



Европейская министерская конференция
933 по системам здравоохранения
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?

Rifat A. Atun, Sara Bennett и Antonio Duran



КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION

HEALTH POLICY

EUROPE

Данный обзор, подготовленный для Европейской министерской конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония) – один из первых обзоров новой серии, призванной удовлетворить потребности лиц, определяющих политику, и организаторов здравоохранения. Его главная задача заключается в изложении и развитии ключевых концепций в поддержку процесса формирования политики на основе фактических данных. Редакторы – в активном сотрудничестве с авторами – продолжают работу по усилению данной серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
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-овом режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

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 пока что еще может не быть полного согласия.

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 четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае 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.

Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Вопрос стратегической важности	1
Что означает противопоставление вертикальных и интегрированных программ?	3
Вертикальные программы: аргументы за и против	6
Обзор результатов исследований	10
Интеграция в трех программных направлениях: некоторые результаты	14
Уроки и стратегические выводы	18
Заключение	25
Библиография	27

Авторы

Rifat A. Atun, Centre for Health Management, Imperial College London, Соединенное Королевство

Sara Bennett, Альянс для содействия исследованиям в области политики и систем здравоохранения, Системы и службы здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения

Antonio Duran, Director, Técnicas de Salud, Севилья, Испания

Под редакцией
Европейского
регионального бюро
ВОЗ и Европейской
обсерватории по
системам и политике
здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Соредакторы
Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск
Kate Willows
Jonathan North

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за их комментарии о данной публикации.

ISSN 1998-4081

Основные положения

- Имеющиеся фактические данные об относительных преимуществах вертикальных моделей по сравнению с комплексным предоставлением услуг здравоохранения ограничены, их слабость не позволяет сделать ясных выводов о том, в каких случаях желательно осуществлять вертикальные программы.
- Те ограниченные данные, которыми мы располагаем, указывают на то, что интегрированные модели предоставления медицинских услуг дают лучшие по сравнению с вертикальными моделями исходы в некоторых областях, таких, как ВИЧ-инфекция, психическое здоровье и некоторые инфекционные заболевания. В нескольких странах в восточной части Европейского региона ВОЗ, например, оказывается, что вертикальные программы ослабили эффективность борьбы с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, злоупотреблением психоактивными веществами и с психическими заболеваниями.
- Несмотря на это, осуществление вертикальных программ может быть желательным в качестве временной меры в случае слабости системы здравоохранения (и первичного звена медико-санитарной помощи); когда требуется оперативно принять ответные меры; для того, чтобы добиться экономии средств за счет масштабов проводимых мероприятий; чтобы удовлетворить потребности труднодоступных целевых категорий населения; чтобы предоставлять некоторые услуги особой сложности, требующие высокой квалификации персонала. На практике в большинстве служб здравоохранения можно видеть сочетание вертикальных и интегрированных элементов, но с разным соотношением между ними.
- В тех случаях, когда могут быть желательными вертикальные программы, лица, вырабатывающие политику, могли бы рассматривать два возможных варианта стратегического решения: 1) вертикальные программы, ограниченные по времени и сопровождающиеся четкими планами действий по недопущению отрицательных побочных эффектов для всей системы здравоохранения и для остальных категорий населения, не являющихся объектом этих программ, и 2) программы, принимаемые без временных ограничений и предусматривающие как на стратегическом, так и на оперативном уровнях механизмы усиления связей между вертикальными и горизонтальными элементами системы здравоохранения.
- На степень интеграции неизбежно влияют политическая экономия в конкретных условиях и технические факторы, касающиеся системы здравоохранения. Поскольку интеграция вертикальных программ может

натолкнуться на сопротивление могущественных группировок, объединенных общими интересами, лица, вырабатывающие политику, должны иметь стратегии преодоления такого сопротивления.

- В тех случаях, когда существуют вертикальные системы управления, финансирования и предоставления услуг, осуществить интеграцию сложно, поэтому под изменения в предоставлении услуг должны быть подведены соответствующие изменения в законодательно-нормативной базе, направленные на увязывание системы управления, организации и финансирования вертикальных программ с основными системами здравоохранения.
-

Реферат

Термины "вертикальная" и "интегрированная" применительно к моделям предоставления услуг здравоохранения используются широко, но каждым из них описывается целый спектр явлений. На практике противопоставление обозначаемых ими объектов не является жестким, а степень вертикальности или интегрированности у разных программ разная: 1) программа может иметь вертикальную структуру финансирования, управления, предоставления услуг и контроля, 2) это может быть программа с интегрированной структурой финансирования, организации и управления, но с отдельной структурой предоставления услуг, и 3) система может быть полностью интегрированной и включать в себя комплексные службы первичной медико-санитарной помощи. В большинстве служб здравоохранения сочетаются вертикальные и интегрированные элементы, но соотношение между программами с точки зрения этих элементов различается в очень широких пределах. Поэтому, когда обсуждаются вертикальные и горизонтальные модели и схемы построения программ, нужно четко определиться, о каком программном элементе идет речь: 1) о схеме управления, 2) об организации, 3) о финансировании и 4) о предоставлении услуг.

Споры о сравнительной эффективности вертикальных моделей в противоположность более системным подходам ведутся еще с 60-х годов прошлого столетия, и с тех пор отмечалось несколько всплесков интереса, связанных с конкретными событиями или проблемами: после принятия в 1978 г. Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи;¹ в 80-е годы – в связи с успехом программы по ликвидации оспы, а затем после высказанного в докладе Всемирного банка 1993 г. *World development report: investing in health* ["Глобальный доклад о развитии: инвестирование в здравоохранение"] предложения о пакетах важнейших медико-санитарных услуг.² В последнее время споры разгорелись с новой силой в связи с ростом объемов целевого финансирования, направленного на борьбу с конкретными заболеваниями и предоставление конкретных услуг, из таких источников, как Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также ввиду особого акцента ВОЗ на укрепление систем здраво-

1 Алма-Атинская декларация. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1978 г. (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1, по состоянию на 1 мая 2008 г.).

2 *World development report 1993: investing in health*. Washington, DC, World Bank, 1993 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3970716142319, accessed 1 May 2008).

охранения и первичной медико-санитарной помощи. В основе аргументов в пользу вертикальных программ лежит главным образом мнение о том, что реальный способ добиться максимальной эффективности и скорейшей отдачи от использования имеющихся ресурсов – это их концентрация на нескольких узко направленных мерах вмешательства, а не ожидание того времени, когда в системе здравоохранения наступят перемены, чтобы стало экономически возможным предоставление более качественных услуг. В аргументации же против вертикальных программ утверждается, что в их основе лежат ценностные установки, что их шансы на сохранение устойчивости ограничены и что они оказывают негативное побочное воздействие на системы здравоохранения и на категории населения, не являющиеся их объектами.

Несмотря на то, что обширные дискуссии идут уже 50 лет, фактических данных об относительных преимуществах вертикальных моделей предоставления услуг в противоположность интегрированным немного. Большинство данных получено в странах с низким и средним уровнем доходов, и эти данные слишком слабы, чтобы можно было сделать совершенно четкие выводы о том, когда же желательно применять вертикальные модели. Тем не менее, те ограниченные фактические данные, которыми мы все же располагаем, показывают, что горизонтальные или интегрированные модели предоставления услуг здравоохранения улучшают, по сравнению с вертикальными, исходы в некоторых областях, в том числе в борьбе с ВИЧ-инфекцией, психическими заболеваниями и некоторыми инфекционными заболеваниями. В нескольких странах в восточной части Европейского региона ВОЗ, например, оказывается, что вертикальные программы ослабили эффективность борьбы с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, злоупотреблением психоактивными веществами и психическими заболеваниями. В других странах они привели к дублированию услуг, создали для служб здравоохранения и общества большие издержки упущенных возможностей и ослабили эффективность использования ресурсов. В то же время имеющиеся ограниченные данные свидетельствуют о том, что вертикальные программы могут оказывать позитивное побочное воздействие на системы здравоохранения тем, что ведут к укреплению систем эпиднадзора, повышают уровень контроля качества в лабораторных службах, способствуют выходу на лидирующие позиции и улучшают координацию деятельности доноров. Как таковые, они могут быть желательны в тех случаях, когда необходимо оперативно принять ответные меры, а в качестве временного решения – когда система здравоохранения (и первичная медико-санитарная помощь) слаба и когда нужно удовлетворить потребности труднодоступных целевых категорий населения.

В поисках путей наиболее эффективного применения вертикальных программ лица, вырабатывающие политику, могли бы рассматривать два

подхода: вертикальные программы, ограниченные по времени, и вертикальные программы, принимаемые без временных ограничений. После того, как достигнуто согласие в отношении продолжительности по времени, в рамках каждого подхода можно разработать несколько вариантов стратегии, имеющих более узкую направленность. При принятии вертикальных программ, ограниченных по времени, следует выработать четкие планы действий по недопущению отрицательных побочных эффектов для всей системы здравоохранения и для остальных категорий населения, не затрагиваемых этими программами, включая планы создания механизмов для интеграции в основные системы здравоохранения на более позднем этапе. В этих планах действий должно быть ясно показано и то, как можно использовать вертикальные программы для укрепления систем здравоохранения и особенно первичного звена медико-санитарной помощи. Тем не менее, во многих ситуациях интеграция может оказаться неосуществимой, и тогда вертикальные программы будут сохраняться бесконечно долго. При принятии программ без временных ограничений как на стратегическом, так и на оперативном уровнях должны быть предусмотрены механизмы усиления связей между вертикальными и горизонтальными элементами системы здравоохранения.

На структурном уровне к таким механизмам относятся: 1) единые схемы управления, обеспечивающие строгий контроль на стыке между вертикальными и горизонтальными программами; 2) системы, позволяющие осуществлять планирование, мониторинг и оценку совместно с основной системой здравоохранения, и 3) механизмы, позволяющие объединять и совместно распоряжаться финансовыми средствами. На оперативном уровне в число таких механизмов входят: 1) реализация вертикальных программ через структуры поставщиков услуг, которые используются для предоставления общих услуг здравоохранения; 2) создание ясных механизмов для поддержания постоянного диалога между руководителями вертикальных и горизонтальных программ и 3) совместная разработка и использование единых методических руководств по оказанию помощи для клиницистов.

На практике влиять на степень интеграции и определять вырабатываемое решение будут фактические данные, политическая экономия в данном контексте и технические факторы, связанные с системой здравоохранения и политическим весом принимающих решение руководителей высшего звена. Поскольку интегрированию вертикальных программ могут воспротивиться могущественные группировки, объединенные общими интересами, лица, вырабатывающие политику, должны иметь стратегии преодоления такого сопротивления. Когда существуют вертикальные системы управления, финансирования и предоставления услуг, осуществить интеграцию сложно, поэтому под изменения в предоставлении услуг должны быть

подведены соответствующие изменения в законодательно-нормативной базе, направленные на увязывание управления, организации и финансирования вертикальных программ с основными системами здравоохранения. Эти законодательно-нормативные изменения должны также заложить основу для такой схемы управления, которая способствует интеграции, дает возможность объединять ресурсы для финансирования различных программ и создает среду, благоприятную для интеграции на структурном и оперативном уровнях, в которой главный упор делается не на болезни, а на пользователей услугами.

Краткий аналитический обзор

Вопрос стратегической важности

Немного найдется еще таких вопросов, касающихся организации систем здравоохранения и предоставления услуг, которые привлекали бы к себе столько же внимания, сколько споры о том, что нужнее и лучше – вертикальные или интегрированные программы здравоохранения. С 60-х годов прошлого столетия основной акцент в литературе делается на сравнительную эффективность вертикальных подходов (узко сориентированных на одно заболевание или на одну услугу) в противоположность более системным подходам. За это время оба подхода были реализованы в широких масштабах как в странах с низким и средним уровнем доходов, так и в странах с высоким уровнем доходов. При вертикальных моделях (их также называют автономными, категориальными программами, программами ведения заболевания или борьбы с заболеванием) меры вмешательства осуществляются через системы предоставления услуг, у которых обычно имеются отдельные административные структуры и бюджеты и которые характеризуются разной степенью структурной, финансовой и оперативной интеграции с более широкой системой здравоохранения. При интегрированной модели (она также называется горизонтальными подходами или программами) у служб нет отдельных административных структур или бюджетов, и услуги обычно предоставляются через учреждения здравоохранения, предоставляющие стандартные или общие услуги здравоохранения.

Во многих странах вертикальные программы в нескольких случаях оказывались успешными – например, в искоренении оспы и снижении смертности и заболеваемости от болезней, которые можно предупреждать с помощью вакцин. Однако наряду с этими успехами ограниченность интеграции вертикальных программ со службами общего здравоохранения приводила к дублированию усилий в некоторых странах, к неэффективности в предоставлении помощи и к раздробленности системы здравоохранения (1), и она же считается коренной причиной неудачи попыток искоренить малярию (вставка 1).

Вообще призывов к интегрированной модели предоставления услуг раздается все больше, но интеграция услуг для разных людей имеет разный смысл. Кроме того, на практике чисто вертикальных программ мало. В большинстве служб здравоохранения присутствуют, хотя и в разной степени, как вертикальные, так и интегрированные элементы. Так зачем же понадобилось возвращаться к этому вопросу теперь? В последние годы значительный рост глобальных объемов финансирования, направляемых на борьбу с конкретными заболеваниями и на предоставление конкретных

Вставка 1. Иногда вертикальная модель оказывается успешной, иногда нет

Чаще всего в качестве примера успешной вертикальной программы, успех которой был достигнут без каких-либо отрицательных последствий для функционирования системы здравоохранения, приводят ликвидацию оспы (2).

Утверждают, что в программе ликвидации малярии не удалось достичь поставленной цели – глобального искоренения – потому, что активный эпиднадзор за случаями заболевания не был интегрирован со службами общего здравоохранения (3), и высказываются предложения интегрировать программы борьбы с малярией в службы первичной медико-санитарной помощи (4).

услуг, из таких источников, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Альянс ГАВИ (ранее известный как Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации), способствовал возрождению интереса к спорам по поводу сравнительных преимуществ и недостатков вертикальных и горизонтальных программ (5). Растет также признание того факта, что для того, чтобы вертикальные программы могли достигать своих целей, нужны сильные системы здравоохранения (6). Так, ВОЗ, признавая, что те сдерживающие факторы, на которые наталкиваются вертикальные программы, обусловлены не столько техническим содержанием, сколько недостатками систем здравоохранения (7), призвала к укреплению систем здравоохранения в качестве необходимой предпосылки для успешного расширения масштабов программ по борьбе с инфекционными заболеваниями (8).

Кроме того, одна из главных причин возрождения вертикальных программ заключается в том, что в странах с низким уровнем доходов службы общего здравоохранения часто оказывались не в состоянии осуществлять "первоочередные" меры вмешательства. А это заставляет многие многосторонние организации, двухсторонние международные учреждения, новые глобальные партнерства (такие, как Глобальный фонд) и благотворительные организации вкладывать средства в программы общественного здравоохранения с узкой ориентацией на борьбу с конкретными заболеваниями. Развитию и появлению многочисленных вертикальных программ также способствовало принятие Организацией Объединенных Наций "Целей в области развития", сформулированных в Декларации тысячелетия, в которых содержатся конкретные показатели, построенные вокруг восьми целей, связанных с определенными состояниями. Поэтому для того, чтобы понять, почему возобновился интерес к спорам вокруг преимуществ и недостатков вертикальных и горизонтальных программ, необходимо разобраться в политической экономии новой международной архитектуры здравоохранения и

в утверждениях некоторых финансирующих учреждений о том, что вертикальные модели заставляют предпринимать более эффективные и адресные инвестиции, не причиняя ущерба для систем здравоохранения.

Перед данным аналитическим обзором, таким образом, поставлены три цели, в соответствии с которыми и построено изложение:

- раскрыть, что означает противопоставление вертикальной и интегрированной программ;
- оценить имеющиеся фактические данные и выводы о том, когда именно в системах здравоохранения нужны вертикальные программы;
- показать, в каких обстоятельствах вертикальные программы нужны в системах здравоохранения, и отметить факторы, которые должны принимать во внимание лица, вырабатывающие политику, рассматривая вопрос о внедрении вертикальных программ.

Говоря об этих целях, необходимо отметить, что достоверных фактических данных о применимости вертикальных программ очень мало. Далее, центральным в этих спорах является вопрос не о том, может ли вертикальная программа действительно обеспечить предоставление услуг (на вопрос такого рода обычно дает ответ оценка), а о том, когда вертикальные программы нужны в системах здравоохранения. Поскольку получить по этим трудным и неоднозначным вопросам ясные и убедительные фактические данные весьма непросто, в обзоре использованы самые разнообразные материалы и поставлена цель получить предварительные выводы, которые могут оказаться полезными для лиц, вырабатывающих политику, когда они будут подступать к этой проблеме. В этом отношении данный обзор будет особенно интересен для руководителей высшего звена в странах с низким и средним уровнем доходов, где в системах здравоохранения имеется много "вертикальных" аспектов, и для представителей доноров из стран с более высоким уровнем доходов.

Также обзор посвящен прежде всего реализации программ здравоохранения на общегосударственном, территориальном или программном уровне, а не вмешательствам, выходящим за пределы сектора здравоохранения. Вертикальные глобальные инициативы помощи и глобальная архитектура помощи тоже очень важны и кратко упоминаются в обзоре, однако в целом не входят в круг затрагиваемой здесь проблематики.

Что означает противопоставление вертикальных и интегрированных программ?

Единого общепринятого понимания терминов "вертикальная" и "интегрированная" применительно к программам здравоохранения нет (вставка 2).

Вставка 2. Определения

Вертикальные программы (также называемые автономными, категориальными или самостоятельными программами или вертикальной моделью) относятся к тем случаям, когда "решение данной проблемы здравоохранения организуется посредством применения конкретных мер через специально предназначенный для этого аппарат управления" (1).

Интегрированные же программы (также называемые горизонтальными программами, интегрированными службами здравоохранения или горизонтальными моделями) направлены на "решение общих проблем здравоохранения на широком фронте и на долгосрочной основе посредством создания системы постоянных учреждений, обычно называемых "службами общего здравоохранения" (1), и предусматривают "различные изменения в структуре управления или оперативной работе систем здравоохранения с целью объединения ресурсов и работ по предоставлению услуг, управлению и организации функций определенной службы" (11), или описываются как "процесс, в котором мероприятия по борьбе с болезнью функционально объединены или плотно координируются с многофункциональной системой предоставления медико-санитарной помощи" (12).

Во многих странах несколько вертикальных программ группируются в блок для борьбы "с некоторым ограниченным кругом болезней ... отобранных в качестве объектов профилактики в четко определенной категории населения" (13) и осуществляются вместе целым блоком в системе первичной медико-санитарной помощи. К числу примеров относятся такие пакеты услуг, как стратегия ИВБДВ ("Интегрированное ведение болезней детского возраста") ВОЗ (14) или программы снижения вреда в борьбе с ВИЧ-инфекцией, когда услуги предоставляются по вертикальной схеме в службах общего здравоохранения или параллельно с ними. В других случаях это объединение идет еще дальше: наиболее эффективные с точки зрения соотношения затрат и результатов медицинские вмешательства объединяются и осуществляются по вертикальной схеме в виде целого блока. Такой подход также называют выборочной первичной медико-санитарной помощью (или минимальным пакетом мероприятий) (15).

Для целей данного обзора, однако, они определяются следующим образом. Вертикальные программы "называются так потому, что они либо целиком, либо в значительной мере управляются, контролируются и исполняются специализированной службой, в которой для этого используются специально выделенные работники здравоохранения" (9). А интегрированная программа представляет собой "процесс объединения общих функций внутри организаций и между организациями для решения общих проблем, развития приверженности общему видению задач и общим целям и использования общих технологий и ресурсов для достижения этих целей" (10).

На практике вертикальные программы принимают самые различные формы. Например, они могут определяться по характеру предоставляемой услуги

(как автономная программа по предоставлению услуг репродуктивного здоровья и профилактике и лечению инфекций, передаваемых половым путем, или программа психического здоровья), по характеру обслуживаемого контингента (например, программы, объектами которых являются работницы секс-индустрии, заключенные или потребители инъекционных наркотиков) или по обоим признакам (например, программы сексуального здоровья для работниц секс-индустрии).

Далее, между программами наблюдаются огромные различия по характеру и степени "вертикальности". Управление, финансирование и реализация программы могут быть организованы по автономной модели. Например, во многих странах Содружества Независимых Государств у туберкулезных больниц имеются специально выделенные бюджеты с ограниченной гибкостью, отдельные структуры управления и отдельные каналы предоставления услуг (16). Другие программы могут быть автономными лишь в некоторых аспектах, но не во всех. Например, во многих странах у службы иммунизации имеется отдельное управление в структуре министерства здравоохранения и отдельные каналы финансирования, поскольку они в большой степени зависят от средств, предоставляемых донорами. Однако предоставляются их услуги через ту же сеть поставщиков, что и большинство других услуг здравоохранения. В других случаях службы иммунизации могут и финансироваться из одного и того же бюджета, и предоставлять свои услуги через одни и те же медицинские учреждения, и иметь сходные структуры управления, но все-таки у них имеется элемент вертикальности, и их услуги предоставляются как специализированные, силами специализированных бригад в определенные сроки (например, клиническое мероприятие раз в неделю).

Интегрирование таких услуг может означать, что они станут более доступными и/или будут увязаны с другими услугами. Подобный тип интеграции услуг мог бы, например, предусматривать, что матерям будут предоставляться консультации по вопросам планирования семьи, когда они приносят детей на прививки, или несколько курсов лечения по поводу различных болезней детского возраста будут интегрированы в рамках одного протокола лечения, как в случае ИВБДВ. В данном случае интегрирование программ не означает объединения их финансирования или изменения учреждений, через которые предоставляются услуги. Вместо этого предполагается подробное изучение механизмов предоставления услуг в структуре того или иного медицинского учреждения (как используются протоколы лечения и сколько времени выделяется на предоставление услуг) и поиск путей их совершенствования.

В Европе есть интересные случаи частично горизонтальных и частично вертикальных схем, иногда с общим финансированием и разными меха-

низмами предоставления услуг. Например, во многих странах восточной части Европейского региона ВОЗ существуют санитарно-эпидемиологические службы, а в Нидерландах службы общественного здравоохранения действуют как вертикальная колонна с ограниченным участием служб первичной медико-санитарной помощи.

Степень вертикальности меняется в зависимости от программы. В работе Oliviera-Cruz et al. (17) высказывается мысль о том, что "противопоставление вертикальной и горизонтальной моделей [на практике] не такое жесткое, как это может показаться в теории." Вместо жесткого раздела на вертикальные и горизонтальные существует некий континуум в диапазоне от программы с вертикальной моделью управления и предоставления услуг (например, Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита) до Расширенной программы иммунизации и далее до ИВБДВ и до полностью интегрированной модели предоставления услуг (как, например, первичная медико-санитарная помощь) (17). Это мнение разделяют Cairncross et al. (18), которые утверждают, что Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита более вертикальна, чем Расширенная программа иммунизации, которая сама может входить в семейство вмешательств, построенных на первичной медико-санитарной помощи.

Поэтому, когда обсуждаются вертикальные и горизонтальные модели и схемы построения программ, нужно четко определиться, о каком программном элементе идет речь: 1) о схеме управления, 2) об организации, 3) о финансировании и 4) о предоставлении услуг.

Вертикальные программы: аргументы за и против

В данном разделе представлены широко используемые аргументы за и против вертикальных и горизонтальных программ, а затем в двух частях приводится обобщение фактических данных, полученных в результате исследований.

- Первая часть посвящена систематическим обзорам (тем обзорам, которые соответствуют кокрановским критериям включения и которые обычно охватывают рандомизированные контролируемые испытания, исследования временных рядов с прерыванием и контролируемые исследования до и после вмешательства) и более широким обзорам литературы, при проведении которых кокрановские критерии не соблюдались.
- Во второй части представлены результаты экспресс-обзора, проведенного специально для данной работы, с акцентом на 1) инфекционные заболевания; 2) психическое здоровье и 3) службы иммунизации (включая сравнительный анализ Расширенной программы иммунизации, интегрированной в первичное звено медико-санитарной помощи, и

вертикальных кампаний массовой иммунизации). Литература анализировалась с целью широкой оценки преимуществ и недостатков интегрированных программ и горизонтальных моделей в сравнении с вертикальными моделями.

Приведенные здесь результаты представляют широкий диапазон исследований, а не ограничивают наш краткий аналитический обзор одними лишь фактическими данными из систематических обзоров. Это было сделано по следующим причинам:

- Оценка воздействия мер, предпринимаемых для изменения вертикальной или горизонтальной ориентации программы здравоохранения, по строгой методике проводилась в относительно немногих исследованиях. И только в одном опубликованном систематическом обзоре, который был посвящен исключительно интегрированным программам в странах с низким и средним уровнем доходов и имел более узкую задачу, чем наше исследование, были синтезированы эти данные.
- Рандомизированные контролируемые испытания или систематические обзоры этих рандомизированных контролируемых испытаний, возможно, и являются "золотым стандартом" в оценке воздействия вмешательств, однако характер вмешательства (то, как организованы вертикальные и горизонтальные программы) чрезвычайно неоднороден, и это важно описать.
- Многие вопросы, которые возникают у лиц, вырабатывающих политику, касаются процесса и политической экономии реформ – т.е. проблем, в большой степени зависящих от конкретных условий и обычно недостаточно подробно анализируемых в систематических обзорах или исследованиях воздействия.

Поэтому в дополнение к строгим систематическим обзорам мы рассматриваем неконтролируемые исследования до и после вмешательства, натурные эксперименты, экономические оценки, качественные ситуационные исследования и другие значимые для данной проблемы исследования, в которых можно почерпнуть ценную информацию о преимуществах и недостатках вертикальных и горизонтальных программ.

Аргументы в пользу вертикальных программ

Выше степень специализации и концентрации услуг

В основе самого важного аргумента в пользу вертикальных программ лежит мнение о том, что реальный способ добиться максимальной эффективности и скорейшей отдачи от использования имеющихся ресурсов – это их концентрация на нескольких узко направленных мерах вмешательства. Ожидание того времени, когда в системе здравоохранения наступят перемены,

чтобы стало экономически возможным предоставление более качественных услуг (например, повышение уровня подготовки персонала и появление хорошо организованных систем снабжения) для некоторых было бы просто неприемлемо. С этой точки зрения всякий призыв к системным или многофакторным подходам вносил бы ненужные задержки в получении желаемых результатов.

Повышение внимания к заболеванию или услуге, имеющим высокую степень приоритетности

Такую же атмосферу энтузиазма и поддержки, которую создали Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и другие партнеры в деле всеобщей иммунизации детей в 80-е и 90-е годы прошлого столетия, удалось воспроизвести сравнительно недавно в отношении ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии (это привело к созданию Глобального фонда, а также к принятию ориентированных на конкретные заболевания инициатив, таких, как Инициатива "Остановить малярию") и в отношении таких выпавших из поля зрения болезней, как шистосомоз.

Улучшение подотчетности

Благодаря тому, что в вертикальных программах ясно указано, кто за какие действия отвечает и какой выделяется бюджет, создается более прозрачная среда для подотчетности. Более прозрачные схемы управления и более четкие цепочки подотчетности вполне устраивают двухсторонние и международные учреждения, которые в своей деятельности отчитываются перед общественностью.

Более скорые результаты в слабых системах здравоохранения

Вертикальные программы могут приводить к более скорым результатам, чем стратегии, направленные на укрепление расширенных систем в качестве платформы для предоставления услуг, особенно в слабых системах здравоохранения. Для того чтобы действенные меры вмешательства в области общественного здравоохранения были устойчивы в средне- и долгосрочной перспективе, они должны иметь под собой прочную базу в виде крепких систем здравоохранения и особенно еще более крепкого первичного звена медико-санитарной помощи, однако это не отрицает пользы ограниченных по времени программ с узкой направленностью действий, в которых удается избежать отрицательных побочных эффектов.

Больше шансов на успех в ослабленных государствах

В ослабленных государствах или в государствах, находящихся в состоянии конфликта, где системы здравоохранения уже развалились, вертикальные

программы могут быть единственным средством, обеспечивающим предоставление по крайней мере некоторых первоочередных услуг.

Аргументы против вертикальных программ

В их основе лежат ценностные установки

Вертикальные программы критикуют за то, что в их основе лежат ценностные установки (19), что им недостает эмпирического фундамента (20) и что в них чрезмерное внимание уделяется приросту эффективности (21). Многими вертикальными программами движут внешние факторы, и они построены по нисходящему принципу, что приводит к недостаточному вовлечению местного населения в их планирование или реализацию. Поэтому они могут искажать приоритеты, подрывать ощущение полноправного партнерства в этих программах на местном уровне и снижать быстроту реагирования местных служб здравоохранения на нужды пользователей услуг.

Негативные побочные воздействия

Многие критики утверждают, что вертикальные программы создают негативные побочные эффекты для тех категорий населения, которые не участвуют в этих программах и не являются их объектами. В частности, вертикальные программы критикуются за то, что они приводят к раздробленности расходов, создают препятствия для доступа, ведут к непроизводительным расходам и низкому уровню организованности, способствуют клиническому, социальному и культурному ятрогенезу (22), а также вытесняют профилактическую работу и закрывают доступ к службам общего профиля для большинства населения (23). Следует отметить, что подобные дискуссии ставят во главу угла негативные побочные эффекты для системы здравоохранения и для тех, кто в вертикальных программах не участвует, а не чистый эффект для системы здравоохранения и для всего населения в целом.

Снижение шансов на устойчивость

Утверждается, что в вертикальных программах непроизводительно расходуются ресурсы, так как эти программы способствуют дублированию действий и низкому уровню организованности. Они также создают чрезмерную нагрузку на персонал, например, из-за наличия многочисленных каналов отчетности. Создавая неоправданные различия в оплате труда и статусе (что ведет к неудовлетворенности работников) и потребляя дефицитные ресурсы, которые можно было бы использовать в других целях, они снижают действенность системы здравоохранения, одновременно уменьшая шансы на сохранение устойчивости после того, как прекратится поток дополнительных ресурсов от внешних доноров (24).

Группы, выступающие против реформирования системы здравоохранения

Вертикальные программы могут вести к возникновению определенных групп, заинтересованных в том, чтобы помешать проведению впоследствии реформ, которые будут направлены на интеграцию услуг и могут не соответствовать личным интересам партнеров по вертикальной программе.

Помеха для комплексных подходов

Вертикальные программы мешают развитию комплексных подходов, которые необходимы для преодоления социальной несправедливости и решения проблем, связанных с более широкими детерминантами здоровья (25), тем самым оказывая отрицательное влияние на процесс развития здравоохранения (26).

Реагирование на болезни, а не на нужды пользователей услуг

По своей природе вертикальные программы дают неплохой эффект в тех случаях, когда состояния, для борьбы с которыми они предназначены, имеют одну конкретную причину, но менее эффективны в реагировании на состояния с множественной этиологией или коморбидностью, как, например, сердечно-сосудистые заболевания, рак, туберкулез, ВИЧ-инфекция и инвалидность. Это серьезный недостаток, так как акцент на болезнь подрывает быстроту реагирования на нужды пользователей услуг и непрерывность помощи, поскольку люди, имеющие одновременно несколько болезней или факторов риска (например, человек, живущий с ВИЧ и являющийся потребителем инъекционных наркотиков, болеющий туберкулезом и работающий в секс-индустрии), не могут получить полного спектра услуг в одном месте или в одно время. Например, во многих странах в восточной части Европейского региона для того, чтобы получить действенное лечение и профилактические вмешательства, человеку может потребоваться приходить в туберкулезный диспансер, в учреждение, оказывающее помощь ВИЧ-инфицированным, в наркологический диспансер и в венерологический диспансер, и все это становится очень непростой задачей. Таким образом, в вертикальных программах невозможно достичь результатов, если не будут мобилизованы другие элементы системы здравоохранения, и это само по себе является весьма убедительной причиной для отказа от вертикальности. Стоит ли удивляться, что 13 стран с самой высокой в мире распространенностью туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя находятся в Европейском регионе ВОЗ (27).

Обзор результатов исследований

Мы выявили четыре опубликованных обзора, в которых изучались фактические данные о результативности горизонтальных и вертикальных программ.

Из них только один был систематическим обзором (11), а остальные обзоры, выполненные Mills (9), Unger et al. (12) и Oliviera-Cruz et al. (17), включали исследования, в которых применялись самые разнообразные методы.

В своем систематическом обзоре Briggs и Garner (11) выделили только пять опубликованных исследований приемлемого качества, которые удовлетворяли кокрановским критериям для включения и содержали оценку комплексной помощи. В этих исследованиях было сделано три вида сравнения: 1) интегрирование помощи посредством добавления новой услуги к уже существующей (матерям, приходящим в пункт прививок, активно предлагалось получать услуги по вопросам планирования семьи); 2) комплексные услуги в сравнении с единичными специальными услугами (предоставление работницам секс-индустрии доступа к услугам по поводу инфекций, передаваемых половым путем, в "обычной" (комплексной) клинике, в клинике с продленным временем приема клиентов или к услугам, предоставляемым "специальной" (вертикальной) бригадой, и предоставление услуг по планированию семьи в центре здоровья матери и ребенка или отдельно в другой клинике); 3) пакеты расширенных услуг по охране здоровья ребенка (ИВБДВ) в сравнении с общепринятой практикой педиатрической помощи. Авторы сделали вывод о том, что в странах с низким и средним уровнем доходов никакие очевидные фактические данные не указывают на то, что интегрирование вертикальных программ в первичное звено медико-санитарной помощи улучшило качество предоставления услуг или состояние здоровья людей.

Обзор, выполненный Mills в 1983 г. (9), был посвящен Африке, и в нем данные анализировались с экономической точки зрения. Хотя в этом обзоре и было указано на недостаток фактических данных и было сказано о необходимости дополнительных исследований для получения более достоверной информации об издержках и соотношении затрат и результатов, в нем был сделан вывод о том, что некоторые характеристики вертикальных программ (такие, как наличие поставленных целей, ясных планов, четко определенных методов работы, адресных мероприятий и специальных систем мониторинга и оценки) позволяют им достигать прироста эффективности. И наоборот, при интегрированных службах частая нехватка ресурсов (кадров здравоохранения, финансовых средств, оборудования и лекарственных препаратов), недостаточно подготовленный персонал и слабый контроль сдерживают уровень оперативности и действенности проводимых мероприятий.

В исследовании Oliviera-Cruz et al. (17) были изучены относительные достоинства вертикальных и горизонтальных моделей предоставления услуг и исследовано влияние вертикальных программ на системы здравоохранения. Авторы привели фактические данные и аргументы о том, что

горизонтальные программы способствуют более целостным подходам к здравоохранению – в этих программах в планировании услуг здравоохранения полнее учитываются местные условия – и в них поощряется предоставление целого спектра услуг в соответствии с национальной политикой и местными потребностями (28). В то же время подчеркивается и критика в адрес горизонтальных программ за то, что они подрывают оперативность и действенность вертикальных программ, предназначенных для скорейшего достижения результатов.

Преимущества вертикальных программ приписывают наличию ясно сформулированных целей и планов (9) на краткосрочную перспективу – как раз то, что нужно для узко направленных усилий в пределах заданного периода времени для борьбы с тем или иным состоянием (29). Судя по статьям, включенным в обзор Oliviera et al. (17), считается, что вертикальные программы особенно подходят в тех случаях, когда низок потенциал предоставления услуг и когда вмешательства сложны по своему содержанию и отличаются от задач, выполняемых в обычном рабочем порядке (18). Авторы указывают на критику в адрес вертикальных программ за то, что они создают параллельные структуры предоставления услуг, истощают кадровые ресурсы, отвлекая их от основных служб, не укрепляют систем здравоохранения (30), приводят к дублированию усилий и отвлекают внимание медицинских работников от обычных повседневных задач (31), не способствуют самостоятельности местных сообществ (32) и создают значительный риск слабой устойчивости после того, как прекратится финансирование от доноров (33). Авторы приводят обзор положительных и отрицательных последствий вертикальных программ на трех уровнях: местное сообщество и домашние хозяйства, предоставление услуг здравоохранения и политика и стратегическое управление в секторе здравоохранения (таблица 1). На основании изученных ими крайне ограниченных фактических данных авторы приходят к выводу о том, что "... в итоге вертикальные программы не ослабили, а укрепили системы здравоохранения".

Авторы отмечают озабоченность по поводу того, что интегрирование вертикальных программ в основные службы здравоохранения может уменьшить шансы на успех в достижении целей программ (37), но приводят и успешные примеры интеграции, когда достигались благоприятные последствия для показателей здоровья – например, интеграция программ по шистосомозу в службы первичной медико-санитарной помощи в Саудовской Аравии (38) и Бразилии (39), благодаря чему успешно проходила борьба с эпидемией, и реальная интеграция программы по туберкулезу в районную систему здравоохранения в Южной Африке (40).

В четвертом обзоре, выполненном Unger et al. (12), была поставлена цель дать ответ на вопрос о том, как должны реализовываться программы по

Таблица 1. Воздействие вертикальных программ на системы здравоохранения

Уровень	Положительное воздействие	Отрицательное воздействие
Местное сообщество и домашние хозяйства	<p>Программа, проводимая с целью искоренения дракункулеза (ришты), привела к мобилизации местных сообществ для помощи обездоленным слоям населения и к созданию системы эпиднадзора (34)</p> <p>Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита способствовала социальной мобилизации в странах со средним уровнем доходов в Латинской Америке (35) и в Индии (36), росту доверия к системам здравоохранения и повышению спроса на услуги</p>	<p>Высокий процент отсева добровольцев, ограниченное использование потенциала местных сообществ для решения других проблем здравоохранения и низкий уровень оперативности из-за использования работников, обслуживающих только одну местную общину (36)</p> <p>Ограниченное взаимодействие между Расширенной программой иммунизации и Глобальной инициативой по ликвидации полиомиелита в Бенине и Нигере из-за недостаточной социальной мобилизации (36)</p> <p>Противоречия между местным спросом и плановыми показателями иммунизации, а также высокие альтернативные издержки для местных сообществ и служб здравоохранения (36)</p>
Предоставление услуг здравоохранения	<p>В программе ликвидации оспы вместо создания параллельной структуры удалось использовать имеющиеся кадровые ресурсы (35)</p> <p>Географическое картирование и нумерация домашних хозяйств для регулярного посещения (из программы по ликвидации малярии), организация и предоставление действенных услуг по иммунизации, создание активных систем эпиднадзора, контроль качества внутри лабораторной службы (из программы по ликвидации тропической фрамбезии) (35)</p> <p>Раздача витамина А во время национальных дней иммунизации (37)</p>	<p>Нерациональное использование медицинских работников, которые совершают неоднократные посещения местных сообществ ради единственной цели (36)</p>
Политика и стратегическое управление в секторе здравоохранения	<p>Укрепились кадры управления, эпиднадзора и лабораторных служб, выросли роль и значение лидеров (35)</p> <p>Улучшилась координация деятельности доноров (36)</p>	<p>Нерациональное распределение ресурсов для обычно практикуемых услуг в рамках Расширенной программы иммунизации и других услуг здравоохранения (37)</p>

Источник: Oliviera-Cruz, Kurowski & Mills (17).

борьбе с заболеваниями, чтобы укрепить системы здравоохранения, и изучить вопрос о том, может ли интегрирование мероприятий по борьбе с заболеваниями поставить под угрозу оказание медико-санитарной помощи. Авторы разрабатывают систему категорий программ по борьбе с заболеваниями, выделяя 1) вертикальные программы вообще без какой-либо интеграции, 2) интегрированные программы, в которых есть оперативная и административная интеграция (со службами общего здравоохранения), и 3) программы смешанного типа, которые в оперативном отношении интегрированы, но в административном остаются вертикальными – они построены таким образом, чтобы избежать административных и бюрократических проблем, и им отдают предпочтение доноры. Авторы анализируют предыдущие исследования, в которых изучались отрицательные последствия интегрированных программ для работников первичного звена медико-санитарной помощи (41–43), и говорят, что в этих исследованиях рассматривались "программы смешанного типа", а не интегрированные программы с полной оперативной и административной интеграцией. Авторы, признавая, что некоторые вертикальные программы (как, например, программы, нацеленные на труднодоступные категории населения) вообще не должны интегрироваться, в отношении других программ высказывают рекомендацию о том, что для их интеграции должны быть соблюдены два условия: 1) программа должна интегрироваться со службами медико-санитарной помощи общей или семейной практики, и поэтому у системы должны быть готовые кадры для предоставления таких услуг, и 2) оперативная интеграция и административная интеграция должны иметь место одновременно. Они предлагают оптимальные методы проведения мероприятий по борьбе с заболеваниями, в соответствии с которыми 1) в целом эти мероприятия должны быть интегрированы в центрах здоровья, где предлагаются услуги, ориентированные на нужды пациентов (кроме некоторых особых, строго определенных ситуаций); 2) они должны быть интегрированы в некоммерческие государственные или негосударственные медицинские учреждения; 3) они должны быть заранее и тщательно спланированы, и в них должно быть предусмотрено, как будет происходить взаимодействие и интеграция с существующими службами; 4) они должны быть предназначены для укрепления систем здравоохранения и осуществляться в соответствии с этой задачей (12).

Интеграция в трех программных направлениях: некоторые результаты

Инфекционные заболевания

Несколько исследований конкретных ситуаций в Российской Федерации, в которых использовались разнообразные модели, продемонстрировали вред неизменного сохранения вертикальных программ борьбы с туберкулезом

(44) и злоупотреблением психоактивными веществами (45). Да и в более широком плане, если взять несколько стран Содружества Независимых Государств, сохранение вертикальных программ по борьбе с инфекционными заболеваниями, по всей видимости, привело к еще большей раздробленности систем здравоохранения, что особенно затрудняет координацию медико-санитарной помощи и не приносит взамен никаких выгод для борьбы с инфекционными заболеваниями (46). При таком отрицательном воздействии этих вертикальных программ в странах восточной части Европейского региона ВОЗ нет ничего удивительного в том, что теперь эти страны сталкиваются с самыми высокими в мире темпами роста эпидемий ВИЧ и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (47,48).

При эпидемиях инфекционных заболеваний, где проявляется одновременное действие многочисленных факторов, которые, взаимодействуя между собой, влияют на то, как развиваются эти эпидемии, важная роль принадлежит интегрированным программам. Именно всеобъемлющие и комплексные модели, при которых делается упор на целостный и многосекторный подход, скорее приведут к успеху, чем вертикальные программы (49,50). Согласно имеющимся фактическим данным, интегрированные программы благотворно сказались на борьбе с тропическими заболеваниями, выпавшими из поля зрения системы здравоохранения. Например, благодаря тому, что мероприятия по борьбе с шистосомозом были интегрированы в первичную медико-санитарную помощь, улучшились исходы вмешательства (39,51).

Аналогичные выгоды достигаются и тогда, когда в первичную медико-санитарную помощь интегрируются услуги по лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путем. Например, включение лечения инфекций, передаваемых половым путем, в систему первичной медико-санитарной помощи в Объединенной Республике Танзания привело к снижению частоты инфицирования ВИЧ на 40% и позволило осуществить экономически эффективное (52) вмешательство, чрезвычайно важное для демонстрации устойчивой связи между инфекциями, передаваемыми половым путем, и передачей ВИЧ (53). Интегрирование услуг по санитарному просвещению, диагностированию и лечению инфекций, передаваемых половым путем, в первичное звено медико-санитарной помощи (по сравнению со специализированными клиниками по лечению инфекций, передаваемых половым путем) также привело к значительному снижению распространенности инфекций, передаваемых половым путем, одновременно со снижением частоты инфицирования ВИЧ-1 среди пользователей первичной медико-санитарной помощи (54). В Соединенных Штатах Америки повышение информированности о разных способах передачи ВИЧ-инфекции половым путем среди подростков, которым предоставлялись услуги в

учреждении первичной медико-санитарной помощи, привело к большей вероятности использования презерватива во время полового сношения, в отличие от подростков в контрольной группе, среди которых презерватив использовался реже и была выше частота инфекций, передаваемых половым путем (55). Аналогичным образом комплексное консультирование по вопросу инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ, проводимое в учреждениях первичной медико-санитарной помощи среди групп населения с высоким уровнем доходов, по сравнению с первичной медико-санитарной помощью, предоставляемой в обычном порядке, привело к значительным различиям в субъективном восприятии риска в тех группах, которые пользовались интегрированными услугами, хотя в исходах различий не наблюдалось (56). Однако выгоды от интеграции проявляются отнюдь не везде и не всегда. В нескольких странах интеграция приводила к снижению эффективности по сравнению с вертикальными услугами по профилактике и лечению инфекций, передаваемых половым путем (57) и лечению передозировки (58). Несмотря на благоприятные свидетельства о преимуществах интеграции, во многих странах расширение масштабов интегрированных услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью, ВИЧ и СПИДу наталкивается на труднопреодолимые препятствия политического и финансового характера и на сопротивление внутри самих служб (59), а также сдерживается слабостью систем здравоохранения и нехваткой ресурсов (60).

Психическое здоровье

В странах с высоким уровнем доходов настоятельно рекомендуется интегрировать психиатрические службы в первичное звено медико-санитарной помощи, так как на долю психических заболеваний приходится 40% обращений в первичное звено, и поэтому проблемы физического здоровья и психического здоровья (которые часто сосуществуют) можно решать одновременно, если налажены долгосрочные наблюдение и поддержка (61).

Фактические данные, полученные в странах с высоким уровнем доходов, указывают на выгоды интеграции, которые проявляются в значительном росте коэффициента использования услуг, снижении обращений в отделения неотложной помощи и улучшении физического здоровья (62). Эти результаты относятся к нескольким различным психическим расстройствам. Например, интегрирование лечения депрессии в первичное звено медико-санитарной помощи улучшает исходы в острой фазе и в долгосрочном плане (63–68) и является экономически эффективным решением (69). Аналогичным образом, при панических расстройствах включение услуг в первичное звено медико-санитарной помощи по сравнению со стандартной первичной медико-санитарной помощью без интеграции позволяет увеличить количество дней без состояния тревоги, и при этом нет большой разницы в суммарных издержках (70). Интегрирование в первичное звено

медико-санитарной помощи услуг по ведению болезни Альцгеймера не показывает какого-либо значительного воздействия на степень тяжести депрессии, но снижает стресс у лица, осуществляющего уход, и уменьшает общее число посещений врача или медсестры (71).

В большинстве стран в восточной части Европейского региона ВОЗ психиатрические службы организованы по вертикальной модели, и при такой организации система здравоохранения создает препятствия на пути к предоставлению действенной помощи (72). Однако интегрирование психиатрических служб со службами общего здравоохранения и социальной помощи улучшает ведение пациентов с психическими расстройствами и снижает потребность в больничных койках для стационарного лечения (73).

В то же время не во всех исследованиях подтверждаются выгоды интеграции для психиатрической помощи. Например, в США усиление системы специализированных услуг по лечению депрессии привело к значительно большему снижению степени тяжести депрессии, чем комплексное лечение по интегрированной модели (74).

Расширенная программа иммунизации

ВОЗ приступила к осуществлению Расширенной программы иммунизации в 1974 г. Цель этой программы заключалась в снижении смертности и заболеваемости по тем болезням, которые можно предупредить с помощью вакцинации. До этого в странах с низким и средним уровнем доходов большинство программ иммунизации осуществлялись зарубежными донорами как вертикальные программы (например, Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита, массовые кампании иммунизации и импульсные кампании иммунизации против полиомиелита), и при этом прививки в первый год жизни от шести болезней, выделенных в качестве цели программ (дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, корь и туберкулез), во всем мире получали менее 5% детей (75). Хотя Расширенная программа иммунизации обладает многими признаками вертикальной программы, она менее вертикальна, чем Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита, массовые кампании иммунизации и импульсные кампании по иммунизации против полиомиелита (17, 18), а во многих странах ее и вовсе интегрировали в службы первичной медико-санитарной помощи. Благодаря подходу, принятому в Расширенной программе иммунизации, удается ежегодно охватывать контактами по поводу иммунизации 500 миллионов детей, вследствие чего сокращается заболеваемость болезнями, которые можно предупредить с помощью вакцин, и вот-вот будет ликвидирован полиомиелит (76). Также достигнуто значительное снижение числа извещений и смертных случаев, связанных с болезнями, охватываемыми Расширенной программой: об этом сообщают Амери-

канский регион ВОЗ (77), Абу-Даби (78), Индонезия (79), Бывшая Югославская Республика Македония (80), Нигерия (81,82) и Сьерра Леоне (83).

В исследованиях, в которых анализировалась Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита с целью оценки ее воздействия на системы здравоохранения в более широком смысле, были выявлены такие положительные результаты, как укрепление кадрового потенциала посредством обучения сотрудников, инвестиции в инфраструктуру и капиталоемкое оборудование, улучшение отношений с обществом, повышение доверия населения к службам здравоохранения, социальная мобилизация и межсекторальное сотрудничество (1,84–89).

Уроки и стратегические выводы

Исследований, в которых сравниваются горизонтальные и вертикальные модели, на удивление мало. Поэтому так ограничена доказательная база, которая могла бы ясно продемонстрировать преимущества одной модели над другой, и эта ограниченность усугубляется тем, что в определениях вертикальной и горизонтальной программ используются совершенно разные термины. При такой ограниченности доказательной базы делать обобщение о том, что одна модель явно лучше другой, было бы опрометчиво. Вместо этого при решении вопроса о том, какая модель наиболее всего подходит для данных условий, нужно принять прагматичный подход. В настоящем разделе рассматриваются важнейшие соображения, учитываемые при оценке пригодности той или иной модели или при переходе от вертикальной модели к горизонтальной.

Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные программы?

Хотя в целом интегрированные услуги предпочтительнее, в некоторых особых обстоятельствах могут оказаться целесообразными вертикальные программы. Многие из этих обстоятельств были названы ранее, а ниже они рассматриваются в свете тех ограниченных фактических данных, которые имеются на сегодняшний день.

Производство услуг

Согласно теории управления и современной практике медико-санитарной помощи, в случае некоторых услуг, которым свойственна низкая степень изменчивости в содержании пакета услуг или в характеристиках пользователей, концентрация предоставления услуг в специализированных подразделениях должна дать возможность достичь более высокой эффективности обучения и квалификации персонала. Примерами таких услуг в странах как с низким и средним, так и с высоким уровнем доходов являются

плановые хирургические вмешательства, выполняемые поточным способом, такие, как операции по поводу катаракты и грыжи. В других случаях может быть достигнута экономия за счет масштабов производства, например, психиатрических услуг и услуг по реабилитации после инсульта.

Поскольку функции затрат и производства в каждой стране разные, для того, чтобы сделать окончательные выводы о наиболее подходящей форме предоставления услуг, нужны фактические данные, полученные на местном уровне. Кроме того, экономия, обусловленная масштабами производства, может быть получена только после того, как будет достигнут определенный уровень производства. А этот уровень всегда варьирует в зависимости от структуры спроса, пропускной способности, контингента больных и особенностей аспекта предложения, которыми характеризуется данное подразделение по производству услуг. Кроме того, опыт многих стран с высоким уровнем доходов показывает, что некоторые специальности или вмешательства можно сконцентрировать в рамках интегрированных организационных структур, не прибегая к вертикальным программам. Поэтому опыт, полученный в одних условиях, не всегда так просто перенести в другие условия.

Быстрое реагирование

В некоторых случаях для того, чтобы преодолевать чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, такие, как периоды сильной жары, наводнения, менингит в условиях скопления людей или птичий грипп, может быть желательным обеспечить способность быстрого реагирования. В практическом плане для этого может потребоваться модель с элементами вертикальной организации, при которой мобилизуются специально выделенные ресурсы основной системы здравоохранения и других служб экстренной помощи. В таких случаях вертикально ориентированная организация ответных мер должна существовать до тех пор, пока сохраняется чрезвычайная ситуация, но при этом необходимо иметь четкие планы интегрирования служб обратно в основную систему здравоохранения.

Услуги, которые не могут быть предоставлены системами здравоохранения

Вертикальные модели могут быть более целесообразны и в тех случаях, когда срочно необходима какая-то услуга, но системы просто слишком слабы, а используемые в обычном порядке ресурсы слишком ограничены, чтобы можно было предоставить эту услугу по обычным каналам. Однако если позволить таким вертикальным моделям распространиться, они могут привести к пестрой мешанине несогласованных услуг. Для того чтобы не допустить такого положения, нужны одновременные и согласованные действия по укреплению системы здравоохранения.

Факторы спроса

В некоторых программах целевые группы клиентов могут не всегда быть легко доступными для поставщиков услуг здравоохранения. Это может объясняться несколькими причинами: эти люди не привыкли часто пользоваться услугами общего здравоохранения; они сталкиваются с препятствиями, которые мешают их доступу и которые обусловлены социально-культурными факторами (такими, как стигма), приводящими к реакции избегания, или географическими факторами (в труднодоступных районах с ограниченными средствами транспорта); люди боятся быть привлеченными к суду (например, среди потребителей инъекционных наркотиков или работниц секс-индустрии) или не в состоянии платить за услуги (так бывает среди многих бедных людей в странах с низким и средним уровнем доходов). Для того, чтобы быстро охватить услугами эти категории людей, более подходящим вариантом может оказаться принятие адресных мер вмешательства (на постоянной основе или в виде периодически проводимых кампаний).

Знания и навыки медицинских работников

На организацию услуг здравоохранения оказывают влияние такие факторы, как наличие кадровых ресурсов, их компетентность и то, как они работают. Если ресурсы ограничены, оказание комплексных и интегрированных услуг здравоохранения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи или в районных больницах (например, услуг по поводу психического заболевания) может быть неосуществимо, даже если фактические данные указывают на явные выгоды таких моделей. Кроме того, медицинским работникам, которые поработали в условиях специализированных учреждений, обычно бывает трудно возвращаться в среду, отличающуюся большей степенью интеграции, и это создает целые группы, настроенные резко против интеграции.

Осуществление преобразований в вертикальных и горизонтальных программах

Когда лица, вырабатывающие политику, определяют, следует ли переходить к более интегрированным моделям и как это делать, помочь им в принятии решения могли бы ответы на шесть ключевых вопросов (первые три из них взяты из работы Criel et al. (90)).

- Является ли интеграция желательной (появится ли благодаря ей новое качество)?
- Является ли интеграция возможной (например, при данной квалификации кадров и при данной инфраструктуре)?
- Является ли интеграция своевременным и подходящим решением (для укрепления системы здравоохранения)?

- Существует ли четкий план относительно того, как будут организованы интегрированные услуги?
- Существует ли четко определенный процесс для осуществления интеграции, в котором описаны этапы и их последовательность? Какие будут приниматься меры по преодолению политической оппозиции?
- Предусмотрены ли процессы мониторинга и оценки, которые предупредят лиц, принимающих решения, о возникновении проблем?

Любые ответы на эти вопросы всегда зависят от конкретных обстоятельств. В частности, на то, в какой степени возможно достижение интеграции, будут влиять политическая экономия и технические факторы, связанные с организацией и финансированием системы здравоохранения, и поэтому их необходимо тщательным образом учитывать. Рассмотрим их по очереди.

Политическая экономия

Хотя и имеются убедительные доводы, доказывающие целесообразность вертикальных программ в определенных конкретных условиях, некоторые наиболее трудные вопросы, которые возникают перед лицами, вырабатывающими политику, в связи с вертикальными программами, касаются политической экономии.

В одних обстоятельствах возможность изменить организационные структуры и механизмы предоставления услуг в сторону принятия более интегрированных моделей возникает при каком-либо внешнем потрясении (гражданская война, экономический кризис, смена политической ориентации и новые законы) или при желании решительно порвать с прошлым. В других обстоятельствах против этого выступают различные группы, имеющие особые интересы. Например, политическая экономия в спорах по поводу противопоставления вертикальной и горизонтальной моделей в Европейском регионе ВОЗ – и особенно в восточной части Региона, где устойчиво сохраняются вертикальные программы – всегда была сложна и формировалась под влиянием отношений между странами-донорами и странами-получателями (причем доноры выступают за вертикальность). Еще одна сложность – это наследие вертикальных программ. Во многих этих странах могущественные круги, преследующие собственные цели, создают огромные трудности в осуществлении сколько-нибудь содержательных реформ в организации, финансировании и предоставлении услуг системы здравоохранения. Особенно это относится к туберкулезу, ВИЧ и потреблению инъекционных наркотиков (91). В этих областях здравоохранения наблюдается сильное сопротивление горизонтальным программам, которые считаются "чужими", "наивными, идеалистичными и неосуществимыми" (92,93). Здесь всякие изменения в предоставлении услуг должны будут

сопровождаться изменениями в схемах управления системой здравоохранения, ее организации и финансирования, которые должны идти одновременно с реформированием нормативно-законодательной базы, а это создает препятствия на пути к переменам.

Факторы, относящиеся к системам здравоохранения

По мере того, как постепенно, шаг за шагом создаются схемы финансирования и организации системы здравоохранения, они оказывают существенное влияние на то, в какой степени эта система способствует развитию интегрированной системы предоставления услуг.

Во многих системах здравоохранения программы по осуществлению вмешательств в области общественного здравоохранения, инфекционных болезней и психического здоровья традиционно организуются в виде вертикальных служб, имеющих параллельные организационные структуры, подчиняющиеся непосредственно министерству здравоохранения, а потоки финансирования таких служб часто имеют строго целевое назначение, без какой-либо возможности гибкого перераспределения средств между программами. В Европе это прежде всего наблюдается в странах восточной части Региона, где существуют параллельные программы по "социально значимым заболеваниям" – туберкулезу, ВИЧ, злоупотреблению психоактивными веществами, заболеваниям, передаваемым половым путем, диабету и по психическому здоровью. В этих странах, даже когда медицинские работники или местные руководители выражают готовность добиваться оперативной интеграции с основными системами предоставления услуг здравоохранения и заявляют о том, что они ставят перед собой такую цель, этому препятствуют организационные структуры и механизмы финансирования (94). То же самое касается и некоторых стран Латинской Америки, в которых в центр всей организации услуг поставлены заболевания или возрастные группы (95).

Для стран с низким и средним уровнем доходов самым главным фактором, определяющим, в какой степени службы организуются по вертикальной модели, может быть зависимость от внешнего финансирования систем здравоохранения. Финансирование, поступающее из внешних источников – от многосторонних и двухсторонних донорских учреждений и все в большей мере от благотворительных организаций – часто предоставляется для борьбы с конкретными заболеваниями или для предоставления конкретных услуг. Примерами могут служить Глобальный фонд, предоставляющий средства для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, поддержка ИВБДВ со стороны ЮНИСЕФ, поддержка услуг по иммунизации со стороны альянса ГАВИ, и поддержка репродуктивного здоровья со стороны Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА). Хотя эти учреждения делают упор также и на развитие систем здравоохранения, структуры управления и

отчетности в финансируемых ими программах по конкретным заболеваниям и услугам могут способствовать вертикализации и препятствовать интеграции в основную систему здравоохранения и/или в первичное звено медико-санитарной помощи. Даже в тех странах, где финансирование из внешних источников было объединено путем использования моделей, распространяющихся на весь сектор, и "бюджетной поддержки", параллельные вертикальные структуры финансирования и отчетности все равно преобладают. И хотя эти ограничивающие факторы вне всякого сомнения затрудняют интеграцию услуг, лицам, вырабатывающим политику, приходится договариваться с финансирующими учреждениями, которые выступают в поддержку вертикально ориентированных программ, и добиваться минимизации любых негативных побочных эффектов.

Стратегические аспекты в реализации вертикальных программ

Разным конкретным условиям соответствуют разные соображения технического и политэкономического характера, и точно так же от конкретных условий зависит способ интегрирования вертикальных программ в основные службы здравоохранения. Это в свою очередь влияет на имеющийся выбор стратегических вариантов.

Первый стратегический аспект, по которому необходимо принять решение, касается продолжительности программы: будет ли вертикальная программа ограничена по времени или же будет осуществляться в течение неопределенного времени. После того, как принято решение по этому аспекту, в каждом случае имеется несколько стратегических вариантов.

Программы, ограниченные по времени

В идеале вертикальные программы должны ограничиваться по времени и предусматривать четко сформулированные планы действий по недопущению отрицательных побочных эффектов для системы здравоохранения и облегчению в дальнейшем интеграции в основные службы здравоохранения. В этих планах действий должно быть также указано, каким образом можно использовать вертикальные программы для укрепления систем здравоохранения, особенно конкретных видов первичной медико-санитарной помощи.

При этом варианте главное внимание при принятии решений по стратегическим аспектам должно быть сосредоточено на создании механизмов, позволяющих смягчить риск отрицательных побочных эффектов для системы здравоохранения и особенно не допускать того, чтобы вертикальные программы:

- отвлекали кадровые ресурсы из основных служб здравоохранения;
- отвлекали дефицитное время управленческого и клинического персонала на руководство программой;

- создавали перегрузку для систем управления цепью закупок и снабжения;
- дробили системы мониторинга и оценки систем здравоохранения, создавая дублирующие структуры;
- создавали инфляцию заработной платы и структуры дифференцированной оплаты и стимулирования труда, отрицательно влияющие на мотивацию работников в основной системе здравоохранения;
- снижали объемы регулярного финансирования и уменьшали шансы на сохранение устойчивости после того, как программа будет завершена;
- подрывали доверие между поставщиками и потребителями услуг и подавляли инициативы местных сообществ, навязывая им решения, задуманные кем-то посторонним и спускаемые сверху.

Неопределенный срок действия программы

Есть немало ситуаций, когда вследствие непрочности государства, ограниченности потенциала системы здравоохранения и слабости первичного звена медико-санитарной помощи интеграция может быть неосуществимой, и тогда вертикальные программы будут сохраняться в течение неопределенного времени. В таких случаях связи между вертикальными программами и основной системой здравоохранения на стратегическом и оперативном уровнях можно укреплять несколькими способами.

На стратегическом уровне связь можно укрепить с помощью общих структур управления, обеспечивающих сильное стратегическое руководство на стыке между вертикальными и горизонтальными программами. Этого также можно добиться за счет создания механизмов, позволяющих осуществлять планирование, закупки, мониторинг и оценку совместно с основной системой здравоохранения, или же посредством таких механизмов, как общие для всего сектора модели, позволяющие объединять финансовые средства и совместно распоряжаться ими.

Улучшение связи на оперативном уровне может быть достигнуто путем создания такого порядка, при котором вертикальные программы осуществлялись бы не через отдельные структуры предоставления услуг, а через основные подразделения-поставщики (чтобы дать возможность пользователям услуг при необходимости одновременно иметь доступ к общим службам). Также для улучшения связи можно создать ясные механизмы регулярного диалога между руководителями вертикальных и горизонтальных программ или совместно разрабатывать общие руководства по оказанию помощи, в которых подчеркивается ориентированность на интересы пользователя и предусматривается возможность своевременно

переводить клиентов из вертикальных программ в службы общего здравоохранения и обратно.

Заключение

Те ограниченные фактические данные, которыми мы располагаем, показывают, что в разных условиях могут быть полезны как вертикальные, так и горизонтальные программы. Хотя в нескольких странах вертикальные программы затрудняли принятие действенных мер против эпидемий малярии, туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а в других странах горизонтальные программы давали очевидные преимущества в борьбе с несколькими заболеваниями (такими, как болезни, которые можно предупреждать с помощью вакцин, ВИЧ, психические расстройства и шистосомоз), ограниченность данных не позволяет со всей ответственностью делать обобщения о том, что одна модель лучше другой.

Слабые и сильные стороны имеются у обеих моделей, в зависимости от того состояния (или состояний), которое является объектом программы, и от конкретных условий. При решении вопроса о том, какая модель может быть лучше, необходимо принимать во внимание состояние, на профилактику и лечение которого нацелена программа, целевой контингент населения, возможности системы здравоохранения, своеобразия производства услуг и факторы контекста, а также срочность обеспечения доступности услуг. Преимущества вертикальных программ заключаются в том, что они позволяют сконцентрировать усилия на потребностях населения в услугах по профилактике и лечению определенного заболевания, использовать специалистов (т.е. сотрудников, которые в основном ведут только одно состояние), иметь специально выделенные ресурсы и работать в режиме проекта с четко определенными целями, которые должны быть достигнуты в заданные (и часто короткие) сроки. Поэтому высказывается мысль о том, что они, как правило, более оперативны и экономичны в достижении целей, чем горизонтальные модели. В противоположность им, в горизонтальных моделях во главу угла ставится отдельный человек и используются медицинские работники общего профиля, которые занимаются многими симптомами и состояниями. Горизонтальные модели позволяют откликаться на потребности пользователей и на существующий спрос, они более целостны по охватываемой сфере и часто предполагают наличие межсекторальных и внутрисекторальных связей. Однако, к сожалению, преимущества каждой модели с наибольшей вероятностью можно реализовать лишь в том случае, если будут преодолены изначально присущие ей недостатки и если она полностью согласуется с существующими условиями и с системой здравоохранения.

Кроме того, нет причин, по которым вертикальная и горизонтальная модели не могли бы сосуществовать. Вертикальная программа может использоваться в качестве временной стратегии для оперативного решения стоящей проблемы, но при этом должна в явной форме предусматривать меры по укреплению системы здравоохранения и по достижению в конечном счете интеграции, если и когда это будет осуществимо. При таком подходе можно было бы гарантировать, что в краткосрочной перспективе цели программы и ее оперативность не будут поставлены под угрозу, когда будут постепенно расширяться масштабы работы через укрепившуюся систему здравоохранения, потенциал которой вырастет и позволит ей заниматься удовлетворением и других потребностей.

В краткосрочном плане ограниченность базы фактических данных, большое разнообразие условий и различия в кадровом потенциале систем здравоохранения требуют проявлять прагматизм, а не следовать подходам, построенным на ценностных установках или догмах. Однако, как показано в настоящем аналитическом обзоре, к этому необходимо также иметь солидную базу фактических данных, которая может наполнять конкретным содержанием решения, призванные обеспечить правильность направлений политики для оперативного и эффективного преодоления постоянно умножающихся трудностей в области здравоохранения.

Библиография

1. Msuya J. *Horizontal and vertical delivery of health services: what are the tradeoffs?* Washington, DC, World Bank, 2005.
2. Gounder C. The progress of the Polio Eradication Initiative: what prospects for eradicating measles? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:212–233.
3. Bradley DJ. The particular and the general. Issues of specificity and verticality in the history of malaria control. *Parassitologia*, 1998, 40:5–10.
4. Gish O. Malaria eradication and the selective approach to health care: some lessons from Ethiopia. *International Journal of Health Services*, 1992, 22:179–192.
5. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
6. *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, accessed 1 May 2008).
7. Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001. *Lancet*, 2002, 359:775–780.
8. Jong-wook L. Global health improvement and WHO: shaping the future. *Lancet*, 2003, 362: 2083–2088.
9. Mills A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine*, 1983, 17:1971–1981.
10. *Integration of health care delivery. Report of a WHO study group*. Geneva, World Health Organization, 1996 (Technical Report Series, No. 861; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_861.pdf, accessed 1 May 2008).
11. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD003318.
12. Unger J-P, Paepe P, Green A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18:527–539.
13. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health-care – Interim strategy for disease control in developing-countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
14. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet*, 1999, 354(Suppl. II):16–20.
15. *Better health in Africa: experience and lessons learned*. Washington, DC, World Bank, 1994.
16. Coker RJ et al. Tuberculosis control in Samara Oblast, Russia: institutional and regulatory environment. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:920–932.
17. Oliviera-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of health interventions: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, 2003, 15:67–86.

18. Cairncross S, Peries H, Cutts F. Vertical health programmes. *Lancet*, 1997, 349(Suppl. III):20–22.
19. Eddy DM. What care is essential? What services are basic? *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:786–788.
20. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine*, 1986, 22:1001–1013.
21. Berman PA. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1054–1094.
22. McKeown T. *The role of medicine: dream mirage or nemesis?* Oxford, Blackwell, 1979.
23. Bryant JH. *Health and the developing world*. Ithaca, NY, Cornell University Press, 1969.
24. Brown TM, Cueto M, Fee E. *The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health*. Cape Town, Global Health Trust, 2004 (<http://www.ghwatch.org/2005report/ghw.pdf>, accessed 1 May 2008).
25. Gish O. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1049–1053.
26. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:199–215.
27. *Plan to stop TB in 18 high-priority countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91049.pdf>, accessed 1 May 2008).
28. Segall M, Vienonen M. Haikko Declaration on actions for primary health care. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:258–265.
29. Nicoll A. Integrated management of childhood illness in resource-poor countries: an initiative from the World Health Organization. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2000, 94:9–11.
30. Conn CP, Jenkins P, Touray SO. Strengthening health management: experience of district teams in The Gambia. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:64–71.
31. Smith DL, Bryant JH. Building the infrastructure for primary health care: an overview of vertical and integrated approaches. *Social Science and Medicine*, 1988, 26:909–917.
32. Banerji D. Political context of the work of international agencies – a fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF, and the World Bank: instances of the practice of “intellectual fascism” and totalitarianism in some Asian countries. *International Journal of Health Services*, 1999, 29:227–259.
33. Stefanini A, Ruck N. Managing externally-assisted health projects for sustainability in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 1992, 7:199–210.
34. Cochi SL et al. Group report: what are the societal and political criteria for disease eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds. *The eradication of infectious diseases. Report of the Dahlem Workshop on the Eradication of Infectious Diseases, Berlin, March 16–22*. Chichester, John Wiley & Sons, 1998:157–176.

35. Taylor CE, Cutts F, Taylor ME. Ethical dilemmas in current planning for polio eradication. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:922–925.
36. Loevinsohn B et al. Impact of targeted programmes on health systems: a case study of the polio eradication initiative. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:19–23.
37. Weil DEC. Advancing tuberculosis control within reforming health systems. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 4:597–605.
38. Ageel ARM, Amin MA. Integration of schistosomiasis control activities into the primary health care system in the Gizan region, Saudi Arabia. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 1997, 91:907–915.
39. Coura Filho P et al. A municipal level approach to the management of schistosomiasis control in Peri-Peri, MG, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical São Paulo*, 1992, 34:543–548.
40. Wilkinson D. Tuberculosis and health sector reform: experience of integrating tuberculosis services into the district health system in rural South Africa. *International Journal of Lung Diseases*, 1999, 3:938–943.
41. Bachmann MO, Makan B. Salary inequality and primary care integration in South Africa. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:723–729.
42. Lush L et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.
43. Unger J et al. A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries. *International Journal of Health Services*, 2002, 32:799–815.
44. Atun RA et al. Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:217–223.
45. Atun RA et al. Analysis of how health system context influences HIV control: case studies from the Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:730–738.
46. Atun RA et al. Health systems' responses to 25 years of HIV in Europe and central Asia: inequities persist and challenges remain. *Health Policy*, 2008, 85:162–171.
47. Mounier S et al. HIV/AIDS in central Asia. In: Twigg JL, ed. *HIV/AIDS in Russia and Eurasia*. Vol. II. New York, Palgrave MacMillan, 2007.
48. Drobniowski F, Atun RA, Coker R. Bear trap: the colliding epidemics of multi-drug resistant tuberculosis and HIV in Russia. *International Journal of STD and AIDS*, 2004, 15:641–646.
49. Atun RA et al. Impact of an effective multidrug resistant tuberculosis control programmes in the setting of an immature HIV epidemic: system dynamics simulation model. *International Journal of STD and AIDS*, 2005, 16:560–570.
50. Atun RA et al. Impact of joined-up HIV harm reduction and multidrug resistant tuberculosis control programmes in Estonia: system dynamics simulation model. *Health Policy*, 2007, 81:207–217.
51. Gunderson SG et al. Control of *Schistosoma mansoni* in the Blue Nile Valley of western Ethiopia by mass chemotherapy and focal snail control: a primary health care experience. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990, 84:819–825.

52. Gilson L et al. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997, 350:1805–1809.
53. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet*, 1998, 351(Suppl. 3):5–7.
54. Mayaud P et al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial. *AIDS*, 1997, 11:1873–1880.
55. Boekeloo BO et al. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics*, 1999, 103:107–115.
56. Proude EM, D'Este C, Ward JE. Randomized trial in family practice of a brief intervention to reduce STI risk in young adults. *Family Practice*, 2004, 21:537–544.
57. Lush L et al. Defining integrated reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.
58. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S1–S11.
59. Druce N et al. *Strengthening linkages for sexual and reproductive health, HIV and AIDS: progress, barriers, and opportunities for scaling up*. London, Department for International Development Health Resource Centre, 2006 (www.dfidhealthrc.org/publications/HIV_SRH_strengthening_responses_06.pdf, accessed 1 May 2008).
60. Lush L. Service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:71–75.
61. Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, 23:277–291.
62. Druss BG et al. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:861–868.
63. Badamgarav E et al. Effectiveness of disease management programs in depression. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160:2080–2090.
64. Sherbourne CD et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:696–703.
65. Unützer J et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:935–942.
66. Williams JW et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:1519–1526.
67. Fleming MF et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1039–1045.

68. Unützer J et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2836–2845.
69. Simon GE et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:1638–1644.
70. Katon WJ et al. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59:1098–1104.
71. Callahan MC et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295:2148–2157.
72. McDaid D et al. Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy*, 2006, 79:144–152.
73. Jenkins R et al. Mental health reform in Russia – an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:858–866.
74. Krahn DD et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral models in depression outcomes. *Psychiatric Services*, 2006, 57:946–953.
75. Santoni F. The expanded program of vaccination: 25 years tomorrow. *Médecine Tropicale*, 2001, 61:177–185.
76. Guerin ND, Antona EA. Expanded program of vaccination. Results and prospects. *Annales de Médecine Interne*, 1998, 149:372–378.
77. Valenzuela MT et al. Achievements and challenges of the expanded immunization program in the Americas. *Revista Médica de Chile*, 2000, 128:911–922.
78. Akef ZA, Radwan M. Evaluation of expanded program on immunization during the first year of life in Abu Dhabi. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 1995, 70:57–83.
79. Kim-Farley R et al. Assessing the impact of the expanded programme on immunization: the example of Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:203–206.
80. Koop DG, Jackson BM. Results of the expanded program on immunization in the Macedonian refugee camps. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1656–1659.
81. Bondi FS, Alhaji MA. The EPI in Borno State, Nigeria: impact on routine disease notifications and hospital admissions. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1992, 95:373–381.
82. Babayiniyi O. A ten year review of morbidity from childhood preventable diseases in Nigeria: how successful is the Expanded Programme on Immunization (EPI)? *An update. Journal of Tropical Pediatrics*, 1990, 36:306–313.
83. Amin R. Immunization coverage and child mortality in two rural districts of Sierra Leone. *Social Science and Medicine*, 1996, 42:1599–1604.
84. Levin A, Ram S, Kaddar M. The impact of the Global Polio Eradication Initiative on the financing of routine immunization: case studies in Bangladesh, Cote d'Ivoire, and Morocco. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:822–828.

85. Bonu S, Rani M, Razum O. Global public health mandates in a diverse world: the polio eradication initiative and the expanded programme on immunization in sub-Saharan Africa and South Asia. *Health Policy*, 2004, 70:327–345.
86. Bonu S, Rani M, Baker TD. The impact of the national polio immunization campaign on levels and equity in immunization coverage: evidence from rural North India. *Social Science and Medicine*, 2003, 57:1807–1819.
87. Loevinsohn BP, Ayward B. Impact of targeted programs on health systems: a case study of the Polio Eradication Initiative. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:19–23.
88. Adachi M. *A review of a mass immunization campaign in polio eradication initiative and Tanzania case in 1996*. Boston, Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, 1999.
89. Levin A et al. *Impact of the Polio Eradication Initiative on donor contributions to routine immunization*. Bethesda, MD, Abt Associates Inc., 2001 (Partnership for Health Reform Special Initiatives Report No. 36).
90. Criel B, Kegels G, Van der Stuyft P. A framework for analysing the relationship between disease control programmes and basic health care. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9(Suppl.):A1–A4.
91. Atun R, Olynik I. Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:147–154.
92. Tkatchenko-Schmidt E et al. Prevention of HIV among injecting drug users in Russia: opportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. *Health Policy*, 2008, 85:162–171.
93. Atun RA et al. Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes. *Health Policy*, 2005, 74:122–132.
94. Coker R, Atun RA, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press, 2008.
95. Marquez P. Health system reforms and communicable diseases in Latin America and the Caribbean. In: Coker R, Atun RA, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press, 2008.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и руководствах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Европейское региональное бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационного записки. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/hen>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

– это партнерство, которое поддерживает и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).