



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ИНФОРМАЦИОННАЯ  
ЗАПИСКА  
ДЛЯ ДЕЛЕГАТОВ

**Второе техническое совещание по  
согласованному/ комплексному  
предоставлению медико-санитарных  
услуг: Разработка «Рамочной основы  
для действий» в контексте политики  
«Здоровье – 2020»**

17-18 февраля, 2015, Стамбул, Турция



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

## **ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗАПИСКА ДЛЯ ДЕЛЕГАТОВ**

Второе техническое совещание по  
согласованному/комплексному  
предоставлению услуг: Разработка «Рамочной основы для  
действий» в контексте политики «Здоровье-2020»

17-18 февраля, 2015 г., Стамбул, Турция

Программа по предоставлению медико-санитарных услуг<sup>1</sup>  
Отдел по системам здравоохранения и общественному здравоохранению

---

<sup>1</sup> Всю корреспонденцию направлять: Эрике Барбазе; Техническому консультанту программы по представлению медико-санитарных услуг, Отдела систем здравоохранения и общественного здравоохранения: [est@euro.who.int](mailto:est@euro.who.int)

## КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Данная информационная записка для делегатов была сделана для подготовки к сессиям, которые пройдут 17-18 февраля 2015 в Стамбуле, Турции, на Втором техническом совещании по согласованному/комплексному предоставлению медико-санитарных услуг: Разработка «Рамочной основы для действий» в контексте политики «Здоровье-2020». Собрал представителей всех государств-членов, назначенных Министерством здравоохранения, а также международных экспертов, работающих в партнерстве, а также сотрудников различных технических подразделений и бюро ВОЗ, данное мероприятие направлено, в конечном счете, на анализ и изучение ключевых понятий, для содействия обмену опытом и знаниями между участниками и обсуждению дальнейшей разработки «Рамочной основы для действий». В соответствии с этими задачами, данная информационная записка определяет позиции по следующим вопросам: (1) ход выполнения запланированных мероприятий по разработке «Рамочной основы для действий»; (2) анализ комментариев, сделанных в ходе предыдущих консультаций; (3) обзор концепций в соответствии с полученной информацией и проведенным анализом, и (4) краткое изложение подхода, ориентированного на действия «Рамочной основы» к преобразованию системы предоставления медико-санитарных услуг.

### Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTHCARE, INTEGRATED  
HEALTH SERVICES  
HEALTH POLICY  
REGIONAL HEALTH PLANNING  
EUROPE

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

Publications  
ЕРБ 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 онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

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

### © Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

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

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

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

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



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1</b>	<b>Определение контекста: с Таллинской конференции в 2013 г. до Стамбульской в 2015 г.</b>	<b>1</b>
1.1	Предоставление медико-санитарных услуг, как стратегический приоритет	1
1.2	Разработка Европейской региональной рамочной основы для действий	1
1.3	Основные вехи взаимодействия с партнерами	2
1.4	Планирование шагов по выполнению целей, определенных в Дорожной карте по реализации «Рамочной основы»	3
1.5	Рамочная основа для действий и комплекс мер по ее реализации	5
<b>2</b>	<b>Анализ идей после консультаций: основные темы и ответные меры</b>	<b>7</b>
	Тема 1: Комплексная медицинская помощь – это <i>средство</i> или <i>конечная цель</i> ?	7
	Тема 2: Что является отправными точками для стратегических действий?	8
	Тема 3: Как можно обосновать взаимозависимость между «областями воздействия»?	9
	Тема 4: Какие должны быть ключевые условия для обеспечения успешной реализации реформ?	9
<b>3</b>	<b>Системный, ориентированный на результаты подход к предоставлению медико-санитарных услуг: обзор концепций</b>	<b>11</b>
3.1	Что означает предоставление услуг, ориентированное на потребности и запросы людей?	11
3.2	Детерминанты системы предоставления услуг, ориентированной на нужды и запросы людей	12
3.3	Характеристики системы предоставления услуг, ориентированных на нужды запросы людей	13
3.4	Как ориентированность медико-санитарных услуг на нужды и запросы людей влияет на улучшение показателей здоровья населения?	15
3.5	Роль согласованной/комплексной системы предоставления медико-санитарных услуг	17
<b>4</b>	<b>Общие характеристики «Рамочной основы»</b>	<b>18</b>
	Сфера 1: Люди	18
	Сфера 2: Медико-санитарные услуги	20
	Сфера 3: Система	23
	Сфера 4: Изменения	28
	<b>Приложение 1</b>	<b>31</b>
	Обзор замечаний и комментариев, полученных в ходе консультаций	31



## О данной информационной записке

В контексте разработки *«Рамочной основы для действий по организации согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг Европейского региона ВОЗ (CIHSD) с целью создания систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей»* [далее именуемой “Рамочная для действий”], запланировано проведение второго технического совещания по согласованному/комплексному предоставлению медицинских услуг на 17-18 февраля 2015 года в Турции, Стамбуле. Организуемое Европейским региональным бюро ВОЗ, данное мероприятие собирает представителей, назначенных Министерством здравоохранения по согласованному/комплексному предоставлению медицинских услуг во всех государствах-членах ВОЗ, а также международных экспертов-партнеров и сотрудников ВОЗ. Целью мероприятия, в конечном счете, является изучение продолжающейся разработки основных концепций и содействие обмену опытом и знаниями между различными странами и участниками (Вставка i). Данное мероприятие также дает возможность провести обсуждение дальнейшей разработки «Рамочной основы для действий», для подготовки к получению ее одобрения со стороны государств-членов ВОЗ к 2016 г. и ее последующей реализации.

В данном документе поднимаются некоторые темы, которые будут обсуждаться на протяжении всех сессий данного мероприятия, стимулируя дискуссию и вопросы со стороны участников. Чтобы ознакомить участников с предпосылками этой деятельности, совещание начнется с доклада о ходе разработки «Рамочной основы», рассматривая продвижение по фазам работы начиная с внутренних консультаций, и ее официального запуска в середине 2013 г, и заканчивая событиями предыдущего года; причем, проделанная работа будет рассматриваться в контексте стратегических приоритетов, лежащих в основе этого документа. После этого будет сделан краткий обзор технической работы, проведенной в ходе консультаций, с перечислением основных тем, поднятых участниками во время дискуссии, а также ответными мерами, предпринятыми после периода дополнительного анализа и осмысления ситуации. Затем на информационном совещании будут представлены основные концепции системы согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг. На этой основе, будут сформированы основные принципы «Рамочной основы для действий», с предлагаемыми темами для осмысления и дальнейшего обсуждения, для достижения общего понимания тем и единого мнения в отношении их важности, как с точки зрения концепции, так и с позиции их практического применения.

### **Вставка i. Цели второго технического совещания**

1. Изучить основные концепции “Рамочной основы для действий” которые определяют отправные точки максимального воздействия как области воздействия для преобразования системы предоставления медико-санитарной помощи.
2. Познакомиться с опытом других стран и экспертов в отношении стратегического выбора и альтернатив, имеющихся для политиков, управления и администрации системы здравоохранения, медицинских работников, населения и всех остальных заинтересованных сторон, участвующих в преобразовании системы предоставления медико-санитарной помощи.
3. Обсудить продолжение разработки «Рамочной основы для действия» в ходе подготовки к проведению шестьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2016 году и ее последующей реализации.





## **1 Определение контекста: с Таллинской конференции в 2013 г. до Стамбульской в 2015 г.**

### **1.1 Предоставление медико-санитарных услуг, как стратегический приоритет**

Во всем мире, приоритеты в области здравоохранения и развития сходятся на важности укрепления систем здравоохранения. Эта единая позиция была четко выражена в «12-й Общей программы работы ВОЗ на 2014-2019 гг», с приоритетным кластером технической деятельности и корпоративных услуг, сосредоточенных на укреплении систем; в частности, организации комплексного предоставления услуг, в соответствии с тем, как это представлено в предстоящей «Глобальной стратегии комплексных медико-санитарных услуг, ориентированных на потребности людей».

Европейской политикой здравоохранения - «Здоровье 2020», принятой государствами-членами в 2012г в Европейском регионе ВОЗ, - определяется порядок действий для достижения потенциально наилучшего состояния здоровья и благополучия населения к 2020 году. В рамках данной политики, укрепление систем здравоохранения заняло прочную позицию стратегического приоритета, способствующего созданию систем здравоохранения, ориентированных на потребности людей, в качестве прогрессивного подхода к движению в сторону достижения глобальных целей. Преобразование услуг для согласованного/комплексного предоставления является неотъемлемой частью этого, и впоследствии, становится частью реализации стратегии «Здоровье-2020» в качестве ключевого стратегического рычага укрепления системы здравоохранения.

Кроме того, партнеры по всему региону, включая Европейскую Комиссию и Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), а также профессиональные ассоциации и организации гражданского общества, подтвердили важность наличия сильных систем здравоохранения, отстаивая принципы согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг ориентированного на потребности людей. Например, Европейское партнерство по инновациям в области активного и здорового старения (EIP АНА) и научно-исследовательские приоритеты в области здравоохранения, определенные в программе Европейской комиссии «Горизонт 2020», также подчеркивают важность комплексной, устойчивой медицинской помощи, ориентированной на потребности людей, поддерживая соответствующие государства-члены в приоритетизации создания сильных систем здравоохранения, которые наделяют граждан возможностями вести здоровую и независимую жизнь. Бесспорная динамика в развитии этой деятельности в различных странах может быть, отчасти, связана с этим общим видением партнеров, что создает очевидное и логичное направление для преобразования системы предоставления услуг.

### **1.2 Разработка Европейской региональной рамочной основы для действий**

Для реализации этих приоритетов, существует острая необходимость в осуществлении обмена богатством технических знаний и операционными ноу-хау для преобразования системы предоставления медицинских услуг на практике. Несмотря на заметные достижения в области здравоохранения, отраженные в документально-подтвержденных инициативах, рост количества доступных стратегических альтернатив для преобразований, по-видимому, каким-то образом, задерживается, в связи с отсутствием столь же общего изложения фактов и аналитики для продвижения реформ и проведения системных изменений. Об этом свидетельствуют многие

инициативы, направленные на координацию/интеграцию системы предоставления медицинских услуг, которые продолжают реализовываться в небольших масштабах, в привязке к сложившейся ситуации, зачастую с заранее установленными сроками и ограниченным финансированием, и, в конечном счете, имеют ограниченные возможности в решении более общих проблем системы здравоохранения. Это вызывает особую тревогу, поскольку инициативы, которые принимают форму разрозненных или изолированных вмешательств в деятельность системы здравоохранения, сами по себе, фундаментально противоречат принципам комплексного предоставления услуг, ориентированного на потребности людей и представляют собой серьезный барьер к достижению устойчивых изменений. Таким образом, обязательным достижением является более детальное понимание концепций, проведение учета и анализа всех проверенных стратегий на основе опыта различных стран и интерпретация общих характеристик извлеченного опыта из реализации таких инициатив.

В контексте такой потребности и согласно основным обязательствам, в 2013 году на встрече высокого уровня в Таллинне, Эстонии, отмечая пятую годовщину Таллиннской хартии, Региональным Европейским бюро ВОЗ была официально начата разработка платформы, ориентированной на действия, для поддержки преобразования системы предоставления медицинской помощи. Эта работа обрела форму «*Региональной рамочной основы для действий по организации согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг*» (CIHSD). Рамочная основа задумана как операционный ресурс для государств-членов, который определяет приоритетные направления деятельности в странах, проходящих процесс преобразования системы предоставления услуг. Процесс разработки Рамочной основы был определен в инструменте планирования<sup>2</sup>, где указаны мероприятия начиная со времени проведения встречи, ознаменовавшей начало разработки Рамочной основы до шестьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2016 году.

### **1.3 Основные вехи взаимодействия с партнерами**

Принимая философию стратегии «Здоровье-2020», эта работа строго ориентирована на вовлечение правительства и общества на всех уровнях, признавая, что в процессе достижения системы предоставления услуг, ориентированной на потребности людей, каждый должен играть определенную роль. Сама Рамочная основа поощряет участие и коллективные действия, обеспечивая поддержку возможностей для стратегического партнерства и привлечения целого ряда заинтересованных сторон на протяжении всего процесса ее разработки.

На сегодняшний день, партнерами проводились дискуссии, консультации и обзоры, в которых принимали участие официальные лица высокого уровня со стороны Министерства здравоохранения, сообщество технических координаторов государств-членов по предоставлению согласованных/комплексных медико-санитарных услуг, консультативная группа международных экспертов из научных кругов, организации, работающие в этой сфере, а также государственные и профессиональные сети, представляющие пациентов, медицинских и социальных работников, группы с особыми интересами, а также международные партнеры по развитию, включая Европейскую комиссию и ОЭСР, сотрудников из различных технических подразделений и бюро ВОЗ. Партнеры собирались на мероприятиях, проводимых в несколько этапов, на конференциях и консультациях в Стамбуле (Турция), Брюсселе (Бельгия), Бостоне (США), и Копенгагене (Дания). Ниже (таблица 1.3)

---

<sup>2</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. (2013). «Дорожная карта – Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей в Европейском регионе ВОЗ». Европейское региональное бюро. Источник: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108628/1/e96929.pdf?ua=1>

даётся краткое изложение основных вех участия различных стран и международных партнеров в разработке Рамочной основы для действий вплоть до настоящего момента.

**Таблица 1.3 Основные вехи в разработке «Рамочной основы для действий»**

<b>Мероприятия</b>	<b>Вехи</b>
Внутриведомственные конференции Копенгаген, весна 2013 г	Подготовительные совещания на уровне Регионального бюро совместно с Исполнительным комитетом и техническими подразделениями для обеспечения единообразия подхода по тематикам и стратегическому планированию
5-я годовщина Таллиннской Хартии, г. Таллинн, октябрь 2013	Официальный «запуск» «Дорожной карты к Рамочной основе действий» Региональным директором с участием официальных лиц Министерства здравоохранения
Установочное техническое совещание, г. Стамбул, февраль 2014 г.	Разработка Рамочной основы, начатая с анализа концепций и обмена опытом с координаторами со сторон государств-членов и экспертов
1 <sup>а</sup> Консультация заинтересованных сторон, г. Брюссель, апрель 2014 г	Обмен соответствующими тематиками с участием представителей международных организаций по развитию, ученых, медработников, ассоциаций пациентов
2 <sup>а</sup> Техническое совещание, г. Стамбул, февраль 2015 г	Исследование структурных областей Рамочной основы, изучение концепций и обмен опытом между координаторами и экспертами государств-членов государств
2 <sup>б</sup> Консультация заинтересованных сторон, г. Брюссель, лето 2015	Предоставление отзывов о разработке содержания Рамочной основы представителям заинтересованных сторон для обсуждения и дальнейшей работы

#### **1.4 Планирование шагов по выполнению целей, определенных в Дорожной карте по реализации «Рамочной основы»**

Как уже отмечалось, в документе по планированию *«Дорожная карта – Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей в Европейском регионе ВОЗ»* были определены фазы разработки Рамочной основы.

Данный документ служит методическим руководством для формирования фазы в рамках общего видения, нацеленного на обеспечение согласованности в деятельности, и определение возможностей для подробных консультаций и взаимодействия со странами и партнерами.

Цели и задачи самой Рамочной основы самого и ее разработки приведены ниже (Вставка 1.4), в том виде, в котором они определены в «Дорожной карте». Исходя из этого, прогресс в достижении каждой цели может быть представлен следующим образом.

## **Вставка 1.4 Цель и основные задачи «Рамочной основы для действий»**

### **Цель**

Поддержать координацию/интеграцию медико-санитарных услуг для создания систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей, которые позволяют добиться улучшения уровня здоровья населения и усиления справедливости в вопросах здоровья.

### **Основные задачи**

1. Систематизировать и обобщить литературу по системе предоставления медицинско-санитарных услуг для выработки единого аналитического понимания концепций.
2. Обеспечить единый подход к ускоренному обмену опытом организации более согласованного/комплексного предоставления медико-санитарной помощи, накопленном в Регионе.
3. Четко разъяснить средства и инструменты реализации политики, связанные с общим знаменателем, для инициирования, реализации и расширения мер по преобразованию системы предоставления медико-санитарной помощи.
4. Поддержать государства-члены в деятельности по укреплению технического потенциала и выработке необходимых навыков руководства и управления для реализации устойчивых преобразований.
5. Обеспечить полноценное участие самых разнообразных партнеров в обсуждениях и консультациях на протяжении всех предусматриваемых фаз.

### **Систематизация и обобщение литературы по предоставлению медико-санитарных услуг**

Под руководством сотрудников Регионального бюро, с привлечением международных экспертов была выпущена серия отчетов с целью дальнейшего изучения системы предоставления медико-санитарных услуг и направлений деятельности, отмеченных в качестве приоритетных исходных точек для преобразований. Авторы соответствующих работ представят выводы своего анализа в ходе совещаний по обсуждению этих вопросов, что, в свою очередь, послужит информацией для формирования следующих шагов по завершению и систематизации результатов.

### **Единый подход к обмену опытом между странами**

После предварительного анализа инициатив по укреплению системы согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг, сделанного на основе веб-технологий, был проведен второй этап сбора данных. Это включало проведение дистанционных интервью с ключевыми информантами, а также обзор литературных источников по данным инициативам, если таковые имелись. По инициативной отчетности отдельных таковые имеются. В данном процессе было задокументированы свыше восьмидесяти примеров такого опыта, на двенадцати языках, представляющих сорок семь из пятидесяти трех государств-членов Европейского региона. Составленные примеры будут представлены ключевым информантам и техническим координаторам государств-членов для рассмотрения и подтверждения результатов. Эта работа по документированию опыта стран, параллельно с разработкой веб-платформы для

поддержки онлайн-сообществ практиков на форумах исполнителей и репозитория примеров преобразований предоставления услуг по всему миру, осуществляется Штаб-квартирой ВОЗ.

**Средства и инструменты реализации политики для реализации и расширения инициатив**

Обзор извлеченных уроков предпринимался до сих пор с целью изучения тех характеристик лидерства и управления и их соответствующих процессов, которые неизменно демонстрируют свое влияние на расширение практических инициатив по проведению преобразований системы предоставления услуг. С развитием концепций и примеров по странам, будет проводиться дальнейший анализ для выведения общих стратегий, инструментов и вариантов реализации политики.

**Технический потенциал стран**

Процесс разработки Рамочной основы для действий, обеспечивает ряд уникальных возможностей вовлечь государства-члены решение вопросов, относящимся к предоставлению медицинских услуг. Эти возможности включают различные мероприятия, начиная от региональных консультаций, конференций, круглых столов, политических диалогов и заканчивая предоставлением прямой технической помощи. В результате, появляется непрерывно разрастающаяся сеть технических экспертов по предоставлению услуг, которая показала хорошие результаты в содействии процессу обмена мнениями между странами. Кроме того, регулярный диалог и отчетность, способствует непрерывному усовершенствованию доказательной базы по предоставлению медико-санитарных услуг

**Форум государств-членов и партнеров**

Каждому государству-члену Региона было предложено назначить представителя для работы в качестве технического координатора по согласованному/ комплексному предоставлению медико-санитарных услуг, которые будут представлять экспертные знания ситуации по странам, и обеспечивать представление интересов, опыта и потребностей стран в дискуссиях. К январю 2015 года, было представлено сорок одна страна с официально назначенными лицами, и еще одиннадцать участвует через национальных экспертов в этой области. Другие партнеры включают консультативную группу международных экспертов, общественных и профессиональных сетей и международных организаций, которые собирались на мероприятиях, отмеченных выше.

## **1.5 Рамочная основа для действий и комплекс мер по ее реализации**

Опираясь на мировоззрение, ориентированное на действия, Рамочной основой определяется минимальный набор наиболее прагматичных и регулируемых, или меняющихся условий в системе предоставления медико-санитарных услуг, которые рассматриваются в качестве отправных точек максимального регулирования для выработки стратегии преобразований. Именуемые *«направлениями действий»*, они в дальнейшем группируются по четырем основным компонентам, в зависимости от их ориентированности, для формирования структуры их взаимодействий: людей, семей и сообществ; предоставления медицинских услуг; системы здравоохранения в целом; и самого процесса преобразований. Рамочная основа сопровождается стратегиями, методами и

инструментами, которые были найдены в литературных источниках, а также получены из непосредственного опыта стран, с целью представления как технических идей, так и операционных технологий, которые могут привлекаться теми, кто возглавляет и руководит реформами.

Рамочная основа для действий опирается на ряд ресурсов, которые служат для поддержки практической реализации преобразований. Сюда входит следующее:

- **Концепция** согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг, с обобщением литературы, доказательных фактов и аналитической информации, накопленной партнерами в ходе консультаций и обзоров концепций, лежащих в основе предоставления медико-санитарных услуг.
- **Сборник документально подтвержденных инициатив** по согласованному/комплексному предоставлению медико-санитарных услуг, отражающих непосредственный опыт государственных, зафиксированный в ходе проведения ситуационных исследований по странам.
- **Руководство по составлению ситуационного исследования**, с шаблоном для составления примеров и обзором ресурсов для сбора информации, в поддержку практики обмена опытом преобразования системы предоставления медико-санитарных услуг для продолжения развития системы предоставления услуг и распространения опыта, а также операционного исследования.
- **Каталог общих средств и инструментов** в качестве реестра технических ноу-хау, разработанных на основе результатов ситуационных исследований по странам и общей доказательной базы.
- **Руководство по управлению изменениями** в поддержку процесса проведения преобразований системы предоставления медико-санитарных услуг.
- **Методическое пособие по мониторингу и оценке**, составленное для оценки последующей деятельности и протоколирования положительных сдвигов в процессах и результатах предоставления услуг для создания системы здравоохранения, ориентированной на нужды и запросы людей.
- **Глоссарий терминов** содержащий основные понятия, для обеспечения последовательного применения понятийного аппарата и точности перевода.

## 2 Анализ идей после консультаций: основные темы и ответные меры

Основные темы, отмеченные в презентациях и дискуссиях на установочном техническом совещании (в Стамбуле, в феврале 2014 г.)<sup>3</sup> и первой консультации с заинтересованными сторонами (в Брюсселе, в апреле 2014 г.), в свою очередь, послужили ориентиром для процесса их дальнейшего осмысления. В данном разделе приведены эти темы, а также изменения, сделанные на основе интерпретации поднятых вопросов.

### Тема 1: Комплексная медицинская помощь – это средство или конечная цель?

В ходе обсуждений был затронут вопрос о важности обеспечения комплексного характера медико-санитарной помощи, в частности следует ли рассматривать это как *средство* (процесса) достижения цели, или, скорее, *конечной цели*; достижимого результата в процессе или в конечных «продуктах». Хотя было признано, что такая концептуализация зависит от точки зрения толкователя, и было выражено единое мнение о том, что необходимо рассматривать комплексный характер предоставления медико-санитарной помощи в качестве *принципа разработки «модели»*, что отличается от общей цели улучшения показателей здоровья.

Данная полемика привела к последующей дискуссии необходимости уточнения вопроса о том, что если комплексная медицинская помощь – это средство, то, о какой медицинской помощи идет речь: качественной, ориентированной на пациента, ориентированной на нужды и запросы людей или нужды сообщества? Эта дискуссия дала понять, что, необходимо сделать дополнительные уточнения, чтобы подробно обозначить подразумеваемое «воздействие» - улучшение показателей здоровья населения – и характеристики предоставляемых услуг, которые необходимы для достижения этого. Было признано, что эти меры необходимы для точного понимания «проблемы», - условий, в которых, необходимо делать изменения – чтобы обеспечить адекватный учет всех недостатков системы предоставления услуг и обозначить в целом, что «комплексная медицинская помощь связана не со стратегией сдерживания расходов, но с улучшением качества услуг».

### Ответные меры

#### **Разработка концепций, лежащих в основе систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей**

Чтобы отделить средства преобразования системы предоставления услуг от ее воздействия или целей по улучшению показателей деятельности, было обращено внимание на необходимость установления прочной связи преобразования системы предоставления услуг в соответствии с концепцией усиления систем здравоохранения, ориентированных на нужды и потребности людей. Согласованные/комплексные медицинские услуги рассматриваются как средство,

---

<sup>3</sup> Доклад о работе совещания на данном мероприятии может быть доступен следующим образом: Региональное Европейское бюро ВОЗ. (2014). “Отчет об установочном совещании по системе предоставления комплексных медико-санитарных услуг”. Копенгаген. Источник: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/246256/Coordinated-Integrated-Health-Services-Delivery-CIHSD-Kick-off-Technical-Meeting.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/246256/Coordinated-Integrated-Health-Services-Delivery-CIHSD-Kick-off-Technical-Meeting.pdf?ua=1)

способствующее созданию такой системы, которая поддерживает предоставление услуг, ориентированных на потребности людей. Для оценки, акцент делается на мониторинге факторов, на которые система может оказать свое влияние, и которые рассматриваются, как области, где действия системы имеют преимущественное значение с наибольшим потенциалом для улучшения показателей деятельности. В этом случае, это необходимо (за исключением тех факторов, которые можно оценивать с точки зрения отдельного человека) для подтверждения нацеленности системы предоставлении услуг на нужды людей; но не в масштабах того, на что система может действовать самостоятельно.

## **Тема 2: Что является отправными точками для стратегических действий?**

В ходе первого анализа литературы было определено семь ключевых «областей воздействия», которые были представлены на установочном совещании и первой консультации с заинтересованными сторонами<sup>4</sup>. Обсуждения, по этим этим семи областям кратко изложены в приложении 1. В целом, на основе замечаний представителей стран, экспертов и партнеров можно сделать заключение о достижении консенсуса по обозначенным темам и их актуальности. Тем не менее, возникли споры по содержанию каждой из областей деятельности, их границам и их взаимодействию. Например, появилась задача провести различие между понятиями «коммуникация» (передача информации) и «знания», где «коммуникация» предполагает информацию и исследование, которые считаются также и элементами знаний. Кроме того, было отмечено, что само понятие «знания» следует отличать от «компетенций», которые рассматриваются как глубоко усвоенные знания и их применение в профессиональной сфере, обращая внимание на эти специфические характеристики, как, возможный ориентир, который можно использовать в проработке области. Кроме того, было отмечено, что некоторые области больше «подвержены воздействию», в сравнении с другими. Например, «ценности», рассматривались скорее, как условие для изменений, необходимое для поддержания таких усилий, но не обязательно, как область, на которую можно и нужно воздействовать.

### **Ответные меры**

#### **Для начала ответить на вопрос: что такое предоставление услуг?**

Процессы, характеризующие предоставление услуг и родственные этому, были всесторонне изучены с учетом полученных замечаний, и начинаний по дальнейшему анализу концепций, механизмов и инструментов систем здравоохранения. Это стало первым шагом к решению спорных вопросов о границах, с предлагаемой областью «воздействия» - «медицинская помощь». Аналогичные соображения были сделаны по тем областям, которые были отмечены, как требующие дополнительных уточнений. При этом, характеристики каждого параметра были усовершенствованы и были указаны их связи с отправными точками максимального воздействия с первым взглядом на те соответствующие стратегии и инструменты, которые могут быть задействованы для улучшения координации и интеграции услуг в качестве средства достижения систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей. системам здравоохранения, ориентированных на население. Эта линия мышления опирается на дальнейший анализ взаимосвязи между различными областями, что рассматривается в рамках темы три, описанной ниже.

---

<sup>4</sup> Эти области включают следующее: (1) коммуникацию (или передачу информации); (2) знания; (3) ресурсы; (4) политику; (5) медико-санитарную помощь; (6) ценности; (7) и люди.



### **Тема 3: Как можно обосновать взаимозависимость между «областями воздействия»?**

В первом раунде консультаций, было представлено семь областей воздействия в качестве «плоской модели»; просто объединяя общие характеристики в каждой области без обоснования их динамики и иерархии взаимосвязи. Тем не менее, сложность дифференциации границ этих областей стала напоминанием того, что вопрос взаимозависимости между компонентами системы здравоохранения и их адаптивным поведением, также стоит на повестке дня, в тех областях, которые были ранее обозначены. Этот вопрос, оставленный без внимания, осложнил возможность предварительного определения таких взаимодействий между областями, которые, в конечном итоге, поставили под угрозу целесообразность простого указания отправных точек для стратегических вмешательств.

Кроме того, в ходе обсуждений несколько раз поднимался вопрос разницы между областями воздействия, которые играют «основную» и «вспомогательную» роль. Вопрос, предложенный для дальнейшего рассмотрения, предлагает поразмыслить над тем, что это означает на практике: повлияет ли важность областей (в зависимости от того, относится ли область к «основной» или «вспомогательной») на приоритизацию мер при планировании реформ? Каковы будут различия на макро, мезо- и микроуровне? Это было также отражено в ходе обсуждения основных сложностей в координации преобразований медико-санитарных услуг и трудностей определения того, что следует сделать «в первую очередь». Собранные воедино, они свидетельствуют о важности обоснования взаимосвязи для предварительного определения того, как различные области взаимодействуют между собой.

#### **Ответные меры**

##### **Согласованность с мышлением в масштабах всей системы здравоохранения**

В ответ на это, дальнейший анализ был направлен на закрепление приоритетных областей в таких функциях системы здравоохранения, как управление, финансирование, создание ресурсов (кадров для системы здравоохранения; информации; лекарственных средств и медицинских технологий), а также предоставления медицинских услуг. Объединение этих функций для наблюдения за их динамикой заимствует из мышления в масштабах всей системы здравоохранения – понимание того, как взаимодействуют между собой задействованные ресурсы и влияют на предоставление услуг, диктуя, в конечном итоге то, в каких объемах будут предоставляться услуги, какая будет достигнута эффективность работы, и какое будет оказано воздействие на показатели здоровья населения. Была сделана попытка структурирования областей по "сферам" для улучшения понимания этой динамики, а также для дальнейшего определения того, как «люди» взаимодействуют с услугами и системами здравоохранения, и того как факторы самого «процесса» преобразований влияют на успешность реформ.

### **Тема 4: Какие должны быть ключевые условия для обеспечения успешной реализации реформ?**

В ходе обсуждений, стало понятно, что реформирование системы предоставления медико-санитарных услуг имеет свои характеристики, которые влияют на успешность внедрения инициатив по созданию комплексного характера медицинских услуг; где успешность оценивается по воздействию на показатели здоровья населения и положительным сдвигам в объемах и результатах предоставляемых услуг, а также по показателям эффективности работы системы здравоохранения в целом, но, кроме

этого, характеризуется такими факторами, как возможность масштабирования и устойчивость изменений на протяжении длительного периода времени.

В ходе консультаций осуждался один из извлеченных уроков реализации, связанный с ролью управления в процессе перемен. Планы реализации не были разработаны для большинства инициатив, которые воплотились благодаря энтузиастам, которые также выступали в роли лидеров этих инициатив. Тем не менее, долгосрочное планирование, которое представляется полезным в определенной степени, и хорошо регулирует процесс, рассматривается как ключевой компонент к укреплению систем здравоохранения. Кроме того, в обсуждениях было четко обозначено, какие преобразования в системе предоставления услуг однозначно следует направлять, поддерживать и регулировать. Эти характеристики были обозначены как "нематериальные активы" –и включают руководство, управление и те характеристики, которые лежат в основе успешной реализации.

Вопрос, поднятый для последующего изучения – это приведение в соответствие условий «процесса», для интерпретации этих «нематериальных активов» и причин их практического взаимодействия с мышлением, ориентированным на действия.

### ***Ответные меры***

#### **Различия между «лидерством» и «управлением» как ключевыми областями воздействия**

Рамочная основа, как ресурс, ориентированный на конкретные действия, должна охватывать все соответствующие аспекты, определяющие успешность преобразований для достижения согласованного/комплексного характера предоставления услуг. С учетом информации о важности лидерства и руководства, дальнейший анализ был направлен на рассмотрение зависимости реформ от предпринятых действий в отношении обоих аспектов. Имея сходные характеристики других предложенных «областей воздействия», с теми аспектами, для которых стратегические усилия являются обязательными и служат отправными точками максимального воздействия для достижения необходимых изменений, лидерство и руководство были включены в качестве основных областей компонента «изменения».

### **3 Системный, ориентированный на результаты подход к предоставлению медико-санитарных услуг: обзор концепций**

#### **3.1 Что означает предоставление услуг, ориентированное на потребности и запросы людей?**

Направленное на создание системы, позволяющей оказывать «нужную медицинскую помощь» в «нужное время и в нужном месте», преобразование системы оказания медико-санитарной помощи предусматривает необходимость обращать внимание на выбор, планирование, организацию и управление медико-санитарными услугами с учетом потребностей населения и отдельно взятого человека.

Это представляет собой более значительный сдвиг в идеологии, чем может показаться на первый взгляд. На практике, это означает сознательный переход от оказания разрозненных услуг, запрограммированных на лечение острых состояний, представляющихся с исключительно лечебной целью, которые, зачастую, реагируют на возникающие обстоятельства и обусловлены само-направлениями пациентов, к таким системам предоставления медико-санитарных услуг, которые гибко реагируют на необходимость адаптации ко всем сложностям реальной жизни и способны предоставлять непрерывный спектр различных услуг, необходимых для поддержания оптимального состояния здоровья и благополучия на всех этапах жизни.

Следует учесть один технический момент для обеспечения более операционного мышления, связанный с тем, что *услуги*, ориентированные на потребности людей от отличаются от *систем* здравоохранения, ориентированных на потребности и запросы людей. Рассмотрим, например, возможность оптимизации системы предоставления услуг по целому ряду направлений для обеспечения большей ориентированности на нужды и потребности людей, включая организацию поставщиков в мультидисциплинарные команды, стратификацию населения по группам риска для проведения целевой профилактической работы, координацию планирования медицинской помощи между различными поставщиками и службами, и т.д. Тем не менее, достижение оптимальных результатов либо усиливается, либо тормозится динамическими процессами, отношениями и механизмами работы, которые соприкасаются между собой на границе предоставления услуг и системы здравоохранения в целом. Несогласованные стимулы, противоречивые механизмы подотчетности или слабый уровень навыков медперсонала по реагированию на потребности населения, относятся к числу тех основных факторов, формирующих «скользкий путь», который может ограничить или вытеснить услуги, ориентированные на нужды и запросы людей, в случае невозможности создания необходимых условий для достижения оптимальных показателей здоровья населения.

Для преобразования системы предоставления услуг это означает, в первую очередь то, что оптимизация предоставления медицинских услуг, в конечном счете зависит от наличия благоприятных условий для развития системы здравоохранения. Во-вторых, здесь признается, что содействие формированию системы предоставления услуг, ориентированной на нужды и запросы людей требует участия всего общества, привлечения широкой общественности, потребителей услуг и медработников, среди прочих других мер.

Тем не менее, с точки зрения стратегического управления, только те изменения, которые влияют на показатели эффективности системы здравоохранения, считаются "действенными" и, следовательно,

предоставление услуг, ориентированное на нужды и запросы людей, характеризуется с точки зрения системы, ориентируясь в основном, на планирование достижения положительных сдвигов в объемах и результатах оказываемых услуг.

### **3.2 Детерминанты системы предоставления услуг, ориентированной на нужды и запросы людей**

Как описано выше, система предоставления медико-санитарных услуг попала в сети взаимозависимостей не только с другими функциями системы здравоохранения, но и с другими отраслями экономики, а также более общей демографической, эпидемиологической, экономической, экологической, социально-культурной, технологической, политической и законодательной ситуацией. Определение, услуг, ориентированных на нужды и запросы людей, в соответствии их детерминантами, вносит ясность в значение этих переменных, их важность и динамические взаимосвязи. Диаграмма 3.2 иллюстрирует эти основные детерминанты, с описанием того, как характерные особенности каждого из них влияют на систему предоставления услуг, ориентированную на нужды и запросы людей.

- **Люди, члены их семей и сообщества.** Находясь в центре медико-санитарных услуг, потребности людей и их законные ожидания должны определять содержание и направление работы системы здравоохранения. Это означает, что люди должны взаимодействовать с системой здравоохранения через предоставление услуг, адаптированных для курса вмешательств, который больше всего соответствует рискам и диагностированным заболеваниям. Эта способность персонализации медицинской помощи является ключевым приоритетом, не только потому, что люди должны иметь право определять содержание получаемой ими медицинской помощи, но также и потому, что предоставление услуг может быть более эффективным и результативным, если пациенты выступают в роли партнера в этом процессе. Важно отметить, что это предполагает то, что людям дают возможность получать точную информацию и выступать в роли партнера в решении вопросов своего здоровья, контролировать и участвовать совместно со своими семьями в предоставлении услуг, делать выбор в получении медицинской помощи и вариантах лечения, и участвовать в процессе принятия решений.
- **Предоставление медико-санитарных услуг.** Функция предоставления медико-санитарных услуг определяет содержание, дизайн, организацию, управление и совершенствование процессов предоставления услуг. Система предоставления услуг, ориентированная на нужды и потребности людей может быть описана как способность функции целенаправленно подходить и смотреть через призму потребностей, обусловленных состоянием здоровья человека, чтобы обеспечить соответствие этих процессов этим нуждам.
- **Система здравоохранения.** Как описано выше, предоставление услуг в конечном счете берет свое направление от системы здравоохранения. Основные функции системы должны затем отразить приоритетность этих характеристик, необходимых для достижения системы предоставления услуг, ориентированной на потребности людей
- **Другие секторы.** Реагирование на потребностями индивида является предметом взаимодействия между системой и другими секторами, где социальные нужды, работа или жилье, рассматриваются, например, как детерминанты здоровья, которые лежат, однако, за пределами самой системы здравоохранения. Например, условия труда, образование и жилищный сектор являются важными факторами, определяющими состояние здоровья, несмотря на то, что лежат за пределами системы здравоохранения.

- **Контекст.** В конечном итоге, преобладающие культурные, социальные и религиозные нормы и политические силы, а также уровень благосостояния и степень его распределения среди населения будут определять динамику предоставления медицинских услуг, а также ее ориентированность на нужды людей. Эти факторы можно описать, как общую ситуацию в стране, определяя эпидемиологические, культурные, социально-демографические и экономические условия, в рамках которых формируются все другие детерминанты. Это дополнительно включает в себя исторические факторы, которые следует учитывать, и которые продолжают влиять на текущую ситуацию, в соответствии с принципами зависимости от ранее выбранного пути.

**Диаграмма 3.2 Взаимодействие детерминантов системы предоставления услуг, ориентированной на нужды людей**



Примечание: Выдержка из «Глобальной стратегии Штаб-квартиры ВОЗ по комплексным медико-санитарным услугам, ориентированным на нужды и потребности людей» [готовящаяся к выходу публикация]

### **3.3 Характеристики системы предоставления услуг, ориентированных на нужды запросы людей**

Система предоставления медицинских услуг имеет прочную основу, и в лежачие в ее основе устремления имеют давнюю историю. Несмотря на то, что прошло более четырех десятилетий после принятия в 1978 г Алматинской декларации по первичной медико-санитарной помощи, разработанные концепции и подходы, по-прежнему остаются актуальными для реализации твердого убеждения, что каждый человек имеет право на «на максимально достижимый уровень здоровья». Первичная медико-санитарная помощь была определена Декларацией в качестве ключевого подхода к реализации этой цели, определяя его как:

“Первичная медико-санитарная помощь составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах,

которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения»<sup>5</sup>.

Возвращаясь к сути предоставления медико-санитарных услуг на основе принципов ПМСП, предполагается, что услуги, ориентированные на нужды людей должны иметь следующие общие характеристики или качества: (Вставка 3.3).

### **Вставка 3.3 Характеристики системы предоставления услуг, ориентированных на нужды и потребности людей**

**Комплексный характер.** Определённый базовый набор услуг оказывается по всему непрерывному спектру медицинской помощи, начиная от охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний, и заканчивая диагностикой, терапией, длительным уходом, реабилитацией и паллиативной помощью, а также по всем секторам системы предоставления услуг, ориентируясь на потребности человека в целом, адаптируя систему предоставления услуг в соответствии со всей многогранностью взаимодействий биологических, поведенческих и психологических факторов на протяжении всей жизни в соответствии с индивидуальными потребностями человека.

**Нацеленность на нужды населения.** Выбор услуг, определяемый спросом, обусловленным пониманием потребностей населения в медико-санитарной помощи и мерах по охране здоровья, а также социальными представлениями, учитывая потребности различных сегментов населения.

**Доказательная основа.** Применение наиболее достоверных научных данных в процессе приоритизации услуг и выбора клинического решения, в соответствии с потребностями пациента, увязывая имеющиеся фактические данные с оптимальными результатами, учитывая индивидуальные потребности пациента, которые выявляются при совместном планировании медицинской помощи.

**Персонализация.** Медицинская помощь должна предоставляться с уважением к независимости человека, соблюдая его достоинство и конфиденциальность, и быть ориентирована на законные ожидания пациента в отношении выбора услуг, поставщиков и учреждений.

**Согласованность.** Поставщики, информационные и финансовые потоки, в поперечном срезе (точках взаимодействия) системы предоставления услуг, должны представлять собой гармоничное соединение. Координация между элементами системы предполагает согласованность услуг в рамках одного эпизода медицинской помощи, а также в рамках ее продольной координации; эти качества также необходимы для более длительных эпизодов лечения и на протяжении всей жизни, с учетом того, что некоторые потребности могут возникать одновременно.

**Доступность.** Наличие прямого и постоянного доступа к услугам, отсутствие неоправданных барьеров, связанных со стоимостью, языковым барьером, культурными или географическими аспектами

**Преимственность.** Предоставление услуг, обмен информацией и межличностные отношения

<sup>5</sup> ВОЗ. 1978. Алматинская декларация. Казахстан, СССР: Всемирная организация здравоохранения.

находятся в подвижном, постоянно меняющемся процессе в течение времени. Люди обычно получают услуги от организованной группы поставщиков в доступной и знакомой среде (продольная преемственность); каждый поставщик услуг может получить записи, содержащие клинический и социальный анамнез пациента (информационная преемственность); пациенты длительно взаимодействуют с поставщиками услуг (межличностная преемственность).

**Использование технологий.** Соответствующие технологии и инновационные ресурсы клинической помощи и системы предоставления полностью задействованы и внедрены в организационную структуру системы предоставления услуг.

**Межсекторальность.** Государственный и частный сектор, с большим количеством партнеров на всех уровнях и в различных условиях оказания медицинской помощи существенно вовлечены в систему предоставления услуг.

**Нацеленность на результаты.** Эффективное управление медико-санитарными услугами при минимальной непроизводительности в использовании ресурсов, возможное благодаря наделению руководителей необходимыми полномочиями для достижения поставленных целей и возложению ответственности за общие показатели эффективности работы.

**Безопасность.** Услуги предоставляются в соответствии с высокими стандартами, с постоянным учетом наиболее достоверных научных данных, сводя к минимуму риски и возможность нанесения вреда пользователям для достижения оптимальной эффективности предоставления услуг.

**Самообучение.** Наличие и использование аналитических подходов для создания и повышения ценности в системе предоставлении услуг.

### **3.4 Как ориентированность медико-санитарных услуг на нужды и запросы людей влияет на улучшение показателей здоровья населения?**

Система предоставления услуг, ориентированная на нужды и потребности людей влияет на показатели эффективности системы, связывая, в причинно-следственной цепи, задействованные ресурсы (такие как, компетенции персонала и инновационные технологии), с процессом предоставления услуг. Результаты такого «производственного процесса» отражаются затем в «конечных продуктах» (таких как, комплексный характер вмешательств и скоординированность услуг), которые, в свою очередь, отражаются на результатах (например, «отзывчивости» и справедливости системы) и показателях здоровья населения (например, на уровне заболеваемости и смертности).

Такая цепочка взаимодействий дает потенциальную возможность системе предоставления медико-санитарных услуг достижения положительных сдвигов в состоянии здоровья и благополучия населения, а также эффективности работы системы здравоохранения, как показано в следующих примерах.

- **Улучшение профилактики и контроля НИЗ.** Действия, направленные на улучшение работы по профилактике и борьбе с НИЗ дополняются предоставлением услуг, ориентированных на нужды людей и имеют общую направленность по оказанию помощи людям на протяжении всей жизни по различным секторам медико-санитарной помощи (например, в области охраны здоровья, предоставления услуг клинического, реабилитационного характера и социального

сопровождения). Их важность, умноженная на расширение возможностей пациентов при помощи системы предоставления услуг, ориентированной на нужды и запросы людей, повышает ценность стратегий по контролю НИЗ, вовлекая людей в процесс контроля состояния собственного здоровья, при активном вовлечении медико-санитарных услуг и различных технологий (например, m-health (мобильные медицинские услуги), телемедицину и другие информационно-коммуникационные технологии) и регулирование потребностей в медицинской помощи в период между посещениями врача.

- **Поддержание благополучия в процессе здорового старения.** Содействуя улучшению лечения и возможности одновременного лечения множественных заболеваний, от чего страдает непропорционально большая доля пожилых людей, учет потребностей людей может способствовать достижению положительных сдвигов в предоставлении медико-санитарных услуг, включая активное использование вспомогательных устройств, снижение уровня со-платы в процессе длительного ухода, а также создание и улучшение благоприятной среды для пожилых людей. Большая вовлеченность людей в предоставление услуг может способствовать достижению ряд преимуществ, включая более строгое следование плану лечения и соблюдение режима приема лекарств, что приводит к улучшению результатов.
- **Достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами.** Система предоставления медико-санитарных услуг, ориентированных на потребности людей, способствует достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами, по целому ряду различных причин. Например, такой подход смещает приоритеты с узко-направленных программ по лечению отдельно взятого заболевания, к более общей, комплексной платформе услуг, которая эффективно и последовательно реагирует на потребности населения и человека на протяжении длительного периода времени. Кроме того, приближение услуг к людям лежит в основе стратегии ориентированной на потребности людей, в отличие от традиционного замысла системы, который предполагает, что выбор поставщика и стимулов продиктован географическим распределением услуг и финансовыми возможностями в получении медико-санитарной помощи.
- **Улучшение качества медицинской помощи.** Принято считать, что отсутствие координации является одной из ключевых причин плохого качества предоставления услуг, когда медицинская помощь носит фрагментированный или недостаточно комплексный характер, она является неэффективной и наносит вред пациентам, что связано с дублированием проведения диагностических исследований, неправильным лечением, и оказанием, порой, противоречивых, а не дополняющих друг друга услуг. Сопоставляя предоставление услуг с той моделью медико-санитарной помощи, которая нужна для удовлетворения потребностей человека, предоставление услуг, ориентированное на нужды людей может ускорить достижение комплексного характера медицинской помощи. Улучшение координации не только повышает качество, но также расширяет возможности вовлечения пациентов в решения, связанные с оказанием услуг, за счет своевременного предоставления надежной и необходимой информации.
- **Повышение эффективности в распределении ресурсов.** Ориентация на нужды человека в процессе принятия решений может повысить эффективность распределения ресурсов путем их направления на решение проблем, которые чаще влияют на здоровье людей или наносят серьезный ущерб здоровью и благополучию людей. По сути, планирование и обеспечение адресности услуг, которые воздействуют, скорее, на общие определяющие факторы здоровья, чем на эпизодические потребности пациентов в остром состоянии, стало возможным, причем такая позиция, кроме всего, является известным средством, способствующим снижению неравенства.



### **3.5 Роль согласованной/комплексной системы предоставления медико-санитарных услуг**

Первостепенное внимание на потребности людей не является каким-то просто тривиальным принципом и иногда требует отталкиваться, в значительной степени, - просто от интересов «бизнеса». Поскольку существующие системы здравоохранения выросли за счет постепенного и медленного увеличения, и, зачастую, разрозненных изменений, они унаследовали различные подходы к выбору услуг, модели, организации, управления и усовершенствования системы предоставления медико-санитарных услуг. В результате, механизмы финансирования, планирования кадровых ресурсов здравоохранения и логистики, снабжения изделиями медицинского назначения и нормативно-правовая база носят, порой, противоречивый характер в разных организациях, либо неэффективно поддерживают общие цели всей системы. Получается, что руководителям системы здравоохранения приходится решать бесспорно сложную задачу – учета и гармонизации всех тонкостей системы, тогда как, руководителям организаций здравоохранения приходится решать столь же трудную задачу – интегрировать ориентированность на потребности людей в повседневное функционирование и фактическое предоставление услуг их организациями.

Комплексная система предоставления медико-санитарных услуг является средством решения проблем модели системы, создавая «прообраз» тех условий, которые необходимы для достижения системы предоставления услуг, ориентированного на интересы людей. Направление процесса преобразования системы предоставления услуг отражает саму суть понятия «комплексности», которое произошло от латинского слова *«integer»*, означающее «целый» или «всеобъемлющий», что отражает, в принципе, эту направленность на соединение воедино различных частей, с тем, чтобы они действовали сообща или сформировали единое целое.

Хотя отсутствует какая-либо универсальная модель, применимая для всех систем здравоохранения, были сделаны значительные успехи в интерпретации особенностей комплексного характера медико-санитарных услуг. Данные исследований и полученных опыт реализации способствовали, в значительной степени, достижению такого понимания ключевых компонентов, которые требуют стратегических действий для эффективного практического применения комплексной медико-санитарной помощи, ориентированной на потребности людей. Возрастает степень понимания различных стратегических сфер, которые следует активировать, например, реформа финансирования и финансового стимулирования; правила управления и отчетности; информация и связь; профессиональное взаимодействие и работа в команде; модели предоставления услуги; и поддержка пользователей, медработников и лиц, осуществляющих уход, чтобы стать активными участниками в контроле состояния собственного здоровья, и т.д. Тем не менее, понимание сути преобразования системы предоставления медицинских услуг имеет огромный и нереализованный потенциал; во-первых, в интерпретации особенностей предоставления услуг в соответствии с общей и последовательной серией процессов, а затем в применении этого понимания в рамках системы здравоохранения в целом.

## 4 Общие характеристики «Рамочной основы»

Опираясь на мировоззрение, ориентированное на действия, Рамочной основой определяется минимальный набор наиболее прагматичных и регулируемых, или меняющихся условий в системе предоставления медико-санитарных услуг, которые рассматриваются в качестве отправных точек максимального регулирования для выработки стратегии преобразований. Именуемые «направлениями действий», они в дальнейшем группируются по четырем основным компонентам, в зависимости от их ориентированности, для формирования структуры их взаимодействий: людей, семей и сообществ; предоставления медицинских услуг; системы здравоохранения в целом; и самого процесса преобразований.

Каждая «область воздействия» имеет свои стратегии, методы и инструменты, которые были найдены в литературных источниках, и сгруппированы для предложения конкретных, практически применимых действий.

Взятые вместе, выбранные области и сферы воздействия дают технических знания и операционное ноу-хау для оптимального продвижения реформ.

### Сфера 1: Люди

Система предоставления услуг, ориентированная на потребности людей, смещает производственную функцию с той ситуации, когда система здравоохранения с заданными процессами противопоставляется населению - к той системе, в которой холистически учтены индивидуальные потребности человека в медицинской помощи. Идея оказания содействия людям в приобретении навыков и ресурсов, для повышения информированности пациентов и наделение возможностью действовать в роли партнера при получении медицинской помощи, получила горячую поддержку. Такие ситуации возникают все чаще и чаще, поскольку все больше решений в отношении здоровья принимается за пределами системы здравоохранения, и решения принимаются, чаще дома. Следовательно, поддержка навыков по укреплению здоровья и ресурсов для того, чтобы люди имели возможность контролировать состояние собственного здоровья, а также активное участие пациентов в качестве партнера в системе предоставления медицинских услуг, являются ключевыми областями для достижения системы предоставления услуг, ориентированной на людей.

### **Области воздействия: население, сообщества, человек и его семья**

---

#### **Цель**

Оказать поддержку населению, сообществу, человеку и его семье, наделяя их возможностями контролировать состояние собственного здоровья, защищая права населения и пациентов, расширяя возможности человека и сообщества для того, чтобы они взяли на себя ответственность за собственное здоровье и имели право участвовать в оказании услуг, а также содействовать повышению грамотности в вопросах здоровья, чтобы обеспечивать рост числа факторов, укрепляющих здоровье, включая пропаганду здорового образа жизни и повышение потенциала человека в контроле собственных заболеваний.

### **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления услуг**

Хотя нельзя наделять людей правами и возможностями со стороны, системы здравоохранения несут ответственность за привитие необходимых навыков и ресурсов, чтобы сделать людей *способными* регулировать собственные потребности в медико-санитарной помощи.

Как развитые, так и развивающиеся страны имеют веские доказательства того, что мероприятия, направленные на расширение прав и возможностей человека, членов их семей и сообщества, могут положительно влиять на целый ряд результатов, включая улучшение показателей здоровья; кроме всего, они обогащают опыт пациента и обращаемость за медицинской помощью, что приводит к снижению уровня внеплановых госпитализаций

#### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления этой области?**

**Права общественности и пациентов**

Напр, законы о нераспространении конфиденциальной информации, правила техники безопасности, права или уставы пациентов, права на получение льготного обслуживания

**Выбор предоставляемых услуг**

Например, мобильность пациентов, выбор поставщика, предпочтения в выборе поставщика, сеть представителей сообщества/местные лидеры; местные комитеты здоровья или местные советы

**Грамотность в вопросах здоровья**

Например, санитарно-гигиеническое просвещение, включая кампании в СМИ, адресные образовательные программы, программы по поддержанию ЗОЖ; активизация участия общественности путем информирования, проведения совместного обучения в общественных организациях, таких как местные комитеты здоровья, местные советы, молодежные группы, кооперативы и спортивные ассоциации

#### **Область воздействия: пациенты**

---

##### **Цель**

Привлечение пациентов к активному участию в выборе оптимальной схемы лечения эпизодов заболеваний, наделяя их средствами для выполнения своей стратегической роли в планировании лечения и процессе принятия решений, и поддерживая их в контроле состояния собственного здоровья, включая оказание само-помощи и мониторинг своего состояния.

### **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления услуг**

Имеется немало фактов подтверждающих, что вовлечение пациентов может обогатить их опыт, повысить степень их удовлетворённости, а, кроме всего, дает эффективные результаты с клинической и экономической точки зрения. Преимущества участия пациентов в процессе принятия решений и разработке мер по оценке своих целей, возможностей, приоритетов, навыков и имеющейся поддержки, ассоциируется с повышением доверия и лучшим соблюдением режима лечения, а также с улучшением преемственности в предоставлении услуг. Отмечено, что информационные инструменты, такие как, средства поддержки принятия решений для пациентов, улучшают знания пациентов, уменьшают сомнения в выборе решения, и стимулируют активность пациентов, не усиливая при этом чувства тревожности, что в конечном итоге, улучшает само-эффективность, само-оценку и

возможность контроля собственного состояния. Активно вовлеченные в свое лечение пациенты, играют также важную роль в координации получаемых ими медико-санитарных услуг на переходных этапах, когда необходимо их активное участие и сотрудничество для обеспечения непрерывности лечения, особенно в случаях недостаточной координации, или, если требуется избежать ситуации, когда поведение пациента может привести к нежелательному прерыванию лечения.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления этой области?**

- Совместное принятие решений по клиническим вопросам**  
Например, инструктаж больного, научно-обоснованные средства для принятия решений пациентом
- Планирование медико-санитарной помощи**  
Например, план выписки, поддержка решений в составлении плана лечения, по выбору больного; план приема ЛС
- Поддержка самостоятельного ведения заболевания**  
Например, звонки по телефону; распечатанные и электронные информационные материалы или доступ к ресурсам, дидактические методы обучения (индивидуальные или групповые консультации с пациентами); дидактическая постановка цели; постановка цели, полученная в процессе обучения; решение ситуационных задач; меры по когнитивному рефреймингу; группы само-помощи и услуги волонтеров; само-лечение

## **Сфера 2: Медико-санитарные услуги**

Функция предоставления медико-санитарных услуг определяет содержание, структуру, организацию, управление и процессы улучшения при предоставлении услуг, и, следовательно, уникальным образом влияет на объемы предоставляемых услуг и вероятность удовлетворения нужд и запросов отдельных лиц и населения в целом. Адресность услуг, поэтому, является ключевым компонентом согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг, что можно регулировать путем дифференциации предоставляемой медико-санитарной помощью или вмешательств и имеющихся механизмов системы предоставления и создание условий для предоставления услуг.

### **Область воздействия: Медико-санитарная помощь [услуги, оказываемые на уровне всего населения и индивидуальные услуги и вмешательства]**

---

#### **Цель**

Провести приоритизацию медико-санитарных вмешательств для четко определенных групп населения с целью справедливого укрепления, сохранения и/или восстановления здоровья в течение всей жизни, обеспечивая возможность предоставления непрерывного спектра различных услуг, начиная от предоставления услуг по охране здоровья, здоровья, профилактике болезней, диагностике, лечению, длительному уходу, реабилитации и заканчивая паллиативной помощью, соблюдая определенную последовательность алгоритма предоставления услуг, с учетом индивидуальных потребностей человека, и опираясь на имеющуюся научно-обоснованную информацию, в соответствии со стандартами качества.

## **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Несмотря на то, что разделение населения по группам, в зависимости от их потребностей – само по себе, не может привести к улучшению в сфере предоставления услуг, скорее это возможность данного подхода стимулировать приоритизацию и адресность услуг, которые были широко признаны системами в качестве средства для снижения неравенства и улучшения показателей здоровья населения. Преимущества выбора комплексного пакета услуг для улучшения определенных показателей здоровья также должным образом отражены в документах, в том числе более заметный успех лечения (вероятность успешности при выборе множественных вмешательств, по сравнению с единичными факторами), растущая обращаемость за получением профилактической помощи, а также услугами по укреплению здоровья, направленных на снижение рискованного поведения, улучшенная модель обращения за медицинской помощью, так как люди с большей готовностью пользуются услугами при предложении комплексного пакета, улучшенная экономическая эффективность первичной медико-санитарной помощи, и неуклонно снижающиеся уровни госпитализации в случае предотвратимых осложнений хронических и амбулаторно излечимых состояний. Кроме того, было установлено, что широкий спектр услуг может минимизировать возможность фрагментации в результате узкоспециализированных, зачастую обособленных пакетов услуг, когда, например, при лечении туберкулеза отдельного лица, не учитывается его/ее ВИЧ-статус или фактор табакокурения.

Более того, убедительно подтвержденные документальными доказательствами последствия системных, неоправданных вариаций в медицинской практике, что отчасти объясняется недостаточным или ненадлежащим использованием научно-обоснованных руководств, подчеркивают важность использования практических, самых современных ресурсов, содействующих разработке ответных мер с учетом нужд и запросов пациента. В контексте изменения клинической картины ухудшения состояния здоровья и инвалидности, все большего увеличения схем множественного лекарственного лечения и параллельных планов лечения, способность адаптировать услуги приобретает особую значимость, для чего требуются руководства и алгоритмы предоставления помощи, ориентированные на потребности человека.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления этой области?**

- Приоритизация с учетом нужд и запросов населения**  
Н-р, стратификация (адресный подход) населения в зависимости от их нужд и запросов; предсказуемое моделирование риска
- Комплекс услуг и протокол лечения**  
Н-р, Широкий непрерывный спектр комплексов услуг для основного населения и индивидуальных услуг; мульти-дисциплинарные комиссии или группы экспертов; ответственное лицо для координации медико-санитарной помощи
- Руководства и средства поддержки принятия решений**  
Н-р, практические руководства по инструментам поддержки общих решений; протоколы предоставления медико-санитарной помощи; пособия по передовой практике

## **Область воздействия: Предоставление медико-санитарной помощи**

---

### **Цели**

Содействовать развитию структуры и гармонизации взаимодействия между медицинскими работниками, организациями, учреждениями и системами предоставления услуг, оптимально определяя роли медицинских работников и условия предоставления помощи, способствуя полноценной меж-профессиональной координации между медицинскими специалистами и секторами, выравнивая «точки перехода» медицинской помощи с целью предоставления связанных и согласованных услуг, в конечном итоге, преследуя цель приведения в соответствие вмешательств, предоставляемых на уровне населения и индивидуальных услуг, с необходимыми институциональными механизмами для предоставления услуг, ориентированных на нужды людей.

### **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Формирование практики или условий предоставления медицинской помощи, структур точек доступа и их гармонизация с поставщиками услуг является неотъемлемой частью перевода методов обслуживания в симметричные организации, учреждения и сети предоставления услуг. Несовместимость этих механизмов, приводящая к отсутствию координации в предоставлении услуг, широко признается как одна из ключевых причин низкого качества услуг с фрагментацией медицинской помощи, расцениваемая как неэффективная и вредная для пациентов из-за дублирования диагностических анализов, ненадлежащего лечения и, порой, скорее конфликтующих, чем взаимодополняющих услуг. Кроме того, имеются четкие доказательства, свидетельствующие о позитивных взаимосвязях между улучшением координации и состоянием здоровья, уровнем охвата и качеством. Улучшения в процессах и результатах предоставления медико-санитарной помощи могут быть достигнуты за счет преимуществ профессионально-квалификационной структуры и расширения практики, а также преимуществ одновременного проведения вмешательств на нескольких уровнях, в случаях когда активное применение единичных мер, вероятнее всего, не будет способствовать достижению желаемого воздействия на здоровье населения.

Преимущества создания мульти-дисциплинарных команд на различных уровнях медико-санитарной помощи и между ними, включая первичные, вторичные и третичные уровни предоставления услуг, были констатированы во все более растущем числе исследований по изучению вмешательств. Авторы этих работ все больше склоняются к тому что изменение отношений между поставщиками (н-р, управление оказанием медицинской помощи, мульти-дисциплинарные команды), в значительной мере способствуют улучшению показателей здоровья и повышению удовлетворенности пользователей услуг. С точки зрения поставщика, исследования выявили потенциал медицинского специалиста повышать свои медицинские знания во благо своих пациентов, а также развивать личные отношения и продвигать культуру взаимного уважения, что составляет комплекс основных мотивирующих факторов для начала и продолжения участия в новых моделях совместного предоставления медико-санитарной помощи.

Устранение организационных барьеров для обеспечения доступности услуг в ряде условий неукоснительно способствует улучшению доступа, снижению социально-экономического разрыва в состоянии здоровья и приводит к повышению удовлетворенности, повышению приверженности лечению и улучшению результатов здравоохранительных мер. Более того, рационализация медико-санитарной помощи на переходном этапе и продвижение устойчивых отношений при предоставлении услуг, в частности, оказались важной детерминантной эффективности, касается ли это лечения

хронических заболеваний, репродуктивного здоровья, психического здоровья или создание благоприятных условий для здорового развития детей. В учреждениях первичной медико-санитарной помощи обеспечение преемственности и непрерывное взаимодействие с пациентом оказались экономически эффективной мерой, направленной на снижение использования ресурсов. Было также зафиксировано улучшение состояния здоровья пациентов с улучшением преемственности предоставления медико-санитарной помощи, что способствует снижению всех причин смертности, а также сокращению госпитализации, уменьшению числа консультаций специалистов, лучшему выявлению неблагоприятных последствий медицинских вмешательств и совершенствованию услуг в области профилактики.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления данной области?**

- Роли медицинских работников**  
Н-р, расширение роли; взаимозаменяемость; дополнительные роли; услуги, предоставляемые средним медицинским персоналом (медсестры/акушерки)
- Координация поставщиков**  
Н-р, комбинирование дисциплин/мультидисциплинарные команды; удобное расположение служб; меж-профессиональные сети; уполномоченная организация по предоставлению медико-санитарных услуг
- Перенаправления и перевод между различными уровнями медико-санитарной помощи**  
Н-р, соглашения о выписке/ переводе для регулирования системы перенаправлений; координаторы медико-санитарной помощи; централизованная система направлений и учета посещений больных; система фильтрации пациентов (функция «привратника»)
- Перепрофилирование условий предоставления помощи**  
Н-р, проживание с предоставлением частичного ухода/оказание помощи на дому; центры неотложной помощи; консультирование и планирование лечения с аптеками; общинными центрами
- Межсекторальное взаимодействие**  
Н-р, конференции по вопросам предоставления услуг и дискуссионные платформы

### **Сфера 3: Система**

Предоставление медицинских услуг тесно переплетается с остальными ключевыми функциями систем здравоохранения, и в значительной мере, зависит от них, и таким образом, решение вопросов улучшения результатов деятельности в сферах, кроме самой сферы предоставления услуг, является залогом достижения устойчивых, широкомасштабных преобразований. В то время как система, в целом, характеризуется основными функциями и их взаимодействием, конкретные аспекты управления, финансирования и формирования ресурсов могут быть факторами, способствующими или препятствующими преобразованиям. Меры в отношении данных конкретных отправных точек максимального воздействия для каждой функции системы являются неотъемлемой частью улучшения предоставления услуг.

### **Область воздействия: Подотчетность**

---

#### **Цели**

Обеспечить наличие необходимой нормативно-правовой базы и, сформировать институциональную структуру, благоприятную для создания системы предоставления услуг, ориентированную на

потребности людей, путем расширенного использования механизмов, способствующих финансовой, операционной, профессиональной и политической /демократической подотчетности.

### **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления услуг**

Подотчетность является важным компонентом управления, которая создает основы и четко обозначает ожидаемые пути и способы осуществления деятельности и взаимодействия участников системы здравоохранения. Здоровье не является исключительной ответственностью системы здравоохранения, причем медико-санитарные услуги все больше предоставляются через децентрализованные структуры, ответственные за обеспечение ресурсов, финансирование и предоставление медицинской помощи. Это означает, что в контексте согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг, подотчетность представлена как сложная сеть с вовлечением многих заинтересованных сторон из различных секторов. Диапазон ключевых участников охватывает уровни различные государственные органы, включая министерства (здравоохранения, финансов, социального развития, образования), государственные и частные организации по предоставлению услуг, регуляторные органы и учреждения, поставщиков и людей/получателей услуг, которые взаимосвязаны через сеть управления, контроля, взаимодействия и отчетности. Меж-секторальные механизмы предоставления услуг создают неоднозначные и потенциально конфликтующие механизмы подотчетности, так как не всегда ясно, кто несет ответственность за уровни услуг, качества и исходов. Слабая подотчетность являлась серьезным препятствием для изменений и улучшения систем здравоохранения, и в связи с этим, очень важно уточнить отношения подотчетности между заинтересованными сторонами из различных секторов и уровней для улучшения предоставления услуг.

#### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления данной области?**

**Финансовая подотчетность**

Н-р, нормативно-правовая база для совместного планирования; заключение контрактов и составление бюджетов между различными секторами; инвестиционные стратегии

**Подотчетность за результаты работы [управленческая]**

Н-р, советы по улучшению качества; институт омбудсмена; аккредитующие организации или другие национальные регуляторные ведомства

**Профессиональная подотчетность**

Н-р, клиническое управление; профессиональные ассоциации; медицинские этические комитеты; кодекс профессионального поведения

**Политическая/демократическая подотчетность**

Н-р, гражданские комиссии; возможности получения отзывов граждан о качестве услуг; площадки для достижения консенсуса; наблюдательный комитет (политический, неправительственный; средства массовой информации); бюджетная и финансовая информация, доступная для общественности; инспекции; комиссии по установлению фактов

#### **Область воздействия: Стимулы**

---

##### **Цели**

Гармонизировать финансовые механизмы с целью приведения их в соответствие со структурой предоставления услуг, которая максимально отвечает индивидуальным потребностям и потребностям населения в целом, мотивируя оптимальное предоставление услуг через стимулирование



покупателя/механизмы распределения, стимулы для пациентов, финансирование поставщиков и стимулы для улучшения результатов деятельности.

### **Актуальность согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Разработка структур стимулирования является основной сферой в финансировании систем здравоохранения для поддержки немедленных и долгосрочных изменений и улучшений в рамках сложной сети индивидуальных отношений и навыков, организационных иерархий и условий системы. Вопросы управления финансами и ресурсами, зачастую оставались незатронутыми в инициативах по обеспечению согласованной и комплексной помощи, реализуемых до сих пор, так как для этого требуется пересмотр положений, внесение изменений в нормативно-правовую и финансовую базу системы здравоохранения, и выделение дополнительных средств и ресурсов – вопросы, которые не могут быть решены на местном или региональном уровнях, и требующие целостного системного подхода. Тем не менее, поскольку нет единого оптимального способа стимулирования услуг, нет уверенности, что методы финансирования оказывают значительное влияние на характер и качество предоставляемых услуг. Например, страны использовали системы финансирования поставщиков наряду с финансовыми стимулами, ориентированными на результаты работы, для создания комплексной системы первичной медико-санитарной помощи, переориентируя первичную медико-санитарную помощь в сторону укрепления здоровья, профилактики заболеваний и лечения хронических болезней, а также повышения качества предоставляемых услуг.

Общераспространенная система финансирования в ряде европейских стран не направлена на поддержку качественного лечения хронических болезней. Например, применение метода финансирования медицинской помощи по отдельным услугам, стимулирует индивидуальные меры, но по своему существу, его действие ограничено в отношении поддержки междисциплинарной помощи и мер по координации медико-санитарной помощи, а также поощрения за достижение эффективных результатов работы. Это также не учитывает многих аспектов медико-санитарной помощи при хронических состояниях, включая консультирование, взаимодействие с другим членами команды, и разработку комплексного плана лечения.

#### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления данной области?**

- Стимулы для покупателя [механизмы распределения]**  
Н-р, уполномоченная организации по оказанию медицинской помощи, получающая финансирование в зависимости от численности населения; программы ведения болезней
- Стимулы для пациентов**  
Н-р, личные бюджеты на медицинское обслуживание; стимулы для пациентов/клиентов при соблюдении предписанного режима терапии; материальные стимулы (скидки при приобретении абонеента в тренажерный зал; прием у врача вне приемные часы)
- Финансирование поставщиков**  
Н-р, финансирование по пролеченному случаю (или за эпизод лечения) (по клинико-затратным группам); оплата за координацию; механизмы добровольных платежей; различные механизмы финансирования за качество предоставляемых услуг
- Стимулы, ориентированные на результаты работы**  
Н-р, финансирование по результатам; не-материальное стимулирование

## **Область воздействия: Компетенции**

---

### **Цели**

Вырастить высококвалифицированные кадры медицинских работников посредством подготовки и образования, профессиональной аккредитации и непрерывного профессионального развития с целью повышения основных компетенций для управления медико-санитарными услугами и творческой и эффективной работы между разными профессиями и секторами, характеризующихся согласованным/ комплексным предоставлением медико-санитарных услуг.

### **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Несмотря на то, что наличие достаточного числа кадров является необходимым условием для предоставления услуг, постоянное повышение квалификации является ключевым элементом для предоставления услуг, ориентированных на нужды и запросы людей. Для того чтобы медицинские работники могли взять на себя новые, определенные для них роли, в которых больший акцент делается на укрепление и поддержание хорошего состояния здоровья пациентов, чем на болезни и их лечение, умение работать в команде представителей разных профессий и секторов, они должны приобрести новые навыки, отличающиеся от тех, которым их традиционно обучали. Оказывая поддержку персоналу и обучая их для работы в междисциплинарной и комплексной среде, можно добиться постепенного изменения организационной и профессиональной культуры, тем самым, создавая благоприятную среду для преобразования системы предоставления услуг в долгосрочной перспективе.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления данной области?**

**Обучение и образование**

Н-р, стандартизация ключевых компетенций для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг; методы моделирования; обучение в сообществе; меж- профессиональное образование; процедуры приема; повышение квалификации профессорско-преподавательского состава (ППС)

**Профессиональная аккредитация**

Н-р, клиническое лицензирование; сертификация

**Непрерывное профессиональное развитие и обучение в течение всей жизни**

Н-р, профессиональное саморегулирование; стипендиальные программы

## **Область воздействия: Коммуникация**

---

### **Цели**

Обеспечить эффективный сбор, обмен и использование информации, способствовать информационному потоку для информирования пациентов и принятия медицинскими специалистами научно-обоснованных решений, проводить оценку качества работы руководителей и администраторов организаций здравоохранения, определить приоритеты и планирование для руководителей.

## **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Предоставление медико-санитарных услуг является информационно-насыщенным. Данные необходимы во многих направлениях: решения в области политики и планирования, на основе информации, принятие стратегических решений; мониторинг результатов деятельности поставщиков услуг и внедрение регулятивных мер; и разработка научно-обоснованных инструментов для качественного и последовательного предоставления услуг. Сложность оказания комплексной медико-санитарной помощи состоит в потребности более динамичной информации в отношении здоровья и медико-санитарных услуг. Поэтому, эффективный сбор информации имеет важное значение для предоставления услуг. Тем не менее, это скорее предполагает использование и обмен через коммуникацию полученных данных, что в конечном итоге, влияет и на другие факторы, включая непрерывность услуг и их соответствие потребностям.

Зачастую на отсутствие доступа к данным ссылаются, как на основную проблему улучшения системы здравоохранения, и защита данных, чаще всего, используется как отговорка при проведении какого-либо анализа данных. В связи с этим, необходимо должным образом определить способы получения и передачи информации и соответствующего управления ими для достижения полноценного понимания в рамках контекста согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления данной области?**

- Информация об услугах для пациентов**  
Н-р, Анкета с вопросами, особенно беспокоящими пациента (PROMs); опрос пациентов о качестве обслуживания; возможности медицинской консультации для населения или отзывы; и удобная для пользователей система рассмотрения жалоб и предложений
- Клиническая информация для поставщиков**  
Н-р, электронные медицинские записи для общего пользования
- Обработка информации в целях управления**  
Н-р, периодические аудиты; анализ государственных расходов и результатов деятельности
- Информация системы здравоохранения в целях планирования здравоохранения**  
Н-р, международно-признанные инструменты для проведения ситуационного анализа (Сеть показателей здравоохранения; Инструмент оценки медико-информационной системы); оценка воздействия на здоровье; оценка воздействия на окружающую среду; географическая информационная система или оценка потребности в медицинской помощи

## **Область воздействия: Инновации**

---

### **Цели**

Оснастить систему оптимальными процессами, ресурсами для предоставления услуг, клиническими и медицинскими продуктами, и провести исследование для внедрения поддерживающих структур, алгоритмов и каналов предоставления услуг, ориентированных на нужды и запросы людей.

## **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Сфера инноваций ставит перед системой здравоохранения задачу постоянного анализа имеющихся ресурсов, обладающих наибольшим потенциалом, в качестве «факторов производства» для системы, а также для проведения научных исследований в условиях постоянно развивающейся и расширяющейся доказательной базы. Новые ресурсы, такие как комплексная информационно-коммуникационная технология, оказались ускорителями повышения объема предоставляемых услуг, содействуя комплексной передаче информации на местах, и ключевым элементом для интеграции медицинской помощи, непрерывно предоставляемой пациентам на всех уровнях.

Инновации дают системе возможность, в целом, сфокусироваться на различных способах, содействующих более эффективному управлению рисками для пациентов и населения; создать возможность для поставщиков услуг третичного, первичного и общинного уровней получить доступ к более точной и подробной клинической информации для информированного принятия клинических решений, в том числе, в отношении изменения медикаментозного лечения, контроля артериального давления, и снижения числа дублирующих анализов. Инновации при предоставлении услуг, например, доказали свою эффективность в продвижении меж-профессиональной коммуникации за пределами границ организаций. Научно-технический прогресс также предоставил рациональные способы контроля результатов деятельности и улучшения качества медицинских услуг в плане повышения потенциала в области управления данными и эффективному отслеживанию обращаемости за медицинской помощью и показателями состояния здоровья населения.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления этой области?**

**Инновации процесса [управление]**

Н-р, программы, ориентированные на знания/предоставление услуг; приоритизации услуг на основе данных

**Клинические инновации**

Н-р, персональные приборы по отслеживанию состояния здоровья; не инвазивные клинические процедуры; диагностическое оборудование

**Инновации в обслуживании**

Н-р, электронные записи пациентов/электронные медицинские записи для общего пользования (SEHR); онлайн регистрация приема; телефонная горячая линия; электронное здравоохранение; инструменты мобильных медицинских услуг; планшеты ИТ для удаленного доступа к медицинским записям; системы уведомления по СМС

**Приобретение новых знаний**

Н-р, исследование услуг/деятельности, действий и реализации

## **Сфера 4: Изменения**

Учитывая сложный характер систем здравоохранения, задача преобразования предоставления услуг может незаметно стать неподъемной из-за нечеткого определения отправных точек и отсутствия направления, что может поставить под угрозу степень выявления и устранения корневых причин детерминантов низких показателей работы. При этом, в контексте все большей децентрализации моделей предоставления медицинских услуг и разнородных условий предоставления услуг, включая роль как руководства, так и управления системой на макро-, мезо- и микро уровнях, требуются новые

или обновленные механизмы, компетенции и схемы для разработки стратегических процессов при преобразовании услуг.

## **Область воздействия: Руководство**

---

### **Цели**

Направить процесс преобразования системы предоставления услуг, определить направление и четкие приоритеты изменений посредством формирования убедительной концепции и создания благоприятной для изменений среды, содействующей вовлечению всех основных заинтересованных сторон и подкрепленной необходимыми механизмами для обеспечения устойчивости и дальнейшего распространения.

### **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Преобразование предоставления услуг задача не из легких. Существующие системы развивались за счет постепенных развития и раздробленных изменений, под влиянием наследия многих предыдущих решений о подходах к организации и управлению услугами. Основным фактом является то, что множество различных приоритетов и инициатив конкурируют за финансирование и утверждение, каждый из которых разрабатывает свои собственные подходы к решению проблем, зачастую продвигая обособленные программы, тем самым намного усложняя задачу руководства процессом преобразования.

Определение приоритетов является важнейшей задачей, для которой требуются весомые технические и социальные аргументы о важности каждого потенциально возможного приоритета. Определение стратегического видения с учетом конкурирующих требований это гораздо больше, чем техническое занятие, и по сути, это интенсивный политический процесс адвокации и переговоров. Формирование широких коалиций с заинтересованными сторонами на различных уровнях имеет решающее значение для продвижения и поддержки приоритетных задач и обеспечения значительных темпов и ресурсов. При этом необходимо учесть, что руководство процессом преобразований предоставления услуг не означает продвижение политики на уровне системы, а скорее, создание условий для достижения улучшений на местах, что является ключевым механизмом для обеспечения реализации, устойчивости и дальнейшего распространения.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления данной области?**

- Стратегическое видение**  
Н-р, выявление проблемы; повышение информированности; деструктивное руководство; площадки для достижения консенсуса
  - Подход, основанный на совместном участии**  
Н-р, общее управление, общая подотчетность, децентрализация
  - Устойчивость и распространение**  
Н-р, благоприятные условия для пилотирования; демонстрационные модели и проекты
-

## **Область воздействия: Управление**

---

### **Цели**

Осуществлять контроль за деятельностью по предоставлению услуг для достижения общей цели, определить целевые ориентиры и шаги для достижения поставленных задач с выделением соответствующих ресурсов, создать организационные структуры для конструктивных рабочих отношений, и регулировать отклонения от плана через регулярные каналы выявления и устранения неисправностей и решения проблем.

### **Актуальность для согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг**

Опыт последних лет показывает, что инициативы по укреплению согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг были неуспешными скорее из-за проблем управления, чем содержания, что подчеркивает связь с общими показателями преобразования предоставления услуг. Управление изменениями также представляет важную сферу, признавая, что изменения должны поддерживаться поэтапно и постоянно. Управление направляет ход таких преобразований, обеспечивая адаптацию в условиях вызовов и новых обстоятельств путем продвижения культуры активной вовлеченности, где силы и энергия специалистов используется для проведения таких преобразований. При этом, управление процессом преобразования усиливает преемственность проектов за пределами политических циклов путем обеспечения условий для их непрерывной реализации.

Кроме того, в литературе описывается, что можно достичь высокого уровня синергизма благодаря управлению, эффективно способствующему оптимизации продуктивного взаимодействия между партнерами, через преодоление разнообразия культур, разделение власти, содействие открытому диалогу и выявление и оспаривание допущений, которые ограничивают мышление и действие. В сфере предоставления услуг, ориентированность на результаты является главенствующим фактором для управления изменениями, которая целенаправленно способствует повышению качества благодаря критической оценке процессов. Важно отметить, что функционально данная задача опирается на механизмы подотчетности, которые требуют, чтобы руководство, как механизм, "перевода политики в практическую плоскость" имело свои задачи, информацию и ресурсы (финансовые и не-финансовые), чтобы обеспечить подотчетность участников процесса за результаты своей деятельности.

Доказательства и данные обследования показывают, что таких поставщиков немного, но на практике они имеют инструменты, полномочия (например, контроль бюджета или полномочия по найму-и-увольнению), чтобы эффективно взять на себя задачу по управлению деятельностью, обращая внимание на недооцененную важность управления в сфере предоставления медико-санитарных услуг.

### **Какие инструменты (стратегии; методы) применимы для усиления данной области?**

- Иновации в процессах**  
Н-р, планирование; организация; мониторинг и оценка результатов работы
- Пилотирование и дальнейшее распространение**  
Н-р, внедрение демонстрационных моделей, экспериментальных проектов
- Решение проблемы /выявление и устранение проблемы**  
Н-р, дискуссионные платформы; возможности для непрерывного повышения качества показателей деятельности.

## Приложение 1

### Обзор замечаний и комментариев, полученных в ходе консультаций

Обсуждения по каждому из обозначенных направлений были сосредоточены на следующих аспектах, ряд которых был заранее включен в тему ключевых обсуждений в составе групп, а прочие выявлены в ходе самих обсуждений.

1. Насколько важен данный предмет в деле организации согласованного/комплексного предоставления медико-санитарных услуг?
2. Каковы его основные характеристики?
3. Каким образом данный предмет согласуется с другими обозначенными предметами?
4. Каким образом данный предмет влияет на сам «процесс» преобразований?
5. Какие аспекты данного предмета представляют наибольший интерес в опыте различных стран?

#### ЗАМЕЧАНИЯ

#### ОТВЕТ

### 1 Передача информации («коммуникация»)

**1.1 Актуальность.** Имеет важное значение. В тоже время необходимо четкое разделение таких понятий как, информация, «коммуникация» и знания.

В системном разрезе, информация теперь классифицируется в качестве вводной единицы системы, в то время как «знания», относящиеся к процессу передачи информации, и подпадают под категорию «инноваций».

**1.2 Основные характеристики.** Для дальнейшего описания данного вопроса предложено использовать понятие «исследования» в качестве ключевого компонента, в особенности на стадии исполнения.

В новой области систем здравоохранения «инновация» был выделен такой элемент как «генерирование знаний». Участниками регулярно подчеркивалось, что данный элемент является одним из приоритетных.

**1.3 Взаимодействия.** «Коммуникация» представляется больше вспомогательным фактором с точки зрения общесистемного уровня.

При рассмотрении взаимосвязей между различными аспектами здравоохранения, подчеркивалось, что информация является фактором, «обеспечивающим» эту взаимосвязь, в зависимости, в свою очередь, от ее согласованности с системой в целом.

**1.4 Преобразования.** Информация считается важным фактором успеха привносимых преобразований, при которых принятие решений должно опираться на информацию о результатах деятельности.

Это проявилось в рассмотрении информации о результатах деятельности в качестве вводных данных, расположив ее в категории «информации»; ее функция в процессе преобразований отмечена в группе «процессов».

**1.5 Страны.** Информационная инфраструктура является ключевым инструментом в деле повышения уровня эффективности. Международный опыт показывает какое огромное значение имеет ИКТ на осуществление CIHSD. Где это отражено?

Оптимальное использование ресурсов рассматривается в категории «инноваций» в их качестве поддержки структур и каналов предоставления услуг как вводных данных общей структуры.

### 2 Знания

**2.1 Актуальность.** Рассматривается участниками как крайне важный элемент; предложено переименовать в «профессиональные знания», т.к. наличие общих знаний само по себе не означает профессиональную

Понятие «знания» было заменено на «профессиональные знания» в соответствии с системными данными по кадровым ресурсам в здравоохранении; сделан упор на «компетентности»

подготовленность сотрудников.	кадрового состава.
<b>2.2 Основные характеристики</b> Все аспекты разъяснительной работы среди пациентов должны быть описаны; при этом наблюдается некое дублирование в определениях таких понятий как «знание» и «медицинская помощь» при совместном принятии решений.	Дублирование понятий было устранено путем переноса элемента «просветительной работы среди населения по вопросам охраны здоровья» в область «людей / человеческого потенциала», с целью повышения степени вовлеченности пациентов и их ролью в принятии решений относительно их здоровья.
<b>2.3 Взаимодействия.</b> Включает в себя не только профессиональные клинические знания, но и дополнительное профессиональное обучение в сфере межпредметных связей, управления, умения пользоваться информационными данными, лидерских качеств.	В целях уточнения, были рассмотрены «основополагающие характеристики» (CIHSD), не ограничиваясь при этом рамками клинической практики; в рамках категории «преобразования» подчеркнута роль руководства/управленческого потенциала.
<b>2.4 Преобразования.</b> Обсуждалось ключевое значение профессионального обучения работников в деле обеспечения успеха преобразований. Предложено уделять больше внимания этому вопросу.	Мероприятия по повышению профессиональной подготовки работников обозначены как приоритетные в рамках сферы «система здравоохранения», поскольку являются так называемой «точкой соприкосновения» между сферой предоставления услуг и категорией «ресурсы».
<b>2.5 Страны.</b> Существующие программы обучения зачастую не вполне соответствуют тем целям и задачам по предоставлению услуг, которые мы пытаемся достичь; рассмотреть какие изменения необходимо внести, с тем, чтобы устранить эти несоответствия.	В случае неадекватного прогнозирования/планирования, предлагается осуществить структурный сдвиг в сторону предоставления услуг и системных факторов с целью устранения данных системных недостатков.
<b>3 Ресурсы</b>	
<b>3.1 Актуальность.</b> Недостаток ресурсов признается одной из самых распространенных причин неуспеха инициатив, предпринимаемых в сфере здравоохранения; в категории финансовых ресурсов предложено уделить особое внимание вопросу «поощрения работников».	Указано на необходимость разграничения понятий «ресурсы» и «финансирование». Участниками замечено, что система поощрений, приведенная в соответствие с системными функциями представляет собой ключевой элемент финансирования.
<b>3.2 Основные характеристики.</b> Больше внимания предложено уделять функции <i>администрирования</i> ресурсов (например, иметь совместные комитеты по снабжению) нежели количественному объему товаров.	Процессы снабжения и обеспечения ресурсами (как например, найм подрядчиков, система поощрений, совместные действия нескольких отраслей) выделены в категории управления и руководства с тем, чтобы обратить внимание на улучшения в этой сфере.
<b>3.3 Взаимодействия.</b> В ходе обсуждений выявлена размытость границ таких понятий как ресурсы (технологии, лекарственные средства, информация), человеческие ресурсы и финансирование.	Была рассмотрена необходимость определения того, что относится к ресурсам путем разграничения понятий «система» и детерминанты «предоставления услуг» и приоритетные области «воздействия»
<b>3.4 Преобразования.</b> Недостаток ресурсов признается всеми самой распространенной причиной неуспеха предпринимаемых инициатив; в связи с чем предложено уделить внимание планированию будущих объемов необходимых ресурсов.	Обратить внимание на данный вопрос на стадии планирования будущих преобразований в сфере предоставления услуг.
<b>3.5 Страны.</b> Особый интерес у участников вызвали различные варианты и модели оплаты. В чем они заключаются? И как работают?	В рамках «системы поощрений» были проанализированы различные модели поощрений, вопросы, которые при этом затрагиваются (например, пациенты, поставщики, качество услуг) и как они влияют на конечный результат.
<b>4 Политика (долгосрочные планы и программы)</b>	
<b>4.1 Актуальность.</b> Участники считают данный предмет ядром всех преобразований; однако в дискуссиях данный предмет был обозначен как «лидерство».	Вопрос долгосрочных программ и их роли в области системных преобразований и отраслевого регулирования рассматривается в рамках категории «подотчетность»; не смешивать с понятием



	«руководства», которое скорее относится к категории фактора процесса.
<b>4.2 Основные характеристики.</b> Должны расставлять приоритеты, обеспечить надежность и возможность расширения охвата, обеспечить надзор/управление, развивать сотрудничество за пределами системы здравоохранения.	Разграничение функций привело к тому, что руководство приняло на себя функции управления, а все прочие качества нашли отражение в сфере «подотчетность».
<b>4.3 Взаимодействия.</b> Напрямую затрагивает систему здравоохранения, но успех во многом зависит от степени применения данных программ на практике.	Внимание, уделяемое практическому воплощению долгосрочных планов и задач нашло отражение в категории «процесс», которое, в свою очередь, соотносится с категориями лидерства и управления в областях (соответственно) контроля и принятия.
<b>4.4 Преобразования.</b> Не должно ограничиваться сферой контроля и надзора; должно иметься стратегическое видение будущего развития.	Данное свойство этой категории относится скорее к области «лидерство»; отдельно рассматривается подотчетность и действия на институциональном уровне, закрепленные в долгосрочных задачах.
<b>4.5 Страны.</b> Решить вопрос интеграции данного предмета в вертикальные программы, и в ту институциональную политику, которая может повлиять на СКПМСУ.	В ответ на необходимость облегчения регуляторного бремени и обозначенных процессорных факторов, проведено различие между категорией «подотчетности» и процессорными факторами (такими, как, участие; межотраслевые действия).
<b>5 Медико-санитарная помощь</b>	
<b>5.1 Актуальность.</b> Рассматриваются участниками в качестве «сердцевины» Рамочной основы для действий; иногда не совсем понятно в чем отличие данного предмета от других; присутствует в качестве составного элемента во всех других предметах.	Отмечается, что «медицинская помощь» как категория является самой ключевой и уникальной характеристикой функции предоставления услуг, при рассмотрении услуг относительно системы в целом.
<b>5.2 Основные характеристики.</b> Необходимо рассмотреть в чем состоят проблемы, кто из участников вовлечен, что предлагается в рамках непрерывного спектра различных медицинских услуг и в разрезе различных установок/уровней.	Определен в качестве основной категории; область предоставления услуг далее классифицировалась по составным элементам, при этом различают сами услуги (перечень и структура) и предоставление услуг (организацию лиц, предоставляющих услуги и руководство).
<b>5.3 Взаимодействия.</b> Новые роли работников здравоохранения; что в результате поменяется? (например, модификация учебных программ с учетом новых требований, как преодолеть профессиональные стереотипы?)	Обозначены виды взаимосвязи с системой здравоохранения с учетом основных характеристик, рассматриваемых в качестве системных категорий.
<b>5.4 Преобразования.</b> Необходимо четкое понимание контекста, с тем, чтобы понять что срабатывает, а что нет, в каких ресурсах есть необходимость, каким образом отразится на системе поощрений, и прочее.	Выявлена возможность перемен и преобразований в целом ряде областей, и данные взаимосвязи были упрощены с точки зрения «системной» категории.
<b>5.5 Страны.</b> Медико-санитарная помощь является составным элементом на всех уровнях (макро, мезо, микро [клинический уровень]). Нашло ли это соответствующее отражение?	Те системные факторы, которые, как правило, влияют на успешный исход преобразований (такие, как система поощрений, основные профессиональные характеристики), были отделены от факторов, касающихся «предоставления услуг» [организация] и, далее, от тех которые задействованы на стыке услуг и людей.
<b>6 Ценности</b>	
<b>6.1 Актуальность.</b> Рассматривается участниками как очень важный элемент, но, отдельно взятый, представляется недостаточным; необходим сдвиг в	Хотя ценностным установкам и отводится важная роль в осуществлении преобразований, качество поведенческих и культурных факторов как ключевой

профессиональной культуре и взглядах; зачастую не оговорены открыто.	фактор успеха, а не область действия, задало направление для области процессных изменений.
<b>6.2 Основные характеристики.</b> Участники указывают на сложность в изменении установок, учитывая, что у разных игроков имеются разные установки; единодушно отмечается необходимость составления общих для всех ценностных установок, на базе которых будут претворяться преобразования.	Рассматривая ценностные установки как один из инструментов создания стратегического видения, консенсуса, действенности и прочее, данные характеристики ценностных установок стали основополагающими при разработке услуг, ориентированных на нужды и запросы людей, а также оказывают влияние на те управленческие качества, которые способствуют осуществлению преобразований.
<b>6.3 Взаимодействия.</b> Не должны рассматриваться как отдельный предмет, а скорее как составной элемент другого раздела, или в качестве двигателя преобразований.	Сюда включены процессные преобразования, ценностные установки, поведенческие изменения и новые культурные/профессиональные нормы.
<b>6.4 Преобразования.</b> Должен рассматриваться как один из показателей успеха, с учетом «поступательности»; создание социального капитала.	Данные показатели успеха отражены в категориях управления в согласованных стратегиях, которые могут быть выполнимы.
<b>6.5 Страны.</b> Общие ценности должны быть теми руководящими принципами, на которых зиждутся все преобразования в здравоохранении (например, стратегическая нацеленность на улучшение состояния наиболее уязвимой прослойки населения).	Были выделены те услуги, ориентированные на нужды и запросы людей, которые содержат комплекс характеристик для совместного стратегического видения, а также могут быть измерены для мониторинга и оценки деятельности.
<b>7 Люди</b>	
<b>7.1 Актуальность.</b> Считается ключевым компонентом; влияет как на процесс преобразований, так и на сам процесс предоставления услуг.	Учитывая интерактивный характер людей, категория «люди/ людской потенциал» стала определяющей составной услуг, ориентированных на нужды и запросы людей , также став при этом из ключевых категорий.
<b>7.2 Основные характеристики.</b> Необходимо сконцентрировать внимание на пациенте и его взаимодействиях в сфере здравоохранения; каким образом это можно изменить. Нужно рассмотреть возможность ухода за больными вне рамок официальных учреждений здравоохранения.	При дальнейшем определении категории «люди», решено подразумевать под этой сферой как собственно «население» (т.е. граждане, их семьи и общественность) так и «пациентов».
<b>7.3 Взаимодействия.</b> Необходимо дальнейшее разделение между такими понятиями, как пациент (его опыт и среда общественного пребывания) и руководство (его роль в осуществлении преобразований).	Сразу несколько игроков представлены в этой категории; для проведения разграничения, те факторы которые влияют на сами процессы отделены от людей (отдельные лица, пользователи услуг, и прочее) и характеризуются «руководством» и «лидерством».
<b>7.4 Преобразования.</b> Необходимо подчеркнуть роль работников здравоохранения, в частности, терапевтов, в деле обучения и распространения информации среди пациентов и ухаживающих за больными.	Мероприятия, нацеленные на более активное вовлечение пациентов были обозначены в рамках предмета «Люди/людской потенциал».
<b>7.5 Страны.</b> Какие средства можно использовать для вовлечения пациентов в процесс принятия решений, касающихся их здоровья?	Несмотря на переориентировку, намерение определить методы более активного вовлечения пациентов в процесс принятия решений относительно их здоровья остается неизменным.