



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ, ШЕСТЬДЕСЯТ ШЕСТАЯ СЕССИЯ

Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

Укрепление систем здравоохранения,  
ориентированных на нужды людей, в Европейском  
регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по  
организации интегрированного предоставления  
услуг здравоохранения



Рабочий документ



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское региональное бюро**

**Европейский региональный комитет ВОЗ**

Шестьдесят шестая сессия

**Копенгаген, Дания 12–15 сентября 2016 г.**

Пункт 5(г) предварительной повестки дня

EUR/RC66/15

+ EUR/RC66/Conf.Doc./11

1 августа 2016 г.

160535

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## **Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения**

Европейская рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения направлена на выполнение приоритетной задачи – преобразовать систему предоставления услуг здравоохранения в соответствии с вызовами XXI века. Она разделяет перспективное видение политики Здоровье-2020 – сделать особый упор на совместных усилиях всего государства и всего общества. Предлагаемые в ней действия опираются на те же принципы, что и политика Здоровье-2020, – первичная медико-санитарная помощь как основа построения систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей. Рамочная основа призывает к принятию мер в четырех сферах, служа при этом средством определения имеющихся у людей потребностей, связанных со здоровьем и другими многочисленными аспектами, и установления партнерских отношений с группами населения и отдельными лицами; обеспечения учета выявленных потребностей в рамках процессов оказания услуг здравоохранения; согласования других функций системы здравоохранения с целью содействия оптимальной эффективности оказания услуг; поддержки стратегического управления преобразованиями.

Рамочная основа для действий тщательно согласована с ценностями, принципами и стратегиями, сформулированными в глобальном Механизме комплексного, ориентированного на людей медицинского обслуживания, а также в Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения "Трудовые ресурсы-2030", которая была принята на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г. Эти стратегические документы были адаптированы к условиям Европейского региона ВОЗ. Настоящая рамочная основа также была согласована с другими стратегическими обязательствами в Европейском регионе ВОЗ, выносимыми на утверждение Шестьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета (стратегиями по улучшению показателей борьбы с неинфекционными заболеваниями, охране здоровья женщин, охране репродуктивного здоровья, а также борьбе с конкретными болезнями, такими как ВИЧ-инфекция и гепатит С), в попытке скоординировать и дополнить предпринимаемые действия и ускорить процесс выполнения этих обязательств.

## **Содержание и важнейшие элементы**

### **Перспективное видение**

Укрепление ориентированных на нужды людей систем здравоохранения, в соответствии с положениями политики Здоровье-2020 (1), нацеленных на то, чтобы скорейшим образом добиться максимальных улучшений в показателях здоровья групп населения и отдельных лиц, сократить неравенства в отношении здоровья, гарантировать финансовую защиту и обеспечить эффективное использование общественных ресурсов путем осуществления межсекторального и многосекторального взаимодействия в соответствии с принципом применения общесоциального и общегосударственного подходов.

### **Стратегический подход**

Интегрированное предоставление услуг здравоохранения, опирающееся на те же принципы, которые были впервые изложены в концепции "Здоровье для всех" и перспективном видении роли первичной медико-санитарной помощи (2), представляет собой подход к преобразованию системы оказания услуг и созданию тех оптимальных условий, которые будут содействовать укреплению систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей: комплексное оказание качественных услуг на протяжении всей жизни, которые разработаны в соответствии с многоплановыми потребностями целых групп населения и отдельных лиц и предоставляются скоординированной группой поставщиков, работающих в различных условиях и на различных уровнях оказания медицинской помощи, и предоставлением которых эффективно руководят для того, чтобы обеспечить оптимальные результаты и надлежащее использование ресурсов в соответствии с лучшими из имеющихся научных данных, при наличии циклов обратной связи, призванных способствовать постоянному повышению эффективности работы и оказанию воздействия на исходные причины плохого состояния здоровья, а также повышению уровня благополучия людей путем принятия межсекторальных мер.

### **Приоритетные области действий**

#### **Сфера 1. Группы населения и отдельные лица**

- Определение связанных со здоровьем потребностей
- Воздействие на детерминанты здоровья
- Расширение прав и возможностей населения
- Вовлечение пациентов

#### **Сфера 2. Процессы предоставления услуг**

- Разработка услуг медпомощи для всех этапов жизни
- Организация поставщиков и условий оказания услуг
- Руководство процессом оказания услуг
- Повышение эффективности

#### **Сфера 3. Факторы, содействующие работе системы**

- Реорганизация структуры подотчетности
- Согласование стимулов
- Обеспечение компетентными кадрами здравоохранения
- Содействие ответственному использованию лекарственных средств
- Внедрение инновационных технологий здравоохранения
- Развитие электронного здравоохранения

**Сфера 4. Управление изменениями**

- Составление стратегий внедрения изменений, ориентированных на нужды людей
- Осуществление преобразований
- Создание возможностей для внедрения устойчивых изменений

## Содержание

	Стр.
Содержание и важнейшие элементы .....	2
Исходные сведения .....	6
Политический контекст и согласованность.....	6
Движущие силы перемен в системе оказания услуг здравоохранения.....	8
Эволюция модели оказания помощи.....	9
Переход к интегрированному предоставлению услуг здравоохранения.....	10
Достижения в области преобразования услуг .....	11
Трудности, связанные с осуществлением устойчивых преобразований.....	11
Экономия, достигаемая благодаря интеграции.....	13
Рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения.....	13
Перспективное видение.....	13
Стратегический подход .....	14
Цели.....	14
Области действий .....	16
Сфера 1. Группы населения и отдельные лица .....	16
Определение связанных со здоровьем потребностей.....	17
Воздействие на детерминанты здоровья.....	18
Расширение прав и возможностей населения .....	18
Вовлечение пациентов.....	20
Сфера 2. Процессы предоставления услуг .....	21
Разработка услуг медпомощи для всех этапов жизни.....	22
Организация поставщиков и условий оказания услуг.....	23
Руководство процессом оказания услуг .....	24
Повышение эффективности .....	25
Сфера 3. Факторы, содействующие работе системы.....	25
Реорганизация структуры подотчетности .....	26
Согласование стимулов .....	27
Обеспечение компетентными кадрами здравоохранения.....	28
Содействие ответственному использованию лекарственных средств ...	29
Внедрение инновационных технологий здравоохранения .....	29
Развитие электронного здравоохранения .....	30

Сфера 4. Управление изменениями.....	31
Составление стратегий внедрения изменений, ориентированных на нужды людей .....	32
Осуществление преобразований .....	33
Создание возможностей для внедрения устойчивых изменений.....	33
Применение рамочной основы для действий на практике.....	34
Целевая аудитория .....	34
Приоритетные направления интеграции .....	35
Адаптация к специфическим контекстуальным условиям .....	36
Пакет мер по реализации.....	37
Мониторинг оказываемого воздействия.....	38
Библиография.....	39
Приложение. Применение основы для действий .....	50

## Исходные сведения

### **Политический контекст и согласованность**

1. В глобальном масштабе наличие хорошо функционирующих систем здравоохранения, содействующих здоровью и благополучию населения, имеет решающее значение для приоритетных задач как в области здравоохранения, так и в области развития. Этот момент четко отражен в Цели 3 ООН в области устойчивого развития (ЦУР 3) (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте), в частности в задаче 3.8 ЦУР (Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения), для выполнения которой необходимо обеспечить доступ к качественным основным услугам здравоохранения, являющимся безопасными и приемлемыми для всех людей и сообществ (3).

2. ВОЗ давно признает наличие связи между хорошо функционирующими системами здравоохранения и уровнем здоровья и благополучия населения<sup>1</sup>. Это подчеркивается в Двенадцатой общей программе работы ВОЗ (8) на 2014–2019 гг., предусматривающей целый комплекс технических мероприятий и корпоративных услуг, сосредоточенных на задаче укрепления систем здравоохранения. В 2016 г. на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены подтвердили свои обязательства в соответствии с данным приоритетом, приняв механизм укрепления комплексного, ориентированного на людей медицинского обслуживания (9) в резолюции WHA69.24 и Глобальную стратегию развития кадровых ресурсов здравоохранения "Трудовые ресурсы-2030" (10) в резолюции WHA69.19. В этих стратегиях был сделан еще больший акцент на ключевой роли системы предоставления услуг здравоохранения и кадровых ресурсов здравоохранения в создании сильных и устойчивых перед внешними воздействиями систем здравоохранения во всем мире.

3. В Европейском регионе ВОЗ государства-члены разделяют всегда остающуюся актуальную приверженность делу укрепления систем здравоохранения в интересах здоровья и развития. Важность такой приверженности была отмечена на Люблянской конференции по реформированию здравоохранения в 1996 г. и вновь подтверждена в принятой в 2008 г. Таллиннской хартии (11). В качестве более свежего примера, можно упомянуть тот факт, что укрепление систем здравоохранения, ориентированных

---

<sup>1</sup> Этот тезис, к примеру, проиллюстрирован в докладах о состоянии здравоохранения в мире и документах, в которых проводится тщательный анализ таких функций систем здравоохранения, как стратегическое руководство (4), финансирование (5), обеспечение ресурсами (6) и оказание услуг (7), а также в соответствующих резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения и выводах встреч на высшем уровне по укреплению систем здравоохранения, таких как международная конференция, посвященная 30-й и 35-й годовщинам Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи (Алматы, Казахстан).

на нужды людей<sup>2</sup>, включая возобновленный интерес к функциям и потенциалу общественного здравоохранения (13), было признано одним из четырех приоритетных направлений европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 (1), которая определяет курс действий, способствующих максимальной реализации потенциала здоровья жителей Региона к 2020 г. Значение ориентации систем здравоохранения на нужды людей также отражено в приоритетах, которые устанавливают для себя партнеры в области развития, профессиональные ассоциации и организации гражданского общества в Регионе.

4. Перспективное видение ориентированных на нужды людей систем здравоохранения, предложенное в политике Здоровье-2020, основывается на принципах равноправия, социальной справедливости, участия местного сообщества, укрепления здоровья, надлежащего использования ресурсов и межсекторального взаимодействия, изложенных в принятой в 1978 г. Алма-Атинской декларации (2). Преемственность в соблюдении этих принципов отражает тот факт, что использование подхода, опирающегося на первичную медико-санитарную помощь, имеет решающее значение для систем здравоохранения, желающих добиться существенного прогресса на пути к всеобщему охвату населения услугами здравоохранения, способствуя при этом улучшению показателей здоровья граждан, экономическому и социальному развитию (2), а также созданию материальных благ (11, 14–16).

5. Принимая во внимание этот общий приоритет, а также стремясь к осуществлению политики Здоровье-2020, Европейское региональное бюро ВОЗ наметило ряд отправных точек для укрепления систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей. На шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ государства-члены приняли документ "Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу" (12) в резолюции EUR/RC65/R5, обозначивший преобразование системы предоставления услуг здравоохранения в качестве одного из двух приоритетных направлений работы.

6. На протяжении последних трех лет Региональное бюро осуществляло работу, призванную удовлетворить просьбу государств-членов о формулировании научно обоснованных вариантов политики, излагающих методы преобразования системы предоставления услуг (17). В 2013 г. на проходившем в Эстонии совещании, посвященном пятой годовщине подписания Таллиннской хартии, был дан старт процессу, направленному на активизацию данной работы. В рамках этого процесса был инициирован ряд специальных мероприятий по сбору фактических данных и проведению аналитической работы. Обеспечивались возможности для регулярного обсуждения и представления комментариев путем организации форума, в работе которого принимали участие назначенные технические координаторы от государств-членов, а также международные

---

<sup>2</sup> **Ориентированные на нужды людей системы здравоохранения** – это системы, в которых основные системные функции разработаны таким образом, чтобы уделять первоочередное внимание нуждам отдельных людей, их семей и членов местного социума, которые выступают как в роли участников системы, так и в роли получателей предлагаемых ею высококачественных комплексных и скоординированных услуг, предоставляемых с соблюдением принципа социальной справедливости и привлечением людей к участию в принятии решений в качестве партнеров (12).



эксперты и представители ассоциаций пациентов, поставщиков и практикующих врачей, партнеры в области развития и другие группы, объединенные особыми интересами, а также сотрудники ВОЗ из страновых офисов и многочисленных технических подразделений. Мероприятия в рамках работы форума проводились по всему Региону, в том числе в Стамбуле (Турция), Брюсселе (Бельгия) и Копенгагене (Дания).

7. Настоящая рамочная основа для действий стала результатом работы участников этих мероприятий и ряда других коллективных процессов. Первые версии проекта документа рассматривались и дорабатывались с учетом комментариев руководящих органов, результатов онлайн-консультаций с государствами-членами и заключительного консультативного совещания с многочисленными заинтересованными сторонами в мае 2016 г. Региональное бюро принимало и учитывало соответствующие комментарии и постоянно обновляло рамочную основу для действий и приводило ее в соответствие с недавно утвержденными и подлежащими рассмотрению стратегическими документами, стараясь координировать и дополнять предпринимаемые действия. Это, в частности, касается параллельной работы над стратегиями по улучшению показателей борьбы с неинфекционными заболеваниями, охране здоровья женщин, охране репродуктивного здоровья, а также по борьбе с конкретными болезнями, такими как ВИЧ-инфекция и гепатит С.

## **Движущие силы перемен в системе оказания услуг здравоохранения**

8. Системы здравоохранения должны постоянно адаптироваться и развиваться с учетом условий, в которых они существуют (18). В настоящее время суммарный эффект от произошедших перемен приводит к необходимости осуществления преобразований. К примеру, во всех частях Европейского региона люди теперь живут дольше, чем когда-либо ранее. В результате увеличения продолжительности жизни люди стали более уязвимыми перед болезнями и инвалидностью, множественными патологиями и хроническими состояниями, которые обусловлены не только неинфекционными заболеваниями, но и трудноизлечимыми и возвращающимися инфекционными болезнями, такими как туберкулез (ТБ) и гепатит С. Эти изменения обуславливают новые требования к службам здравоохранения: предоставляемая ими помощь должна носить упреждающий характер, а не реагировать на уже проявившиеся проблемы; быть комплексной и преемственной, а не ситуативной и связанной только с конкретными болезнями; основываться на формировании длительных связей между пациентами и поставщиками услуг, а не сводиться к оказанию помощи от случая к случаю и исключительно по усмотрению поставщиков.

9. К другим тенденциям, требующим обратить внимание на сферу оказания услуг здравоохранения, относятся растущие ожидания общественности в отношении качества и безопасности, за которыми следуют все более активное использование различных средств информации, общая грамотность в вопросах здоровья, а также осведомленность людей о связанных со здоровьем правах. Кроме того, дополнительными стимулами для осуществления преобразований

служат изменения в обществе, приводящие к трансформации традиционного гендерного разделения, меняющийся образ жизни и поведенческие факторы риска, новые, усиливающиеся и усугубляющиеся факторы риска, связанные с окружающей средой, а также растущий спрос на получение услуг здравоохранения на трансграничном уровне.

10. Другая тенденция, являющаяся катализатором эволюции системы оказания услуг здравоохранения, – это прогресс в сфере научных исследований, разработок и производства, благодаря которому стало возможным радикальным образом изменить подходы к облегчению боли, восстановлению здоровья и продлению жизни. Например, инновационные лекарственные средства и методы терапии позволяют проводить лечение и контролировать течение заболеваний вне медицинских учреждений или в домашних условиях. Аналогичным образом, новые технологии сделали возможным использование методов электронного здравоохранения, мобильного здравоохранения<sup>3</sup> и других удаленных приложений для индивидуализации (персонализации) получаемых услуг, чего раньше невозможно было даже представить.

### **Эволюция модели оказания помощи**

11. Помимо описанных выше аспектов, система предоставления услуг здравоохранения подстраивалась под модель оказания помощи<sup>4</sup> по мере эволюции последней; это проявлялось в таких тенденциях, как уважение выбора и предпочтений индивидов в том, что касается поставщиков услуг и личных целей укрепления здоровья; деинституционализация услуг для более широкого использования амбулаторной помощи, помощи, оказываемой вне медицинских учреждений, и непрерывной заботы о возникающих у людей потребностях; больший упор на помощь, ориентированную на нужды людей, с целью оказания услуг, охватывающих все этапы жизни и индивидуализированных с учетом рисков для здоровья и детерминант здоровья; оказание помощи ближе к месту жительства, благодаря привлечению самих граждан и лиц, осуществляющих уход за ними, к заботе о личном здоровье и удовлетворению имеющихся у граждан потребностей в длительном уходе; привлечение специалистов из различных областей медицины, например, эрготерапевтов и реабилитологов, чтобы поддержать общее здоровье и благополучие индивида, предложив ему разные варианты помощи, позволяющие реализовать его право на личный выбор; дополнение перечня традиционных услуг услугами, оказываемыми при помощи виртуальных технологий, позволяющих развивать систему медицинской помощи в совершенно новом направлении.

---

<sup>3</sup> **Мобильное здравоохранение** определяется как использование мобильных технологий в качестве инструмента, содействующего распространению информации здравоохранения и медицинской практике и зачастую являющегося частью таких услуг, как телефон справочной медицинской службы или телефон службы экстренной помощи (19).

<sup>4</sup> **Модель оказания помощи** определяется как эволюционирующее представление о том, *каким образом* должны предоставляться услуги. Эволюция модели оказания помощи предполагает ответные изменения в процессах предоставления услуг, в том числе в таких областях, как разработка структуры медицинской помощи, организация поставщиков, руководство процессом предоставления услуг и постоянное повышение эффективности.

12. Вследствие этих изменений такие процессы, как организация поставщиков, управление услугами и повышение эффективности, также необходимо будет адаптировать, приведя их в соответствие с новыми моделями оказания помощи. К примеру, сюда относятся создание новых форматов работы, административных структур и информационных систем, содействующих реализации этой модели оказания помощи. Неспособность адаптировать все процессы оказания услуг к новым требованиям в перспективе приводит к формированию в системе "узких мест", которые становятся препятствием для прогресса на пути к оптимизированной медицинской помощи. Например, высокие, но неодинаковые показатели предотвратимых случаев госпитализации пациентов с заболеваниями, поддающимися лечению в амбулаторных условиях<sup>5</sup>, такими как астма, диабет и хроническая обструктивная болезнь легких, являются вполне ожидаемым симптомом недостаточной эффективности процессов предоставления услуг.

### **Переход к интегрированному предоставлению услуг здравоохранения**

13. Различные виды услуг, а также численность и характеристики поставщиков и условий, в которых оказывается помощь, все чаще обуславливаются описанными выше тенденциями, приводя к изменению общей структуры предоставления услуг. В соответствии с этими изменениями был сформирован принцип интегрированного предоставления услуг здравоохранения в качестве основы для разработки сложных вмешательств<sup>6</sup>, содействующий согласованию многоплановых характеристик систем предоставления услуг и систем здравоохранения с целью оптимального ведения и реагирования на связанные со здоровьем потребности, имеющиеся у групп населения и отдельных лиц (21).

14. Интегрированная помощь является инструментом – скорее средством, нежели самоцелью – рационализации и осуществления преобразований в устойчивых системах предоставления услуг в целях улучшения показателей здоровья (22,23). Указывать направление в процессе преобразования системы предоставления услуг – вот в чем заключается сама суть понятия "интеграция", которое происходит от латинского слова *integer*, означающего "целый" или "весь", что, в принципе, отражает тот акцент, который делается на объединении различных частей, чтобы они могли функционировать вместе или формировать единое целое.

15. Это описание вызывает в памяти предыдущие определения интегрированной помощи, сформулированные ВОЗ, которые представляли ее в качестве "концепции, сводящей воедино вкладываемые ресурсы, а также процессы организации, управления и оказания услуг, связанных с постановкой

---

<sup>5</sup> **Заболевания, поддающиеся лечению в амбулаторных условиях**, определяются как заболевания, при которых госпитализации пациента можно избежать благодаря оказанию ему своевременной и эффективной помощи в амбулаторных условиях (20).

<sup>6</sup> **Сложные вмешательства** определяются в соответствии со своими общими характеристиками, в том числе такими как: различные взаимодействующие компоненты; целевые группы или организации вместо отдельных лиц или в дополнение к ним; целый ряд преднамеренных (и непреднамеренных) результатов; способность адаптироваться и делать выводы на основе информации, поступающей через механизмы обратной связи; влияние на эффективность, оказываемое поведением и поступками субъектов и объектов вмешательства (21).

диагноза, лечением, медицинской помощью, реабилитацией и укреплением здоровья" (24). В недавно опубликованном документе цели интегрированного предоставления услуг здравоохранения описываются как управление процессом оказания помощи и предоставление помощи с тем расчетом, чтобы люди получали непрерывный цикл преемственных услуг по укреплению здоровья, профилактике, диагностике, лечению и ведению болезней, реабилитации и паллиативной помощи, координируемых на различных уровнях и в различных местах предоставления помощи в пределах сектора здравоохранения и за его пределами, в соответствии с потребностями, возникающими у них на разных этапах жизни (9).

### ***Достижения в области преобразования услуг***

16. В масштабах всего Европейского региона системы оказания услуг здравоохранения демонстрируют впечатляющую способность к реагированию на изменения и последующей адаптации. На протяжении последних десятилетий велась борьба с актуальными проблемами здравоохранения и факторами риска в таких приоритетных областях, как сердечно-сосудистые заболевания, рак, охрана здоровья матери и ребенка. Задокументированные достижения непосредственно демонстрируют, что более продуманные, интегрированные вмешательства обладают потенциалом для оказания воздействия на детерминанты здоровья и устойчивого улучшения показателей здоровья.

17. В последние годы в разных государствах-членах широко реализуется деятельность, направленная на поддержку принципов интегрированного предоставления услуг здравоохранения, – от инициатив, осуществляемых в виде местных пилотных проектов и демонстрационных площадок на базе конкретных учреждений, до региональных и широких системных реформ. Эти усилия все чаще становятся предметом тщательного документирования и исследования, способствуя формированию постоянно расширяющейся доказательной базы по вопросам предоставления услуг здравоохранения. Такой практический опыт служит богатым источником поучительной информации о том, какие подходы действительно работают на практике, причем это касается как технических стратегий, так и используемых процессов (18).

### ***Трудности, связанные с осуществлением устойчивых преобразований***

18. Несмотря на эту деятельность и описанные достижения, выдвигание на первый план имеющихся у людей нужд – принцип далеко не заурядный, и его реализация может требовать значительных, хоть и несложных, отклонений от привычных методов работы. Уроки, извлекаемые из успешной деятельности в тематических областях, обладают огромным и пока еще не используемым потенциалом, сдерживаемым рамочными стратегиями, в которых не удалось убедительно обосновать взаимосвязь между предпринимаемыми действиями, а также то, над какими вопросами нужно работать в первую очередь. Помимо этого, до сих пор предпринималось очень мало попыток конкретизировать и объяснить ориентированные на приведение к общему знаменателю меры, которые

необходимо принимать для укрепления системы предоставления услуг здравоохранения.

19. Более того, в рамках предпринимаемых усилий по преобразованию услуг здравоохранения возникают трудности, связанные с руководством и управлением процессом изменений. Зачастую ограниченные заранее устанавливаемыми временными и бюджетными рамками, эти усилия изначально не рассматриваются в качестве профильной деятельности, в связи с чем многие попытки, предпринимаемые с целью преобразования услуг, характеризуются малым масштабом и узким контекстом.

20. Наиболее распространенные трудности, связанные с процессом преобразования системы предоставления услуг, в целом могут быть описаны следующим образом.

- **Применение подхода, ориентированного на результаты:** проблема, связанная с определением и оценкой показателей эффективности предоставления услуг здравоохранения и их вклада в улучшение показателей здоровья населения, тормозит осуществление преобразований из-за сложностей с определением и устранением основополагающих причин недостаточной эффективности.
- **Раскрытие основных составляющих процесса предоставления услуг здравоохранения:** для определения основополагающих причин недостаточной эффективности систем здравоохранения необходимо сосредоточиться на процессах, которые являются уникальной особенностью функции предоставления услуг здравоохранения. Для этого нужно выработать четкое понимание того, из каких компонентов состоит процесс предоставления услуг здравоохранения. На практике трудность заключается в том, чтобы определить те вопросы, над которыми нужно работать в первую очередь.
- **Необходимость мыслить категориями систем:** система предоставления услуг здравоохранения – адаптируемая платформа, способная реагировать на изменения и корректировать свои процессы с целью оптимизации эффективности своей работы. Однако внесение таких корректив достигнет своего предела, если при этом не будет учтена взаимозависимость всех системных функций и не будет обеспечена согласованность с системами других секторов, таких как секторы социального обслуживания и образования.
- **Управление процессом преобразования:** имеются убедительные свидетельства, указывающие на то, что системами необходимо эффективно руководить и управлять для того, чтобы добиться изменений в сфере интегрированного предоставления услуг здравоохранения. На фоне тенденции перехода к децентрализации учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и рассредоточения функций стратегического руководства, призванного обеспечить больший акцент на местных нуждах и адаптированных ресурсах и услугах, к механизмам подотчетности предъявляются новые требования, касающиеся уточнения полномочий и распределения ресурсов с целью обеспечения полноценного взаимодействия с другими субъектами в процессе осуществления преобразований.

## ***Экономия, достигаемая благодаря интеграции***

21. То динамичное развитие, которое получило направление интегрированного предоставления услуг здравоохранения, во многом отражает его вклад в конечные результаты, о которых свидетельствуют данные постоянно расширяющейся доказательной базы. Теперь у нас имеются убедительные данные о том, что в качестве сложного вмешательства интегрированное предоставление услуг здравоохранения содействует улучшению показателей качества медицинской помощи, повышению ее доступности, снижению числа случаев необоснованной госпитализации и повторной госпитализации и лучшему соблюдению режима лечения (25–28). Также имеются данные, свидетельствующие о том, что в качестве сложного вмешательства интегрированное предоставление услуг здравоохранения содействует повышению эффективности услуг и улучшению состояния здоровья пациентов (29–30).

22. Хотя на сегодняшний день имеются данные оценок отдельных вмешательств, подтверждающие затратоэффективность интегрированной помощи, этих данных недостаточно для того, чтобы делать выводы относительно сложных вмешательств (22). Представление четких доказательств эффективности разнообразных и сложных изменений оказалось непростой задачей ввиду методологических ограничений, связанных с определением, измерением и оценкой интегрированной помощи. Тем не менее, при отсутствии убедительных доказательств, опирающихся на принципы аллокативной эффективности, имеются достаточные основания ожидать, что более оптимальное распределение ресурсов приведет к повышению эффективности их использования в результате улучшения координации ресурсов, минимизации дублирования процедур, сокращения неудобств для пациентов, отсутствия длинных очередей на прием к врачу и предотвращения расточительного использования ресурсов.

## **Рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения**

### ***Перспективное видение***

23. Укрепление ориентированных на нужды людей систем здравоохранения, в соответствии с положениями политики Здоровье-2020 (1), нацеленных на то, чтобы скорейшим образом добиться максимальных улучшений в показателях здоровья и благополучия групп населения и отдельных лиц, сократить неравенства в отношении здоровья, гарантировать финансовую защиту и обеспечить эффективное использование общественных ресурсов, в том числе путем осуществления межсекторального и многосекторального взаимодействия в соответствии с принципом применения общесоциального и общегосударственного подходов.

## **Стратегический подход**

24. Интегрированное предоставление услуг здравоохранения<sup>7</sup>, опирающееся на те же принципы, которые были впервые изложены в концепции "Здоровье для всех" и перспективном видении роли первичной медико-санитарной помощи (2), представляет собой подход к преобразованию системы оказания услуг и созданию тех оптимальных условий, которые будут содействовать укреплению систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей.

## **Цели**

25. Главная цель рамочной основы – повысить уровень здоровья и благополучия людей путем преобразования системы предоставления услуг здравоохранения, используя при этом системное мышление (15) для аргументации взаимодействия с другими функциями системы здравоохранения и более широким контекстом. В документе изложены основные области для осуществления преобразований в интересах интегрированного предоставления услуг здравоохранения, описанные в разделе "Области действий". Для каждой области устанавливаются ключевые стратегии, связанные только с теми способствующими факторами, с которыми можно работать в рамках вариантов политики на микро- и мезоуровнях. Таким образом, данная рамочная основа служит своего рода контрольным перечнем, позволяющим обеспечить учет и, по мере необходимости, использование всех соответствующих факторов осуществления преобразований (см. Приложение, табл. 1).

26. При работе над преобразованием системы оказания услуг не менее важное значение имеет проведение комплексных системных реформ на макроуровне, так как они играют ключевую роль в создании благоприятных условий для осуществления комплексных вмешательств и преобразующих изменений. Также необходимо внести изменения в более широкий спектр стратегий, чтобы гарантировать масштабность преобразований, способствовать началу их внедрения и обеспечить их устойчивость в долгосрочной перспективе.

27. Все определенные в документе области распределены по четырем сферам, расположенным в последовательности, показанной на рис. 1, а ориентиром для них выступают следующие цели:

- **группы населения и отдельные лица** – определять связанные со здоровьем потребности и работать в партнерстве с группами населения и индивидами,

---

<sup>7</sup> **Интегрированное предоставление услуг здравоохранения** определяется как подход, направленный на укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, путем комплексного оказания качественных услуг на протяжении всей жизни, которые разработаны в соответствии с многоплановыми потребностями целых групп населения и отдельных лиц и предоставляются скоординированной многопрофильной группой поставщиков, работающих в различных условиях и на различных уровнях оказания медицинской помощи. Предоставлением таких услуг необходимо эффективно руководить для того, чтобы обеспечить оптимальные результаты и надлежащее использование ресурсов в соответствии с лучшими из имеющихся научных данных, при наличии циклов обратной связи, призванных способствовать постоянному повышению эффективности работы и оказанию воздействия на исходные причины плохого состояния здоровья, а также повышению уровня благополучия людей путем принятия многосекторальных мер.

в частности пациентами, членами их семей, лицами, осуществляющими уход, и представителями местных сообществ, гражданского общества и групп, объединенных особыми интересами, с целью содействия укрепляющим здоровье моделям поведения, а также получению соответствующих навыков и ресурсов, для того чтобы у людей была возможность контролировать собственное здоровье; при этом параллельно необходимо работать с детерминантами здоровья и улучшать показатели здоровья на всех этапах жизни человека без дискриминации по признаку пола, гендерной идентичности, этнической принадлежности и религии;

- **процессы предоставления услуг** – обеспечить, чтобы процессы разработки форматов оказания помощи сопровождались сообразными им усилиями по организации и совершенствованию услуг, а также по управлению этими услугами с целью оптимизации эффективности работы системы предоставления услуг здравоохранения в соответствии со связанными со здоровьем потребностями, имеющимися у тех групп населения и отдельных граждан, на которых они направлены;
- **факторы, содействующие работе системы** – согласовывать вклад в работу системы, формируемый за счет других функций здравоохранения, с целью поддержания условий, необходимых для оказания услуг, путем создания механизмов подотчетности, согласования стимулов, осуществления подготовки компетентных кадров, содействия ответственному использованию лекарственных средств, применения инновационных технологий здравоохранения и широкого внедрения электронного здравоохранения;
- **управление изменениями** – стратегически руководить и управлять процессом изменений на различных стадиях преобразования системы предоставления услуг здравоохранения путем определения четкого направления, развития партнерств и вовлечения в работу партнеров, а также апробации инноваций, для того чтобы осуществляемые преобразования были адаптированы к нуждам населения, внедрялись в широком масштабе и сохранялись на протяжении длительного времени.



**Рисунок 1. Обзор Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ.

## Области действий

### Сфера 1. Группы населения и отдельные лица

28. Выдвижение на первый план имеющихся у людей нужд предполагает всесторонний учет многогранных потребностей, имеющихся у всего населения и у отдельных лиц, при планировании и адаптации процесса предоставления услуг и отведения людям роли в нем – не только в качестве участников данного процесса, но и в качестве активных партнеров в деле улучшения показателей здоровья и повышения уровня благополучия<sup>8</sup>. Серьезную поддержку получила идея содействия определенным моделям поведения, а также получению навыков и ресурсов, которые нужны людям для того, чтобы стать партнерами в области охраны здоровья, обладающими четко выраженной позицией и необходимыми правами и возможностями (32–34). И эта поддержка продолжает расти, поскольку все большее число принимаемых решений, касающихся здоровья, и моделей поведения, влияющих на здоровье и благополучие, имеют место за пределами системы здравоохранения – в семейном или социальном окружении.

29. В рамках данной сферы предлагается курс действий, призванный внедрять преобразования в соответствии с приоритетными задачами в области укрепления

<sup>8</sup> **Благополучие** может быть субъективно определено как индивидуальное переживание собственной жизни, включающее общее ощущение благополучия и эффективного психологического функционирования, а также эмоционального стресса, и объективно – как сравнение жизненных обстоятельств с социальными нормами и ценностями, такими как здоровье, образование, трудоустройство, социальные связи и антропогенная среда (31).

здоровья. Поддержка моделей поведения, способствующих укреплению здоровья, и содействие получению навыков и ресурсов, гарантирующих наличие у людей достаточных знаний и мотивации для того, чтобы контролировать собственное здоровье, а также вовлечение пациентов в процесс получения услуг в качестве активных партнеров тоже рассматриваются как ключевые области для осуществления стратегических преобразований, ориентированных на нужды людей.

30. Осуществление преобразований, ориентированных на людей, бросает вызов традиционным реформам (в рамках которых основное внимание уделяется оптимизации вкладываемых ресурсов), требуя выдвигать на первый план улучшение показателей здоровья. На практике серьезность этого требования нельзя недооценивать, так как для его выполнения понадобится время, доверие со стороны участников данного процесса, а также веские и научно обоснованные аргументы в поддержку изменений (18). Для достижения необходимой критической массы следует сформировать убедительный дискурс сторонников перемен, опирающийся на согласованные действия различных субъектов в системе здравоохранения и четкое, разделяемое всеми видение и план действий (см. "Сфера 4. Управление изменениями").

### **Определение связанных со здоровьем потребностей**

31. Обращение особого внимания на важнейшие проблемы здоровья населения, такие как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак, деменция, ВИЧ-инфекция/СПИД и ТБ, наряду с факторами риска, связанными с образом жизни, включая потребление табака, алкоголя, сахара и соли, продемонстрировало наличие связи между эффективными вмешательствами, осуществляемыми в процессе предоставления услуг, и ускорением темпов улучшения показателей здоровья<sup>9</sup>. Четкое определение приоритетных областей улучшения показателей здоровья людей имеет основополагающее значение для разработки и планирования услуг с учетом важнейших эпидемиологических, демографических и социальных проблем и известных факторов риска, поскольку оно позволяет свести к минимуму расточительное использование ресурсов благодаря приоритизации соответствующих услуг (40,41).

32. Эта область призвана гарантировать, что основной движущей силой и задачей преобразований будет конкретное и измеримое улучшение показателей здоровья и благополучия, для чего, в первую очередь, необходимо определить связанные со здоровьем потребности и факторы риска. Данный подход позволяет получить хорошо обоснованное представление о характеристиках населения, чтобы обеспечить заблаговременное реагирование на имеющиеся у него

---

<sup>9</sup> Решающая роль системы предоставления услуг отражена в существующих региональных стратегиях и планах действий, включая Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013–2020 (35); План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ (документ EUR/RC66/11); Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. (36); Стратегию и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. (37); Стратегию в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ (документ EUR/RC66/14); Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг. (38); План действий по борьбе с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2020 гг. (39).

потребности в услугах здравоохранения с соблюдением принципа социальной справедливости.

33. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) стратификация связанных со здоровьем потребностей и факторов риска для населения, в соответствии с эпидемиологическими, демографическими, социально-экономическими и/или географическими переменными;
- (б) планирование действий на основе фактических данных для целевых планов здравоохранения с указанием достижимых результатов в приоритетных областях улучшения показателей здоровья.

### **Воздействие на детерминанты здоровья**

34. Имеются доказательства того, что воздействие на детерминанты здоровья приводит к улучшению показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни, а также к повышению уровня благополучия и качества жизни; все эти факторы могут принести важные экономические, общественные и индивидуальные преимущества (1). Также было продемонстрировано, что координация действий, осуществляемых внутри и за пределами сектора здравоохранения, имеет важнейшее значение для расширения доступа к услугам и повышения отзывчивости системы благодаря увеличению возможностей выбора (42) и эффективному воздействию на более широкий спектр детерминант здоровья и развития (43–46).

35. Эта область предполагает систематическую оценку воздействия на здоровье социально-экономических, экологических, гендерных, образовательных, политических, коммерческих, культурных и общественных факторов, для того чтобы соответствующим образом адаптировать услуги здравоохранения и плодотворно работать во взаимодействии с другими секторами в целях предоставления услуг здравоохранения. В рамках этого подхода учитываются существующие точки пересечения между различными детерминантами здоровья, а его цель – бороться с основополагающими причинами плохого здоровья и неравенства для поддержания целостно-личностной ориентированности услуг здравоохранения.

36. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) определение детерминант здоровья, влияющих на важнейшие проблемы здоровья всего населения и отдельных людей, для того чтобы надлежащим образом адаптировать предоставляемые услуги;
- (б) инвентаризация потребностей в получении поддержки за пределами сферы здравоохранения с целью принятия мер, позволяющих преодолеть границы между секторами и содействующих использованию интегрированного подхода к оказанию услуг здравоохранения.

### **Расширение прав и возможностей населения**

37. В обязанности систем здравоохранения входит определять, какие модели поведения, навыки и ресурсы необходимы людям для того, чтобы у них была

возможность контролировать собственное здоровье (47). Имеются убедительные свидетельства того, что вмешательства, помогающие отдельным людям, членам их семей и представителям местных сообществ действовать в качестве партнеров в области охраны здоровья, обладающих четко выраженной позицией и необходимыми правами и возможностями, оказывают положительное воздействие на целый ряд итоговых показателей, включая повышение уровня удовлетворенности пациентов и частоты использования ими услуг (48–50), повышение грамотности в вопросах здоровья (51) и увеличение числа людей, усваивающих более здоровые модели поведения (34).

38. Эта область предполагает расширение прав полномочий групп населения<sup>10</sup> с тем, чтобы наделить их возможностью контролировать собственное здоровье и предлагаемые им услуги здравоохранения путем активного участия в определении проблем, принятии решений и осуществлении действий, направленных на заботу об их собственном здоровье. Данный подход опирается на разделяемые всем Регионом ценностные принципы: защищать и поощрять основополагающие права населения и отдельных пациентов (2,53). Он признает необходимость преодоления существующих барьеров, препятствующих расширению прав и возможностей людей и обусловленных гендерными неравенствами и другими видами неравенств, связанных с миграционным статусом, сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью, этнической принадлежностью, религией, возрастом или инвалидностью.

39. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) защита прав и формирование чувства совместной ответственности путем установления прозрачных, уважительных и подотчетных взаимоотношений между различными группами населения, кадрами здравоохранения, региональными органами власти, поставщиками страховых услуг и лицами, формирующими политику, гарантирования причитающихся льгот и развития у пациентов чувства ответственности за свое здоровье и использование услуг здравоохранения;
- (б) содействие осознанному выбору<sup>11</sup> путем предоставления доступа к информации с целью оказания людям поддержки в осуществлении контроля над принятием решений и формулированием потребностей и пожеланий, которые влияют на их здоровье и получаемые ими услуги, в том числе решений о выборе поставщиков услуг, маршрутов пациента в системе оказания медицинской помощи, моделей поведения и образа жизни, а также о заблаговременном планировании мер по уходу на случай тяжелой болезни и прижизненных распоряжениях на случай недееспособности;

---

<sup>10</sup> **Расширение прав и возможностей населения** определяется как процесс развития партнерских отношений, формирования уважительного отношения к себе и другим, совместного принятия решений, а также как свобода выбора и принятия ответственности (52).

<sup>11</sup> **Осознанный выбор** определяется как предоставление людям информации и поддержки, помогающей им обдумать принимаемые решения и осознать те резонные последствия, к которым может привести принятие таких решений (52).

- (в) повышение уровня грамотности в вопросах здоровья<sup>12</sup> путем просвещения людей по вопросам здоровья с целью развития у них знаний и навыков, влияющих на их мотивацию, взгляды и способность получать доступ к информации, а также понимать ее и пользоваться ею таким образом, чтобы она способствовала укреплению и поддержанию их здоровья и благополучия;
- (г) поддержка развития механизмов охраны здоровья местного населения, включая мобилизацию и привлечение людей к самоорганизации и совместной работе над определением их собственных потребностей и стремлений, связанных со здоровьем, и принятие мер для осуществления ими контроля над решениями, которые влияют на их жизнь, что будет способствовать улучшению качества их жизни и жизни местных сообществ.

### **Вовлечение пациентов**

40. Вовлечение пациентов, членов их семей, ухаживающих за ними лиц<sup>13</sup> и общественных групп, оказывающих им необходимую поддержку, может улучшить опыт взаимодействия пациентов с персоналом и их удовлетворенность получаемыми услугами, способствуя формированию доверительных отношений, более точному соблюдению предписаний врача (54–56) и в конечном итоге улучшению показателей здоровья (57). Активное участие и сотрудничество пациентов также играет решающую роль в координации услуг в переходный период, позволяя обеспечить непрерывность и преемственность медицинской помощи (34,58,59).

41. Эта область предполагает создание условий, позволяющих пациентам активно участвовать в принятии решений, планировании услуг медицинской помощи, ведении своих хронических заболеваний, поддержании своего здоровья и здоровья членов своих семей; это послужит гарантией того, что понимание пациентами своих связанных со здоровьем потребностей и целей будет учтено в процессе оказания им услуг здравоохранения. Основой этого подхода является мобилизация пациентов для совместной разработки услуг медицинской помощи, оказываемой посредством партнерского взаимодействия между поставщиками услуг и пациентами.

42. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) поддержка самостоятельного контроля пациентом своего состояния<sup>14</sup> путем предоставления инструментов, которые помогут пациентам принимать участие в процессе использования услуг здравоохранения и оказания

---

<sup>12</sup> **Грамотность в вопросах здоровья** определяется как достижение определенного уровня знаний, личностных навыков и уверенности в себе для того, чтобы осуществлять действия по повышению уровня личного здоровья и здоровья местного населения путем изменения своего образа жизни и жизненных условий (52).

<sup>13</sup> **Вовлечение пациентов** определяется как степень активного участия людей в заботе о собственном здоровье и формировании систем здравоохранения (52).

<sup>14</sup> **Самостоятельный контроль своего состояния или самопомощь** определяются как знания, навыки и уверенность в своих способностях контролировать состояние своего здоровья, оказывать себе помощь при определенных заболеваниях или восстанавливаться после перенесенного недуга (52).

самопомощи и контролировать безопасность доступных на рынке средств благодаря развитию у них знаний, навыков и уверенности в своих способностях контролировать состояние своего здоровья, самостоятельно оказывать себе помощь при определенных заболеваниях и восстанавливаться после перенесенного недуга;

- (б) поддержка пациентов в принятии совместных решений<sup>15</sup>, касающихся их здоровья и благополучия, при рассмотрении различных вариантов, включая вариант отказа от принятия каких-либо мер, при обдумывании рисков и преимуществ и при анализе того, насколько имеющиеся варианты соответствуют их ценностным ориентирам и предпочтениям;
- (в) укрепление механизмов взаимной поддержки (принцип "равный – равному") для оказания и получения помощи от других пациентов с аналогичными заболеваниями на основании взаимного и общего понимания проблем;
- (г) поддержка членов семей пациентов и ухаживающих за пациентами лиц в приобретении знаний, навыков и разработке необходимых мероприятий, помогающих им заботиться о себе самих и о других людях, и одновременное содействие применению преобразующих подходов, направленных на сокращение ложащегося на женщин бремени неоплачиваемого ухода и заботы о других и привлечения мужчин к осуществлению такого ухода.

## **Сфера 2. Процессы предоставления услуг**

43. Предоставление услуг здравоохранения описывается как совокупность основополагающих, взаимосвязанных процессов, отображающих уникальные, корректируемые свойства данной функции и тесно связанных с ее общей эффективностью. К этим процессам относятся: разработка форматов оказания помощи, организация поставщиков, управление предоставлением услуг и непрерывное повышение эффективности (60). Рамочная основа использует эти процессы как основные области действий для оптимизации услуг в соответствии с различными видами помощи<sup>16</sup> (такими как защита здоровья, укрепление здоровья, профилактика заболеваний, диагностика, лечение, ведение заболеваний, реабилитация и длительный уход) и различными условиями, в которых оказывается помощь<sup>17</sup> (например, помощь, предоставляемая в условиях учреждений первичного звена, вне медицинских учреждений, в домашних

---

<sup>15</sup> **Принятие совместных решений** определяется как интерактивный процесс, в рамках которого пациенты, члены их семей и ухаживающие за ними лица во взаимодействии с поставщиками услуг определяют последующие шаги в процессе оказания им медицинской помощи по итогам осмысленного анализа возможных вариантов, своих ценностных ориентиров и предпочтений (52).

<sup>16</sup> Определение **видов помощи** отталкивается от различных целей предоставления услуг, таких как защита здоровья, укрепление здоровья, профилактика заболеваний, диагностика, лечение, ведение заболеваний, реабилитация и паллиативная помощь, включая конкретные популяционные вмешательства и индивидуальные услуги, предоставляемые соответствующим образом (60).

<sup>17</sup> **Условия оказания помощи** – это различные места, служащие базой для оказания услуг и, в свою очередь, подразделяющиеся на различные учреждения, заведения и организации, предоставляющие помощь. Услуги могут оказываться в амбулаторных условиях, вне медицинских учреждений, в домашних условиях, в условиях стационаров и специализированных интернатов, тогда как под учреждениями понимается инфраструктура, такая как клиники, центры здоровья, районные больницы, диспансеры и другие организационные единицы, например, мобильные клиники и аптеки (60).

условиях, в условиях стационара, учреждений вторичной медицинской помощи, в амбулаторных условиях, в условиях учреждений третичного уровня). В основе этих областей действий лежит принцип ориентированности на людей, изложенный в сфере 1 настоящей рамочной основы; эти области также зависят от создания системой здравоохранения поддерживающей институциональной структуры для внедрения и расширения масштабов осуществляемых преобразований, а также их сохранения в долгосрочной перспективе.

44. Управление процессом изменений требует внесения корректив в повседневную практику. Дискомфорт, связанный с изменением методов работы, зачастую можно сгладить при помощи использования таких стратегий, как постепенное внедрение изменений в рамках пилотных проектов, формирование чувства общей сопричастности и ответственности, а также использование новых или усовершенствованных форматов ведения диалога и обеспечения обратной связи (см. "Сфера 4. Управление изменениями").

### **Разработка услуг медпомощи для всех этапов жизни**

45. Преимущества выбора комплексного пакета услуг для улучшения показателей здоровья подробно описаны в ряде документов (7,61). К таким преимуществам относятся: более высокие показатели успешности лечения (62,63), более частое использование профилактической помощи и повышение обращаемости за медицинской помощью (64). В условиях меняющейся структуры заболеваемости и инвалидности, а также связанного с этим роста применения схем комбинированной лекарственной терапии и планов параллельного лечения, особое значение приобретает способность оказывать широкий диапазон услуг и одновременно адаптировать медицинскую помощь к потребностям всего населения и отдельных граждан.

46. Эта область призвана реформировать структуру услуг, чтобы содействовать использованию модели медицинской помощи в целях предоставления услуг на популяционном и индивидуальном уровне<sup>18</sup>, опирающихся на хорошо обоснованное представление о характеристиках населения и его многоплановых потребностях, с тем чтобы укреплять, сохранять и восстанавливать здоровье и, соответственно, благополучие людей на всех этапах жизни, придерживаясь при этом принципа социальной справедливости. Этот подход в первую очередь ориентирован на индивидуальные потребности человека, а не на конкретное заболевание или недуг, а также направлен на адаптацию процессов оказания услуг с целью поддержки непрерывного развития модели оказания помощи.

47. Ключевые стратегии для принятия мер:

(а) включение услуг в общий цикл преемственной помощи, оказываемой на протяжении всей жизни, с целью защиты и укрепления здоровья,

---

<sup>18</sup> **Основные услуги** определяются как популяционные вмешательства и индивидуальные услуги, подкрепленные научными данными и характеризующиеся высокой результативностью, затратоэффективностью, ценовой доступностью, приемлемостью и осуществимостью, а также играющие важнейшую роль в достижении запланированного улучшения показателей здоровья граждан (23).

профилактики болезней, постановки диагноза, лечения, предоставления длительного медицинского ухода, реабилитации и паллиативной помощи, в соответствии с видением роли первичной медико-санитарной помощи;

- (б) стандартизация практических методов работы с использованием методологических инструментов, таких как клинические руководства и протоколы, служащие основой принятия клинических решений и способствующие осуществлению вмешательств, доказавших свою эффективность;
- (в) планирование маршрутов пациента в системе оказания медицинской помощи, в том числе переходных этапов, схем перенаправления и обратного направления пациентов, для определения наиболее оптимальных маршрутов в системе, соответствующих индивидуальным потребностям людей, с тем чтобы обеспечить максимальный уровень координации и избежать дублирования усилий;
- (г) адаптация оказываемой пациентам помощи в целях содействия оптимальному предоставлению услуг на протяжении длительного времени и в соответствии с многоплановыми индивидуальными потребностями.

### **Организация поставщиков и условий оказания услуг**

48. Успешную координацию работы поставщиков связывают со значительным улучшением промежуточных показателей, касающихся борьбы с заболеваниями и качества оказания услуг (26,28,65–69). Положительные изменения в системе оказания услуг объясняются улучшением кадровой структуры и расширением сферы практической деятельности поставщиков, что обеспечивает доступность взаимодополняющих, скоординированных услуг и сводит к минимуму дублирование и раздробленность усилий (26).

49. Эта область нацелена на организацию работы поставщиков с учетом различных условий оказания помощи, сфер практической деятельности и условий труда, которые соответствуют модели оказания медицинской помощи. В конечном итоге этот подход направлен на то, чтобы преодолевать организационные барьеры, ставящие под угрозу координацию работы, такие как разрозненный характер обмена информацией, и развивать оптимальное междисциплинарное взаимодействие для достижения улучшенных показателей здоровья, обеспечивая тем самым большую преемственность в оказании помощи.

50. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) создание новых или репрофилирование старых условий предоставления услуг и приведение их в соответствие с особенностями используемой модели оказания помощи и структуры маршрутов пациента в системе медицинской помощи, например: дома престарелых и помощь на дому, центры неотложной помощи, реабилитационные центры, репрофилирование больниц и предоставление услуг медицинской помощи на базе аптек;
- (б) структурирование видов практической деятельности и бригад специалистов в целях применения многопрофильного подхода к оказанию услуг для содействия регулярному общению и обмену информацией между



специалистами различного профиля, работающих как на одном, так и на разных уровнях оказания медицинской помощи;

- (в) корректировка ролей поставщиков и объема осуществляемой ими деятельности, включая расширение и замену ролей;
- (г) содействие информационному обмену при помощи механизмов коммуникации (например, проведение дистанционных консультаций по электронной почте или телефону), платформ вертикального обмена информацией (к примеру, таких, которые обеспечивают общий доступ к медицинской документации), а также при помощи изменения состава бригад, в том числе путем введения должностей координатора по связям и координатора помощи.

### **Руководство процессом оказания услуг**

51. Повседневное предоставление услуг требует умелого руководства с целью координации соответствующих процессов и обеспечения их оптимальной эффективности и результативности (62,70,71). Ориентированный на результаты подход к оказанию услуг имеет решающее значение для укрепления качества и подотчетности. Руководство процессом оказания услуг также имеет ключевое значение для практического осуществления мер политики, играя, таким образом, решающую роль в обеспечении общей эффективности работы системы (72).

52. Эта область призвана гарантировать осуществление управленческих процессов с целью обеспечения максимальной эффективности системы, поддержания согласованности ее повседневного функционирования, а также поддержки решения проблем и устранения сбоев в ее работе по мере необходимости. Этот подход основывается на принципах руководства, которое должно обеспечивать практическое управление и надзор за текущей деятельностью для того, чтобы преодолевать сложности, связанные с технологическим процессом предоставления услуг здравоохранения.

53. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) обеспечение наличия достаточного объема ресурсов для содействия доступу к основным услугам, отобранным в соответствии с принятой моделью оказания помощи и используемым наиболее эффективным образом;
- (б) создание значимых связей между всеми задействованными субъектами с целью оказания воздействия на более широкий спектр детерминант здоровья и осуществления взаимодействия с государственным сектором, частным сектором и организациями гражданского общества, включая общественные, неправительственные и профессиональные организации, равно как и секторы образования, трудоустройства, жилищного хозяйства, продовольственного обеспечения, окружающей среды, водоснабжения и санитарии, а также социальной защиты;
- (в) принятие подхода, ориентированного на результаты, определение целевых показателей и целей на будущее, а также внедрение процессов, необходимых для выполнения планов и оптимизации эффективности и результативности системы оказания услуг здравоохранения.

## **Повышение эффективности**

54. Оптимизация системы оказания услуг представляет собой многоэтапный процесс, полагающийся на механизмы обратной связи с целью определения необходимых изменений и их оперативного внедрения. Некарательная рабочая среда является ключевым фактором, стимулирующим постепенное внесение корректив и внедрение инноваций. Этот тезис подтверждается значительным объемом фактических данных, говорящих о том, что инвестиции в совершенствование клинической практики, в особенности в повышение качества медицинской помощи (включая ее безопасность), обладают результативностью в плане улучшения показателей здоровья (6,73).

55. Эта область направлена на создание механизмов регулярной проверки системы оказания услуг и внесения изменений в ее работу путем систематического обзора и получения комментариев относительно клинических процессов и возможностей повышения эффективности. Этот подход признает динамический характер здоровья, призывая к постоянному внесению необходимых корректив в процесс оказания услуг и дальнейшему развитию услуг не только в соответствии с меняющимися потребностями и обстоятельствами, но и с учетом актуальных научных разработок.

56. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) укрепление системы руководства клинической практикой в целях систематического исследования клинических процессов, выявления недостатков в показателях деятельности и анализа причин отклонения от установленных стандартов;
- (б) создание системы непрерывного обучения на протяжении всей жизни, которая снабдит персонал необходимыми ему навыками для реагирования на потребности, имеющиеся у населения.

## **Сфера 3. Факторы, содействующие работе системы**

57. Другие функции системы здравоохранения (а именно – стратегическое руководство, финансирование и обеспечение ресурсами) могут быть описаны в соответствии с характерными для них процессами<sup>19</sup>. В основе укрепления систем здравоохранения лежит параллельное совершенствование каждой из этих функций. Тогда как, преследуя цель улучшить предоставление услуг, необходимо сосредоточить свои действия на точках пересечения функции предоставления услуг с другими функциями системы здравоохранения.

58. Системно-ориентированная сфера содержит призыв к принятию мер в точках пересечения функции предоставления услуг с другими функциями системы здравоохранения. В установленных областях действий первостепенное внимание уделяется тем вкладываемым ресурсам системы здравоохранения,

---

<sup>19</sup> В документе "Предоставление услуг здравоохранения: изложение концепции" (60) приведено краткое описание процессов, которые наиболее часто используются для описания каждой функции.

которые на практике продемонстрировали свою прямую связь с эффективностью предоставления услуг (18).

59. Для того чтобы обеспечить неизблемость результатов реформ в долгосрочной перспективе, в данную сферу включен призыв к принятию мер во всех секторах и проведению процессов долгосрочного планирования с обеспечением обратной связи по итогам изменений, для того чтобы необходимые условия можно было систематически корректировать и приводить в соответствие с текущей ситуацией (см. "Сфера 4. Управление изменениями").

### **Реорганизация структуры подотчетности**

60. Подотчетность является важнейшим компонентом представления услуг, формирующим четкие механизмы и проясняющим ожидания относительно показателей эффективности работы действующих субъектов в системе и путей их взаимодействия друг с другом (74,75). Децентрализация процесса принятия решений и передача его в ведение местных органов власти на соответствующих условиях, таких как достаточная компетентность органов и оптимальная степень их автономности, может повысить скорость реагирования системы оказания услуг здравоохранения на местные потребности в целях улучшения показателей здоровья граждан, усиления подотчетности на местном уровне, обеспечения большей социальной справедливости и улучшения распределения ресурсов (75).

61. Помимо этого, растет признание необходимости укреплять механизмы подотчетности для институциональных условий, способных поддерживать взаимодействие с неправительственными организациями, организациями частного сектора, благотворительными фондами и научными учреждениями. В контексте интегрированного предоставления услуг здравоохранения такие государственно-частные партнерства предлагают ценные возможности использования знаний и умений специалистов различного профиля с целью активизации процесса реформ, что ведет к появлению новых информационных и технических систем, а также инновационных продуктов и потенциала в области предоставления услуг (76).

62. Эта область призвана содействовать внесению в работу необходимых корректив с целью создания механизмов подотчетности<sup>20</sup>, характеризующихся ясностью полномочий, обеспеченностью достаточным объемом ресурсов и управляемых через систему контроля работы сотрудников. Согласование механизмов подотчетности в конечном итоге направлено на создание основы для действий, предпринимаемых как в самом секторе здравоохранения, так и в партнерстве с другими секторами.

63. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) предоставление четких полномочий в соответствии с предполагаемыми ролями различных субъектов, для того чтобы гарантировать соответствие институциональных и организационных механизмов общим целям и при

---

<sup>20</sup> **Подотчетность** определяется как сумма необходимых элементов: четко обозначенный круг полномочий, а также необходимые ресурсы и адекватные стимулы для их выполнения в соответствии с поставленными задачами.

этом свести к минимуму частичное совпадение, дублирование или раздробленность предпринимаемых усилий;

- (б) обеспечение необходимых ресурсов и инструментов для достижения целей и контроля их осуществления, включая такие необходимые составляющие, как время, место и наличие у задействованных субъектов соответствующего потенциала;
- (в) сбор фактических данных, касающихся эффективности работы системы, включая отзывы пациентов, и доведение полученной информации до сведения ответственных лиц, чтобы обеспечить принятие ими обоснованных решений.

### **Согласование стимулов**

64. Вопросы оплаты услуг поставщиков и согласования стимулов демонстрируют неразрывную связь с видом, качеством и объемом предоставленных услуг (77,78). Механизмы оплаты работы поставщиков все чаще объединяют в себе такие методы, как подушная оплата, оплата за оказанные услуги и оплата на основе результатов деятельности, призванные создавать стимулы для повышения качества помощи и оказания услуг по укреплению здоровья и профилактике болезней (79).

65. Данная область обращает внимание на важность обеспечения согласованности между требуемым уровнем эффективности и положительными (вознаграждение) и отрицательными стимулами для закупщиков, поставщиков и пациентов, чтобы гарантировать разработку наиболее оптимальных стимулов для системы интегрированного предоставления услуг здравоохранения.

66. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) ориентирование процесса распределения ресурсов, в особенности в ситуации разделения функции закупщика и поставщика и/или существования многочисленных закупщиков, на проведение стратегических закупок, нацеленных на конечный результат;
- (б) увязывание механизмов оплаты работы поставщиков с повышением эффективности их работы на основании принятой модели оказания помощи, включая такие элементы, как качество и интеграция;
- (в) внедрение стимулов для пациентов, в частности применительно к соблюдению отдельными гражданами требований национальных программ профилактики и кампаний в поддержку здорового образа жизни, а также к соблюдению пациентами планов лечения и режима приема лекарственных средств, с учетом воздействия на здоровье индивидов широкого спектра детерминант.

## Обеспечение компетентными кадрами здравоохранения

67. Обеспечение наличия компетентных<sup>21</sup> кадров здравоохранения, способных на практике применять полученные знания и навыки, играет решающую роль в улучшении показателей здоровья отдельных пациентов и целых групп населения (81–83). Было доказано, что наличие кадров здравоохранения, обладающих знаниями и навыками, позволяющими им оптимально реагировать на имеющиеся у населения потребности, способствует решению проблемы потенциальной нехватки и неадекватного распределения кадров здравоохранения и повышению показателей производительности труда, удовлетворенности своей работой, найма и закрепления персонала, что в свою очередь помогает в целом улучшить качество оказываемой помощи (6,84).

68. Данная область призывает принять меры по оказанию поддержки кадрам здравоохранения в закреплении их компетенций, в том числе не связанных с клинической практикой, таких как обладание навыками и умениями коммуникации для работы с более широким спектром детерминант, оказывающих воздействие на здоровье. Она также требует уделить достаточное внимание созданию поддерживающих рабочих условий, необходимых для предоставления интегрированных услуг здравоохранения, а также параллельной работе над постепенным изменением профессиональной культуры в направлении более широкого использования междисциплинарных форматов работы. Этот подход смещает акцент с базового образования на деятельность по развитию компетенций кадров здравоохранения, рассматриваемую как процесс, требующий непрерывных инвестиций на протяжении длительного времени, с обеспечением циклов обратной связи, предоставляющих информацию, которая будет ложиться в основу процесса обучения будущих кадров здравоохранения. Данная область учитывает гендерный характер проблемы оплачиваемого и неоплачиваемого труда кадров здравоохранения, решение которой должно стать частью всех предпринимаемых действий.

69. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) набор и ориентирование кадров здравоохранения на основе компетенций, чтобы гарантировать отбор кандидатов, обладающих оптимальным потенциалом для обретения требуемых компетенций;
- (б) создание поддерживающей многопрофильной рабочей среды с встроенной физической и социальной инфраструктурой, позволяющей экономить время и ресурсы, которая также поддерживает развитие систем наставничества и индивидуального обучения с целью укрепления компетенций на рабочем месте;

---

<sup>21</sup> **Компетенции кадров здравоохранения** определяются как способность к осуществлению необходимых, комплексных и опирающихся на знания действий, которые комбинируют и мобилизуют знания, навыки и сложившиеся представления с существующими и доступными ресурсами для обеспечения безопасных и положительных изменений в показателях здоровья отдельных пациентов и целых групп населения. Компетенции требуют наличия определенного уровня социального и эмоционального интеллекта, чтобы гибкость была присуща им в не меньшей мере, чем привычка и рассудительность (80).

- (в) создание системы непрерывного профессионального развития, обучения на протяжении всей жизни, а также возможностей для карьерного роста с целью содействия приобретению новых или повышению уровня уже имеющихся знаний и навыков.

### **Содействие ответственному использованию лекарственных средств**

70. Лекарственные средства играют решающую роль в лечении болезней и удовлетворении связанных со здоровьем потребностей (85,86). Быстрое развитие фармацевтической отрасли сделало лечение более адресным, доступным по цене и эффективным<sup>22</sup>, что позволило существенно улучшить практику ведения болезней вне медицинских учреждений и в домашних условиях. Обеспечение ответственного использования лекарственных средств в процессе оказания услуг имеет важнейшее значение не только для практического ознакомления с новейшими препаратами и улучшения показателей лечения, но и для предотвращения угроз (таких как устойчивость к противомикробным препаратам) для эффективной профилактики и лечения, возникающих вследствие использования неадекватных методов работы (60).

71. Эта область призвана содействовать ответственному использованию лекарственных средств с целью сведения к минимуму вероятности их чрезмерного, недостаточного или неправильного использования, которое приводит к напрасной трате средств и возникновению рисков для здоровья. В рамках данного подхода признается растущее значение индивидуализированных планов приема препаратов для повышения эффективности лечения пациентов, принимающих большое число лекарств (полипрагмазия).

72. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) гарантирование того, что руководства по клинической практике будут содействовать оптимизации процесса предоставления качественных и доступных по цене лекарственных средств;
- (б) работа с процессами назначения, отпуска и приема препаратов путем оптимизации повседневной практики использования лекарств работниками здравоохранения и пациентами;
- (в) поддержка применения индивидуализированных схем приема препаратов в интересах ответственного и эффективного использования индивидуальных планов лечения, с учетом различных биологических потребностей женщин и мужчин на разных этапах их жизни.

### **Внедрение инновационных технологий здравоохранения**

73. Благодаря достижениям науки и биомедицинской техники, в последние годы возрастает важность применения технологий здравоохранения, медицинских

---

<sup>22</sup> Также необходимо признать высокую стоимость новых препаратов, которая создает трудности для обеспечения устойчивого доступа к лечению и требует чрезвычайно взвешено подходить к установлению приоритетов, для того чтобы повышать эффективность расходования средств и одновременно сохранять необходимый баланс между доступом к лечению и затратоэффективностью (86,87).

устройств и оборудования. К таким достижениям относятся диагностические экспресс-тесты, устройства для самостоятельного контроля рациона питания и физической нагрузки, а также приборы, позволяющие измерять артериальное давление в домашних условиях (88,89). Инновации обеспечили сферу медицинского обслуживания новыми средствами, которые позволяют уделять больше внимания методам более эффективного удовлетворения возникающих у людей потребностей и одновременно помогают осуществлению процессов предоставления услуг, к примеру, обеспечивая общение между представителями различных специальностей с выходом за существующие организационные рамки (90).

74. Данная область призвана поддерживать непрерывный процесс инноваций в принятии и использовании технологий здравоохранения в контексте предоставления услуг. В ней подчеркивается важность оптимизации предоставления услуг здравоохранения путем устранения существующих пробелов в процедурах и процессах. В рамках этой области фактические данные и результаты научных исследований рассматриваются как важнейший ресурс для создания инноваций в сфере оказания услуг здравоохранения.

75. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) поддержка этичного и ответственного применения новых технологий в сфере предоставления услуг здравоохранения в целях содействия новым процессам оказания услуг, включая гармонизацию удобных для пользователей платформ и систем в поддержку процесса интеграции услуг, оказываемых в различных условиях различными поставщиками;
- (б) содействие проведению научных исследований в области услуг и систем здравоохранения, использование имеющихся научных данных о новых технологиях здравоохранения и отслеживание последних достижений в этой динамично развивающейся отрасли.

## **Развитие электронного здравоохранения**

76. Предоставление услуг здравоохранения является информационно насыщенным процессом. Инновационные коммуникационные платформы, включая электронные медицинские карты<sup>23</sup>, телездоровоохранение<sup>24</sup> и мобильное здравоохранение, уже внедрены и введены в использование в системе предоставления услуг здравоохранения по всему Региону (91,92). Применение этих инструментов в процессе оказания услуг позволило ускорить обмен информацией о принимаемых профилактических, диагностических и лечебных

---

<sup>23</sup> **Электронные медицинские карты** определяются как доступные в режиме реального времени и ориентированные на нужды пациента медицинские карты, обеспечивающие немедленный и защищенный доступ к информации о пациенте для зарегистрированных пользователей. Электронные медицинские карты играют важнейшую роль в обеспечении всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, содействуя процессам постановки диагноза и лечения пациента, благодаря предоставлению оперативных, комплексных и актуальных данных о пациенте непосредственно в месте оказания ему медицинской помощи (19).

<sup>24</sup> **Телездоровоохранение** определяется как дистанционное предоставление услуг здравоохранения, таких как удаленная клиническая диагностика и мониторинг, а также неклинические функции, включая профилактические, укрепляющие здоровье и лечебные услуги (19).

мерах, а также процесс использования данных с целью ведения пациентов, координации поставщиков и управления работой учреждений здравоохранения (70). Адаптация электронных медицинских данных к специфическим потребностям позволяет применять инновационные методы назначения лекарственных средств, выставления счетов, документирования процесса общения с пациентом и оптимизации работы коллектива специалистов при одновременном выявлении возможностей для проведения вмешательств, охватывающих широкие группы пациентов (93).

77. Данная область призвана содействовать широкому применению технологий электронного здравоохранения в сфере предоставления услуг в качестве инструмента коммуникации, способствующего координации помощи, административным и управленческим процессам и прозрачности осуществляемой деятельности. Этот подход учитывает существование многочисленных потребностей в различных видах данных, включая информацию об услугах для пациентов, клиническую информацию для поставщиков услуг, информацию о процессах для руководителей и информацию о работе систем здравоохранения для проведения планирования в сфере здравоохранения.

78. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) содействие совместимости и удобству интерфейса электронных платформ для пользователя с целью развития информационного потока и повышения использования информации, которая становится доступной благодаря электронному здравоохранению;
- (б) предоставление доступа к медицинским данным отдельным гражданам и поставщикам и обеспечение конфиденциальности, защиты и безопасности информации, чтобы ее можно было надлежащим образом использовать в целях предоставления услуг здравоохранения и проведения научных исследований.

#### **Сфера 4. Управление изменениями**

79. Уроки, вынесенные из практической деятельности, указывают на то, что инициативы в области преобразования услуг зачастую терпят неудачу из-за плохого управления процессом изменений, а не из-за своего технического содержания. Это подчеркивает ту важную роль, которую процесс внедрения изменений играет в успешной реализации инициатив, благодаря тому, что он способен обеспечить необходимый масштаб и устойчивость преобразований в системе предоставления услуг здравоохранения в долгосрочной перспективе. Подход к преобразованию системы предоставления услуг здравоохранения как к процессу также отражает признание того факта, что изменения, скорее всего, будут осуществляться путем проведения постепенных корректировок в рамках поэтапного процесса, который станет частью непрерывного цикла, а не путем незамедлительного и широкомасштабного внедрения радикальных изменений.

80. Сфера "Управление изменениями" будет служить ориентиром в рамках этого деликатного процесса, предлагая стратегии преодоления трудностей и работы в новых условиях с использованием ноу-хау, появившихся в результате



накопленного практического опыта. Эти извлеченные уроки изложены в областях действий, касающихся управления процессом изменений. В этих областях действий предлагаются ключевые стратегии для агентов изменений, действующих на разных этапах преобразования системы, а именно: составление стратегий внедрения изменений, ориентированных на нужды людей; осуществление преобразований в системе предоставления услуг здравоохранения; создание возможностей для внедрения устойчивых изменений.

### **Составление стратегий внедрения изменений, ориентированных на нужды людей**

81. Совместное видение стратегического подхода к осуществлению изменений, обеспечивающее связь между четко определенной и сформулированной проблемой и ее решением, является первым шагом на пути к воплощению в жизнь изменений (18). На этом этапе важнейшее значение для реализации идей на практике имеет поддержка всех задействованных субъектов на микро- и макроуровнях, включая специалистов здравоохранения, администраторов<sup>25</sup> и организаторов здравоохранения, пациентов, членов их семей и ухаживающих за ними лиц, руководителей системы здравоохранения и лиц, формирующих политику в этой сфере.

82. Эта область призвана создать импульс для внедрения изменений путем правильного преподнесения и разъяснения имеющейся проблемы, чтобы мотивировать и подтолкнуть других людей к осуществлению таких важных и необходимых изменений. Данная область опирается на общегосударственный и общесоциальный подходы (1).

83. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) создание платформы для реализации изменений и формирование дискурса, ориентированного на изменения, с тем чтобы отстаивать необходимость улучшений, вызывать интерес к ним и обеспечивать их принятие, тем самым стимулируя появление новых инициатив;
- (б) взаимодействие с широким кругом сторон в рамках системы здравоохранения, включая пациентов и членов их семей, и привитие им культуры активного личного участия в процессе составления стратегий внедрения изменений с целью развития у них чувства сопричастности, а также формирование и обеспечение политической и общественной поддержки;
- (в) разработка планомерного подхода с целью обоснования изменений в рамках концепции системного мышления, а также объединения усилий в контексте общего видения и направления будущих действий, нацеленных на быстрое получение выгод, которые позволят гарантировать устойчивый характер изменений.

---

<sup>25</sup> Администраторы здравоохранения определяются как представители органов власти, осуществляющие контроль за деятельностью и повседневным предоставлением услуг здравоохранения, включая процессы планирования и формирования бюджетов, координации ресурсов, руководства реализацией программ и мониторинга результатов (60).

## **Осуществление преобразований**

84. Осуществление преобразований в системе оказания услуг означает, что работать нужно будет по-новому. Однако для того, чтобы бросить вызов существующему положению дел, необходимо выработать творческий подход, который позволит немного нарушить сложившуюся систему; соответственно, нужно разработать стратегии квалифицированного управления процессом изменений, которые помогут дать старт этой работе и будут поддерживать ее на должном уровне.

85. Эта область направлена на ускорение темпов осуществления преобразований, для того чтобы успешно и своевременно приступить к внедрению изменений во всех областях. Принятие подхода, опирающегося на инициативу рядовых граждан и сотрудников, будет способствовать формированию доверительных отношений, заинтересованности и чувства общей ответственности у группы людей, которая обеспечит динамичную основу для данного процесса.

86. Ключевые стратегии для принятия мер:

- (а) реализация пилотных, экспериментальных и/или демонстрационных проектов для апробации новых идей и осуществления преобразований по принципу "снизу-вверх", чтобы гарантировать появление решений, учитывающих специфику местной ситуации;
- (б) формирование культуры активного личного участия, делегирование задач и вовлечение всех задействованных субъектов, чтобы вызвать у них чувство общей ответственности за успех осуществляемых преобразований;
- (в) содействие информационному обмену и открытому диалогу путем организации регулярных обсуждений и платформ, чтобы создать возможности для постоянного общения, развития контактов и связей, обмена идеями и взаимной поддержки на протяжении всего процесса.

## **Создание возможностей для внедрения устойчивых изменений**

87. Преобразование системы предоставления услуг здравоохранения требует времени. Зачастую этот процесс носит далеко не линейный характер, при этом новые приоритеты конкурируют по важности со старыми, возникают непредвиденные препятствия в работе и происходит естественная смена ключевых участников этого процесса. Каждое непредвиденное препятствие не только создает определенные трудности, но и открывает возможности для дальнейшего осуществления постоянно развивающихся процессов, направленных на преобразование системы предоставления услуг здравоохранения.

88. Эта область направлена на то, чтобы надолго закрепить осуществляемые преобразования путем обеспечения согласованности между предоставлением услуг здравоохранения и другими функциями систем здравоохранения. Такая согласованность необходима для того, чтобы обеспечить широкое принятие и устойчивость преобразований в системе предоставления услуг здравоохранения, поначалу в ограниченном, местном масштабе.

89. Ключевые стратегии для принятия мер:
- (а) создание коалиций с целью доступа к более широкому спектру идей и талантов, необходимых для обеспечения устойчивых преобразований и объединения лиц, представляющих различные специальности, учреждения и секторы, для работы над достижением общей цели;
  - (б) развитие и поддержка устойчивости перед внешними воздействиями и преодоление временных ограничений с целью доведения до конца преобразований путем обеспечения необходимого баланса между каждодневными изменениями, краткосрочными решениями и долгосрочными корректировками, направленными на достижение изначальных всеобъемлющих целей;
  - (в) задействование рычагов влияния в различных областях действий для обеспечения согласованности изменений во всех сегментах систем здравоохранения.

## Применение рамочной основы для действий на практике

### Целевая аудитория

90. В рамках данной работы делается особый упор на действиях, осуществляемых силами всего государства и всего общества; это служит признанием того факта, что в системе интегрированного предоставления услуг здравоохранения каждому будет отведена определенная роль (94). Необходимость применения общегосударственного и общесоциального подхода является следствием разнообразия областей действий, предложенных в рамочной основе. Более того, в ней признается, что преобразование системы предоставления услуг здравоохранения является продуктом взаимодействия многих участвующих в этом процессе субъектов и секторов, а не результатом действий отдельных лиц или учреждений, в одиночку руководящих процессом изменений.

91. Ниже представлены ключевые участники этого процесса и примеры их вклада в преобразование системы предоставления услуг здравоохранения.

- **Группы населения и отдельные лица:** пациенты, члены их семей, ухаживающие за ними лица и представители местных сообществ, гражданского общества и групп, объединенных особыми интересами, действуют как активные партнеры в общем процессе разработки и планирования услуг здравоохранения, устанавливающие свои собственные цели в отношении здоровья и заботящиеся о своем здоровье.
- **Поставщики услуг:** работающие на переднем крае специалисты здравоохранения и практикующие врачи, оказывающие услуги, направленные на отдельных пациентов и целые группы населения, играют важнейшую роль в усилиях, направленных на обеспечение оптимальной эффективности предоставления услуг, принятие новых процессов и развитие профессиональных культурных традиций, поощряющих оказание помощи, ориентированной на нужды пациентов.

- **Лица, руководящие предоставлением услуг:** руководители, в чьи обязанности входит организация процесса предоставления услуг, играют важнейшую роль в осуществлении контроля за ежедневным оказанием услуг, координируя действия кадров здравоохранения, направленные на достижение согласованных задач здравоохранения.
- **Региональные органы здравоохранения:** как структуры, принимающие решения на субнациональном уровне, региональные органы власти претворяют в жизнь государственную политику, интерпретируя и на практике реализуя ее цели и задачи с учетом особенностей ситуации, сложившейся на подведомственной им территории, и обеспечивая наличие адекватных ресурсов и компетентных специалистов на местах.
- **Страховщики:** отвечают за выплату вознаграждения поставщикам за оказанные услуги и гарантируют доступ граждан к комплексной и качественной помощи в пределах объема оказываемых услуг, в соответствии с потребностями, имеющимися у всех застрахованных лиц.
- **Национальные органы здравоохранения:** как структуры, выступающие главным гарантом права граждан на доступ к качественным услугам здравоохранения на основе принципа социальной справедливости, определяющие политику для всей сферы здравоохранения и выполняющие надзорную функцию в отношении нижестоящих государственных структур, национальные органы должны быть задействованы в этих процессах, чтобы обеспечить единое направление предпринимаемых усилий и осуществление изменений, направленных на ликвидацию или упрощение старых и создание новых институциональных условий и принятие межсекторальных мер.

### Приоритетные направления интеграции

92. Приоритетные направления для начала осуществления преобразований в системе предоставления услуг здравоохранения дают возможность в рамках практической деятельности сосредоточиться на отправных точках с высоким потенциалом эффективности для того, чтобы ускорить темпы желаемого улучшения показателей здоровья и рационального использования средств.

93. Хотя их первоочередность и динамика в конечном итоге зависят от специфики сложившейся ситуации, можно сказать, что приоритетные направления интеграции в условиях Европейского региона в первую очередь акцентируют внимание на перечисленных ниже областях.

- **Интеграция между первичной медико-санитарной помощью и общественным здравоохранением** – работая с такими явлениями, как нездоровый образ жизни, факторы риска окружающей среды и детерминанты здоровья в контексте заботы о здоровье населения, необходимо интегрировать услуги по защите и укреплению индивидуального здоровья и профилактике заболеваний с популяционными вмешательствами.
- **Интеграция между уровнями и условиями оказания медицинской помощи** – хотя традиционно работа в этом направлении предполагала

борьбу с растущим числом хронических заболеваний и сочетанных патологий в условиях раздробленности медицинской помощи вследствие наличия в системе большого числа поставщиков, условий и уровней оказания помощи, усиление интеграции между первичной и вторичной медицинской помощью по-прежнему имеет очень важное значение. В рамках этого направления основное внимание уделяется оказанию услуг на разных уровнях, разными поставщиками и в разных условиях. Оно охватывает точки пересечения между первичной медико-санитарной помощью, больничным лечением и другими видами стационарной помощи, реабилитационными, терапевтическими и поддерживающими услугами, а также услугами дневных стационаров и патронажным, сестринским уходом на дому.

- **Интеграция между медицинской и социальной помощью** – такие явления, как инвалидность, старение и хронические заболевания, требуют усиления интеграции взаимодополняющих услуг медицинской и социальной помощи. Среди характерных для этого направления приоритетов – интеграция с целью предоставления длительного ухода, помощи на дому и вне медицинских учреждений.

### **Адаптация к специфическим контекстуальным условиям**

94. Преобразование системы оказания услуг здравоохранения описывается как многостадийный процесс, который часто осуществляется поэтапно в рамках непрерывного цикла развития (95,96). Сам этот непрерывный цикл нелинеен в связи с разноформатным характером оказания услуг. Более того, отправная точка для осуществления преобразований всегда зависит от специфики сложившейся ситуации, так же, как оптимальная стадия развития системы предоставления услуг в рамках непрерывного цикла может принимать разные формы – от традиционной помощи до интегрированного оказания услуг.

95. Адаптация ключевых стратегий и инструментов рамочной основы к специфике определенной ситуации является необходимым условием ее реализации на практике. В контексте данной рамочной основы были определены четыре ключевые стадии. Разработан инструмент самооценки для анализа каждой стадии и определения соответствующих приоритетных мер политики и действий, направленных на управление процессом изменений (см. Приложение, вставка 1).

96. Ниже приводится описание данных стадий.

- **Традиционная помощь** означает оказание выборочной первичной медико-санитарной помощи на основе семейной медицины с акцентом на заболеваниях и их излечении в рамках ограниченного выбора услуг, нацеленных на оказание воздействия на здоровье в соответствии с потребностями подгрупп населения. Она предоставляется на определенных уровнях оказания медицинской помощи и руководство ее предоставлением осуществляется в рамках централизованной, директивной (организованной по принципу "сверху-вниз") структуры принятия решений и выделения ресурсов с акцентом на обеспечение качества вкладываемых ресурсов путем

лицензирования кадров здравоохранения, рационального использования лекарственных средств и аккредитации учреждений здравоохранения.

- **Помощь при конкретных заболеваниях** означает предоставление комплекса адресных услуг, ориентированных на ведение заболеваний; при оказании таких услуг акцент делается на связях, возникающих в процессе перехода от первичной ко вторичной помощи, а информация о пациенте используется исключительно для клинических целей. Помощь при конкретных заболеваниях характеризуется особым вниманием к организации ресурсов и статей бюджета по мероприятиям, реализуемым в рамках конкретных программ, и к обеспечению качества промежуточных результатов при помощи клинического кураторства, стандартизации услуг, аудита и коллегиальных проверок с целью достижения заранее установленных целевых ориентиров.
- **Скоординированные услуги** предполагают оказание услуг с акцентом на связанные со здоровьем потребности путем осуществления горизонтальных действий в рамках разных видов помощи, а также с привлечением различных учреждений и поставщиков к совместной работе, включая расширение функций медсестер и регулярный обмен информацией об имеющихся у пациента потребностях. Скоординированные услуги можно охарактеризовать как подход, нацеленный на управление качеством промежуточных результатов оказания услуг и на совершенствование установившихся процессов путем организации обратной связи и проведения регулярных оценок клинического ведения случаев и оказания помощи пациентам.
- **Интегрированные услуги** – понятие, обозначающее предоставление комплексных, преемственных и целостно-личностно-ориентированных услуг, ставшее возможным благодаря обеспечению полной согласованности между всеми уровнями оказания услуг, включая координацию с системой социального обслуживания; они предоставляются бригадами специалистов здравоохранения, которым обеспечивается доступ к актуальной и достоверной информации. Эти услуги также предполагают необходимость управления ресурсами и процессами с акцентом на оптимальном улучшении показателей здоровья и на удовлетворенности пациентов получаемой помощью.

### **Пакет мер по реализации**

97. К настоящей рамочной основе прилагается пакет мер по реализации, в который вошли ресурсы, разработанные с целью оказания поддержки государствам-членам в осуществлении преобразований в системе предоставления услуг здравоохранения. В пакет мер по реализации вошли аналитические справочные документы и сводные доклады о накопленных знаниях, такие как изложение концепции предоставления услуг здравоохранения (60), а также документы по определенным темам, включая компетенции кадров здравоохранения (80), вовлечение пациентов и расширение прав и возможностей населения (52) и механизмы подотчетности в сфере интегрированного предоставления услуг здравоохранения (74). В ходе составления описательных

характеристик реализуемых инициатив также было документально подтверждено, что обобщение примеров практического личного опыта, существующего в виде местных фактических данных, накапливаемых странами, также способствует преобразованию систем оказания услуг здравоохранения, что было отражено в сборнике характерных примеров практической работы и извлеченных уроков (18) и в результатах анализа предотвратимых случаев госпитализации пациентов с заболеваниями, поддающимися лечению в амбулаторных условиях (97–101).

98. К рамочной основе также прилагается каталог ресурсов, в который включены имеющиеся в наличии модели, руководства, методологические пособия, стандарты, базы данных и справочники, сгруппированные по областям действий и ключевым стратегиям, определенным в настоящем документе. Глоссарий ключевых терминов на английском и русском языках в доступной форме объясняет рассматриваемые в ней концепции. Перечень показателей для оценки интегрированной помощи также будет способствовать реализации рамочной основы в странах.

### **Мониторинг оказываемого воздействия**

99. Оценка сложных вмешательств, таких как интегрированное предоставление услуг здравоохранения, сопряжена с определенными методологическими трудностями (18,22,102). На сегодняшний день нет единого мнения относительно конкретного показателя или механизма для проведения такой оценки (9). Тем не менее, отмечается значительный объем деятельности и отчетности в сфере оказания услуг здравоохранения и улучшения показателей здоровья людей в контексте механизмов мониторинга, учрежденных в рамках других обязательств. К таким обязательствам относятся ЦУР 3, политика Здоровье-2020 и недавно принятый механизм комплексного, ориентированного на людей медицинского обслуживания<sup>26</sup>, а также международные инициативы, возглавляемые партнерами в области развития, включая усилия по оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи (103), качества медицинской помощи (104) и систем здравоохранения (105).

100. Настоящая рамочная основа призвана содействовать представлению отчетности по показателям, утвержденным в рамках вышеуказанных обязательств и соответствующих инициатив, чтобы обеспечить согласованность с уже осуществляемой работой и избежать дублирования усилий. Кроме того, пакет мер по реализации рамочной основы призван развивать работу, ранее проделанную Региональным бюро в сфере оценки случаев госпитализации пациентов с заболеваниями, поддающимися лечению в амбулаторных условиях, путем использования этого параметра в качестве составного показателя эффективности предоставления услуг здравоохранения. На сегодняшний день в рамках доработки этого показателя был подготовлен механизм оценки (20) и проведены специализированные страновые исследования (97–101). Важно отметить, что в Европейском регионе тщательный мониторинг случаев госпитализации пациентов с заболеваниями, поддающимися лечению в амбулаторных условиях,

---

<sup>26</sup> Глобальная рамочная основа, принятая в резолюции WHA69.24, предлагает проводить дальнейшие исследования и разработки, с тем чтобы определить наиболее подходящие показатели для мониторинга прогресса.

основывается исключительно на существующих показателях, отчетность по которым регулярно представляется государствами-членами. Следовательно, активизация усилий по оценке предполагает не представление дополнительной отчетности, а проявление должной старательности в дальнейшем представлении и обновлении данных по уже имеющимся показателям (см. Приложение, табл. 2).

101. Более того, мониторинг прогресса в преобразовании системы оказания услуг здравоохранения во всех четырех сферах, указанных в настоящей рамочной основе, будет дополняться данными других отчетов, специальных опросных исследований и оценок, использующих такие показатели, как достигнутые результаты с точки зрения пациентов и уровень удовлетворенности пациентов, а также распределение ресурсов здравоохранения на протяжении определенного периода времени.

## Библиография<sup>27</sup>

1. Здоровье-2020: 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/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1)).
2. Алма-Атинская декларация Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1978 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>).
3. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations Sustainable Development; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>).
4. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: World Health Organization; 2002 ([http://www.who.int/health\\_financing/documents/towards-better-stewardship/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/towards-better-stewardship/en/)).
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/ru/>).
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.: совместная работа на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>).
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.: первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/ru/>).

---

<sup>27</sup> Все ссылки даны по состоянию на 12 июля 2016 г.



8. Двенадцатая общая программа работы ВОЗ: не только отсутствие болезней. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 ([http://www.who.int/about/resources\\_planning/twelfth-gpw/ru/](http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/ru/)).
9. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (A69/39; [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha69.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html)).
10. Проект глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (A69/38; [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha69.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html)).
11. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1)).
12. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/13; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
13. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
14. 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/>).
15. Adam T, de Savigny D. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. Health Policy Plan. 2012;27(suppl 4):iv1–3.
16. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. Health Policy Plan. 2012;27(suppl 4):iv4–8.
17. Дорожная карта: Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей, в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/background-documents/strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-a-roadmap>).

18. Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>).
19. От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016>).
20. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2016/assessing-health-services-delivery-performance-with-hospitalizations-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-2016>).
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337. doi:10.1136/bmj.a1655.
22. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy summary, No. 11; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/what-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care>).
23. Stein V, Barbazza ES, Tello J, Kluge H. Towards people-centred health services delivery: a framework for action for the WHO European Region. *Int J Integr Care*. 2013;13(4). doi:10.5334/ijic.1514/.
24. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health services. *Int J Integr Care*. 2001;1(1).
25. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>).
26. Ovreteit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011 (<http://www.health.org.uk/publication/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>).
27. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Report No.: Vol. 7: Care Coordination.

28. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008  
(<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/caring-for-people-with-chronic-conditions.-a-health-system-perspective>).
29. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7. doi: 10.1002/14651858. CD003318. pub3.
30. Lê G. The impact of universal health coverage, people centred care and integrated service delivery on key health system outcomes: a literature review in support of the WHO strategy on high quality, people-centred and integrated care to achieve universal coverage. Leeds: University of Leeds; 2014.
31. Разработка измеримых показателей и установление целевых ориентиров в отношении благополучия: инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ. Второе совещание экспертной группы, Париж, Франция, 25–26 июня 2012 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012  
(<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>).
32. Dolovich LR, Nair KM, Ciliska DK, Lee HN, Birch S, Gafni A et al. The Diabetes Continuity of Care Scale: the development and initial evaluation of a questionnaire that measures continuity of care from the patient perspective. *Health Soc Care Community*. 2004;12(6):475–87.
33. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2007 ([http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1609-138\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf)).
34. Walker KO, Labat A, Choi J, Schmittiel J, Stewart AL, Grumbach K. Patient perceptions of integrated care: confused by the term, clear on the concept. *Int J Integr Care*. 2013;13:e004.
35. Европейский план действий по охране психического здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (EUR/RC63/11;  
<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session/documentation/working-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan>).
36. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/15 Rev.1;  
<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6415-rev.1-european-vaccine-action-plan-20152020>).

37. Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/10 Rev.1; <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).
38. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/14; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
39. План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/17 Rev.1; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020>).
40. van Baal PH, Engelfriet PM, Hoogenveen R, Poos MJ, van den Dungen C, Boshuizen HC. Estimating and comparing incidence and prevalence of chronic diseases by combining GP registry data: the role of uncertainty. *BMC Public Health*. 2011;11:163. doi:10.1186/1471-2458-11-163.
41. Balicer RC, Shadmi E, Lieberman N, Greenberg-Dotan S, Goldfracht M, Jana L et al. Reducing health disparities: strategy planning and implementation in Israel's largest health care organization. *Health Serv Res*. 2011;46(4):1281–99. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01247.x.
42. McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M, editors. *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (Observatory Studies Series; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>).
43. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008;372(9642):950–61. doi:10.1016/S0140-6736(08)61405-1.
44. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promot Int*. 1998;13(2):99–120. doi:10.1093/heapro/13.2.99.
45. Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. *Health in all policies in the European Union and its member states*. Brussels: European Commission; 2006 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2005/action1/docs/2005\\_1\\_18\\_frep\\_a4\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf)).

46. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, under the auspices of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-prospects-and-potentials>).
47. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr.* 2006;24(1):113–20 (<http://www.bioline.org.br/pdf?hn06016>).
48. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(3). doi:10.1002/14651858.CD002990.pub3.
49. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1). doi:10.1002/14651858.CD004107.
50. Purdy S, Paranjothy S, Huntley A, Thomas R, Mann M, Huws D et al. Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews. Bristol, UK: National Institute for Health Research; 2012 (<http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/primaryhealthcare/migrated/documents/unplannedadmissions.pdf>).
51. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. (Policy brief; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/pre-2009/where-are-the-patients-in-decision-making-about-their-own-care-who-europe-2008>).
52. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/engaging-patients,-carers-and-communities-for-the-provision-of-coordinated-integrated-health-services-strategies-and-tools-2015>).
53. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1996 (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1; (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>)).
54. Funnell MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. *JAMA.* 2000; 284(13):1709. doi:10.1001/jama.284.13.1709-JMS1004-6-1.
55. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ.* 2000;320(7234): 526–527. doi:10.1136/bmj.320.7234.526.

56. Schattner A. The silent dimension: expressing humanism in each medical encounter. *Arch Intern Med.* 2009;169(12):1095–9. doi:10.1001/archinternmed.2009.103.
57. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3(2):159–66.
58. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219–21. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.
59. Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res.* 2002;37(4):1031–54. doi:10.1034/j.1600-0560.2002.64.x.
60. Tello J, Barbazza E. Health services delivery: a concept note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015>).
61. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
62. Integrated health services delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2011 (Renewing Primary Health Care in the Americas series, No.4; [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=readall&cid=7066&Itemid=40976&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=7066&Itemid=40976&lang=en)).
63. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ.* 2002;325(7370):925. doi:10.1136/bmj.325.7370.925.
64. Bindman AB, Weiner JP, Majeed A. Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability. *Health Aff (Millwood).* 2001;20(3):132–45. doi:10.1377/hlthaff.20.3.132.
65. Mitchell GK, Burrige L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Aust J Prim Health.* 2015;21(4):391–408. doi:10.1071/PY14172.
66. Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract.* 2007;57(538):364–70.

67. Inglis SC, Pearson S, Treen S, Gallasch T, Horowitz JD, Stewart S. Extending the horizon in chronic heart failure: effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care. *Circulation*. 2006;114(23):2466–73. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.638122.
68. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2001;18(1):21–6.
69. Yarnall KS, Østbye T, Krause K, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(2):A59.
70. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>).
71. Wendt D. Health system rapid diagnostic tool: framework, operational guide, and metrics to measure the strength of priority health system functions. Durham, USA: FHI 360; 2012. (<https://www.fhi360.org/resource/health-system-rapid-diagnostic-tool>).
72. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. New York: Oxford University Press; 2008.
73. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Geneva: World Health Organization; 2002 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/142066/E77983.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/142066/E77983.pdf)).
74. Suter E, Mallinson S. Accountability for coordinated/integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/accountability-for-coordinatedintegrated-health-services-delivery>).
75. Barbazza E, Tello J. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014;116(1):1–11. doi:10.1016/j.healthpol.2014.01.007.
76. Taylor R, Christian J. The role of public-private partnerships in health systems strengthening: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2016. doi:10.17226/21861.
77. Custers T, Klazinga NS, Brown AD. Increasing performance of health care services within economic constraints: working towards improved incentive structures. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2007;101(6):381–8.

78. van Stolk C, Bjornsson G, Goshev S. Provider incentives in social protection and health: a selection of case studies from OECD countries. Cambridge, UK: RAND Europe; 2010  
([https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working\\_papers/2010/RAND\\_WR779.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2010/RAND_WR779.pdf)).
79. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2009  
(<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>).
80. Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications/2015/strengthening-a-competent-health-workforce-for-the-provision-of-coordinated-integrated-health-services-2015>).
81. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
82. Czabanowska K, Smith T, Könings KD, Sumaskas L, Otok R, Bjegovic-Mikanovic V et al. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum-a consensus study. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):850–6. doi:10.1093/eurpub/ckt158.
83. Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015  
(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>).
84. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.: системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).
85. van Olmen J, Criel B, Damme WV, Marchal B, Belle SV, Dormael MV et al. Analysing health systems to make them stronger. In: *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 27. Antwerp: ITG Press; 2010  
(<http://www.itg.be/itg/generalsite/infservices/downloads/shsop27.pdf>).



86. Eurohealth special issue: priorities for health systems strengthening in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/news/news/2016/06/new-eurohealth,-special-issue-on-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region>).
87. Доступ к новым лекарственным средствам в Европе: технический доклад о политических инициативах и возможностях для сотрудничества и исследований. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/publications/2015/access-to-new-medicines-in-europe-technical-review-of-policy-initiatives-and-opportunities-for-collaboration-and-research-2015>).
88. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуации в странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-country-assessment-guide-2014>).
89. Howitt P, Darzi A, Yang GZ, Ashrafian H, Atun R, Barlow J et al. Technologies for global health. *Lancet*. 2012;380(9840):507–35. doi:10.1016/S0140-6736(12)61127-1.
90. Health technology assessment of medical devices. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO medical device technical series; <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21560en/>).
91. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009;13(Spec No):16–23.
92. Connecting for health: global vision, local insight. Report for the World Summit on the Information Society. Geneva: World Health Organization; 2005 ([http://www.who.int/ehealth/resources/wsis\\_report/en/](http://www.who.int/ehealth/resources/wsis_report/en/)).
93. Transforming care: reporting on health system improvement. New York: Commonwealth Fund; 2016 (<http://www.commonwealthfund.org/publications/newsletters/transforming-care/2016/march/sidebar>).
94. Crisp N, Berwick D, Kickbusch I, Bos W, Antunes JL, Barros PP et al. The future for health: everyone has a role to play. Report of the Commission on the Future of Health in Portugal chaired by Lord Nigel Crisp. Lisbon: Calouste Gulbenkian Foundation; 2014 (<https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/Full-Report-The-Future-for-Health.pdf>).

95. Minkman MM. Developing integrated care: towards a development model for integrated care. *Int J Integr Care*. 2012;12.
96. Valentijn PP, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13(22).
97. Заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению, в Республике Казахстан. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/publications3/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-kazakhstan-2015>).
98. Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-the-republic-of-moldova-2015>).
99. Ambulatory care sensitive conditions in Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-latvia-2015>).
100. Ambulatory care sensitive conditions in Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/germany/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-germany-2015>).
101. Ambulatory care sensitive conditions in Portugal. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/portugal/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-portugal-2016>).
102. Tsiachristas A. Payment and economic evaluation of integrated care. *Int J Integr Care*. 2015. doi:10.5334/ijic.2009.
103. PHCPI. The primary health care performance initiative [website]. 2015. (<http://www.phcperformanceinitiative.org/about-us/about-phcpi>).
104. Health care quality indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 ([http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_HCQI](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI)).
105. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting on 9 and 10 December 2013. In: *Official Journal of the European Union*. Brussels: Council of the European Union; 2013. (Report No.: 376/05, p.3; [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52013XG1221\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52013XG1221(01))).
106. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 ([http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html)).

## Приложение. Применение основы для действий

Таблица 1. Контрольный перечень основных областей действий и ключевых стратегий, распределенных по сферам

Сфера	Области действий	Ключевые стратегии
<b>Сфера 1. Группы населения и отдельные лица</b>	Определение потребностей	<input type="checkbox"/> Стратификация потребностей и рисков, связанных со здоровьем <input type="checkbox"/> Планирование действий на основании фактических данных
	Воздействие на детерминанты здоровья	<input type="checkbox"/> Определение существующих детерминант здоровья <input type="checkbox"/> Инвентаризация потребностей в получении поддержки за пределами сферы здравоохранения
	Расширение прав и возможностей населения	<input type="checkbox"/> Защита прав и формирование чувства совместной ответственности <input type="checkbox"/> Содействие осознанному выбору <input type="checkbox"/> Повышение уровня грамотности в вопросах здоровья <input type="checkbox"/> Содействие развитию механизмов охраны здоровья местного населения
	Вовлечение пациентов	<input type="checkbox"/> Поддержка самостоятельного контроля пациентом своего состояния <input type="checkbox"/> Поддержка пациентов в принятии совместных решений <input type="checkbox"/> Укрепление механизмов взаимной поддержки (принцип "равный – равному") <input type="checkbox"/> Поддержка членов семей пациентов и ухаживающих за пациентами лиц
<b>Сфера 2. Процессы предоставления услуг</b>	Разработка услуг медпомощи для всех этапов жизни	<input type="checkbox"/> Включение услуг в общий цикл преемственной помощи <input type="checkbox"/> Стандартизация практических методов работы <input type="checkbox"/> Планирование маршрутов пациента в системе медицинской помощи <input type="checkbox"/> Адаптация оказываемой пациентам помощи
	Организация поставщиков и условий оказания услуг	<input type="checkbox"/> Создание новых или перепрофилирование старых условий предоставления услуг <input type="checkbox"/> Структурирование видов практической деятельности в целях применения многопрофильного подхода <input type="checkbox"/> Корректировка ролей поставщиков и объема осуществляемой ими деятельности <input type="checkbox"/> Содействие информационному обмену
	Руководство процессом оказания услуг	<input type="checkbox"/> Обеспечение наличия достаточного объема ресурсов <input type="checkbox"/> Создание значимых связей между всеми задействованными субъектами <input type="checkbox"/> Принятие подхода, ориентированного на результаты
	Повышение эффективности	<input type="checkbox"/> Укрепление системы руководства клинической практикой <input type="checkbox"/> Создание системы непрерывного обучения в течение всей жизни

Сфера	Области действий	Ключевые стратегии
<b>Сфера 3. Факторы, содействующие работе системы</b>	Реорганизация структуры подотчетности	<input type="checkbox"/> Предоставление четких полномочий <input type="checkbox"/> Обеспечение необходимых ресурсов и инструментов <input type="checkbox"/> Сбор фактических данных, касающихся эффективности работы системы
	Согласование стимулов	<input type="checkbox"/> Ориентирование процесса распределения ресурсов для закупщиков <input type="checkbox"/> Увязывание механизмов оплаты работы поставщиков с повышением эффективности <input type="checkbox"/> Внедрение стимулов для пациентов
	Обеспечение компетентными кадрами здравоохранения	<input type="checkbox"/> Набор и ориентирование кадров на основе компетенций <input type="checkbox"/> Создание поддерживающей рабочей среды <input type="checkbox"/> Создание системы непрерывного профессионального развития
	Содействие ответственному использованию лекарственных средств	<input type="checkbox"/> Обеспечение стандартизации в поддержку ответственного использования лекарств <input type="checkbox"/> Работа с процессами назначения, отпуска и приема препаратов <input type="checkbox"/> Поддержка применения индивидуализированных схем приема препаратов
	Внедрение инновационных технологий здравоохранения	<input type="checkbox"/> Поддержка применения новых технологий <input type="checkbox"/> Проведение исследований с целью оптимизации использования медицинских устройств
	Развитие электронного здравоохранения	<input type="checkbox"/> Содействие совместимости и удобству интерфейса электронных платформ для пользователей <input type="checkbox"/> Предоставление доступа к медицинским данным в рамках защищенных и безопасных систем
<b>Сфера 4. Управление изменениями</b>	Составление стратегий внедрения изменений, ориентированных на нужды людей	<input type="checkbox"/> Создание "горящей платформы" для внедрения изменений <input type="checkbox"/> Взаимодействие с широким кругом сторон <input type="checkbox"/> Разработка планомерного подхода
	Осуществление преобразований	<input type="checkbox"/> Реализация пилотных проектов <input type="checkbox"/> Формирование культуры активного личного участия <input type="checkbox"/> Содействие информационному обмену
	Создание возможностей для внедрения устойчивых изменений	<input type="checkbox"/> Создание коалиций <input type="checkbox"/> Развитие устойчивости перед внешними воздействиями <input type="checkbox"/> Задействование рычагов влияния для обеспечения согласованности изменений

**Вставка 1. Инструмент анализа стадий развития системы предоставления услуг****Стадии развития системы предоставления услуг**

Непрерывный цикл развития системы оказания услуг может быть описан в соответствии с четырьмя ключевыми стадиями, охватывающими традиционную помощь, помощь при конкретных заболеваниях, скоординированные услуги и, наконец, интегрированные услуги. Эти стадии можно охарактеризовать в соответствии с основными процессами оказания услуг, определяемыми форматом помощи, организацией поставщиков, управлением услугами и непрерывным повышением эффективности работы. Хотя в конечном итоге успех каждой из этих стадий зависит от обеспечения согласованности с другими факторами, содействующими работе системы здравоохранения, в рамках данного анализа стадий во внимание принимается исключительно аспект оказания услуг здравоохранения. Тем не менее, формирование поддерживающих условий в системе здравоохранения неизбежно оказывает свое влияние на переход от стадии к стадии.

**Характерные особенности системы предоставления услуг здравоохранения в соответствии со стадией ее развития**

Стадии преобразований в системе предоставления услуг здравоохранения	Традиционная помощь	Помощь при конкретных заболеваниях	Скоординированные услуги	Интегрированные услуги
<b>Модель оказания помощи</b>	<b>Выборочная первичная медико-санитарная помощь</b>  Модель семейной медицины; ограниченный набор услуг; конкретные потребности, связанные со здоровьем или характерные для определенных подгрупп	<b>Ведение заболеваний</b>  Акцент на приоритетные заболевания; набор услуг определяется в соответствии с приоритетными заболеваниями	<b>Управление процессом оказания помощи</b>  Акцент на связанные со здоровьем потребности, профилактику и укрепление здоровья	<b>Личность в целом</b>  Комплексное и непрерывное медицинское и социальное обслуживание на протяжении всей жизни
<b>Организация поставщиков услуг</b>	<b>Вертикальная</b>  Четко различимые первичный, вторичный и третичный уровни оказания услуг; ориентир на функции врача-терапевта и врача-специалиста; раздробленность информации здравоохранения	<b>Опирающаяся на связи</b>  Вертикальная организация с особым вниманием к связям, возникающим в процессе перехода с уровня на уровень; ориентир на врача-специалиста; информация о пациенте используется исключительно для клинических целей	<b>Горизонтальная</b>  Взаимодействие как на одном, так и на разных уровнях оказания помощи; размещение на базе одного учреждения различных поставщиков при одновременном расширении функций медсестер; обмен информацией в интересах ведения пациента	<b>Основанная на взаимодействии</b>  Коллективная работа сектора здравоохранения и других секторов; использование многопрофильных бригад специалистов; единый доступ к медицинской информации для поставщиков и граждан

<b>Вставка 1. (продолжение)</b>				
<b>Руководство процессом оказания услуг</b>	<b>Управление производственным процессом</b>  Централизованная, директивная (организованная по принципу "сверху-вниз") структура выделения ресурсов и принятия решений	<b>Управление ресурсами</b>  Постатейное бюджетирование и привязка мероприятий к конкретным программам	<b>Управление эффективностью работы</b>  Упор на эффективность и качество при ориентации на результаты	<b>Управление в интересах конечных показателей здоровья</b>  В интересах улучшения здоровья в масштабах населения
<b>Постоянное повышение эффективности</b>	<b>Качество вкладываемых ресурсов</b>  Упор на лицензирование кадров здравоохранения, рациональное использование лекарственных средств и аккредитацию учреждений здравоохранения	<b>Качество промежуточных результатов</b>  Упор на стандартизацию практики путем использования клинических руководств, кураторства, клинического аудита и коллегиальных проверок	<b>Качество процессов</b>  Акцент на механизмы, способствующие получению обратной связи и регулярной оценке эффективности клинического ведения случаев и оказания помощи пациентам	<b>Качество конечных результатов</b>  Оптимизация промежуточных и конечных результатов; руководство клинической практикой и удовлетворенность пациента получаемой помощью

### Стадии и приоритетные стратегические действия

Присваивая различные характеристики преобразований в системе предоставления услуг стадиям в рамках непрерывного цикла от 1 (отражает свойства традиционной помощи) до 4 (отражает свойства интегрированных услуг), мы устанавливаем составное значение стадии развития. Совокупное значение относительного показателя определенного контекста для каждой характеристики системы оказания услуг может быть использовано для приоритизации мер политики и управления внедрением изменений.

### Шкала для определения стадий и приоритетных мер политики

Стадия	Традиционная помощь	Помощь при конкретных заболеваниях	Скоординированные услуги	Интегрированные услуги
<b>Значения</b>	≤ 4	≥ 5 ≤ 8	≥ 9 ≤ 12	≥ 13
<b>Приоритетные стратегические действия</b>	<b>Переформатировать модель оказания помощи, чтобы ориентировать ее на нужды людей</b>  Приоритизация усилий по развитию понимания связанных со здоровьем потребностей и рисков для	<b>Оптимизировать основные процессы оказания услуг здравоохранения</b>  Приоритизация дальнейшего расширения набора услуг, стандартизация практических методов работы; переформатирован	<b>Согласование других функций обеспечения возможностей в системе здравоохранения</b>  Создание четкого механизма подотчетности с обеспечением необходимых ресурсов и инструментов на субнациональном	<b>Укрепление интеграции с другими секторами</b>  Приоритизация усилий по укреплению плодотворного сотрудничества между секторами и в рамках различных

	населения на основании фактических данных; работа над определением и инвентаризацией соответствующих детерминант здоровья и смещение акцента в рамках системы оказания услуг с вкладываемых ресурсов на нужды людей	ие маршрутов пациента в соответствии с его потребностями; четкая структуризация поставщиков и условий оказания помощи для содействия большей согласованности; укрепление руководства клинической практикой и системы непрерывного обучения в течение всей жизни	уровне; согласование стимулов для поставщиков со структурой и форматом услуг; сформированный цикл развития компетентных кадров здравоохранения; рациональное использование лекарственных средств и масштабное внедрение электронного здравоохранения	механизмов подотчетности для четкого определения ролей субъектов и использования фактических данных, иллюстрирующих эффективность работы, при полноценном участии пациентов и расширении возможностей и прав групп населения посредством оценки индивидуальной удовлетворенности людей получаемой помощью
<b>Управление изменениями</b>	С самого начала сделать упор на составлении стратегий внедрения изменений, ориентированных на нужды людей, и объединении широкого круга сторон	Сделать упор на осуществлении преобразований, которые бросают вызов существующему положению дел, путем реализации пилотных проектов и формирования культуры активного личного участия	Сделать упор на согласовании системных изменений с процессами оказания услуг путем принятия мер в различных областях действий и формирования коалиций	Сделать упор на широком внедрении преобразований и обеспечении их устойчивости в долгосрочной перспективе, чтобы перейти от изменений в рамках конкретных проектов к новому статус-кво

### Применение

Например, страна, сделавшая упор на предоставлении широкого спектра услуг, выходящих за рамки программ, ориентированных на конкретные заболевания, но при этом не охватывающих все потребности в социальном обслуживании и других видах помощи, обеспечивающая связи между разными уровнями оказания помощи и уделяющая внимание повышению эффективности работы системы, выражающемуся в совершенствовании процессов, а не в улучшении конечных результатов, может быть описана в рамках непрерывного цикла как "находящаяся на стадии оказания скоординированных услуг". В контексте каждого свойства системы оказания услуг здравоохранения можно определить возможности для совершенствования, к примеру, для дальнейшего расширения модели оказания помощи, укрепления согласованности с другими секторами и улучшений, направленных на достижение оптимальных показателей здоровья. Такая оценка предполагает необходимость приоритизации согласования системных условий для того, чтобы закрепить преобразования в системе оказания услуг и обеспечить их долгосрочную устойчивость.

**Таблица 2. Показатели для регулярного представления сведений в базу данных "Здоровье для всех"**

<b>Код</b>	<b>Показатель</b>
<b>2450</b>	Число выбывших из стационара: болезни системы кровообращения, на 100 000 населения
<b>2460</b>	Число выбывших из стационара: ишемическая болезнь сердца, на 100 000 населения
<b>2480</b>	Число выбывших из стационара: цереброваскулярные болезни, на 100 000 населения
<b>2500</b>	Число выбывших из стационара: болезни органов дыхания, на 100 000 населения
<b>2520</b>	Число выбывших из стационара: болезни органов пищеварения, на 100 000 населения

*Источник:* Европейская база данных "Здоровье для всех" (106).

= = =