



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОДДЕРЖКУ ПРОЦВЕТАНИЯ И СОЛИДАРНОСТИ: НИКОГО НЕ ОСТАВИТЬ БЕЗ ВНИМАНИЯ

ИНКЛЮЗИВНОСТЬ

ИНВЕСТИЦИИ

ИННОВАЦИИ

СОВЕЩАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ
ТАЛЛИНН, ЭСТОНИЯ, 13–14 ИЮНЯ 2018 г.



В ОЗНАМЕНОВАНИЕ ДЕСЯТОЙ ГОДОВЩИНЫ
ПРИНЯТИЯ ТАЛЛИННСКОЙ ХАРТИИ



Аннотация

Совещание высокого уровня "Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания" состоялось 13–14 июня 2018 г. в Таллинне, Эстония. Цель совещания заключалась в том, чтобы торжественно отметить десятилетие Таллиннской хартии, вновь подтвердить и подчеркнуть ее основополагающие ценности и рассмотреть имеющиеся в Европейском регионе ВОЗ благоприятные возможности, отражающие эти ценности и принятые обязательства, а также призвать к их дальнейшему развитию и защите.

Задачи совещания включали обсуждение и признание важности Таллиннской хартии, ее ценностей и достигнутых благодаря ей успехов, обмен инновационными подходами и последними примерами передовой практики в странах Региона и формулирование в общих чертах нового видения систем здравоохранения XXI века, ориентированных на интересы и нужды человека, способных преодолевать любые трудности и неуклонно стремящихся к достижению социальной справедливости в отношении здоровья в соответствии с Целями в области устойчивого развития и положениями политики Здоровье-2020.

Ключевые слова

Health Services Accessibility
Universal Health Insurance
Health Equity
Community Participation
Investments

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Резюме

Совещание высокого уровня “Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания” состоялось 13–14 июня 2018 г. в Таллинне, Эстония. Цель совещания состояла в том, чтобы торжественно отметить десятилетие Таллиннской хартии в контексте Целей в области устойчивого развития. Хартия явилась важной вехой в укреплении систем здравоохранения и оказала огромное влияние на этот процесс в Европейском регионе ВОЗ и за его пределами. В Хартии особо выделены принципы солидарности, справедливости и общественного участия как основополагающие ценности, которым должны быть привержены государства-члены, и тем самым она отразила общую готовность государств осуществлять ценностно-ориентированную программу действий по укреплению систем здравоохранения. С тех пор эта решимость действовать исходя из общей для всех системы ценностей проходит красной нитью через всю деятельность государств-членов и Европейского регионального бюро ВОЗ; совершенно очевидно, что основные ценности, лежащие в основе Хартии, остаются актуальными и сегодня и по-прежнему указывают точку приложения усилий в системах здравоохранения. Тем не менее, хотя в 2018 году и пришло время праздновать годовщину, это не время для того, чтобы проявлять самоуспокоенность или принимать что-либо как само собой разумеющееся, и весь наш опыт после 2008 года (включая глобальный финансовый кризис 2008–2010 гг.) наглядно показал это.

Таким образом, перед совещанием стояли две задачи. Во-первых, оно представляло собой торжества по поводу достижений последних десяти лет, отразивших наследие Хартии и доказавших ее роль в укреплении систем здравоохранения в государствах-членах. Во-вторых, это был удобный случай для того, чтобы, с одной стороны, вновь повторить аргументы в пользу дальнейшего укрепления систем здравоохранения в интересах улучшения здоровья и повышения уровня благосостояния в свете новых фактов, а с другой стороны, использовать и развивать нынешние благоприятные возможности, которые отражают ценности и обязательства, являющиеся сутью Хартии, и потребовать их защиты в будущем.

Название совещания – “Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания” – было выбрано таким образом, чтобы отразить этот взгляд, обращенный в будущее, и в центре внимания участников были три всеохватывающие темы, которые получили общее название “три И”:

ИНКЛЮЗИВНОСТЬ: расширение охвата, улучшение доступа к медицинской помощи и финансовой защиты каждого;

ИНВЕСТИЦИИ: аргументация в пользу инвестиций в системы здравоохранения; и

ИННОВАЦИИ: использование возможностей, которые открывают инновации и системы, для удовлетворения потребностей людей.

Два дня, в течение которых проходило совещание, дали возможность углубленного обсуждения и изучения каждой из этих тем. Однако эти три темы должны рассматриваться не отдельно друг от друга, а как целостная матрица: их взаимозависимость очевидна, а связи между ними изменчивы и зависят от меняющегося контекста в каждой стране.

В настоящем отчете освещены основные моменты дискуссий и уделяется особое внимание новым фактическим данным и новому мышлению, но самое главное – в нем исследуется все то, с чем столкнулись отдельные страны после того, как появилась на свет Хартия. Участники совещания обратили внимание на сложности в трансформировании и реформировании своих систем здравоохранения, когда приходится балансировать между желанием расширить охват услугами здравоохранения и конкурирующим спросом на конечные ресурсы и настоятельной необходимостью вводить инновации в системы и в предоставление услуг.

Размышления об опыте отдельных стран позволили выявить целый ряд общих тем, которые пронизывают все три И. Доминирующим тезисом, касающимся расширения охвата, улучшения доступа к медицинским услугам и финансовой защиты каждого, было то, что, хотя сегодня имеется намного больше фактических данных, причем более детальных, о трех факторах – кто испытывает финансовые трудности в результате обращения за медицинской помощью, какие именно медико-санитарные услуги являются основной причиной этого и какие стратегии расширения охвата оказывают положительный эффект, – достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения для всех стран Региона остается пусть даже и в разной степени, но сложной задачей. Участники подробно рассказывали о целом ряде стратегий, многие из которых еще находятся в процессе осуществления. Было ясно, что успех их осуществления хотя и находится в очевидной зависимости от конкретных условий в стране, но также определяется и тем, насколько всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) является составной частью разнообразных мер, направленных на трансформирование систем здравоохранения таким образом, чтобы они обеспечивали справедливость, универсализм, солидарность и устойчивость, т.е. те ценности, которые составляют главный смысл Таллиннской хартии.

Что касается темы аргументации в пользу инвестиций в системы здравоохранения, после принятия Таллиннской хартии, по-видимому, уже не было недостатка в данных для того, чтобы убедить правительства в пользе расходования средств на здравоохранение ради здравоохранения. Скорее, нужны фактические данные для того, чтобы понять, как лучше расходовать средства на следующих этапах трансформирования или принимать правильные решения об инвестициях, которые принесут пользу потребителям услуг и гарантируют обеспечение качества и рациональное соотношение затрат и результатов. В центре дискуссий оказались противоречия и компромиссы в процессе принятия решений о том, на что следует тратить деньги в системе здравоохранения, и всегашнее отсутствие конкретных данных о том, какие меры, в какой момент и каким образом позволят сдвинуть развитие систем здравоохранения в сторону сохранения ценностей, воплощенных в Хартии.

Преодоление трудностей, связанных с достижением целей трансформирования систем здравоохранения, включая необходимость обеспечения инклюзивности и разумных инвестиций, также влечет за собой необходимость идти в ногу с изменениями как внутри каждой системы здравоохранения, так и в окружающем ее мире, что требует от лиц, формирующих политику здравоохранения, максимально использовать возможности, которые открывают инновации, для удовлетворения потребностей населения своих стран. Выстраивание альянсов между странами и внутри стран, как межсекторальных, так и внутри сектора и понимание местных экосистем – все это, по мнению участников, является элементами контекста, восприимчивого к внедрению инноваций. Важным вопросом остается стратегическое руководство, особенно руководство общественным здравоохранением, но дебаты также сосредоточились на сложностях, которые стимулируют (или наоборот, тормозят) успех внедрения инноваций в системах здравоохранения, и на факторах, которые благоприятствуют их широкому распространению или передаче. Очень важным обстоятельством является то, что для сохранения ценностей Таллиннской хартии требуется постоянная бдительность, чтобы поддерживать справедливость при внедрении новых методов лечения или новых способов предоставления помощи. Необходимо также обеспечивать более широкое участие пациентов и общественности в принятии решений и планировании услуг и признать важность понимания мнений пациентов и того, с чем им приходится сталкиваться. Истории и точки зрения отдельных граждан создают общий контекст для многих нюансов, влияющих на матрицу трех И, и позволяют лучше понять эти нюансы.

Выражение благодарности

ВОЗ выражает благодарность Правительству Эстонии в лице Министерства социальных дел за радушный прием совещания высокого уровня и за превосходное сотрудничество. Техническое руководство осуществлял Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ при поддержке Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Важную помощь в организации совещания оказал Страновой офис ВОЗ в Эстонии.

В основу настоящего отчета положены ценные идеи и высказывания докладчиков и участников совещания. Составителями отчета являются Kate Melvin и David Hunter. Методическое руководство и рецензирование осуществили сотрудники Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ Elke Jakubowski и Gabriele Pastorino под началом директора Hans Kluge. Все фотографии защищены авторскими правами ВОЗ.

Сокращения

Сокращения названий государств-членов Европейского региона ВОЗ на рисунках 4,5,6,7 и 9:

ALB - Албания
AUT - Австрия
CRO - Хорватия
CYP - Кипр
CZH - Чехия
DEN - Дания
EST - Эстония
FRA - Франция

GEO - Грузия
DEU - Германия
GRE - Греция
HUN - Венгрия
KGZ - Кыргызстан
LTU - Литва
LVA - Латвия
MDA – Республика Молдова

POL - Польша
POR - Португалия
SVK - Словакия
SVN - Словения
SWE - Швеция
UKR - Украина
UNK – Соединенное Королевство

1. История вопроса

В июне 2008 г. министры и высокопоставленные представители из 53-х государств-членов в Европейском регионе ВОЗ собрались в Таллине, Эстония, вместе с партнерами, представителями гражданского общества и экспертами, чтобы обсудить фактические данные, свидетельствующие о том, что инвестиции в системы здравоохранения способствуют улучшениям в здоровье населения, экономическом благосостоянии и благополучии всего общества. В результате этого мероприятия, открывшего новую страницу в развитии здравоохранения, появился документ “Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благополучия” (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г.). Хартия, которую подписали все государства-члены, воплотила в себе всеобщую приверженность ценностно-ориентированному курсу на укрепление систем здравоохранения. Это нашло отражение в последующей деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ и в том числе в публикации “Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу” (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015а), которая получила одобрение государств-членов вместе с сопровождающей ее резолюцией, принятой на 65-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2015 г. в Вильнюсе, Литва. Ценности Таллиннской хартии составляют также главное содержание положения о системах здравоохранения, ориентированных на человека, – одного из фундаментальных принципов политики Здоровье-2020 – рамочной основы политики в Европейском регионе ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

Таллиннская хартия остается краеугольным камнем и неизменным ориентиром в деятельности по укреплению систем здравоохранения в Регионе и через 10 лет после ее принятия. Например, государства-члены упоминали ее как один из факторов прямого и косвенного влияния в целом ряде направлений деятельности, из которых некоторые отражены в документе “Реализация положений Таллиннской хартии: заключительный отчет” (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015b). В то же время происшедшие в последнее десятилетие события и глубокие расколы в политической, социальной и экономической жизни привели к коренным изменениям в европейской и глобальной среде, в которой стали оспариваться – и продолжают оспариваться – ценности, заложенные в Хартии. Подписанная до глобального финансового кризиса 2008 года, Хартия не могла предвидеть роста поляризации в геополитической сфере, потенциальных угроз социальному единению, оставшегося неопределенным экономического климата и последующей в результате этого проблемы с бюджетами здравоохранения и социального обеспечения, вызовов демографии, роста неравенств в отношении здоровья и особенно разрыва в равенстве, например, в плане эпидемиологии неинфекционных заболеваний (НИЗ). Все эти явления и процессы теперь глубоко проникли в ткань европейского общества, и это служит напоминанием о важности справедливости, солидарности и ценностно-ориентированного подхода к укреплению систем здравоохранения в интересах всех. Критический анализ и подтверждение актуальности Хартии в рамках этого более широкого контекста является неотъемлемой частью усилий, направляемых на то, чтобы граждане могли в равной степени пользоваться благами, которые предоставляются их собственными системами здравоохранения.

Как и в 2008 году, щедрой и гостеприимной принимающей стороной совещания высокого уровня “Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания”, состоявшегося в Таллине, Эстония, 13–14 июня 2018 г., было Правительство Эстонии в лице Министерства социальных дел; техническую поддержку оказала Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, а отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Регионального бюро выполнил основную работу по разработке содержательной стороны совещания. Совещание совпало с 20-й годовщиной Европейской обсерватории, 40-й годовщиной Алма-Атинской декларации и 70-й годовщиной ВОЗ. Также оно состоялось немногим более чем через 20 лет после подписания Люблянской хартии по реформированию здравоохранения, которая предшествовала Таллиннской хартии и в которой была подчеркнута необходимость ценностно-ориентированного подхода к реформированию здравоохранения.

В совещании 2018 г. участвовали более 240 человек, представлявших 41 страну в Европейском регионе ВОЗ, в том числе министры здравоохранения, высокопоставленные лица, формирующие политику, эксперты по вопросам политики и систем здравоохранения и управления переменами; присутствовали также многие партнеры. Совещание также привлекло к себе широкое внимание в социальных СМИ: на странице Европейского регионального бюро ВОЗ в Фейсбуке было помещено более 1000 твитов и ее посетили примерно 50000 человек. Прямая видеотрансляция мероприятия в режиме потокового мультимедиа также набрала около 10000 просмотров по разным каналам социальных СМИ.

Мероприятие было не просто возможностью торжественно отметить 10-ю годовщину Хартии и последующие за Хартией достижения: оно еще послужило и платформой для подтверждения аргументов в пользу укрепления систем здравоохранения в интересах улучшения здоровья и повышения благосостояния. Иными словами, это был повод оглянуться назад и посмотреть вперед.




Кроме того, совещание дало уникальную возможность официально представить обзор системы здравоохранения в Эстонии (Habicht et al., 2018). Этот обзор является одним из серии публикаций Европейской обсерватории “Системы здравоохранения: время перемен”, в которых описывается система здравоохранения каждой страны, происходящие в ней реформы и любые осуществляемые инициативы на уровне политики.

В рамках более широкого европейского контекста и, что очень важно, в свете последних фактических данных и знаний совещание было нацелено на то, чтобы подчеркнуть и развить дальше целый ряд благоприятных возможностей и направлений, возникших после 2008 г. К ним относятся:

- Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и Цели в области устойчивого развития (ЦУР);
- возобновление глобальной приверженности достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ);
- новый опыт, накопленный в Европейском регионе ВОЗ в деле позиционирования систем здравоохранения как фактора, содействующего инклюзивному экономическому росту;
- инновационные подходы к согласованному и комплексному предоставлению медицинских услуг, ориентированных на нужды людей;
- рывок в направлении более широкого участия общественности в принятии решений по вопросам оказываемой помощи и повышения индивидуальной ответственности за собственное здоровье;
- совершенствование сбора и использования данных;
- новые подходы к обеспечению наличия требуемых лекарственных препаратов и медицинского персонала и
- нестандартные методы и опыт управления трансформированием и изменением систем.

Например, Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года продолжает приносить все более ощутимые плоды: увеличилась ожидаемая продолжительность жизни, повысились показатели защиты от туберкулеза и других инфекционных болезней и наблюдается резкий спад в смертности от НИЗ, хотя она еще остается весьма серьезной проблемой.

Размышляя о необходимости преобразований в услугах здравоохранения в контексте сложной и разной ситуации в странах, чтобы противостоять непрекращающимся вызовам XXI века и обеспечить гражданам Региона равноправный доступ к здравоохранению и медико-санитарным услугам, участники совещания сосредоточили внимание на трех всеохватывающих темах, детально изложенных в справочно-аналитическом документе, подготовленном к совещанию:

-  **ИНКЛЮЗИВНОСТЬ:** расширение охвата, улучшение доступа к медицинской помощи и финансовой защиты каждого;
-  **ИНВЕСТИЦИИ:** аргументация в пользу инвестиций в системы здравоохранения; и
-  **ИННОВАЦИИ:** использование возможностей, которые открывают инновации и системы, для удовлетворения потребностей людей.

Все эти три темы являются опорой для ценностей Таллиннской хартии, но не следует рассматривать их изолированно. Они не только неразрывно связаны, но и взаимоотношения между ними нестабильны и все время меняются в зависимости от странового контекста и от совокупности обстоятельств, существующих в каждый момент времени в одной и той же системе и стране и в разных системах и странах. Несмотря на свою погруженность в сложность, эти три темы все равно дают возможность сосредоточиться на центральных доктринах ВОУЗ, инвестиций и инноваций и детально разобраться в них – способны ли инновации обеспечить улучшение здоровья и медико-санитарной помощи, в какой степени и каким образом. Такой внимательный разбор также способствует лучшему пониманию возможного направления движения в будущем и последующему и необходимому осуществлению мер по укреплению и трансформированию систем здравоохранения.

Совещание проходило в формате серии пленарных и параллельных заседаний, посвященных каждому из трех И, как указано в программе совещания (см. ниже). В настоящем отчете подробно описывается ход дебатов, проходивших в течение двух дней на всех заседаниях, и выделяются основные рассмотренные вопросы и темы. Отчет состоит из следующих разделов: раздел 2, в котором представлена концепция совещания; разделы 3, 4 и 5, в которых подробно говорится о подходах к рассматриваемым вопросам и о характере дискуссий, сосредоточенных на трех всеохватывающих темах; раздел 6, посвященный основным направлениям дальнейшей работы, предложенным участниками, и раздел 7, в котором содержатся выводы совещания.

2. Празднование десятилетия Таллиннской хартии в контексте ЦУР

В Таллиннской хартии обозначены семь направлений действий, приверженность которым выразили государства-члены и которые являются основой и побудительным фактором усилий ВОЗ по укреплению систем здравоохранения во всем Европейском регионе (вставка 1; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008).

Вставка 1. Таллиннская хартия: приверженность активным действиям

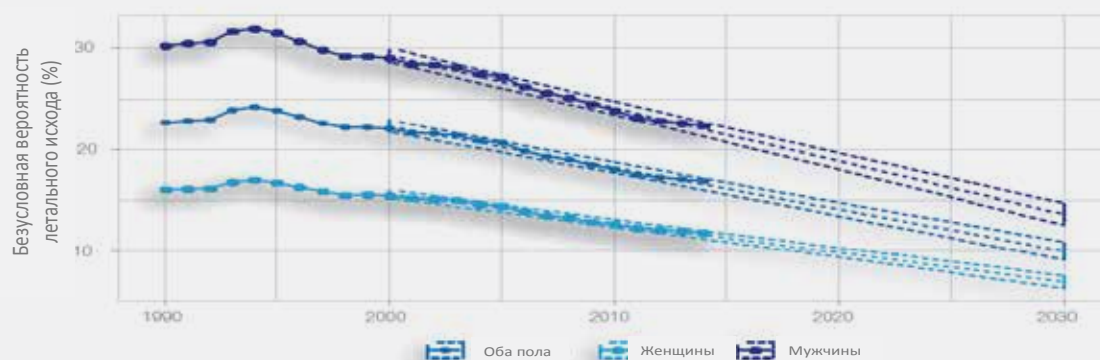
Мы, государства-члены, выражаем приверженность и готовность к действиям по следующим направлениям:

- **активно претворять в жизнь общие ценности солидарности, справедливости и общественного участия** – в политике здравоохранения, в распределении ресурсов и других действиях, уделяя должное внимание удовлетворению нужд менее обеспеченных слоев населения и других уязвимых групп;
- **инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать соответствующим инвестициям во всех отраслях**, влияющих на здоровье, используя фактические данные, подтверждающие связи между социально-экономическим развитием и здоровьем;
- **развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности** в отношении деятельности систем здравоохранения в целях достижения измеримых результатов;
- **повышать уровень отзывчивости систем здравоохранения** к нуждам, запросам и ожиданиям людей, признавая их права, но также и ответственность по отношению к собственному здоровью;
- **вовлекать все заинтересованные стороны** в процессы формирования и реализации политики;
- **всемерно содействовать международному обмену опытом и развивать сотрудничество** в области планирования и осуществления реформ здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях;
- **обеспечивать готовность систем здравоохранения к эффективному преодолению кризисных ситуаций**, оперативное сотрудничество друг с другом, а также выполнение Международных медико-санитарных правил.

Выступающие на первых заседаниях совещания 2018 г. напомнили участникам о сохраняющейся актуальности этих ценностей и о том, что Хартия по-прежнему способна влиять на изменение положения и трансформирование систем здравоохранения. В своем вступительном слове директор Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Zsuzsanna Jakab воздала должное тому пути, который прошли страны в Европейском регионе после 2008 года, и достигнутому значительному прогрессу. Например, продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, выросла в среднем почти на два года и приблизилась к 78 годам. Европейский регион также показывает прекрасный пример достижения впечатляющего снижения преждевременной смертности от НИЗ (рис. 1).

Хартия буквально оживила весь ландшафт систем здравоохранения своим ценностно-ориентированным подходом, суть которого составляли разделяемые Европой ценности солидарности, справедливости и общественного участия.

Рис. 1. Преждевременная смертность от НИЗ в Европейском регионе



После 2008 г. эти ценности многократно подтверждались приверженностью ВОЗ и государств-членов к их реализации, в том числе в Тринадцатой общей программе работы ВОЗ на 2019–2023 гг., которая была утверждена на Семьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2018 г., когда было подчеркнуто их всемирное значение. Д-р Jakob обратила внимание собравшихся на то, как ярко эти ценности выражены в Хартии, и отметила, что нет лучшего выражения принципов солидарности, справедливости и общественного участия, чем стремление к достижению ВОУЗ. Никто не должен впадать в бедность из-за плохого здоровья.



©ВОЗ

Однако д-р Jakob подчеркнула, что не должно быть места для самоуспокоенности. Нужно идти вперед, продолжая добиваться скорейшего улучшения показателей здоровья, сокращая глубокие различия в состоянии здоровья и опираясь на накопленные опыт и знания. Прочные и надежные системы здравоохранения важны не только сами по себе: известно, какой вклад они вносят в социальное и экономическое развитие. Фактические данные сегодня свидетельствуют однозначно: здоровье и процветание идут рука об руку и одно не улучшается без другого.

Сохраняются огромные по своей сложности задачи, такие как снижение неравенств в отношении здоровья, поддержка общественного здравоохранения, развитие первичной медико-санитарной помощи, создание условий для доступа к приемлемым по стоимости лекарственным препаратам и обеспечение ориентированности медицинской помощи и систем здравоохранения в первую очередь на нужды пациента. Деятельность по претворению в жизнь видения будущего, представленного в политике Здоровье-2020, призыва к действиям, никого не оставляющим без внимания, Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и ЦУР создает великолепную возможность решать эти задачи в рамках объединенных усилий, которые включают системы здравоохранения как самостоятельные действующие субъекты, но по своим масштабам гораздо шире.

Обратившаяся к участникам с приветствием Президент Эстонии Kersti Kaljulaid подтвердила, что воплощенная в Хартии философия, в соответствии с которой здоровье – это основное право всех людей, глубоко укоренилась в европейском обществе. С момента восстановления своей независимости Эстонии удавалось вкладывать средства в медико-санитарную помощь благодаря возросшим уровням доходов и сопутствующему росту благосостояния. Большое значение для этих инвестиций имело развитие системы электронного здравоохранения, в которой содержатся данные о пациентах. Система также связана с общей эстонско-финской службой электронных рецептов, что является примером международного сотрудничества в области электронного здравоохранения. Важную роль в системе общественного здравоохранения также играет сегодня тщательно регулируемый Эстонский геномный фонд, который способен производить анализ крови индивидуума с целью выявления распространенных маркеров предрасположенности к развитию заболевания. Самую большую напряженность в системе по-прежнему создает необходимость принимать трудные решения относительно платежей из собственного кармана и относительно того, какие услуги должны или не должны включаться в пакет услуг, хотя Президент заверила, что в системе предусмотрена возможность компенсации для наиболее слабых и уязвимых членов общества.

На протяжении всего совещания участники обсуждали вопрос о том, как лучше приходить к пониманию непосредственных задач и применять такие меры, которые гарантировали бы, что системы здравоохранения будущего будут строиться на принципах солидарности, справедливости и универсализма, но одновременно обеспечивали бы их устойчивость.

3. Инклюзивность: расширение охвата, улучшение доступа к медицинской помощи и финансовой защиты каждого

Первое заседание совещания, на котором была представлена общая картина ситуации, было построено в соответствии с принятым ВОЗ определением всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ):

ВОУЗ означает, что все люди и сообщества получают необходимые им медико-санитарные услуги, не испытывая при этом финансовых трудностей. Эти услуги включают полный набор основных качественных медико-санитарных услуг - от укрепления здоровья до профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи.

(ВОЗ, 2017 г.)

3.1. Понимание ВОУЗ

Главный принцип ВОУЗ гласит, что необходимо добиваться, чтобы системы здравоохранения доходили до каждого человека и каждому предоставляли услуги, и он же занимает центральное место в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и в положительной форме выражен в задаче 3.8, предусмотренной в ЦУР 3. ВОУЗ также является главной целью ВОУЗ-2030 – широкого международного партнерства, объединяющего правительства во всем мире, многосторонние организации, благотворительные организации и членов гражданского общества, чья деятельность направлена на выстраивание более инклюзивных и сильных систем здравоохранения. В 2019 г. совещание высокого уровня по вопросам ВОУЗ проведет также Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций.

Участники обсудили вопрос о том, как можно было бы трансформировать системы здравоохранения таким образом, чтобы все граждане имели доступ к необходимому медицинскому обслуживанию надлежащего уровня, не сталкиваясь с финансовыми трудностями. Дискуссии начались с анализа главных концепций ВОУЗ. Исходя из того, что устойчивая система медико-санитарной помощи должна быть рациональной, эффективной и справедливой, цель ВОУЗ заключается в предоставлении населению доступа ко всем услугам, которые являются “удачной сделкой”, т.е. и качественными и недорогими, но это не означает неограниченного охвата или неограниченных расходов. Однако ВОУЗ не пользуется всеобщей популярностью. Отчасти это может объясняться тем, что некоторым, возможно, придется платить больше, или тем, что не всегда бывает возможно получить привилегированный доступ к помощи в той степени, в какой это требуется или желательно.

Концепцию ВОУЗ часто представляют в виде куба (рис. 2), изображающего три его составляющие: кто охватывается доступом к помощи, в какой степени они охвачены в плане затрат и какие виды услуг включает этот охват.

Рис. 2. Аспекты ВОУЗ



Источник: Адаптировано из Годового отчёта о состоянии здравоохранения в мире 2010 г.

Любую систему здравоохранения можно построить исходя из того, где в этом кубе располагается та или иная страна, но самый важный принцип состоит в том, чтобы услуги получали люди, которым они нужны, и чтобы это были именно нужные услуги, и чтобы в результате отказа в доступе не наступало обнищание.

На рис. 3 показан “идеальный” куб. В идеальной системе, поскольку нет никакой выгоды исключать кого-либо из охвата, 100% населения должны быть охвачены всеми услугами, которые являются “удачной сделкой” в контексте отдельно взятой страны. Услуги, которые являются “удачной сделкой” и имеют положительное соотношение затрат и результатов, являются также и доступными по стоимости – так не бывает, чтобы услуги были “удачной сделкой”, но неприемлемыми по стоимости.

Официальные платежи за пользование услугами (или соплатежи) не считаются полезными как способ оплаты полноценной помощи, и единственная польза от них в том, что они дают поступления в систему. Они, как правило, отпугивают тех, кто нуждается в медико-санитарной помощи, и в значительной мере представляют собой нерациональный способ различения тех, кто должен, и тех, кто не должен получать услуги. Тем не менее, несмотря на имеющиеся фактические данные, официальные платежи за пользование услугами в течение некоторого времени, скорее всего, еще будут сохраняться, причем не в последнюю очередь из-за того, что изменение системы является делом сложным и является долговременной стратегией. Кроме того, сокращение государственных расходов на здравоохранение и увеличение частных расходов не будет способствовать экономическому росту, поскольку макроэкономические последствия для процветания и роста связаны с тем, на что тратятся деньги, а не с тем, какой механизм используется для их расходования.

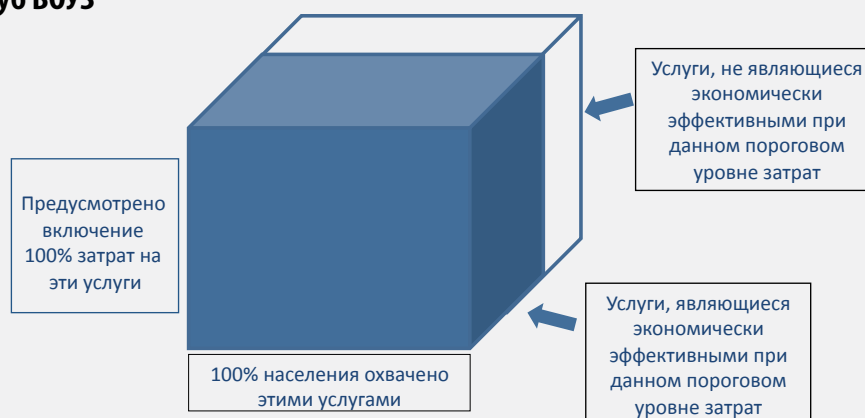
На практике системы здравоохранения должны функционировать так, чтобы люди могли получать услуги, не испытывая финансовых трудностей, но чтобы при этом удовлетворялись потребности людей в услугах здравоохранения. Участники признали, что 10 лет назад, когда готовилась Таллиннская хартия, невозможно было предвидеть, что вот-вот грянет глобальный экономический кризис и что вся декларируемая в ней приверженность практическим действиям окажется под угрозой, особенно касающаяся охвата услугами здравоохранения и финансовой защиты. Собственно говоря, именно этот финансовый кризис впервые подверг испытанию обязательства, заявленные в Хартии. Во вставке 2 описывается, как отреагировали на кризис две страны.

Вставка 2. Влияние финансового кризиса в Греции и Словении

В **Греции** финансовый кризис длился семь лет и, согласно сообщениям, привел к уменьшению валового внутреннего продукта (ВВП) на одну четверть. Это создало огромные трудности для системы здравоохранения. Свыше 2 млн человек утратили доступ к системе здравоохранения из-за того, что их страховка была привязана к наличию у них работы.

Система здравоохранения **Словении** тоже пострадала в результате финансового кризиса, и это в значительной мере было результатом того, что ее финансирование осуществляется по системе Бисмарка. Однако вместо того, чтобы сокращать ВОУЗ, финансовое бремя было переложено на плечи поставщиков услуг здравоохранения, главным образом на больницы. Больницы понесли значительные убытки, в результате чего возникли длинные очереди и резко ухудшился доступ к специализированному лечению.

Рис. 3. Идеальный куб ВОУЗ



Источник: Адаптировано из Годового отчёта о состоянии здравоохранения в мире 2010 г.

3.2. Последние данные о ценовой доступности медико-санитарной помощи

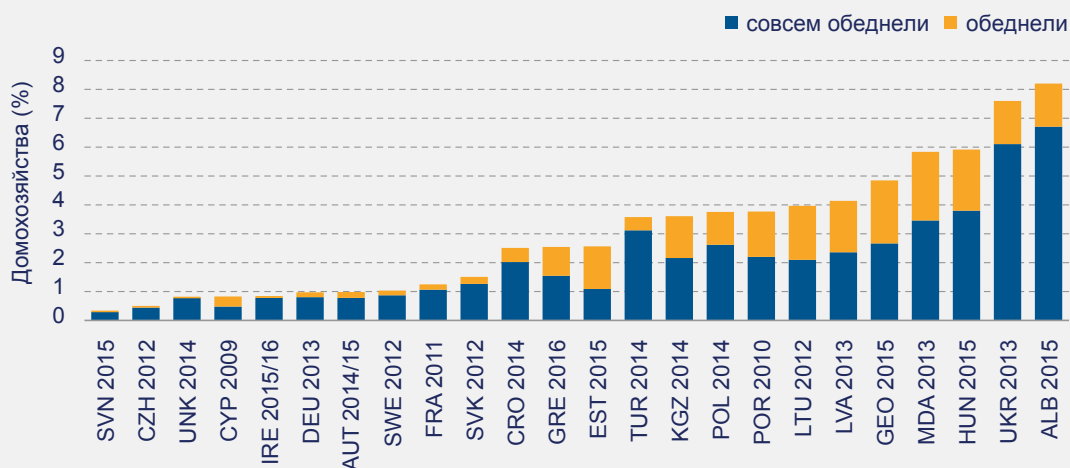
Когда людям, исключенным из охвата услугами здравоохранения, не предоставляется достаточная финансовая защита – такая как защитные верхние пределы расходов, низкие суммы соплатежей или освобождение от оплаты – это может означать для них выбор между финансовыми трудностями и неудовлетворенной потребностью. Из этого может вытекать целый ряд негативных последствий для здоровья и экономических последствий, таких как лишение доступа к медико-санитарной помощи и, что очень важно, рост несправедливости и нищеты. Вопрос этот особенно труден для решения в тех случаях, когда люди должны будут выкладывать из собственного кармана суммы, которые для них велики в сравнении с их платежеспособностью.

Центральное место в этой дискуссии заняли результаты проведенного ВОЗ обзора финансовой защиты в нескольких странах в Европейском регионе ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018а). Исследование продолжалось пять лет, в нем участвовали более 50 национальных и международных экспертов и оно охватило 25 стран. В ходе исследования применялась передовая методика, в том числе обследования бюджетов домашних хозяйств, и проводился анализ на страновом уровне с учетом специфики контекста. Это позволило прийти к более полному и более детальному пониманию того, кто сталкивается с финансовыми трудностями, какие услуги являются причиной этого и какие стратегии в отношении охвата услугами оказывают положительное воздействие. Хотя в отчетах приводятся подробные результаты по каждой из 25 стран, важно выделить ряд ключевых выводов, общих для всех.

Домашние хозяйства могут разоряться или беднеть еще больше из-за того, что им приходится платить за медицинскую помощь из собственных средств. Уровни такого обнищания в Европейском регионе показаны на рис. 4. Домашние хозяйства, которых разорили платежи из собственных средств, – это такие домохозяйства, которые жили выше черты бедности до того, как им пришлось пользоваться медицинской помощью, но опустившиеся ниже этой черты после оплаты услуг. В случае тех домашних хозяйств, которые уже живут ниже черты бедности, они могут стать еще беднее, если возникнет необходимость платить из собственных средств.

Частота случаев разорительных платежей из собственных средств в целом выше в странах восточной части Региона, но даже и в самых богатых странах Европы есть домашние хозяйства, которые разоряются после оплаты медико-санитарной помощи.

Рис. 4. Процент домашних хозяйств, совсем обедневших после платежей из собственных средств

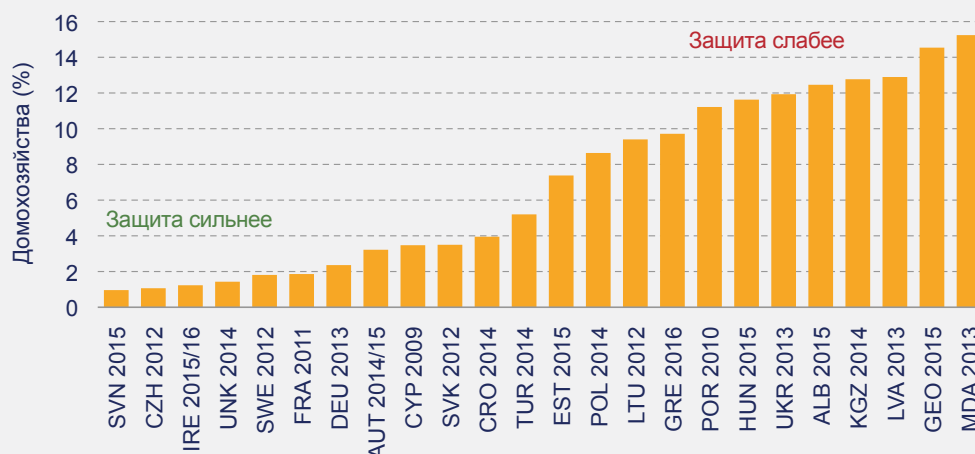


Источник: Офис ВОЗ в Барселоне по укреплению систем здравоохранения

Сегодня также имеются данные о том, сколько домашних хозяйств вынуждены тратить катастрофические суммы: это бывает, когда домашние хозяйства тратят на медицинскую помощь более 40% своей платежеспособности (рис. 5).

Когда в странах защита сильнее, частота случаев катастрофических расходов может быть всего 1%; там же, где защита слабее, этот показатель может достигать 15%, хотя, как показано на рис. 5, в Регионе наблюдаются большие различия.

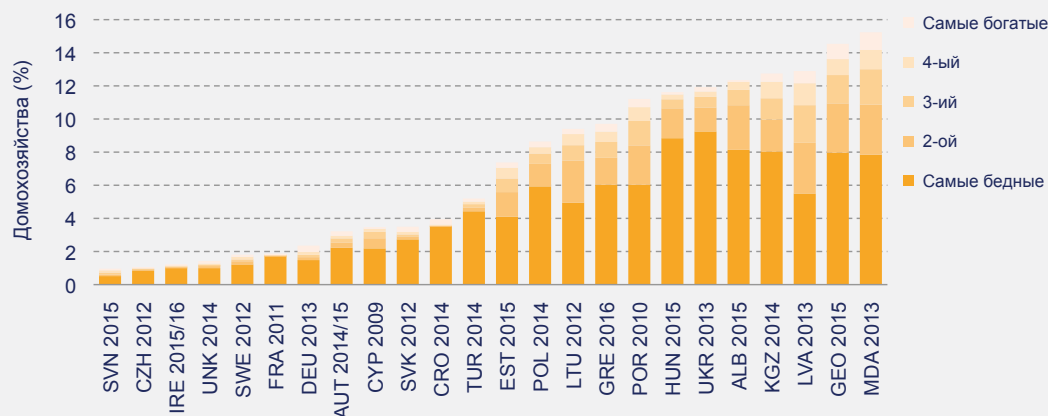
Рис. 5. Процент домашних хозяйств, вынужденных тратить катастрофические суммы из собственных средств



Источник: Офис ВОЗ в Барселоне по укреплению систем здравоохранения

Хотя больше всех катастрофические расходы обычно несут самые бедные домашние хозяйства (рис. 6), состав их может различаться. В одних странах они могут включать пожилых людей, в других это могут быть люди, получающие социальные пособия, а в нескольких странах это могут быть молодые семьи с детьми.

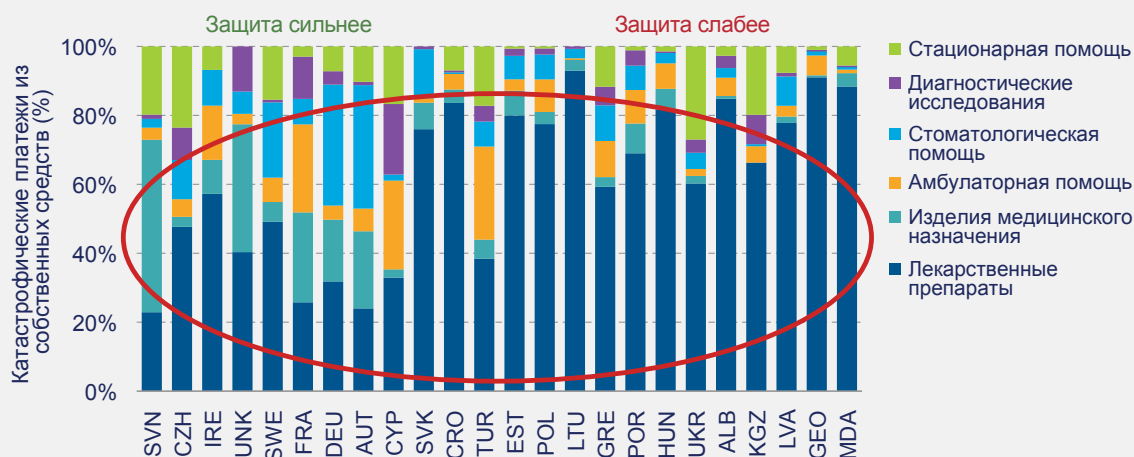
Рис. 6. Процент домашних хозяйств, несущих катастрофические расходы из собственных средств, по параметрам благосостояния



Источник: Офис ВОЗ в Барселоне по укреплению систем здравоохранения

Разбивка катастрофических платежей из собственных средств по видам медицинских услуг в каждой стране показывает, что в странах с более сильной защитой главным источником финансовых трудностей являются стоматологические услуги. Среди стран с более слабой защитой причиной обычно бывают расходы на лекарства. Если глубже вникнуть в катастрофические расходы самых бедных домашних хозяйств, то окажется, что главным источником финансовых трудностей – даже в странах с более сильной защитой – являются лекарственные препараты (рис. 7).

Рис. 7. Медицинские услуги, на которые приходится катастрофические платежи из собственных средств



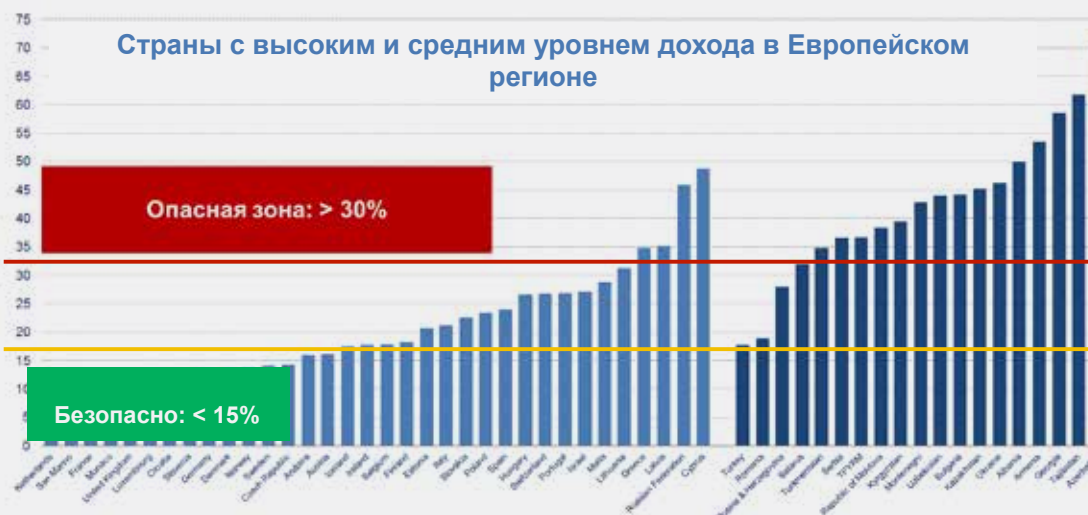
Источник: Офис ВОЗ в Барселоне по укреплению систем здравоохранения

Анализ также подтверждает наличие тесной взаимосвязи между платежами из собственных средств и финансовой защитой. Там, где платежи низкие, защита сильная. На рис. 8 показано, что финансовая защита сильнее там, где выше государственные расходы на здравоохранение.

Таким образом, снижение платежей из собственных средств может уменьшить финансовые трудности, но это лишь часть ответа. Большое значение имеет также охват населения – по принципу места жительства или занятости и/или уплаты взносов. Тем не менее, даже когда охват населения полный, частота случаев катастрофических платежей из собственных средств все равно может быть высокой: быть охваченным услугами здравоохранения хоть и очень важно, но не достаточно для того, чтобы была гарантирована защита. Например, в некоторых странах нет полноценной налоговой системы для сбора платежей, и это потом отражается в охвате, обеспечиваемом системой здравоохранения.

Не меньшее значение имеют различия в плате за услуги. Так, профилактические услуги должны быть частью пакета услуг для всех. Ситуации, когда более состоятельные домашние хозяйства пользуются услугами и испытывают финансовые трудности и когда бедные домашние хозяйства не пользуются такими услугами, как стоматологическая помощь и поэтому испытывают неудовлетворенность потребностей, чаще всего встречаются там, где охват не полностью включает профилактические услуги.

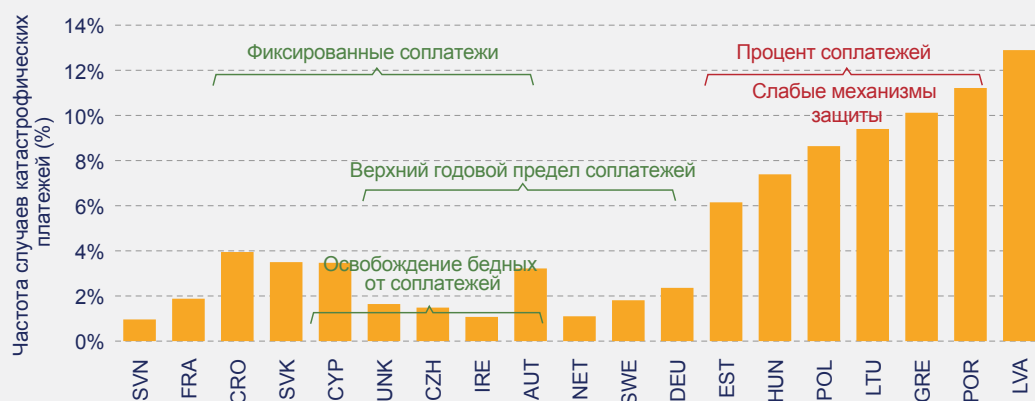
Рис. 8. Расходы из собственных средств в процентах от общих расходов на здравоохранение, по странам



Источник: Данные ВОЗ за 2014 г.

Последним аспектом охвата являются официальные платежи за пользование услугами/соплатежи. Финансовых трудностей вследствие соплатежей можно избежать, если осторожно перестроить политику соплатежей и добиться, чтобы она была простой. Исследования показали, что в странах, где финансовая защита слабая, слаба также и защита от соплатежей. Как подтверждают фактические данные из отдельных стран, признаками прочной схемы соплатежей являются освобождение от соплатежей, защитные верхние пределы соплатежей и применение фиксированных невысоких соплатежей. Например, многие страны с сильной защитой применяют верхние годовые пределы соплатежей, а в некоторых случаях увязывают верхний предел с уровнем доходов (рис. 9).

Рис. 9. Использование верхних пределов как средства защиты



Источник: Офис ВОЗ в Барселоне по укреплению систем здравоохранения

3.3. Стратегии достижения ВОУЗ

Участников попросили путем голосования с помощью веб-приложения совещания ответить на вопрос о том, какие три стратегии они считают наиболее вероятными стратегиями укрепления охвата услугами здравоохранения в своей собственной стране. Результаты оказались очень близкими: в первую очередь необходимо снизить нерациональные расходы (20%) и перераспределить ресурсы от вторичной на первичную медико-санитарную помощь (19%), но также важными стратегиями были признаны увеличение государственных расходов (16%) и расширение охвата услугами на всё население (15%).

Баланс стратегий, зависящий от ситуации в стране, для продвижения к более широкому охвату услугами здравоохранения был отражен в дискуссиях в формате группы экспертов после основных докладов. Во вставке 3 приведен ряд стратегий, которые были рассмотрены в ходе дискуссий. Некоторые стратегии, как, например, в Словении, демонстрируют тот случай, когда главными инструментами сохранения государственного финансирования ВОУЗ стали убеждение политическими средствами и доказательства его рациональности. В других странах процесс продвижения к ВОУЗ идет медленно и до сих пор продолжается. Особого внимания заслуживает пример Австрии, по утверждению которой самым высоким и труднопреодолимым барьером в достижении 100-процентного охвата оказался последний. Когда уже достигнут почти полный охват, препятствием является трудность понимания того, как обеспечить защиту оставшейся части населения. Однако для индивидуального пользователя решающее значение имела такая мера, как гармонизация услуг между больничными кассами.

В дискуссиях в целом ряде стран, таких как Греция, Грузия и Литва большое место заняла проблема, существующая для фармацевтических компаний и разнопрофильных закупочных агентств. Было очевидно, что участники не пришли к согласию в отношении того, есть ли какая-нибудь польза от официальных платежей за пользование услугами/соплатежей, если, например, рассматривать их как средство увода людей от наименее действенной помощи.

Наконец, некоторые участники отметили, что серьезным и явным фактом, на который почему-то никто не обращает внимания (то, что называют “слоном в комнате”), является отсутствие в дискуссиях вопроса о социальном уходе. На фоне старения населения в Регионе и роста расходов на социальную помощь и социальный уход границы между медицинской помощью и социальным уходом становятся все более размытыми. В свою очередь, это возвысило в дискуссиях важность первичной помощи, и были высказаны призывы к тому, чтобы медицинская и социальная помощь взаимодействовали теснее. Более того, внимание участников было привлечено к понятию “системы первичной помощи” (а не системы первичной медико-санитарной помощи), в которых интегрирована как медицинская помощь, так и социальный уход и которые в некоторых странах уже функционируют. Теоретически это позволяет избежать перекалывания бремени социального ухода на систему медико-санитарной помощи.

Вставка 3. Некоторые национальные стратегии достижения ВОУЗ

Словения сосредоточила усилия на средствах политического убеждения и демонстрации рациональности сохранения государственного финансирования ВОУЗ. Несмотря на негативное восприятие общественностью того уровня нерациональностей, который существует в системе здравоохранения, усугубившееся в результате финансового кризиса, министерству здравоохранения при поддержке ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения удалось избежать призывов к приватизации, когда оно продемонстрировало положительные показатели функционирования системы, ее ценность и итоговые показатели здоровья населения: не в последнюю очередь этому помогло признание макроэкономических выгод. Помимо обеспечения достаточного объема бюджетных ассигнований и политической поддержки, в настоящее время дебатруется вопрос о том, не следует ли отменить сложную систему дополнительного медицинского страхования, которая сегодня служит вторым источником финансовой поддержки ВОУЗ, и заменить ее обязательными сборами в зависимости от уровней доходов.

В других странах, например, в **Грузии** стратегии менялись несколько раз. В 2004 г. средствами из государственного бюджета были охвачены только 2–3% населения, остальные же вынуждены были оплачивать частную медицинскую страховку. Однако после выборов 2012 г. медико-санитарная помощь стала одним из приоритетов для нового правительства, и в 2013 г. была введена новая система всеобщей медико-санитарной помощи. После первоначального удвоения бюджетных ассигнований происходит ежегодное увеличение государственных расходов (ставится цель в ближайшие годы достичь расходов на медико-санитарную помощь в объеме 5–6% ВВП). Теперь у всего населения имеется доступ к базовому пакету услуг, и хотя платежи из собственного кармана по-прежнему относительно велики, они снижаются. Серьезной трудностью стал пересмотр возмещения расходов на лекарственные препараты. Особенно эффективным с точки зрения соотношения затрат и результатов оказался переход от разнопрофильных закупочных агентств к единому закупочному агентству, когда государство стало отвечать за всю медицинскую помощь. Также важным является создание более продуктивных государственно-частных партнерств. В настоящее время 90% поставщиков медико-санитарной помощи являются частными, но их деятельность регулируется государством. Одним из последних примеров пользы от таких отношений является успех программы иммунизации против гепатита С.

Аналогичный процесс произошел в **Греции**, где ликвидация в 2011 г. прежней сложной системы предоставления услуг разнопрофильными закупщиками, в результате чего единственным закупщиком стало государство, привела к внушительному улучшению показателей экономической рациональности. Раньше у разнопрофильных закупщиков было мало рычагов влияния на фармацевтические компании, и, как и в Грузии, сохранялись высокие официальные платежи за пользование услугами. Теперь же, будучи единственным закупщиком, государство в состоянии более успешно договариваться о ценах и стимулировать положительное восприятие и использование препаратов-дженериков: с 10%, как было до финансового кризиса, уровень их использования возрос до 30%. В Греции, однако, по-прежнему один из самых высоких в Европе уровней частных расходов на лекарственные препараты, и дебаты по поводу официальных платежей за пользование услугами продолжаются: например, следует ли вводить их для стационарной и неотложной помощи. Однако был осуществлен ряд мер по расширению охвата услугами после того, как проявились последствия финансового кризиса, включая отмену платежей для наиболее уязвимых. Затем, в 2016 г. ВОУЗ был официально введен новым законом, в соответствии с которым каждый человек получил право на доступ к системе здравоохранения и на определенный пакет услуг независимо от статуса занятости.)

В **Литве** были предприняты шаги по корректировке налога на некомпенсируемые лекарственные препараты таким образом, чтобы привести его в соответствие с налогом на компенсируемые препараты. Это привело к значительной экономии. Также были ужесточены условия для включения препаратов в перечень компенсируемых, что главным образом означало переход на препараты-дженерики. Было трудно донести до населения причины принятия такого решения, поскольку внешне казалось, что тут имеется противоречие: с одной стороны, препараты-дженерики вводились для экономии денег, но с другой стороны, для специализированной помощи, такой как лечение рака внедряются новые дорогостоящие препараты, не являющиеся дженериками. Третьей мерой на уровне политики было введение фиксированных соплатежей за все лекарственные препараты независимо от стоимости препаратов.

Эстония сообщила, что у них был проведен анализ бремени платежей из собственного кармана за многие годы. Предполагаемый и постепенный рост общих расходов, который, как ожидается, через несколько лет достигнет пяти процентов ВВП, снова будет использован для расширения доступа и снижения платежей. Кроме того, политика в отношении лекарственных препаратов была перестроена так, чтобы установить верхний предел на суммарные расходы тех, кто получает пенсию, и тех, кто страдает хроническими заболеваниями. Осуществление этой политики, которое было облегчено благодаря использованию информационной технологии и электронных рецептов, означало, что это делается автоматически в точке использования и одинаково для всех.

4. Инвестиции: аргументация в пользу инвестиций в системы здравоохранения

4.1. Понимание цены здоровья

Для того, чтобы реализовать на практике ценности Таллиннской хартии и получить успешно функционирующую, ориентированную на нужды людей систему здравоохранения, одной из предпосылок является последовательное финансирование в значительных объемах. Как было отмечено в разделе 1, в принципе все признают, что система здравоохранения является одной из движущих сил повышения уровня благосостояния и экономического роста, а не только инструментом обеспечения здоровья на индивидуальном и популяционном уровне и благополучия общества. Несмотря на рост числа научно строгих и полноценных оценок и внятных стратегий реализации, повсеместно сохраняется скептицизм в отношении новых инвестиций. Наряду с этим до сих пор живо опасение, что системы здравоохранения – это что-то вроде черной дыры, в которую закачиваются деньги без какой-либо реальной отдачи или улучшения итоговых показателей, и что для них характерны высокие уровни расточительства и нерациональности. Олицетворением такого восприятия являются, в частности, трудности, испытываемые при мобилизации ресурсов для проведения вмешательств в области общественного здравоохранения, и это несмотря на фактические данные, свидетельствующие об обратном, предоставленные ВОЗ, Организацией экономического сотрудничества и развития и другими ведомствами. Все это может проявляться особенно ярко, когда на лицах, формирующих политику, лежит обязанность ограничивать государственные расходы в пределах тех уровней, которые считаются позволительными для общества, и не подвергать риску экономический рост в интересах будущих поколений. Но важно признать, что это, по существу, варианты политического выбора, который должна сделать для себя каждая страна исходя из своих соображений.

На этом заседании были собраны вместе многие нити, вплетенные в эту тему, чтобы попытаться понять, почему, например, в тяжелые для экономики времена сектору здравоохранения часто не придают приоритетного значения, особенно когда факты, свидетельствующие о пользе инвестиций и расходов на систему здравоохранения, столь очевидны и их становится все больше. На пленарном заседании и во время последующих за ним параллельных заседаний у участников была возможность сосредоточить обсуждение на отношениях между финансами и охраной здоровья и, соответственно, между министерствами финансов и здравоохранения, чтобы разобраться, как и в чем могли бы и должны бы измениться рамки полемики между ними. Таким же важным было и рассмотрение вопроса о том, как и каким образом следовало бы стимулировать инвестиции в укрепление здоровья и профилактику заболеваний – важнейшие аспекты ВОУЗ и достижения ЦУР.

В основе многих дискуссий лежал спор, о котором говорилось на пленарном заседании, относительно того, правильно ли устанавливать цену на здоровье, или же оно является одним из фундаментальных прав человека. Те, кто принял участие в первоначальном опросе с помощью веб-приложения совещания, считали, что не этот спор является главной причиной, по которой просьбы о выделении дополнительных средств на здравоохранение воспринимаются скептически. Тем не менее, рассмотрение этой концепции на первом пленарном заседании было полезным как фон для дискуссий в оставшееся время этого заседания. Например, экономисты склонны брать на себя роль арбитров в решении вопроса о том, сколько должно и сколько не должно тратиться, исходя из положительных или отрицательных побочных внешних эффектов. Однако можно возразить, что применение экономических аргументов к здоровью – это порочный подход, да и взаимосвязь здесь сложная: зависит ли здоровье от экономики или экономика зависит от здоровья? Полезно было бы также задать вопрос: все ли из того, что имеет ценность, имеет цену? И, как неоднократно отмечалось в ходе совещания, не мешало бы признать, что ВВП – это не та единица измерения, которая подходит к здоровью. Или же вполне возможно, что продуктивнее было бы просто рассматривать цену как нечто, выражающее далеко не все почитаемые в обществе ценности. Как бы то ни было, вызовы будущего внушают опасения, особенно меняющийся демографический состав населения, появление все более дорогих новых технологий и даже возможность того, что системы здравоохранения будут определяться уже не на национальном уровне, а на общеевропейском или международном.

Признание сложности сектора здравоохранения привело к продолжению анализа ценностей, выраженных в Таллиннской хартии. Особенно сложным представляется обеспечение солидарности внутри матрицы системы здравоохранения, но к достижению солидарности во многих ее аспектах все равно нужно стремиться, чтобы сохранить само намерение. Многие дискуссии на этом заседании также проходили в контексте анализа, детально изложенного в кратком аналитическом обзоре *Making the economic case for investing in health systems* (Cylus et al., 2018), и внимание было привлечено к целому ряду содержащихся в нем главных тезисов (вставка 4). Этот краткий обзор строится на положениях Таллиннской хартии, и в нем сделан акцент на значении вклада здоровья в благополучие общества и во всю экономику. В нем говорится не столько о необходимости увеличения расходов на здравоохранение, сколько о важности того, чтобы аргументация о необходимости выделения средств на здравоохранение выслушивалась внимательно и приводимые фактические данные не оставались непонятыми. В обзоре также преследуется цель проложить осторожный курс между потребностью апеллировать к фактам и системе измерений, с одной стороны, и признанием здоровья как неотъемлемого права человека, с другой стороны.

Вставка 4. Экономическая аргументация: резюме

- Вопреки распространенным представлениям появляется все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что увеличение расходов систем здравоохранения приводит к улучшению показателей здоровья населения.
- Большинство систем здравоохранения начинают серьезнее подходить к искоренению сохраняющихся проявлений нерациональности в своей деятельности. Оценить эти проявления количественно трудно, но для решения этого вопроса появляется все больше инструментов.
- Система здравоохранения – важная составная часть экономики, обладающая потенциалом повышать продуктивность рабочей силы и создавать возможности трудоустройства (хотя расходы на охрану здоровья людей, не являющихся непосредственными участниками рынка труда, не маленькие). Однако количественно определить влияние системы здравоохранения сложно.
- Здоровое пожилое население обходится дешевле, а поддержание здоровья и повышение благосостояния может привести к повышению продуктивности людей в пожилом возрасте. Этим также можно развеять опасения в отношении уровня зависимости от системы в более широком смысле.
- Расходы на здравоохранение обеспечивают благополучие в обществе, а ВОУЗ усиливает социальную защиту и уменьшает число случаев обнищания. Хорошее здоровье вносит решающий вклад в благополучие людей, но ВВП не является достаточным мерилем этого.

Источник: Cylus et al. (2018).

4.2. Аргументация в пользу инвестиций: диалог между здравоохранением и финансами

Трудности в отношениях между министерствами здравоохранения и финансов, подчас воспринимаемые субъективно, были проиллюстрированы в видеофильме, который был показан участникам (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018b). В фильме было указано на целый ряд факторов, которые часто возникают в дискуссиях между министерствами и также могут усугубляться противоречиями в подходах и мышлении (вставка 5).

Первоначальный опрос, проведенный на совещании, показал, что 23% участников убеждены в том, что лица, формирующие политику здравоохранения, не очень хорошо умеют аргументированно доказывать необходимость инвестиций с экономической точки зрения. Тем не менее, целый ряд участников совершенно определенно считали, что полемика между финансами и здравоохранением не настолько поляризована, как принято считать, и это, быть может, указывает на более высокий уровень осведомленности и признания определенной зависимости между здоровьем и благосостоянием, чем во время принятия Таллиннской хартии. Например, в Российской Федерации, как и в других странах, представленных на совещании, некоторые люди работали в обоих министерствах. В Беларуси считают, что отношения между министерствами финансов и здравоохранения особенно прочные, поскольку сотрудники переходят из одного министерства в другое, и это ведет к консенсусу в понимании проблем. Кроме того, учитывая высокую приоритетность здравоохранения, это также обеспечило общественную поддержку и принесло немалые политические дивиденды.

Как сообщили участники, существенно изменилась ситуация в Германии. Вместо дискуссии по поводу негативных последствий дополнительного финансирования разговор между двумя министерствами теперь сосредоточен на налогово-бюджетных мультипликаторах, таких как важность сектора здравоохранения, в котором заняты 5,5 млн человек, для экономики. К тому же сектор здравоохранения выступил как своего рода экономический стабилизатор в период финансового кризиса. Вместо сокращения государственных расходов на здравоохранение в связи с потерей доходов государственные ресурсы для субсидирования взносов по медицинскому страхованию были увеличены за счет денег налогоплательщиков, и это позволило сохранить рабочие места, поскольку доли работодателя и работника соответственно уменьшились.

Однако фактические данные о вкладе сектора здравоохранения в более широкую экономику по-прежнему слабы несмотря на растущий объем данных, демонстрирующих выгоды от увеличения расходов на здравоохранение. Это было со всей определенностью отражено в мнениях участников: 18% из тех, кто принял участие в первоначальном опросе, считали, что лица, формирующие политику в секторе финансов, думают, что системы здравоохранения угрожают экономическому росту. Еще 10% полагали, что фактических данных о том, что здоровье и системы здравоохранения способствуют экономическому росту, недостаточно.

Вставка 5. Инвестирование в здравоохранение

Аргументы за

- Деньги требуются постоянно, учитывая демографические проблемы и появление новых технологий и лекарственных препаратов.
- Потребности иногда бывают непредсказуемыми, отчасти вследствие критических событий, таких как эпидемии; в равной мере растет потребность в инвестициях в профилактику и первичную помощь.
- Даже малозатратные инициативы оказываются дорогими, когда их распространяют на все население, но они же и окупаются на уровне всего населения.

Аргументы против

- Похоже, деньги уходят в черную дыру и лишь подпитывают очаги нерациональности.
- Несмотря на оценки медицинских технологий и анализы отдачи на инвестиции, нет полных оценок эффективности расходов на здравоохранение.
- Налоговая и экономическая отдача от расходов в других областях, таких как образование, больше и имеет больше подтверждений фактическими данными.
- Цену должна иметь система здравоохранения, а не отдельный человек.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2018b).

Далее, по-прежнему трудно точно знать, как лучше всего доводить имеющиеся фактические данные до тех, кому они предназначены. Одновременно с необходимостью убеждать других в потенциальных положительных экономических и макроэкономических эффектах не менее важно подумать о том, как при максимально благоприятном соотношении затрат и результатов достигать таких целей, как здоровые трудовые ресурсы или инклюзивное общество. Некоторые участники определенно считали, что это лишь вопрос гибкости в подходах. Вместо того, чтобы представлять инвестиции как стратегический вариант выбора и думать, что они всегда будут давать какую-то пользу, в некоторых случаях может быть предпочтительнее или продуктивнее рассматривать их как разумный образ действия. Однако в других случаях – например, в случае первичной помощи – может быть лучше рассматривать расходы как инвестицию, ценность которой будет реализована в более отдаленной перспективе.

Неоднократно подчеркивалось, что расходы на здравоохранение все увеличиваются и увеличиваются, поглощая все больше и больше ресурсов; именно так обстоит дело еще до того, как во весь рост проявятся последствия старения населения. Одной из трудностей для министерств здравоохранения является то, что они не просто должны готовить убедительные аргументы и успешно доводить их до слушателей; эти аргументы должны быть не менее, а то и более убедительными, чем аргументы других министерств, и отражать стратегии и приоритеты действующего правительства. Дискуссии на пленарном и параллельных заседаниях проиллюстрировали, насколько могут различаться такие разговоры между министерствами и, что очень важно, показали характер фактических данных, которые могут потребоваться, и на каком уровне и при каких обстоятельствах. Также в ходе дискуссий стало очевидно, что вместо того, чтобы все внимание уделять тому, будут или не будут выделены деньги, зачастую полемика идет вокруг того, на что можно было бы расходовать эти деньги и на соотношении затрат и результатов при таком расходовании. И в этом случае тоже была отмечена важность условий в конкретной стране. Во вставке 6 показан характер полемики, идущей в некоторых странах.

Проведенный в начале совещания опрос также показал, что чуть более пятой части участников, среди которых были министры как здравоохранения, так и финансов, считали, что одна из самых распространенных причин, по которым ставится под сомнение целесообразность увеличения инвестиций в здравоохранение, заключается в том, что прежде, чем будут выделены дополнительные средства, лица, формирующие политику в здравоохранении, должны продемонстрировать рациональное и ответственное использование уже имеющихся у них ресурсов. Нужны доказательства того, что искореняется нерациональное расходование средств, что инвестиции дают отдачу и что стратегии имеют благоприятное соотношение затрат и результатов и одновременно обеспечивают предоставление безопасных и нужных услуг высокого качества – впрочем, это может относиться ко всем министерствам. Столь же распространено было и мнение о том, что для учета потенциальных налогово-бюджетных мультипликаторов, таких как рациональность с «социальной» и экономической точек зрения нужны также соответствующие этой потребности критерии результативности.

У участников сложилось мнение, что проблема отчасти заключается в том, что это не линейное уравнение: увеличение бюджета автоматически не означает, что произойдет повышение уровня благополучия людей. Тем не менее, учитывая трудности, связанные с применением ВВП в качестве мерил, в некоторых случаях, как показала практика, для успешного стимулирования инвестиций нужно сосредоточить внимание на конкретных проблемах, которыми озабочено правительство, например, процент трудоустроенных среди лиц старше 55 лет, или показать, сколько стоит

сбережение одного года жизни в той или иной программе помощи. Также было подчеркнуто, что, может быть, лучше не приводить конкретных и отдельных показателей отдачи на инвестиции при различных заболеваниях или при оказании различных услуг, конкурирующих между собой за ресурсы, а контролировать бюджеты здравоохранения и расходы на здравоохранение в целом, как это делается при мониторинге бюджетов в некоторых странах.

Очевидно, что сотрудничество и согласование мер на всех уровнях и по всем направлениям всегда бывает более действенным подходом, чем соперничество за бюджеты между разными элементами сектора здравоохранения. Также важно добиваться в случае необходимости единого межведомственного подхода, и важным примером здесь является потребность в сотрудничестве в отношении уровней и применения налогов, таких как налог на сахар. Как отметил представитель Казахстана, хорошо, конечно, для развития службы медико-санитарной помощи иметь красивые планы, но, если не хватает кадров или даже нужной инфраструктуры здравоохранения, задача будет невыполнима. Думая о соотношении затрат и результатов в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе, важно также рассматривать инвестиции в определенной парадигме времени. Некоторые упорно доказывали, что вместо того, чтобы думать о непосредственных потребностях здравоохранения, важнее всего заботиться о будущем. Например, мультиморбидность и помощь, ориентированная на нужды человека, скорее всего, потребуют иных структур поставщиков услуг, для которых понадобится перераспределение денег – например, от больниц в первичное звено. Это было воспринято как нелегкая задача, но задача, которая станет очень важной.

Вставка 6. Подходы к диалогу между секторами здравоохранения и финансов

В **Австрии** после финансового кризиса министерству финансов показали в формате Excel, что случится, если бюджет будет урезан на 3 млрд евро. Такой подход привел к политическому соглашению между секторами здравоохранения и финансов. В последние несколько лет представляются отчеты о результатах мониторинга, и благодаря полной ясности цифр всякие дискуссии о перерасходе средств прекратились.

В **Литве** было сочетание как официальных механизмов, установленных законом, так и менее официальных переговоров. С 1997 г. источником финансирования здравоохранения являются бюджеты медицинского страхования, а взносы зависят от уровней доходов и государственной поддержки, предоставляемой тем, кто экономически неактивен. Основные споры идут вокруг услуг, которые предоставляются независимо от статуса страхования, таких как услуги скорой помощи и некоторые профилактические услуги, поскольку все другие определяются в законодательном порядке.

В **Казахстане** право принимать трудные решения и перераспределять средства на краткосрочный, среднесрочный и долгосрочный период принадлежит министерству здравоохранения. Но, хотя такая ситуация кажется идеальной, это явно палка о двух концах. Например, у поставщиков стационарной помощи лобби обычно сильнее, чем у поставщиков первичной помощи, которые чаще всего слабее и плохо организованы. Один наблюдатель также заметил, что такие узко корпоративные интересы бывают более очевидными в случае фармацевтических компаний. Противодействие высоким ценам лекарственных препаратов часто может вступать в противоречие с той поддержкой, которую компании получают от министерства финансов благодаря поступлению в страну инвестиций.

В **Польше** во время кризиса оказывалось давление со стороны как общества, так и политических кругов, требовавших инвестирования средств в здравоохранение, и эти требования поддерживались, среди прочих факторов, внешними инвестициями. Проблема в значительной степени заключалась в том, чтобы решить, куда следует направлять инвестиции, и в конечном счете они были по отдельности направлены как на конкретные области помощи, такие как борьба с гепатитом С, так и на профилактические цели, в том числе на проведение вакцинации. Как было отмечено позднее в ходе совещания, поддержка профилактической помощи, однако, может быть лишь первым шагом. Например, экспериментирование с пакетом вмешательств, известных своими хорошими результатами в борьбе с ожирением, может иметь положительное соотношение затрат и результатов только в тех странах, которые могут позволить себе такие вмешательства, как работа врача с пациентом в индивидуальном порядке.

4.3. Инвестирование в первичную помощь

Учитывая, что растет потребность в первичных услугах здравоохранения и медико-санитарной помощи, а также в свете нехватки инструментов измерения в данной области помощи инвестиции в первичную помощь были предметом особых дебатов на параллельных заседаниях. Например, подавляющее большинство случаев НИЗ можно было бы с успехом вести на уровне первичной помощи, а направления в специализированные центры требует лишь относительно малая доля случаев.

Тем не менее, мнения в отношении того, будут ли инвестиции в первичную помощь иметь благоприятное соотношение затрат и результатов, разделились. Примеры из скандинавской модели на базе сильного первичного звена заставили обратить внимание на обилие имеющихся в этой области фактических данных, и некоторые указывали, что, если не будет инвестиций в первичную помощь, битва в секторах вторичной и третичной помощи будет проиграна. Другие,

однако, высказывали мнение, что такие инвестиции не только дорого стоят, но и требуют видения более долгосрочной перспективы, а когда и планирование бюджетов и мониторинг часто строятся на годовой основе, видеть перспективу труднее. Например, в Бельгии вследствие фрагментарности первичной помощи прогнозируется, что для снижения затрат и достижения обещанной рациональности потребуется 5–10 лет. Перед любой инвестицией также потребуется реорганизация. Австрия, где система первичной медико-санитарной помощи считается слабой и наблюдается один из самых высоких в Европе показателей госпитализации, подходит к решению проблемы “по частям”, но и здесь неизвестно, принесет ли такой подход более благоприятное соотношение затрат и результатов.

Хотя Словения инвестировала в первичную помощь лишь относительно небольшие средства, рассчитывая пожнать выгоды в более отдаленной перспективе, она начала этот процесс на местном уровне, создав небольшие центры здоровья, в которых работают необходимые узкие специалисты, обслуживающие местные общины, и тем самым услуги были приближены к населению. В рамках этого процесса создавались партнерства между местными заинтересованными сторонами, такими как муниципалитеты, гражданские власти, медицинские учреждения и т.д. Затем были начаты еще три экспериментальных проекта по включению в обязанности этих центров услуг долговременного ухода.

В Румынии тоже одним из определяющих факторов инвестиций в первичную помощь было отсутствие доступа к услугам здравоохранения в сельских районах. Как и в Словении, было налажено тесное сотрудничество с местными муниципалитетами, которые были объявлены “партнерами по лоббированию” в пользу министерства здравоохранения, учитывая важный профилактический элемент в предоставлении первичной помощи.

В других странах имеются данные, указывающие на то, что поиски источников инвестиций в первичную помощь наталкиваются на определенные препятствия. В Казахстане усматривалось недоверие к качеству помощи, предоставляемой на уровне первичного звена, и потребовались значительные инвестиции не только для поддержки инфраструктуры и перестройки первичного звена, но и особенно для обеспечения кадровых ресурсов перед лицом роста численности населения.

В Литве принимать решения о рационализации больниц и переводе помощи в первичное звено было труднее, потому что больницы находятся в собственности муниципалитетов, которые не отвечают за финансы, поступающие через национальный фонд страхования. Однако примечателен опыт стран, где сильна традиция первичной помощи, таких как Нидерланды. Создавая новую инфраструктуру, такую как больницы, министерство здравоохранения также отвечало за руководство реорганизацией и перераспределение средств в пользу первичного звена, принимая во внимание ожидаемый в будущем спрос на услуги здравоохранения и медико-санитарной помощи на этом уровне предоставления. Неизбежным в этой дискуссии был также акцент на характере нынешних и требуемых профессиональных умений и навыков с точки зрения достижения большей ориентированности на нужды пациента, чтобы лечащий персонал, например, мог помогать пациентам проходить по всему процессу ведения хронических заболеваний. Также была признана особая значимость для развития первичной помощи привлечения групп и объединений пациентов и необходимость стимулировать более широкое участие гражданского общества в стратегическом руководстве здравоохранением, информационно-пропагандистской работе и в мониторинге и оценке.

4.4. Более серьезное отношение к профилактике: инвестирование в общественное здравоохранение

С течением времени бремя болезней среди европейского населения сместилось с преимущественно инфекционных болезней на преимущественно неинфекционные заболевания (Jakab et al., 2018). В Европейском регионе на долю пяти заболеваний (сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, рака, хронических респираторных заболеваний и психических расстройств) приходится 86% смертности и 77% бремени болезней, вследствие чего он стал регионом ВОЗ с самым высоким бременем НИЗ. Важную роль в росте заболеваемости НИЗ играют поведенческие и метаболические факторы риска, и поэтому раздаются призывы к фундаментальному реформированию систем здравоохранения и расходования ресурсов, в частности, к радикальному сдвигу в сторону профилактики.

Содержание дискуссий на заседании по теме “Более серьезное отношение к профилактике: инвестирование в общественное здравоохранение” определял краткий аналитический обзор Использование экономических данных для обоснования необходимости инвестирования в укрепление здоровья и профилактику болезней. (McDaid, 2018). Основные тезисы, прозвучавшие в ходе этого заседания, приведены во вставке 7. В основе дискуссий на этом заседании лежало осознание того, что сегодня имеется обширная доказательная база для принятия мер с весьма благоприятным соотношением затрат и результатов. И хотя еще остаются некоторые пробелы в данных, доказательная база включает данные о разнообразных мерах профилактики, различных видах вмешательств в области общественного здравоохранения, экономической отдачи на инвестиции и т.д. Тем не менее, объем выделяемых средств остается скромным: даже в странах с самым высоким уровнем расходов он не превышает 5% от всех расходов на медико-санитарную помощь, а средний уровень составляет 3% (Gmeinder et al., 2017).

Вставка 7. Использование экономических данных для аргументации: резюме

- По-прежнему низкий уровень расходов объясняется многими причинами, в том числе нуждающейся в улучшении коммуникацией для создания и поддержки партнерств, для чего требуется:
 - налаживать внутрисекторальные связи, например, с первичным звеном и со вторичным звеном;
 - налаживать межсекторальные связи, например, работать с министерствами финансов, образования, транспорта, юстиции и местного самоуправления, и
 - использовать механизмы финансирования и экономические данные для стимулирования сотрудничества и взаимодействия.
- На межсекторальном уровне необходимо выделять подходящие для каждого случая фактические данные, демонстрируя для этого выгоды инвестиций с точки зрения среднесрочных и долгосрочных выгод для систем здравоохранения, таких как снижение пользования услугами здравоохранения и особенно долговременного ухода.
- Также на межсекторальном уровне необходимо наглядно показывать соответствующие знания и фактические данные, чтобы подчеркнуть более широкие выгоды укрепления здоровья детей, такие как хорошая успеваемость в учебе, снижение пропусков уроков, снижение стресса у учителей и т.д.
- Следует поощрять использование методических инструментов, касающихся расчета отдачи на инвестиции, таких как подготовленные для целого ряда вмешательств по заказу Управления общественного здравоохранения Англии (см. ниже).
- Следует рассмотреть пути налаживания взаимодействия с другими партнерами в секторе здравоохранения и в других секторах, чтобы укреплять доверие, ставить общие цели и задачи на местном уровне и на уровне страны.
- Использование экономических аргументов может укрепить и усилить нравственную составляющую в аргументации в пользу инвестиций в профилактику. Очень важно подчеркивать привлекательность отдачи на инвестиции для тех, кто работает в секторе здравоохранения или в других секторах.

Источник: McDaid (2018).

В ходе последующих дискуссий скоро стало очевидно, что, по мнению участников, после 2008 г. произошел сдвиг в понятии и концепции профилактики и общественного здравоохранения. Цели, возможно, и не изменились, но доказательная база – и то, как она изображается и представляется – сдвинулась, как считали участники, на гораздо более позитивную позицию: программы профилактики, независимо от того, предусмотрены они законодательно или нет, набирают силу и поддержку и стало больше энтузиазма в работе как на внутрисекторальном, так и на межсекторальном уровне.

В рамках такой общей картины некоторые участники заметили, что профилактику (а она является важнейшим условием для ВОУЗ и особенно для достижения ЦУР) следует переосмыслить и концептуализировать в другой парадигме. Ее следует рассматривать как механизм улучшения жизни или создания условий для лучшего качества жизни на любом этапе жизненного пути пациента. Это навело некоторых на мысль о том, что профилактику больше не нужно рассматривать в системе отношений больницы, врачей и пациентов как модель неполноценности; напротив, людей, сообщества и группы населения следует считать ценным ресурсом, способным помогать находить решения. Также, учитывая тот факт, что профилактика может быть для многих абстрактным понятием, отчего у политиков может не прибавляться желания выделять ресурсы, разбиение населения на сегменты и разговор о наличии в обществе определенных групп может оживить изложение аргументов и оказаться гораздо более продуктивным подходом. Например, в Соединенном Королевстве как молодых, так и старых лондонцев попросили поработать с Управлением общественного здравоохранения Англии, чтобы помочь выработать электронные решения для предоставления тех услуг в области психического здоровья, которые им нужны. Это также отслеживается с помощью надежных критериев оценки исходов, чтобы придать политикам уверенность в отношении того, как используются ресурсы.

По мере того как медико-санитарная помощь становится все дороже, теоретически появляется проблеск надежды благодаря вкладу профилактики и общественного здравоохранения. Однако участники указали на некоторые признаки того, что политики медленно начинают понимать, что в любые инвестиции в новую программу помощи необходимо включать элемент профилактики. Особое внимание привлекло поручение Управления общественного здравоохранения Англии разработать методические инструменты для расчета отдачи на инвестиции, в которых соединены наилучшие имеющиеся на сегодняшний день фактические данные о затратах, экономии затрат и пользе для здоровья при различных вмешательствах. Пока опробовано 10 моделей для изучения областей потребности во всем спектре

медицинской и социальной помощи. К ним относятся колоректальный рак, сахарный диабет, уход на последнем этапе жизни, поддержание здоровой массы тела, здоровье ротовой полости у детей дошкольного возраста, психическое здоровье, переход к работе по найму и профилактика падений. Каждая модель рассчитывает отдачу на инвестиции при вмешательствах в различных секторах в разные отрезки времени. Например, может быть получена положительная финансовая отдача для служб медицинской и социальной помощи от инвестиций в услуги по оценке и изменению условий дома в модели профилактики падений; в модели укрепления психического здоровья инвестиции в услуги по консультированию по вопросам долгов и по управлению долгами могут дать положительную финансовую отдачу для служб здравоохранения и юридических служб и работодателей.

Несмотря на то, что могут быть области, в которых фактических данных по-прежнему немного, некоторые участники считали, что вопрос не столько в том, что данных мало, а в том, как представлены и оформлены данные. Многие критерии оценки показателей функционирования подробно показывают результаты лечения, а не профилактики, а нужно уделять больше внимания и придавать больше заметности таким показателям, которые ясно показывают интересующие нас конечные результаты. С другой стороны, может получиться так, что критерии оценки конечных результатов должны будут рассматриваться в совершенно другой системе оценок и нужно будет больше внимания уделить общественным ценностям. Критерии оценки конечных результатов могут включать, например, степень подготовленности ребенка к школе: здесь денежную стоимость не применишь.

Другие участники говорили, что, хотя особенно важно демонстрировать конечные результаты, не менее важно избегать обвинения в том, что деньги "истрачены", а не "вложены": например, если инвестируются средства в неправительственные организации (НПО), необходимо убедиться, что наряду с оценкой эффективности и мониторингом имеет место предусмотренное инвестицией обучение. Впрочем, было высказано и противоположное мнение, а именно, что общественное здравоохранение не нуждается в демонстрации конечного результата. Оно и так, почти по определению, ориентировано на конечный результат, и в конце концов сама эта специальная область выросла в стремлении показать свою ценность.

Исследуя различные подходы к мобилизации поддержки конечных результатов общественного здравоохранения, участники этого заседания проголосовали за два из шести подходов, которые они сочли наиболее важными в поиске инвестиций: позиционирование профилактики как одного из важнейших элементов общей стратегии здравоохранения и наглядная демонстрация всех выгод профилактики для других секторов.

4.4.1. Позиционирование профилактики как одного из важнейших элементов общей стратегии здравоохранения

В самом начале дискуссии было заявлено, что для того, чтобы профилактика стала неотъемлемой частью общей стратегии здравоохранения, благоприятные обстоятельства бывают всегда, не в последнюю очередь потому, что каждая политическая администрация всегда хочет чем-то отличаться и вполне может искать возможностей встроить общественное здравоохранение в один ряд с политическими приоритетами. Было признано, что такой подход обычно сильно зависит от конкретных людей, стоящих у власти, да и выбор времени тоже очень важен. Если же, с другой стороны, политическую администрацию здравоохранения не интересует, единственной точкой приложения усилий останется поиск места для профилактики в рамках общей стратегии здравоохранения. Опыт показывает, что такой сценарий требует выстраивания отношений, понимания, сотрудничества с лечащим персоналом на местном уровне и самого тесного взаимодействия в работе.

Было замечено, что в образе мыслей практических работников общественного здравоохранения в последние годы произошел сдвиг: от необходимости разъяснять содержание и характер этой специальности к потребности проявлять тактическую, стратегическую и даже политическую проницательность. И тем не менее, общая картина остается прежней: в принципе общественное здравоохранение является службой-Золушкой, вечно вынужденной хвататься за возникающие перед ней возможности, поэтому и было отмечено, что возможность согласовывать цели и задачи и собирать доказательства конечных результатов никогда не следует упускать.

Однако в Германии теперь применяется более сильная законодательная база, в которую входит Закон о профилактике, требующий, чтобы заинтересованные стороны внутри сектора здравоохранения и в других секторах определились с национальной стратегией профилактики с целью предупреждения заболеваний и поощрения людей к выбору здоровых вариантов. Ежегодно инвестируется в общей сложности 500 млн евро, а целый ряд различных секторов как на общегосударственном, так и на местном уровне должны определять общие цели, задачи и проекты. Например, один проект был посвящен борьбе с травлей детей в школах, в том числе потому, что есть данные, что она связана с ожирением. В Венгрии тоже было возобновлено осуществление программы профилактики под эгидой министерства

людских ресурсов, которое отвечает за спорт, образование, культурно-просветительные мероприятия и семью, и ожидается старт еще одной программы.

Сдвиги на местном и общегосударственном уровне произошли в Финляндии. Как и в Германии, здесь принято соответствующее законодательство, и заниматься вопросами профилактики теперь обязаны местные власти. Однако изменить ситуацию к лучшему позволила прежде всего деятельность на межсекторальном уровне, когда все работали в рамках общего подхода. Еще один интересный пример представляет собой Словения, в чьих стратегиях отражен целый ряд дискуссионных вопросов, поднятых в данном разделе (вставка 8).

Вставка 8. Инициативы в области общественного здравоохранения в Словении

Работникам общественного здравоохранения в Словении всегда приходилось соперничать за ресурсы с медико-санитарной помощью, однако благодаря новому закону о борьбе против табака возникла возможность получения дополнительных средств на профилактику и укрепление здоровья из государственного бюджета. Было предложено, чтобы те 50 центов, на которые был повышен налог на каждую покупку табачных изделий, направлялись в фонды, преимущественно используемые для целей профилактики и укрепления здоровья. Это предложение было решительно поддержано межсекторальным партнерством с участием неправительственных организаций. Первоначально министерство финансов его отклонило, и переговоры были сосредоточены на приоритетности профилактических мероприятий, которые имели под собой доказательную базу (здоровый образ жизни, прекращение курения и прочее), но стоили дорого. В конечном счете было достигнуто соглашение о том, что на ближайшие два года в дополнение к уже выделенным 0,5 млн евро будет выделено еще 4 млн евро.

Из всего этого был сделан вывод: нужно замахиваться широко. Потребовали крупных инвестиций с конкретными фактами в руках – и получили, а факты эти, среди прочего, показывали, какие будут затраты, если делать меньше или ничего не делать.

Кроме того, Словении удалось получить финансовые ресурсы из Европейского фонда сплочения на осуществление нескольких проектов в области обеспечения занятости для расширения прав и возможностей целевых групп для выхода на рынок труда и в области социальной инклюзивности, в частности, в интересах таких групп населения, как дети, имеющие особые потребности, и лица, не имеющие работы по состоянию здоровья. Было отмечено, что расширение прав и возможностей людей в таких областях, как здоровый образ жизни, снижение потребления алкоголя и осуществление мероприятий по снижению вреда от употребления наркотиков существенно способствует повышению уровней занятости среди уязвимых групп.

Прогнозируется, что укрепление первичной помощи и модернизация программ профилактики станут комплексным подходом на уровне местных сообществ, который позволит добиться повышения социальной инклюзии всего населения, в том числе уязвимых групп. В настоящее время уже идет работа по созданию 25 центров по укреплению здоровья внутри центров первичной помощи, а также 10 мобильных групп, состоящих из медицинских и социальных работников, в программах снижения вреда.

Этот опыт привлек внимание к тому факту реальной жизни, что при проведении межсекторальных переговоров необходимо доказывать, что положительный эффект от выделения ресурсов получают все секторы, в том числе и сектор здравоохранения. Большое значение имеет вовлечение с самого начала учреждений и специалистов из других секторов в разработку и реализацию таких проектов. Важную роль, в частности, играет тесное взаимодействие между НПО и сектором общественного здравоохранения.

4.4.2. Наглядная демонстрация всех выгод профилактики для других секторов

Понимать и излагать то, как инвестиции в здравоохранение могут быть полезны для других секторов, очень важно, но точно так же важно показывать другим, как здравоохранение может помочь им в их собственной инвестиционной деятельности. Более того, как отметил один из участников, дело не столько в учете интересов здоровья во всех стратегиях, сколько в важности здоровья для других стратегий. И в этом случае тоже для решения этой задачи нужен доступ к данным, доказательствам и соответствующим знаниям.

Конечно, частью общего контекста должно быть гораздо большее знание сектора финансов, понимание инвестиционных приоритетов и способность добиться перемещения и перераспределения денег от зданий и инфраструктуры на цели укрепления кадрового потенциала, повышения квалификации кадров, профилактики и укрепления здоровья. Сюда же можно отнести и представление правильно выбранных фактических данных и предложение методической помощи для выработки решений на доказательной основе. Снова пример из Соединенного Королевства: там рассматривается

и разрабатывается система социальных облигаций, в соответствии с которой предлагаются контракты на условиях достижения определенных социальных и здравоохранительных результатов.

Многими участниками признавалось, что обеспечение учета интересов здоровья в стратегиях других секторов или включение аспектов здоровья в интересах стратегий других секторов – это далеко не простая задача. Однако, по общему признанию, вместо того, чтобы указывать специалистам, что делать и как делать, участники теперь стали вести речь о необходимости более примирительного и сочувственного подхода: предлагать советы, например, школам, относительно пищевых продуктов и питания или безопасности дорожного движения, а не выступать яркими поборниками здоровья и не быть теми, кого можно назвать “империалистами от здравоохранения”. Некоторые высказывались о том, что нужно выстраивать отношения полного доверия, и подчеркивали требование, чтобы специалисты общественного здравоохранения прониклись эмоциональным и социальным, а также интеллектуальным рассудком. Для успешной работы с секторами финансов и транспорта требуется определенная степень смирения, и в первую очередь нужно научиться ставить себя на место других.

Была высказана мысль о том, что требуется не только больше инвестиций, но также, возможно, и иной тип подготовки специалистов общественного здравоохранения, хотя между странами, контекстами и отдельными лицами здесь есть явные различия. С включением социального и эмоционального рассудка, вопросов стратегического руководства, финансов и знания других секторов современная подготовка в области общественного здравоохранения может в будущем стать неузнаваемой. Например, в Соединенном Королевстве полагают, что проблема не столько в количестве людей, желающих стать специалистами общественного здравоохранения, сколько в том, как лучше всего расставить такие кадры, сохранить их мотивированность и обеспечить для них должную поддержку, и чтобы при этом они обладали необходимым уровнем профессионализма.

5. Инновации: использование возможностей, которые открывают инновации и системы, для удовлетворения потребностей людей

5.1. Понимание инноваций

То, что системы здравоохранения должны быть инклюзивными, а также получать устойчивое и стратегическое финансирование, понятно, но они не смогут выполнять свое назначение, если не будут идти в ногу с изменениями как внутри системы, так и в окружающем ее мире. Требования этого исходят из самой системы и обусловлены растущим бременем хронических проблем здоровья и мультиморбидности и старением населения; в равной степени сектор здравоохранения сталкивается с быстрыми изменениями в технологии и с техническими инновациями. Лица, формирующие политику, признали эти проблемы и благоприятные возможности, и теперь многие страны рассматривают вопрос о том, как внедрять и управлять общесистемными и техническими инновациями, задавать им нужное направление с помощью соответствующих стратегических правил и увязывать инновации с соответствующими им функциями и целями системы здравоохранения.

В контексте здоровья и систем здравоохранения определить инновацию может быть трудно, учитывая эластичность самой концепции, но в данном контексте инновация была определена как нечто новое и оторванное от прошлого. Для целей дискуссий в ходе совещания она была просто представлена следующими двумя категориями:

- новые подходы к предоставлению услуг здравоохранения и проектированию систем и
- новые технологии, включая лекарственные препараты, оборудование и программное обеспечение.

Некоторыми участниками были отмечены размытые различия между “эволюцией” и “революцией” и поднят вопрос о том, не может ли инновация быть просто улучшением в услугах. Отсюда также возник вопрос о том, можно ли на практике отделить инновации в технологии от инноваций в услугах. Было очевидно, что определения окончательно не сформировались, и раздавались призывы к гармонизации понятия во всей Европе.

Очень важно, чтобы инновации не были для системы детерминистическими, не управляли системой. Напротив, лицам, формирующим политику, и организаторам здравоохранения нужно направлять инновации на предоставление рациональных и высококачественных услуг здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей. Не менее важно, чтобы системы здравоохранения могли быстро и результативно реагировать на внедрение инноваций. Разумеется, обеспечение необходимой и должной восприимчивости в системе в целом и в предоставлении услуг чрезвычайно важно, но для того, чтобы сохранить ценности Таллиннской хартии, нужно проявлять постоянную бдительность, поддерживая справедливость, солидарность и устойчивость.

На пленарном заседании представление центральных вопросов, связанных с тем, как добиться нужных результатов от программ инноваций в здравоохранении и социальном уходе, послужило искрой, от которой разгорелись дискуссии, продолжившиеся также и во время параллельных заседаний. Основной темой обсуждения на пленарном заседании была схема инновационного процесса NASSS – “nonadoption (неприятие инновации), abandonment (отказ от использования инновации), scale-up (расширение масштабов использования), spread (распространение) и sustainability (стабильность использования) и ее последующее обновление, в котором в основном представлен инструмент оценки сложности схемы NASSS (CAT - complexity assessment tool) (Greenhalgh et al., 2004; 2017). Во вставке 9 описываются основные положения этой схемы, которая иллюстрируется на рис. 10.

5.2. Более широкий контекст

Приняв значение и важность более широкого контекста в качестве отправной точки (область б в схеме NASSS), участники рассмотрели сложности на уровне политики здравоохранения и стратегий, которые использовались и используются для поощрения инноваций. Трудно разделить взаимозависимость между потребностью в ускорении реформ в системе здравоохранения ввиду проблем демографии и коморбидностей НИЗ и ролью, которую инновации играют или могли бы играть. Совершенно очевидно, что инновации способны двигать реформы вперед, но, как показывают факты из опыта, перечисленные во вставке 10, все равно трудно знать, как быстро нужно двигаться и являются ли различные элементы, такие как государственные органы, организации, система здравоохранения и технология, достаточно крепкими и надежными для обеспечения успеха.

Вставка 9. Как заставить работать программы инноваций в области медицинской помощи и социального ухода

Многие новейшие инновационные разработки в системах здравоохранения направлены на интегрирование медицинской помощи и социального ухода. Основными областями, представлявшими интерес для исследования, были различные технологии, предназначенные для использования при предоставлении услуг.

Технологии можно разделить на “простые”, “замысловатые” и “сложные”:

- простое – это легкое, но каким бы простым оно ни казалось, оно никогда по-настоящему не бывает простым;
- замысловатое – это трудное, медленное и дорогое;
- сложное может оказаться невозможным, поэтому главное – уменьшить сложность.

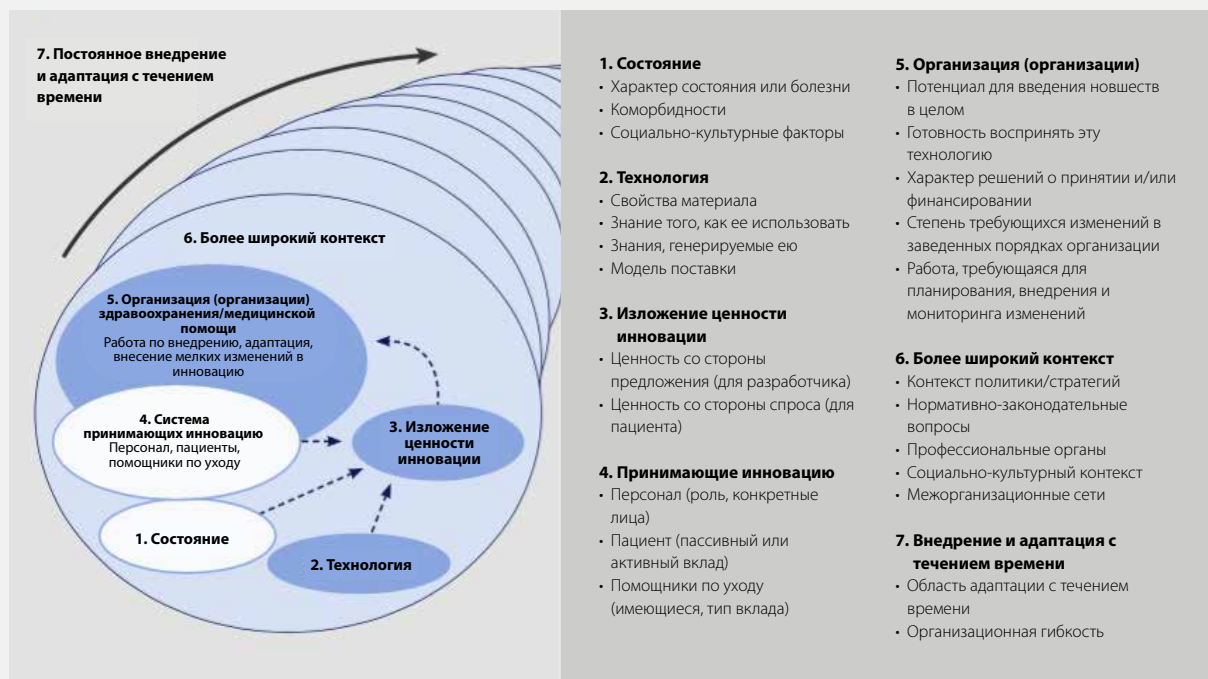
В схеме NASSS семь областей:

- характер болезни или состояния;
- характер технологии;
- изложение ценности инновации;
- система принимающих инновацию;
- организация;
- более широкий контекст;
- внедрение и адаптация с течением времени.

При разработке практических инструментов схема NASSS CAT используется для того, чтобы:

- выявить и понять сложности в системе с тем, чтобы выделить неопределенности и взаимозависимости;
- уменьшить сложность, когда это возможно, путем ограничения масштаба и сферы применения, расщепления взаимозависимостей и изучения характера темпов внедрения инновации и
- “принять сложность как данность” – например, укреплять руководство программой, налаживать взаимоотношения, улаживать конфликты, совместно формировать видение дальнейшего развития, формировать группы сотрудников и использовать их творческую деятельность, контролировать рост программы и улучшать общий контекст политики и/или норм и правил.

Рис. 10. Схема NASSS



Источник: Greenhalgh et al. (2017).

Вставка 10. Работа с инновациями

В **Бельгии** было признано, что как в области лекарственных препаратов, так и в области технологии доступ к инновациям не соответствует потребностям. Тесное взаимодействие с обоими секторами позволило выявить больше возможностей для инноваций за счет снижения цен на непатентованные лекарственные препараты и перераспределения сэкономленных таким образом средств на программы инноваций. Что примечательно: это партнерство работает – и должно работать – на постоянной основе, в том числе и потому, что ограничены ресурсы. Таким образом, теперь лекарственные препараты пропускаются по ускоренной процедуре, сокращены процедуры компенсации, и фактические данные свидетельствуют о том, что доступ к некоторым лекарствам стал быстрее.

Швеция также адаптировала процессы компенсации расходов, и теперь решения стали приниматься раньше и с помощью промышленности проводятся постоянные контрольные проверки в реальном масштабе времени. Таким образом, хотя пациенты могут получить лекарства раньше, проводятся также и проверки с тем, чтобы удостовериться в правильности решений и в надлежащем качестве лекарств. Однако в Швеции движущая сила была совершенно иной. Оставляя в стороне ее политику в отношении лекарственных препаратов, главная проблема заключалась во внедрении инноваций, а не в их положительном восприятии системой или в отсутствии скорого принятия. В результате подход состоял в том, чтобы посмотреть на принципы руководства во всей системе с более стратегических позиций. Это предполагало изучение устойчивости, объединение финансовых средств, анализ рисков, определение того, как инновация может зависеть от других частей системы или находиться во взаимозависимости с ними, и постоянную работу с экспериментальными схемами, чтобы проводились оценка и мониторинг. Процесс этот означал, что движение идет медленнее, но зато он облегчил полномасштабное внедрение.

Одним из примеров является веб-сайт, который изменил предоставление услуг медико-санитарной помощи в плане возможности доступа к персональной информации, возможности связаться с врачом, поощрения самопомощи и т.д. – и все это на доказательной основе. Содействие инновациям посредством стратегического руководства занимает центральное место и тогда, когда подчеркивается необходимость ведения сектором первичной помощи работы по укреплению здоровья и профилактики заболеваний. Были выполнены опытные проекты, характеризующиеся тем, что диалоги по вопросам здоровья явно ориентированы на нужды пациента и в этом подходе предусматривается использование как визуальных, так и цифровых средств. Важным аспектом этого процесса также являются постоянные оценки с целью изучения исходов для здоровья и соотношения затрат и результатов. С этими процессами связано консультирование с пациентами, семьями и другими заинтересованными сторонами для того, чтобы узнать их потребности в предоставлении услуг. Поэтому в первоначальную схему программы включен ключевой элемент – определить, будет ли инновация использоваться надлежащим образом и полноценно. Большое место во всем плане занимает культивирование новой культуры, чтобы правильно определить приоритеты, и выделение достаточного времени на то, чтобы подумать, совершить ошибки и сохранить во всей организации и системе курс на внедрение инноваций.

В **Финляндии** особенно благотворный эффект оказало осуществление многосекторального стратегического руководства на уровне политики. На протяжении двух подряд сроков пребывания у власти коалиционных правительств имелось политическое соглашение между министерствами образования и науки, экономики и занятости и социальных дел и здравоохранения. Практическим итогом этого было принятие нового закона о вторичном использовании медицинских и социальных данных, который должен вступить в силу в конце 2018 г. Это приведет к учреждению нового государственного органа по выдаче разрешений на доступ к разнообразным наборам данных, в том числе медицинских. Принимая во внимание расплывчатые после принятия в 2013 г. Закона о биобанках местные и провинциальные хранилища данных, а также создание электронных историй болезни и других регистров, было признано необходимым иметь одну точку входа и один маршрут доступа вместо обременительного процесса получения отдельных разрешений для доступа к каждому набору данных. Новый орган сможет оценить каждую заявку и собрать данные для любого заявителя, имеющего соответствующее разрешение. Хотя этот шаг был реакцией на быстрые темпы технического прогресса, к нему также подтолкнула необходимость облегчить структуру национальной инновационной платформы. С учетом принятого в Европейском союзе Общего регламента по защите данных и других этических соображений, главным в этих нововведениях было вовлечение заинтересованных сторон и партнерские отношения с ними, включая частные и государственные органы, провинциальные власти, научные круги, исследовательские учреждения и сектор технологий.

Страны также следуют самым разным подходам к реализации возможностей ведения работы по стимулированию инноваций как на международном уровне, так и на уровне отдельных стран через альянсы. Например, Бельгия вступила в альянс первоначально с Нидерландами и Люксембургом (теперь к нему должны присоединиться Австрия и Ирландия), чтобы получать лекарственные препараты против редких и забытых заболеваний, поскольку в каждой из отдельных стран уровень их распространенности низок. Вышеградская группа, включающая Венгрию, Польшу, Словакию и Чехию, работает как партнерство над решением вопроса о том, как построить единый процесс переговоров с фармацевтической промышленностью. Преимущество таких альянсов заключается еще и в том, что они не должны зависеть от политических администраций, которые могут меняться; они облегчают объединение научных исследований и ресурсов в единый пул

и создают определенный уровень устойчивости. Для небольших европейских стран также важными признаются выгоды международных оценок технологий здравоохранения, которые позволяют не просто поделиться знаниями и результатами исследований, но и решать более трудные этические проблемы, присущие, например, сбору геномных данных.

Понимая выгоды трансграничных партнерств в области общественного здоровья, Европейская ассоциация общественного здравоохранения объединила усилия с 60 другими европейскими НПО, чтобы выступать в качестве группы лоббирования. В эту группу входят специалисты по кадровым ресурсам здравоохранения, пациенты и НПО, действующие в социальном и экологическом секторе. Ведется также работа совместно с группами потребителей. Действия в сфере инноваций имеют целью создавать истории, которые могут увлечь людей и вдохновить их на то, чтобы пропагандировать такие выгоды профилактики, как здоровье и благополучие, а не сосредотачиваться только на экономических дивидендах, которые не так успешно активизируют инвестиции и поддержку.

Если говорить об отдельно взятых странах, во Франции роль Национальной конференции здравоохранения, которая объединяет 120 членов, представляющих все заинтересованные стороны в системе, включая местные органы власти, профессиональные ассоциации, профсоюзы и специалистов здравоохранения и медико-санитарной помощи, ассоциации пациентов и пользователей услугами, заключается в том, чтобы давать рекомендации министерству здравоохранения относительно политики здравоохранения и путей ее осуществления. В круг ведения Конференции также входит внедрение инноваций и наблюдение за тем, чтобы все получали выгоды от них. При таком числе членов этой группы и диапазоне заинтересованных сторон достичь консенсуса может быть нелегко, но, несмотря на порой медленный и тяжелый процесс, министерство прислушивается к рекомендациям Конференции. Было также выдвинуто предложение создать отдельное управление по инновациям в структуре министерства здравоохранения для обеспечения большей координации, поощрения новых методов предоставления услуг и совместного пользования информацией. Благодаря займам, полученным от Всемирного банка, а также разумному использованию собственных ресурсов, в Казахстане удалось создать национальное ведомство по вопросам технологий здравоохранения, официально признанное министерством здравоохранения в качестве органа, принимающего решения о технологиях здравоохранения, которые могут быть рекомендованы для государственного финансирования. Изучаются фактические данные, касающиеся той или иной технологии, и на этом основании принимаются решения. Так, было дано “добро” на новый домашний дефибриллятор (см. раздел 5.3), выгоды от применения которого перевешивали затраты, а вот предложение о проведении неонатального скрининга новорожденных с синдромом врожденного иммунодефицита было отклонено по причине издержек и низкой распространенности этого состояния.

Была поднята еще одна проблема, которая касается выстраивания внутренних партнерств и характера взаимоотношений между наукой и бизнесом. На переднем крае новых инициатив часто может находиться научное сообщество, но именно сектор частного бизнеса затем доводит их до реализации. Среди участников прозвучал призыв к более широким партнерствам между наукой, промышленностью, политикой и гражданами. В Соединенном Королевстве в последнее время предпринимаются меры по поощрению более тесных взаимоотношений между секторами: например, студентов или уже состоявшихся исследователей посылают работать в сфере политики или в промышленности в качестве “исследователей-стажеров” и т.д. Аналогичные меры предпринимаются и в Швеции, где имеется центральный орган, который стимулирует формирование объединенных ресурсов из научных учреждений и частного и государственного секторов для содействия инновациям. Проектам предоставляется начальный капитал для испытания инноваций, однако одним из условий предоставления гранта является проведение оценки до начала проекта и оценки достигнутых результатов, чтобы было легче распространять инновацию на другие районы страны или другие организации. Было отмечено, что в Финляндии в первое время после создания межсекторальных партнерств и руководящих групп для управления биобанками, геномным центром и т.д. среди представителей науки наблюдалась некоторая тревога по поводу того, что может быть подорвана их объективность, но сейчас этого больше нет.

5.3. Стратегическое руководство техническими инновациями

Члены группы экспертов на этом заседании подтвердили, что у инноваций, как и у любой другой реформы здравоохранения, должны быть четкий план и ясная цель, видение перспективы, понимание того, что должно произойти для ее внедрения и как будет работать новая система; нужны также надлежащий доступ к данным и информации и соответствующая подготовка кадров. Большое значение для внедрения инноваций имеет то, как должно осуществляться руководство ею, чтобы обеспечить первоначальное стимулирование и выяснить, что дает реальный эффект или является целесообразным.

Как отмечалось ранее в ходе совещания, оценка новых технологий должна проводиться постоянно, но здесь необходимо различать оценку лекарственных препаратов путем рандомизированных контролируемых испытаний и оценку программного обеспечения, которое представляет собой эволюционирующую технологию и подвижную цель. Хотя, когда на рынок выводятся лекарственные препараты или другие технические изделия, они тоже могут – а некоторые даже утверждают, что должны – преобразовывать предоставление помощи, добавляя очередной уровень сложности.

Примером этого может служить внедрение в Казахстане кардиодефибриллятора, совместимого с магниторезонансной томографией, что позволило наблюдать за состоянием пациентов дома и тем самым потенциально предупреждать возможную неожиданную и внезапную смерть. Однако внедрение дефибриллятора вызвало необходимость изменений в предоставлении услуг, так как эта технология требует, чтобы сотрудники вели наблюдение 24 часа в сутки. Также, если какую-либо технологию проталкивают без сопровождения других процессов преобразования, затраты, скорее всего, будут выше, чем улучшения, реализованные в других секторах.

Серьезным препятствием участники считали неосведомленность о нормативно-правовых рамках, с которыми можно столкнуться, и это препятствие стоит по значимости рядом с необходимостью полной информированности о научных данных до начала проекта. Неправильно или даже невозможно, чтобы стремление к инновациям заставляло проталкивать или принудительно вводить изменения в нормативно-правовой системе, в которых может возникнуть необходимость. Подход к проекту с этих позиций также может усугубить ощущение того, что инновация “спускается сверху”, а не могла бы возникнуть более органичным путем. Участникам напомнили, что часто достигается больший эффект, если инициировать большое число небольших изменений, а не малое число больших изменений, которые могут быть задушены на корню процессами регулирования или обеспечения качества. В одном приведенном примере новую практику приема на работу квалифицированных медсестер вместо врачей-стажеров в отделениях неотложной помощи в больницах прекратили из-за того, что она привела к нарушению соотношения числа врачей к числу медсестер.

В некоторых странах для обеспечения надлежащих процедур стратегического руководства пошли по законодательному пути. Так, во Франции ввиду ее особенно громоздкой системы финансовых норм и правил был принят новый закон, укрепляющий инновационный потенциал страны, который дал возможность в целом снять ограничения, налагаемые финансовыми и организационными правилами, и поощряет “инициативу снизу” с более активной работой в партнерствах. Раньше в стране было огромное количество примеров несовершенной практики, как в случае с опытными проектами телемедицины, когда эффективные технологии по-настоящему не распространялись или не продавались из-за юридических сложностей, в результате чего каждый проект рушился, будучи не в состоянии преодолеть препятствия на провинциальном или общегосударственном уровне. То же самое было и в Польше, где из-за размножившихся департаментов, центров принятия решений и многочисленных противоречивых интересов целому ряду инноваций просто не удалось встать на ноги. Одним таким примером было использование футболки, с помощью которой можно было контролировать функции организма у пожилых людей и у которой было продемонстрировано благоприятное соотношение затрат и клинических результатов.

Как и во Франции, изменения в Италии произошли с принятием нового закона, предназначенного для ограничения последствий судебных процессов и врачебных ошибок, но также и для противодействия последствиям резкого роста стоимости лекарственных препаратов. В основе закона лежало убеждение в том, что, если к инновациям в предоставлении услуг здравоохранения не подходить системно, скоро становится невозможно поддерживать устойчивость бюджетов. Теперь лечащие врачи будут обязаны соблюдать клинические руководства, которые включают инновации в лекарствах и изделиях медицинского назначения, произведенные с участием ученых и практикующих медицинских работников.

В Бельгии в общей системе опытных проектов, включающих применение мобильных медицинских бригад в различных областях помощи, нормативная база, охватывающая все заинтересованные стороны, считалась такой же важной, как и финансирование и сбор необходимых данных. Добиться того, чтобы пациенты получали помощь быстрее одновременно с проведением мониторинга и оценки, было трудной задачей, требующей от всех сторон согласованных усилий для продуктивной работы. В этом случае врачи обычно отвечали за мобильные медицинские приборы, а ответственность за их качество оставалась за промышленностью.

Выработка действенных процедур стратегического руководства, разумеется, выходит на первый план с развитием электронного здравоохранения. В Бельгии был создан новый портал в интернете, через который любой гражданин может обратиться к собственной медицинской документации, а также к своим прошлым диагнозам и результатам исследований. Новой платформы не вводили, и в результате разгорелась большая дискуссия о том, как увязывать данные и совместно пользоваться ими и какой орган должен отвечать за какие наборы данных.

В Эстонии, где, как было отмечено, ныне используемые программные средства не всегда поддерживают формат требуемых данных, с трудом удается поспевать за обновлениями программных средств и их оценками. На практике это оборачивается тем, что врачам приходится рыться в разных документах в цифровом формате и каждый документ читать. Для разработки новых средств оценки требуется больше инноваций. Была высказана мысль о том, что, возможно, было бы целесообразно изучить процессы и протоколы оценки, которые используются в других секторах, например, гигантами социальных СМИ.

Одним из предметов, также вызвавших споры в ходе дискуссии, было стимулирование. В первоначальном опросе 22% участников согласились с тем, что одной из причин, по которым выгоды и преимущества техники не используются в полной

мере, является отсутствие стимулов, побуждающих организации принимать, внедрять и стабильно использовать инновации. Например, у лечащих врачей в Бельгии есть финансовый стимул к использованию электронных рецептов. Казахстан внедрил стандарты системы аккредитации больниц, разработанные Joint Commission International, США. И хотя для больниц это может быть и недешевой услугой, они стали получать больше денег, что в свою очередь стимулирует рост инвестиций. Это также служит стимулом к прохождению аккредитации для других больниц. Также было высказано суждение о том, что, например, ввиду сопротивления переменам в Австрии одним из успешных методов внедрения инноваций было привлечение более молодых врачей общей практики (ВОП), для чего им выделяли больше ресурсов и прививали мысль о том, что инновации – это не сама технология, а то, как она используется на практике.

Впрочем, стимулирование через выделение финансовых ресурсов вызвало у некоторых участников вопросы. С одной стороны, может срабатывать метод кнута и пряника, и выплаты также могут быть полезны и тем, что привлекают внимание к новой технологии и создают возможность поощрять распространение информации и изменения в практике. С другой стороны, у работников может вырабатываться своекорыстие и, что еще важнее, этот процесс может укреплять негативное представление о том, что данная инициатива навязывается руководством, и это может привести к недостаточно благосклонному отношению к ней со стороны лечащего персонала.

5.4. Проектирование и предоставление инновационных услуг

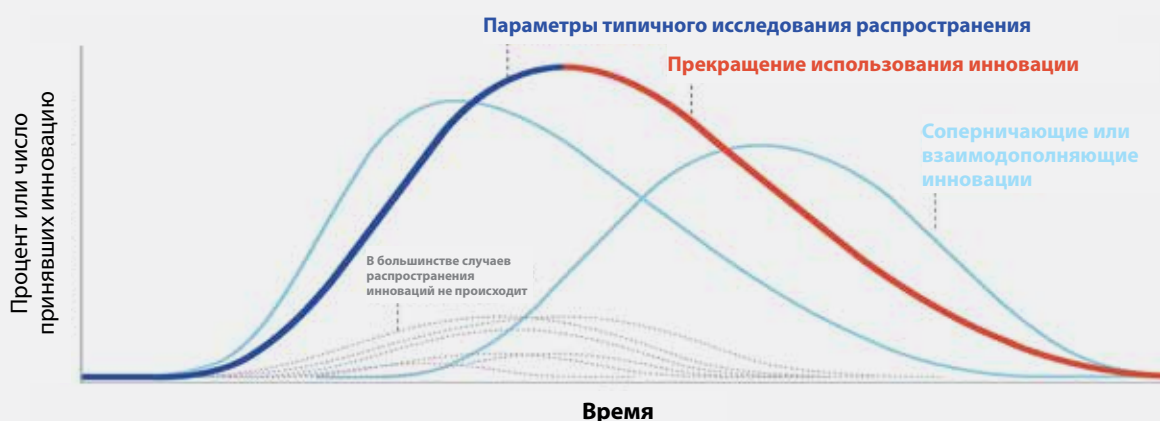
В продолжение темы пленарного заседания были представлены главные положения краткого аналитического обзора Как мы обеспечиваем внедрение, поддержание и распространение инноваций в сфере предоставления и организации медицинских услуг? (Nolte, 2018). Указывая на многочисленные трудности, с которыми сталкиваются системы здравоохранения, страны (что не удивительно) инвестировали средства и экспериментировали с нестандартными методами проектирования и предоставления услуг, начиная от программ ведения заболеваний до систем управления здоровьем населения.

Терминология в этой области сложна, и важно признать, что процессы изменений и инноваций нелинейны. Связанные с ними концепции принятия, внедрения, устойчивости, распространения и расширения масштабов часто не имеют четкого определения и находятся в сложных отношениях взаимозависимости. Например, существуют контуры обратной связи между принятием и внедрением, между внедрением и устойчивостью и так далее.

Одним из главных препятствий, с которыми сталкиваются страны, является необходимость “распространить” успех опытных проектов так, чтобы он вышел за рамки начального этапа или местных условий. В случае большинства инноваций реального распространения не происходит, и даже если они были успешно распространены, часто их использование через некоторое время прекращается (рис. 11).

Однако эмпирических данных о том, какие факторы в наибольшей степени способствуют успешному “распространению и совместному пользованию” и расширению масштабов использования инноваций, мало. Из примеров трех стран, где были успешно внедрены модели координации и интегрирования помощи между первичным и вторичным звеном, выявляется несколько ключевых факторов (вставка 11).

Рис. 11. Почему не происходит распространение инноваций



Источник: Dearing & Cox (2018).

Вставка 11. Благоприятствующие факторы и основные вопросы в отношении распространения инноваций

К благоприятствующим факторам распространения инноваций относятся:

- руководители и администрация на разных уровнях, оказывающие поддержку и настроенные на изменения, включая наличие механизмов надлежащего стратегического руководства и управления, ясное и убедительное видение перспективы для данной инновации и стабильную поддержку всех, кто принимает в ней участие;
- привлечение с самого начала широкого круга заинтересованных сторон, включая персонал и пользователей услуг и обеспечение их положительного отношения посредством соответствующих структур, методических руководств и т.д.; это также включает поддержку со стороны врачей, вовлечение лечащего персонала на всех этапах процесса;
- специально и постоянно выделяемые ресурсы, в том числе финансовые средства, инфраструктура, укрепление потенциала, повышение квалификации персонала и достаточное количество времени для того, чтобы организации и службы научились работать по-новому;
- стратегия, рассчитанная на обеспечение полноценной коммуникации во всей организации;
- постоянный процесс адаптации инновации к местным условиям, при котором особое внимание уделяется тому, что имеет отношение к местным условиям и дает положительный эффект;
- постоянный мониторинг и своевременные отзывы о прогрессе, систематический сбор данных для оценки показателей работы инновации и выявления возможностей дальнейшего усовершенствования и/или проблем и для того, чтобы были предусмотрены необходимые для этого расходы;
- оценка общего эффекта и демонстрация результатов (или соотношения затрат и результатов) от использования внедряемой инновации, включая оценку пользы для здоровья;
- сильная политическая поддержка и (возможно) адаптация моделей финансирования, а также фактические данные, подтверждающие эффективность и необходимые для распространения и расширения масштабов использования.

Основные вопросы, которые необходимо задать:

- Стоит ли инновация того, чтобы ее внедряли? Кто от этого выиграет и как? Не увеличит ли она неравенства еще больше? Есть ли другие непреднамеренные последствия? Действуют ли против нее другие местные факторы?
- Какова приверженность постоянному ведению мониторинга и оценки? Какие виды фактических данных имеются и что еще требуется? Как можно сбалансировать данные о затратах, качестве и исходах?
- Как и каким образом в предлагаемой инновации в услугах будут услышаны и приняты во внимание точки зрения и приоритеты общественности и пользователей услугами?

Хотя участники ясно видели, что частью более широкой картины является сотрудничество на международном уровне и на уровне страны, инновации совершаются в местной экосистеме, и отсюда возникают важные вопросы, когда заходит речь об обмене и совместном пользовании знаниями и о понимании внедрения новых технологий. В этой связи неоднократно отмечался один пример, касающийся видеоконсультаций. Используются они широко, но все равно вызывают целый ряд вопросов, например: как может производиться оплата, какие вопросы здоровья больше всего подходят для обсуждения в режиме видеоконсультации (или даже аудиоконсультации), как определяется приоритетность пациентов, что можно сказать о различиях в использовании технологии между сельской местностью и городом, и так далее.

Из развернувшейся на совещании полемики было ясно, что существует единое мнение о том, что инновации нуждаются в поддержке и руководстве на многих уровнях – от политического до местного контекста. Так, например, четвертая часть участников в первоначальном опросе была убеждена в том, что выгод от инноваций не замечают из-за недостатка профессионального руководства, стимулов, профессиональной квалификации и подготовки, и это наглядно проявляется в том, что инновации не принимаются и не внедряются. С самого начала должны быть ясное видение перспективы и план. В этом контексте еще одним препятствием на пути создания необходимой благоприятной среды является то, что часто больницы и другие организации в секторе здравоохранения не способны или не готовы стать «организациями-учениками». Для этого им нужны лидеры, соответствующая организационная культура, но прежде всего деньги и время, чтобы оценить и обдумать положение дел. Не менее важна также способность организаций допустить возможность неудач при внедрении инноваций и необходимость прагматичного соотношения между строгим соблюдением всех норм и правил, с одной стороны, и наличием климата, в котором и люди и организации чувствуют себя достаточно уверенно, чтобы идти на риск, с другой стороны.

Еще одна высказанная озабоченность касалась того, что инновации во врачебной практике часто предшествуют принятию любой сопровождающей их и необходимой для них стратегии, что отражает более широкую проблему темпов инноваций по сравнению с темпами осуществления стратегий. В результате часто идет одновременное внедрение параллельных, соперничающих или взаимодополняющих инноваций. Это было отмечено, например, в Швеции, где стало понятно, что задание оценить видеоконсультации, проводимые врачами, выполнялось в течение трех месяцев, но на протяжении всего этого времени такие консультации уже проводились по всей стране. Похожее наблюдалось и в Соединенном Королевстве. Часто это ведет к дублированию и напрасной трате ресурсов, и поэтому интегрирование разных моделей на местном и провинциальном уровне превращается в чрезвычайно трудную задачу.

Более того, важный переход от этапа опытной проверки инновации к ее внедрению в обычную практику может вступать в противоречие с процессами стратегического руководства. Опытные проекты могут получать полную поддержку администрации и сотрудников, но превращение в элемент общепринятой практики и стандартную операционную процедуру часто заканчивается лишением той свободы действий и гибкости, которые разрешались в демонстрационном проекте. Также в опытных проектах не учитываются такие факторы, как упущенные выгоды в результате отказа от следующего по приемлемости варианта. Например, в Новой Зеландии ключевым фактором успеха в одном опытном проекте была сильная сеть работающих вместе специалистов, которая существовала еще до проекта. Во время опытного проекта глава этой сети объезжал каждого врача общей практики (ВОП), чтобы держать его/ее в курсе событий и обсуждать ход проекта, но очевидно, что это не могло продолжаться при любом расширении масштабов. Один из вариантов, который был принят в Нидерландах в проекте организации групп оказания помощи с участием ВОП, состоял в том, чтобы “разбавить” исходную инновацию, что предполагало контроль ВОП специализированными медсестрами, но как только масштабы инновации были расширены, пришлось поменять роли на противоположные из-за ситуации на местах. Гибкость и адаптация к местным условиям имеют огромное значение. Во вставке 12 описываются разные ситуации, с которыми сталкивались лица, формирующие политику в трех разных странах.

Вставка 12. Примеры распространения инноваций

Опыт области Эмилия-Романья в **Италии** показывает влияние целого ряда ключевых факторов, таких как наличие логически связанной политики и ясных приоритетов, одного бюджета, надлежащей оценки и участия заинтересованных сторон, и т.д. Правительство области поддержало новый план социальной работы и здравоохранения, в котором первоочередной задачей было решение проблем моральной неустойчивости, бедности и социальной отверженности путем реализации интегрированных социальных и здравоохранительных стратегий. К принятию такого плана подтолкнули бедность среди молодежи и демографические изменения. С применением целого ряда инновационных подходов был начат процесс, в котором участвуют 500 заинтересованных сторон, таких как различные учреждения, профсоюзы, организации третьего сектора и пациенты. Возникло три очевидных приоритета: максимальное использование положений нового законодательства по вопросам вовлечения в жизнь общества и трудовую деятельность, которое находилось в области на стадии принятия; усиление роли округа социального и медицинского обслуживания; поддержка создания местных учреждений амбулаторной реабилитации психически больных и инвалидов и пропаганда ухода на дому. Было определено пять направлений, общих для всех приоритетов, одним из которых была поддержка независимости людей в контексте их жизненных обстоятельств. Например, одна инициатива состояла в изменении предоставления услуг пациентам с нарушениями психического здоровья. Провинциальный Совет по охране психического здоровья, в состав которого входят активно участвующие в его работе пациенты и их семьи, дал согласие на адаптацию услуг к конкретному пациенту, включая все социальные детерминанты здоровья и благополучия, при полном согласии как пациентов, так и их семей. Этот проект, ход которого регулировался центральным бюджетом, имел глубокие корни в местном сообществе медицинских и социальных работников, и услуги предоставлялись в этом контексте. За два года было начато 2500 программ; поскольку в них до сих пор вовлечено большинство пациентов, непрерывно и постоянно проводится оценка. Уже имеются данные о том, что у лиц с диагнозом шизофрения психосоциальная адаптация значительно лучше, чем у тех, кто не участвует в проекте, а продолжительность пребывания в одном отделении стационарной помощи сократилась с 30 до 12 дней в году. Однако, несмотря на первые успехи, все еще сохраняется целый ряд помех, которые могут препятствовать распространению проекта на всю страну. К ним относятся определенные трудности с поддержкой нового подхода со стороны специалистов и сохранение стигмы психического нездоровья, которая, как считается, может создавать трудности в других социально-экономических контекстах, вследствие чего затруднено расширение масштабов инициативы. Тем не менее, такой же подход в настоящее время апробируется и в отношении других целевых групп, таких как лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, и лица с ограниченными возможностями.

Норвегия является хорошей иллюстрацией отсутствия линейности в реформах здравоохранения и важности движения малыми шагами. Благодаря Закону 1999 г. о правах пациентов и последующему за ним положению о регулировании деятельности практикующих медицинских работников каждый человек получил доступ к семейному ВОП. После этого в 2012 г. была проведена еще одна реформа, целью которой было улучшение сотрудничества между специализированной медико-санитарной помощью и первичной помощью, причем упор был сделан на улучшении профилактики и предоставлении услуг здравоохранения на местном уровне. Тем не менее, начали проявляться непреднамеренные последствия, такие как непростые юридические результаты реформ, что вызвало определенную негибкость в предоставлении услуг. Трудным оказался и процесс перевода специализированной помощи в первичное звено, так как возникали трудности с переводом ресурсов. В результате теперь формируются структурированные клинические маршруты, обеспечивающие соблюдение прав пациентов и повышение уровня координации помощи. Намерение состоит в том, чтобы избегать случаев неплановой госпитализации и обеспечить согласованность помощи за счет применения передовой практики при поддержке цифровой системы мониторинга данных. Использование схемы инновационного процесса NASSS для обеспечения поддержки со стороны администрации и руководства, выделение достаточных ресурсов и поддержка как со стороны медицинских работников, так и пациентов позволили за это время создать 50 таких маршрутов в таких областях, как рак, инсульт и психическое здоровье. В стадии разработки сейчас находятся аналогичные программы для пациентов, возвращающихся домой, лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, и лиц с нарушениями психического здоровья.

Вставка 12. Примеры распространения инноваций

Совершенно иную картину представляет собой **Украина**. Здесь реформы здравоохранения прошли быстро, почти как “резкий рывок” (European Observatory on Health Systems and Policies, 2018), и произошли за сравнительно более короткое время, чем реформы в других странах. В частности, большие усилия были приложены к трансформированию и укреплению первичного звена, в том числе к созданию новой системы электронного здравоохранения. Сегодня все граждане могут выбрать и подписать декларацию с подтверждением выбора своего врача первичного звена. Однако в то же время необходимо отслеживать, кого выбирают пациенты и как нужно платить врачам через компанию медицинского страхования. Был создан консорциум, объединяющий частный сектор, НПО, организации пациентов, экспертов (как отечественных, так и международных), которые совместно создали систему электронного здравоохранения, которая считается открытой и прозрачной, для предоставления данных. Электронная медицинская документация принадлежит пациенту, а не государству или системе медицинской информации, и были заключены соглашения с 11 службами медицинской информации о бесплатном пользовании их услугами. Такая система позволит улучшить первичную помощь, а также даст возможность отслеживать пациентов, предоставлять необходимые данные о здоровье населения и давать информацию, необходимую для оплаты услуг лечащих медработников через страховую компанию. Количество зарегистрировавшихся в системе превзошло все ожидания. Особого упоминания заслуживает тот факт, что непреднамеренные последствия оказались положительными: у 30% украинцев не было доступа к интернету, но ситуация быстро меняется в связи с тем, что потребовалось, чтобы у врачей был доступ к системе электронного здравоохранения, и в итоге местные власти обеспечили такую услугу. Совместно с Канадой Украина также развивает систему подключения к телемедицине отдаленных районов, чтобы пациенты могли самостоятельно вести мониторинг своего состояния. Канадский опыт продемонстрировал снижение показателей госпитализации и значительную экономию транспортных расходов как у медицинских работников, так и у пациентов.

Пример Украины также привлекает внимание к тому факту, что инновации не происходят органичным образом: будущая медико-санитарная помощь зависит от развития новых технологий и инновационных методов работы. В результате в стране инвестируется больше ресурсов в научные исследования и разработки, а также в создание партнерств между государством, наукой, промышленностью и НПО.

На этом заседании обсуждалась работа Европейского партнерства по инновациям. Это инициатива, исходящая снизу и объединяющая целый ряд участников, в число которых входят плательщики, покупатели, закупщики, поставщики услуг и местные органы власти. Партнерство проводит изучение надлежащей практики в самых разных учреждениях и контекстах и возможностей ее более широкого распространения на другие контексты. Усилиями партнерства разрабатываются несколько методических руководств по поэтапному методу расширения масштабов инноваций, а в основе этих руководств лежит принцип приложения усилий только к тому, что является действенным и возможным, и признается, что не все то, что возможно, следует делать или включать в инновацию. Партнерство также старается увести диалог от рассмотрения в отдельности восприимчивого к инновациям контекста к рассмотрению того, как инновационные решения и модели смогут служить достижению других целей трансформирования системы здравоохранения в направлении большей доступности, эффективности и устойчивости.

Наконец, было высказано предложение не использовать слово “опытный” (экспериментальный, пилотный), так как в нем подразумевается нечто кратковременное, ограниченное во времени. Вместо этого, по мнению некоторых участников, более уместной терминологией были бы слова “1-я фаза или 1-й этап”, “2-я фаза” или что-нибудь в этом роде.

5.5. Вопрос социальной справедливости

Некоторые участники считали, что роль государства или лиц, формирующих политику, не обязательно должна заключаться в контроле за осуществление инновационных программ на каждом уровне, но им надлежит обеспечивать качество и безопасность помощи и, самое главное, социальную справедливость. Красной нитью почти во всех дискуссиях по теме “инновации” проходило сомнение: не ставят ли очередные инновации социальную справедливость под угрозу, вместо того, чтобы ее укреплять. Технические инновации в сфере медико-санитарной помощи должны идти, а на каком-то уровне и идут рука об руку с воплощенными в Таллиннской хартии ценностями справедливости и солидарности.

Некоторые инновации, такие как приведенная в примере Украины, улучшили доступ и повысили уровень справедливости, но так бывает не всегда. Хотя результаты проекта Норвегии по разработке клинических маршрутов на сегодняшний день положительные, имеют место и непреднамеренные последствия (см. вставку 12). Данные научных исследований пока неокончательны и неубедительны, но некоторые считают, что применение этих структурированных клинических маршрутов только при некоторых диагнозах затрудняет доступ к нужной помощи для тех, у кого имеются другие нарушения здоровья, и поэтому и от пациентов, и от политиков раздаются требования продолжения диалога с группами

пациентов. В Норвегии также есть опасение, что концепции и начинающий формироваться язык изложения инноваций не всегда понятны и даже могут отталкивать не только пациентов, но и работников здравоохранения.

Часто новые технологии и инновации означают, что у тех, кто может больше всех нуждаться в том или ином приборе или технологии для оказания им помощи, имеется меньше всего возможностей получить к ним доступ из-за цифровой неграмотности, неумения обращаться с техникой и т.д. Хотя такие препараты, как снижающие уровень холестерина ингибиторы PCSK9 известны своей высокой действенностью и могут улучшать качество помощи, это все может достигаться ценой справедливости, солидарности и финансовой стабильности, так как не у всех будет доступ к этим препаратам. Один из участников считал, что необходимы более согласованные действия во всей Европе, чтобы противостоять могуществу фармацевтической промышленности в этом отношении.

Участникам было предложено более подробно рассмотреть вопрос о разделении технических инноваций между нестандартными способами лечения, с одной стороны, и новыми формами предоставления или практики консервативного лечения, с другой стороны. Например, нестандартная практика может включать цифровую медико-санитарную помощь, такую как алгоритмы на базе искусственного интеллекта, которые позволяют выделять особые целевые группы населения или помогать в принятии врачебных решений.

Во вставке 13 представлены основные тезисы, касающиеся социальной справедливости и солидарности в технических инновациях.

Вставка 13. Социальная справедливость и солидарность в технических инновациях

В случае нестандартных способов лечения чем больше они применяются, тем выше стоимость, однако в случае нестандартной клинической практики расходы возникают только сначала: как только новая практика достигла достаточного уровня развития, становится незначительной, как часто она применяется, так как затраты остаются неизменными. Поэтому нестандартная практика характеризуется большей справедливостью и устойчивостью, чем нестандартные способы лечения, принимая во внимание вопросы доступа и стоимости.

Нестандартные способы лечения работают, как хорошо смазанный механизм, подкрепляемый, наряду с нормами и правилами, финансовыми интересами фармацевтических компаний.

Внедрение нестандартной практики наталкивается на целый ряд препятствий:

- препятствия в сфере информационной технологии, такие как предварительные расходы, интегрирование данных и согласованное совместное пользование ими, необходимость адаптировать компьютерные системы;
- нежелание врачей, в том числе из-за того, что их мнения не принимаются во внимание в решениях или они не чувствуют эти решения "своими", им нужно учиться доверять системам искусственного интеллекта, проходить переподготовку, необходимую для работы в рамках новых параметров и понимания своей новой роли по отношению к пациентам, в частности, дающей возможность проявлять целостный подход, обеспечить который искусственный интеллект не сможет.

Цифровые инновации могут повысить качество помощи, уровень справедливости, снизить затраты и укрепить устойчивость, но препятствия в сфере IT и проблемы взаимодействия техники с человеческим фактором остаются.

6. Дальнейшие действия

На протяжении двухдневного совещания обрели ясную форму несколько главных тезисов, в которых соединились мысли, лежащие в основе высказанных мнений, и опыт, о котором рассказывали участники в ходе обсуждения трех И.

- Осуществление реформы систем здравоохранения в сочетании с анализом и оценкой ее эффективности и увязывание научных исследований с действиями на уровне политики по-прежнему остается трудной задачей. Самой по себе количественной оценки, в том числе оценки показателей функционирования систем здравоохранения, недостаточно, и она не всегда помогает странам понять, что делать дальше. Соотношение между принятием решений и вопросами, касающимися того, как принимаются решения – например, на что следует тратить новые поступления денег, в какой степени решения должны быть связаны с политическими соображениями или что эффективно и что неэффективно в каждом конкретном случае – остается предметом обеспокоенности и споров.
- Фактические данные для стимулирования инвестиций требуются как на стратегическом уровне, так и на мезоуровне (например, на уровне учреждений) и микроуровне (например, на уровне предоставления отдельно взятой услуги), однако также нужно обращать внимание на характер представляемых фактических данных. Нужны дополнительные данные о соотношении затрат и результатов при различных подходах и системах и о стратегиях, связанных со здравоохранением, предполагающих воздействие на более широкие социальные детерминанты здоровья и их улучшение.
- На всех уровнях и на всех стратегических направлениях движения к инклюзивности систем здравоохранения, устойчивым инвестициям и инновациям в системах по-прежнему проблемой является стратегическое руководство и, в частности, стратегическое руководство общественным здравоохранением.
- Перед лицом необходимости планирования на более отдаленную перспективу особого внимания во всех звеньях системы требует решение вопросов трудовых ресурсов, особенно влияющих на общественное здоровье.
- Первоочередное внимание должно уделяться профилактике и первичной помощи, должна быть повышена бдительность в вопросах предоставления помощи, ориентированной на нужды людей, наряду с приложением более целенаправленных усилий к увеличению инвестиций и расширению масштабов внедрения инноваций в сфере предоставления услуг.
- Красной нитью через почти все дискуссии проходила мысль о важности понимания и собирания историй из жизни и опыта отдельных людей. Сложности и аномалии в системе часто понимаются или замечаются во всей полноте только с помощью такого средства. Истории, рассказанные пациентами, должны считаться частью фактических данных, и нужно чаще обращаться к общественным движениям и объединениям пациентов. Если страны всерьез решили добиться, чтобы у них были системы, ориентированные на нужды и интересы людей, нужно в положительно выраженной форме принимать во внимание точки зрения и приоритеты людей относительно инноваций в услугах.
- Многого могут достичь международные и национальные альянсы. Следует поощрять укрепление межсекторальных и внутрисекторальных взаимоотношений и развивать их на всех уровнях, во всех профессиях как в секторе здравоохранения, так и в других секторах, особенно в том, что касается общественного здоровья.
- Для того, чтобы инновации получали широкое распространение и служили общей пользе, были устойчивыми в долгосрочной перспективе и удовлетворяли более широкие потребности общества, требуются ответственные инновации. В этом случае также требуется более широкое взаимодействие с потенциальными пользователями инновациями.
- Для того, чтобы достичь более широкого охвата услугами здравоохранения, получать соответствующие потребностям инвестиции и создавать условия, благоприятные для положительного восприятия инноваций, требуется анализ для более глубокого понимания того, какие стратегии дают положительный эффект и в каких контекстах и почему. Ключом к успешным инновациям в области услуг всегда будет предоставление организациям и службам необходимой поддержки, времени и гибкости.

7. Выводы

В заключительном выступлении директор отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Hans Kluge выделил как самое главное необходимость сохранения сути Таллиннской хартии не просто ввиду значимости этого документа самого по себе, а в первую очередь потому, что люди в Регионе заслуживают никак не меньше всего того, что в нем предусмотрено.

Хартия и ее наследие по-прежнему служат постоянным напоминанием о том, что нужно вновь и вновь подтверждать верность идее ценностной ориентированности систем здравоохранения в Европе, и это в контексте трех “И” – инклюзивность, инвестиции и инновации – предполагает:

- расширение масштабов мер по достижению ВОУЗ с тем, чтобы никто не был оставлен без внимания;
- сосредоточение еще больших усилий на том, чтобы поставить в центр всей деятельности систем здравоохранения людей и их потребности, и
- укрепление жизнестойкости и совместную работу партнеров над составлением планов и подготовкой к будущему как внутри системы здравоохранения, так и в контексте ее окружения.

В очередной раз внимание было привлечено к 2008 году, и участникам было предложено вспомнить об изменениях, которые произошли за последние десять лет как в Европейском регионе, так и во всем мире и которые имели совершенно определенные последствия для систем здравоохранения. Но только теперь, оглядываясь назад, можно признать, что тогда, наверное, было слишком много оптимизма. Последовавший вскоре экономический кризис и возникшие политические и социальные разногласия показали, что в Регионе до некоторой степени воспринималось как должное, что позиционирование систем здравоохранения как движущей силы здоровья, благосостояния и общественного благополучия было и останется воплощением и выражением разделяемых всеми европейскими социальными ценностями. Трудности, наступившие после 2008 г., были повсеместными и затронули всё и вся. Смена политических курсов и обязательств, усиление влияния компаний, работающих ради извлечения прибыли, в частной жизни и в системах здравоохранения, рост стоимости медико-санитарной помощи, демографические изменения и старение населения, неодинаковые модели потребностей, изменения в трудовых ресурсах здравоохранения и растущие запросы пациентов – все это способствовало тому, что приверженность идее солидарности стала подвергаться сомнению и проверяться на прочность. Поэтому снова пришло время подтвердить основные ценности и определить место систем здравоохранения в новых и непростых условиях, в которых мы оказались, и тем самым еще раз доказать возможность адаптации Хартии к решению современных проблем, с которыми сталкиваются системы здравоохранения.

И все же основания для торжества были, и многие из них отмечались в ходе совещания. Так, полным ходом идет реализация Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., продолжает расти ее поддержка и, несмотря на трудности, условия для сотрудничества сегодня лучше, а ощущение совместной работы на благо укрепления здоровья населения, по иронии судьбы, сильнее, чем десять лет назад.

Д-р Kluge подчеркнул, что основой для дальнейшего развития является улучшение охвата, доступа и финансовой защиты каждого человека – именно то, что составляет главный смысл Цели 3 в области устойчивого развития. Конечно, это нельзя отделять от необходимости добиваться достаточного по объему и устойчивого финансирования, а также от обеспечения того, чтобы во всех структурах государственного управления признавались важность и взаимозависимость расходов на здравоохранение и инвестиций для получения серьезной отдачи как в экономическом, так и в социальном отношении. Необходимо одновременно показывать, что системы здравоохранения разумно распоряжаются государственными средствами, вносят вклад в макроэкономический рост, общественное благополучие и стабильность бюджета. При этом неизменно сохраняется необходимость решать двойную задачу, постоянно находить компромисс между “тушением пожаров” и обеспечением роста и преобразования систем здравоохранения. Именно отсюда и возникает необходимость третьего центрального тезиса, звучавшего на совещании: если системы не будут воспринимать и внедрять инновации, невозможно будет предоставлять услуги, в которых нуждается Европейский регион. Инновации технического и системного характера могут и должны стимулировать друг друга, чтобы новые технологии направлялись на минимизацию, а не максимизацию или увеличение разрыва в здоровье и социальном положении.

Инклюзивность, инвестиции и инновации – три “И” – тесно переплетаются друг с другом, стимулируют и поддерживают друг друга. Население сможет реально получать нужные услуги и помощь на справедливой основе только в том случае, если системы здравоохранения будут инклюзивными, способными привлекать стабильные инвестиции и смело применять инновации в предоставлении услуг.

Д-р Kluge напомнил, что для претворения в жизнь этих принципов потребуется удвоить усилия, чтобы обеспечить ВОУЗ, преобразовать систему и сделать реальностью ее ориентированность на нужды и интересы людей, но одновременно требуется заранее продумывать и планировать все действия. “Никого не оставить без внимания” – это должно быть не просто лозунгом. Все мысли и чаяния при планировании, формировании и реформировании систем здравоохранения должны быть сосредоточены на уменьшении неравенства и несправедливости, и очень важно, чтобы это не ограничивалось простым расширением охвата или корзины услуг. Главным условием для этого является справедливый и равноправный доступ к лекарственным препаратам, а это требует целостного подхода. Необходимо не ограниченное государственным границами сотрудничество на региональном уровне, при котором цели политической экономии и экономики здравоохранения согласуются в рамках взаимодействия между различными секторами, чтобы лекарственные препараты помогали минимизировать неравенства, а не усугубляли их.

Ничто из вышеизложенного не должно осуществляться отдельно от воплощения в жизнь концепции ориентированности на нужды и интересы людей, но необходимо еще раз повторить, что не должно быть пустых заявлений и обещаний. Невозможно переоценить значение участия пациентов в сохранении собственного здоровья и в принятии решений о предоставляемой помощи, даже когда приходится принимать трудные решения. С одной стороны, это требует более тесного взаимодействия с медицинскими работниками, врачами, т.е. с теми, кто составляет ядро систем здравоохранения, но с другой стороны, это также означает привлечение как общественности, так и пациентов к принятию решений в сфере здравоохранения и к формированию политики здравоохранения. Участие в формировании политики предполагает наличие санитарной грамотности, поэтому на повестке дня должны стоять оба эти вопроса.

Несомненно, это требует безукоризненно функционирующих кадров здравоохранения, обладающих нужной квалификацией, доступа к действенным и доступным по стоимости лекарственным препаратам, инструментам и технологиям, честной и справедливой политики в отношении финансирования здравоохранения, сильного звена первичной медико-санитарной помощи и вмешательств в области общественного здравоохранения, но сегодня этого мало. Сегодня необходимо решительно приводить в действие все рычаги трех “И”: добиваться переориентации помощи, внедрять новые технологии, развивать новые подходы и методы работы, увеличивать инвестиции в медико-санитарную помощь, профилактику заболеваний и укрепление здоровья и понимать потребности людей, знать, где и как они живут и как это влияет на их состояние здоровья.

Системы здравоохранения должны уметь преодолевать любые кризисы или потрясения, вызываемые либо внутренними, либо внешними причинами, и уметь предвидеть перемены, а не просто реагировать на них. Необходимо планировать будущее и, что очень важно, думать нестандартно. Уже недостаточно быть “человеком дела”, пришло время стать “человеком мысли”, осознать происходящие во всем обществе перемены, которые могут иметь последствия для систем здравоохранения теперь и в будущем. Необходимость создавать культуру здоровья, в которой признается, что системы здравоохранения играют главную роль в укреплении здоровья и повышении благополучия (в чем и состоит суть Таллиннской хартии) остается, но дальнейший путь требует нового энтузиазма и нового мышления.

В унисон с основными ценностями, воплощенными в Хартии, прозвучали заключительные слова д-ра Kluge о том, что по-прежнему нельзя мириться с тем, что граждане впадают в бедность из-за ухудшения здоровья, однако ввиду нынешних угроз общественным ценностям солидарности, справедливости и широкого участия в более широком контексте обеспечение неотъемлемого права на ВОУЗ вновь может оказаться в опасности. Поэтому существует настоятельная необходимость добиваться ускорения в улучшении здоровья населения, максимально использовать все преимущества инноваций, глубже понять причины финансовых трудностей и принять меры по их смягчению. Краеугольными камнями в деятельности систем здравоохранения должны оставаться рациональность, прозрачность и подотчетность.

Если системы здравоохранения не будут вводить инновации и адаптироваться к переменам, невозможно будет предоставлять требуемые услуги. Неотъемлемым элементом новых подходов должен стать диалог, в том числе диалог с акцентом на взаимодействие внутри сектора и между секторами, чтобы усилить экономические аргументы и увеличить объемы инвестиций в здравоохранение, что приведет к большей инклюзивности. Границы медико-санитарной помощи должны быть более гибкими и охватывать системы социальной помощи, которые в свою очередь тоже должны трансформироваться и в центр своей политики и практики поставить интересы и нужды людей.

Совещание 2018 г. дало уникальную и ценную возможность критически осмыслить прошедшие десять лет и, что еще важнее, заглянуть в будущее и увидеть, что нужно делать для дальнейшего укрепления здоровья и повышения уровня благополучия населения и преобразования систем здравоохранения во всем Регионе. В таком духе и было принято без голосования итоговое заявление (Приложение 2). Тем самым была подтверждена решимость государств-членов проводить в жизнь положения Таллиннской хартии и, проявляя “реалистичный оптимизм”, удвоить усилия по укоренению в европейских системах здравоохранения ценностей социальной справедливости, солидарности, универсализма и широкого участия на благо будущих поколений.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПРОГРАММА



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОДДЕРЖКУ ПРОЦВЕТАНИЯ И СОЛИДАРНОСТИ: НИКОГО НЕ ОСТАВИТЬ БЕЗ ВНИМАНИЯ

ПРОГРАММА

Таллинн, Эстония, 13–14 июня 2018 г.

ИНКЛЮЗИВНОСТЬ

ИННОВАЦИИ

ИНВЕСТИЦИИ



В ОЗНАМЕНОВАНИЕ ДЕСЯТОЙ ГОДОВЩИНЫ
ПРИНЯТИЯ ТАЛЛИНСКОЙ ХАРТИИ

ОТКРЫТИЕ
8:30-9:45

ПРАЗДНОВАНИЕ ДЕСЯТОЙ ГОДОВЩИНЫ ПОДПИСАНИЯ ТАЛЛИННСКОЙ ХАРТИИ В КОНТЕКСТЕ ЦЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

Приветственное обращение: Kersti Kaljulaid (Президент Эстонии), Riina Sikkut (Министр здравоохранения и труда, Эстония)

Вступительное слово: *Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности* – Zsuzsanna Jakab (Региональный директор, ЕРБ ВОЗ)

Техническое введение: Инклюзивность, инвестиции, инновации в системах здравоохранения: опора на Таллиннскую хартию 2008 г. – Hans Kluge (ЕРБ ВОЗ)

Группа экспертов высокого уровня: Zsuzsanna Jakab (ЕРБ ВОЗ), Maris Jesse (Министерство здравоохранения и труда, Эстония), Enis Bariş (Всемирный банк), Safarali Naimov (Партнерство “Остановить туберкулез”)

Председатель: Елжан Биртанов (Министр здравоохранения, Казахстан) II Ведущий панельной дискуссии: Josep Figueras (Европейская обсерватория)

9:55-10:00

ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПАУЗА

ИНКЛЮЗИВНОСТЬ
10:00-11:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 1

ИНКЛЮЗИВНОСТЬ: Расширение охвата, улучшение доступа к медицинской помощи и финансовой защиты каждого

Вступление: Tamás Evetovits (ЕРБ ВОЗ)

Основной доклад: Charles Normand (Тринити-колледж, Дублин, Ирландия)

Группа экспертов: David Sergeenko (Министр труда, здравоохранения и социальных дел, Грузия), Panos Papadopoulos (Министерство здравоохранения, Греция), Milojka Kolar Celarc (Министр здравоохранения, Словения)

Председатель: Naoko Yamamoto (штаб-квартира ВОЗ)

Ведущий панельной дискуссии: Josep Figueras (Европейская обсерватория)

Цели:

- Охарактеризовать положение дел и наглядно показать связь между всеобщим охватом медицинскими услугами, бедностью и неравенствами в отношении здоровья
- Привлечь внимание к урокам экономического кризиса
- Указать на важность оценки уровня финансовой защиты и неудовлетворяемых потребностей в медико-санитарной помощи
- Подчеркнуть необходимость систематического мониторинга финансовой защиты в Европе

11:00-11:30

ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ

ИНКЛЮЗИВНОСТЬ
11:30-13:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 2

ИНКЛЮЗИВНОСТЬ: Могут ли люди позволить себе оплачивать медицинскую помощь?

Введение в региональный доклад по вопросу о финансовой защите: Tamás Evetovits (ЕРБ ВОЗ)

Техническая презентация: Sarah Thomson (ЕРБ ВОЗ)

Группа экспертов: Riina Sikkut (Министр здравоохранения и труда, Эстония), Aurelijus Veryga (Министр здравоохранения, Литва), Clemens Auer (Министерство здравоохранения, Австрия),

Председатель: Naoko Yamamoto (штаб-квартира ВОЗ) II Ведущий панельной дискуссии: Charles Normand (Тринити-колледж, Дублин, Ирландия)

Заключительные мысли вслух с глобальных позиций: Joseph Kutzin (штаб-квартира ВОЗ)

Цели:

- Выявить тенденции в охвате, распределении и определяющих факторах финансовой защиты в разных странах
- Привлечь внимание к систематическим неравенствам в финансовой защите
- Проиллюстрировать роль медицинских препаратов для амбулаторного лечения в усугублении финансовых трудностей
- Наглядно показать схему стратегии обеспечения охвата как одну из ключевых детерминант финансовой защиты.

13:00-14:30

ОБЕД

13:30-14:15

ОФИЦИАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ ИЗ СЕРИИ “СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВРЕМЯ ПЕРЕМЕН”. ОБЗОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНИИ

ИНВЕСТИЦИИ
14:30-16:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 3

ИНВЕСТИЦИИ: Аргументация в пользу инвестиций в системы здравоохранения

Вводный видеофильм: диалог между здоровьем и финансами

Основной доклад: Tomáš Sedláček (Карлов университет, Прага, Чешская Республика)

Группа экспертов: Максим Ермалович (Министерство финансов, Беларусь), Lutz Stroppe (Министерство здравоохранения, Германия), Marcin Czech (Министерство здравоохранения, Польша), Mary McCarthy (Служба поддержки структурных реформ, ЕК), Enis Bariş (Всемирный банк)

Мысли вслух: Geert van Maanen (Министерство здравоохранения, Нидерланды)

Председатель: Дмитрий Костеников (Министерство здравоохранения, Российская Федерация)

Ведущий панельной дискуссии: Martin McKee (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство)

Цели:

- Рассмотреть позицию министерства финансов в выделении ресурсов системам здравоохранения
- Выявить трудности, с которыми обычно сталкиваются министерства здравоохранения, фонды медицинского страхования и другие заинтересованные ведомства при обращении с просьбами о выделении дополнительных ресурсов для систем здравоохранения
- Объяснить, как и почему инвестиции в системы здравоохранения представляют собой разумные инвестиции как с экономической, так и с социальной точки зрения.

16:15-17:45

ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 3.1

Новое содержание диалога между сектором здравоохранения и финансовым сектором по вопросу инвестиций в системы здравоохранения

Техническое введение: Peter Smith (Лондонский Имперский колледж, Соединенное Королевство)

Группа экспертов: Jūratė Sabalienė (Национальный фонд медицинского страхования, Литва), Patrick Jeurissen (Министерство здравоохранения, Нидерланды), Francesca Colombo (ОЭСР), Per Eckefeldt (ГД ЭКФИЦ, ЕК)

Председатель: Sorina Pinteа (Министр здравоохранения, Румыния) **Ведущий:** Jonathan Cylus (Европейская обсерватория)

Цели:

- Продемонстрировать методы, с помощью которых системы здравоохранения могут быть приведены в соответствие с экономическими и налогово-бюджетными целями министерств финансов, и способствовать их достижению
- Привести примеры экономических выгод, связанных с инвестициями в системы здравоохранения
- Выяснить, каким образом министерство здравоохранения представляет свои аргументы в пользу выделения дополнительных ресурсов, включая используемые при этом формулировки, выражения и классификацию, и то, как оно отслеживает свои достижения и сообщает о них
- Помочь министерству финансов лучше понять потребности и приоритеты министерства здравоохранения, в том числе путем выдвижения аргумента об инвестициях в охрану здоровья и системы здравоохранения как инвестициях в средства производства.

ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 3.2

Более серьезный подход к профилактике заболеваний: инвестиции в общественное здравоохранение

Техническое введение: David McDaid (Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство)

Группа экспертов: Vesna-Kerstin Petrič (Министерство здравоохранения, Словения), Yvonne Doyle (Управление общественного здравоохранения, Англия, Соединенное Королевство), Natasha Azzopardi Muscat (Европейская ассоциация общественного здравоохранения),

Председатель: Министерство развития человеческого потенциала, Венгрия **Ведущий:** Annemiek van Bolhuis (Национальный институт общественного здоровья и охраны окружающей среды, Нидерланды)

Цели:

- Наглядно показать успехи в увеличении выделяемых ресурсов на меры вмешательства в области общественного здравоохранения
- Выявить примеры успешной реализации политики в отношении кадровых ресурсов здравоохранения
- Привести примеры из опыта учреждений в проведении полноценного реформирования общественного здравоохранения
- Обсудить вопрос об использовании бригад первичной медико-санитарной помощи для работы с муниципальными органами и расширения масштабов мер вмешательства в области общественного здравоохранения

19:30

ОФИЦИАЛЬНЫЙ УЖИН

ИННОВАЦИИ
08:30-10:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 4

ИННОВАЦИИ: Использование возможностей, которые открывают инновации и системы, для удовлетворения потребностей людей

Основной доклад: Trisha Greenhalgh (Оксфордский университет, Соединенное Королевство)

Группа экспертов: Maggie De Block (Министр социальных дел и общественного здравоохранения, Бельгия), Liisa Maria Voipio Pulkki (Министерство здравоохранения, Финляндия), Olivia Wigzell (Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению, Швеция)

Председатель: Adalberto Campos Fernandes (Министр здравоохранения, Португалия) II
Ведущий: Rafael Bengoa (Институт здравоохранения и разработки стратегии, Испания)

Цели:

- Рассмотреть вопрос о внедрении и распространении инноваций системами и в системах здравоохранения
- Выделить различные виды инноваций и роль формирования политики
- Дать лицам, формирующим политику, возможность выразить свои ожидания и тревоги в отношении инноваций и получить отзыв о своей позиции
- Представить примеры из практического опыта и методы обеспечения согласованности инноваций с общими ценностями, воплощенными в Таллиннской Хартии.

10:00-10:30

ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ

10:30-12:00

ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 4.1

Внедрение инноваций в структуру услуг и в способы их предоставления

Техническое введение: Ellen Nolte (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство)

Группа экспертов: Bjørn Guldvog (Управление здравоохранения, Норвегия), д-р Ульяна Супрун (Министерство здравоохранения, Украина), Bernadette Devictor (Национальная конференция здравоохранения, Франция), Kyriakoula Petropoulacos (область Эмилия-Романья, Италия), Sylvain Giraud (Генеральный директорат здравоохранения, ЕК)

Председатель: Mila Carovska (Министр по вопросам социальной политики, бывшая югославская Республика Македония)

Ведущий: Matthias Wismar (Европейская обсерватория)

Цели:

- Изучить опыт внедрения "инновационных решений" в организацию и предоставление услуг в разных условиях функционирования систем
- Понять специфические факторы контекста, благоприятствующие факторы и препятствия, которые могут решить судьбу инновационных решений
- Обсудить системные рычаги, необходимые для стимулирования внедрения и широкого распространения инновационных решений в сфере оказания услуг
- Подумать о возможных непреднамеренных последствиях
- Исходя из этого определить содержание программы действий в области политики и научных исследований

ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 4.2

Стратегическое руководство техническими инновациями

Техническое введение: Noa Dagan (Научно-исследовательский институт Clalit, Израиль)

Группа экспертов: Tom Auwers (Министерство здравоохранения, Бельгия), Dominique Polton (Стратегический совет по инновациям в области здравоохранения, Франция), Walter Ricciardi (Национальный институт общественного здравоохранения, Италия), Айнура Айыпханова (Министерство здравоохранения, Казахстан), Harold Wolf (Общество систем информации и управления в области медико-санитарной помощи, США)

Председатель: Vilborg Ingolfsdottir (Министерство здравоохранения, Исландия) Ведущий: Reinhard Busse (Берлинский технологический университет, Германия)

Цели:

- Рассмотреть виды появляющихся новых технологий и потенциальные выгоды от них для систем здравоохранения
- Продемонстрировать опыт успешного внедрения в странах технических инноваций
- Способствовать лучшему пониманию препятствий, благоприятствующих факторов и системных рычагов для максимального использования всех выгод от технических инноваций
- Обсудить стратегии и инструменты руководства, необходимые для того, чтобы новые технологии служили делу солидарности и справедливости.

ДЕНЬ 2 ЧЕТВЕРГ, 14 ИЮНЯ 2018 г.

ЗАКРЫТИЕ
12:10-13:00

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БУДУЩЕГО: ИНКЛЮЗИВНОСТЬ, ИНВЕСТИЦИИ, ИННОВАЦИИ

Председатель: Elke Jakubowski (EPБ ВОЗ)

Ориентированные на потребности людей системы здравоохранения XXI века – Hans Kluge (EPБ ВОЗ)

Итоговое заявление совещания: *Утверждение итогового заявления без голосования* – Zsuzsanna Jakab (EPБ ВОЗ)

Закрытие: Riina Sikkut (Министр здравоохранения и труда, Эстония) и Zsuzsanna Jakab (EPБ ВОЗ)

13:00-14:00

ОБЕД

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ИТОГОВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОДДЕРЖКУ ПРОЦВЕТАНИЯ И СОЛИДАРНОСТИ:

НИКОГО НЕ ОСТАВИТЬ БЕЗ ВНИМАНИЯ

Таллинн, Эстония, 13–14 июня 2018 г.

СОВЕЩАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ

Итоговое заявление



В ОЗНАМЕНОВАНИЕ ДЕСЯТОЙ ГОДОВЩИНЫ
ПРИНЯТИЯ ТАЛЛИННСКОЙ ХАРТИИ

Итоговое заявление
Совещания высокого уровня
"Системы здравоохранения в поддержку процветания и
солидарности: никого не оставить без внимания"

Таллинн, Эстония, 13–14 июня 2018 г.

В этом документе содержится текст итогового заявления участников совещания высокого уровня "Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания", состоявшегося в Эстонии в июне 2018 г.

1. Мы, участники этого совещания высокого уровня "Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания" собрались для того, чтобы вновь подтвердить нашу приверженность ценностям, воплощенным в Таллиннской хартии "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния"¹, по случаю 10-й годовщины ее принятия. Являясь продолжением основополагающих принципов Люблянской хартии 1996 г. по реформированию здравоохранения в Европе, эти общие ценности определили содержание концепции системы здравоохранения, ориентированной на нужды людей, в политике Здоровье-2020 и направления значительной части работ по укреплению систем здравоохранения, проводимых в последнее десятилетие на региональном и страновом уровне.

2. В Таллиннской хартии особо выделена общая ценность наивысшего достижимого уровня здоровья как одного из основных прав человека. Мы отмечаем немало достижений во всем Европейском регионе ВОЗ, которые отражают наследие Хартии. В среднем на два года увеличилась ожидаемая продолжительность жизни. Мы наблюдаем сдвиги парадигмы в сторону человека с его потребностями как центра наших усилий и переориентацию на улучшение показателей функционирования систем здравоохранения, в которой больше внимания уделяется первичной медико-санитарной помощи и общественному здравоохранению. Мы видим прогресс в том, как осуществляется оценка результатов работы в системах здравоохранения и наблюдаем большую готовность постоянно учиться на опыте других стран, а также стремление к повышению прозрачности и подотчетности. Улучшились многие итоговые показатели здоровья, поддающиеся вмешательству со стороны систем здравоохранения, и сами государства-члены указывают на важную роль, которую играет Таллиннская хартия в укреплении их систем здравоохранения. Мы все можем гордиться этими успехами.

3. Тем не менее, мы признаем, что за годы, прошедшие после подписания Таллиннской хартии, политические, экономические и социальные условия для европейских систем здравоохранения резко изменились. Стал неопределенным политический климат, возникла напряженность в социальной обстановке. Экономические прогнозы предвещают расширение неравенства в доходах и долговременные трудности, ограничивающие расходы на медико-санитарную помощь и бюджеты здравоохранения и социальной защиты. Изменилась и более широкая картина в сфере здравоохранения в Европе: сегодня первое место среди причин смерти, нездоровья и инвалидности занимают неинфекционные заболевания. По-прежнему угрозой для здоровья населения представляют инфекционные болезни, особенно вследствие растущей устойчивости инфекций к противомикробным препаратам. Таким образом, под угрозой оказываются некоторые отличительные признаки, которыми мы наделяем европейские системы здравоохранения – солидарность, справедливость и универсализм. Поэтому мы видим, что необходимо проводить более инклюзивные стратегии, осуществлять более разумные инвестиции в здравоохранение и добиваться более весомого вклада систем здравоохранения за счет инноваций в технологиях и предоставлении услуг для того, чтобы удовлетворять потребности людей.

4. В то же время мы видим благоприятные глобальные возможности для осуществления совместных межсекторальных действий, направленных на стимулирование достаточных по объему и стабильных инвестиций в здравоохранение и содействие укреплению систем здравоохранения и повышению их устойчивости к негативным внешним факторам наряду с усилением внимания к повышению уровня социальной справедливости. Особенно важно то, что правительства стран Европы заявили о своей приверженности осуществлению Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и достижению поставленных в ней семнадцати Целей в области устойчивого развития. Параллельно с этим происходит глобальный поворот в сторону достижения к 2030 году цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, и это является главным элементом в предлагаемых правительствам ценностно-ориентированных направлениях политики.

¹ В Таллиннской хартии системы здравоохранения определяются как совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений и ресурсов, предназначение которых – укреплять, поддерживать или восстанавливать здоровье людей.

5. Мы признаем, что для решения проблем здоровья XXI века необходимо ускорить принятие мер по укреплению ориентированных на нужды и интересы людей систем здравоохранения и придерживаться нескольких ясных стратегических направлений в контексте трех всеохватывающих тем этого технического совещания высокого уровня.

а) Инклюзивность. В этой теме главное внимание уделяется важности продвижения к всеобщему охвату услугами здравоохранения для того, чтобы сделать Европу регионом, где люди избавлены от разорительной платы за свое здоровье, а также указываются конкретные пути и средства расширения охвата, улучшения доступа к услугам и финансовой защиты для каждого человека. В связи с этим мы:

(i) отмечаем неравенства в финансовой защите внутри стран и между странами в Регионе и выражаем решимость поддерживать систематический мониторинг финансовой защиты и неудовлетворенных потребностей в качественных услугах здравоохранения на уровне стран и на региональном уровне;

(ii) согласны с необходимостью пересмотра и усиления стратегий в отношении обеспечения охвата в странах, что предполагает распространение на все население охвата всеми необходимыми и качественными услугами здравоохранения с оптимальным соотношением затрат и результатов, включая услуги по профилактике заболеваний и укреплению здоровья, с учетом возможностей системы здравоохранения в каждой стране; улучшение доступа к лекарственным препаратам, а также осторожную корректировку стратегий относительно официальных платежей за пользование услугами таким образом, чтобы защитить все домашние хозяйства от финансовых трудностей, исходя из признания того факта, что во многих странах Региона платежи из собственного кармана за лекарственные препараты для амбулаторного лечения являются одним из значительных источников финансовых трудностей;

(iii) подтверждаем, что причины ограниченности доступа к услугам сложны и зависят от широкого круга факторов, таких как объем предоставляемых услуг, модели предоставления услуг, системы направления к специалистам, предпочтения пациентов и схемы разделения расходов, и что большое значение для улучшения доступа к помощи и для уменьшения платежей из собственного кармана за медицинскую помощь имеет согласование стратегий.

б) Инвестиции. Эта тема переносит призыв Таллиннской хартии к "системам здравоохранения для здоровья и благосостояния" в современные условия, и в ее рамках предлагаются более конкретные варианты, которые могут использовать лица, формирующие политику, для аргументированного обоснования необходимости инвестиций в системы здравоохранения. В связи с этим мы будем:

(i) продолжать добиваться выделения и поддержания стабильности достаточных ресурсов за счет увеличения объемов государственных инвестиций, использовать результаты повышения рациональности в расходовании ресурсов и, чтобы никого не оставить без внимания, добиваться реального распределения (перераспределения) ресурсов, необходимых для удовлетворения потребностей в услугах здравоохранения, прежде всего в пользу наиболее бедных и регулярных пользователей услугами медицинской помощи, для которых экономический выигрыш наиболее очевиден;

(ii) активизировать усилия по объединению действий руководителей секторов здравоохранения и финансов вокруг общих целей, для чего необходимо принимать к сведению цели в сфере государственных финансов и в соответствии с этим демонстрировать экономическую и социальную отдачу на инвестиции в системы здравоохранения, и

(iii) более активно работать над тем, чтобы внедрять в практику рациональные с точки зрения затрат и результатов методы, услуги и вмешательства на доказательной основе в сфере общественного здравоохранения, и с этой целью улучшать сотрудничество с ключевыми заинтересованными сторонами в системе здравоохранения и в других секторах, включая неправительственные организации; совершенствовать стратегии в области кадровых ресурсов здравоохранения, что предполагает подготовку медицинских работников по более широкому спектру специальностей и расширение их профессиональных знаний и умений; внедрять финансовые механизмы, позволяющие увеличить долю ресурсов, выделяемых на общественное здравоохранение; адаптировать организацию услуг общественного здравоохранения с целью более полного удовлетворения потребностей населения в услугах здравоохранения при координации с услугами первичной медико-санитарной помощи.

с) Инновации. Исходя из признания того, что в системах здравоохранения необходимо принципиальное ускорение внедрения, практического использования и расширения масштабов применения инноваций для удовлетворения потребностей людей, необходимо пересмотреть механизмы стратегического руководства, обеспечивающие максимальное использование возможностей, открывающихся благодаря техническим и системным инновациям, на благо будущих поколений в Европе, также с учетом повышения устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям. В связи с этим мы будем:

(i) принимать меры к тому, чтобы системы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ были открыты для нового мышления и инноваций в политике и были способны адаптироваться к ним, в том числе стимулировать участие пациентов, местных сообществ, неправительственных организаций и медицинских работников; обеспечивать предоставление качественных услуг; улучшать уровень подготовки и профессионально-квалификационный состав кадровых ресурсов и модели предоставления услуг для удовлетворения потребностей людей, и

(ii) поддерживать программно-стратегические меры и способствовать укреплению прикладных исследований с тем, чтобы наши системы здравоохранения всегда были современными, имели новейшие информационные системы здравоохранения, полностью соответствовали своему предназначению и были способны максимально использовать возможности новых технологий таким образом, чтобы минимизировать существующие сегодня проявления несправедливости в отношении доступа к услугам и их качества.

6. Таким образом, мы выражаем решимость расширять масштабы работы над преобразованием систем здравоохранения и будем вкладывать силы и средства в создание механизмов и процессов управления теми глубокими изменениями, которые требуются от наших систем здравоохранения.

7. Исходя из вышеизложенного, мы сделаем все, чтобы системы здравоохранения занимали активную позицию в реагировании на проблемы, порождаемые новыми условиями. Учитывая вышеперечисленные направления деятельности, мы поддерживаем продолжение работы Группы прогностического анализа систем здравоохранения при Европейском региональном бюро ВОЗ, которая помогает государствам-членам и Секретариату в планировании и принятии решений на основе объективных соображений, касающихся возможных будущих тенденций и направлений развития систем здравоохранения, отражающих предпочтения общества.

8. Мы вновь подтверждаем ценностную основу европейских систем здравоохранения, сформулированную в Таллиннской хартии, будем продолжать воплощение в жизнь содержащихся в ней обязательств и помогать включению усилий на уровне Региона и отдельных стран по укреплению систем здравоохранения в глобальный контекст Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с присущим нашему Региону акцентом на социальную справедливость.

9. Мы, участники этого совещания высокого уровня призываем европейских лидеров, исходя из необходимости обеспечения инклюзивности, инвестиций и инноваций в условиях, когда здоровое население, получающее медицинскую помощь на справедливой основе, является краеугольным камнем выполнения обязательств перед государством и обществом, признать центральную роль, которая принадлежит крепким системам здравоохранения, ориентированным на первичный уровень медико-санитарной помощи и удовлетворение потребностей людей, и проводить соответствующую политику в этих направлениях.

Библиография

- Cylus J, Permanand G, Smith PC (2018). Making the economic case for investing in health systems: what is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives? In: Kluge H, Figueras J, editors. Health systems for prosperity and solidarity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/making-the-economic-case-for-investing-in-health-systems.-what-is-the-evidence-that-health-systems-advance-economic-and-fiscal-objectives>, accessed 7 October 2018).
- Dearing JW, Cox JG (2018). Diffusion of innovations theory, principles, and practice. *Health Aff (Millwood)*. 37(2):183–90.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2018). Leapfrogging health systems responses to noncommunicable diseases. *Eurohealth*. 24(1) (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/eurohealth/leapfrogging-health-systems-responses-to-noncommunicable-diseases>, accessed 23 November 2018).
- Gmeinder M, Morgan D, Mueller M (2017). How much do OECD countries spend on prevention? Paris: OECD Publishing (OECD Health Working Paper No. 101; <http://dx.doi.org/10.1787/f19e803c-en>, accessed 17 October 2018).
- Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, Peacock R (2004). How to spread good ideas: a systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). London: University College London.
- Greenhalgh T, Wherton J, Papoutis, Lynch J, Hughes G, A’Court C et al. (2017). Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread and sustainability of health and care technologies. *J Med Internet Res*. 19(11):e367.
- Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, Van Ginneken E (2018). Estonia: health system review. *Health Syst Transit*. 20(1):1–193.
- Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F, editors (2018). Системы здравоохранения в борьбе с НИЗ: время ставить перед собой смелые цели (2018 г.) (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-systems-respond-to-noncommunicable-diseases-time-for-ambition-2018>).
- McDaid D (2018). Using economic evidence to help make the case for investing in health promotion and disease prevention. In: Kluge H, Figueras J, editors. Health systems for prosperity and solidarity. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/using-economic-evidence-to-help-make-the-case-for-investing-in-health-promotion-and-disease-prevention>, accessed 11 October 2018).
- Nolte E (2018). How do we ensure that innovation in health service delivery and organisation is implemented, sustained and spread? In: Kluge H, Figueras J, editors. Health systems for prosperity and solidarity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-do-we-ensure-that-innovation-in-health-service-delivery-and-organization-is-implemented,-sustained-and-spread>, accessed 12 October 2018).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2018а). “Всеобщий охват услугами здравоохранения: обзор финансовой защиты в странах”, на англ. языке. В: WHO/Europe [вебсайт]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection/universal-health-coverage-financial-protection-country-reviews>, accessed 6 October 2018).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2018b). [видео “Просьба о выделении дополнительного финансирования”, на англ. языке]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (https://www.youtube.com/playlist?list=PLL4_zLP7J_mg9OZBuoAjuKmBFnHcSHtIN, по состоянию на 16 ноября 2018 г.).

ВОЗ (2017). Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ). В: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))), по состоянию на 16 ноября 2018 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2008). Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 16 ноября 2018 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, по состоянию на 16 ноября 2018 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2015a). 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 (EUR/RC65/R5; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc65r5-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>, по состоянию на 16 ноября 2018 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2015b). Реализация положений Таллиннской хартии: заключительный отчет. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/publications/2015/implementation-of-the-tallinn-charter-final-report>, по состоянию на 16 ноября 2018 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2018). Справочные документы: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/374618/tallinn-outcome-statement-rus.pdf?ua=1

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: eurocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int