязанности децентрализованных уровней государственного руководства. В соответствии с обязательствами, выраженными в Таллиннской хартии и подкрепленными в рамках политики Здоровье-2020, в подобных контекстах необходимо поддерживать и укреплять вовлечение заинтересованные стороны благодаря созданию четких механизмов коммуникации и развитию сетей сотрудничества с другими соответствующими субъектами в качестве ключевого компонента для разработки действенных систем оценки эффективности. Это, в свою очередь, упростило бы сбор наиболее точных доступных данных и позволило бы избежать дублирования функций, что помогло бы эффективно использовать ресурсы в соответствии с еще одним обязательством, определенным Таллиннской хартией.

Однако чем более децентрализована система здравоохранения, тем большую сложность может представлять вовлечение и координация широкого спектра заинтересованных сторон. Ярким примером служит Босния и Герцеговина, где децентрализация системы здравоохранения создает значительные проблемы для повышения эффективности, поскольку децентрализация требует, чтобы множество небольших административных единиц использовали собственные схемы мониторинга и оценки. Такой процесс является более сложным с организационной точки зрения и, скорее всего, более дорогим. Другим примером является Финляндия, где, как показало углубленное исследование, на расстановку приоритетов в отрасли здравоохранения, проведение мониторинга и обзоров существенное влияние оказывает децентрализация структуры системы здравоохранения, что приводит к значительным различиям между муниципалитетами. Всеобъемлющая радикальная реформа, провозглашенная Правительством Финляндии в марте 2014 г., предполагает решение данной проблемы посредством централизации структур принятия решений, а также благодаря созданию более сильного национального механизма управления.

И все же решающее значение по-прежнему имеет учет взглядов, причин озабоченности и мнений различных групп населения в различных сообществах, поскольку это необходимо для разработки более адаптивного подхода к постановке целей для системы здравоохранения и обеспечения чувства сопричастности, которое является важным фактором формирования спроса на подотчетность. Учет мнений менее влиятельных или даже маргинализованных групп населения, таким образом, является насущной проблемой, требующей серьезного внимания, поскольку данные группы особенно подвержены ряду рисков для

здоровья, обладая при этом наименьшей возможностью донести свое мнение посредством официальных механизмов, доступных широкой общественности. Таким образом, развитие механизмов информативных и репрезентативных консультаций является крайне важным для повышения подотчетности перед всеми группами населения, а также для сокращения неравенств в отношении здоровья.

Более того, укрепление инклюзивности и прозрачности процессов, связанных с постановкой целей и оценкой эффективности, а также упрощение всеобщего доступа к информации, полученной в ходе оценки, являются залогом успешного управления и повышения эффективности системы здравоохранения. Республика Молдова является примером того, как принцип участия всего общества был применен к разработке мер политики для решения конкретных проблем здравоохранения, тогда как Турция успешно внедрила такой подход при развертывании ПТЗ.

Наконец, очевидно, что институционализация новых процессов и протоколов, направленных на повышение подотчетности системы здравоохранения, требует гораздо больше, чем просто определение новых полномочий и ввод в действие нормативно-правовой базы. Институционализация также требует инвестирования в наращивание потенциала и внимания к формированию спроса в целях обеспечения устойчивости. Таким образом, усилия по повышению подотчетности системы здравоохранения должны быть подкреплены стратегиями, что позволит обеспечить стимулы не только для создания новых механизмов сотрудничества между должностными лицами из различных учреждений и отраслей, но и для сохранения человеческого капитала, а значит и приобретенного опыта и знаний, необходимых для выполнения технических функций, связанных с проведением действенной количественной оценки и обзора эффективности.

Подводя итог, можно сказать, что в Таллиннской хартии и политике Здоровье-2020 изложен ряд взаимоусиливающих целей. И государства-члены на себя обязательства стремиться к их выполнению. Эти два переломных документа дали импульс для повышения подотчетности систем здравоохранения, а государства-члены, в свою очередь, расширили масштабы соответствующей деятельности. На практике это может означать, что некоторые вызовы, с которыми страны сталкиваются при разработке эффективных механизмов обеспечения подотчетности систем здравоохранения, могут быть превращены в возможности для формулирования и укрепления общей цели по переходу от заявленных ценностей к действиям, а также для создания таких систем здравоохранения, в рамках которых наивысший достижимый уровень здоровья является фундаментальным и неотъемлемым правом человека.

6. Выводы

В целом, с момента принятия в 2008 г. Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» страны в Европейском регионе ВОЗ приложили множество усилий для повышения подотчетности в своих системах здравоохранения. Эти усилия получили новый импульс с утверждением в 2012 г. политики Здоровье-2020. Страны вели эту работу различными способами. Данные выводы согласуются с результатами опроса государств-членов (96).

Это исследование сфокусировано главным образом на трех аспектах, связанных с повышением подотчетности в системе здравоохранения: определении ожидаемых результатов, количественной оценке эффективности при помощи набора индикаторов, а также проведении обзора эффективности систем здравоохранения.

Как сказано в данном отчете, большое количество усилий было направлено на разработку НСППЗ или целевых ориентиров в области здравоохранения. Как минимум в 35 из 43 европейских стран, где приняты НСППЗ, были утверждены новые стратегии или обновляются уже существующие. Эта работа ведется с 2008 г. и стала еще более интенсивной после принятия политики Здоровье-2020 в 2012 г. Некоторые страны сосредоточили свою деятельность именно на областях, которые являются ключевыми для политики Здоровье-2020: к примеру, на неравенствах в отношении здоровья и межсекторальных подходах к стратегическому руководству в области здравоохранения. Более того, ряд государств-членов разрабатывает не стратегии для сектора здравоохранения, а всеобъемлющие национальные стратегии здравоохранения, где здоровье – сфера общегосударственной ответственности. Это ведет бросает новые вызовы в отношении осуществления мониторинга эффективности систем здравоохранения, поскольку определение системы здравоохранения в таком контексте становится значительно шире.

В то время как некоторые страны используют свои НСППЗ в качестве стандарта и плана по мониторингу эффективности системы здравоохранения, другие разрабатывают отдельные пакеты индикаторов на основании различных критериев. В общей сложности, определены 32 страны, которые регулярно проводят мониторинг на основании набора индикаторов эффективности деятельности системы здравоохранения. Количество индикаторов варьирует от примерно 26 до 1000, при этом большинство стран использует около 100 индикаторов для мониторинга системы здравоохранения.

Что касается обзоров эффективности системы здравоохранения, отчет выявил как минимум 18 стран, которые в той или иной форме проводят такие обзоры, включая те, которые часто проводят их в ретроспективном формате (постфактум).

Несомненно, разнообразие подходов, методологий и инструментов, представленных здесь, необходимо понимать в свете различного социального, экономического и институционального контекста, доминирующего в разных странах Региона. Опыт трех стран — Республики Молдова, Турции и Финляндии — дополнил международное исследование, более подробно продемонстрировав некоторые проблемы, которые возникают при создании эффективных механизмов подотчетности для комплексных реально существующих систем здравоохранения.

Турция является наглядным примером страны, где система здравоохранения традиционно характеризовалась существенной централизацией принятия решений, и где в настоящее

время предпринимаются попытки передачи больших полномочий в принятии решений на региональный и местный уровни. Финляндия, в свою очередь, является примером страны, где система здравоохранения в существенной мере децентрализована, и где предпринимаемые попытки по унификации подходов и стандартизации процессов приводят к централизации некоторых ключевых сфер принятия решений. Опыт этих двух стран является показательным для одного из наиболее важных компромиссов, с которым сталкиваются структуры, ответственные за управление деятельностью системы здравоохранения, в процессе разработки стратегий по улучшению ее эффективности. Этот компромисс касается поиска оптимального баланса между централизацией (для усиления общесистемного применения управляющей функции) и децентрализацией (для обеспечения достаточной адаптации к региональным различиям и особенностям в целях сохранения адекватного реагирования на местные потребности).

Пример Республики Молдова демонстрирует опыт стран, которые прошли быстрый процесс социально-экономических и политических преобразований, где системные изменения часто отражаются на отраслевом уровне в преемственности программ и подходов, акцентированных на различных приоритетных областях, политических инструментах и стратегиях. В таком контексте определение объединяющего направления для системы здравоохранения с ясными приоритетными задачами и ожидаемыми результатами предполагает не только наличие управляющего процессом органа, но и упорядочение и согласование существующих институциональных структур с целью эффективного стратегического руководства, включая соответствующие инструменты для обеспечения подотчетности в системе здравоохранения.

С учетом всего вышесказанного, результаты, полученные в Европейском регионе ВОЗ с момента принятия Таллиннской хартии и основ политики Здоровье-2020, указывают на то, что укрепление подотчетности в системах здравоохранения является хоть и трудной, но выполнимой задачей. И уже наблюдается значительный прогресс в этой сфере. Результаты также демонстрируют, что не существует единственного подхода, который мог бы быть одинаково эффективным в разных национальных контекстах. Управляющие системой здравоохранения структуры должны учитывать, прежде всего, конкретные и специфические обстоятельства, доминирующие в их странах, чтобы разумно использовать международные инструменты и методы передовой практики для повышения подотчетности в системе здравоохранения и, в конечном итоге, повышения эффективности ее деятельности.

Библиография

1. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
2. Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/ru/data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
3. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения Европы. Последствия и значение для политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ в качестве принимающей стороны и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; 2015 (http://www.euro.who.int/ru/data/assets/pdf_file/0009/285993/Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe.-Impact-and-implications-for-policy-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
4. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med.* 2012;74:647-53. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.011.
5. WHO Regional Office for Europe. Section IV Sustaining equity, solidarity and health gain in the context of the financial crisis. B: Interim report on implementation of the Tallinn Charter. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2011 (EUR/RC61/Inf. Doc./2; (http://www.euro.who.int/ru/data/assets/pdf_file/0005/148811/RC61_InfDoc2.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
6. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/ru/data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
7. Paul S. Accountability in public services: exit, voice, and capture. Washington (DC): World Bank; 1991: 1047 (Policy Research Working Paper Series, no. 614).
8. Baez-Camargo C. Accountability for better health care provision: a framework and guidelines to define, understand and assess accountability in health systems. Basel: Basel Institute on Governance; 2011 (Working Paper Series, no. 10).
9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Систем здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
10. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
11. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
12. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement. Experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press, European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects-2009/performance-measurement-for-health-system-improvements-prelims>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).

13. Резолюция Европейский региональный комитет ВОЗ EUR/RC62/R4 Здоровье-2020 – Основы Европейской политики улучшения здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/173655/RC62rs04-Health-2020-RUS.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
14. National Health Plan 2004-2010. Volume I—Priorities. Lisbon: Directorate-General of Health, Ministry of Health of Portugal; 2004 (<https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006666.pdf>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
15. WHO evaluation of the national health plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/countries/portugal/publications/who-evaluation-of-the-national-health-plan-of-portugal>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
16. National Health Plan 2012-2016 [website]. Lisbon: Directorate-General of Health of Portugal; 2012 (<http://pns.dgs.pt/nhp-in-english/>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
17. Реализация политики Здоровье-2020. Европейский региональный комитет ВОЗ, Шестьдесят третья сессия, Измир, Турция, 16-19 сентября 2013. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (EUR/RC63/Inf.Doc./1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/198704/63id01r_ImplementHealth2020.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
18. The Icelandic National Health Plan to the year 2010. Reykjavik: Ministry of Health and Social Security; 2004 (<http://eng.velferdarraduneyti.is/media/Skyrslur/heilbenska5mai.pdf>).
19. National Health Care Strategy 2012-2020. Zagreb: Government of the Republic of Croatia; 2012: 56-8 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Croatia/nhc_croatia.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
20. Национална здравна стратегия 2014-2020 [Национальная стратегия здравоохранения 2014-2020]. В: Ministry of Health of Bulgaria [website]. Sofia: Ministry of Health of Bulgaria; 2013 (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=472&home=true&categoryid=6530>) (на болгарском языке).
21. Public health strategy for 2011-2017. Riga: Ministry of Health of the Republic of Latvia; 2011 (http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/latvia_annex2_public_health_strategy_2011_2017.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
22. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 [Национальный план развития здравоохранения 2011-2013]. Rome: Ministry of Health of Italy; 2010 (http://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/28/PIANO%20SANITARIO%20NAZIONALE.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.) (на итальянском языке).
23. Strategic Plan for Health Care Development in the Federation of Bosnia and Herzegovina between 2008 and 2018. Sarajevo: Federal Ministry of Health of the Federation of Bosnia and Herzegovina; 2008 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Bosnia%20and%20Herzegovina/bosnia_herzegovina_strategic_plan_for_health_care_development_2008-2018.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
24. Реализация политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (EUR/RC63/Inf.Doc./1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/198701/63id01e_ImplementHealth2020.pdf?ua=1).
25. Lietuvos Sveikatos 2014-2023 Metų Programa [Программа развития здравоохранения Литвы 2014-2023]. Vilnius: Parliament of the Republic of Lithuania; 2013 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Lithuania/nhp_lithuania.pdf) (на литовском языке).
26. Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан». Указ Президента Республики Казахстан № 1113 от 29 ноября 2010 года.. Алматы: Президент Республики Казахстан; 2010 (http://www.akorda.kz/en/category/gos_programmi_razvitiya ССЫЛКА НЕ ДЕЙСТВУЕТ).

27. National Health Plan 2009-2020. Tallinn: Ministry of Social Affairs of Estonia; 2012 (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Aruanded/rta_2009-2020_2012_eng.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
28. National Health Programme for the years 2007-2015 in Resolution No. 90/2007 on 15 May 2007. Warsaw: Council of Ministers of Poland; 2007 (http://www.mz.gov.pl/data/assets/pdf_file/0003/15843/1943_001pop.pdf).
29. Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domanski F, Czyzewski M et al. Poland: health system review. Health Systems in Transition. [Польша: Системы здравоохранения: время перемен.] Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ в качестве принимающей стороны и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/countries/poland/publications/poland-hit-2011>, , по состоянию на 7 мая 2018 г.).
30. Strategicky ramec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030 [Рамочная стратегия развития здравоохранения на период 2014-2030 годов]. Bratislava: Ministry of Health of the Slovakia Republic; 2014 (http://www.vzbb.sk/sk/podujatia/2014/nhp_slovakia.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.) (на словацком языке).
31. National Health Policy Republic of Moldova 2007-2021. [Национальная политика здоровья] Chisinau: Government of the Republic of Moldova; 2007 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Moldova/moldova_national_health_policy_2007-2021_eng.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
32. Healthcare System Development Strategy for the period 2008-2017 [Стратегия развития системы здравоохранения на период 2008-2017 годов]. Chisinau: Government of the Republic of Moldova; 2007 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127950.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
33. Указ от 29 декабря 2012 г. Концепция развития «Азербайджан – 2020: взгляд в будущее». Баку: Президент Республики Азербайджан; 2012 (https://www.president.az/files/future_ru.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
34. Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J. Cyprus: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/countries/cyprus/publications/cyprus-hit-2012>, по состоянию на 7 мая 2018 г.) Смотри также краткое резюме на русском http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/184673/Summary-HiT-Cyprus-2012-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.
35. Strategic Plan 2010-2014. Ankara: Ministry of Health of Turkey; 2010 (http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitap.php?id=240&k=strategic_plan_2010_2014).
36. Практический опыт проведения оценки деятельности систем здравоохранения. Многолетний процесс в европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012: 56 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/168876/Case-studies-for-HSPA-RUS.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
37. Strategic Plan 2013-2017. Ankara: Ministry of Health of Turkey; 2012 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/stratejikplaning.pdf>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
38. Turkish Health Transformation Program: Assessment Report (2003-2011). Ankara: Ministry of Health of Turkey; 2011 (<http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/2-1261/h/ turkey-health-transformation-program-2003-2010.pdf>).
39. 3163 Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev [3163 Резолюция «О национальном плане развития системы здравоохранения на период 2008-2013 годов “Удовлетворенные пациенты и работники сектора здравоохранения”]. Ljubljana: Official Gazette of the Republic of Slovenia, no. 72, 17 July 2008 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Slovenia/resolution_on_the_plan_2008_2013.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.) (на словенском языке).

40. Semmelweis Plan for the Rescue of Health Care. Budapest: Ministry of National Resources, State Secretariat for Health; 2011 (http://www2.gyemszi.hu/conf/upload/BEK610_001.pdf).
41. Future Health. A strategic framework for reform of the health service 2012-2015. Dublin: Department of Health of Ireland; 2012 (<http://health.gov.ie/blog/publications/future-health-a-strategic-framework-for-reform-of-the-health-service-2012-2015/>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
42. Ибрагимов Ф, Ибрагимова А, Кехлер Д, Ричардсон Э. Азербайджан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Copenhagen: Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/countries/azerbaijan/publications/azerbaijan-hit-2010>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
43. Azzopardi-Muscata, N Clemensa T, Stonerc D, and Brand H. EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors. Health Policy 119. 2015; 375-383 ([https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(15\)00010-X/pdf](https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(15)00010-X/pdf), по состоянию на 7 мая 2018 г.).
44. The Federal Council's health policy priorities. Bern: Federal Office of Public Health of Switzerland; 2013 (<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=en>).
45. Rosenberg E, Grotto I, Dweck T, Horev T, Cohen M, Lev B. Healthy Israel 2020: Israel's blueprint for health promotion and disease prevention. Public Health Rev. 2014;35:1-18 (http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/13/00_Rosenberg.pdf).
46. Piano Nazionale della Prevenzione [National Prevention Plan] 2014-2018. Rome: Ministry of Health of Italy; 2014 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf) (на итальянском).
47. Healthy Ireland. A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013-2025. Dublin: Department of Health of Ireland; 2013 (<http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
48. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. N 294 г. Москва "Об утверждении новой редакции государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения". Москва: Правительство Российской Федерации; 2014 г. (<http://government.ru/docs/11908/>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
49. Health 2020—National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention. Prague: Ministry of Health in cooperation with the National Institute of Public Health, of the Czech Republic; 2014 (http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
50. Rahmen-Gesundheitsziele [Health targets for Austria] [website]. Vienna: Federal Ministry of Health of Austria; 2012 (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/health-targets-for-austria/>).
51. Gesundheitsziele [Health-targets] [website]. Cologne: Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V. [Association for Social Security Policy and Research]; 2013 (www.gesundheitsziele.de) (на немецком языке).
52. Socially Sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 2011 (http://www.stm.fi/c/document_hbrary/get_file?folderId=2765155&name=DLE-15321.pdf).
53. Кацага А, Кульжанов М, Kranikolos M, Rechel B. Казахстан: Обзор системы здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/publications/kazakhstan-hit-2012>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
54. NHS Outcomes Framework Indicators. Leeds: Health and Social Care Information Centre; 2010 (<http://www.hscic.gov.uk/nhsf>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).

55. Gaal P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011: 211 (<http://www.euro.who.int/en/countries/hungary/publications/hungary-hit-2011>, по состоянию на 7 мая 2018 г.) Смотри также краткое резюме на русском (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0004/184675/Summary-HiT-Hungary-2011-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
56. Barcevičius E, Weishaupt T and Zeitlin J, editors. Assessing the Open Method of Coordination Institutional Design and National Influence of EU Social Policy Coordination. Work and Welfare in Europe Series. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2014.
57. Council of the European Union. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting on 9 and 10 December 2013. Official Journal of the European Union. 2013; 376/05, 21.12.2013, p.3. ([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013XG1221\(01\)&from=END](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013XG1221(01)&from=END), по состоянию на 7 мая 2018 г.).
58. Joint annual health sector reviews: a review of experience. Geneva: International Health Partnership; 2013 (http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Upcoming_events/JAR%20Final%20Report%20Feb2013.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
59. Ходажмуродов Г, Речел Б. Таджикистан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/publications/tajikistan-hit-2010>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
60. Den Sooluk National Health Reform Programme in the Kyrgyz Republic for 2012-2016. Bishkek: Ministry of Health of Kyrgyzstan (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Kyrgyzstan/nhp_kyrgyzstan.pdf).
61. Hajdinia G, Harxhi A, Ylli A, Sulcebe G, Como A, Agolli E. Health in Albania. National background report. Tirana: Ministry of Health; Institute of Public Health; Faculty of Medicine, University of Tirana; 2009 (http://wbc-inco.net/object/event/5988/attach/HEALTHINALBANIA_Final.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
62. Pla Estrategic de Salut: Resum Executiu [Strategic Health Plan: Executive Summary]. Andorra la Vella: Ministry of Health, Welfare, Family and Housing; 2008 (http://www.salut.ad/images/stories/Salut/pdfs/departament/PES_Document_Executiu.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.) (на каталанском языке).
63. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015 [Национальная программа развития системы здравоохранения и социального благополучия (KASTE) 2012-2015]. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2012 (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf) (на финском языке).
64. Strategie Nationale Sante, Feuille de Route [National Health Strategy: Roadmap]. Paris: Ministry for Social Affairs and Health and Women's Rights; 2013 (<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>, по состоянию на 7 мая 2018 г.) (на французском языке).
65. Georgia—National Health Care Strategy 2011-2015. Tbilisi: Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia; 2011 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Georgia/nhp_georgian.pdf).
66. Busse R, Blumel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
67. A National Health Systems Strategy for Malta 2014-2020. Valletta: Ministry of Health of Malta; 2014 (<https://ehealth.gov.mt/download.aspx?id=10042>).

68. Strategy on Development of Healthcare System. В: Ministry of Health of Montenegro [website]. Podgorica: Ministry of Health of Montenegro; 2003 (<http://www.mzdravlja.gov.me/en/sections/strategy-on-development-of-healthcare-system>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
69. Ringard A, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/countries/norway/publications/norway-hit-2013>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
70. Strategia Naliionalla de Sanatate 2014-2020: Sanatate pentru prosperitate [Национальная стратегия развития здравоохранения на 2014-2020 годы: Здоровье для процветания]. Official Gazette, no. 891, 8 December 2014. Bucharest: Ministry of Health; 2014 (<http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>) (на венгерском языке).
71. Odluka o Planu Razvoja Zdravstvene Zastite Republike Srbije [Решения о разработке плана развития здравоохранения Республики Сербской]. Official Gazette of the Republic of Serbia, no. 88/2010; 2010. (http://pravnikener.org/pdf/sr/baza_propisa/58.pdf) (на сербском языке).
72. Health Strategy of the Republic of Macedonia, 2020. Safe, efficient and just health care system. Skopje: Republic of Macedonia Ministry of Health; 2007 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/The%20former%20Yugoslav%20Republic%20of%20Macedonia/nhp_macedonia.pdf).
73. Health: keeping finger on the pulse. Turkmenistan Analytic Magazine. 2013;10-12:103-5(http://www.turkmenistaninfo.ru/?page_id=6&type=article&elem_id=page_6/magazine_185/1505&lang_id=en).
74. Проект Закону України "Про затвердження Загальнодержавної програми "Здоров'я – 2020: український вимір" [Проект закона Украины «Об утверждении государственной программы «Здоровье 2020: Украинское измерение» Ukrainian Dimension". В: Ministry of Health of Ukraine [website]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2013 (http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html) (на украинском языке).
75. Primary Care Quality Management in Uzbekistan [Управление качеством первичной медико-санитарной помощи в Узбекистане]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/uzbekistan/publications/primary-care-quality-management-in-uzbekistan,-who-europe-2007> , по состоянию на 7 мая 2018 г.).
76. The Constitution of Finland (731/1999). 11 June 1999 (731/1999, amendments up to 1112/2011 included). Helsinki: Ministry of Justice of Finland; 1999 (www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/en19990731.pdf).
77. Act on Primary Health Care (66/1972). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 1972 (www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1972/en19720066.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
78. Act on Specialized Medical Care (1062/1989). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 1989 (www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1989/en19891062.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
79. Act on the Status and Rights of Patients (785/1992). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 1992 (www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
80. Health Care Act (1326/2010). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 2010: Section 36 (<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326.pdf>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
81. Act on the National Institute for Health and Welfare (668/2008). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 2008: Section 2 (www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2008/en20080668.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
82. Statistics Act (280/2004). Helsinki: Parliament of Finland; 2004: Section 2(2) (<http://unstats.un.org/unsd/vitalstatkb/KnowledgebaseArticle50429.aspx>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
83. Health Care in Finland. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 2013 (<http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3395-8>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
84. Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 2001 (http://www2.spi.pt/fahre/docslibrary/health2015_finland.pdf).

85. Ritsatakis A, Makara P. Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009: 42 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/gaining-health.-analysis-of-policy-development-in-european-countries-for-tackling-noncommunicable-diseases> , по состоянию на 7 мая 2018 г.).
86. 7 solutii pentru cresterea economica si reducerea saraciei, formulate de Guvernul Republicii Moldova [Национальная стратегия развития: семь решений для экономического роста и снижения бедности]. Moldova 2020. Chisinau: Government of the Republic of Moldova; 2012 (<http://www.cancelaria.gov.md/lib.php?l=ro&idc=435&nod=1%20>) (на румынском языке).
87. Activity Programme of the Government of the Republic of Moldova, European Integration, Freedom, Democracy, Welfare 2011-2014. Chisinau: Government of the Republic of Moldova; 2011 (<http://www.mfa.gov.md/work-program-en/>).
88. Strategiei naționale de sanatate publica pentru anii 2014-2020 [Национальная стратегия общественного здоровья на 2014-2020 годы]. Decision no.1032 on 20 December 2013, published in the Official Gazette on 27 December 2013, nos. 304-310, article 1139. Chisinau: Government of the Republic of Moldova; 2013 (http://www.ms.gov.md/sites/default/files/strategia_nationala_de_sanatate_publica_2014-2020_rom_ru_eng.pdf) (на румынском языке).
89. Institutional Development Strategy of the National Health Insurance Company 2014-2018. Chisinau: National Health Insurance Company [Republic of Moldova]; 2013 (http://cnam.md/editorDir/file/strategii_de_dezvoltare/2014-2018-institutional-development-strategy-of-the-cnam.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
90. Turcanu G, Domente S, Buga M, Richardson E. Republic of Moldova: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications/health-system-review-for-the-republic-of-moldova-2012> , по состоянию на 7 мая 2018 г.).
91. Strategic planning for health: a case study from Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/publications/strategic-planning-for-health-a-case-study-from-turkey-2015> , по состоянию на 7 мая 2018 г.).
92. OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2013, 2014. Paris: OECD Publishing; 2014: 74, 91 (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-turkey-2013_9789264202054-en , по состоянию на 7 мая 2018 г.).
93. Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sumer S, Aran M, Gurol I et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. Lancet. 2013;382:65-99.
94. Turkey health system performance assessment 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/publications/turkey-health-system-performance-assessment-2011>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
95. Decree Law No. 663 On Structure and Duties of the Ministry of Health and Affiliated Institutions. Official Gazette no. 28103, 2 November 2011. Ankara: Republic of Turkey; 2011.
96. Качественные индикаторы для мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/259583/Qualitative-indicators-for-monitoring-Health-2020-policy-targets-Rus.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
97. Papanicolas I, Smith PS, editors. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. Berkshire: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-system-performance-comparison.-an-agenda-for-policy,-information-and-research-2013>, по состоянию на 7 мая 2018 г.).

Приложение 1. Международный анализ: вопросы интервью

Для проведения интервью с представителями тех стран, где имеются страновые офисы ВОЗ, были разработаны блоки вопросов по каждому из трех компонентов.

1. Ожидаемые результаты

Определены ли в вашей стране ожидаемые результаты деятельности системы здравоохранения?

Являются ли они частью национальной стратегии/плана развития здравоохранения?

Используются ли другие механизмы оценки эффективности деятельности системы здравоохранения?

Охватывают ли ожидаемые результаты широкий спектр целей системы здравоохранения (здоровье, финансовая защита и отзывчивость системы) и основные функции системы (предоставление услуг, создание ресурсов, финансирование здравоохранения и стратегическое руководство)?

Кратко, в одном абзаце, опишите процесс формулирования ожидаемых результатов.

Является ли определение ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения неотъемлемой частью разработки политики в вашей стране?

Активно ли используются сформулированные ожидаемые результаты для управления работой в системе здравоохранения? Можете ли Вы привести пример?

2. Система мониторинга/оценки эффективности системы здравоохранения

Определены ли в вашей стране механизмы мониторинга/оценки эффективности системы здравоохранения, включая набор индикаторов? Если да, то кем?

Определены ли механизмы мониторинга/оценки эффективности системы здравоохранения на основании НПЗ или другого всеобъемлющего политического документа? Если да, то какого?

Какие широкие категории включает механизм?

Наблюдается ли связь индикаторов с ожидаемыми результатами и функциями системы здравоохранения, определенными в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.¹³

Регулярно ли используется механизм? Если да, то кем?

3. Обзоры и системы в рамках ОЭСЗ

Проводился ли в последние пять лет обзор системы здравоохранения/сектора здравоохранения или НПЗ/стратегии?

Можете ли Вы в общих чертах описать процесс в одном параграфе?

Кто задействован в обзоре системы здравоохранения и на каких этапах?

Влияют ли выводы обзора результатов деятельности системы здравоохранения на финансирование, расстановку приоритетов для мер политики или программ?

Проводятся ли в стране регулярные обзоры эффективности системы здравоохранения с составлением соответствующих отчетов?

¹³ The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, по состоянию на 7 мая 2018 г.

Приложение 2. Углубленные обзоры в странах: вопросы интервью

Общие вопросы о подотчетности в системах здравоохранения

Какая структура (лицо) определена как управляющая сектором здравоохранения в стране? Другими словами, кто несет общую ответственность за эффективность деятельности системы здравоохранения на национальном уровне?

Можете ли Вы описать основную законодательную базу в области здравоохранения, которая регулирует деятельность системы здравоохранения? Например, установлено ли конституцией право на здоровье?

Результаты деятельности системы здравоохранения и расстановка приоритетов

Кто наделен полномочиями определять основные приоритеты в системе здравоохранения и ожидаемые результаты ее деятельности?

Каким образом осуществляется делегирование основных функций, связанных с определением приоритетов и ожидаемых результатов для системы здравоохранения? (например, в рамках министерства здравоохранения, подчиненных ему учреждений или другими общественными или частными субъектами, представляющими интересы общественности).

На основании каких критериев определяются данные приоритеты и ожидаемые результаты?

В каком(их) документе(ах) представлены данные приоритеты и результаты?

Кратко, в одном абзаце, опишите процесс, используемый для определения ожидаемых результатов.

Является ли определение ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения неотъемлемой частью разработки политики в вашей стране?

Как часто они обновляются?

Соизмеримы ли с потребностями ресурсы, выделяемые ответственному органу (органам) для определения приоритетов и ожидаемых результатов деятельности системы здравоохранения?

Если нет, объясните, каким образом ограничение ресурсов влияет на эффективность.

В целом, как используются ожидаемые результаты для управления работой в системе здравоохранения? Можете ли Вы привести пример?

Пожалуйста, кратко опишите, какие, по вашему мнению, можно было бы определить наиболее сильные и наиболее слабые области в процессе расстановки приоритетов и определения целей для системы здравоохранения в вашей стране.

Проводились ли существенные реформы процесса расстановки приоритетов и определения целей за последние пять лет? Если да, опишите.

Механизмы мониторинга эффективности деятельности систем здравоохранения

Определены ли в вашей стране механизмы мониторинга/оценки эффективности системы здравоохранения, включая набор индикаторов?

Кому поручена разработка механизма мониторинга (включая принятие решений относительно областей/показателей, которые подлежат мониторингу)?

Кто определяет индикаторы?

Кто собирает и агрегирует информацию?

Какие широкие категории охватывает этот механизм?

Определены ли механизмы мониторинга/оценки эффективности системы здравоохранения на основании НПЗ или другого всеобъемлющего политического документа? Если да, то какого?

Соизмеримы ли с потребностями ресурсы, выделяемые ответственному органу (органам) в целях разработки и внедрения механизма мониторинга эффективности систем здравоохранения?

Если нет, объясните, каким образом ограничение ресурсов влияет на эффективность.

Регулярно ли используется информация, полученная при использовании механизма оценки эффективности? Кем? Кто имеет доступ к индикаторам мониторинга?

Кратко опишите, какие, по вашему мнению, можно было бы определить наиболее сильные и наиболее слабые области в процессе разработки и применения механизма мониторинга эффективности систем здравоохранения в вашей стране.

Проводились ли существенные реформы процесса мониторинга эффективности систем здравоохранения за последние пять лет? Если да, опишите.

Оценка эффективности систем здравоохранения (ОЭСЗ)

Проводит ли Ваша страна регулярные обзоры и составляет ли отчеты по эффективности системы здравоохранения?

Проводился ли обзор системы/сектора здравоохранения или НПЗ /стратегии за последние пять лет?

Кратко опишите процесс в одном параграфе?

Каким образом распределяются основные задачи, связанные с оценкой эффективности систем здравоохранения? Какие лица или структуры вовлечены в проведение обзора системы здравоохранения и на каких этапах?

Проводятся ли совещания заинтересованных сторон и выполняются ли действия, связанные с оценкой эффективности систем здравоохранения, на регулярной основе и в соответствии с предварительно установленным графиком?

Существуют ли установленные механизмы, которые способствуют коммуникации и передаче данных между заинтересованными сторонами, задействованными в оценке?

Соизмеримы ли с потребностями ресурсы, выделяемые ответственному органу (органам) для проведения оценки эффективности систем здравоохранения?

Если нет, объясните, каким образом ограничение ресурсов влияет на эффективность.

Влияют ли каким-либо образом результаты обзора системы здравоохранения на последующие решения относительно финансирования?

Влияют ли результаты обзора системы здравоохранения на последующую расстановку приоритетов для мер политики или программ?

Используются ли результаты обзора системы здравоохранения при разработке институциональных реформ в секторе здравоохранения?

Кратко опишите, какие, по вашему мнению, можно было бы определить наиболее сильные и наиболее слабые области в процессе проведения оценки систем здравоохранения в вашей стране.

Проводились ли существенные реформы процесса оценки эффективности систем здравоохранения за последние пять лет? Если да, опишите.

Приложение 3. Список коллег, предоставивших основную информацию

Список опрошенных в Финляндии

Jutta Jarvelin, старший исследователь, Центр здоровья и социальной экономики (CHESS), Национальный институт здоровья и благополучия (THL)

Toomas Kotkas, профессор юриспруденции и общественного законодательства, руководитель докторантуры по праву, Университет Восточной Финляндии

Juhani Lehto, профессор, Университет Тампере, факультет наук о здоровье

Mikko Vienonen, старший советник по вопросам общественного здравоохранения, FCG Consulting Ltd

Ilkka Vohlonen, директор исследований, отдел консультационных услуг в области здравоохранения, FCG Consulting Ltd

Список опрошенных в Республике Молдова

Angela Ciobanu, технический специалист по вопросам общественного здравоохранения, страновой офис ВОЗ, Республика Молдова

Denis Valac, начальник отдела финансирования, Министерство здравоохранения

Ion Gumene, начальник отдела координирования политики и стратегического планирования, Государственная канцелярия

Jarno Habicht, представитель ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения

Liliana Domente, руководитель национальной программы по борьбе с туберкулезом, Институт фтизиопульмонологии «Chiril Draganiuc»

Marcela Tirdea, начальник отдела анализа политики, мониторинга и оценки, Министерство здравоохранения

Mircea Buga, генеральный директор, Национальная компания медицинского страхования (CNAM)

Oleg Barba, советник заместителя премьер-министра по вопросам труда, социальной защиты и семьи, Государственная канцелярия

Svetlana Cotelea, заместитель Министра общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения

Список опрошенных в Турции

Ahmet Korkut, отдел внутреннего контроля и анализа, Министерство здравоохранения

Banu Ayar, директор Департамента, Генеральный директорат исследований в области здравоохранения, Министерство здравоохранения

Hakan Aksu, заместитель президента, Департамент стратегического управления и планирования, Министерство здравоохранения

Hasan Gokhun Oncul, директор Департамента, Департамент стратегического управления и планирования, Министерство здравоохранения

Sarbanı Chakraborty, консультант, бывший директор регионального сектора, Всемирный банк

Songul Dogan, начальник отдела, Генеральный директорат исследований в области здравоохранения, Министерство здравоохранения

Volkan Petinkaуа, консультант Министра, Генеральный директорат по исследованиям в области здравоохранения

Y. Mehmet Kontas, заместитель начальника странового офиса, страновой офис ВОЗ, Турция

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 году, основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония



Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int