



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



От Алма-Аты до Астаны:
первичная медико-санитарная
помощь – осмысление прошлого,
преобразование во имя будущего

Предварительный доклад от Европейского региона ВОЗ

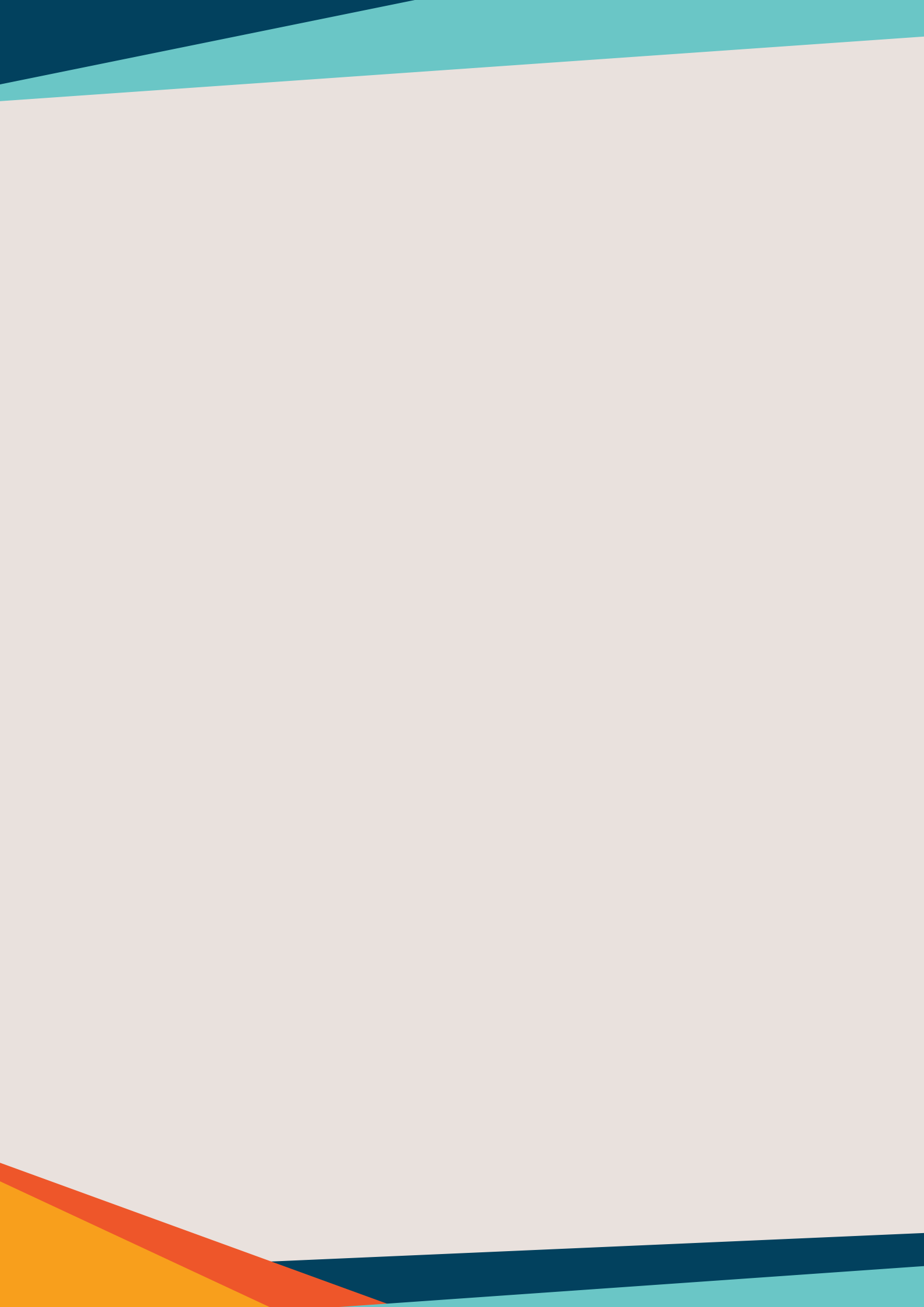


АСТАНА, КАЗАХСТАН
25-26 СЕНТЯБРЯ 2018

ГЛОБАЛЬНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

**ПО ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ**





От Алма-Аты до Астаны:
первичная медико-санитарная
помощь – осмысление прошлого,
преобразование во имя будущего

Предварительный доклад от Европейского региона ВОЗ

Реферат

Цель Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, проводимой в ознаменование 40-й годовщины Алма-Атинской декларации, – вновь отметить и подтвердить заложенные в ней основополагающие принципы, а также возобновить политическую приверженность концепции первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), ставя ее на центральное место в работе по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижению целей в области устойчивого развития. Настоящий предварительный доклад является одним из шести докладов, подготовленных каждым региональным бюро ВОЗ в качестве справочных документов для Конференции. В нем приведен анализ прогресса в сфере ПМСП, достигнутого в Европейском регионе в течение последних четырех десятилетий, и прогнозируется дальнейшее развитие ПМСП. В рамках подготовки доклада всем 53 европейским государствам-членам было предложено поделиться своим опытом по внедрению инноваций, использованию благоприятствующих факторов и преодолению барьеров в сфере ПМСП. На основе анализа основных проблем и возможностей в области ПМСП в Европейском регионе за период с 1978 г. и суммирования уроков, извлеченных на национальном и региональном уровнях, в докладе выделены ключевые инновации в моделях ПМСП для XXI века. Эти положения могут служить базовым руководством для укрепления ориентированных на ПМСП систем здравоохранения в целях достижения здоровья для всех и в конечном счете – претворения концептуального видения декларации 1978 года в практическую реальность.

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

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

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

Ключевые слова

1. PRIMARY HEALTH CARE
2. PRIMARY CARE
3. DELIVERY OF HEALTH CARE – ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
4. HEALTH SERVICES
5. HEALTH CARE SYSTEMS
6. EUROPEAN REGION

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

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

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

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

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

Содержание

Предисловие	7
Введение	9
Выражение благодарности	11
1. Первичная медико-санитарная помощь – достижение здоровья для всех	13
2. Содействие развитию первичной медико-санитарной помощи в Европе: эволюция региональных стратегий здравоохранения	21
3. Практическое осуществление политики и стратегий: инновации в сфере ПМСП в Европейском регионе	29
4. Преобразование во имя будущего: наращивание темпов внедрения инноваций в ПМСП	53
5. Выводы	61
6. Библиография	63

Перечень вставок

Вставка 1.	Алма-Атинская декларация	14
Вставка 2.	Необходимость в объективно обоснованных стратегиях и инновациях для улучшения показателей здоровья и благополучия женщин и детей	17
Вставка 3.	Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века	23
Вставка 4.	Системы здравоохранения, ориентированные на нужды людей посредством предоставления комплексных и координированных услуг	25
Вставка 5.	Представление об инновациях в системах здравоохранения – «твердые» и «мягкие» инновации	30
Вставка 6.	Инновации в области ПМСП в Нидерландах	41
Вставка 7.	Инновации в ПМСП в Шотландии, направленные на сокращение потребления алкоголя	43
Вставка 8.	Преобразование индивидуальных услуг здравоохранения, ориентированное на комплексную многопрофильную ПМСП	44
Вставка 9.	Развитие кадровых ресурсов, которые отвечают своему назначению	46
Вставка 10.	Стратегии финансирования здравоохранения в поддержку наращивания основных вмешательств и услуг в связи с НИЗ	47
Вставка 11.	Разработка и внедрение информационных решений в систему здравоохранения в контексте борьбы с НИЗ	49
Вставка 12.	Основополагающие условия для крупномасштабных преобразований систем здравоохранения	59

Предисловие

Я рада представить европейский региональный доклад «От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего», который подготовлен в качестве информационного ресурса в связи с 40-й годовщиной Алма-Атинской декларации. В 1978 г. делегаты от 134 стран приняли эту международную декларацию, впервые провозгласившую принципы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в качестве ключевого подхода к достижению здоровья для всех.

Сегодня мы живем в другом мире. Несмотря на достигнутый в области ПМСП значительный прогресс, условия, создавшиеся в рамках сектора здравоохранения и за его пределами, не позволили в полной мере претворить в жизнь идеи Декларации. Тем не менее установленные в ней руководящие принципы и заложенные ценности остаются сегодня столь же актуальными, как и в 1978 г., когда они были впервые сформулированы. Более того, мы углубили свое понимание того, что необходимо сделать для дальнейшей реализации этого концептуального видения.

В масштабе всего Европейского региона ВОЗ мы возобновили приверженность принципам, закрепленным в Декларации. В 2012 г. европейские государства-члены выделили укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в качестве одной из четырех приоритетных областей в принятых Основах европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020. Принципы ПМСП также занимают центральное место в утвержденной в 2016 г. Европейской рамочной основе ВОЗ для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения.

Вместе с тем все еще нерешенным остается вопрос обеспечения всеобщего доступа к высококачественной помощи на основе ПМСП. Знаменательная дата – 40-я годовщина Алма-Атинской декларации – дает возможность еще раз подтвердить нашу приверженность ценностям, которых мы придерживаемся и сегодня. Это особенно важно в современном контексте Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, поскольку ориентированный на нужды людей подход ПМСП позволяет ускорить прогресс в достижении поставленных целей, в частности решить задачу 3.8 в рамках Целей в области устойчивого развития – обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения – в качестве средства достижения здоровых условий жизни и благополучия для всех людей, в любом возрасте и в любой стране мира.

Настоящий доклад вносит вклад в решение этой задачи в масштабах Европейского региона, анализируя и обобщая успехи и неудачи за прошедшие 40 лет, с тем чтобы мы могли использовать уроки, извлеченные из опыта, в процессе работы по созданию систем здравоохранения, полностью отвечающих нуждам граждан. В конечном счете он позволит нам сделать еще один шаг вперед на этом пути, предоставив основополагающее руководство для действий, которые дадут всем людям – в Европе и в мире – возможность получить доступ к высококачественным услугам ПМСП, обеспечивающим защиту от угроз здоровью без непомерных финансовых затрат.

Д-р Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Введение

По случаю 40-й годовщины Алма-Атинской декларации Правительство Казахстана, Детский фонд Организации Объединенных Наций и ВОЗ совместно проводят 25–26 октября 2018 г. в Астане, Казахстан, Глобальную конференцию по первичной медико-санитарной помощи. Цель конференции – отметить юбилейную дату в истории Декларации 1978 г. подтвердить ее исходные принципы и возобновить политическую приверженность концепции первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), поставив ее на центральное место в работе по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижению ЦУР.

Все региональные бюро ВОЗ представили ряд справочных документов в качестве информационной основы для работы Конференции и составления ее итоговых документов. Доклад «От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего» – это один из шести региональных докладов, освещающих прошлый опыт и будущие перспективы через призму ПМСП. В этих докладах оценивается прогресс, достигнутый на протяжении четырех десятилетий, описываются возникающие проблемы и новые возможности, а также проводится стратегический анализ, который позволит спрогнозировать необходимые условия для будущего развития ПМСП в целях достижения здоровья для всех к 2030 г.

В истинном духе приверженности идеям ПМСП директор Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Zsuzsanna Jakab предложила всем 53 европейским государствам-членам поделиться своим опытом внедрения инноваций в системы ПМСП, отметив как способствующие факторы, так и препятствия для улучшения показателей здоровья, социальной справедливости и эффективности систем здравоохранения. Настоящий доклад, содержащий анализ проблем и возможностей стран на пути развития ПМСП для достижения здоровья для всех, предлагает прагматичные и ориентированные на активные действия стратегические уроки для стран Европейского региона и за его пределами.

В докладе охарактеризованы ключевые инновационные аспекты моделей ПМСП для XXI века, руководящие принципы для преобразования ПМСП, фундаментальные условия для масштабного преобразования систем здравоохранения, а также даны рекомендации для директивных органов по вопросам реализации стратегических изменений.

Благодаря используемым сквозным темам «инвестирования, инноваций и инклюзивности» доклад дает представление о том, как Европа может преобразовать ПМСП для осуществления концептуального видения, заложенного в Алма-Атинской декларации, и строить системы здравоохранения, которые гибко реагируют на возникающие потребности, устойчивы к неблагоприятным внешним воздействиям, обеспечивают предоставление социально справедливой охраны здоровья и финансовой защиты, создают стимулы для экономического роста и генерируют благосостояние для устойчивого развития в интересах всех людей.

Д-р Hans Kluge

Директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Выражение благодарности

Доклад «От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего» был подготовлен под общим руководством д-ра Hans Kluge, директора Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ. Основные авторы:

- Профессор Rifat Atun (консультант, Отдел систем здравоохранения и общественного здоровья; профессор, Глобальные системы здравоохранения, Гарвардский университет; директор, Кластер глобальных систем здравоохранения, Школа общественного здравоохранения им. Т.Х. Чана, Гарвардский университет);
- Д-р Pavlos N. Theodorakis (старший советник, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи; региональный координатор для Европы; член Технической координационной группы «Алма-Ата – 40», штаб-квартира ВОЗ);
- Д-р Hans Kluge (директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья; сопредседатель Технической координационной группы «Алма-Ата – 40»).

Административную и управленческую поддержку авторам предоставила г-жа Briana Rivas-Morello (консультант, Отдел систем здравоохранения и общественного здоровья; консультант, Техническая координационная группа «Алма-Ата – 40»).

Большинство государств-членов Европейского региона ВОЗ также внесли бесценный вклад в подготовку доклада, отвечая на вопросы в отношении инноваций ПМСП, способствующих факторов и барьеров на пути совершенствования систем здравоохранения в странах.

Весьма полезный вклад также внесли: д-р Tino Marti (технический специалист, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи) и профессор Jose M. Valderas (профессор, исследования по проблемам услуг и политики здравоохранения, Академическое сотрудничество Университета Эксетера по первичной медико-санитарной помощи (APEX) и Национальный институт совместных научных исследований по проблемам лидерства в прикладных исследованиях в области здравоохранения, Университет Эксетера, Соединенное Королевство; консультант, Отдел систем здравоохранения и общественного здоровья).

Координация издания и публикации доклада: г-н Clayton Hamilton (технический специалист, Услуги общественного здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и общественного здоровья) и г-жа Maria Greenblat (руководитель Лингвистического отдела и и. о. руководителя Отдела публикаций, Европейское региональное бюро ВОЗ).

Представители руководства Европейского регионального бюро ВОЗ выступили в качестве рецензентов и дали конструктивные замечания и предложения.

Профессор Anna Stavdal (председатель, Всемирная организация национальных коллегий, академий и академических ассоциаций врачей общей практики / семейных врачей (WONCA), г-жа Carina Vigot (руководитель программы «Алкоголь и запрещенные наркотики», Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни), коллектив специалистов Программы

охраны здоровья детей и подростков и Программы охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а также д-р Joana Lima (консультант, Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие) также выступили в качестве внешних рецензентов и представили полезные замечания и предложения.

Это проект доклада, окончательная версия которого будет подготовлена с учетом обсуждений и итогов работы Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, посвященной 40-й годовщине Алма-Атинской декларации.



Credit: WHO/Malin Bring

1. Первичная медико-санитарная помощь – достижение здоровья для всех

1.1. Построение основ здоровья для всех

В Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) провозглашено фундаментальное право каждого человека на «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья» (1). Страны могут обеспечить реализацию этого права только путем воздействия на социальные детерминанты здоровья, включая всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ), так чтобы все люди получали необходимые им медицинские услуги и не испытывали финансовых трудностей в связи с их оплатой (2).

В 1978 году 134 страны, принявшие участие в работе Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате, Казахстан, приняли Алма-Атинскую декларацию (3) (см. вставку 1), в которой была поставлена масштабная цель – «достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни». В Декларации, а также в Глобальной стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех к 2000 году (4) была подчеркнута решающая роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в достижении этой цели.

Вставка 1. Алма-Атинская декларация

В Алма-Атинской декларации была сформулирована новая концепция ПМСП, согласно которой эта форма оказания помощи «является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей». Характеризуя ПМСП как «первый этап непрерывного процесса охраны здоровья», Декларация подчеркивает всеобъемлющую и межотраслевую природу ПМСП, объединяющую поддержание и укрепление здоровья людей, профилактику болезней, надлежащее лечение распространенных заболеваний и меры общественного здравоохранения, направленные на борьбу с инфекционными болезнями (3).

Согласно положениям Декларации, ПМСП «...составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения». ПМСП рассматривается как ключевой инструмент для достижения масштабной цели здоровья для всех как части «развития в духе социальной справедливости» (3).

Несмотря на то что в 1978 г. под Декларацией поставили свои подписи 134 страны, в процессе реализации ее положений возникли значительные сложности. Предложенная в ней модель ПМСП была расценена некоторыми странами как «скудные услуги для бедных людей – второсортное решение для развивающихся стран» (5). По мнению других стран, концепция комплексной и всесторонней ПМСП противоречила давно сложившимся, традиционным подходам в оказании медицинской помощи, сосредоточенным в большей мере на адресных вмешательствах. Наконец, многим концептуальное видение, содержащееся в Декларации, представлялось недостижимым в практическом отношении.

Через год после принятия Декларации, в качестве альтернативы для провозглашенного в ней всестороннего, комплексного и многоотраслевого подхода ПМСП, была предложена так называемая селективная первичная медико-санитарная помощь, состоящая из весьма ограниченного набора вмешательств, расцениваемых как экономически эффективные и реалистичные (5). Несмотря на все это, в последующие четыре десятилетия исходные идеи ПМСП, заложенные в Декларации, получали все большее признание.

1.2. От Алма-Атинской декларации к Целям в области устойчивого развития

Через 30 лет после подписания Алма-Атинской декларации ВОЗ вновь привлекла мировое внимание к ее идеям (5), что совпало по времени с выходом в свет в 2008 г. доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья «Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья» (6).

Эти идеи приобрели дополнительную актуальность в связи с выходом в свет таких публикаций, как «Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо» (2008 г.) (7) и «Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» (2010 г.) (8), а также в связи с принятием в 2011 г. резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA64.9 «Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват» (9) и в 2012 г. – резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/67/81 «Здоровье населения мира и внешняя политика» (10).

В резолюции A/RES/67/81 содержится призыв к достижению «всеобщего охвата в рамках национальных систем здравоохранения, особенно с помощью механизмов первичного медико-санитарного обслуживания и социальной защиты» (10). В ней также констатируется, что «эффективное и устойчивое в финансовом плане внедрение всеобщего медицинского обеспечения основывается на действенных и эффективных системах здравоохранения, которые обеспечивают всеобъемлющее первичное медико-санитарное обслуживание...», включая «широкомасштабные государственные меры в области здравоохранения» (10).

Впоследствии важность ПМСП для улучшения показателей здоровья и достижения ВОУЗ была подчеркнута в таких документах, как «План действий ВОЗ для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними на 2008–2013 годы» (11), резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.12 «Первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения» (12), резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA69.39 «Механизм комплексного, ориентированного на людей медицинского обслуживания» (13) и Проект тринадцатой общей программы работы ВОЗ на 2019–2023 гг. (14).

В 2015 г. государства-члены Организации Объединенных Наций утвердили Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (15) и 17 целей в области устойчивого развития (ЦУР) (16). ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» включает задачу 3.8 – обеспечить к 2030 году «всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех» (16). Задача 3.8, таким образом, подкрепляет идеи, заложенные в Алма-Атинской декларации (3) и в Глобальной стратегии достижения здоровья для всех (4).

ПМСП является не только залогом достижения здоровья для всех и ВОУЗ, но и центральным компонентом любой хорошо функционирующей системы здравоохранения. Системы здравоохранения с надежными службами ПМСП с большей вероятностью способны предоставлять социально справедливые, эффективные и результативные услуги, гибко

реагирующие на нужды населения и обеспечивающие улучшение показателей здоровья людей (8, 17–20). Улучшение здоровья, в свою очередь, способствует экономическому росту, социальному развитию и повышению благосостояния общества (21).

В Европейском регионе ВОЗ, где последовательно соблюдаются принципы социальной справедливости и солидарности, почти все страны уже полностью обеспечивают ВОУЗ или в значительной степени продвинулись в этом направлении. В системах здравоохранения стран Западной Европы ВОУЗ достигается благодаря финансированию за счет налогов или социального страхования и опирается на службы ПМСП. Страны Восточной Европы и Центральной Азии, где экономика и системы здравоохранения серьезно пострадали в результате распада Советского Союза, демонстрируют прогресс на пути к достижению ВОУЗ путем укрепления своих систем здравоохранения на основе ПМСП.

1.3. Изменения контекста: вызовы и возможности для систем здравоохранения в Европе

Со времени принятия 40 лет назад Алма-Атинской декларации в Европе произошли значительные изменения, особенно в отношении демографических, эпидемиологических, политических, экономических, социокультурных и научно-технических факторов. Эти изменения стали источником пяти нижеперечисленных вызовов, на которые европейские государства-члены должны найти системные ответы в рамках многоотраслевых направлений политики и действий.

- **Демографический сдвиг – нарастающий процесс старения населения.** В странах Европейского региона люди в возрасте 85 лет и старше составляют наиболее стремительно растущий сегмент населения (22). Этот сдвиг также привел к обострению в Регионе дефицита людских ресурсов для здравоохранения, что во многих странах осложняется процессами миграции кадров медицинских работников.
- **Эпидемиологический сдвиг – от преобладания инфекций и перинатальных и акушерских причин заболеваемости и смертности к неинфекционным заболеваниям (НИЗ), таким как сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, хронические респираторные заболевания и психические расстройства, а также к травмам и инвалидности.** У многих людей такие нарушения здоровья развиваются одновременно, обуславливая растущий уровень полиморбидности, что требует оказания всесторонней, длительной помощи, ориентированной на конкретные нужды человека. Этот подход отличается от тех, что приняты в настоящее время во многих системах здравоохранения, где основное внимание уделяется лечению отдельных болезней (23).
- **Ухудшение социальных детерминант здоровья среди малообеспеченных групп населения.** Углубление неравенства в показателях здоровья требует принятия многоотраслевых мер политики (24).
- **Изменение социокультурных ожиданий.** Граждане рассчитывают на получение всесторонних услуг, отвечающих их конкретным потребностям.

- **Глобальный экономический кризис.** Наблюдавшееся с 2008 г. снижение темпов экономического роста в Европе привело во многих странах к ограничению бюджетных возможностей для инвестирования в системы здравоохранения и заставило многие правительства прибегнуть к мерам строгой экономии ресурсов (25).

Однако в условиях изменяющегося контекста появляются не только вышеописанные и другие вызовы, но также и новые возможности. Научные достижения, в том числе обусловленные взаимопроникновением биологических, информационных и точных наук, привели к стремительному развитию новых технологий для медицины и здравоохранения. К ним, в частности, относятся цифровые и информационно-коммуникационные технологии (ИКТ), несущие в себе потенциал для преобразования систем здравоохранения, который позволит предоставлять более эффективные и результативные вмешательства на индивидуальном и популяционном уровне.

Вместе с тем, многие из этих инноваций недостаточно оперативно внедряются в практику и не используются в той степени, которая позволила бы им оказывать позитивное воздействие на здоровье и благополучие граждан и населения в целом. Вследствие нерациональной политики и инертности систем здравоохранения продолжается применение методов, обладающих незначительным или нулевым полезным эффектом (см. вставку 2) (25).

Реагирование на вызовы и использование возможностей, которые возникают в изменяющихся условиях, требуют целостной оценки всех аспектов здоровья и незамедлительных действий. Наряду с реализацией новых направлений деятельности необходимо также решать незавершенные вопросы повестки дня в отношении здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста, а также борьбы с инфекционными болезнями, чтобы избежать потери успехов, достигнутых в этих областях, и защитить интересы соответствующих групп населения.

Вставка 2. Необходимость в объективно обоснованных стратегиях и инновациях для улучшения показателей здоровья и благополучия женщин и детей

Несмотря на усилия европейских государств-членов, направленные на улучшение здоровья и повышение уровня благополучия женщин и детей, в этой области сохраняется ряд серьезных проблем. Их природа и степень распространенности хотя и варьируются по странам, но обычно включают следующее:

- практики, не подтвержденные научными доказательствами, в частности неизбирательное применение антибиотиков, но также и другие клинические подходы, не обладающие терапевтической ценностью для женщин с нормальной беременностью;
- необоснованное назначение лекарственных средств и лечебных вмешательств;

- избыточная госпитализация, особенно детей (как новорожденных, так и более старшего возраста) и беременных женщин;
- растущая коммерциализация медицинской помощи, что повышает риск стремления поставщиков услуг к получению финансовой прибыли в ущерб оказанию эффективной помощи;
- недостаточная популяризация и поддержка принципов безопасной беременности и родов, грудного вскармливания и обеспечения здорового роста и развития ребенка;
- неудовлетворенные потребности в контрацептивных средствах, в частности для подростков, включая экстренную контрацепцию и безопасное прерывание беременности;
- недостаточный уровень сексуального образования и консультирования; профилактики болезней, передаваемых половым путем, их диагноза и лечения; профилактики рака шейки матки и его раннего выявления; профилактики и лечения бесплодия;
- дефицит услуг консультирования по вопросам гендерного насилия, а также консультирования и оказания помощи по вопросам сексуального здоровья и благополучия (25).

В этой связи Европейское региональное бюро ВОЗ сформулировало в 1999 г. концептуальное видение и ценности своей политики здоровья для всех в документе «Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» (26). В этом документе констатировалось, что здоровье для всех может быть достигнуто только посредством эффективных, результативных и социально справедливых систем здравоохранения, гибко реагирующих на нужды людей. В их основе должны лежать высококачественные услуги ПМСП и общественного здравоохранения, а также общегосударственный подход и принцип участия всего общества, направленные на обеспечение учета интересов здоровья в политике всех секторов.

Эта работа получила дальнейшее развитие в связи с выходом в свет в 2013 г. Основ европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020, в которых были изложены важнейшие направления действий для создания моделей ПМСП, отвечающих вызовам XXI века, претворения в жизнь принципов здоровья для всех, учета интересов здоровья в политике всех секторов, а также улучшения показателей здоровья как стимула для экономического роста и устойчивого развития (27).

В принятой в 2016 г. Европейской рамочной основе для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения была взята на вооружение концепция здоровья для всех, изложенная в политике Здоровье-2020, с особым вниманием к действиям во всех областях государственного управления и всего общества, направленным на реформирование сферы предоставления услуг здравоохранения. В этом документе были закреплены меры на уровне ПМСП для построения систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей (28).

В настоящее время инициативный импульс для достижения ВОУЗ, который содержится в ЦУР (16), а также вызовы, связанные со стремительно меняющимися условиями, дают Европейскому региону уникальный шанс для развития стратегий, направленных на решение возникающих проблем и использование открывающихся возможностей. Европейские государства-члены готовы прокладывать путь посредством тестирования и реализации инновационных решений в целях создания всесторонних, комплексных и многоотраслевых систем ПМСП на основе концептуальных идей, сформулированных в Алма-Атинской декларации (3).



Credit: Task Force for Global Health/Ilya Karimdjano

2. Содействие развитию первичной медико-санитарной помощи в Европе: эволюция региональных стратегий здравоохранения

2.1. Оглядываясь назад

В Европейском регионе за последние десятилетия было разработано множество направлений политики и стратегий и принимались многочисленные резолюции. Они служили катализатором для развития социально справедливых, эффективных и результативных систем ПМСП, гибко реагирующих на нужды людей и лежащих в основе расширения ВОУЗ. Эти стратегические инструменты были нацелены на продвижение концептуального видения Алма-Атинской декларации (3), которая была одобрена в 1978 г., но не везде принята на вооружение (5).

В 1996 г. в Люблянской хартии по реформированию здравоохранения в Европе был сформулирован свод принципов, на основе которых системы здравоохранения могли бы обеспечить совершенствование медицинской помощи в государствах-членах (29). Эти принципы в течение двух последних десятилетий определяли региональные процессы реформирования систем здравоохранения, так чтобы они были «продиктованы ценностями», «нацелены на улучшение здоровья», «ориентированы на удовлетворение потребностей людей»,

«направлены на повышение качества», «основаны на надежной системе финансирования» и «ориентированы на первичную медико-санитарную помощь» (27). Эти принципиальные положения сохраняют свою актуальность и задают тон в процессах формирования политики, стратегий и принятия решений в Европейском регионе.

За Люблянской хартией последовала резолюция EUR/RC55/R8, принятая в 2005 г. на 55-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ и посвященная вопросам укрепления европейских систем здравоохранения на основе ПМСП путем мобилизации необходимых финансовых и людских ресурсов и разработки и осуществления стратегий реформирования систем здравоохранения на уровне стран (30). Резолюция EUR/RC57/R1, принятая в 2007 г. на 57-й сессии Регионального комитета, содержала настоятельный призыв к государствам-членам «разрабатывать, внедрять и обеспечивать широкомасштабное осуществление стратегий развития кадров в качестве одного из элементов развития систем здравоохранения» и ориентировать «кадровое планирование на достижение здоровья для всех на первом этапе на уровне первичной медико-санитарной помощи» (31). Эти принципы и задачи были подтверждены в 2009 г. в принятой на 59-й сессии Регионального комитета резолюции EUR/RC59/R4 «Стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ» (32).

В 2008 г. «Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благополучия» (21) вновь подтвердила и подняла на щит ценности, провозглашенные в Алма-Атинской декларации (3) и в Люблянской хартии (29). Приняв Хартию, государства-члены взяли на себя обязательство укреплять системы здравоохранения в целях улучшения здоровья людей, что позитивно влияет на экономическое и социальное развитие. В Таллиннской хартии была признана важность эффективной ПМСП для предоставления высококачественных услуг здравоохранения для всех в целях улучшения показателей здоровья (21).

В ответ на глобальный экономический кризис 2008 г., который стал причиной финансовых трудностей и рисков для систем здравоохранения и здоровья людей в европейских странах, 59-я сессия Регионального комитета подтвердила принципы Таллиннской хартии (21) и призвала страны продолжать инвестирование в системы здравоохранения, обеспечивать доступ к услугам здравоохранения и «сохранить услуги общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, дающие реальный эффект при наименьших затратах» (33).

Экономический кризис заставил страны Европейского региона – особенно те, в которых многие люди оказались в тяжелом положении, такие как Греция, Ирландия и Португалия (34), – более тщательно проанализировать важнейшие проблемы, стоящие перед системами здравоохранения, и разработать адекватные стратегии для их решения. Эти стратегии включили обновленную приверженность делу укрепления систем здравоохранения и наращивания потенциала охраны общественного здоровья, решение структурных проблем в этих системах путем укрепления связей между услугами общественного здравоохранения и медицинской помощи, развитие партнерств для осуществления межсекторальных действий и пересмотр эффективности существующих инструментов общественного здравоохранения для обеспечения их пригодности в будущем (35).

Результатом стал ряд важных стратегий, решений и планов действий. В частности, в 2011 г. на 61-й сессии Европейского регионального комитета была принята резолюция EUR/RC61/R2 о создании рамочной основы действий для укрепления потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европе, за которой последовал соответствующий план действий (36). На той же сессии была принята резолюция EUR/RC61/R3, посвященная

разработке плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, направленного на укрепление мер борьбы с НИЗ на основе ПМСП, включая их социальные и экологические детерминанты на всех этапах жизни и с особым вниманием к сокращению социальных несправедливостей (37).

В 2012 г. на 62-й сессии Регионального комитета государства-члены утвердили Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (38). В этом плане были изложены 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения, которые при поддержке со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ необходимо внедрить на уровне стран, и определены пути дальнейшего развития услуг, направленных на укрепление здоровья и профилактику болезней и осуществляемых посредством ПМСП.

Эти стратегии и решения в своей совокупности послужили основой для дальнейшей разработки в Европейском региональном бюро концептуального видения, ценностей, главных направлений и подходов для новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 (27, 39).

2.2. Взгляд в будущее

Важной чертой политики, стратегий и решений, систематически осуществляемых в Европейском регионе ВОЗ, является их всеобъемлющий и целостный характер. В своей совокупности они формируют масштабную программу улучшения здоровья людей всех возрастов и использования того благотворного влияния, которое оказывает хорошее состояние здоровья населения на рост экономики, накопление общественного богатства и устойчивое развитие.

В политике Здоровье-2020 сформулировано концептуальное видение ПМСП в Европе (см. вставку 3) и представлена объединяющая, подкрепленная прочной ценностной основой стратегия для достижения «наивысшего возможного уровня здоровья». Эта стратегия зиждется на ценностях «всеобщего равного доступа и солидарности» в части организации и финансирования систем здравоохранения и нацелена на «улучшение здоровья для всех и сокращение неравенств в отношении здоровья» в Европе посредством общегосударственного подхода и принципа участия всего общества (27).

Вставка 3. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века

В 2013 г. все 53 страны Европейского региона одобрили политику Здоровье-2020, направленную на то, чтобы «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, социально справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека» (27).

В политике Здоровье-2020 подчеркивается важность здоровья как основного общественного ресурса, который имеет ключевое значение для экономического и социального развития стран в Европе. Эта политика обязывает государства-члены осуществлять действия, направленные на социальные и экологические детерминанты здоровья. В ее основе лежат два стратегических направления: улучшение здоровья для всех и сокращение неравенств по показателям здоровья, а также совершенствование лидерства и коллективного руководства в интересах здоровья (27).

Политика Здоровье-2020 строится на четырех приоритетных областях стратегических действий:

- инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан;
- решение наиболее актуальных проблем Европейского региона, относящихся к НИЗ и инфекционным болезням;
- укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования;
- 4. обеспечение устойчивости местных сообществ к неблагоприятным внешним воздействиям и создание поддерживающей среды (27).

Основа третьей приоритетной области – это ПМСП, базирующаяся на партнерстве и участии людей в управлении своим здоровьем с использованием инструментов и инноваций XXI века, таких как ИКТ и социальные сети. Достигаемое таким образом значительное усиление функций и потенциала общественного здравоохранения будет способствовать повышению уровня защиты и укрепления здоровья и профилактики болезней, что позволит странам достигать более благоприятных и социально справедливых показателей здоровья экономически эффективным образом (27).

При этом сохраняется приверженность принципам «первичной медико-санитарной помощи как краеугольного камня систем здравоохранения в XXI веке» и увеличения «суммарного вклада благодаря партнерствам» (27). Такой подход стимулирует междисциплинарное и межотраслевое сотрудничество – в частности, между секторами здравоохранения, защиты окружающей среды и охраны здоровья животных – и предусматривает привлечение широкого спектра заинтересованных сторон, включая гражданское общество, для повышения эффективности общественного здравоохранения и достижения общих целей в масштабе всего Европейского региона.

В принятой в 2015 г. на 65-й сессии Регионального комитета резолюции EUR/RC65/13 «Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг.» (40) были установлены стратегические региональные приоритеты с обновленной приверженностью принципам солидарности, социальной справедливости и широкого участия всех заинтересованных сторон, ранее провозглашенными в Люблянской хартии (29), Таллиннской хартии (21) и в политике

Здоровье-2020 (27). В резолюции содержится призыв к государствам-членам «преобразовать услуги здравоохранения и адаптировать их к вызовам XXI столетия, перейдя к использованию упреждающего и ориентированного на нужды людей подхода, который предполагает более эффективную координацию и проведение мероприятий по укреплению здоровья, профилактике заболеваемости, оказанию медицинской помощи и ведению болезней на всех этапах жизни в целях повышения качества медицинского обслуживания, улучшения показателей здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья в рамках оказания комплекса преемственных услуг здравоохранения на популяционной и индивидуальной основе» (40).

В последующей резолюции EUR/RC66/5, принятой в 2016 г. на 66-й сессии Регионального комитета, констатируется необходимость разработать план действий по укреплению систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, посредством предоставления интегрированных и координированных услуг здравоохранения (см. вставку 4), и дается рекомендация «переориентировать формат услуг, предоставляемых на протяжении всего цикла преемственной помощи и на всех этапах жизни, уделяя первоочередное внимание интеграции первичной медико-санитарной помощи, услуг, оказываемых на базе местных сообществ, и стационарной помощи» (41).

Кроме того, в резолюции содержится призыв к коренным преобразованиям и внедрению инноваций, позволяющих «формировать в рамках систем здравоохранения условия, которые обеспечат оптимальную эффективность предоставления услуг, выражающуюся в их качестве, результативности и продуктивности, а также в общем улучшении показателей здоровья людей, создавая при этом возможности для осуществления устойчивых изменений в масштабах всей системы путем реорганизации механизма подотчетности, согласования стимулов, проведения подготовки компетентных кадров, содействия ответственному использованию лекарственных средств, применения инновационных технологий здравоохранения и широкого внедрения электронного здравоохранения» (41).

Вставка 4. Системы здравоохранения, ориентированные на нужды людей посредством предоставления комплексных и координированных услуг

В 1996 г. ВОЗ определила организацию комплексной медицинской помощи как «процесс объединения общих функций, выполняемых как в пределах одной организации, так и в разных организациях, для решения общих проблем, выработки единых представлений и постановки одних и тех же задач и применения общих технологий и ресурсов для их достижения» (42). Это определение позднее было уточнено с подчеркиванием индивидуальных аспектов такой интеграции. В нем предложена концепция «организации и управления услугами здравоохранения таким образом, чтобы люди получали необходимые им услуги тогда, когда они им нужны, удобным для себя путем, с достижением желаемых результатов и максимальной отдачи от затраченных средств» (43).

Имеющиеся фактические данные указывают на пользу интегрированных моделей предоставления услуг здравоохранения, которая выражается

в повышении качества оказываемой помощи и клинических показателей, в более активном вовлечении пациентов и улучшении показателей их удовлетворенности качеством помощи, а также в более рациональном распределении ресурсов (44). Для того чтобы охват услугами здравоохранения был по-настоящему всеобщим, необходимо переориентировать системы здравоохранения таким образом, чтобы в центре их внимания были не болезни и медицинские учреждения, а конкретные интересы и потребности граждан.

Комплексная, всеобъемлющая и ориентированная на нужды людей ПМСП, которая содействует вовлечению местных сообществ, координации с общественным здравоохранением и развитию межсекторального сотрудничества, имеет критически важное значение для преобразования систем здравоохранения в целях эффективного реагирования на многочисленные риски для здоровья, воздействия на социальные детерминанты здоровья, решения актуальных вопросов в таких областях, как НИЗ, физические формы инвалидности, новые виды инфекций, а также потребности детей (включая новорожденных и подростков) и (будущих) матерей.

Преобразованная ПМСП – это движущий фактор интеграции в рамках систем здравоохранения, которая осуществляется в четырех следующих областях:

1. между услугами и программами в пределах одного уровня оказания помощи;
2. между различными уровнями, такими как первичная, вторичная, паллиативная и психиатрическая помощь;
3. между услугами медицинской помощи и индивидуального ухода и вмешательствами в сфере общественного здравоохранения;
4. между учреждениями государственного, негосударственного и частного сектора, деятельность которых влияет на здоровье людей.

Координация ПМСП с функциями общественного здравоохранения и межсекторальная координация критически важны для эффективного решения проблем НИЗ, травматизма, полиморбидности и для сокращения параллельно сосуществующих факторов риска. В каждой из четырех описанных выше областей масштабы и характер интеграции могут варьироваться в зависимости от контекстуальных факторов (45).

Опираясь на итоги совещаний высокого уровня Организации Объединенных Наций по проблемам НИЗ, состоявшихся в 2011 (46) и 2014 гг. (47), Региональное бюро в 2016 г. разработало новый всесторонний План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ на период 2016–2025 гг. (48). В Плане предусмотрены четыре приоритетных направления действий: стратегическое руководство; эпиднадзор, мониторинг, оценка и научные исследования; профилактика и укрепление здоровья; системы здравоохранения.

В нем, кроме того, намечен 11 приоритетных вмешательств на индивидуальном, популяционном и средовом уровне, а также в определенных секторах экономики и производства, осуществляемых посредством многоотраслевых действий в целях решения региональных и глобальных задач. В эти задачи входит снижение преждевременной смертности и бремени болезней, улучшение качества жизни и более справедливое распределение показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

ПМСП определена в Плане как сфера применения индивидуальных вмешательств в рамках систем здравоохранения, которые содействуют оказанию ориентированной на нужды людей, координированной и комплексной помощи по всему спектру преемственного оказания медицинских услуг на всех этапах жизни (48).

В том же 2016 г. на 66-й сессии Регионального комитета государства-члены предложили Региональному бюро разработать дорожную карту для достижения ЦУР к 2030 г. В резолюции EUR/RC66/R4 «К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ» содержался призыв к укреплению сотрудничества с партнерами и заинтересованными сторонами. При этом констатировалось, что Повестка дня – 2030 «предлагает возобновленную приверженность» принципам политики Здоровье-2020 и «что здоровье является не только конечной целью, но и средством для выполнения целей и задач» в контексте ЦУР. Была также признана «обобщенная польза достижения ЦУР 3 и выполнения всех других ЦУР» (49).

Годом позже, в резолюции EUR/RC67/9 «Дорожная карта по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на европейскую политику в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020» (50), Региональный комитет постановил утвердить единый механизм мониторинга для ЦУР, политики Здоровье-2020 и Глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Это обеспечит «обновленную приверженность политике Здоровье-2020 и ... комплексный, многосекторальный подход к ее дальнейшей реализации» (50).

В резолюции EUR/RC67/9 Региональному директору было предложено «работать в тесном взаимодействии с государствами-членами над определением оптимальных путей совершенствования механизмов межсекторального стратегического руководства в интересах здоровья, социальной справедливости и благополучия, обеспечивая равные возможности и равные условия для всех людей в любом возрасте», а также «содействовать региональному сотрудничеству в области науки, технологий и инноваций с целью активизации обмена знаниями и их практического применения» (50).

Прочное и стабильное региональное руководство, последовательное проведение региональной политики, стимулы к действию, проистекающие из политики Здоровье-2020 (27), Таллиннской хартии (21) и ЦУР (16), а также различные контекстуальные изменения открывают перед Европейским регионом уникальные возможности для осуществления масштабной повестки дня по созданию систем здравоохранения XXI века, направленных на достижение процветания и солидарности.

Претворение этих возможностей в реальную практику потребует политической воли государств-членов, направляемых идеями инвестирования, инноваций и инклюзивности, как это отмечено в итоговом заявлении Совещания высокого уровня в ознаменование 10-й годовщины принятия Таллиннской хартии (51). В заявлении констатируется, что государства-члены должны сосредоточить свое внимание на следующих аспектах:

- **ИНКЛЮЗИВНОСТЬ** – улучшение показателей охвата населения услугами здравоохранения и финансовой защиты для каждого;
- **ИНВЕСТИЦИИ** – обоснование необходимости вложения ресурсов в системы здравоохранения;
- **ИННОВАЦИИ** – внедрение новых системных подходов и научно-технических достижений в целях удовлетворения потребностей людей (51).

В следующем разделе представлен широкий спектр примеров творческой многоотраслевой работы государств-членов в масштабах всего Европейского региона, направленной на воплощение этих идей в конкретные дела.



Credit: WHO/Malin Bring

3. Практическое осуществление политики и стратегий: инновации в сфере ПМСП в Европейском регионе

3.1. Инновации в организационных моделях и механизмах стратегического руководства

Государства-члены эффективно реализуют принимаемые на региональном уровне направления политики, внедряя инновации в ПМСП и системы здравоохранения в целях решения как ранее известных, так вновь появляющихся проблем в области охраны здоровья и в социальной сфере. При этом речь идет не только о внедрении научно-технических достижений в таких областях, как диагностика, фармацевтика, медицинские технологии, методы анализа и обработки данных ИКТ, но также и о так называемых «мягких инновациях» (см. вставку 5), в частности в вопросах организационного планирования и управления, финансирования, генерирования и использования ресурсов и в сфере предоставления услуг. Эти инновации прокладывают путь для развития всеобъемлющих, комплексных и ориентированных на нужды людей моделей ПМСП, базирующихся на деятельности многопрофильных бригад.

Вставка 5. Представление об инновациях в системах здравоохранения – «твердые» и «мягкие» инновации

Инновацию можно определить как «идею, практику или объект, которые рассматриваются как новые на индивидуальном или другом уровне восприятия» (52). В отличие от изобретения (invention), которое относится к первичному генерированию оригинальной идеи, концепции, продукта, процесса или услуги, инновация подразумевает использование изобретения или его модификации посредством нового процесса или применения в целях создания нового продукта или услуги.

Выделяют различные типы инноваций: инновационные продукты или процессы (53), организационные инновации и технические инновации (54). Кроме того, инновации могут различаться по своему характеру, например радикальные или постепенные (55, 56), «подрывные» (замещающие) (57), а также локальные либо комплексные инновации (58).

Описаны также мягкие инновации, которые относятся к моделям, процессам, услугам или политике и этим отличаются от твердых (или технологических) инноваций (59).

В европейских странах инновации в организационных моделях и стратегическом руководстве применительно к системам здравоохранения способствуют децентрализации в принятии решений и повышению уровня местной подотчетности, совершенствованию управления в сфере ПМСП, расширению прав и возможностей отдельных граждан и сообществ, а также развитию межсекторального сотрудничества.

3.1.1. Инновации в целях децентрализации принятия решений и повышения уровня подотчетности

Дания, Норвегия, Финляндия и Швеция – страны, которые твердо придерживаются ценностей солидарности, социальной ответственности, справедливости и всеобщего доступа, – делегировали ответственность за ПМСП муниципальным органам государственной власти. Это позволило добиться более полной интеграции медицинской и социальной помощи, улучшить координацию услуг со структурами вторичной помощи и укрепить меры профилактики.

Перенос принятия решений на муниципальный уровень обеспечил более полное соответствие предоставляемых услуг потребностям местных сообществ (60–66). Эффективная координация ПМСП, общественного здравоохранения и социальных служб позволила в Швеции развить ориентированные на нужды людей комплексные маршруты оказания помощи с переносом услуг из стационаров к помощи на дому (67), а в Финляндии – создать механизм предоставления услуг по охране психического здоровья (68).

Испания в течение двух десятилетий систематически проводила децентрализацию ответственности за управление здравоохранением от центрального правительства к уровню 17 автономных коммун в целях повышения эффективности реагирования системы здравоохранения на местные нужды. В созданной новой модели региональные администрации несут ответственность за управление собственными бюджетами и финансирование услуг общественного здравоохранения. Территория разбита на «медико-санитарные зоны», которые отвечают за предоставление ПМСП и управление кадрами здравоохранения (69). Децентрализация ответственности помогает стимулировать инновации в сфере политики (70), сдерживать рост расходов на здравоохранение без углубления неравенств в оказании медицинской помощи (71, 72), а также улучшать показатели здоровья населения (73).

Аналогичным образом в феврале 2017 г. в Бельгии была одобрена Программа реформирования системы первичной помощи Фландрии, в соответствии с которой процессы организации ПМСП делегируются региональным структурам. Реформа направлена на преобразование ПМСП с ориентацией на оказание комплексной помощи с учетом потребностей людей на основе следующих вмешательств: формирование зон ПМСП; учреждение Фламандского института первичной помощи; укрепление потенциала ПМСП; стимулирование многопрофильных подходов; координация помощи и лечения для людей с комплексными потребностями; привлечение лиц, осуществляющих неформальный уход, в качестве партнеров по оказанию помощи; проведение систематического анализа (картирования) социальных условий в целях оптимизации адресных вмешательств; повышение уровня коммуникации с гражданами и медицинскими работниками; создание площадки для обмена опытом по вопросам благосостояния и здоровья (74).

3.1.2. Инновации для совершенствования управления ПМСП

В ряде европейских стран внедрены инновации в сфере управления деятельностью поставщиков ПМСП в целях улучшения их работы и достижения более высоких показателей эффективности системы здравоохранения. В Словении и Эстонии внедрена практика заключения контрактов с независимыми учреждениями ПМСП или семейными врачами, для того чтобы повысить результативность и эффективность предоставляемых услуг здравоохранения, а также их оперативность в реагировании на нужды пользователей (75, 76).

В Хорватии в 1993 г. был принят закон о механизмах оказания медицинской помощи, согласно которому ПМСП была поставлена во главу угла национальной системы здравоохранения и семейные врачи получили возможность перехода от положения государственных служащих к статусу независимых практиков с правом заключать прямые контракты с Хорватским институтом медицинского страхования. Изменились механизмы оплаты труда врачей: вместо фиксированных окладов начисляются платежи на основе спектра и объема предоставляемых услуг. Кроме того, в новой модели пациентам предоставлено право выбирать поставщиков ПМСП. Независимые семейные врачи получили возможность расширять доступ к услугам и внедрять изменения для более оперативного реагирования на потребности пользователей, например назначая фиксированное время приема, используя запись по телефону, сокращая время ожидания консультации и предоставляя телефонные консультации в нерабочие часы (77).

В Латвии Национальная служба здравоохранения заключает контракты с независимыми врачами ПМСП на основе подушевой оплаты с плавающим коэффициентом, составляющим 13%, начисления по которому определяются по структурным и процессно-ориентированным критериям качества, таким как расширение охвата или оптимизация ведения случаев НИЗ (78).

В Армении система оплаты в зависимости от показателей работы способствует повышению производительности труда в данном секторе и стимулирует врачей увеличивать число обслуживаемых пациентов и выполнять новые функции, за которые они ранее не отвечали (79).

В Дании семейные врачи, работающие на условиях самозанятости, заключают контракты на предоставление услуг ПМСП, которые пересматриваются каждые несколько лет с учетом новых потребностей (80). Эта организационная инновация позволила Дании внедрить новые успешные модели ведения случаев хронических заболеваний (81, 82).

В Исландии регионы ПМСП были объединены в более крупные кластеры, для того чтобы укрепить потенциал предоставления услуг, повысить уровень адаптации к местным потребностям и оптимизировать процессы найма персонала (74).

Таджикистан начиная с 2005 г. направляет усилия на наращивание потенциала в области организационного планирования в районных и сельских учреждениях ПМСП для совершенствования навыков управления, повышения осведомленности в вопросах рационального использования ресурсов и улучшения качества услуг (83).

В Венгрии местные органы управления осуществляют надзор за деятельностью системы ПМСП и заключают контракты с квалифицированными врачами, выдавая им лицензию на право практики. Каждый пациент получает равноправный доступ к назначенному семейному врачу, который предоставляет полный набор услуг профилактики, укрепления здоровья, диагностики, лечения и, при необходимости, направляет на этап вторичной помощи, – тем самым обеспечивается непрерывность и преемственность медицинского обслуживания. Территориальные и центральные органы здравоохранения осуществляют необходимый контроль (74).

3.1.3. Инновации, направленные на расширение прав и возможностей граждан и сообществ

В региональных инновациях в сфере стратегического руководства подчеркивается важность расширения прав и возможностей граждан и групп населения в вопросах управления собственным здоровьем и активного участия в планировании и организации работы местных медицинских учреждений. Этот процесс также способствует повышению прозрачности и подотчетности систем здравоохранения. Например, в таких странах, как Болгария (74), Венгрия (74), Дания (80), Республика Молдова (74), Словения (74, 84), Соединенное Королевство (86), Украина (74), Хорватия (77), Швеция (85) и Эстония (74, 75), пациентам предоставлено право свободно выбирать своего семейного врача.

Многие страны Европы уделяют внимание реагированию на меняющиеся потребности и возникающие аспекты озабоченности среди населения, особенно в недостаточно

обслуживаемых регионах. Так, в Турции созданы медицинские центры для мигрантов в районах компактного проживания сирийских беженцев, с тем чтобы обеспечить предоставление эффективных и результативных основных лечебно-профилактических услуг и повысить общий уровень их доступности путем, в частности, устранения языковых и культурных барьеров (74).

3.1.4. Инновации в поддержку межсекторального сотрудничества

Основополагающими принципами региональных направлений политики здравоохранения стали общегосударственный подход и принцип участия всего общества в управлении вопросами охраны здоровья в соответствии с положениями политики Здоровье-2020. Европейские государства-члены применяют принцип учета интересов здоровья в политике всех секторов в сочетании с межсекторальным сотрудничеством в целях сокращения рисков для здоровья, воздействия на социальные детерминанты, снижения уровня социальной несправедливости и улучшения показателей здоровья людей (87).

В 2003 г. 47 государств-членов Европейского региона ВОЗ вошли в число 168 стран, подписавших Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) (88). Согласно положениям Конвенции, страны обязаны осуществлять координированные межсекторальные действия, направленные на повышение цен на табак путем налогообложения, регулировать формы упаковки и этикеток табачной продукции, проводить просветительные кампании, устанавливать запрет на рекламу и принимать меры в помощь людям, желающим бросить курить.

В Финляндии принятое в 2015 г. правительственное постановление «Программа общественного здоровья Здоровье-2015» (89) позволило начать межсекторальные действия по сокращению масштабов социальной несправедливости в отношении здоровья путем повышения налогов на табак, алкоголь, сахар и другие продукты, негативно влияющие на здоровье (90). Учреждения ПМСП в Финляндии также предоставляют услуги в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний на базе местных сообществ в режиме активного сотрудничества с другими государственными и неправительственными организациями в сфере образования, культуры, спорта и досуга, городского планирования и окружающей среды, а также с ассоциациями пациентов. Правительство планирует полностью интегрировать услуги ПМСП, вторичного звена системы оказания медицинской помощи и социального сектора, которые будут предоставляться на уровне 18 провинций (74).

В Шотландии (Соединенное Королевство) одной из наиболее важных инноваций стала интеграция медицинских и социальных услуг в соответствии с принятым в 2014 г. Законом о государственных органах. Этот закон обязывает местные органы власти и отделы здравоохранения в совместной работе обеспечивать планирование и предоставление социальной помощи, медицинских услуг на общинном уровне, а также определенной доли лечебно-диагностических вмешательств при острых нарушениях здоровья у взрослых (74).

За период с 2013 г. в Северной Ирландии (Соединенное Королевство) сформировано 17 партнерств для оказания комплексной помощи, которые объединяют поставщиков медицинских и социальных услуг, представителей добровольных и общинных организаций

и населения в сети сотрудничества, помогающие осуществлять инновационные действия в ответ на потребности местных сообществ. Помимо этого, создано 17 местных ассоциаций врачей общей практики, оказывающих поддержку практикующим специалистам на своих территориях и содействующих преобразованию медицинских и социальных услуг с опорой на ПМСП (74).

В Словении, где более 50% мужчин и женщин в возрасте 20 лет и старше имеют избыточный вес, Министерство здравоохранения и Министерство образования разработали межсекторальные стратегии и практические меры, направленные на продвижение здорового образа жизни, оптимизацию производства и реализации здоровых пищевых продуктов, а также использование руководств по здоровому питанию в больницах, школах, на курортах и в домах для проживания престарелых. В 2010 г. в стране был принят национальный план действий по сокращению потребления соли. В том же году Министерство образования запретило использование торговых автоматов для продажи пищевых продуктов и напитков во всех начальных и средних школах (91).

Министерство здравоохранения и спорта Люксембурга в качестве одного из средств борьбы с ожирением обеспечило возможности заниматься физкультурой и спортом для жителей всех возрастов. К решению этой задачи были также привлечены местные структуры частного сектора (спортивные клубы и поставщики пищевых продуктов для школьных столовых). Школьные предприятия общественного питания стали предлагать в столовых более здоровую пищу, а средства массовой информации играют важную роль в популяризации спорта и сбалансированного питания (92).

В Сан-Марино созданы многопрофильные группы с участием представителей различных секторов государственного управления, деятельность которых направлена на оптимизацию образа жизни подрастающего поколения. Так, в 2013 г. была сформирована межсекторальная рабочая группа по вопросам здравоохранения и образования, которая использует межсекторальный подход к решению проблемы детского ожирения и к популяризации здорового образа жизни среди подростков (74).

В Монако разработана межсекторальная система оповещения о завозе морским путем случаев высококонтагиозных болезней, которая обеспечивает своевременное оказание помощи заболевшим, защиту медицинских работников от угрозы заражения и предотвращение распространения инфекции (93).

Европейские государства-члены также активно развивают межотраслевую политику с участием секторов здравоохранения, образования, транспорта и окружающей среды в целях повышения уровня физической активности населения. В частности, в Соединенном Королевстве внедрены технологические и инфраструктурные изменения в сочетании с проведением просветительно-агитационных кампаний, направленных на популяризацию безмоторных транспортных средств и на оздоровление образа жизни. Аналогичные стратегии использовались в Австрии, Израиле, Италии и Швейцарии (94).

В 2002 г. была начата реализация Общеввропейской программы по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ) (95), призванной интегрировать задачи здравоохранения и защиты окружающей среды в транспортную политику. В 2005 г. была также возобновлена деятельность Европейской сети по развитию оздоровительной физической активности (ОФА) (96).

3.2. Инновации в сфере финансирования

В европейских государствах-членах внедряются инновационные методы оплаты труда поставщиков услуг с использованием систем управления показателями деятельности в целях развития комплексных услуг ПМСП, их переориентации на нужды укрепления здоровья и профилактики болезней, эффективного ведения случаев НИЗ и повышения качества предоставляемой медицинской помощи. При этом в ПМСП используется сочетание подушевого принципа с учетом рисков и прямой платы за предоставленные услуги, зачастую с применением подхода «оплата за показатели эффективности» в качестве стимула для расширения услуг укрепления здоровья, профилактики болезней (например, проведения иммунизации) и скрининга (например, для выявления рака молочной железы и шейки матки, отставания развития среди детей, заболеваний среди лиц пожилого возраста и хронических расстройств здоровья), а также для повышения качества оказания помощи и разработки моделей предоставления комплексных услуг (97–99).

Грузия в 2013 г. приступила к осуществлению национальной программы ВОУЗ, призванной защитить граждан от катастрофических расходов на медицинскую помощь и обеспечить предоставление всем жителям доступа к базовому пакету услуг здравоохранения. В результате выросла частота обращений за амбулаторной помощью и уменьшились суммы прямой оплаты услуг, что свидетельствует о повышении уровня финансовой защиты (74).

Аналогичным образом Украина в 2016 г. начала реализацию рассчитанной на четыре года программы реформирования системы здравоохранения с преобразованием механизмов финансирования медицинской помощи. Система, действующая на основе налогов, гарантирует базовый пакет услуг всем гражданам и постоянным жителям Украины, а также беженцам. В соответствии с реформой все средства поступают в распоряжение единого государственного закупочного агентства, которое заключает контракты с семейными врачами (74).

Приоритетной задачей Национальной стратегии здравоохранения Франции на 2018–2022 гг., разработанной правительством в консультации с пользователями, является устранение финансовых барьеров для доступа к услугам здравоохранения. В последние годы во Франции был принят ряд активных мер в этом направлении, в том числе проведена практическая работа по обеспечению защиты здоровья граждан посредством ВОУЗ. На сегодня это позволяет 5,5 миллиону людей с низкими доходами пользоваться бесплатными медицинскими услугами (74).

Во многих странах внедряются новые модели оплаты труда поставщиков услуг в сочетании с программами повышения качества и применением эталонных показателей деятельности. В рамках Датской программы контроля качества медицинской помощи, которая предоставляет стандарты надлежащего качества услуг медицинской помощи и методические руководства по мониторингу и аккредитации, разработана обширная база данных о процессах и результатах оказания помощи для сравнения и установления эталонных показателей деятельности в области семейной медицины (82, 100).

В Кыргызстане осуществление национальной программы реформы здравоохранения «Ден Соолук» на 2012–2018 гг. позволило оптимизировать услуги медицинской помощи на уровне ПМСП путем внедрения систем контроля и повышения качества, а также применения научно обоснованных руководств. Особое внимание при этом уделяется сердечно-сосудистым заболеваниям, здоровью матерей и детей, ВИЧ и туберкулезу (74).

В Хорватии в качестве средства повышения эффективности и качества услуг и укрепления профилактической работы внедрен новый метод оплаты труда поставщиков услуг по четырем основным видам деятельности на уровне ПМСП (семейная медицина, педиатрия, гинекология и стоматология). Метод сочетает в себе покрытие фиксированных и переменных затрат центров ПМСП, систему прямой оплаты предоставленных услуг и отдельную плату за достижение установленных целевых ориентиров по ключевым показателям деятельности, а также за проводимую работу по непрерывному повышению качества (74).

В Литве в настоящее время свыше половины учреждений ПМСП находятся в частной собственности; они предоставляют услуги для 30% населения. Работа частных врачей общей практики оплачивается государством через Национальный фонд медицинского страхования на основе подушевого финансирования с учетом возраста и географических характеристик (для сельского населения) с предоставлением финансовых стимулов в соответствии с установленным перечнем услуг и показателями качества (74).

Национальная служба здравоохранения Англии (Соединенное Королевство) внедрила в 2004 г. в контексте нового контракта для врачей общей практики Рамочную основу качества и показателей деятельности. Этот механизм направлен на повышение качества услуг общей практики и ПМСП в целом путем предоставления финансовых стимулов общепрактикующим медицинским работникам для улучшения их деятельности, оцениваемой по параметрам результативности, эффективности, гибкого реагирования на нужды пользователей, а также по показателям здоровья (101).

Эта рамочная система является крупнейшей в мире программой оплаты с учетом показателей деятельности в сфере здравоохранения. В ней были одновременно внедрены три инновации, позволившие повысить качество оказания помощи: более совершенный сбор данных, открытая публикация сведений о качестве оказания помощи и оплата работы поставщиков услуг в зависимости от показателей деятельности. Однако внедрение этой программы совпало по времени с реализацией национальной программы повышения качества в НСЗ, которая предусматривала использование национальных стандартов для ведения случаев основных хронических заболеваний, проведение клинических аудитов для сравнения показателей деятельности врачей общей практики и ежегодную оценку деятельности врачей, работающих в НСЗ. В результате оказалось трудным выделить прямой вклад Рамочной системы из общего полученного эффекта (102).

В Венгрии и Франции были внедрены аналогичные методы финансирования с применением стимулов для повышения качества и показателей деятельности в сфере семейной медицины и ПМСП (103, 104). В Германии, Нидерландах, Португалии и Франции были также введены в практику инновационные модели оплаты труда поставщиков услуг с использованием методики совокупных платежей за определенный набор предоставленных услуг (bundled payment) в целях стимулирования оказания координированной и комплексной помощи пациентам с хроническими заболеваниями (105, 106).

В Нидерландах такие модели оплаты, которые изначально применялись только для лечения сахарного диабета, были в 2010 г. распространены на всю страну, при этом в сферу их действия включены хронические респираторные расстройства и управление сердечно-сосудистыми рисками. В новом подходе совокупных платежей страховщики оплачивают единый чек для «группы оказания помощи» (коллектива медицинских работников, с которыми заключен контракт и который нередко представлен врачами общего профиля), для того чтобы охватить весь спектр услуг медицинской помощи в

отношении хронического заболевания в течение фиксированного периода. На такие группы возложена вся полнота ответственности за организацию и планирование своей работы, что облегчает внедрение инноваций в подходы к предоставлению услуг (107). Эта схема позволила достичь улучшений в координации помощи, процессах предоставления услуг и показателях эффективности лечения пациентов с диабетом (108, 109).

Страны используют финансовые инновации также и для сокращения неравенств в доступе к услугам ПМСП. В Бельгии, Германии, Соединенном Королевстве, Турции и Франции предоставляются стимулы в форме более высокой оплаты труда, различных пособий и бонусов семейным врачам, работающим в менее обеспеченных районах (110–115). В Хорватии и Черногории семейные врачи, работающие в сельской местности, получают более высокую оплату по подушевым нормативам, чем те, кто работает в городах. В Албании сельским семейным врачам начисляется повышенная заработная плата, по сравнению с врачами, работающими в городах или пригородных зонах. В Республике Молдова, Румынии и Сербии сельским врачам предоставляются финансовые стимулы в форме бесплатного или более благоустроенного жилья (115).

3.3. Инновации в сфере генерирования и использования ресурсов

Рациональное управление ресурсами, включая их мобилизацию, получение, распределение и использование, имеет критически важное значение для результативного, эффективного, гибкого и справедливого предоставления услуг здравоохранения. В политике Здоровье-2020 управление ресурсами определяется как важный стратегический принцип (27).

В Региональном бюро разработаны широкомасштабные направления политики и стратегии по вопросам ресурсного обеспечения систем здравоохранения, особенно в отношении развития кадров здравоохранения для удовлетворения будущих потребностей (116). Эти направления политики, которые широко реализуются на уровне государств-членов, стимулируют внедрение инноваций в следующих областях:

- обучение и повышение квалификации в целях подготовки кадров здравоохранения, обладающих необходимыми знаниями и навыками для внедрения ПМСП в центр систем здравоохранения;
- распределение функций и обязанностей медицинских работников в целях эффективного решения текущих и будущих задач в сфере охраны здоровья;
- применение технологических ресурсов, особенно информационных методов, для повышения роли медицинских кадров.

В основе инноваций в развитии кадров здравоохранения в Европейском регионе лежит создание многопрофильных бригад ПМСП и расширение спектра и масштаба услуг, предоставляемых семейными врачами, медицинскими сестрами, акушерками, медицинскими помощниками и другими профессиональными работниками ПМСП (117, 118). Эти инновации помогают изменить управление услугами стационарной помощи в целях укрепления ПМСП и позволяют создать платформы для развития высококачественных, координированных, ориентированных на нужды людей, комплексных услуг ПМСП в рамках

всей цепочки оказания медицинской помощи и на всех этапах жизни.

Многие страны предприняли шаги по обеспечению непрерывного повышения квалификации кадров ПМСП. Так, в Словакии создана программа ординатуры для последипломного обучения медицинских работников, в частности врачей общей практики. Эта мера направлена на подготовку необходимого количества врачей общей практики и педиатров для всей страны и, в конечном счете, на повышение качества ПМСП (74).

В Чехии при Министерстве здравоохранения учреждена Комиссия по реформе первичной помощи, которой поручено возглавить работу по расширению масштабов общей медицинской практики в стране и разработать направления развития ПМСП, включая диагностические методики и возможности, а также применение ИКТ (74).

Во многих странах Европы семейная медицина или общая практика – это сегодня прочно утвердившаяся специальность и/или академическая дисциплина с расширенной сферой функций и обязанностей по управлению общими вопросами охраны здоровья и оказания помощи при хронических заболеваниях на всех этапах медицинского обслуживания (117, 119–122). Однако предстоит еще много сделать для утверждения уникальной идентичности этой специальности и повышения ее профиля в сравнении с другими отраслями медицины.

Семейные врачи в Европе все еще сталкиваются с многочисленными трудностями. Во многих государствах-членах нет минимальных стандартов преддипломной подготовки по семейной медицине и в медицинских учебных заведениях имеются лишь весьма ограниченные или нулевые возможности для клинической практики в области ПМСП. В тех странах Европейского региона, где специализированные программы обучения по семейной медицине существуют, они значительно различаются по своей длительности и содержанию. Регулирование качества специализированного обучения, так же как и последующего непрерывного образования, во многих случаях представляется недостаточным. Вкладывается слишком мало ресурсов в подготовку преподавателей семейной медицины. Разработано лишь незначительное число эффективных стратегий для решения проблем, связанных с миграцией кадров семейных врачей и признанием их профессиональной квалификации (123).

В Европейском регионе значительно выросла роль медицинских сестер в предоставлении услуг ПМСП. Этот фактор, наряду с расширением функций акушерок и других категорий работников здравоохранения, таких как медицинские помощники, имеет важнейшее значение в развитии всесторонне усовершенствованных услуг ПМСП, таких как улучшенное ведение хронических заболеваний, уход за ранами и реализация мер укрепления и поддержания здоровья (118). Более чем в 10 странах медсестры и акушерки могут самостоятельно назначать лекарства (123).

Медицинские сестры также играют ведущую роль в развитии на уровне местных сообществ тех медицинских услуг, которые ранее предоставлялись в больницах, включая консультирование по вопросам здорового образа жизни, определение состояния здоровья и оказание помощи на дому при острых заболеваниях, в послеоперационном периоде, в целях реабилитации и в рамках паллиативной помощи на конечном отрезке жизни. По состоянию на 2009 г., в 25 странах Европейского региона силами медицинских сестер и акушерок осуществлялись программы, ориентированные на охрану здоровья семей и местных сообществ (123). Сестринская помощь на уровне местных сообществ позволила приблизить услуги к месту проживания пациентов и более полным образом удовлетворять медико-санитарные потребности стареющего населения, одновременно

повышая уровень удовлетворенности пациентов (124).

Европейский регион характеризуется самым высоким среди всех регионов ВОЗ показателем числа медицинских сестер по отношению к численности населения, однако это соотношение в значительной степени варьируется между странами. Привлечение новых кандидатов в профессию медицинских сестер и удержание квалифицированных сестринских кадров на рабочих местах сопряжено с трудностями, особенно в странах, где уровень оплаты труда этой категории медицинских работников остается низким (125).

В ряде стран, таких как Ирландия, Литва (74), Нидерланды, Польша, Российская Федерация (126), Сан-Марино (74), Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Чехия и Эстония (74), разработаны программы высшего сестринского образования, а также программы повышения квалификации практикующих медицинских сестер, которые оказывают медицинские услуги, ранее предоставляемые только врачами (123, 127, 128).

Страны также расширяют функции других категорий медицинских работников. В Соединенном Королевстве местные фармацевты не только снабжают население лекарствами, но и дают гражданам советы по вопросам здоровья, тесно сотрудничают с врачами общей практики и представителями других звеньев НСЗ, а также предоставляют широкий спектр услуг общественного здравоохранения в рамках программы «Аптеки для здоровой жизни» (74).

3.4. Инновации в сфере предоставления услуг здравоохранения

ВОЗ последовательно выступает за использование новых ИКТ и электронного здравоохранения, заявляя, что «для улучшения качества помощи и, в соответствующих случаях, все более широкого вовлечения пациентов в оказание им помощи крайне важно использовать надлежащим образом информационные и коммуникационные технологии, чтобы обеспечить качественные медицинские услуги, поддержать устойчивое финансирование систем здравоохранения и содействовать всеобщему доступу» (129). В 2015 г. в 70% государств-членов Европейского региона ВОЗ проводилась активная национальная политика или стратегия по электронному здравоохранению (130). Электронное здравоохранение широко используется в различных странах Европы, особенно в ее западной и центральной частях, для оказания помощи при хронических заболеваниях (131, 132) и для поддержки независимого проживания и безопасности пожилых пациентов (133).

В Дании введена в масштабах всей страны система электронных карт пациентов и программа электронного здравоохранения, обеспечивающие связь семейных врачей с другими специалистами, аптеками, лабораториями и больницами через систему отправки сообщений с электронными рецептами и направлениями. Это способствует эффективной координации между различными службами и повышению уровня преемственности в оказании помощи (134). Используя методы электронного здравоохранения, Дания также успешно расширила масштабы применения системы домашнего мониторинга пациентов с хроническими респираторными заболеваниями (135).

Мальта использует цифровые инновации и средства ИКТ для максимального приближения медицинской помощи к местам проживания граждан, предоставив врачам общей практики

возможность направлять пациентов на лабораторные и рентгенологические обследования, получать результаты и знакомиться с выписными эпикризами после проведенного стационарного лечения с помощью специального приложения (74).

В Туркменистане усовершенствована практика ведения пациентов с НИЗ благодаря следующим инновациям: внедрение системы электронного документооборота с ведением индивидуальных медицинских карт для всех жителей; применение системы телемедицины (использование ИКТ для медицинского обслуживания на расстоянии), обеспечивающей связь между медицинскими учреждениями; использование мобильной телефонии для рассылки SMS-сообщений, содержащих медицинскую информацию, напоминания, мотивационные тексты и другие сведения для повышения уровня непрерывности в оказании медицинской помощи (74).

Кипр начал процесс реформирования системы здравоохранения, внедрив новую модель для оптимизации предоставления услуг путем наращивания масштабов компьютеризации во всех медицинских учреждениях. Это позволит применять клинические протоколы и обеспечивать выполнение клинических целевых показателей с контролем и обеспечением качества в целях повышения параметров результативности, эффективности и гибкого реагирования медицинских услуг (74).

В Израиле цифровизация медицинских данных и почти повсеместное применение высококачественных электронных медицинских записей позволяют разрабатывать и использовать национальные реестры для мониторинга частоты возникновения и распространенности различных расстройств, например таких, как диабет. На этой основе также генерируются прогностические показатели для выявления лиц, подверженных повышенному риску развития хронических заболеваний и ухудшения состояния здоровья (74).

Румынии удалось существенно улучшить показатели непрерывности в предоставлении услуг медицинской помощи благодаря внедрению Национальной системы уникальной информации, практики электронной выписки рецептов и систематического использования врачами общей практики электронных карт пациентов (74).

В Греции введенная в 2010 г. система электронного назначения лекарств в настоящее время охватывает все выписываемые рецепты, став мощным инструментом совершенствования услуг и планирования работы системы здравоохранения. В 2018 г. страна сделала еще один шаг вперед, введя в практику электронные медицинские карты (74).

По меньшей мере в 24 странах Европы (главным образом в ее западной, центральной и южной частях, включая такие страны, как Дания, Испания, Кипр, Нидерланды и Финляндия), электронное здравоохранение успешно применяется в оказании комплексной помощи силами многопрофильных бригад при ведении случаев полиморбидности, особенно для пожилых пациентов, в ПМСП, для согласования услуг на различных уровнях и при оказании помощи на дому (136). Во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии, таких как Казахстан (137) и Российская Федерация (138), получили распространение различные инициативы в области телемедицины, нацеленные на охват недостаточно обслуживаемых и удаленных территорий услугами специализированной кардиологической, пульмонологической и неврологической помощи.

В ряде европейских государств-членов, в том числе в таких странах, как Венгрия, Нидерланды, Словения, Соединенное Королевство и Эстония, внедрены инновации

в системы оказания помощи в целях предоставления комплексных, всесторонних и ориентированных на нужды людей услуг ПМСП, включающих в качестве одного из основных компонентов вмешательства в сфере общественного здравоохранения.

Венгрия в 2012 г. ввела в действие инновационную модель организации услуг ПМСП с упором на общественное здравоохранение и с применением виртуального сервисного центра. Модель призвана повысить показатели здоровья венгерского населения и сократить неравенства в отношении здоровья, особое внимание при этом уделяется наименее обеспеченным регионам страны (139). В этой системе кластеры медицинских практик, каждый из которых охватывает 40–50 тысяч жителей, формируют многопрофильные бригады медицинских работников (включающие, например, специалистов в области общественного здравоохранения, общинных медицинских сестер, физиотерапевтов, диетологов и медицинских психологов) для предоставления всеобъемлющего набора услуг ПМСП (в том числе ранее недоступных) на всех этапах оказания помощи, а также для планирования и реализации услуг общественного здравоохранения (140).

Бывшая югославская Республика Македония в 2013 г. ввела в действие комплексную информационную систему здравоохранения, которая позволяет врачам ПМСП прозрачным образом планировать направления пациентов к специалистам с помощью электронных средств. Применение этого механизма содействовало повышению производительности труда, сокращению времени ожидания и оптимизации использования потенциала служб здравоохранения (141).

Одна из наиболее всеобъемлющих, комплексных и координированных систем ПМСП в мире разработана в Нидерландах. Сочетая в себе принципы изложенных выше стратегий, эта система в значительной степени ориентирована на семейную медицину, деятельность многопрофильных бригад, эффективное использование кадров здравоохранения, применение инновационных медицинских технологий и информационных систем (см. вставку 6). На службы ПМСП приходится свыше 95% от всех эпизодов оказания медицинской помощи в стране. Коллеги семейных врачей предоставляют услуги во внерабочие часы и обеспечивают координированное и непрерывное оказание помощи при хронических заболеваниях. По имеющимся оценкам, почти четвертая часть общего снижения преждевременной смертности, достигнутого в Нидерландах, обусловлена работой служб ПМСП (142, 143).

Вставка 6. Инновации в области ПМСП в Нидерландах

ПМСП в Нидерландах опирается на принципы учета нужд пациента, социальной справедливости и объективно обоснованного оказания помощи, предоставляемой многопрофильными бригадами (144). В дополнение к семейным врачам и медицинским сестрам, работающим в составе врачебной практики или самостоятельно, в состав бригад ПМСП входят местные медицинские работники следующих категорий: районные медицинские сестры, которые оказывают помощь на дому пациентам с хроническими заболеваниями и пожилым гражданам; акушерки, которые предоставляют основную часть дородовой помощи, а также помощи при родах и в послеродовом периоде в местном сообществе; диетологи; физиотерапевты; общинные фармацевты; психологи (145).

Бригады ПМСП координируют вмешательства на популяционном уровне и в области общественного здравоохранения, используя набор реестров пациентов, которые позволяют обеспечить надлежащий охват населения в целях принятия мер укрепления здоровья, профилактики – например, вакцинации детей и взрослых (146), – скрининга и проактивного управления рисками (например, в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (147, 148).

В Нидерландах также внедрена инновационная модель оказания помощи на дому при хронических заболеваниях (известная как «модель Бюртзорг» или «оказание помощи по соседству»). Разработанная районными медицинскими сестрами, эта модель предусматривает использование ИКТ и средств электронного здравоохранения в целях интегрирования помощи на дому с социальными услугами, ПМСП и другими формальными и неформальными видами поддержки для предоставления высококачественных услуг, ориентированных на нужды людей, и для повышения уровня самопомощи и независимости пациентов (149, 150). В стране активно проводятся научные исследования по проблемам ПМСП на базе практикующих учреждений. Все центры ПМСП компьютеризированы, обеспечены развернутыми информационными системами и инструментами электронного здравоохранения, которые позволяют собирать и предоставлять необходимые данные для осуществления адресных вмешательств, непрерывного совершенствования помощи и проведения исследований для обоснования политики и практики (151).

Другие инновационные инициативы поступают из стран, сталкивающихся с высоким бременем факторов риска НИЗ, таких как употребление алкоголя. В Черногории разработана национальная программа скрининга на уровне ПМСП для раннего выявления лиц старше 15 лет, злоупотребляющих алкоголем, с особым вниманием к наиболее социально незащищенным группам населения. Эта программа осуществляется в рамках текущего процесса реформ, направленных на предоставление всесторонних координированных услуг здравоохранения в целях улучшения показателей здоровья и сокращения неравенств в этой области. Врачи общей практики проводят скрининг и направляют выявленных лиц в специализированный центр для оценки уровня риска. При необходимости осуществляется «краткое противоалкогольное вмешательство» (КПВ), состоящее из консультации, предоставления просветительных сведений, мониторинга и направления к специалистам для проведения лечения (74).

Шотландия в 2011 г. ввела в действие противоалкогольный закон, нацеленный на сокращение потребления алкоголя посредством запрета на торговые скидки в зависимости от величины покупки, ограничения демонстрации и рекламы алкоголя в торговле навынос и установления минимальных цен. В соответствии с данным законом была также создана национальная программа КПВ в качестве одного из ключевых приоритетов Шотландской национальной службы здравоохранения. В течение двух лет после начала реализации программы ежегодно проводилось 80 000 КПВ. Этот показатель поддерживался примерно на том же уровне и в последующие годы (152, 153) (см. вставку 7).

Вставка 7. Инновации в ПМСП в Шотландии, направленные на сокращение потребления алкоголя

Шотландия внедрила национальную программу КПВ в качестве компонента всесторонней стратегии борьбы с алкоголем, наряду с мерами, направленными на ценообразование, доступ к алкогольной продукции, маркетинг и общественное информирование, а также оказание помощи по лечению алкогольной зависимости. В число приоритетных объектов для проведения консультаций вошли медицинские учреждения с хорошо развитой научно-доказательной базой, учреждения первичной медико-санитарной помощи (где предоставляется примерно 60% КПВ), учреждения скорой медицинской помощи, а также дородовой помощи, где проведение КПВ расценивается как максимально обоснованное с этической точки зрения (154, 155).

Учреждениям ПМСП были предоставлены финансовые стимулы для проведения КПВ, установлены целевые показатели с возложением на местные органы здравоохранения ответственности за их выполнение. Кроме того, были выделены финансовые ресурсы на обучение персонала, ИКТ и наем вспомогательного персонала. После ввода в действие всесторонней национальной алкогольной стратегии и программы КПВ были достигнуты определенные улучшения в показателях вреда от алкоголя. Через год после введения в силу закона об алкоголе объемы продаж алкоголя на вынос из расчета на одного взрослого человека снизились на 2,6%. В реализации программы приняли участие многие отрасли, в том числе органы здравоохранения, образования и охраны правопорядка, а также частный сектор (154, 155).

Программа КПВ оказала полезное влияние на пациентов, и кроме того, данная инициатива позволила тысячам медицинских работников получить более полную информацию о вредном воздействии алкоголя. Она также содействовала повышению уровня осведомленности об эффективных вмешательствах противоалкогольной политики на уровне всего населения, которые обсуждались в рамках проведения учебных мероприятий (154, 155).

Инновации, внедряемые в Европейском регионе в ответ на тяжелое и все увеличивающееся бремя НИЗ, иллюстрируют процесс претворения региональных направлений политики и стратегий в эффективные практические действия. Страны обменялись опытом осуществления этих инноваций на состоявшемся в апреле 2018 г. в Ситжесе, Испания, совещании высокого уровня «Системы здравоохранения в борьбе с НИЗ: опыт Европейского региона». Это мероприятие послужило площадкой для межстранового обсуждения уроков из практики государств-членов и дало основополагающий материал для разработки региональной программы действий по эффективному управлению НИЗ (154).

Инновации сосредоточены на таких направлениях, как преобразование индивидуальных услуг здравоохранения, ориентированное на комплексную многопрофильную ПМСП (см. вставку 8); подготовка кадровых ресурсов, отвечающих требованиям сегодняшнего дня, для решения текущих и возникающих задач (см. вставку 9); стратегии финансирования

здравоохранения в поддержку наращивания ключевых вмешательств и услуг в отношении основных НИЗ (см. вставку 10); разработка и внедрение новых информационных решений в системе здравоохранения для борьбы с НИЗ (см. вставку 11) (155).

Вставка 8. Преобразование индивидуальных услуг здравоохранения, ориентированное на комплексную многопрофильную ПМСП

Каталония, начав в 1985 г. процесс преобразования своих служб ПМСП, разбила территорию на базовые регионы здравоохранения, примерно по 20 000 жителей, которые обслуживаются многопрофильными бригадами ПМСП. В состав бригад входят семейные врачи, педиатры, стоматологи, педиатрические медицинские сестры и медицинские сестры ПМСП, помощники медицинских сестер, социальные работники и вспомогательный административный персонал. Эти бригады предоставляют всесторонние, ориентированные на удовлетворение нужд населения услуги, включая диагностику и лечение, профилактику, меры поддержания и укрепления здоровья и просвещение по вопросам здоровья. При этом используются новые технологии, которые позволили перенести услуги по ведению многих хронических состояний из стационара на уровень ПМСП (156).

Начиная с 2013 г. подготовка специалистов по ПМСП в Испании проводится по группам, в которых медицинские сестры и врачи работают вместе в одних и тех же отделениях и приобретают навыки взаимного сотрудничества с самых ранних этапов своей карьеры. Такое обучение включает тематику профилактической медицины и укрепления здоровья – важнейшие области компетенции для всей многопрофильной бригады (74).

Одна из основных задач первого этапа реформы здравоохранения в Австрии (2013–2016 гг.) состояла в предоставлении услуг ПМСП для 1% населения (80 000 человек) посредством новых многопрофильных бригад ПМСП. На втором этапе (2017–2021 гг.) планируется создать 75 дополнительных центров и сетей ПМСП для охвата 10% населения (74).

Эстония разработала успешную модель ПМСП, ориентированную на семейную медицину, в соответствии с которой населению предоставляются всесторонние услуги, позволяющие перенести ряд видов помощи для пациентов с НИЗ со стационарного уровня в ПМСП. Страна продолжает преобразование своей системы ПМСП путем перехода к групповым практикам с задействованием многопрофильных бригад и надлежущей системы стимулов для достижения оптимального масштаба мероприятий, повышения уровня ориентированности на нужды пациентов, обеспечения комплексного ведения случаев с бесперебойным переходом пациентов от одних звеньев системы к другим, а также для повышения уровня последовательности

и координации оказания помощи. Новые групповые практики будут действовать в пределах зон в условиях межсекторального сотрудничества с местными органами власти в целях повышения уровня здоровья населения и воздействия на социальные детерминанты (157).

В Болгарии в 1999 г. был принят Закон о медицинских учреждениях, установивший возможность предоставления амбулаторных услуг на основе индивидуальной и групповой общеврачебной практики, медицинских и стоматологических центров и независимых диагностических центров (74).

В Боснии и Герцеговине были улучшены показатели качества и непрерывности оказания помощи благодаря преобразованию существующих медицинских центров в Республике Сербской в центры семейной медицины, укомплектованные многопрофильными бригадами. Страна направила значительные усилия на подготовку семейных врачей, медсестер и других специалистов здравоохранения в целях модернизации деятельности медицинских центров и повышения подотчетности (74).

В Андорре аналогичным образом сформированы многопрофильные бригады ПМСП, состоящие из семейных врачей, медицинских сестер по оказанию помощи пациентам с диабетом, социальных работников, специалистов по патологии стопы (подиатров), стоматологов и психологов (156).

Турция в 2010 г. внедрила модель семейной медицины, предусматривающую предоставление непрерывных, всесторонних и качественных услуг ПМСП силами отделения семейного здоровья в составе семейного врача и инспектора по здоровью семьи, работающих как одна команда. За прошедший с того времени период в стране были обеспечены возможности для предоставления услуг ПМСП с соблюдением принципа социальной справедливости, расширен охват бесплатной помощью, а также повышен уровень использования услуг ПМСП в общенациональном масштабе, при этом улучшились показатели справедливости, эффективности, здоровья населения, финансовой защиты и удовлетворенности пользователей (74).

Греция в 2017 г. приняла закон, предписывающий создание многопрофильных местных бригад для работы на двух уровнях ПМСП (местные медицинские подразделения и медицинские центры, в которых представлены многочисленные медицинские специальности), а также обязательную постановку всех жителей на учет у семейных врачей. К концу 2018 г. будут действовать 120 местных медицинских бригад, осуществляя активные мероприятия среди населения по профилактике болезней и укреплению здоровья. Эти реформы направлены на устранение основных узких мест в системе здравоохранения Греции путем расширения доступа, повышения уровня координации, преемственности и качества услуг (74).

Вставка 9. Развитие кадровых ресурсов, которые отвечают своему назначению

Кадровые ресурсы играют ключевую роль в эффективном и результативном функционировании систем здравоохранения и в управлении НИЗ. Политика и стратегии в вопросах кадрового обеспечения здравоохранения необходимы странам для привлечения, найма и удержания надлежащего числа работников, обладающих требуемыми навыками и компетенциями.

В 2015 г. Департамент здравоохранения и социальной помощи Англии использовал процессы системного анализа и моделирования для прогнозирования характеристик спроса на оказание помощи при НИЗ и хронических состояниях на период до 2035 г. в целях обеспечения необходимых навыков, компетенций и численности кадров для удовлетворения будущих потребностей (158).

В Узбекистане применяются методы медицинского образования для переподготовки врачей по специальности «врач общего профиля» в целях улучшения кадрового обеспечения сельских и недостаточно обслуживаемых регионов страны (159).

В Германии генеральный план медицинского образования на период до 2020 г. включает меры, направленные на привлечение выпускников медицинских факультетов в систему ПМСП в недостаточно обслуживаемых и сельских районах путем, например, предоставления грантов или субсидирования 10% студенческих мест для абитуриентов, которые после завершения учебы и специализации по общеврачебной практике в течение 10 лет проработают в сельской местности. В плане также содержатся меры по дальнейшему повышению уровня подготовки врачей общего профиля (74).

Швейцария в 2012 г. приступила к осуществлению генерального плана развития семейной медицины и базовой медицинской помощи, в соответствии с которым приняты многочисленные меры по укреплению ПМСП, в том числе касающиеся оплаты труда, повышения внимания к данной теме в академической сфере и в научных исследованиях, образования и профессиональной подготовки кадров для привлечения талантливых молодых специалистов (74).

В Азербайджане категория «семейный врач» внесена в страновой перечень должностей медицинских работников. В сотрудничестве с Турцией страна также осуществила программу подготовки инструкторов по семейной медицине для врачей и медсестер учреждений ПМСП в пилотных районах в рамках реформы ПМСП (160).

Во многих странах внесены изменения в действующие программы обучения, так чтобы врачи могли уделить больше времени вопросам семейной и общей практики. Румыния в 2017 г. продлила учебную программу последипломной подготовки с трех до четырех лет, а Греция

в 2018 г. – с четырех до пяти лет (74). Аналогичным образом Эстония в ближайшее время продлит свою трехлетнюю программу ординатуры до четырех лет (74).

В большинстве стран Европейского региона разработаны стратегии развития кадровых ресурсов и финансирования, предусматривающие расширение сферы деятельности медицинских сестер в учреждениях ПМСП, особенно в таких областях, как поддержание и укрепление здоровья, профилактика и ведение хронических заболеваний, включая НИЗ (161). В частности, делегирование функций практикующим медицинским сестрам и другим категориям медицинских сестер с более высокой квалификацией позволяет им проводить наблюдение и регулярные профилактические осмотры, плановое лечение и вторичную профилактику при распространенных НИЗ или в их стабильной фазе (162, 163).

В Словении в 2002 г., в рамках национальной программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, в местных учреждениях здравоохранения на всей территории страны были созданы центры укрепления здоровья. Основная роль этих центров, которые объединили ранее разрозненные мероприятия, заключается в осуществлении вмешательств, направленных против факторов риска НИЗ. Одновременно была повышена ответственность общеврачебных практик за проведение профилактических осмотров и направление пациентов, подверженных повышенному риску, в центры укрепления здоровья, где они могут бесплатно получить помощь для оздоровления образа жизни (74).

В 2011 г. Словения также внедрила «модельную практику» по семейной медицине, в соответствии с которой совместно с группой семейных врачей работает, на условиях неполной занятости, дипломированная медицинская сестра; в ее обязанности входит скрининг на факторы риска хронических заболеваний, профилактическое консультирование и помощь в ориентировании пациентов с хроническими заболеваниями в процессе прохождения через звенья системы здравоохранения. В настоящее время такой подход используют почти все практики ПМСП, благодаря чему свыше половины взрослого населения проходит скрининг для выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе связанных с образом жизни (74).

Вставка 10. Стратегии финансирования здравоохранения в поддержку наращивания основных вмешательств и услуг в связи с НИЗ

В странах Европейского региона разработаны инновационные механизмы финансирования в целях обеспечения межсекторальных вмешательств по управлению НИЗ и их факторами риска, а также для воздействия на социальные детерминанты НИЗ (155). Финляндия

предоставляет финансирование из национальных фондов местным органам в целях укрепления межсекторального сотрудничества, осуществления мероприятий для повышения уровня физического, психического и социального благополучия граждан и сокращения неравенств по показателям благополучия и здоровья. В Литве Государственный фонд укрепления общественного здоровья наделен возможностью использовать часть своих доходов от налогообложения алкогольной продукции для финансирования проектов, относящихся к НИЗ (155).

В Англии Объединенное управление Большого Манчестера консолидировало фонды для нужд здравоохранения и социальной поддержки в целях разработки комплексных межсекторальных действий для оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Это управление также сотрудничает с Департаментом трудоустройства и пенсий для оказания помощи в медицинском обслуживании и трудоустройстве, особенно лицам, страдающим хроническими нарушениями опорно-двигательного аппарата и психического здоровья (155).

Швейцарская организация по укреплению здоровья получает отчисления от ежегодных дополнительных сборов в рамках взносов по медицинскому страхованию, которые она использует для финансирования межсекторальных проектов, согласующихся с ее стратегическими целями (например, в отношении популяризации здорового питания, развития физической активности и охраны психического здоровья). Аналогичные схемы внедрила Фонд здравоохранения Австрии, а также недавно созданный в Литве Государственный фонд укрепления общественного здоровья (155).

В странах используются различные методы оплаты труда поставщиков услуг для стимулирования работников ПМСП в целях координации и эффективного оказания помощи лицам, страдающим от одного или более хронических нарушений здоровья. Так, например, в Австрии, Венгрии, Германии и Франции введены доплаты за координацию вмешательств по оказанию помощи и профилактике НИЗ (106).

Эстония в 2006 г. внедрила «Схему бонусов за качество» – добровольную систему платы за показатели качества, привязанную к объективно обоснованным практическим руководствам по ведению НИЗ. Также, в качестве компонента всестороннего подхода к укреплению ПМСП, внедрены информационные системы, измеряющие показатели деятельности семейных врачей. В качестве скромного стимула (в размере 2% от бюджета, выделенного на ПМСП) применяется финансовое поощрение семейных врачей для поддержки процессов более эффективного раннего выявления и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Последовавшие изменения в практике медицинских работников были обусловлены как данными стимулами, так и соответствующей информацией, которую получили семейные врачи (164). Уроки из опыта осуществления

данной программы позволили правительству Эстонии рассмотреть возможность переориентирования моделей ПМСП от мелких практик с одним-двумя семейными врачами к групповым практикам, представленным многопрофильными бригадами.

Другие страны внедряют крупномасштабные инновации в сфере финансирования и предоставления услуг. Так, например, в Венгрии введена в действие охватывающая два миллиона человек (20% от населения Венгрии) новая модель координации оказания помощи, в соответствии с которой аккредитованные поставщики, такие как врачи общей практики и поликлиники, предоставляющие амбулаторные услуги вторичного уровня, отвечают за координацию комплексных маршрутов оказания помощи пациентам по различным звеньям системы и предоставление помощи на своем конкретном уровне. Поставщики получают фиксированную подушевую плату, вознаграждение по показателям деятельности за документированное проведение профилактических программ, а также долю от сэкономленных средств в результате повышения эффективности и результативности услуг и сокращения числа госпитализаций (155).

Вставка 11. Разработка и внедрение информационных решений в систему здравоохранения в контексте борьбы с НИЗ

Страны используют информационные системы, анализ данных и их моделирование для более полного выявления лиц, подверженных риску заболеваний или ухудшения здоровья (в типичных случаях людей с множественными хроническими состояниями), оказание помощи которым потребует значительной доли ресурсов здравоохранения. Основная цель – обеспечить надлежащую расстановку приоритетов и оптимизировать целевое использование ресурсов и проведение вмешательств.

В Израиле используется стратификация риска и прогностическое моделирование для выявления лиц с высоким риском ухудшения здоровья и для разработки новых моделей оказания помощи в контексте предоставления высоко индивидуализированных вмешательств на уровне ПМСП в целях профилактики ухудшения состояния здоровья и предотвращения госпитализаций, в том числе повторных (165–167).

В итальянском регионе Венето также внедрено прогностическое моделирование для более эффективного выявления случаев и стратификации риска в целях совершенствования координации помощи на уровне ПМСП и адресного оказания помощи лицам, подверженным рискам (168). Аналогичным образом в регионе Ломбардия стратификация риска используется для диагностики НИЗ и коморбидных состояний, а также для улучшения координации и преемственности в оказании помощи на уровне ПМСП (155).

В Испании давно используются процессы стратификации риска для выявления случаев и обоснования адресных и комплексных мер оказания помощи и индивидуализированного ведения пациентов с полиморбидными и сложными хроническими состояниями (169). В двух испанских автономных сообществах – Каталонии (170) и Стране Басков (171) – также применяется прогностическое моделирование для распределения ресурсов, особенно для расчета подушевых выплат с учетом риска.

В Дании, Израиле, Каталонии и Эстонии, где разработаны национальные или региональные информационные системы здравоохранения на основе цифровых технологий, также внедрены системы обмена информацией здравоохранения, которые соединяют электронные карты пациентов с поставщиками медицинской помощи в целях предоставления координированных и комплексных услуг. В Дании и Каталонии применяются также системы обмена медицинской информацией, к которым пациенты с хроническими заболеваниями получают доступ через мобильные приложения, устанавливаемые по рекомендации медицинских работников, для того чтобы иметь возможность самостоятельно контролировать состояние своего здоровья (155).

К 2015 г. 62% государств-членов включили принципы телемедицины (удаленное предоставление услуг здравоохранения, в частности наблюдение за состоянием пациента, меры укрепления здоровья и функции общественного здравоохранения) в свои направления политики или стратегии. При этом 83% стран использовали телерентгенологию, 72% – удаленное наблюдение за состоянием пациента и 63% – телепатоморфологию. Страны используют методы телемедицины в контексте оказания помощи при хронических заболеваниях, в частности в области кардиологии, для проведения эхокардиографии, в диагностике и лечении нарушений мозгового кровообращения, диабетической ретинопатии и в лечении диабетических язв (130).

В Шотландии создано пять сетей «Телеинсульт» для оказания помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения и, при необходимости, своевременного проведения тромболиза. Норвегия внедрила мобильное приложение для оказания самопомощи и удаленного мониторинга пациентов с сахарным диабетом, позволяющее медицинским работникам осуществлять наблюдение и консультирование пациентов (172).

Беларусь в 2008 г. ввела в действие национальный диабетический реестр, который охватывает более 96% пациентов с установленным диагнозом диабета. Сведения из реестра могут получать медицинские работники всех областей страны. Это позволило оптимизировать распределение ресурсов на основе спроса и привело к общему улучшению планирования услуг здравоохранения (173).

Через четыре десятилетия после подписания Алма-Атинской декларации (3) перед странами Европейского региона открываются новые возможности для инноваций в сочетании

с мощными стимулами для улучшения здоровья и повышения уровня благополучия и использования благотворного влияния этих достижений на экономический рост и устойчивое развитие. Поэтому перед разработчиками политики стоит вопрос не о том, «нужны ли» преобразования систем здравоохранения, направленные на повышение их устойчивости, эффективности и ориентации на нужды людей, а только о том, «каким образом» решить эту задачу. В следующем разделе более подробно освещены основные характеристики и принципы организации инновационных моделей ПМСП, вопросы и соображения, которые необходимо учитывать при осуществлении стратегических изменений, а также важнейшие уроки из опыта реализации крупномасштабных преобразований системы здравоохранения.



Credit: WHO/Igor Vrabie

4. Преобразование во имя будущего: наращивание темпов внедрения инноваций в ПМСП

4.1. Характеристики инновационных моделей ПМСП в Европе

Европейские государства-члены успешно внедряют инновационные модели ПМСП, позволяющие укрепить социальную справедливость, добиться большей эффективности, результативности, гибкого реагирования на нужды людей и устойчивости своих систем здравоохранения к неблагоприятным внешним воздействиям, а также улучшить показатели здоровья, повысить уровень удовлетворенности пользователей и сократить финансовые риски. Страны готовы наращивать масштабы и темпы внедрения таких инноваций, обмениваясь полезными уроками из опыта на региональном и глобальном уровне.

Каждая из инновационных моделей обладает конкретными характеристиками, отражающими различные условия разработки и внедрения, однако все они имеют и множество общих черт. Инновационные модели ПМСП, появившиеся в Европейском регионе, характеризуются следующими десятью важными особенностями (174, 175).

- 1. Ориентация на нужды людей.** Комплексная направленность не на отдельные болезни, а на потребности индивидуума в целом.
- 2. Интеграция.** Объединение отдельных вмешательств по поводу конкретных заболеваний в целях предоставления комплексной, ориентированной на нужды людей помощи и обеспечения охраны общественного здоровья, а также консолидация усилий в области укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения и ухода посредством деятельности многопрофильных бригад, способных оказывать надлежащую помощь пациентам с полиморбидными состояниями.
- 3. Координация.** Речь идет об обеспечении согласованности мер по оказанию помощи конкретному пациенту посредством маршрутов комплексного предоставления услуг на всех этапах и всеми службами, о координации вмешательств на индивидуальном уровне и в сфере общественного здравоохранения на всех этапах жизни, а также о координации межсекторальных действий, направленных на социальные детерминанты здоровья..
- 4. Всесторонний характер.** Предоставление основного набора вмешательств в рамках всей цепочки медицинских услуг, включая санитарное просвещение и укрепление здоровья, скрининг, профилактику болезней, диагностику, оказание помощи при острых и хронических состояниях (в том числе психических расстройствах) и множественных нарушениях здоровья, обеспечение паллиативной помощи, а также ухода на конечном отрезке жизни.
- 5. Преимущество.** Предоставление всего необходимого объема помощи с соблюдением непрерывности и последовательности на всех этапах жизни для отдельных лиц, семей и групп населения.
- 6. Особое внимание к потребностям населения.** Повышенная ответственность за охрану здоровья и благополучия населения, включая социальные детерминанты здоровья.
- 7. Инклюзивность.** Предоставление прав и возможностей многопрофильным медицинским бригадам, гражданам и сообществам для широкого участия в процессах выбора, планирования и предоставления услуг.
- 8. Подотчетность.** Ключевое условие эффективного предоставления высококачественных, безопасных и гибко реагирующих услуг с измеримыми результатами, которые являются прозрачными и общедоступными.
- 9. Прочная база фактических данных.** Создается благодаря культуре тщательных исследований, профессионального развития, применения методических руководств, маршрутов оказания комплексной помощи и систем в поддержку принятия решений.
- 10. Технологическая интеграция.** Использование соответствующих технологий, данных и аналитических решений для комплексного и бесперебойного предоставления информации на индивидуальном уровне в целях обеспечения максимальной эффективности, результативности, гибкого реагирования и надлежащего характера оказываемой помощи.

4.2. Организационные принципы преобразования ПМСП

В дополнение к вышеописанным 10 характеристикам инновационных моделей ПМСП министры и другие лидеры с опытом руководства процессами трансформирующих реформ указали на 11 важных организационных принципов для преобразования ПМСП. Эти принципы полезно учитывать в странах при планировании перехода к инновационным, всесторонним, ориентированным на нужды людей и координированным моделям ПМСП (174, 175).

- 1. Стратегический подход к преобразованию с тщательным определением последовательности изменений.** Наличие четкой стратегии помогает определить концептуальное видение ПМСП и вовлечь заинтересованные стороны в процесс совместного формулирования проблем и разработки путей их решения. Наряду с этим необходимо тщательно планировать поэтапный процесс реализации с учетом местных реалий, возможностей и на основе непрерывного извлечения уроков из опыта.
- 2. Четкое описание концепции и процесса преобразования ПМСП.** Четкое описание имеет важнейшее значение для обоснования преобразований в ПМСП, разъяснения пользы для заинтересованных сторон и легитимизации изменений. Описание, которое дает надежду, формирует чувство ответственности и внушает всем задействованным сторонам уверенность в успехе реформ, может помочь в создании коалиций надежных участников процесса и в стимулировании поступательного движения в сторону преобразований.
- 3. Реально проявляющееся и устойчивое лидерство.** Устойчивое политическое и организационное лидерство имеет ключевое значение для внедрения новых нормативно-правовых инструментов и стратегий, осуществления стратегических изменений и организационного закрепления преобразований ПМСП.
- 4. Позиционирование ПМСП в качестве центрального элемента системы здравоохранения.** Неправильное представление о том, что ПМСП – это «базовый» или «минимально необходимый» набор услуг, стало тормозом в ее развитии. ПМСП, основанная на работе семейных врачей и многопрофильных бригад, должна быть поставлена в центр систем здравоохранения для решения текущих и будущих системных задач и использования тех возможностей, которые открываются благодаря инновациям.
- 5. Гибкие подходы к вопросам организационного планирования.** Гибкие организационные модели важны для стимулирования инноваций, разработки новых моделей ПМСП и создания возможностей для вовлечения различных категорий поставщиков в предоставление услуг ПМСП. Инновации в организационных моделях имеют большое значение для расширения возможностей пациентов при выборе поставщиков ПМСП, а также для развития эффективных, результативных, гибко реагирующих и социально справедливых услуг здравоохранения.
- 6. Расширение прав и возможностей бригад ПМСП и местных сообществ, участвующих в принятии решений, со строгим соблюдением подотчетности.** Расширение прав и возможностей бригад ПМСП и местных

сообществ помогает повысить уровни участия в принятии решений, автономии, гибкого реагирования на нужды населения и улучшить местную подотчетность. Четкая ответственность за пациентов, которую несет конкретная бригада ПМСП или семейный врач, – это важный принцип, убедительно зарекомендовавший себя в успешных моделях ПМСП.

7. Социально справедливое и эффективное распределение ресурсов.

Преобразования ПМСП можно осуществить и стабильно закрепить только в том случае, если разработаны и внедрены надлежащие механизмы расстановки приоритетов, а также распределения и рационального использования ресурсов. При этом необходимо учитывать текущие и будущие потребности и параметры спроса, проявления социальной несправедливости в отношении детерминант здоровья, а также характеристики распределения предлагаемых услуг здравоохранения. В ряде стран Европейского региона разработаны механизмы распределения ресурсов, рассчитанные на повышение уровня социальной справедливости – с выделением финансовых и других средств регионам, где они более всего нужны, но без создания трудностей для действующих процессов предоставления услуг.

8. Эффективное использование методов оплаты труда поставщиков с целью создания стимулов для улучшения показателей деятельности.

Методы оплаты труда поставщиков можно успешно использовать для создания стимулов в целях формирования сферы охвата и структуры услуг ПМСП и совершенствования деятельности данной системы, например путем содействия интеграции, повышения эффективности и результативности услуг, а также улучшения показателей здоровья.

9. Многопрофильные бригады, отвечающие текущим и будущим требованиям.

Успешные модели ПМСП опираются на многопрофильные бригады, часто возглавляемые семейными врачами. В их состав в типичных случаях входят работники врачебных практик (например, общепрактикующие или семейные врачи, педиатры, гинекологи и практикующие медицинские сестры, а также управленческий и административный персонал) и специалисты здравоохранения, работающие на базе местного сообщества (например, акушерки, патронажные медработники, специализированные общинные медицинские сестры, диетологи, оптометристы, физиотерапевты и фармацевты местных аптечных учреждений).

10. Переориентация от лечения болезней в режиме реагирования к проактивному управлению состоянием здоровья и его детерминантами.

Преобразование ПМСП должно предусматривать фундаментальный сдвиг к использованию моделей, содействующих укреплению здоровья и благополучия на всех этапах оказания помощи и на протяжении всей жизни, снижению рисков и эффективному воздействию на социальные детерминанты здоровья. Такие модели должны обеспечивать расширение прав и возможностей граждан и сообществ и их участие в решении вопросов охраны здоровья в качестве полномочных партнеров, а не пассивных получателей услуг здравоохранения. Осуществление на практике этого фундаментального сдвига потребует среди прочего:

- изменения в системах вознаграждения с созданием стимулов для улучшения здоровья на индивидуальном и популяционном уровне;

- формирования сетей ПМСП, достаточно крупных для обеспечения популяционных подходов и достаточно мелких для предоставления индивидуально ориентированных услуг;
- расширения роли ПМСП в проведении оценки, расстановке приоритетов, стратегическом планировании и осуществлении вмешательств в области общественного здравоохранения и на межсекторальном уровне с управлением общественными ресурсами в интересах местной системы здравоохранения.

11. Непрерывная оценка и извлечение уроков из опыта. Эти направления деятельности являются важнейшим условием для разработки гибкого и объективного подхода к преобразованию ПМСП, в котором учитываются изменения в контексте и в процессах осуществления. Извлечение уроков из опыта имеет важнейшее значение для реагирования на проблемы по мере их возникновения в ходе работы и для эффективного обеспечения готовности к их преодолению, а также для учета исходных предпосылок и отзывов заинтересованных сторон по вопросам преобразований.

4.3. Вопросы и соображения относительно стратегических изменений

Стратегические изменения предусматривают общесистемные сдвиги (например, такие как выработка новых направлений политики, пересмотр приоритетов и перераспределение ресурсов), а также оперативные модификации на организационном уровне (например, в подразделениях министерства здравоохранения, в финансирующих агентствах или в медицинских учреждениях). В этой связи возникают пять важных вопросов, которые руководители, разрабатывающие политику, должны рассматривать для обеспечения успешного преобразования ПМСП.

- 1. Чем обусловлена необходимость изменений?** Следует составить четкий описательный документ, формулирующий обоснование стратегических изменений, например новый социальный контракт с гражданами, устремления новых руководителей, существующие пробелы в деятельности системы здравоохранения, новые направления политики или необходимость ответа на возникающие вызовы. В этом тексте должны быть определены масштаб и степень остроты проблемы, подлежащей решению, очерчен полезный эффект предлагаемых стратегических изменений и описано то, как будет выглядеть успешная ситуация.
- 2. Что подлежит изменению?** В описании изменений необходимо изложить конечную цель, например улучшение показателей здоровья, сокращение неравенств в отношении здоровья или обеспечение финансовой защиты. Эта цель должна быть объединена с планом изменений и конкретными задачами, отвечающими принципу SMART – **S**pecific (специфичность), **M**easurable (измеримость), **A**chievable (достижимость), **R**ealistic (реалистичность), **T**ime-bound (привязка к контрольным срокам). Задачи должны обеспечивать баланс между очевидными краткосрочными «тактическими выигрышами» и более

долгосрочными «стратегическими результатами» в целях получения поддержки и обеспечения легитимности в отношении предлагаемых стратегических изменений.

- 3. Каков круг участников процесса изменений?** Огромную роль в достижении успеха играют непосредственные руководители действий по внедрению стратегических изменений, равно как и заинтересованные стороны, с которыми руководители советуются и которые должны быть вовлечены в процесс на его различных этапах. Ключевое значение для обеспечения устойчивых преобразований имеет оценка готовности (например, уровня амбиций, желаний, мотивации) и возможностей (например, навыков, ноу-хау и влияния) команды, отвечающей за руководство изменениями, четкое распределение функций и обязанностей, а также коллективные действия по формированию коалиции заинтересованных сторон.
- 4. Как будет происходить изменение?** В выбранной методике («теории изменений») должно быть определено, каким образом изменения будут внедряться, совершенствоваться в рамках повторного процесса и закрепляться на стабильном уровне. Вместе с тем, хотя планирование имеет большое значение, при распределении ресурсов необходимо обеспечивать баланс между усилиями по планированию и собственно практическим осуществлением преобразований.
- 5. Когда произойдут изменения?** Достижение стратегических сдвигов потребует «осознания неотложной необходимости» с установлением амбициозных, но реалистичных контрольных сроков и направлением усилий на достижение этапных показателей, целевых ориентиров и устойчивых изменений. Следует регулярно пересматривать прогресс и доводить результаты до сведения всех членов команды реформ и заинтересованных сторон, чья продолжающаяся поддержка этих стратегических изменений имеет важнейшее значение для их закрепления.

На практике даже тщательно продуманные директивные направления и планы стратегических изменений могут не привести к достижению целей в следующих ситуациях:

- не имеется четкого описания, обосновывающего преобразования;
- конечные цели и задачи недостаточно четко сформулированы или разъяснены;
- заинтересованные стороны нечетко определены или не полностью вовлечены в формирование «победной коалиции», поддерживающей изменения, в результате чего возникает сопротивление;
- не проводится повторное подтверждение основных положений с течением времени;
- не сформирована атмосфера актуальности или неотложности действий, так что люди возвращаются к привычной практике;
- не получены ранние тактические выигрыши для обоснования легитимности и широкой поддержки применительно к стратегическим изменениям;

- не сформулирована теория изменений – они осуществляются в спешке и с недостаточным пониманием сути; и/или
- нет утвержденных процедур для оценки текущего прогресса и распространения ее результатов, так что эта работа уходит на второй план по сравнению с другими событиями.

4.4. Крупномасштабные преобразования европейских систем здравоохранения: опыт и соображения, высказанные министрами и другими лицами, определяющими политику

Министры здравоохранения и другие руководители старшего звена из стран Европейского региона, которые добились успешных преобразований систем здравоохранения, отметили важность формирования восприимчивого контекста для осуществления крупномасштабных сдвигов (174, 175). Это предполагает понимание и, когда возможно, управление внешним контекстом преобразований, который включает проблемы и возможности, обусловленные давлением внешних условий, изменениями на макроэкономическом уровне, политическими факторами, социокультурными ожиданиями, технологиями, а также возникновением кризисных и чрезвычайных ситуаций. Не менее важно учитывать и внутренний контекст преобразований, а именно: качество и взвешенность проводимой политики, роль ключевых лидеров реформ, организационную культуру и взаимоотношения между клиницистами и менеджерами (176) (см. вставку 12).

Вставка 12. Основопологающие условия для крупномасштабных преобразований систем здравоохранения

Министры здравоохранения и другие руководители, определяющие политику, сформулировали следующие восемь основополагающих условий, в которых возможно эффективное формирование восприимчивого контекста для крупномасштабных преобразований систем здравоохранения:

1. обеспечение стратегической согласованности с четким концептуальным видением;
2. системный подход к изменениям;
3. учет взаимосвязей между ответами на вопросы «зачем», «что» и «каким образом» применительно к изменениям;
4. учет факторов профессиональной культуры;
5. формирование благоприятной среды с составлением

воодушевляющего и всестороннего текстового описания предполагаемых изменений;

6. стимулирование новых подходов к лидерству на основе коллективного и адаптивного руководства;
7. повышение уровня вовлеченности пациентов и населения;
8. всемерное содействие развитию и осуществлению политики на основе фактических данных (174, 175).

Анализ коллективного опыта министров и других руководителей, осуществивших крупномасштабные преобразования, позволил сформулировать ряд общих тем. В них подчеркивается важность следующих аспектов:

- формулирование долгосрочного концептуального видения;
- использование системного подхода к осуществлению преобразований;
- составление описательного текста для разъяснения сути преобразований;
- стимулирование адаптивных изменений путем создания восприимчивых контекстов;
- применение мер политики и управления здравоохранением, основанных на фактических данных;
- эффективное вовлечение критической массы заинтересованных сторон, особенно пациентов и населения;
- проведение процедуры «политического картирования» (систематического анализа политических факторов);
- сбалансированное использование вертикальных подходов в направлениях «сверху вниз» и «снизу вверх»;
- выбор между подходами к преобразованиям в форме «большого взрыва», «прерывистого равновесия» и «поэтапных изменений»;
- учет трудностей, сопряженных с наращиванием масштабов при крупных преобразованиях;
- проведение непрерывной оценки с распространением ее результатов, особенно при успехах, достигнутых на ранних этапах;
- организация прочного управления проектом с использованием средств ИКТ (174, 175).



Credit: Manfred Steppone

5. Выводы

В настоящее время в большей степени, чем когда-либо ранее, имеется потребность для преобразования ПМСП в целях решения растущих медико-санитарных и социальных проблем и сокращения углубляющихся неравенств в Европейском регионе ВОЗ путем соблюдения принципов Алма-Атинской декларации.

Через 40 лет после подписания эта декларация остается воодушевляющим и перспективным видением для стран – маяком, указывающим путь к достижению здоровья для всех. Возобновленное внимание ВОЗ к ПМСП и приверженность делу достижения ЦУР, которые направлены на обеспечение ВОУЗ, открывают уникальные возможности для реализации этого видения.

Несмотря на сохраняющиеся проблемы, опыт Европейского региона ВОЗ свидетельствует о реальной осуществимости инновационных преобразований для создания всесторонней, комплексной, ориентированной на нужды людей ПМСП, которая включает в себя общественное здравоохранение и составляет ядро систем здравоохранения.

Посредством инвестиций, инноваций и инклюзивности страны могут преобразовать ПМСП и обеспечить построение систем здравоохранения, гибко реагирующих на потребности населения, устойчивых к неблагоприятным внешним воздействиям и отвечающих всем требованиям XXI века, – систем, которые обеспечивают социально справедливую охрану здоровья и финансовую защиту, стимулируют рост экономики и общественного богатства в целях устойчивого развития в интересах всех людей, никого не оставляя без внимания.



Credit: Antoni Peris | Grao

6. Библиография

1. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1946 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf> , по состоянию на 1 октября 2018 г.).
2. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 58.33. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20610/WHA58_33-ru.pdf;jsessionid=6B-6FCF6D0E139975E53A7608D50BFF0A?sequence=1 , по состоянию на 1 октября 2018 г.).
3. 3. Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи: Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1978 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf , по состоянию на 1 октября 2018 г.).
4. Глобальная стратегия достижения здоровья для всех к 2000 году. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1981.
5. Chan M. Return to Alma-Ata. Lancet. 2008;372(9642):865–6. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61372-0.

6. Комиссия по социальным детерминантам здоровья, Всемирная организация здравоохранения. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/ru/>), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
9. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA64.9. Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-ru.pdf), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
10. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/67/81. Здоровье населения мира и внешняя политика. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2012 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81&Lang=R), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
11. План действий для глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2008–2013 годы. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf;jsessionid=6D9E19DD6C02B445720D-047F20E267A6?sequence=5), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
12. Резолюция Всемирной организации здравоохранения WHA62.12. Первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-ru-P2.pdf), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
13. Механизм комплексного, ориентированного на людей медицинского обслуживания. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-ru.pdf), по состоянию на 1 октября 2018 г.).
14. Проект тринадцатой общей программы работы на 2019–2023 гг. Доклад Генерального директора. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ru.pdf), по состоянию на 1 октября 2018 г.).

15. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
16. Цели в области устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
17. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 4 September 2018).
18. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74705/E82997R.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502. doi: 10.1111/j.1468–0009.2005.00409.x.
20. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(4):686–94. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242.
21. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438r.pdf>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
22. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet.* 2009;374(9696):1196–208. doi: 10.1016/S0140–6736(09)61460–4.
23. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. *Lancet.* 2015;386(9995):721–2. doi: 10.1016/S0140–6736(14)62254–6.
24. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Centre for Opportunity and Equality. Understanding the socio-economic divide in Europe. Paris: OECD; 2017 (<https://www.oecd.org/els/soc/cope-divide-europe-2017-background-report.pdf>, accessed 4 September 2018).
25. Howitt P, Darzi A, Guang-Zhong Y, Ashrafian H, Atun R, Barlow J et al. Technologies for global health. *Lancet.* 2012;380(9840):507–35. doi: 10.1016/S0140–6736(12)61127–1.
26. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1999 <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).

27. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
28. Обзор Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/317378/FFA-IHS-service-delivery-overview-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
29. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1996 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/113304/E55363R.pdf?ua=1, -1996, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
30. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC55/R8. Укрепление систем здравоохранения в Европе в рамках дальнейшего развития проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран «Адаптация услуг к новым потребностям». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/88098/RC55_rres08.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
31. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC57/R1. Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74559/RC57_rres01.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
32. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC59/R4. Стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2009. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/68959/RC59_rres04.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
33. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC59/R3. Здравоохранение в период глобального экономического кризиса: последствия для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/68948/RC59_rres03.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
34. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC63/R5. Системы здравоохранения в период глобального экономического кризиса: обзор ситуации в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/217774/63rs05r_HealthSystems.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).

35. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC60/R5. Решение ключевых задач охраны общественного здоровья и политики здравоохранения в Европе: путь вперед к цели улучшения здоровья жителей Европейского региона ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/122269/RC60_rRes5.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
36. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC61/R2. Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/150626/RC61_Res_r02.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
37. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC61/R3. План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/150617/RC61_Res_r03.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
38. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC62/R5. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/173621/RC62rs05-EAP-RUS.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
39. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC61/R1. Новая европейская политика здравоохранения – Здоровье-2020: видение, ценности, основные направления и подходы. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/150622/RC61_Res_r01.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
40. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC65/13. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/288375/65rs05r_Priorities_HSS_150750.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
41. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC66/R5. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/319118/66rs05r_IHSD_160764.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
42. Интеграция служб медико-санитарной помощи. Доклад исследовательской группы ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1996 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/91669>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).

43. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf, accessed 4 September 2018).
44. Atun R, de Jongh TE, Secci FV, Ohiri K, Adeyi O, Car J. Integration of priority population, health and nutrition interventions into health systems: systematic review. BMC Public Health. 2011;11:780. doi: 10.1186/1471-2458-11-780.
45. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. Health Policy Plan. 2010;25:104–11. doi: 10.1093/heapol/czp055.
46. Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи, 19–20 сентября 2011 г. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2018 (<http://www.un.org/ru/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
47. High-level meeting on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases [website]. New York: United Nations; 2018 (https://www.un.org/en/ga/president/68/events/hlm_ncd.shtml, accessed 4 September 2018).
48. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6611-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
49. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC66/R4. К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/319110/66rs04r_SDGs_160763.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
50. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC67/9. Дорожная карта по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на европейскую политику в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/349162/67rs03r_SDGs_170889.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
51. Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания. Итоговое заявление Совещания высокого уровня, Таллинн, Эстония, 13–14 июня 2018 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/374618/tallinn-outcome-statement-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
52. Rogers EM. Diffusion of innovations. Fourth edition. New York: The Free Press; 2010.

53. Utterback JM, Abernathy WJ. A dynamic model of process and product innovation. *Omega*. 1975;3(6):639–56. doi: 10.1016/0305–0483(75)90068–7.
54. Damanpour F. Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*. 1991;34(3):555–90. doi: 10.5465/256406.
55. Dewar RD, Dutton JE. The adoption of radical and incremental innovations: an empirical analysis. *Management Science*. 1986;32(11):1422–33. doi: 10.1287/mnsc.32.11.1422.
56. Ettlie JE. Organization strategy and structural differences for radical versus incremental innovation. *Management Science*. 1984;30(6):682–95. doi: 10.1287/mnsc.30.6.682.
57. Christensen C. *The innovator's dilemma*. Boston: Harvard Business School Press; 1997.
58. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*. 2005;48(1):117. doi: 10.5465/amj.2005.15993150.
59. Stoneman P. *Soft innovation. Economics, design, and the creative industries*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
60. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: health system review. *Health Syst Transit*. 2012;14(2):1–192.
61. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: health system review. *Health Syst Transit*. 2008;10(4):1–168.
62. Kokko S. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *Int J Integr Care*. 2009;9:e86.
63. Johnson JR. *Health systems in transition: Norway*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/95144/E88821.pdf, accessed 4 September 2018).
64. Anell A, Glenngard AH, Merkur S. Sweden: health system review. *Health Syst Transit*. 2012;14(5):1–159.
65. Johansson L. Decentralisation from acute to home care settings in Sweden. *Health Policy*. 1997;41(Suppl.):S131–43.
66. Saltman R, Bankauskaite V, Vrangbaek K (editors). *Decentralization in health care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf, accessed 4 September 2018).

67. Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *Int J Integr Care*. 2011;11(Spec Ed):e007.
68. Lehtinen V, Taipale V. Integrating mental health services: the Finnish experience. *Int J Integr Care*. 2001;1:e26.
69. Martin-Moreno JM, Alonso P, Claveria A, Gorgojo L, Peiró S. Spain: a decentralised health system in constant flux. *BMJ*. 2009;21(50):338. doi: 10.1136/bmj.b1170.
70. Lopez-Casasanovas G. Organizational innovations and health care decentralization: a perspective from Spain. *Health Econ Policy Law*. 2007;2(Pt 2):223–32. doi: 10.1017/S1744133107004070.
71. Costa-Font J, Gil J. Exploring the pathways of inequality in health, health care access and financing in decentralized Spain. *Journal of European Social Policy*. 2009;19(5):446–58. doi: 10.1177/0958928709344289.
72. Costa-Font J, Pons-Novell J. Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health Econ*. 2007;16(3):291–306. doi: 10.1002/hec.1154.
73. Cantarero D, Pascual M. Analysing the impact of fiscal decentralization on health outcomes: empirical evidence from Spain. *Applied Economics Letters*. 2008;15(2):109–11. doi: 10.1080/13504850600770913.
74. Материалы переписки с европейскими государствами-членами в связи с 40-й годовщиной Алма-Атинской декларации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018.
75. Atun RA, Menabde N, Saluvere K, Jesse M, Habicht J. Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*. 2006;79(1):79–91. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.12.005.
76. Albrecht T, Klazinga N. Privatisation of health care in Slovenia in the period 1992–2008. *Health Policy*. 2009;90(2–3):262–9. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.10.007.
77. Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljic V, Foro S, Vidjak V, Grga A et al. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. *Health Policy Plan*. 2003;18(4):421–8.
78. Mitenbergs U, Taube M, Misins J, Mikitis E, Martinsons A, Rurane A et al. Latvia: health system review. *Health Syst Transit*. 2012;14(8):1–191.
79. Richardson E. Armenia: health system review. *Health Syst Transit*. 2013;15(4):1–99.
80. Pedersen KM, Andersen JS, Snodergaard J. General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl. 1):S34–8. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.110216.

81. Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangbaek K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *Int J Integr Care*. 2009;9:e04.
82. OECD Health Division. OECD reviews of health care quality: Denmark. Executive summary, assessment and recommendations. Paris: OECD; 2013 (https://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityDENMARK_ExecutiveSummary.pdf, accessed 4 September 2018).
83. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Европейское региональное бюро ВОЗ. Обзор Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане на 2011–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/publications3/review-of-the-national-programme-on-the-development-of-family-medicine-2011-2015-in-tajikistan-2016>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
84. Albreht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribakovic Brinovec R et al. Slovenia: health system review. *Health Syst Transit*. 2009;11(3):1–168.
85. Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Econ Policy Law*. 2011;6(4):549–69. doi: 10.1017/S1744133110000216.
86. International profiles of health care systems, 2010. New York: The Commonwealth Fund; 2010 (https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2010_jun_1417_squires_intl_profiles_622.pdf, accessed 4 September 2018).
87. Ollila E, Stahl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. Health in all policies in the European Union and its Member States. Brussels: European Commission; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf, accessed 4 September 2018).
88. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
89. Government resolution on the Health 2015 public health programme. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 2001 (<http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/health2015.pdf>, accessed 4 September 2018).
90. Puska P, Stahl T. Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:315–28. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103658.
91. Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network. An analysis of intersectoral collaboration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/164457/e96502.pdf?ua=1, accessed 4 September 2018).

92. Meeting report of the Third High-level Meeting of Small Countries. Health and sustainable development: the inherent advantages of small countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/334271/Meeting-report-of-the-Third-High-level-Meeting-of-Small-Countries-Monaco.pdf?ua=1, accessed 20 September 2018).
93. Small country case stories on intersectoral action for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/325990/ISA-Compendium-case-studies.pdf?ua=1, accessed 20 September 2018).
94. Dombois OT, Kahlmeier S, Martin-Diener E, Martin B, Racioppi F, Braun-Fahrlander C. Collaboration between the health and transport sectors in promoting physical activity: examples from European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/87499/E90144.pdf, accessed 4 September 2018).
95. Transport, Health and Environment Pan-European Programme [website]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2013 (<https://thepep.unece.org>, accessed 4 September 2018).
96. Европейская сеть ОФА (содействия оздоровительной физической активности) [веб-сайт]. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
97. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf, accessed 4 September 2018).
98. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65.
99. Charlesworth A, Davis A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. London: Nuffield Trust; 2012 (<https://pdfs.semanticscholar.org/df55/b6426541793565195b58ebc1585235e87718.pdf>, accessed 4 September 2018).
100. Christiansen T. The Danish Health Care Quality Programme. Berlin: Health Policy Monitor; 2009 (<https://pdfs.semanticscholar.org/8f9e/e8fcf81a-ca2072248a64d5a77b9aeeecae0a.pdf>, accessed 4 September 2018).
101. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med.* 2009;361(4):368–78. doi: 10.1056/NEJMsa0807651.
102. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *BMJ.* 2016;354:i4060. doi: 10.1136/bmj.i4060.

103. International profiles of health care systems, 2011. New York: The Commonwealth Fund; 2011 (https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2011_nov_1562_squires_intl_profiles_2011_11_10.pdf, accessed 4 September 2018).
104. Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(5):1–266.
105. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf, accessed 20 September 2018).
106. OECD Health Policy Studies. Better ways to pay for health care. Paris: OECD; 2016 (https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en#page1, accessed 4 September 2018).
107. Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments – lessons from the Netherlands. *N Engl J Med*. 2011;364(11):990–1. doi: 10.1056/NEJMp1011849.
108. de Bakker DH, Struijs JN, Baan CB, Raams J, de Wildt JE, Vrijhoef HJ et al. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(2):426–33. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0912.
109. Struijs JN, de Jong-van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, de Bruin SR, Baan CA. Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands. Impact on health care delivery process and the quality of care. Bilthoven: Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2012 (<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013002.pdf>, accessed 4 September 2018).
110. Impulseo I: funding for the installation of GPs. Brussels: Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI); 2010.
111. Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sumer S, Aran M, Gurol I et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. 2013;382(9886):65–99. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X.
112. Ozegowski S, Sundmacher L. Ensuring access to health care – Germany reforms supply structures to tackle inequalities. *Health Policy*. 2012;106:105–9. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.04.002.
113. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: health system review. *Health Syst Transit*. 2015;17(3):1–218.
114. Targeted enhanced recruitment scheme [website]. London: National Health Service (NHS) England; 2018 (<https://www.england.nhs.uk/gp/gpfv/workforce/building-the-general-practice-workforce/recruitment/>, accessed 4 September 2018).

115. Attracting and retaining health workers in the Member States of the South-eastern Europe Health Network. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/152203/e95774.pdf, accessed 4 September 2018).
116. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC/67/R5. На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/349164/67rs05r_HRH_170891.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
117. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (editors). Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/2711170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf, accessed 4 September 2018).
118. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, No. 54. Paris: OECD; 2010 (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1536696087&id=id&accname=guest&checksum=CF2871F632229DC7EBFD-77B1CC368150>, accessed 4 September 2018).
119. Oleszczyk M, Svab I, Seifert B, Krzton-Krolewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of central and eastern Europe and Russia. *BMC Fam Pract.* 2012;13:15. doi: 10.1186/1471-2296-13-15.
120. Rechel B, McKee M. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet.* 2009;374(9696):1186–95. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61334-9.
121. Krzton-Krolewiecka A, Svab I, Oleszczyk M, Seifert B, Smithson WH, Windak A. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. *BMC Fam Pract.* 2013;14:37. doi: 10.1186/1471-2296-14-37.
122. European Union of General Practitioners/Family Physicians (UEMO). UEMO response on the European workforce for health. Lisbon: Portuguese Medical Association; 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/uemo_en.pdf, accessed 4 September 2018).
123. Busher A, Sivertsen B, White J. Nurses and midwives: a force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in Member States of the European Region of the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf, accessed 4 September 2018).
124. Moving care to the community. An international perspective. London: Royal College of Nursing; 2013 (<https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/pol-1213>, accessed 4 September 2018).
125. Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *J Clin Nurs.* 2008;17(24):3262–8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02636.x.

126. Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/303026/Compendium-of-initiatives-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf, accessed 20 September 2018).
127. Groenewegen PP. Update on nurse practitioners. Berlin: Health Policy Monitor; 2008.
128. Debout C, Chevallier-Darchen F, Petit dit Dariel O, Rothan-Tondeur M. Undergraduate nursing education reform in France: from vocational to academic programmes. *Int Nurs Rev.* 2012;59(4):519–24. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01016.x.
129. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA66.24. Стандартизация и совместимость в области электронного здравоохранения. Женева; Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha66/a66_r24-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
130. От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
131. Dobrev A, Meyer I, Müller S, Kubitschke L, Hammerschmidt R, Korte WB et al. Coping with an ageing population – learning from good eHealth and telecare practices. The eCare Benchmarking Study. Final study report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/The%20eCareBenchmarkingstudy-Finalreport.pdf>, accessed 4 September 2018).
132. Benchmarking deployment of eHealth among general practitioners. Final report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/benchmarking-deployment-ehealth-among-general-practitioners-2013-smart-20110033>, accessed 4 September 2018).
133. Carretero S. Technology-enabled services for older people living at home independently: lessons for public long-term care authorities in the EU Member States. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015 (<http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC96022/lfna27256enn.pdf>, accessed 4 September 2018).
134. Protti D, Johansen I. Widespread adoption of information technology in primary care physician offices in Denmark: a case study. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2010;80:1–14.
135. Telemedicine – a key to health services of the future. National Action Plan for Dissemination of Telemedicine – in brief. Copenhagen: Danish Government; 2012 (https://en.digst.dk/media/14145/telemedicine_uk_pdfa_03_11_12.pdf, accessed 4 September 2018).
136. Melchiorre MG, Papa R, Mieke Rijken M, van Ginneken E, Hujala A, Barbabella F. eHealth in integrated care programs for people with multimorbidity in Europe: insights from the ICARE4EU project. *Health Policy.* 2018;122:53–63. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.08.006.

137. Hamilton C. Информационный обзор по передовому опыту. Телемедицина в Казахстане: преодоление разрыва между городскими и сельскими районами в обеспечении профилактики, диагностики, лечения и контроля за неинфекционными заболеваниями. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2018/telemedicine-in-kazakhstan-bridging-the-urban-rural-divide-in-delivering-prevention,-diagnosis,-and-treatment-of-noncommunicable-diseases-2018>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
138. Popovich L, Potapchik E, Shishkin A, Richardson E, Vacroux A, Mathivet B. Russian Federation: health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(7):1–190.
139. Adany R, Kosa K, Sandor J, Papp M, Furjes G. General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health services. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):529–30. doi: 10.1093/eurpub/ckt095.
140. Kosa K, Sandor J, Dobos E, Papp M, Furjes G, Adany R. Human resources development for the operation of general practitioners' cluster. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):532–3. doi: 10.1093/eurpub/ckt097.
141. Milevska Kostova N, Chichevalieva S, Ponce NA, van Ginneken E, Winkelmann J. The former Yugoslav Republic of Macedonia: health system review. *Health Syst Transit*. 2017;19(3):1–160.
142. van Weel C, Schers H, Timmermans A. Health care in the Netherlands. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(SUPPL. 1):S12–7. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.110212.
143. van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med*. 2006;38(8):565–9.
144. European primary care. Publication No. 2004/20E. The Hague: Health Council of the Netherlands; 2004 (https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/european_primary_care_final.pdf, accessed 4 September 2018).
145. Schafer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Deville W et al. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(1):i1–228.
146. Jansen AG, Sanders EA, Nichol KL, van Loon AM, Hoes AW, Hak E. Decline in influenza-associated mortality among Dutch elderly following the introduction of a nationwide vaccination program. *Vaccine*. 2008;26(44):5567–74. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.08.003.
147. El Fakiri F, Hoes AW, Uitewaal PJ, Frenken RA, Bruijnzeels MA. Process evaluation of an intensified preventive intervention to reduce cardiovascular risk in general practices in deprived neighbourhoods. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7(4):296–302. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.01.002.
148. van den Donk M, Bobbink IW, Gorter KJ, Salomé PL, Rutten GE. Identifying people with metabolic syndrome in primary care by screening with a mailed tape measure: a survey of 14,000 people in the Netherlands. *Prev Med*. 2009;48(4):345–50. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.02.004.

149. Huijbers P. Neighbourhood care: better home care at reduced cost. Vienna: Interlinks; 2011.
150. Nederland B. Buurtzorg Nederland. Omaha: Omaha System Community of Practice; 2010 (<http://omahasystemmn.org/documents/2010-10-04ArtikelBuurtzorgInHetEngels.pdf>, accessed 4 September 2018).
151. Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ*. 2011;342:d1028. doi: 10.1136/bmj.d1028.
152. Schölin L, O'Donnell A, Fitzgerald N. Financial incentives for alcohol brief interventions in primary care in Scotland. Edinburgh: Scottish Health Action on Alcohol Problems; 2017 (<http://www.shaap.org.uk/images/remuneration-report-web.pdf>, accessed 4 September 2018).
153. Fitzgerald N, Platt L, Heywood S, McCambridge J. Large-scale implementation of alcohol brief interventions in new settings in Scotland: a qualitative interview study of a national programme. *BMC Public Health*. 2015;15:289. doi: 10.1186/s12889-015-1527-6.
154. Региональное совещание высокого уровня – Системы здравоохранения в борьбе с НИЗ: опыт Европейского региона, 16–18 апреля 2018 г., Ситжес, Испания [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2018/04/high-level-regional-meeting-health-systems-respond-to-ncds-experience-in-the-european-region>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
155. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F (editors). Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf?ua=1, accessed 4 September 2018).
156. Dedeu T, Marti T. Информационный обзор по передовому опыту. Многопрофильные команды первичной медико-санитарной помощи в Каталонии, Испания: эффективная модель предоставления медицинских услуг на уровне всего населения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2018/multiprofile-primary-health-care-teams-in-catalonia,-spain-a-population-based-effective-model-of-services-delivery-2018>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
157. Atun R, Gurol-Urganci I, Hone T, Pell L, Stokes J, Habicht T et al. Shifting chronic disease management from hospitals to primary care in Estonian health system: analysis of national panel data. *J Glob Health* 2016;6(2):020701. doi: 10.7189/jogh.06.020701.
158. Edwards M. Информационный обзор по передовому опыту. Сканирование горизонта спроса на трудовые ресурсы для системы здравоохранения в Англии: неинфекционные заболевания требуют серьезного сдвига навыков и компетенций. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/366537/HSS-NCDs_Policy-brief_ENGLAND_RUS_WEB.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
159. Ahmedov M, Azimov R, Mutalova Z, Huseynov S, Tsoyi E, Rechel B. Uzbekistan: health system review. *Health Syst Transit*. 2014;16(5):1–137.

160. Ibrahimov F, Ibrahimova A, Kehler J, Richardson E. Azerbaijan: health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(3):1–115.
161. Maier CB. The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand, and Australia. *Health Policy*. 2015;119(12):1627–35. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.002.
162. Maier C, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur Journal Public Health*. 2016;26(6):927–34. doi: 10.1093/eurpub/ckw098.
163. Maier C, Aiken L and Busse R. Nurses in advanced roles in primary care. Policy levers for implementation. Paris: OECD; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Item-2a-Nurses-advanced-roles-Maier-University-Technology.pdf>, accessed 4 September 2018).
164. Информационный обзор по передовому опыту. Оплата по результатам в Эстонии: Радикальный инструмент политики для расширения охвата профилактикой и лечением неинфекционных заболеваний. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2015/pay-for-performance-in-estonia-a-transformative-policy-instrument-to-scale-up-prevention-and-management-of-noncommunicable-diseases-2015>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
165. Press Y, Hazzan R, Clarfield AM, Dwolatzky T. A semi-structured computerized screening interview for the assessment of older patients in the primary care setting. *Int J Disabil Hum Dev*. 2009;8(3):259–66. doi: 10.1515/ijdh.2009.8.3.259.
166. Shadmi E, Flaks-Manov N, Hoshen M, Goldman O, Bitterman H, Balicer RD. Predicting 30-day readmission with preadmission electronic health record data. *Med Care*. 2015;53(3):283–9. doi: 10.1097/MLR.0000000000000315.
167. Balicer RD, Afek A. Digital health nation. Israel's global big data innovation hub. *Lancet*. 2017; 389(10088):2451–3. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30876-0.
168. Netti Tiozzo S, Gallina P, Avossa F, Alba N, Schievano E, Guerra LM et al. Assessment of patient's and health professional's experience of integrated care: preliminary results from a pilot survey in Veneto Region – Italy. *Int J Integr Care*. 2016;16(6):A27. doi: 10.5334/ijic.2970.
169. Monterde D, Vela E, Clèries M. Adjusted morbidity groups: a new multiple morbidity measurement for use in primary care. *Aten Primaria*. 2016;48(10):674–82. doi: 10.1016/j.aprim.2016.06.003.
170. Dueñas-Espín I, Vela E, Pauws S, Bescos C, Cano I, Cleries, M et al. Proposals for enhanced health risk assessment and stratification in an integrated care scenario. *BMJ Open*. 2016;6(4):e010301. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010301.
171. Orueta JF, Nuño-Solini R, Mateos M, Vergara I, Grandes G, Esnaola S. Predictive risk modelling in the Spanish population: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):269. doi: 10.1186/1472-6963-13-269.

172. Widespread deployment of telemedicine services in Europe. Report of the eHealth Stakeholder Group on Implementing the Digital Agenda for Europe. Brussels: European Commission; 2014 (http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc_id=5167, accessed 4 September 2018).
173. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Страновая оценка: Беларусь. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-belarus-country-assessment-2016>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
174. Преобразование системы здравоохранения: практика реализации. Совещание экспертов, Мадрид, Испания, 17–18 декабря 2015 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/health-system-transformation-making-it-happen-2016>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
175. Возглавляя преобразование системы здравоохранения: переход на следующий уровень. Совещание экспертов, Дарем, Соединенное Королевство, 12–13 июля 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2017/leading-health-system-transformation-to-the-next-level-2017>, по состоянию на 1 октября 2018 г.).
176. Pettigrew A, Ferlie E, McKee L. Shaping strategic change – the case of the NHS in the 1990s. *Public Money & Management*. 1992;12(3):27–31. doi: 10.1080/09540969209387719.

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения европейское региональное бюро

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