



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИТИКИ С УЧЕТОМ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ Словения

Серия № 1 EVIPNet в Европе



Процессы формирования политики с
учетом фактических данных

Медицинская информационная система

Система медицинских исследований

Система здравоохранения и условия
формирования политики

Специфика страны

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

EVIDENCE-BASED PRACTICE
HEALTH POLICY
HEALTH SERVICES RESEARCH
POLICY-MAKING
EUROPE

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

Публикации
Европейское региональное бюро ВОЗ
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 режиме онлайн на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>).

© ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, 2018

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием являются издания на английском и русском языках».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: EVIPNet-Европа. Ситуационный анализ формирования политики в области здравоохранения с учетом фактических данных. Словения. [EVIPNet Europe. Situation analysis on evidence-informed health policy-making]. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ 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. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ	iv
ПРЕДИСЛОВИЕ.....	v
ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ.....	vii
ЭКСПЕРТЫ	viii
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	ix
КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ.....	1
1. ВВЕДЕНИЕ.....	4
1.1 EVIPNet-Европа и ПУФД	4
1.2 Почему ПУФД актуальна в Словении?	6
1.3 Подготовка к созданию ПППЗ.....	7
1.3.1 Методы	7
1.4 Структура отчета.....	8
2. ОБЩИЙ КОНТЕКСТ СТРАНЫ.....	9
2.1 Политическая структура и социально-экономические условия	9
2.2 Политические силы и процесс формирования политики	11
2.2.1 Роль гражданского общества	11
3. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	12
3.1 Организация и управление	12
3.1.1 Национальные стратегические программы.....	14
3.2 Финансирование здравоохранения.....	15
3.3 Предоставление услуг здравоохранения.....	16
4. НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	17
4.1 Инфраструктура и управление медицинскими исследованиями.....	17
4.2 Человеческие и финансовые ресурсы медицинских исследований	17
4.3 Получение и использование результатов медицинских исследований.....	18
5. ПРОЦЕССЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПУФД.....	20
5.1 Основные участники.....	20
5.2 Примеры, наблюдаемые в стране в настоящее время	21
6. ОСМЫСЛИВАНИЕ ТЕКУЩЕГО ПОЛОЖЕНИЯ ДЕЛ В ПУФД.....	23
7. АСПЕКТЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ПУФД.....	25
8. СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ	28
9. ССЫЛКИ.....	29

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ

Таблицы

Таблица 7.1	Критерии BRIDGE для оценки организационной модели практического применения знания.....	26
-------------	--	----

Рисунки

Рис. 1.1	Цикл действий EVIPNet.....	5
Рис. 2.1	Число жителей, находящихся на грани бедности, в 2014.....	10
Рис. 2.2	Демографическая пирамида населения Словении на 1 января 2016 г.....	10
Рис. 3.1	Упрощенная органограмма системы здравоохранения Словении.....	13

Вставки

Вставка 1.1	Ключевые концепции ПУФД.....	6
Вставка 2.1	Резюме ключевых возможностей и проблем будущей ПППЗ с учетом общего контекста страны.....	11
Вставка 3.1	Резюме ключевых возможностей и проблем будущей ПППЗ с учетом организации системы здравоохранения и ее управления.....	15
Вставка 4.1	Резюме ключевых возможностей и проблем, стоящих перед будущей ПППЗ, с учетом национальной системы медицинских исследований.....	19

ПРЕДИСЛОВИЕ

Присоединившись к Сети по вопросам использования научных данных при формировании политики Европейского регионального бюро ВОЗ (EVIPNet-Европа), Словения стала одним из первых государств-членов Европейского региона ВОЗ, продемонстрировавших приверженность принципам формирования политики в области здравоохранения с учетом фактических данных. Начало этой инициативе было положено в 2014 г. на семинаре с участием высоких заинтересованных сторон. Оказываемая помощь и деятельность по укреплению потенциала были положительно восприняты Министерством здравоохранения, которое в то время столкнулось с экономическими трудностями, что привело к сокращению расходов, и, кроме того, в 2015 году были запущены процессы новой реформы здравоохранения.

В качестве первого шага была сформирована местная рабочая группа, включающая исследователей, представителей руководящих органов и других заинтересованных сторон. Затем эта группа была обучена методологии практического применения знаний посредством EVIPNet-Европа. Был составлен аналитический обзор для формирования политики по оплате труда врачей общей практики, адаптированной к местным условиям. Этот обзор послужил доказательной базой для правительства Словении при реализации Национального плана здравоохранения.

Помимо усилий по наращиванию потенциала, одной из ключевых потребностей, выявленных Министерством здравоохранения Словении, было создание хорошо функционирующей инфраструктуры для формирования политики с учетом фактических данных. Предполагалось, что это будет беспристрастное независимое подразделение, содействующее практическому применению знаний при формировании политики, к которому могут обращаться лица, принимающие решения, в тех случаях, когда им понадобятся фактические данные. Это подразделение будет реагировать на приоритетные направления формирования политики и предоставлять адаптированные к местным условиям, актуальные, точные и объективные данные по ключевым проблемам здравоохранения, и тем самым облегчать повседневную работу руководящих органов. Такое подразделение также обеспечит сближение областей исследований и политики, их взаимодействие, понимание целей и особенностей друг друга; все это является ключевыми факторами, позволяющими использовать фактические данные при формировании политики.

С целью определения подходящей структуры и полномочий подобного подразделения Словения провела ситуационный анализ, который обеспечил более глубокое понимание национального контекста формирования политики с учетом фактических данных (участников, процессов, координаторов, препятствий), а также основных факторов, влияющих на создание беспристрастного подразделения для формирования политики с учетом фактических данных и платформы практического применения знаний. Этот ситуационный анализ лег в основу данного документа. Тем временем потребность в ситуационном анализе и создании платформ практического применения знаний приобрела региональную политическую поддержку, поскольку им была отведена важнейшая роль в Плане действий ВОЗ в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при формировании политики в Европейском регионе ВОЗ, принятом всеми 53 государствами-членами Региона в сентябре 2016 г.

Мне хотелось бы поблагодарить за проведение анализа словенскую группу EVIPNet-Европа во главе с г-ном Mircha Poldrugovac, куратором EVIPNet и специалистом по общественному здравоохранению из Национального института общественного здравоохранения Словении. Проведение ситуационного анализа - это комплексное мероприятие, требующее хорошего понимания технической сути, аналитического мышления, методов коллективного участия, привлечения различных

■ ОПЫТ СЛОВЕНИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЕТОМ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

заинтересованных сторон, а также полной поддержки со стороны центральных органов власти. Мы рады, что имеем теперь возможность продемонстрировать все это в данном отчете.

Как Министерство здравоохранения, так и специалисты в этой области решительно выступили в поддержку платформы практического применения знаний, а также словенской стратегии применения знаний. Следующим шагом будет их разработка, при этом Европейское региональное бюро ВОЗ окажет необходимую поддержку на всех уровнях.

Darina Sedláková

Представитель ВОЗ в Словении

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы этого ситуационного анализа хотели бы выразить свою признательность тем, кто внес свой вклад в эту публикацию. Особой благодарности заслуживают: Tanja Kuchenmüller (координатор EVIPNet-Европа по поручению Европейского регионального бюро ВОЗ) за ее техническое руководство и поддержку; Marijan Ivanuša (бывший руководитель странового бюро ВОЗ в Словении); Mark Leys из Брюссельского свободного университета (председатель Руководящей группы EVIPNet-Европа); Marija Andjelković (помощник по административным вопросам странового бюро ВОЗ в Словении); и другие члены Секретариата ВОЗ (EVIPNet-Европа), в частности, Janine Bröder и Olivia Biermann (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Сеть по вопросам использования научных данных при формировании политики: EVIPNet-Европа

EVIPNet является частью подразделения по управлению знаниями, фактическим данным и исследованиям при формировании политики, которое входит в состав Отдела информации, фактических данных, исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Особо следует отметить поддержку, оказанную этой публикации доктором Claudia Stein (директор Отдела информации, фактических данных, исследований и инноваций) и Tanja Kuchenmüller (руководитель подразделения по управлению знаниями, фактическим данным и исследованиями при формировании политики). Ситуационные анализы EVIPNet-Европа - это документы, разработанные государствами-членами Сети EVIPNet-Европа, и за их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Европейского регионального бюро ВОЗ.

ЭКСПЕРТЫ

Этот отчет был подготовлен в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС) между Министерством здравоохранения Словении и Европейским региональным бюро ВОЗ, касающихся работы EVIPNet-Европа и охватывающих периоды 2014-2016 гг. и 2016-2017 гг.

Авторы

Mircha Poldrugovac

Polonca Truden

Рецензенты

Vesna Kerstin Petrič (Министерство здравоохранения, Словения)

Tit Albreht (Национальный институт общественного здравоохранения, Словения)

Ivan Eržen (Национальный институт общественного здравоохранения, Словения)

Darina Sedláková (Представитель ВОЗ в Словении)

Patricia Tidmarsh (консультант, Европейское региональное бюро ВОЗ)

Tina Dannemann Purnat (Европейское региональное бюро ВОЗ)

Govin Permanand (Европейское региональное бюро ВОЗ)

Редакторы

Mark Leys

Tanja Kuchenmüller

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ARRS	Словенское исследовательское агенство
DESA	Департамент по экономическим и социальным вопросам
DPADM	Отдел государственного управления и развития
АОФП	аналитические обзоры для формирования политики
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
ПУФД	формирование политики (в области здравоохранения) с учетом фактических данных
ЕС	Европейский союз
ЕС15	государства-члены, входившие в ЕС до 1 мая 2004 г.
ЕС28	все 28 государств-членов ЕС (по состоянию на октябрь 2017 г.)
EVIPNet	Сеть по вопросам использования научных данных при формировании политики
ВВП	валовой внутренний продукт
НТА	оценка технологий здравоохранения
ПППЗ	платформа практического применения знаний
НИОЗ	Национальный институт общественного здравоохранения (Республика Словения)
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
PHIRE	Иновации и исследования в области общественного здравоохранения в Европе
ЦУР	цели в области устойчивого развития
SURS	Статистическое бюро Республики Словения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Сеть по вопросам использования научных данных при формировании политики (EVIPNet) - это инициатива ВОЗ, направленная на поддержание развития потенциала в отношении систематического и прозрачного использования фактических данных при формировании политики в области здравоохранения. Конечной целью формирования политики с учетом фактических данных (ПУФД) является укрепление систем здравоохранения и показателей здоровья, а также снижение неравенства в глобальном масштабе (Travis et al., 2004). EVIPNet содействует использованию инструментов практического применения знаний, в частности, аналитических обзоров для формирования политики (АОФП) и политического диалога. Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживает создание страновых групп Сети EVIPNet-Европа в виде платформ практического применения знаний (ПППЗ) с целью объединения основных заинтересованных сторон при формировании политики в области здравоохранения страны. Согласно концепции ПППЗ, эта платформа регламентирует взаимодействие между исследовательским сообществом и лицами, формирующими политику (на разных уровнях). Для устойчивой и эффективной работы ПППЗ следует адаптировать к соответствующим политическим, социальным и научным условиям, а также к конкретной институциональной системе и механизмам принятия решений (EVIPNet-Европа, 2014 г.).

Когда Словения стала членом EVIPNet-Европа, одним из первых мероприятий стало проведение ситуационного анализа, который представляет собой углубленное изучение политического и исследовательского контекста страны, а также взаимодействия между двумя этими областями. Цель ситуационного анализа заключалась в отображении и оценке условий, в которых формируется ПУФД, и анализе возможностей для создания ПППЗ.

Анализ основывался на предварительной версии Руководства по ситуационному анализу Сети EVIPNet-Европа (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017^а). Источниками информации послужили общедоступные документы, национальные законы и нормативные положения в секторе здравоохранения, статьи и отчеты, а также три семинара, организованные в период с 2014 по 2015 г.

Анализ был основан на данных источниках информации и структурирован по четырем областям:

1. общий контекст страны
2. система здравоохранения
3. национальная система медицинских исследований
4. процессы формирования ПУФД

Общий контекст страны

Словения стала независимой страной после распада Югославии в 1991 г. Она вступила в Европейский союз (ЕС) в 2004 г. и перешла на евро в 2007 г. (Правительственный коммуникационный офис, 2011 г.). Валовой внутренний продукт (ВВП) Словении на душу населения в 2014 г. составлял 24 002 долл. США (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017^б). Словения сильно пострадала от экономического кризиса, который только в 2009 г. привел к снижению реального ВВП на 7,1% (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017^б), что оказало значительное влияние на ресурсы, доступные для процессов разработки политики здравоохранения в последующие годы.

Демографическая пирамида населения Словении типична для промышленно развитых стран, а это означает, что страна сталкивается с соответствующими проблемами, включая стареющее население и растущее бремя хронических неинфекционных заболеваний.

Система здравоохранения

Система здравоохранения Словении основана на модели Бисмарка, при этом единственным фондом, финансирующим медицинские услуги, является Институт медицинского страхования Словении (HIIS). Доплаты (которые в некоторых случаях могут быть довольно высокими) покрываются добровольным медицинским страхованием, которым охвачено подавляющее большинство граждан. Серьезную озабоченность в Словении вызывает долгосрочная финансовая устойчивость системы здравоохранения. Было реализовано несколько стратегий по сокращению затрат. Министерство здравоохранения является основной движущей силой политики в области здравоохранения, но формирование этой политики осуществляется посредством диалога с помощью как формальных, так и неформальных механизмов, и зависит от многих заинтересованных сторон (профессиональных сообществ, агентств медицинского страхования, промышленности, сообществ пациентов и т.д.). Комитет по вопросам здравоохранения Государственного собрания является еще одной видной движущей силой, представляющей законодательную ветвь власти.

Отношения подотчетности между различными заинтересованными сторонами иногда неясны, оставляя место для улучшения в области управления и руководства. Основным документом по долгосрочному планированию в области здравоохранения является недавно принятый Национальный план развития здравоохранения на 2016-2025 годы (Министерство здравоохранения, 2016 г.). В нем определяются приоритетные действия, а также учитываются стратегические цели политики Здоровье-2020 Европейского региона ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г.).

Национальная система медицинских исследований

В области общественного здравоохранения и системе здравоохранения/оказания медицинских услуг нет каких-либо особых стратегий проведения научных исследований. Тем не менее, Словенское исследовательское агентство при выдаче грантов опирается на более общую Резолюцию по Национальной программе исследований и развития на 2011-2020 годы (2011 г.), что частично объясняется непосредственными консультациями с Министерством здравоохранения и учетом его потребностей. В 2012 году на исследования в области медицинских наук и здравоохранения было направлено около 24,5 млн евро (SURS, 2017 г.). Неизвестно, сколько денег было потрачено в стране на исследования в области системы здравоохранения или медицинских услуг.

Большинство научно-исследовательских учреждений в области общественного здравоохранения управляется и финансируется государством. Самое крупное из этих учреждений - Национальный институт общественного здравоохранения (НИОЗ). Все три университета в Словении также активно работают в этой области исследований, особенно на факультетах медицины, медицинских наук и экономики. Другие независимые исследовательские учреждения включают Институт Йозефа Стефана, Институт экономических исследований и Факультет здравоохранения Есенице Анжелы Бошкин.

Процессы формирования ПУФД

Процесс формирования политики в Словении регулируется несколькими нормативно-правовыми документами. Очень важно, что в 2009 г. была принята Резолюция о законодательном регулировании, требующая от государственных органов представлять предложения по политике и регулированию, подкрепленные высококачественным обоснованием и предварительной оценкой воздействия. Заинтересованные стороны должны подробно обсуждать эти предложения, прежде чем представлять их на утверждение. Однако требования резолюции 2009 года выполняются не полностью, что свидетельствует о разрыве между намерениями и реальной практикой.

Большого внимания в Словении требуют мониторинг и оценка политики и мер регулирования. Нарращивание потенциала в области мониторинга и оценки может усилить ответственность на всех уровнях, включая подотчетность лиц, отвечающих за процесс формирования политики. Это может стать стимулом для более полного соблюдения вышеупомянутой резолюции 2009 года. Основными действующими силами в секторе здравоохранения, помимо Министерства здравоохранения, являются HIIS, профессиональные организации (такие как Медицинская палата Словении) и ассоциации пациентов. НИОЗ является главным государственным учреждением здравоохранения

в стране, а важную консультативную роль в Министерстве здравоохранения играет его Совет по здравоохранению и экспертные органы, называемые экспертными коллегиями общего профиля.

Было выявлено несколько недавних примеров формирования политики в области здравоохранения с учетом фактических данных, в частности проведение по инициативе Министерства здравоохранения исследования для подготовки предложений по вопросам политики, деятельность рабочей группы, занимающейся вопросами практического применения знаний, а также обобщение фактических данных в различных политических аналитических обзорах в рамках сотрудничества лиц, формирующих политику, и исследователей. Тем не менее, в стране все еще наблюдаются примеры ситуативного формирования политики. Более того, еще не создана система для систематического и регулярного сопоставления и точного определения исследовательских и политических приоритетов, процессов, которые должны привлекать широкий круг заинтересованных сторон. Институциональный потенциал в области практического применения знаний в настоящее время недостаточен.

Аспекты регламентации ПУФД

Ситуационный анализ показал, что в Словении есть как возможности регламентации ПППЗ, так и связанные с этим проблемы. На данном этапе в стране нет инфраструктуры или платформы, которая позволила бы установить систематическое и устойчивое взаимодействие между формированием политики и исследованиями. Созданы нормативно-правовые рамки, которые дают основу для институционального развития ПУФД, но возможности эффективного и последовательного применения фактических данных на политическом уровне, а также на уровне центральных административных органов, в настоящее время отсутствуют. Независимо от формы организации работы этой платформы, она должна обеспечить среду, благоприятствующую уважительным формам общения между всеми заинтересованными сторонами.

Выводы и следующие шаги

На основании результатов ситуационного анализа были сделаны конкретные рекомендации. ПППЗ рассматривается как важная инфраструктура, необходимая для оптимизации регулярного конструктивного диалога между заинтересованными сторонами, политиками и исследовательским сообществом с целью обмена фактическими данными и исследовательскими приоритетами, потребностями общественного здравоохранения и перспективами заинтересованных сторон по вопросам охраны здоровья. ПППЗ должна быть беспристрастной, независимой и содействовать применению фактических данных в политике. Это должна быть такая инфраструктура, к которой бы лица, принимающие решения, могли обращаться всякий раз, когда им потребуются фактические данные. Был сделан вывод о том, что организационная модель ПППЗ должна соответствовать критериям BRIDGE (Lavis, Jessani, Persand et al., 2013), которые на первый план выдвигают независимость, прозрачность и точные методы анализа (см. главу 7).

Были предложены различные формы организации, в рамках которой должно быть создано специализированное подразделение. Если платформа создается не как отдельная организация, а скорее как постоянный комитет, одной или нескольким организациям следует координировать ее повседневную деятельность.

В любом случае для создания ПППЗ и выполнения ею своей миссии потребуются человеческие и финансовые ресурсы, которые могут быть недоступны в кратчайшие сроки. В конечном итоге для институционализации потребуется стабильное финансирование, а это означает, что необходимо будет обеспечить человеческие и финансовые ресурсы после вложения начального капитала, предоставленного в настоящий момент. По крайней мере, в целях поэтапной подготовки к созданию инфраструктуры ПППЗ Словения нуждается в непрерывном развитии потенциала в области ПУФД и практического применения знаний, для чего требуется дальнейшая поддержка со стороны EVIPNet-Европа. Чтобы сделать возможным участие в конкретных мероприятиях по ПУФД, было рекомендовано, чтобы платформа начала свою работу с подготовки различных АОФП и проведенных политических диалогов.

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 EVIPNet-Европа и ПУФД

ПУФД направлена на обеспечение формирования политики с использованием наиболее достоверных фактических данных с целью дальнейшего улучшения здоровья как отдельных людей, так и населения в целом. Полномочия ПУФД предусмотрены ролью ВОЗ и отражены в шести основных функциях общественного здравоохранения. Эти функции включают следующее: формирование перечня актуальных проблем для исследований; стимулирование получения, практического применения и распространения ценных знаний; и формулирование приемлемых вариантов политики, основанных на фактических данных (ВОЗ, 2006 г.). С 2004 года призывы к действиям, направленным на преодоление «разрыва между тем, что мы знаем, и тем, что мы делаем» (ВОЗ, 2006:20), были отражены в резолюциях ВОЗ, таких как сделанное в Мехико заявление о научных исследованиях в области здравоохранения в ноябре 2004 г. (ВОЗ, 2004^a), резолюции пятьдесят четвертой Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2005 г. (ВОЗ, 2005) и *Призыве к действиям по исследованиям в области здравоохранения*, сделанном в Бамако в ноябре 2008 г. (ВОЗ, 2008^b).

В результате в 2005 г. ВОЗ учредила EVIPNet для поддержания развития потенциала в отношении систематического и прозрачного использования фактических данных при формировании политики в области здравоохранения. Конечной целью ПУФД является укрепление систем здравоохранения и показателей здоровья, а также снижение неравенства в глобальном масштабе (ВОЗ, 2008a).

Структурно EVIPNet состоит из трех уровней: национального, регионального и глобального.

- » На национальном уровне ключевые заинтересованные стороны, такие как исследователи, лица, определяющие политику, и гражданское общество, объединяются для формирования ПППЗ, имеющей задачу усилить ПУФД. ПППЗ планирует, координирует и управляет реализацией национальных мероприятий (таких как формирование аналитических обзоров для формирования политики (АОФП) и проведение политических диалогов), содействующих использованию наиболее достоверных имеющихся данных в процессе любого обсуждения политики в области здравоохранения.
- » На региональном уровне EVIPNet поддерживает платформы национального уровня, поощряя создание сетей между странами с аналогичными характеристиками, обмен опытом и наращивание потенциала.
- » На глобальном уровне международные эксперты и организации разрабатывают и/или оценивают инновационные механизмы практического применения знаний (Panisset, Campbell & Lavis, 2012).

Европейское региональное бюро ВОЗ создало EVIPNet-Европа в октябре 2012 г. EVIPNet-Европа играет важную роль в успешном выполнении европейской стратегии Здоровье-2020 (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г.), являющейся важнейшей основой для внедрения Европейской инициативы в области информации здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015a) и играющей ведущую роль в задачах *Плана действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при формировании политики в Европейском регионе ВОЗ* (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г.), а также Целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития (ЦУР) (в частности, ЦУР-3, касающихся вопросов здоровья и благополучия (Организация Объединенных Наций, 2015)). Цели EVIPNet-Европа заключаются в следующем (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015b: ix):

- » быть сетью сообществ специалистов-практиков, поддерживая [...] ПУФД в регионе;
- » продвигать и применять два основных принципа стратегии Здоровье-2020: «участие всего общества и всего правительства»;
- » наращивать потенциал стран в формировании политики с учетом фактических данных в отношении приоритетных задач системы здравоохранения, соответствующих приоритетам стратегии Здоровье-2020;
- » действовать на всех уровнях как партнерство многих заинтересованных сторон: лиц, формирующих политику, исследователей и гражданского общества;
- » расширять возможности стран по созданию прозрачного и гибкого государственного сектора, способного откликаться на чаяния граждан, перед которыми их правительство ответственно за принятие решений;
- » регулярно прибегать к передовому опыту и урокам, извлеченным другими региональными сетями EVIPNet по всему миру; а также
- » напрямую работать с организациями, финансирующими исследования в области здравоохранения, и стремиться влиять на них через свою сеть [...] ПППЗ, чтобы они могли лучше реагировать на локальные нужды и условия.

Чтобы усилить системы здравоохранения с помощью ПУФД, EVIPNet содействует использованию двух ключевых инструментов практического применения знаний: АОФП и политического диалога (Рис.1.1).

Рис. 1.1 Цикл действий EVIPNet



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015b.

АОФП представляет собой обобщение фактических данных о приоритетных вопросах политики в области здравоохранения, написанное понятным языком и представленное в удобном для пользователя формате: страница ключевых тезисов, сопровождаемая тремя страницами кратких выводов и дополненная полным отчетом, включая список литературы и все соответствующие приложения. В основе АОФП лежит систематизированный и прозрачный метод сбора имеющихся данных по интересующему вопросу: (а) сформулирована насущная политическая проблема; (б) определены варианты решения этой проблемы; (в) намечены задачи по реализации вариантов политики. Чтобы фактические данные, используемые в аналитическом обзоре, были актуальны для лиц, формирующих политику, они должны быть увязаны с контекстом путем сопоставления систематических обзоров и результатов глобальных исследований, содержащих наиболее достоверные локальные данными.

Информация из АОФП используется в политических диалогах, в результате чего основные заинтересованные стороны имеют возможность изложить свои мнения, опасения и опыт в отношении выводов и вариантов политики, содержащихся в аналитическом обзоре. Политические

диалоги позволяют: получать дополнительные фактические данные, в частности благодаря неявным знаниям участников, которые не могут быть опубликованы или общедоступны; заполнить пробелы в знаниях, обнаруженные в АОФП; получить поддержку со стороны местных заинтересованных сторон по вопросам политики, требующим повышенного внимания; а также представить для ознакомления варианты политики.

Вставка 1.1 содержит некоторые ключевые определения, связанные с ПУФД.

Вставка 1.1 Ключевые концепции ПУФД

ПУФД

ПУФД может быть определена как (Oxman et al., 2006:4):

... подход к политическим решениям, призванный обеспечить обоснованность принимаемых решений с помощью самых достоверных научных данных. Конкретные методы реализации этого подхода могут быть разными и зависят от типа принимаемых решений и их контекста. Тем не менее, формирование политики с учетом фактических данных характеризуется тем, что доступ к фактическим данным и их критическая оценка в процессе разработки политики являются систематическими и прозрачными.

Практическое применение знаний

ВОЗ (2004b:140) определяет практическое применение знаний следующим образом:

... обмен, синтез и эффективная передача достоверных и актуальных результатов исследований. Основное внимание уделяется активации взаимодействия между производителями и пользователями данных научных исследований, устранению препятствий на пути использования этих данных и адаптации информации к различным целевым аудиториям, с тем чтобы способствовать более широкому применению эффективных мер.

ПППЗ

В общих чертах ПППЗ может быть определена как (Kasonde & Campbell, 2012:2):

... национальное или региональное подразделение, призванное создавать и развивать связи между исследователями, политиками и другими пользователями научных данных; эти связи сближают исследовательские и политические сообщества с целью создания циклов получения данных с учетом политики и политики, основанной на фактических данных. В идеале руководство ПППЗ осуществляется заслуживающими доверия специалистами, имеющими связи в высших кругах, посредниками, которые преуспевают в различных областях, включая сбор доказательств, критическую оценку, координацию, коммуникацию и создание сетей. То есть те люди, которые обладают опытом и авторитетом как в исследовательском сообществе, так и в политическом.

1.2 Почему ПУФД актуальна в Словении?

Усиление ПУФД в Словении особенно ценно в условиях последствий недавнего экономического кризиса, которые угрожают устойчивости системы здравоохранения и, как ожидается, окажут влияние на здоровье населения. Словения также столкнулась с такими проблемами, как старение населения, рост факторов риска, связанных с образом жизни молодого и активного населения, и эпидемия хронических заболеваний, таких как диабет (Министерство здравоохранения, 2016).

Словения считает, что партнерство с EVIPNet-Европа будет выгодным с точки зрения мобилизации дефицитных людских ресурсов для совершенствования ПУФД и поддержки реформ здравоохранения, необходимых для решения проблем, изложенных выше. Изменения в политике подчеркивают актуальность ПУФД и, в частности, необходимость дальнейших действий в этой области. Страна стремится расширить возможности сектора здравоохранения влиять на политику других отраслей, которая неизбежно в свою очередь влияет на здоровье населения. Кроме того, страна ищет пути как для активизации коллективного формирования политики, так и для привлечения к политическому процессу заинтересованных сторон, а также для обеспечения того, чтобы при формировании политики прогнозировались последствия любого политического решения. Что

касается последнего, то недавно принятое законодательство требует тщательной предварительной оценки воздействия (Резолюция о законодательном регулировании, 2009 г.).

Еще одним свидетельством возрастающей важности использования фактических данных в процессе принятия решений стал обзор системы здравоохранения, проведенный в 2015 г. по инициативе Министерства здравоохранения Словении. Этот обзор был выполнен Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Обзор внес значимый вклад в Национальный план развития здравоохранения - всеобъемлющий документ по долгосрочной политике в области здравоохранения (Kolar Celarc, 2016). Министерство здравоохранения поручило проведение обзора международным организациям, частично из-за ограниченных возможностей в интерпретации данных и представлении информации в удобной для пользователя форме.

1.3 Подготовка к созданию ПППЗ

В целях укрепления и институционализации ПУФД, подготовки и создания ПППЗ EVIPNet-Европа призывает проводить в стране ситуационный анализ. Целью анализа является предоставление краткой характеристики условий формирования политики в области медицинских исследований (систем) и здравоохранения (систем) для определения «организационной и оперативной ниши для будущей платформы практического применения знаний Сети EVIPNet» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017a:1).

Ситуационный анализ был проведен на местном (национальном) уровне под руководством страновой группы Сети EVIPNet-Европа. Страновая группа EVIPNet обычно включает представителей странового бюро ВОЗ и европейских кураторов EVIPNet-Европа; это лица, отобранные министерствами здравоохранения в качестве официальных координаторов для оказания поддержки деятельности Сети EVIPNet в стране. Исследователи, собирающие и анализирующие данные, получают поддержку от странового бюро ВОЗ, а также Секретариата ВОЗ EVIPNet-Европа в Европейском региональном бюро ВОЗ.

1.3.1 МЕТОДЫ

Ситуационный анализ осуществлялся на основании первого варианта Руководства по ситуационному анализу Сети EVIPNet-Европа (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017a), который впоследствии был пересмотрен. Информация в руководстве распределена по четырем главам:

1. общий контекст страны
2. система здравоохранения
3. национальная система медицинских исследований
4. процессы формирования ПУФД

Источниками информации послужили общедоступные программные документы, соответствующие законы и нормативные положения в секторе здравоохранения, статьи и отчеты, в том числе некоторые неопубликованные документы, с которыми авторы имели возможность ознакомиться. Еще двумя важными источниками информации были неопубликованный отчет, подготовленный Министерством здравоохранения по исследовательским проектам, проведенным в период 2001-2012 гг., и страновой отчет по Словении, касающийся Европейского проекта «Инновации и исследования в области общественного здравоохранения в Европе» (PHIRE) (Poldrugovac et al., 2012).

Чтобы учесть все соображения и точки зрения заинтересованных сторон, исследователи приняли решение провести три семинара. Первый из них состоялся во время запуска проекта в марте 2014 г. В нем приняли участие представители Министерства здравоохранения, НИОЗ и Медицинской палаты Словении. Второй семинар был проведен в декабре 2014 г., на нем специалисты НИОЗ обсуждали вопросы ПУФД. Третий семинар с участием широкого круга заинтересованных сторон состоялся в феврале 2015 г. Среди участников были (среди прочих) представители организаций, участвовавших в стартовом мероприятии в марте 2014 г., представители HHS, Ассоциации медсестер и акушерок Словении, Словенского сотрудничающего центра ВОЗ по межсекторальным подходам к

здравоохранению и развитию, Центра здравоохранения и развития Murska Sobota, медицинского и экономического факультетов Люблянского университета, а также нескольких неправительственных организаций (НПО), в том числе организаций пациентов. Были высказаны замечания по проекту ситуационного анализа.

Выводы из ситуационного анализа основываются на интерпретациях исследователей, использующих все источники информации. Риск систематических ошибок, присущий интерпретациям, был, по крайней мере, частично, смягчен путем проведения консультаций с заинтересованными сторонами, перечисленными выше, для проверки результатов.

1.4 Структура отчета

Структура отчета была следующей.

- » Раздел 2, посвященный национальному контексту, дает общее представление об основных политических, социальных, социально-экономических и культурных особенностях страны, помимо инфраструктур и процессов, связанных со здоровьем и системой здравоохранения.
- » В разделе 3, посвященном системе здравоохранения и формированию политики, излагаются характеристики заинтересованных сторон, структур, процессов принятия решений, а также ключевые проблемы в области общественного здравоохранения и системы здравоохранения.
- » В разделе 4, посвященном системе медицинских исследований в стране, рассматриваются основные заинтересованные стороны, имеющиеся структуры, общие процессы и механизмы финансирования, а также основные области исследований в области здравоохранения.
- » В разделе 5, посвященном процессам формирования политики с учетом фактических данных, представлен обзор текущей деятельности в области ПУФД и взаимодействий системы здравоохранения и системы медицинских исследований в рамках этой деятельности.

В нескольких разделах были добавлены вставки с кратким изложением основных проблем и возможностей, которые необходимо учитывать при создании ПППЗ в Словении.

2. ОБЩИЙ КОНТЕКСТ СТРАНЫ

- » *Этот раздел, посвященный национальному контексту Словении, дает общее представление об основных политических, социальных, социально-экономических и культурных особенностях страны, помимо инфраструктур и процессов, связанных со здоровьем и системой здравоохранения.*

Процессы формирования политики в демократических обществах имеют много общих принципов. В то же время многие аспекты специфичны для страны и отчасти зависят от политической структуры. Политическая структура Словении описана в этой главе. Социально-экономические условия также играют немаловажную роль, поскольку они могут дать общее представление о ресурсах, которые можно будет мобилизовать для ПУФД. В этой главе также рассматривается процесс формирования национальной политики с учетом ключевых игроков и сложившейся практики, что обеспечивает широкий контекст для ПУФД в области здравоохранения.

2.1 Политическая структура и социально-экономические условия

Словения - маленькая страна в центральной Европе, граничащая с Италией на западе, Австрией на севере, Венгрией на северо-востоке и Хорватией на востоке и юге. Она также имеет береговую линию на Адриатическом море протяженностью 46,6 км (правительство Республики Словения, 2015b) и население около 2 миллионов человек. Столица страны - город Любляна, в котором проживают приблизительно 280 000 человек (SURС, 2017).

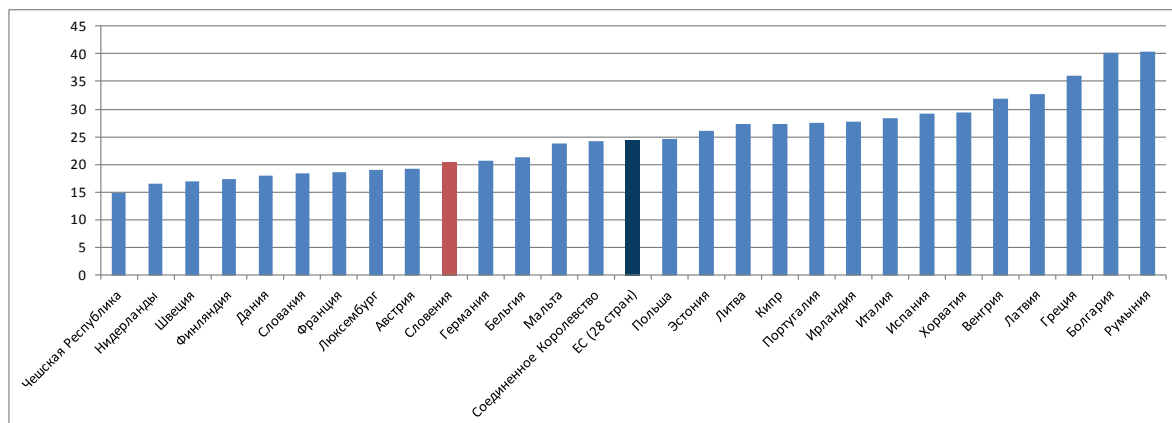
Словения - демократическая республика с унитарным правительством, основанная на принципе разделения законодательной, исполнительной и судебной властей. Высшая законодательная власть принадлежит Государственному собранию, в состав которого входят 90 депутатов. Последние парламентские выборы состоялись в 2014 г. и привели к формированию нынешнего правительства, которое поддерживается коалицией из трех партий (Партия умеренного центра, Демократическая партия пенсионеров Словении и Социально-демократическая партия) (Правительственный коммуникационный офис, 2011 г., Правительство Республики Словения, 2015а, 2015b). Некоторые полномочия предоставляются муниципалитетам (DPADM Организации Объединенных Наций и DESA Организации Объединенных Наций, 2004 г.), которых насчитывается более 200.

Словения стала независимой страной после распада Югославии в 1991 г. Страна стала членом ЕС в 2004 г., приняла евро в качестве валюты в 2007 г. (Правительственный коммуникационный офис, 2011), а его ВВП на душу населения в 2014 г. составлял 24 002 долл. США (Европейская база данных ВОЗ Здоровье для всех, 2014).

Экономический кризис, начавшийся в 2008 году, оказал значительное влияние на Словению, которая в 2009 г. зафиксировала снижение реального ВВП на 7,1%. И только в 2014 г. показатель реального ВВП достиг предыдущего (2008 г.) значения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017b). В период с 2008 по 2014 год общий государственный долг увеличился с 22% ВВП (4,06 евро на душу населения) до 81% ВВП (14,62 евро на душу населения) (SURС, 2017).

Неудивительно, что официальные данные о безработице отражают состояние экономики: этот показатель увеличился с 4,4% в 2008 г. до более 9,7% в 2014 г. (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017d). В тот же период по данным Евростата число жителей, находящихся на грани бедности или социального отчуждения, увеличилась с 18,5% до 20,4% (Евростат, 2016). Однако в 2014 г. этот показатель был по-прежнему ниже среднего значения по ЕС (см. Рис. 2.1). Коэффициент GINI, показывающий степень неравенства распределения доходов в стране, в Словении очень низок, и, согласно базе данных Здоровье для всех, в 2014 г. составил 25,04. Этот показатель ниже, чем в Германии (30,70), Италии (32,70) или Дании (27,50) (Евростат, 2016).

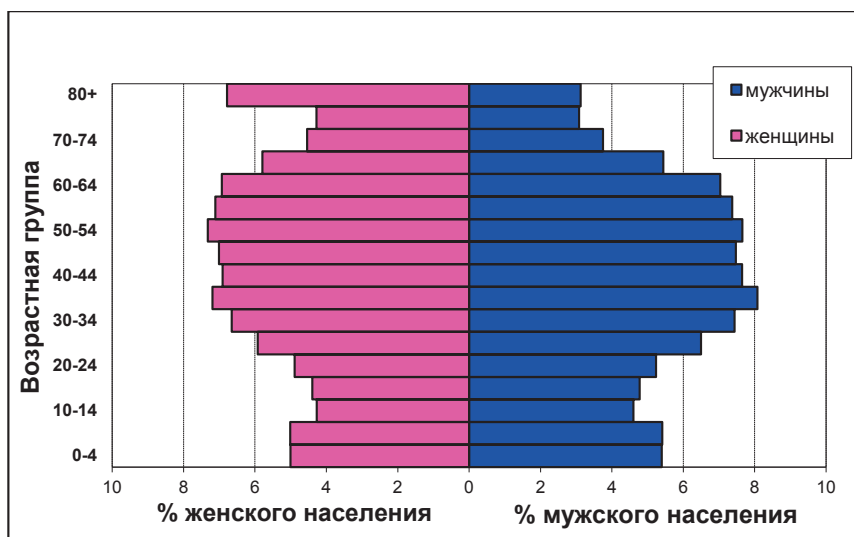
Рис. 2.1 Число жителей, находящихся на грани бедности, в 2014



Источник: Евростат (2016).

Демографическая пирамида (см. Рис. 2.2) типична для промышленно развитых стран, что определяет высокую долю стареющее население, что влияет как на социальные условия в стране, так и на потребности, которые должна удовлетворять система здравоохранения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении превышает 80 лет, что на один год больше среднего показателя для всех 28 государств-членов ЕС (ЕС28), но все еще ниже среднего показателя для государств-членов, входивших в ЕС до мая 2004 г. (ЕС15) (Министерство здравоохранения, 2016). Принимая это во внимание, важно отметить, что в настоящее время в Словении самый низкий возраст выхода на пенсию среди стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (ОЭСР, 2017).

Рис. 2.2 Демографическая пирамида населения Словении на 1 января 2016 г.



Источник: SURS (2017).

2.2 Политические силы и процесс формирования политики

В последние годы в правительстве Словении проявляют особую заинтересованность в совершенствовании процессов разработки политики в стране. Парламент Словении в 2009 г. принял Резолюцию о законодательном регулировании (Резолюция о законодательном регулировании, 2009), в которой излагается процесс подготовки нормативных предложений. Резолюция дополнена более подробным руководством по предварительной оценке воздействия, которая должна быть частью любого политического или нормативного предложения (Министерство государственного управления, 2011). В обоих документах подчеркивается важность оценки политики и нормативных положений и открытого обсуждения политических или регуляторных инициатив со всеми заинтересованными сторонами. Эти документы полностью подтверждают необходимость более тщательного анализа политики и коллективных процессов.

Правительство Словении также приняло Постановление о документах, служащих основной планирования развития, и процедурах подготовки государственного бюджета (2007). Это Постановление признает основным документом долгосрочного развития Стратегию развития Словении (Šušteršič, Rojec & Korenika, 2005). Правительство недавно разработало новый проект Стратегии развития Словении, первой заявленной целью в котором значится «здоровая и активная жизнь» (SVRK, 2017). Начиная с октября 2017 г. идет общественное обсуждение этого проекта.

В Постановлении о документах, служащих основной планирования развития, и процедурах подготовки государственного бюджета (2007) также определяется порядок подготовки документов для планирования развития. Они должны быть последовательными и соответствовать Стратегии развития Словении и Национальной программе приоритетов развития и инвестиций. В Постановлении также указывается, что Государственный департамент по вопросам развития и Европейской региональной политики должен вести текущий учет всех документов по планированию развития; однако эти записи, если они действительно ведутся, не являются общедоступными.

2.2.1 РОЛЬ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Хорошо известны основные гражданские свободы, необходимые для открытого обсуждения политических вопросов. Независимая контролирующая организация Freedom House в 2013 г. классифицировала Словению как свободную страну, присвоив ей высший рейтинг (1) в категориях свободы, гражданских свобод и политических прав (Freedom house, 2017). Тем не менее, согласно индексу гражданского общества CIVICUS за 2004 и 2011 годы, многие области требуют улучшения для расширения участия граждан (Rakar et al., 2011). В 2011 году проект ASPEN, финансируемый ЕС (ASPEN Project Group, 2011), рекомендовал расширить участие граждан в вопросах психического здоровья. Эти рекомендации, по-видимому, применимы не только ко всему сектору здравоохранения, но и к другим секторам. На вставке 2.1 представлено резюме ключевых возможностей и проблем будущей ПППЗ с учетом общего контекста страны.

Вставка 2.1 Резюме ключевых возможностей и проблем будущей ПППЗ с учетом общего контекста страны

Возможности, предоставляемые ПППЗ

- » ПППЗ может поддерживать процесс подготовки политических предложений в соответствии с Резолюцией 2009 г. о законодательном регулировании.
- » Она может также поддерживать формирование политики согласно другим документам по вопросам развития.
- » Она может способствовать дальнейшему развитию роли гражданского общества и других заинтересованных сторон в принятии политических решений.

Проблемы, стоящие перед будущей ПППЗ

- » Выполнение тщательного анализа политики может быть затруднительным.

3. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

» *В этом разделе, посвященном системе здравоохранения и формированию политики, излагаются характеристики заинтересованных сторон, структур, процессов принятия решений, а также ключевые проблемы в области общественного здравоохранения и системы здравоохранения.*

Предыдущий подраздел, посвященный организации и управлению системы здравоохранения Словении, дает представление о функциях и обязанностях ключевых заинтересованных сторон в области здравоохранения и их взаимодействиях. При рассмотрении вопроса о финансировании и предоставлении медицинских услуг в стране (подразделы 3.2 и 3.3) обнаруживаются дополнительные проблемы, которые решаются или должны решаться в ближайшем будущем лицами, формирующими политику. Более того, в тех случаях, когда проводятся крупные реформы или уже существуют политические стратегии, они четко указывают на приоритеты и направления политики страны и, следовательно, на потенциальные участки для деятельности по ПУФД.

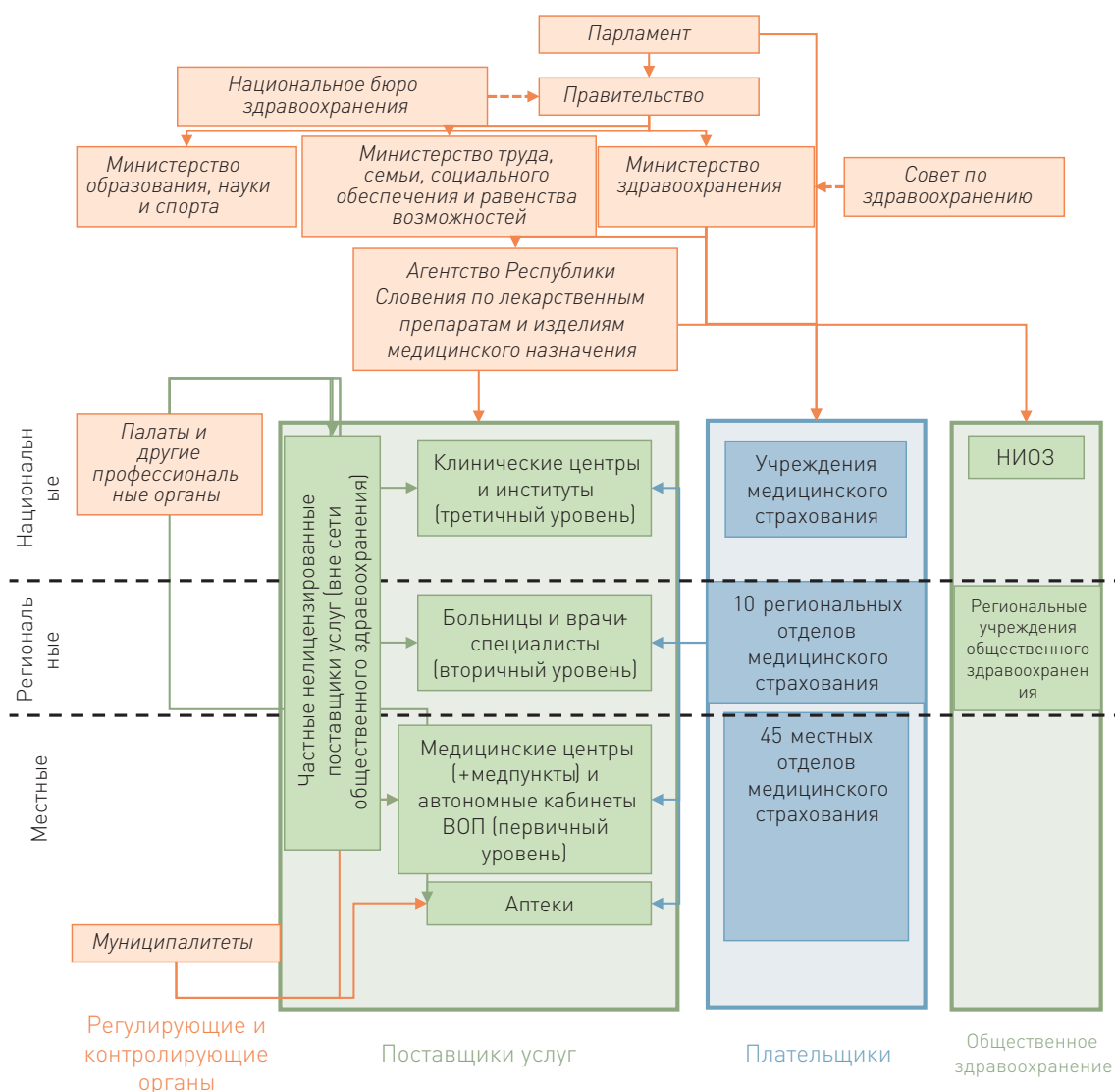
3.1 Организация и управление

Система здравоохранения Словении основана на модели Бисмарка (система медицинского страхования, финансируемая совместно работодателями и работниками путем отчислений из заработной платы и действующая за счет фондов медицинского страхования, которые часто называли больничными кассами), дополненной незначительным финансовым вкладом из государственного бюджета. Система нацелена на всеобщий, равный и беспрепятственный доступ всех граждан к услугам здравоохранения (Albrecht et al., 2016). На практике равенство является важнейшей ценностью, и ему уделяется немало внимания. Примерами могут послужить Резолюция о Национальном плане развития здравоохранения на 2016-2025 гг. (Министерство здравоохранения, 2016), доклад *Неравенство в здравоохранении Словении* (Buzeti et al., 2011) и проект «За здоровьем вместе», в котором основное внимание уделяется равенству в программах профилактики. Тем не менее, неравенство, требующее внимания, сохраняется, например, наблюдаются различия в состоянии здоровья людей соответственно их социально-экономическому статусу (Buzeti et al., 2011).

Процесс формирования политики в области здравоохранения в Словении официально организован в соответствии с современной демократической практикой (Регламент работы Правительства Республики Словения, 2001). Этот процесс включает в себя этап общественного обсуждения, на которое выносятся любое политическое или нормативное предложение, а также предварительную оценку воздействия. Однако в повседневной практике иногда все это происходит по иному. Оценка воздействия, в частности, может быть проблематичной, поскольку она требует серьезного и тщательного анализа и исследований, выполненных специалистами, а не просто формального заполнения бумаг, как это часто бывает (Резолюция о законодательном регулировании, 2009). Кроме того, заинтересованные стороны не всегда принимают должное участие в процессе (Rakar et al, 2011; The ASPEN Project Group, 2011). Рекомендации по исправлению ситуации были сформулированы в Резолюции о законодательном регулировании (2009), и теперь стоит задача эффективного выполнения этих рекомендаций.

На рис. 3.1 схематически представлены взаимосвязи между основными заинтересованными сторонами в системе здравоохранения Словении.

Рис. 3.1 Упрощенная органограмма системы здравоохранения Словении.



Источник: Albreht et al., 2016.

Как показано на рис. 3.1, предоставление услуг здравоохранения организовано на трех уровнях. Учреждения здравоохранения в основном находятся в государственной собственности и на уровне первичной медико-санитарной помощи принадлежат муниципалитетам, а на более высоких уровнях - государству. Частные поставщики медицинских услуг могут быть включены в национальную сеть общественного здравоохранения, а это означает, что предоставляемые ими услуги покрываются в рамках схемы государственного финансирования (например, HHS), или они могут работать самостоятельно и, таким образом, предоставлять услуги за наличные средства или в соответствии с эквивалентными схемами частного медицинского страхования. Все поставщики медицинских услуг (государственные и частные), действующие в рамках государственной сети, имеют контракт с HHS как с единой больничной кассой Словении; в этом качестве HHS обладает значительной самостоятельностью. Существуют также три поставщика дополнительного медицинского страхования, которое является добровольным (и поэтому не показано на иллюстрации). Общественное здравоохранение является сферой деятельности НИОЗ, имеющего несколько региональных отделений. Агентство по лекарственным средствам и изделиям медицинского назначения представляет собой независимое государственное учреждение с делегированными от Министерства здравоохранения полномочиями в сфере лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Профессиональная компетентность специалистов здравоохранения обеспечивается палатами и (самоуправляющимися) профессиональными объединениями, которые

часто наделены правом выдачи лицензий на осуществление профессиональной деятельности (Albreht et al., 2016).

Словенская система здравоохранения, похоже, испытывает трудности с управлением и лидерством. Зачастую обязанности различных учреждений неясны, а ответственность недостаточна. Например, клинические рекомендации разрабатываются различными отделами Словенской медицинской ассоциации (см. Košnik & Marčun, 2015) и должны утверждаться генеральными экспертными коллегиями, которые представляют собой экспертные консультативные органы Министерства здравоохранения (Правила формирования и функционирования Генеральных экспертных коллегий, 2002). Однако эти два экспертных органа официально не взаимодействуют, что приводит к неопределенности в отношении ответственности за разработку и применение рекомендаций. И, в результате этого, неясно, кто должен инициировать и поощрять подготовку таких рекомендаций (Министерство здравоохранения, 2016). Точно так же остается не определено, кто должен заниматься вопросом неустойчивой финансовой ситуации во многих больницах (Cylus, 2015), поскольку руководство больниц и HHS считают друг друга ответственными за это.

3.1.1 НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ

Основным программным документом в секторе здравоохранения является Национальный план развития здравоохранения. В проекте Резолюции о Национальном плане развития здравоохранения на 2016-2025 гг. (Министерство здравоохранения, 2016) определены четыре приоритетных области:

1. улучшение здоровья и благополучия и сокращение неравенства в области здравоохранения для населения Словении;
2. внедрение доступной, эффективной и стабильной системы здравоохранения, которая эффективно адаптируется к потребностям населения;
3. обеспечение удовлетворения нужд пациентов и поставщиков услуг;
4. увеличение вклада здоровья в развитие Словении.

Первые две приоритетные области отражают стратегические цели политики Здоровье-2020 Европейского региона ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

Были определены четыре приоритетные области для дальнейшего развития системы здравоохранения (Министерство здравоохранения, 2016).

1. Следует сосредоточить внимание на укреплении здоровья, охране здоровья и профилактике заболеваний среди населения в целом и различных целевых групп.
2. Оказание помощи следует оптимизировать таким образом, чтобы все уровни системы оказания медицинских услуг предоставляли людям необходимую помощь, включая услуги и программы по профилактике заболеваний, лечение, реабилитацию и восстановление.
3. Эффективность помощи должна быть повышена для обеспечения наилучших результатов, а также повышения действенности за счет совершенствования лидерства и процессов управления.
4. Финансирование здравоохранения должно быть справедливым, солидарным и устойчивым.

Для каждой из этих приоритетных областей были разработаны подробные уточнения. Стоит отметить, что одной из целей первой приоритетной области является выполнение оценок воздействия на здоровье политики правительства, а также деятельности, связанной с проведением этой оценки. На вставке 3.1 представлено резюме ключевых возможностей и проблем будущей ПППЗ с учетом организации системы здравоохранения и ее управления.

Вставка 3.1 Резюме ключевых возможностей и проблем будущей ПППЗ с учетом организации системы здравоохранения и ее управления

Возможности, предоставляемые ПППЗ

ПППЗ может быть дискуссионной площадкой для прямого и открытого обмена мнениями между всеми заинтересованными сторонами (включая профессиональные ассоциации, организации здравоохранения и объединения пациентов).

КТП может оказать помощь в определении приоритетов политики, которые будут изучаться и обсуждаться между заинтересованными сторонами.

Проблемы, стоящие перед будущей ПППЗ

Неопределенные отношения подотчетности в системе здравоохранения могут стать значительным препятствием для разработки и реализации решений приоритетных вопросов.

3.2 Финансирование здравоохранения

HIIS является единственным плательщиком в сфере медицинских услуг, предоставляя обязательное медицинское страхование. Схема обязательного медицинского страхования дополняется добровольной схемой, позволяющей избежать доплат. Подавляющее большинство населения Словении охвачено именно этим видом добровольного медицинского страхования, которое строго регламентировано (Albreht et al., 2016). Расходы на здравоохранение в стране в 2014 г. составили 8,5% от ВВП (ОЭСР, 2017). Согласно данным ОЭСР за тот же год, около 71% расходов на здравоохранение покрывалось из государственных источников, в том числе 68% - через HIIS. Доля частного финансирования составила около 29%, из них 16% - добровольное медицинское страхование, а 13% - наличные платежи (ОЭСР, 2017).

Серьезную озабоченность в Словении вызывает долгосрочная финансовая устойчивость системы здравоохранения. Было реализовано несколько стратегий по сокращению затрат (включая, например, ограничение стоимости лекарств в пределах терапевтической группы с аналогичными фармакологическими эффектами). Были приняты меры в отношении доходной части бюджета путем расширения диапазона приемлемых источников дохода, которые требуют выплат медицинских страховых взносов. Финансирование больниц за последние несколько лет значительно сократилось, хотя требования по объему услуг остались прежними (Albreht et al., 2016; Cylus, 2015). Как HIIS, так и Министерство здравоохранения были значительно ограничены в своей деятельности мерами экономии, предпринятыми после финансового кризиса, поразившего Словению в 2009 году.

Четыре ключевых вопроса требуют особого внимания, поскольку они оказывают значительное влияние на финансирование здравоохранения в Словении (Thomas et al., 2015).

1. С точки зрения государственных расходов, существует сильная зависимость от налогов, взимаемых с заработной платы, при этом доля взносов из государственного бюджета незначительна.
2. Существующие антициклические механизмы недостаточны для смягчения последствий экономических циклов, которые оказали серьезное влияние на полученные доходы в результате финансового кризиса, который начался в 2008 году.
3. Требуется в целом справедливая и доступная система здравоохранения.
4. Обостряется проблема длительного ухода, который требует от системы здравоохранения все больших ресурсов.

Национальный план развития здравоохранения на 2016-2025 гг. требует пересмотра схемы взносов обязательного медицинского страхования, а также других видов доходов (таких как доходы с капитала). Он также призывает выделить на меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний часть акцизного сбора на алкоголь и табак, а также пересмотреть схему дополнительного медицинского

страхования для повышения равенства и справедливости в системе здравоохранения (Министерство здравоохранения, 2016).

3.3 Предоставление услуг здравоохранения

Система здравоохранения характеризуется хорошо развитой сетью первичной помощи, действующей в качестве диспетчера для медицинских услуг вторичного уровня (Kringos et al., 2013; Albrecht et al., 2016). Количество койко-мест на душу населения в Словении ниже среднего показателя по ЕС. Словения сталкивается с проблемами, связанными с координацией оказания услуг, особенно между первичной и вторичной медицинской помощью, и между поставщиками первичной и вторичной помощи, с одной стороны, и учреждениями длительного ухода - с другой (Nolte et al., 2015).

В Словении гораздо меньше врачей, чем в среднем по ЕС (2,5 врача на 1000 человек в Словении по сравнению с 3,4 врача на 1000 человек в ЕС в 2012 г.) (Министерство здравоохранения, 2016). Особенно сильно ощущается недостаток личных врачей¹; это потенциально влияет на качество обслуживания, поскольку они обслуживают многих пациентов. Недавно Министерство здравоохранения заявило о своем намерении уменьшить среднее число пациентов на одного личного врача (Delo, 2016).

В Словении один из самых низких показателей неонатальной смертности среди стран ОЭСР, а показатели охвата вакцинацией против дифтерии, столбняка, коклюша и кори примерно такие же, как в среднем по ЕС (около 95%) (Министерство здравоохранения, 2016). Это можно рассматривать как показатель хорошей системы профилактики заболеваний.

Система здравоохранения недостаточно развита с точки зрения контроля и обеспечения качества, а также оценки технологий здравоохранения (Министерство здравоохранения, 2016).

¹ Личные врачи - это врачи общей практики или специалисты по семейной медицине, которые чаще всего первыми контактируют с пациентом, выступая в качестве диспетчеров в системе здравоохранения.

4. НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

» *В этом разделе, посвященном системе медицинских исследований, рассматриваются основные заинтересованные стороны, структуры, процессы и механизмы финансирования, а также основные области исследований в области здравоохранения.*

В этой главе проанализирована организация системы медицинских исследований, рассмотрены человеческие ресурсы, а также финансирование и подготовка исследований. Основное внимание в анализе уделяется исследованиям в области общественного здравоохранения и, в частности, исследованиям системы здравоохранения, которые чаще всего занимаются вопросами политики здравоохранения. Более глубокое понимание контекста исследований - включая качество исследований, а также то, как определяются приоритеты в исследованиях, и какое участие в этом принимают ключевые лица, принимающие решения, - позволяет лучше согласовывать приоритеты исследований с приоритетами политики, чтобы расширить использование результатов исследований при формировании политики.

4.1 Инфраструктура и управление медицинскими исследованиями

Если судить по количеству публикаций, Словения располагает хорошо развитым исследовательским сектором по сравнению с другими странами ЕС (Glavič Novak & Perdih, 2014). В области систем здравоохранения или здоровья нет каких-либо особых стратегий проведения научных исследований. Однако существует более общая Резолюция о Национальной программе исследований и развития на 2011-2020 годы (с 2011 года), в которой также учтена Стратегия развития Словении (актуальная для периода 2005-2013 годов) (Šušteršič, Rojce & Korenika, 2005). Этой резолюцией руководствуется Словенское исследовательское агентство (ARRS) при выдаче грантов. ARRS также обращается к Министерству здравоохранения с просьбой дать рекомендации по темам и вопросам исследований для определенного типа грантов, связанных с прикладными исследованиями. Министерство здравоохранения, в свою очередь, рассматривает потребность в исследованиях, результаты которых можно непосредственно применить в процессе принятия решений по профессиональным/медицинским вопросам, а также при разработке законодательства. Кроме того, Министерство «... направляет в ключевые исследовательские учреждения неофициальные запросы по поводу предложений по тематике исследований...» (Poldrugovac et al., 2012:19).

Этот этап консультаций главным образом проводится в отношении предложений по краткосрочным исследованиям. Широкомасштабная стратегия не указывает конкретные темы исследований в области охраны здоровья и систем здравоохранения, тем самым подчеркивая расхождение между долгосрочной стратегией и принимаемыми мерами. Заинтересованным сторонам необходимо более прозрачное, открытое и регулярное обсуждение приоритетов как политики здравоохранения, так и исследований в области здравоохранения (см. подраздел 1.3). Более того, ARRS не должен быть монополистом в распределении исследовательских грантов в области медицинских наук и здравоохранения. Также необходимо отметить, что в Резолюции о Национальной программе исследований и развития на 2011-2020 годы говорится, что Словения (к сожалению) еще не разработала всеобъемлющую систему для анализа результатов научных исследований, которая может быть использована для оценки воздействия финансируемых государством исследований.

4.2 Человеческие и финансовые ресурсы медицинских исследований

По данным Статистического бюро Республики Словения (SURs), в 2012 г. на исследования и разработки было потрачено более 928 млн евро. Примерно 578 млн евро из этих средств было предоставлено частным (деловым) сектором, и 703 млн евро были использованы тем же сектором

для исследований и разработок. Нет четко определенных данных о расходах и финансировании, в частности, исследований в области систем здравоохранения. Известно только, что на исследования в области медицинских наук и здравоохранения было выделено 2,64% из 928 млн евро (24,5 млн евро).

Основным источником финансирования исследований являются гранты ARRS. На исследования в области медицинских наук и здравоохранения в 2013 г. было выделено 9% бюджета. Помимо выделения средств, ARRS также имеет программу финансирования инфраструктуры и программу поддержки молодых исследователей (Glavič Novak & Perdih, 2014). ARRS контролирует «полезность, степень новаторства, эффективность, конкурентоспособность и профессионализм работы» (ARRS, 2005), финансируемой Агентством.

Другим важным источником финансирования исследований в области систем здравоохранения является Европейская комиссия, хотя в этом случае часто требуется совместное финансирование со стороны национальных учреждений. В высших учебных заведениях есть бюджеты, включающие в себя некоторые небольшие ресурсы для исследований, в дополнение к тем, которые получают от ARRS и других внешних источников.

HIIS и компании добровольного медицинского страхования, как финансирующая сторона институтов последиplomного образования, частично финансируют исследовательскую деятельность, которая ведется в данных заведениях. Институты последиplomного образования являются поставщиками медицинских услуг и как таковые часто участвуют как в исследованиях, так и в образовании. Яркими примерами таких учреждений, занимающихся образованием и исследованиями, являются университетские медицинские центры в Любляне и Мариборе, а также НИОЗ (HIIS, 2013).

Отсутствуют объективные данные по количеству исследователей, уезжающих из страны. Тем не менее, утечка квалифицированных кадров значилась в основном перечне актуальных проблем политики на протяжении нескольких лет и была учтена в стратегии экономической миграции 2010 г. (Министерство труда, семьи, социальное обеспечение и равные возможности, 2010). Государственные исследовательские организации должны вознаграждать своих сотрудников, в том числе исследователей, в соответствии с положением о государственных служащих (Закон о государственных служащих, 2007). Это постановление недостаточно гибкое и не предлагает особых возможностей для финансового стимулирования и других вознаграждений для успешных исследователей, что иногда упоминается как возможная причина утечки кадров. Программа поддержки молодых исследователей, финансируемая ARRS, обеспечивает стимул для включения молодых талантов в созданные исследовательские группы (Perdih & Glavič Novak, 2013). Эти соображения не относятся только к исследованиям в области системы здравоохранения, однако они затрагивают эту сферу в той же мере, что и любую другую.

4.3 Получение и использование результатов медицинских исследований

Большая часть учреждений, вовлеченных в исследования в области общественного здравоохранения, включая исследования систем здравоохранения, являются государственными и, соответственно, финансируются государством. Лишь некоторые из них ведут активные исследования в области общественного здравоохранения. Определить число исследовательских организаций, ведущих исследования в области систем здравоохранения, не так просто, прежде всего потому, что университеты обладают высокой степенью свободы при разработке своих исследовательских программ, а в стране отсутствует официальный список или хотя бы классификация выполняемых учреждениями научно-исследовательских проектов в области систем здравоохранения.

Крупнейшим научно-исследовательским учреждением в области общественного здравоохранения является НИОЗ. Все три университета в Словении также активно работают в этой области исследований, особенно на факультетах медицины, медицинских наук и экономики. Другие независимые исследовательские учреждения, которые могут предоставить научные данные, включают Институт Йожефа Стефана, Институт экономических исследований и Факультет здравоохранения Есенице Анжелы Бошкин.

Чтобы лучше координировать исследовательскую деятельность, содействовать сотрудничеству между исследователями из разных областей и более эффективно управлять принятием решений в исследовательских областях, которые нуждаются в приоритетном финансировании,

исследовательские организации осенью 2013 года создали самоуправляющийся Совет по исследованиям в области общественного здравоохранения; однако, учитывая, что с тех пор он ни разу не созывался, неясно, будет ли инициатива успешной в достижении ее цели.

В Словении высоко ценится независимость исследовательского сообщества. Независимость государственных высших учебных заведений определена в статье 58 Конституции Словении. С другой стороны, возможно, именно из-за высокого уровня независимости исследователи в области здравоохранения часто откликаются на публичные призывы к внесению предложений (которые могут иметь очень конкретную цель), представляя на рассмотрение высококачественные и методологически обоснованные проекты; однако зачастую они не полностью соответствуют конкретной названной цели.

Роль исследователей в формировании предложений по политике была предметом оживленной дискуссии на совещании заинтересованных сторон EVPINet-Европа, которое состоялось 9 февраля 2015 г. в Любляне. Участники совещания отметили, что специалисты, приглашенные для участия в процессе разработки политики, часто выполняют двойную роль, как ученые, а также как сотрудники, представители профессиональных или других организаций, что может привести к потенциальному конфликту интересов. Такие специалисты часто высказывают свои мнения без четкой ссылки на доказательства. По этим причинам участники совещания из числа заинтересованных сторон подчеркнули необходимость того, чтобы те специалисты, которые участвуют в процессе разработки политики, неукоснительно предоставляли научные знания вместо мнений. На вставке 4.1 представлено резюме ключевых возможностей и проблем, стоящих перед будущей ПППЗ, с учетом национальной системы медицинских исследований.

Вставка 4.1 Резюме ключевых возможностей и проблем, стоящих перед будущей ПППЗ, с учетом национальной системы медицинских исследований

Возможности, предоставляемые ПППЗ

- » ПППЗ позволит привлечь более широкий спектр заинтересованных сторон (организации-поставщики, гражданское общество) к определению приоритетов при представлении фактических данных для формирования политики.
- » ПППЗ также поможет развить сотрудничество между исследователями, политиками и другими заинтересованными сторонами и таким образом улучшить соответствие предоставляемых фактических данных их потребностям.

Проблемы, стоящие перед будущей ПППЗ

- » Сокращение частоты подготовки законодательных и политических предложений может быть затруднено без широкого сотрудничества с заинтересованными сторонами.

5. ПРОЦЕССЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПУФД

- » *В этом разделе, посвященном процессам ПУФД, представлен обзор текущей деятельности в области ПУФД и взаимодействий системы здравоохранения и системы медицинских исследований в рамках этой деятельности.*

В этой главе анализируется уже сложившаяся практика стран в отношении использования фактических данных для принятия решений или формирования политики в области здравоохранения, и особое внимание уделяется ключевым действующим силам и примерам передовой практики. В целом, в странах, которые недавно подали заявку на членство в EVIPNet, и в которых отсутствуют систематические, прозрачные механизмы ПУФД, не созданы и платформы практического применения знаний. Однако использование научных знаний и фактических данных может сыграть определенную роль в процессе разработки политики, например, посредством специальных консультаций с экспертами (исследователями), периодических ссылок на научные статьи в политических предложениях или подготовки политических аналитических обзоров. Эти виды деятельности являются отправной точкой для дальнейшего наращивания усилий по ПУФД.

Решение страны вступить в EVIPNet может быть истолковано как выражение готовности к дальнейшему развитию ПУФД. В частности, решение Словении участвовать в EVIPNet четко указывает на намерение усилить потенциал в отношении ПУФД, с учетом принятия обязательной к выполнению Резолюции о законодательном регулировании (2009), в которой подчеркивается важность ПУФД. Но в то же время политические решения, которые часто нужно принимать в кратчайшие сроки, не всегда подтверждаются строгими научными данными, демонстрируя разрыв между заявленными намерениями и реальной практикой.

5.1 Основные участники

Министерство здравоохранения играет центральную роль в подготовке и осуществлении политики в области здравоохранения, и оно же координирует процесс определения этой политики. Министерство также участвует в финансировании тех исследовательских проектов, которые оно считает необходимыми для разработки политики в сфере своей ответственности. Помимо Министерства здравоохранения на принятие решений в области политики здравоохранения влияют и многие другие заинтересованные стороны, такие как HHS, Государственное собрание, другие министерства, профессиональные ассоциации, организации-поставщики и их представительства. К примеру, Комитет по вопросам здравоохранения Государственного собрания не утвердил поддержанную Министерством здравоохранения стратегию развития и комплексного управления в области акушерства и гинекологии (Министерство здравоохранения, 2010b).

НИОЗ - это независимое учреждение общественного здравоохранения. Это крупнейший в Словении центр сбора и обработки данных в области здравоохранения, предоставляющий Министерству здравоохранения экспертные консультации по вопросам общественного здравоохранения (Закон о здравоохранении, 2005). НИОЗ имеет стратегический план (НИОЗ, 2010), но его значимость в формировании политики зависит в основном от того, запрашивает ли Министерство специальную информацию по конкретным вопросам и предоставляет ли финансирование для проведения исследований и составлению политических аналитических обзоров. НИОЗ зачастую выступает как учреждение по практическому применению знаний по вопросам общественного здравоохранения, иногда «проталкивая» фактические данные посредством проведения мероприятий и публикаций. В других случаях такие знания и фактические данные «вытаскиваются» Министерством здравоохранения, чтобы обобщить их и представить доказательства для аналитических обзоров Министерства.

Министерству здравоохранения также помогают экспертные консультативные советы. Эти консультативные органы имеют очень ограниченные полномочия в отношении непосредственного

принятия решений (Правила формирования и функционирования Генеральных экспертных коллегий, 2002; Правила, касающиеся Совета здравоохранения, 2001) и не имеют перечня актуальных проблем для исследований. Генеральная экспертная коллегия состоит из специалистов высокого уровня, консультирующих в разных областях медицинских наук и здравоохранения. Влияние и авторитет Генеральной экспертной коллегии с трудом поддается оценке. В 2012 году Словенская медицинская ассоциация создала ряд профессиональных советов в ответ на предполагаемую повышенную предвзятость Генеральной экспертной коллегии. Эта предвзятость была унаследована от Министерства здравоохранения, преимущественно назначающего членов коллегии (Zupančič, 2012). Это может быть истолковано как уменьшение значения той роли, которую играет Генеральная экспертная коллегия. В отличие от этих органов, Совет по здравоохранению является общим консультативным органом, уделяющим основное внимание проблемам системы здравоохранения в стране. Полномочия Совета здравоохранения связаны с полномочиями министра здравоохранения. Новые подходы, строго ограниченные профессиональной сферой одной специальности, оцениваются и утверждаются на национальном уровне Генеральной экспертной коллегией, в то время как более широкие изменения должны утверждаться Советом здравоохранения (Правила, касающиеся Совета здравоохранения, 2001, Правила формирования и функционирования Генеральных экспертных коллегий, 2002). НИОЗ не имеет официальных прямых контактов с этими профессиональными органами. Однако при необходимости он обращается к ним, в соответствии с применимыми законами и правилами.

Профессиональные организации здравоохранения (например, Медицинская палата Словении) хорошо организованы, хорошо скоординированы и оказывают существенное влияние на процессы формирования политики. Такие организации редко участвуют в исследовательских проектах, но их рекомендации (например, клинические) могут оказывать большое влияние на политику. Эти организации активно участвуют в процессах разработки политики и могут оказывать на них давление. Например, в декабре 2015 г. Медицинской палатой и Ассоциацией за здоровье людей было организовано совещание с участием других организаций, таких как Профсоюз врачей и стоматологов и Словенская медицинская ассоциация. На этом совещании организаторы призвали министра здравоохранения уйти в отставку по причине принципиального расхождения во мнениях относительно будущего развития системы здравоохранения (Košak, 2015).

Ассоциации пациентов, как представители гражданского общества, очень активны в Словении. Все большее влияние приобретает головная организация ассоциаций пациентов под названием Network NVO 25x25.

Еще одной влиятельной силой является HHS. Программа стратегического развития Института медицинского страхования Словении на период с 2014 по 2019 год показывает, насколько тесно взаимосвязаны политические решения и финансирование здравоохранения. Кроме того, на приоритеты и процессы формирования политики влияют международные организации (такие как ВОЗ, ОЭСР, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Европейская комиссия, Европейский совет, Европейский парламент и Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний) посредством предоставляемой ими поддержки.

5.2 Примеры, наблюдаемые в стране в настоящее время

Словения может продемонстрировать примеры ПУФД в области здравоохранения. Эти примеры иллюстрируют многообещающие, но пока только отдельные попытки преодоления разрыва в знаниях и/или политике и не являются частью усилий по систематическому внедрению практического применения знаний.

- » В период с 2003 по 2006 год ARRS, по согласованию с Министерством здравоохранения, финансировала исследовательскую программу в области питания для поддержки подготовки национальной политики в этой области. Было проведено несколько исследовательских проектов. Министерство здравоохранения особо отмечает два проекта, которые предлагают ряд конкретных действий, касающихся политики в области питания.
- » Значительным противостоянием использованию метадоновой терапии при героиновой зависимости характеризовались 1980-е годы. Несмотря на то, что появлялось все больше свидетельств эффективности заместительной терапии, в 1991 году представительные

организации психиатров все еще рекомендовали отказаться от использования метадона в стране. Nolimal & Nolimal (2014) описывают, как рабочая группа, первоначально созданная для мониторинга незаконного употребления наркотиков, все чаще занимается деятельностью по практическому применению знаний, используя различные подходы к представлению фактических данных лицам, принимающим решения, и средствам массовой информации. Эти усилия привели к повторному внедрению метадоновой заместительной терапии в 1994 г.

- » Словения может служить хорошим примером разработки и использования политических аналитических обзоров, которые направлены на поддержку политики путем обобщения данных, таких как *Отношение молодежи в Словении к своему здоровью - проблемы и ответы* (Korčičnikar et al., 2014), *Алкогольная политика в Словении, Возможности снижения вреда и затрат* (НИОЗ, 2015a) и *Словения без табака - когда?* (НИОЗ, 2015b). Все три документа были подготовлены НИОЗ, часто в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения. Как представляется, эти публикации соответствуют большинству критериев BRIDGE по оценке возможностей механизма представления информации (Lavis, Catallo, Permanand et al., 2013). Политический аналитический обзор в отношении табака был решительно поддержан Министерством здравоохранения и использовался больше для убеждения других заинтересованных сторон в необходимости нового законопроекта о борьбе против табака, чем в качестве инструмента для принятия решений о наилучших вариантах политики для включения в законопроект.
- » Информационные материалы в поддержку формирования политики также разрабатываются Национальной программой профилактики и лечения диабета на 2010-2020 годы (Министерство здравоохранения, 2010a).
- » Основным политическим документом в области здравоохранения является Национальный план развития здравоохранения, который периодически принимается парламентом Словении. Этот план устанавливает стратегию развития здравоохранения и должен основываться на состоянии здоровья и соответствующих потребностях населения (Закон о здравоохранении и медицинском страховании, 2006). Недавно Министерство здравоохранения инициировало выполнение масштабного обзора системы здравоохранения, который был использован в качестве доказательной базы для Национального плана развития здравоохранения на период 2016-2025 гг. Этот обзор системы здравоохранения был проведен под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения с участием нескольких национальных экспертов и представителей заинтересованных сторон. По итогам обзора была опубликована серия отчетов, содержащих анализ системы здравоохранения Словении, в том числе документы о расходах системы здравоохранения (Cylus, 2015), закупках и оплате (Quentin et al., 2016), оптимизации предоставления услуг (Nolte et al., 2015), оценке финансирования здравоохранения (Thomas, Evetovits & Thomson, 2015), соображения о дополнительном страховании (Thomas, Thomson & Evetovits, 2016) и долгосрочном уходе (Normand, 2015). Результаты каждого из этих отчетов представляли собой обоснованную стартовую точку для дискуссий между заинтересованными сторонами, которые проводились одновременно с подготовкой отчетов. В результате этих мероприятий были собраны как опубликованные, так и неявные знания, на основании которых был разработан Национальный план развития здравоохранения, впоследствии принятый парламентом.

6. ОСМЫСЛИВАНИЕ ТЕКУЩЕГО ПОЛОЖЕНИЯ ДЕЛ В ПУФД

» *Этот раздел основывается на главах со 2-й по 5-ю и определяет ключевые факторы, способствующие развитию ПУФД, а также связанные с этим проблемы.*

На данном этапе в Словении нет инфраструктуры или платформы, которая позволила бы установить систематическое и устойчивое взаимодействие между формированием политики и исследованиями. В настоящее время в стране недостаточен потенциал для эффективного и последовательного внедрения использования фактических данных как на политическом уровне, так и на уровне центральных административных органов. Таким образом теряется возможность формирования успешной политики и эффективного использования государственных и частных ресурсов в рамках этой политики. Тем не менее, Словения создала нормативно-правовую базу, которая обеспечивает основу для формирования ПУФД на уровне организаций. Резолюция о законодательном регулировании (2009) и Постановление о документах, служащих основой планирования развития, и процедурах подготовки государственного бюджета (2007) предлагают основу для повышения эффективности ПУФД в общественном здравоохранении и системе здравоохранения в Словении. Предложения должны включать оценку вероятного экологического, экономического и социального воздействия, а также оценку денежных издержек и последствий, особенно с точки зрения административных расходов предлагаемого законоположения. Такие предварительные оценки воздействия политических предложений направлены на повышение качества нового законодательства, его упрощение и рассмотрение эффективности предлагаемых мер с использованием фактических данных.

В Постановлении о документах, служащих основой планирования развития, и процедурах подготовки государственного бюджета (2007) также особо подчеркивается важность последовательности и согласованности любого политического документа с существующими стратегиями и политикой, в частности основными национальными стратегиями, такими как Стратегия развития Словении (Šušterič, Rojec & Korenika, 2005). Во всех этих документах подчеркивается важность участия гражданского общества в процессе формирования политики и излагаются соответствующие рекомендации. Однако чтобы повысить согласованность различных политических документов, усилить роль гражданского общества в ПУФД и избежать того, чтобы эти нормы стали просто символическими, необходимо решить несколько ключевых задач. Уже сформулирована одна ключевая рекомендация, касающаяся необходимости развития потенциала в отношении мониторинга и оценки (включая показатели) политики и программ в области государственного управления (ОЭСР, 2012). Если предположить, что мониторинг и оценка поддерживают ответственность в процессе разработки политики, то это может также стать стимулом для улучшения соблюдения нормативов формирования политики для тех, кто отвечает за этот процесс.

Особой проблемой для Словении является координация исследовательских и политических приоритетов, в том числе вопрос о том, как и когда привлекать соответствующие заинтересованные стороны. В настоящее время исследования в области общественного здравоохранения не всегда соответствуют приоритетам политики. Чтобы оптимизировать актуальность исследований в области здравоохранения для процесса принятия решений, необходимо облегчить диалог и обеспечить участие в возникающих вопросах общественного здравоохранения, а также разработать краткосрочные и среднесрочные планы в отношении исследовательских и политических приоритетов. Выводы в предыдущих разделах показывают, что в нескольких документах описываются стратегии в области исследований, но ни в одном из них не указаны конкретные темы исследований или области, связанные с общественным здравоохранением или системой здравоохранения. Это ограничение было уже признано представителями научно-исследовательских учреждений в Совете по исследованиям

в области общественного здравоохранения¹. Кроме того, будущее участие и исследовательская работа национальных институтов, касающаяся развития общественного здравоохранения и системы здравоохранения, должны быть хорошо скоординированы, чтобы облегчить переориентацию бюджета исследований.

Задача повышения потенциала ПУФД напрямую связана с вопросом установления среднесрочных и долгосрочных целей исследований в области общественного здравоохранения. Важное значение имеет multidисциплинарный характер исследований в области общественного здравоохранения, поскольку для таких исследований часто требуется определенный набор навыков, связанный с коммуникацией и сотрудничеством между отдельными лицами и организациями из разных сфер деятельности. По этим причинам во время консультаций заинтересованных сторон их участниками была отдельно подчеркнута необходимость наращивания потенциала, повышения доверия и сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами (включая лиц, принимающих решения) и признания multidисциплинарного характера общественного здравоохранения. Следует также помнить, что международные достижения в исследованиях часто измеряются исключительно цитированием и статьями, в то время как социальная и экономическая значимость часто игнорируется (ERAC Policy Mix Expert Group, 2010). Таким образом, укрепление сотрудничества между исследовательским сообществом и лицами, формирующими политику, также может стать критерием научных достижений.

¹ Это признание было официально занесено в неопубликованные протоколы совещания исследовательских организаций, действующих в области общественного здравоохранения (19 апреля 2013 г.).

7. АСПЕКТЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ПУФД

- » *В этом разделе излагаются причины, по которым возникает необходимость регламентации ПУФД, и подчеркиваются некоторые особенности регламентированного процесса ПУФД в стране.*

Участники семинаров EVIPNet-Европа (декабрь 2014 г., февраль 2015 г.) подчеркнули отсутствие устойчивой инфраструктуры для систематического привлечения заинтересованных сторон. Они высказались за разработку ПППЗ, которая будет способствовать регулярному диалогу между исследователями, политиками и другими заинтересованными сторонами. ПППЗ позволит, к примеру, делиться фактическими данными и научными приоритетами, а также потребностями общественного здравоохранения и мнениями заинтересованных сторон в вопросах, связанных с охраной здоровья. Более того, в ПППЗ будут задействованы ключевые фигуры, возможно, лидеры общественного мнения, отстаивающие свои интересы (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015b). Таким образом, ПППЗ может стать катализатором укрепления доверия между заинтересованными сторонами, сама по себе являясь надежным источником фактических данных. ПППЗ сможет помочь преодолеть разрыв между формированием политики и исследованиями путем решения нескольких вопросов, в том числе:

- » обеспечение своевременного выпуска АОФП путем создания стандартизированной схемы для инициации и составления этих обзоров; такая схема упростит процесс распределения ресурсов и создаст более предсказуемую среду для процессов планирования в научно-исследовательских учреждениях;
- » инициация соответствующих исследований и анализов, которые непосредственно касаются приоритетных вопросов политики;
- » поддержка укрепления потенциала, особенно среди исследователей и лиц, формирующих политику, в отношении более эффективного использования усилий по «проталкиванию» и «вытаскиванию», чтобы способствовать изменениям;
- » обеспечение включения в АОФП неявных знаний путем проведения политических диалогов, которые имеют большое значение для поддержки процессов принятия демократических решений и укрепления чувства сопричастности у принимающих в них участие заинтересованных сторон;
- » укрепление доверия между исследователями, политиками и другими заинтересованными сторонами путем координации деятельности и содействия открытым дискуссиям;
- » повышение осведомленности о важности прозрачного и систематического процесса формирования политики, который подкрепляется фактическими данными и поддерживается заинтересованными сторонами.

Основными пользователями продуктов ПППЗ должны быть лица, принимающие решения в области здравоохранения, такие как Министерство здравоохранения, HHS и Комитет по вопросам здравоохранения Государственного собрания.

На семинаре EVIPNet-Европа в декабре 2014 г. заинтересованные стороны также обсудили потенциальное местонахождение будущей ПППЗ. Было отмечено, что Министерство здравоохранения не располагает достаточными людскими ресурсами, необходимыми для запуска ПППЗ. Среди научно-исследовательских учреждений в области общественного здравоохранения НИОЗ занимается самым широким кругом вопросов, но не имеет опыта во всех областях общественного здравоохранения (включая исследования систем здравоохранения). Профессиональные организации, в частности Медицинская палата, в прошлом представляли комплексные предложения по реформированию (Медицинская палата Словении, 2014). Однако профессиональные организации могут отличаться предвзятостью, поскольку представляют отдельные группы заинтересованных сторон.

Возможным подходом, требующим от участников лидерства и энтузиазма для достижения успеха, является создание руководящей группы, аналогичной координационной группе по реализации Национальной программы профилактики и лечения диабета на 2010-2020 гг. (см. подраздел 5.2). Эта координационная группа была официально сформирована в соответствии со сложившейся практикой, обеспечивающей участие широкого круга заинтересованных сторон. Одним из ключей к успеху координационной группы, по-видимому, являлось активное участие лидеров из соответствующих профессиональных сфер, а также из Министерства здравоохранения, что обеспечивает реализацию Национальной программы профилактики и лечения диабета на 2010-2020 гг., так как она присутствует в перечне рабочих вопросов большинства заинтересованных сторон.

Так же как и Министерство здравоохранения, HHS нуждается в фактических данных, в частности, для принятия решений в области финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг. HHS не обладает необходимыми качествами, чтобы взять на себя роль координатора практического применения знаний (HHS, 2016). Дискуссионная платформа может быть представлена Советом по исследованиям в области общественного здравоохранения, в котором представлены большинство исследовательских организаций общественного здравоохранения. Однако в последние несколько лет Совет бездействует, и неясно, сможет ли он получить достаточный импульс для создания ПППЗ. Кроме того, Совет по исследованиям в области общественного здравоохранения не имеет ни персонала, ни финансовых ресурсов для институционализации ПППЗ.

ПППЗ должна будет принимать во внимание фактические данные, включая неявные знания заинтересованных сторон (посредством консультаций с заинтересованными сторонами). Поэтому ожидается, что лица, принимающие решения, будут тщательно рассматривать выводы ПППЗ. Организационная модель ПППЗ должна отвечать критериям BRIDGE (см. таблицу 7.1). Эти критерии подчеркивают важность того, чтобы ПППЗ руководствовалась такими принципами и ценностями, как независимость, прозрачность и использование строгих методов анализа (фактических данных и политики). Цели ПППЗ должны включать следующее (Lavis, Jessani, Permanand, et al., 2013:8-9):

- » предоставление объективной доказательной базы для формирования политики с использованием самой достоверной информации о системах здравоохранения, которая может быть подготовлена и представлена с учетом ограничений во времени и ресурсах;
- » предоставление объективной доказательной базы для получения, представления и обмена информацией о системах здравоохранения, исходя из текущих и возникающих приоритетов политики; а также
- » использование и постоянное совершенствование механизмов представления информации и интерактивного обмена знаниями, основанных на четком понимании всех аспектов национального политического контекста, действующих не предвзято и дополняющих другие национальные, европейские и глобальные механизмы.

Таблица 7.1 Критерии BRIDGE для оценки организационной модели практического применения знания

Как осуществляется руководство моделью ПППЗ	
1.	Организационная модель должна предоставить определенную роль в ее управлении лицам, формирующим политику, заинтересованным сторонам и исследователям и обеспечить прозрачное и объективное выполнение ими этой роли.
2.	Она должна включать в себя правила, гарантирующие независимость получения, представления и обмена информацией о системах здравоохранения, а также регулирующие конфликты интересов, и обеспечить соблюдение этих правил.

Как осуществляется управление и укомплектование персоналом	
3.	Модель должна предоставить директору полномочия, необходимые для обеспечения подотчетности всей организации в соответствии с функциями по практическому применению знаний.
4.	Она должна обеспечивать надлежащие численность, разнообразие и возможности персонала, отвечающего за практическое применение знаний.
Как осуществляется получение и распределение ресурсов для ПППЗ	
5.	Организационная модель должна обеспечивать соответствующий размер бюджета и сочетание различных источников финансирования для деятельности по практическому применению знаний (например, взносы региональных и национальных органов, формирующих политику, вознаграждения на конкурсной основе и соответствующие пожертвования).
6.	Необходимо указать точные способы определения приоритетов в деятельности по практическому применению знаний и принятия поручений или запросов от лиц, формирующих политику, и заинтересованных сторон.
Как осуществляется сотрудничество	
7.	ПППЗ должна располагаться на базе другой организации или сети, которая поддерживает ее деятельность.
8.	Она должна сотрудничать с другими организациями, занимающимися практическим применением знаний.
9.	Она должна установить функциональные связи с политиками и заинтересованными сторонами (например, функции быстрого реагирования, программы обмена и другие механизмы, обеспечивающие оперативную связь).

Источник: По материалам Lavis, Jessani, Permanand et al., 2013.

Еще одним шагом в формировании политики является разработка, апробация и внедрение более радикального подхода к решению проблем здравоохранения, известного как прорывные решения. Участники семинара EVIPNet-Европа в декабре 2014 г. пришли к заключению, что такие разработки, как правило, более сложны и трудоемки, чем обычная модернизация политики, направленная лишь на оптимизацию использования существующих структур и повышение эффективности существующих процессов, чтобы достигнуть лучших показателей здоровья населения. Для более сложных изменений требуются полномочия на модификацию не только профессиональных руководств, но также правил и положений, инвестиций, обучения медицинских работников и т.д.

С одной стороны, глобальный финансовый кризис оказал сильное воздействие на Словению (The Economist, 2013), и, несмотря на недавнее улучшение показателей ВВП (SURS, 2017), необходимость стабилизации государственных средств все еще актуальна (Jenko, 2014; STA, 2014). Это препятствует внедрению новых проектов, требующих дополнительного финансирования, и является источником политической нестабильности. Кроме того, сегодняшние условия жесткой экономии являются значительным препятствием для выделения новых (человеческих) ресурсов для этой деятельности, а Закон о бюджетном балансе (2012) также вводит определенные ограничения для новых рабочих мест в государственном секторе. Более оптимистичное наблюдение заключается в том, что в прошлом ВОЗ уже оказывала значимую помощь в процессе укрепления потенциала, в том числе в рамках деятельности EVIPNet-Европа.

8. СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

Были сформулированы конкретные рекомендации по внедрению в Словении ПУФД и практического применения знаний. Беспристрастная, независимая ПППЗ рассматривается как важная инфраструктура, необходимая для организации и развития регулярного конструктивного диалога между заинтересованными сторонами, политиками и исследовательским сообществом с целью обмена фактическими данными и исследовательскими приоритетами, потребностями общественного здравоохранения и перспективами заинтересованных сторон в вопросах охраны здоровья. На основе ситуационного анализа были предложены определенные меры по содействию регламентации практического применения знаний и ПУФД.

Рекомендации Резолюции о законодательном регулировании 2009 г. подразумевают высокие ожидания относительно качества политических и законодательных предложений. Министерство здравоохранения, как главный источник политических и законодательных предложений, имеет возможность выступать в качестве основной движущей силы практического применения знаний: инициации, поддержки и публикации АОФП, а также стимулирования их использования.

Сильные политические обязательства, четко определенное стратегическое направление, а также людские и финансовые ресурсы будут иметь первостепенное значение для успеха ПППЗ и обеспечения ее практической устойчивости. В то же время необходимо улучшить подготовку кадров и развитие потенциала в стране, поскольку становится все более очевидным, что некоторые аспекты ПУФД требуют определенного навыка в практическом применении знаний. Некоторые сотрудники НИОЗ уже прошли подготовку по практическому применению знаний, но эту деятельность необходимо будет расширить и консолидировать. Знания и навыки как исследователей, так и пользователей должны быть повышены во всей стране, чтобы культура ПУФД была сформирована, а деятельность по практическому применению знаний (например, идентификация, доступ, оценка, синтез и использование самых достоверных научных данных при формировании политики в области здравоохранения) стала рутинным процессом. Для этих целей средства практического применения знаний EVIPNet (например, для разработки АОФП) должны быть адаптированы к условиям Словении и доступны для различных местных заинтересованных сторон.

Тем временем, пока ПППЗ не регламентирована, проблемы политики в области здравоохранения могут решаться за счет привлечения партнеров из политического и исследовательского сообществ к работе ПППЗ, например, к составлению АОФП и подготовке и проведению политических диалогов. С момента начала своей работы ПППЗ должна планировать и осуществлять конкретную деятельность в области практического применения знаний (включая вышеупомянутые АОФП и политические диалоги), чтобы определять ожидания и вырабатывать ощутимые результаты. Часть будущей ПППЗ будет заниматься координацией и поддержкой именно этих типов механизмов, включая их продвижение среди широкого круга заинтересованных сторон. Необходимо обеспечить наглядность ПППЗ и повысить осведомленность о необходимости и полезности деятельности по практическому применению знаний. В конечном итоге должны быть разработаны официальные полномочия ПППЗ (законодательные или нормативные).

ПППЗ необходимо будет с самого начала привлечь международные заинтересованные стороны и международное сообщество по практическому применению знаний, включая EVIPNet-Европа. Поддержка Сетью деятельности по наращиванию потенциала наряду с технической помощью будет играть важную роль, особенно в первые годы работы ПППЗ.

9. ССЫЛКИ

1. Albreht T, Pribaković Brinovec R, Jošar D, Poldrugovac M, Kostnapfel T, Zlatel M, et al. (2016). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition* 18(3):1–207 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/312147/HiTSlovenia_rev3.pdf?ua=1, по состоянию 18 августа 2017).
2. ARRS (2005). About the agency [веб-сайт]. Ljubljana, Slovene Research Agency (ARRS) (<https://www.arrs.gov.si/en/agencija/naloge.asp>, по состоянию на 16 июля 2016).
3. Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N et al (2011). Health inequalities in Slovenia. Ljubljana: National Institute of Public Health (NIPH) (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia.pdf, по состоянию на 16 июля 2016).
4. Cylus J (2015). Analysis of the health system in Slovenia. Health system expenditure review. Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/336397/HealthSystem-ExpenditureReviewReportSlovenia.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2016).
5. Delo (2016). Vlada in FIDES podpisala sporazum [The government and FIDES signed the agreement] [website]. Delo. 15 December 2016 (in Slovene) (<http://www.delo.si/novice/politika/vladainfidesstapodpisalaspোরazum.html>, по состоянию на 19 декабря 2016).
6. ERAC Policy Mix Expert Group (2010). Policy mix peer reviews: country report. Slovenia. Luxembourg: European Union Scientific and Technical Research Committee (CREST) (http://ec.europa.eu/research/innovationunion/pdf/erac/si_peer_review_report_2010.pdf, по состоянию на 16 июля 2016).
7. Eurostat (2016). People at risk of poverty or social exclusion [электронная база данных]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union (http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=t2020_50&language=en, по состоянию на 13 ноября 2018).
8. EVIPNet Europe (2014). For better decisionmaking in health. EvidenceInformed Policy network EVIPNet Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/258554/EVIPNetbrochureForbetterdecisionmakinginhealthEng.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2017).
9. Freedom House (2017). About Freedom House [веб-сайт]. Washington (DC): Freedom House (<https://freedomhouse.org/aboutus>, по состоянию на 16 июля 2016).
10. Glavič Novak T, Perdih M, editors (2014). Integrity in scientific research. Annual report 2013. Ljubljana: Slovene Research Agency (<http://www.arrs.gov.si/en/gradivo/dokum/inc/ARRSAnnualReport2013.pdf>, по состоянию на 16 июля 2016).
11. Government Communication Office (2011). All this is Slovenia! Ljubljana: Government Communication Office of the Republic of Slovenia (http://www.ukom.gov.si/fileadmin/ukom.gov.si/pageuploads/dokumenti/Publikacije/Info_sheet_2011/o_slovenijiANG_feb2011_W.pdf, по состоянию на 16 июля 2016).
12. Government of the Republic of Slovenia (2015a) Pojmovnik [Глоссарий] [веб-сайт] (на словенском языке). Ljubljana: Government of the Republic of Slovenia (in Slovene) (http://www.vlada.si/o_vladi/pojmovnik/, по состоянию на 16 июля 2016).
13. Government of the Republic of Slovenia (2015b). Slovenia in brief [веб-сайт]. Ljubljana: Government of the Republic of Slovenia (http://www.vlada.si/en/about_slovenia/, по состоянию на 16 июля 2016).
14. HIIS (2013). Splošni dogovor za pogodbeno leto 2013 [Общее соглашение на договорной год, 2013] (на словенском языке). *Občasnik* 1(1):2–111.

15. HIIS (2016) Poslovno poročilo za leto 2015 [Ежегодный отчет за 2015 год]. Ljubljana: Health Insurance Institute of Slovenia (на словенском языке) (http://www.ztm.si/uploads/files/porocila/LPP_ZTM_2015_verzija_260216_ODDANO.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
16. Jenko M (2014). BS novi vladi: nujni so ukrepi za zagon gospodarstva [Bank of Slovenia to the new government: action to jump start the economy is urgent]. Delo. 17 июля 2014 (на словенском языке) (<http://www.delo.si/gospodarstvo/finance/bsnovivladinujnisoukrepizazagongospodarstva.html>, по состоянию на 18 августа 2017).
17. Kasonde J, Campbell S (2012). Creating a knowledge translation platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research. Health Res Policy Syst 2012;10:31 (<https://healthpolycysystems.biomedcentral.com/articles/10.1186/147845051031>, по состоянию на 18 августа 2017).
18. Kolar Celarc M (2016). Govor ministrice za zdravje, Milojke Kolar Celarc, na dogodku „Predstavitev Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji“ [Welcome address by the Minister of Health Milojke Kolar Celarc at the event “Presenting the analysis of the health care system in Slovenia”]. Kranj: 8 января 2016 (на словенском языке) (http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/8_1_2016/Uvodni_nagovor_Milojka_Kolar_Celarc.pdf, по состоянию на 23 января 2016).
19. Koprivnikar H, Drev A, Jeriček Klanšček H, Bajt M (2014). Policy brief. Health related youth behaviour in Slovenia – challenges and answers. Ljubljana: National Institute of Public Health (NIPH).
20. Košak K (2015). Dragi zdravniki ! [Dear doctors!] Mladina 51; 18 декабря 2015 (на словенском языке) (<http://www.mladina.si/arhiv/201551/>, по состоянию на 18 августа 2017).
21. Košnik M, Marčun R, editors (2015). Dogovor o obravnavi anafilaksije [Consensus on management of anaphylaxis]. Golnik: Slovene Medical Association (SZD) (на словенском языке) (<http://www.klinika-golnik.si/strokovnajavnost/alergoloskainimunoloskasekcijaszd/datoteke/dogovor.pdf>, по состоянию на 16 июля 2016).
22. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 63(616), e742–750 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24267857>, по состоянию на 18 августа 2017).
23. Lavis JN, Catallo C, Permanand G, Zierler A and BRIDGE Study Team (2013). Communicating clearly: enhancing information packaging mechanisms to support knowledge brokering in European health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/195233/ObsPolicySummary7,Communicatingclearly.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
24. Lavis JN, Jessani N, Permanand G, Catallo C, Zierler A and BRIDGE Study Team (2013). Matching form to function: designing organizational models to support knowledge brokering in European health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/195235/ObsPolicySummary9,Matchingformtofunction.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
25. Medical Chamber of Slovenia (2014). Strateške usmeritve slovenskega zdravstva za izhod iz krize [Strategic guidelines for Slovene health care for the way out of the crisis]. Ljubljana: Medical Chamber of Slovenia (на словенском языке) (<https://www.zdravniskazbornica.si/docs/defaultsource/zbornicni-akti/stratusmerzazdravstvokzover14022014.pdf?sfvrsn=4>, по состоянию на 13 ноября 2017).
26. Ministry of Health (2010a) Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010–2020 [National diabetes prevention and care development programme 2010–2020]. Ljubljana: Ministry of Health of the Republic of Slovenia (на словенском языке) (http://sladkorna.ezdrav.si/wpcontent/uploads/2012/10/Diabetes_kon%C4%8Dnaverzija3.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
27. Ministry of Health (2010b). Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji [Strategy for the development and comprehensive organization of obstetric and gynaecology services in the Republic of Slovenia]. Ljubljana: Ministry of Health of the Republic of Slovenia (на словенском языке) (http://www.zborniczveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_ginekolosko_porod_do_2020_260111.pdf, по состоянию на 16 июля 2016).
28. Ministry of Health (2016). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 ‘Skupaj za družbo zdravja’ [Resolution on the national health care plan 2016–2025 ‘Together for a healthy society’].

- Official Gazette of the Republic of Slovenia (ReNPZV1625). Ljubljana: Ministry of Health of the Republic of Slovenia (на словенском языке) (http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja/, по состоянию на 16 июля 2016).
29. Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities (2010). Strategija ekonomskih migracij za obdobje od 2010 do 2020 [Strategy on economic migrations for the period 2010– 2020]. Ljubljana: Ministry of Labour, Work, Social Affairs and Equal Opportunities (на словенском языке) (http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/Strategija_ekonomskih_migracij20102020.pdf, по состоянию на 16 июля 2016).
 30. Ministry of Public Administration (2011). Priročnik za izvajanje presoje posledic predpisov in politik [Manual for regulation and policy impact assessment]. Ljubljana: Ministry of Public Administration of the Republic of Slovenia (на словенском языке) (<http://mrezaprostor.si/wpcontent/uploads/2016/05/Prirocnikzaizvajanjepresojeiposledicpredpisovinpolitik.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2017).
 31. NIPH (2010). Strategic development plan of the Institute of Public Health of the Republic of Slovenia for the period 2010–2015. Ljubljana: National Institute of Public Health (http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strateski_razvojni_nacrt_ivz_za_obdobje_20102015_ang_1.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
 32. NIPH (2015a). Alkoholna politika v Sloveniji. Priložnost za zmanjševanje škode in stroškov [Алкогольная политика в Словении. Возможности снижения вреда и затрат]. Ljubljana: National Institute of Public Health (на словенском языке) (http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/alkoholna_politika_v_sloveniji_priloznosti_za_zmanjsevanje_stroskov_in_skode_f.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
 33. NIPH (2015b). Slovenija brez tobaka kdaj? [Словения без табака - когда?] [веб-сайт]. Ljubljana: National Institute of Public Health (на словенском языке) (<http://www.nijz.si/sl/slovenijabreztabaka-kdaj>, по состоянию на 18 августа 2017).
 34. Nolimal D, Nolimal SI (2014). The responsibility for linking research, policy and practice in public health: the case study on drug addiction treatment. Ljubljana: Institute for the Development of Social Responsibility (IRDO) (<http://www.irdo.si/skupnicd/cdji/cdirdo2014/referati/dnolimalnolimal.pdf>, по состоянию на 16 июля 2016).
 35. Nolte E, Zaletel J, Robida A, Grabovec B, Horvat M, Jazbinšek S, et al. (2015). Analysis of the health system in Slovenia. Optimizing service delivery. Final report. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/336394/OptimizingservicedeliveryreportSlovenia.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
 36. Normand C (2015). Analysis of the health system in Slovenia. Longterm care. Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/336396/LongtermcarereportSlovenia.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
 37. OECD (2012). Slovenia: towards a strategic and efficient state. OECD Public Governance Reviews. Paris: OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264173262en>, по состоянию на 16 июля 2016).
 38. OECD (2017). OECD.Stat [электронная база данных]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://stats.oecd.org/>, по состоянию на 13 ноября 2017).
 39. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidenceinformed policymaking (STP) I: what is evidenceinformed policymaking? Health Res Policy Syst. 7(Suppl. 1):S1 (<https://health-policysystems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/147845057S1S1?site=healthpolicysystems.biomedcentral.com>, по состоянию на 18 августа 2017).
 40. Panisset U, Campbell S, Lavis J, editors (2012). EVIPNet. Стратегический план 2012–2015. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91667/3/WHO_KMS_ENH_12.1_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 09 февраля 2018).

41. Perdih M, Glavič Novak T (eds) (2013). Annual report 2012. Ljubljana: Slovene Research Agency (<https://www.arrs.gov.si/en/gradivo/dokum/inc/ARRSAR2012.pdf>, по состоянию на 18 августа 2017).
42. Poldrugovac M, Kraigher A, Albreht T, Zupančič A (2012). PHIRE country report Slovenia. Utrecht: European Public Health Association (http://www.eupha.org/repository/projects/PHIRE_Country_Reports/Slovenia_PHIRE_Country_Report_30nov12.pdf, по состоянию на 16 июля 2016).
43. Quentin Q, Panteli D, Maresso A, van Ginneke E (2016). Analysis of the health system in Slovenia. Purchasing and payment review. Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/336393/PurchasingandPaymentReviewreviewSlovenia.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2017).
44. Rakar T, Vrbica SŠ, Deželan T, Kolarič Z, Črnak-Meglič A, Nagode M, et al. (2011). CIVICUS civil society index Slovenia. Analytical country report 2010. Towards maturity: challenges for Slovene civil society. Ljubljana: Ministry of Public Administration of the Republic of Slovenia (<http://www.civicus.org/downloads/CSI/Slovenia.pdf>, по состоянию на 18 августа 2017).
45. STA (2014). Luksemburški premier: Ukrepi za stabilizacijo javnih financ so nujni, čeprav niso priljubljeni [Luxemburg prime minister: interventions to stabilize public finances are necessary, even if they are not popular]. Dnevnik. 25 февраля 2014 (на словенском языке) (<http://www.dnevnik.si/slovenija/luksemburkipremierukrepizastabilizacijojavnihfinancsonujnicepravnisopriljubljeni>, по состоянию на 16 июля 2016).
46. SURS (2017). Podatkovni portal SISTAT [Информационный портал SISTAT] [электронная база данных]. Ljubljana: Statistical Office of the Republic of Slovenia (<http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/statfile2.asp>, по состоянию на 13 ноября 2017).
47. Šušteršič J, Rojec M, Korenika K, editors (2005). Slovenia's development strategy. Ljubljana: Institute of Macroeconomic Analysis and Development (<https://www.arrs.gov.si/en/agencija/inc/ssdnew.pdf>, по состоянию на 18 августа 2017).
48. SVRK (2017). Strategija Razvoja Slovenije 2030 – osnutek [Slovene development strategy 2030 – draft]. Ljubljana: Government Office for Development and European Cohesion Policy (на словенском языке) (http://www.svrk.gov.si/fileadmin/svrk.gov.si/pageuploads/Osnutek_SRS2030_javno_posvetovanje.pdf, по состоянию на 13 ноября 2017).
49. The ASPEN Project Group (2011). The ASPEN project. Anti Stigma Programme European Network Health Service and Population Research Department. London: King's College London.
50. The Economist (2013). Stressed out. Slovenia' financial crisis. The Economist. 30 ноября 2013 (<http://www.economist.com/news/financeandconomics/21590956fightavoidsixtheurozonebailoutreaches-climaxstressedout>, по состоянию на 16 июля 2016).
51. Thomas S, Evetovits T, Thomson S (2015). Analysis of the health system in Slovenia. Evaluating health financing. Final report. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/336398/EvaluatinghealthfinancingreportSlovenia.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2016).
52. Thomas S, Thomson S, Evetovits T (2016). Analysis of the health system in Slovenia. Making sense of complementary health insurance. Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/336395/MakingSenseofComplementaryHealth-InsurancereportSlovenia.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2017).
53. Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA, et al. (2004). Overcoming healthsystems constraints to achieve the millennium development goals. Lancet 2004;364:900–906 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15351199>, по состоянию на 18 августа 2017).
54. United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, по состоянию на 28 февраля 2017).

55. United Nations DPADM, United Nations DESA (2004). Republic of Slovenia. Public administration country profile. New York (NY): United Nations (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan023226.pdf>, по состоянию на 16 июля 2016).
56. ВОЗ (2004а). Сделанное в Мексике заявление о научных исследованиях в области здравоохранения. Знания для лучшего здоровья: укрепление систем здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/rpc/summit/mexico_statement_russian.pdf, по состоянию на 09 февраля 2018).
57. ВОЗ (2004b). Всемирный доклад о знаниях для лучшего здоровья. Укрепление систем здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43089/2/9244562812.pdf>, по состоянию на 09 февраля 2018).
58. WHO (2005). Fiftyeighth World Health Assembly. Geneva, 1625 May 2005. WHO58/2005/REC/1. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58REC1/A58_2005_REC1en.pdf, по состоянию на 18 августа 2017).
59. WHO (2006). Engaging for health. Eleventh general programme of work 2006–2015. A global health agenda. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69379/1/GPW_eng.pdf, по состоянию на 13 ноября 2017).
60. WHO (2008a). For better decision making. EVIPNet brochure. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/rpc/publications/EVIPNet%20Brochure%20with%20key%20articles.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2017).
61. WHO (2008b). The Bamako call to action on research for health. Strengthening research for health, development, and equity. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf>, по состоянию на 18 августа 2017).
62. Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). Здоровье 2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 09 февраля 2018).
63. Европейское региональное бюро ВОЗ (2015а). Европейская инициатива в области информации здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287277/EHII_Booklet_RU_rev1.pdf, по состоянию на 09 февраля 2018).
64. Европейское региональное бюро ВОЗ (2015b). Стратегический план Сети EVIPNet на 2013-2017 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/291637/EVIPNet-Europe-strategic-plan-2013-17-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 09 февраля 2018).
65. Европейское региональное бюро ВОЗ (2016). План действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/315482/66wd12r_EIPActionPlan_160528.pdf, по состоянию на 09 февраля 2018).
66. WHO Regional Office for Europe (2017a). EVIPNet Europe situation analysis manual. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/335551/EVIPNet-EuropeSituationAnalysisManual.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2017).
67. WHO Regional Office for Europe (2017b). Gross domestic product (GDP) per capita (US\$ per capita). European health information gateway [электронная база данных]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/hfaexplorer/#jxd791FLNq>, по состоянию на 13 ноября 2017).
68. WHO Regional Office for Europe (2017c). Gross domestic product (GDP), US\$ per capita. European health information gateway [электронная база данных]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfaindicators/hfa_330260grossdomesticproductgdpus-percapita/, по состоянию на 18 августа 2017).

69. WHO Regional Office for Europe (2017d). Unemployment rate (%). European health information gateway [Электронная база данных]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/hfaexplorer/>, по состоянию на 13 ноября 2017).
70. Zupanič M (2012). Politično neodvisni strokovni sveti zdravnikov [Politically independent medical professional councils]. Delo. 20 августа 2012 (на словенском языке) (<http://www.delo.si/novice/slovenija/politiconeodvisnistrokovnisvetizdravnikov.html>, по состоянию на 27 декабря 2016).

Перечень законов и нормативных положений

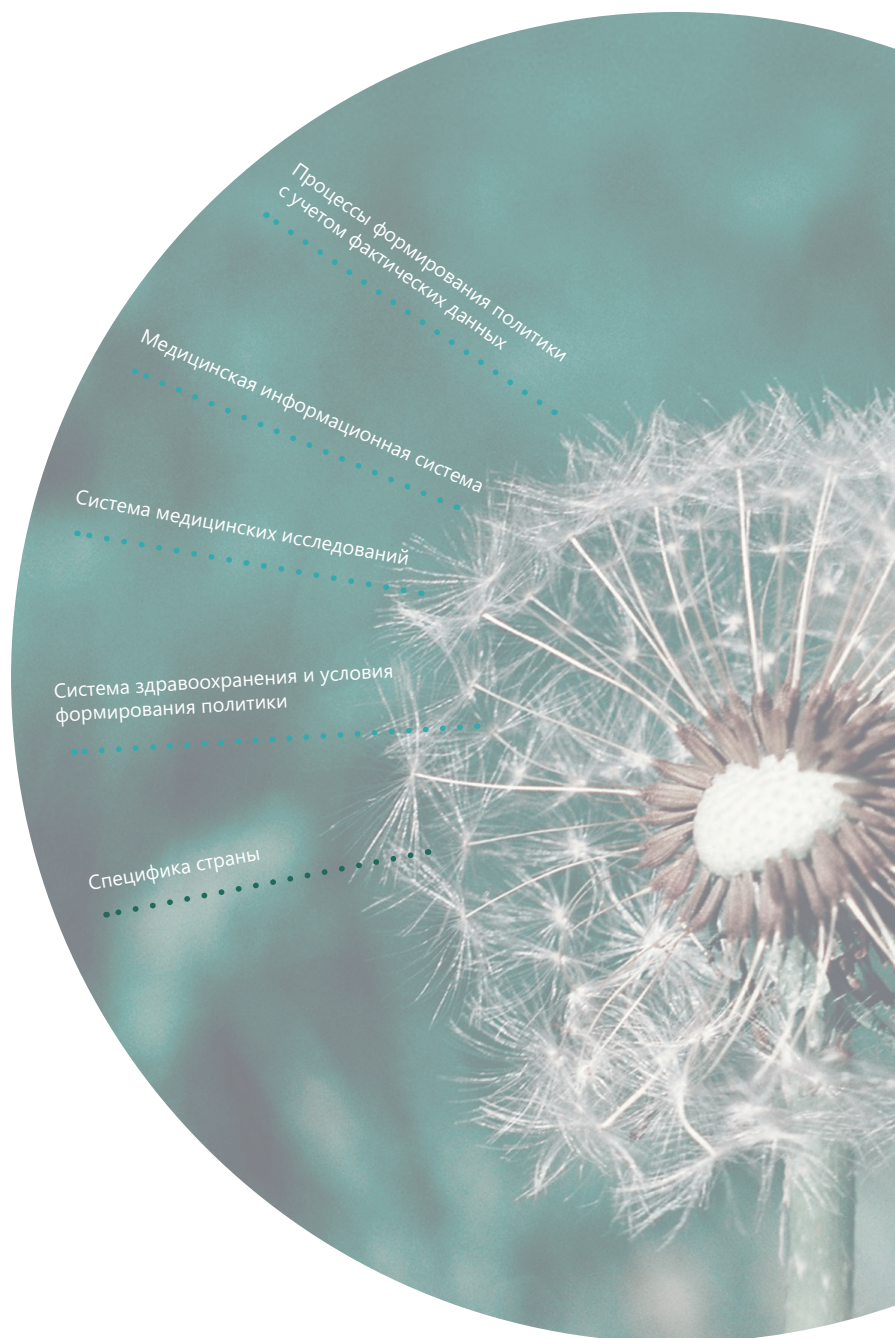
71. Закон о государственных служащих (2007). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 63/07 (и последующие поправки).
72. Постановление о документах, служащих основой планирования развития, и процедурах подготовки государственного бюджета (2007). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 44/07 (и последующие поправки).
73. Закон о бюджетном балансе (2012). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 40/12 (и последующие поправки).
74. Закон о здравоохранении (2005). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 23/05 (и последующие поправки).
75. Закон о здравоохранении и медицинском страховании (2006). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 72/06 (и последующие поправки).
76. Резолюция о законодательном регулировании (2009). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 95/09.
77. Резолюция о Национальной программе исследований и развития на 2011-2020 годы (2011). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 43/11.
78. Правила, касающиеся Совета здравоохранения (2001). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 88/01 (и последующие поправки).
79. Регламент работы Правительства Республики Словения (2001). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 43/01 (и последующие поправки).
80. Правила формирования и функционирования Генеральных экспертных коллегий (2002). Официальное периодическое издание Республики Словения, № 30/02 (и последующие поправки).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) является специализированным учреждением Организации Объединенных Наций, созданным в 1948 году и несущим основную ответственность за международное и общественное здравоохранение. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в мире, каждое из которых имеет свою собственную программу, ориентированную на конкретные санитарно-гигиенические условия в тех странах, которые оно обслуживает.

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
Украина
Узбекистан
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швеция
Швейцария
Эстония



Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
E-mail: contact@euro.who.int