



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛОЖЕНИЙ

ТАЛЛИННСКОЙ ХАРТИИ : ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ



Фото на обложке:

Старая Аптека (Городская аптека) и традиционный дом на Raekoja Plats (Ратушная Площадь) в Таллинне.

Дизайн и форматирование произведено компанией

Phoenix Design Aid, Denmark



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛОЖЕНИЙ

ТАЛЛИННСКОЙ ХАРТИИ : ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTHCARE

eHEALTH

HEALTH FINANCING

HEALTH POLICY

HEALTH SERVICES

HEALTHCARE SYSTEMS

PUBLIC HEALTH

© 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

Выражение благодарности	v
Сокращения	vi
Основные тезисы	vii
Введение	1
К истории вопроса	1
Методика	3
Структура доклада	8
Недостатки	8
Охрана здоровья и связанные с ней события в Европейском регионе после Таллиннской конференции	9
Глобальный экономический кризис	9
Здоровье-2020: основы новой европейской политики здравоохранения	12
Подтверждение важности межведомственного сотрудничества в укреплении общественного здоровья	13
Усиление практики использования научных данных при принятии решений, касающихся политики здравоохранения	13
Устойчивость системы здравоохранения к неблагоприятным внешним воздействиям	16
Обязательство 1	18
Главные тезисы	18
Переориентация предоставления услуг на укрепление первичного звена и общественного здравоохранения	19
Недвусмысленное выражение приверженности идеям солидарности через финансирование здравоохранения	21
Постановка целей и задач по удовлетворению потребностей в кадрах здравоохранения	24
Обеспечение справедливого доступа к высококачественной медицинской продукции	25
Обеспечение соответствия деятельности систем здравоохранения целям политики Здоровье-2020	28
Обязательство 2	31
Главные тезисы	31
Нетрадиционные места предоставления медицинских услуг как точка приложения усилий	32
Упорядочение и согласование финансовых потоков внутри секторов и между секторами	33
Обеспечение наличия кадров здравоохранения усилиями всех секторов	34
Стимулирование сотрудничества в целях повышения качества научных исследований и разработок ТЗФП	35
Усиление роли стратегического управления	35
Обязательство 3	39
Главные тезисы	39
Меры по обеспечению подотчетности поставщиков помощи и учреждений	40
Повышение прозрачности в финансировании систем здравоохранения	43
Содействие повышению уровня подотчетности кадров здравоохранения	44
Стимулирование рационального и научно обоснованного использования ТЗФП ..	45
Закрепление за организаторами здравоохранения роли в сфере измерения и оценки результатов деятельности систем здравоохранения	47

Обязательство 4	51
Главные тезисы	51
Реорганизация обслуживания с целью улучшения доступа к качественным услугам	52
Повышение отзывчивости системы услуг с помощью финансовых механизмов . . .	55
Достижение соответствия между возможностями кадров здравоохранения и потребностями пациентов	57
Повышение приоритетности инноваций и справедливого ценообразования	60
Укрепление естественных и предоставляемых законом прав пациентов	61
 Обязательство 5	 63
Главные тезисы	63
Децентрализация планирования и реализации медицинских услуг	63
Улучшение диалога и взаимодействия с министерствами финансов	64
Вовлечение кадров здравоохранения в процесс формирования политики	65
Привлечение заинтересованных сторон к повышению оперативности ОТЗ	66
Стратегическое руководство с общественным участием	67
 Обязательство 6	 69
Главные тезисы	69
Развитие концепции согласованной/комплексной помощи	69
Учение на опыте проведения реформ в сфере финансирования здравоохранения	70
Изучение проблем кадровых ресурсов здравоохранения	70
Стандартизация методик ОТЗ	72
Повышение уровня знаний для выполнения функции стратегического управления	72
 Обязательство 7	 73
Главные тезисы	73
Обеспечение наличия жизненно важных услуг и быстрого доступа к ним	74
Создание финансовых резервов на случай кризисов	75
Подготовка кадровых ресурсов здравоохранения	75
Обеспечение наличия жизненно важных технологий и лекарственных средств . . .	76
Подготовка организаторов для руководства и координации действий в кризисных ситуациях	78
 Заключение	 81
Экономический кризис	81
Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния, политика Здоровье-2020 и направления развития в будущем	83
Дальнейшие действия	84
 Библиография	 87

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Автором настоящего доклада является Margrieta Langins, технический консультант отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ. Автор выражает глубокую благодарность директору отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Hans Kluge за его стратегическое и техническое руководство в течение всего процесса подготовки доклада.

В основу доклада положена работа, проведенная национальными ответственными представителями и всеми лицами в государствах-членах, которые откликнулись на призыв о представлении информации о ходе реализации положений Таллиннской хартии. В этой связи особая благодарность выражается представителям ВОЗ и руководителям государственных офисов ВОЗ за помощь в организации этого процесса.

Чрезвычайно полезны для доклада были замечания, предложения и идеи ниже поименованных ведущих сотрудников отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья: Tamàs Evetovits, Elke Jakubowski, Hanne Bak Pedersen, Galina Perfilieva, Govin Permanand, Juan Tello и Sarah Thompson. За предложения, касающиеся отдельных областей, заслуживают признательности также и другие коллеги из Европейского регионального бюро ВОЗ: Klaus Boisen из отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций; Christine Brown, Monika Kosinska и Isabel Yordi Aguirre из отдела политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия; Martin Donoghoe, Ute Enderlein, Kai Harbou, Thomas Hoffman, Jukka Pukila и Francesca Racioppi из отдела инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды и Gunta Lazdane и Matthijs Muijen из отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни. Автор также благодарит технического консультанта отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Taavi Lai за его работу над вопросником и членов группы представителей государств-членов постоянного состава от Бельгии, Германии, Казахстана, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Франции и Эстонии. Их ценные советы и общее руководство были важны для обеспечения разработки актуального и содержательного вопросника, методологии и конечного продукта.

Наконец, при подготовке данного доклада были использованы материалы целого ряда публикаций и серии работ, включая работы Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; доклад рецензировали на предмет технической корректности Joseph Kutzin (штаб-квартира ВОЗ, Женева), Josep Figueras (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Брюссель) и Martin McKee (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон).

СОКРАЩЕНИЯ

DSP	Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья
GRADE	Методика ранжирования обоснованности рекомендаций, оценки, разработок и анализа
HAS	Haute Autorité de Santé (Национальное агентство здравоохранения Франции)
NICE	Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (Соединенное Королевство)
ВОП	Врач общей практики
ЕАЛП	Европейское агентство лекарственных препаратов
ЕК	Европейская комиссия
ЕС	Европейский союз
ММСП	Международные медико-санитарные правила
НДПК	Концепция единства наличия, доступности, приемлемости и качества
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НПК	Непрерывное повышение квалификации
НСПЗ	Национальные стратегии и планы здравоохранения
ОВЗ	Оценка воздействия на здоровье
ОДСЗ	Оценка деятельности систем здравоохранения
ОТЗ	Оценка технологий здравоохранения
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПКРК	Постоянный комитет (Европейского) Регионального комитета
РКБТ ВОЗ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
СКПМУ	Согласованное/комплексное предоставление медицинских услуг
ССЗ 2011	Система счетов здравоохранения, редакция 2011 г.
ТБ	Туберкулез
ТЗФП	Технологии здравоохранения и фармацевтические препараты
ШКЛП	Шотландский консорциум лекарственных препаратов
ЮВЕ 2020	Стратегия «Юго-Восточная Европа-2020»

ОСНОВНЫЕ ТЕЗИСЫ

- В Европейском регионе ВОЗ Таллиннская хартия «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» (1) послужила инструментом, с помощью которого организаторы систем здравоохранения – министерства здравоохранения – смогли при принятии своих решений поставить во главу угла приверженность принципам солидарности, социальной справедливости и общественного участия. К числу важных достижений относится улучшение понимания необходимости инвестировать как в системы здравоохранения для пользы всего общества, так и в направления политики, отвечающие потребностям уязвимых групп населения, включая меры по расширению охвата услугами здравоохранения и достижению и сохранению всеобщности прав, предоставляемых по закону. Такой подход предусмотрен в основах новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020, в которых для обеспечения вклада систем здравоохранения в улучшение итоговых показателей здоровья населения на первый план выдвигается общегосударственный подход и принцип участия всего общества.
- В Таллиннской хартии, которая стала одним из знаменательных событий, происшедших после принятия в 1996 г. Люблянской хартии по реформированию здравоохранения (2), подчеркивается важность прозрачного мониторинга деятельности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ с полной отчетностью о его результатах. Это одинаково важно для стран с высоким, низким и средним уровнями доходов, и это отражается в различных новациях и мерах по приданию официального статуса системе измерения и оценки результатов, которые предпринимаются во всех 53-х государствах-членах в Регионе. Секретариат ВОЗ продолжает оказывать этой работе поддержку в соответствии с общим курсом, обозначенным в политике Здоровье-2020.
- В некоторых странах Региона наблюдается переориентация на развитие первичного звена медико-санитарной помощи и услуг общественного здравоохранения, однако этот процесс необходимо ускорить одновременно с выработкой лучшего понимания потребностей пациентов, чтобы добиться более высоких итоговых показателей здоровья населения. Таллиннская хартия возвысила роль пациентов как заинтересованной стороны; политика Здоровье-2020 идет дальше – она ставит их в центр систем здравоохранения.
- В Хартии подчеркивается значение эталонных показателей для обеспечения подотчетности систем здравоохранения, особенно в предоставлении медицинских услуг. Эти меры отражают сдвиг в системе ценностей в сторону отношения к пациенту как к важной заинтересованной стороне, и они же помогли определить содержание принципа ориентированности системы здравоохранения на нужды и интересы людей, предусматриваемого в политике Здоровье-2020.
- После того, как была подписана Таллиннская хартия, больше внимания стало уделяться финансированию здравоохранения, что в значительной степени объясняется экономическим кризисом. Хотя некоторые страны и предприняли важные меры по обеспечению адекватного финансирования системы здравоохранения и усилению финансовой защиты домашних хозяйств, миллионы людей по-прежнему сталкиваются с финансовыми трудностями при доступе к нужным им медицинским услугам. Это требует принятия мер по снижению объема платежей из собственного кармана. Предусмотренная в политике Здоровье-2020 цель ускорения в улучшении показателей здоровья и снижения неравенств в отношении здоровья служит фундаментом для действий по достижению в Регионе всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Многими странами достигнут немалый прогресс в реализации политики в отношении кадров здравоохранения. Тем не менее, в некоторых странах требуются дополнительные усилия для обеспечения большей полноты данных о кадрах здравоохранения и улучшения планирования кадровых ресурсов, чтобы можно было разрабатывать целевые кадровые стратегии, которые больше соответствуют потребностям пациентов и всего населения. Также требуется

продолжать работу над преодолением сохраняющейся институциональной замкнутости и приведением компетентности, научных исследований и организационной структуры поставщиков помощи в соответствие с потребностями пациентов. Таковы направления действий, которые определены как наиболее важные в политике Здоровье-2020.

- Страны все больше осознают, что для повышения эффективности и рациональности расходования средств на фармацевтические препараты и другие технологии здравоохранения необходимо налаживать процессы определения приоритетов. В Регионе продолжается развитие практики оценки технологии здравоохранения. В качестве перспективного направления в некоторых областях начинается сотрудничество между странами, особенно теперь, когда странам очень трудно приобретать новые дорогостоящие лекарства. Политика Здоровье-2020 служит платформой для принятия мер к тому, чтобы технологии здравоохранения и фармацевтические препараты также отвечали потребностям людей и шли в ногу с инновациями в этих областях.
- В Таллиннской хартии подчеркивается важность использования научных данных при принятии решений, особенно как средства содействия социальной справедливости, преодоления нерациональности и обеспечения реальной отдачи от инвестиций в здравоохранение. Страны продолжают успешно продвигаться в этом направлении, однако во многих государствах до сих пор не налажены планомерный сбор и применение дезагрегированной информации. В политике Здоровье-2020 предусматривается дальнейшее укрепление этой области деятельности.
- Важным положением Хартии является призыв к более продуктивному обмену знаниями и опытом между странами. Европейское региональное бюро ВОЗ обеспечивало необходимые для этого условия, используя в качестве рычага свой организационный потенциал, чтобы создавать возможности, привлекать ключевых партнеров, способствовать созданию неформальных сетей и развивать процессы и механизмы сотрудничества. Оно также сыграло важную роль посредника в распространении знаний, предоставляя прямую техническую помощь все большему числу стран и поддерживая деятельность Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Было отмечено, что роль Регионального бюро в оказании странам помощи в деле поддержки выраженных в Хартии ценностей для достижения целей политики Здоровье-2020 имеет большое значение для деятельности по укреплению систем здравоохранения в Регионе.
- Несмотря на прогресс, достигнутый после принятия Хартии во многих областях укрепления систем здравоохранения, еще многое предстоит сделать для развития мышления и подходов к трансформационным переменам с точки зрения более широких систем. Путь к этому указывают заложенные в политике Здоровье-2020 общегосударственный подход, принцип участия всего общества и акцент на совершенствование стратегического руководства в интересах здоровья.
- Действия по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе по-прежнему опираются на ценности, отраженные в Таллиннской хартии. В Хартии делается упор на солидарность, справедливость, общественное участие и подотчетность за результаты деятельности систем здравоохранения, и это служит ценным ориентиром в работе по укреплению систем здравоохранения, в центре которых стоит человек с его нуждами и интересами, в контексте политики Здоровье-2020. В результате консультаций с государствами-членами был сделан вывод о том, что кадры здравоохранения, технологии здравоохранения, фармацевтические препараты и информация здравоохранения являются решающими системными факторами успеха в работе Регионального бюро по двум важнейшим стратегическим направлениям:
 - преобразование услуг здравоохранения для решения задач XXI века;
 - достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения и превращение Европейского региона в регион, в котором не будет разорительных для населения расходов на здравоохранение из собственного кармана.

ВВЕДЕНИЕ

Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», состоявшаяся 25–27 июня 2008 г. в Таллинне, Эстония, явилась важной вехой в укреплении систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Созыв конференции, принятие Таллиннской хартии (1) и ее одобрение Европейским региональным комитетом ВОЗ в сентябре 2008 г. (резолюция EUR/RC58/R4) стали прямым ответом на появление все более убедительных свидетельств того, что вложение средств в системы здравоохранения не только имеет самостоятельную ценность, но и является непосредственным вкладом в укрепление здоровья и повышение экономического благосостояния населения, что в свою очередь способствует благополучию и стабильности в обществе. Таллиннская хартия стала важной вехой также и потому, что в ней не только было заявлено о большом значении, которое государства-члены придают системам здравоохранения и определению целей этих систем, но и была подчеркнута необходимость регулярной оценки показателей деятельности систем здравоохранения как средства повышения прозрачности и подотчетности и стимулирования улучшений в работе систем. Хартия отражает разделяемую государствами приверженность ценностно-ориентированной программе укрепления систем здравоохранения.

К истории вопроса

Со времени принятия в 1996 г. Люблянской хартии по реформированию здравоохранения (2) в Европейском регионе ВОЗ сложился консенсус в отношении необходимости строить реформы на основе более убедительных фактических данных. Более того, акцент на сдерживании затрат и финансировании уступил место новой парадигме, согласно которой страны преследуют одновременно две взаимодополняющие цели – укрепление здоровья и повышение благосостояния, применяя при этом такие средства, как тщательно продуманные инвестиции в системы здравоохранения. На министерской конференции в Таллинне, при подготовке которой было проведено немало научных исследований и собран значительный объем фактических данных, было убедительно показано, что благосостояние может способствовать укреплению здоровья населения – у более зажиточных людей и стран выше ожидаемая продолжительность жизни – и что это может происходить несколькими путями. Например, у людей, имеющих хорошее здоровье, выше производительность труда, реже отмечаются невыходы на работу и они могут трудиться в более старшем возрасте, что само по себе уже является вкладом в укрепление экономики. С другой стороны, научные исследования, результаты которых также были представлены на Таллиннской конференции, показывают, что, если не добиться снижения смертности среди взрослых, будет тормозиться экономический рост, а непринятие мер по снижению неравенств в отношении здоровья приводит к существенным экономическим издержкам.

Также было показано, что между здоровьем и системами здравоохранения существует отношение взаимного влияния. Научными исследованиями давно доказано, что современные системы здравоохранения способствуют существенному снижению предотвратимой смертности; особенно убедительными в этом плане были опубликованные в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии доклад Д. Блэка и доклад Д. Уонлесса (3,4). Во втором из этих докладов показано, что сценарий, предполагающий принятие полного комплекса мер, при котором приоритет отдается профилактике и действенному лечению на ранних стадиях, способен существенно уменьшить будущие издержки системы здравоохранения. Представленные на Таллиннской конференции научные данные также демонстрируют взаимозависимость между системами здравоохранения и благосостоянием, которая проявляется в том, что более богатые страны могут позволить себе содержать лучшие системы медико-санитарной помощи и что такие системы здравоохранения могут способствовать повышению благосостояния, например, путем привлечения инвестиций в программы регионального развития (5).

Еще один тезис, прозвучавший на Таллиннской конференции и вытекающий из Таллиннской хартии, состоит в том, что в укреплении систем здравоохранения явственно присутствует составляющая прав человека. Сильная система здравоохранения является неперенным условием реализации права всех людей на здоровье. Она помогает улучшить итоговые показатели здоровья населения и уменьшить проявления несправедливости в отношении здоровья между странами и внутри стран, включая возрастающие в Европейском регионе различия по оси восток-запад.

Таким образом, Таллиннская хартия возникла как инициированное самими государствами-членами обязательство добиваться улучшения итоговых показателей здоровья населения и обеспечить более рациональное использование ресурсов перед лицом изменяющихся требований и демографических характеристик населения. При ее разработке ставились три цели: выдвинуть вопрос о системах здравоохранения в число наиболее приоритетных вопросов в политической повестке дня и способствовать налаживанию политического диалога в Европейском регионе ВОЗ, задать ориентиры для определения приоритетности действий и указать точку приложения усилий по расширению поддержки стран со стороны ВОЗ. В Хартии сформулированы ценности и принципы, лежащие в основе развития систем здравоохранения в Европейском регионе, и показан вклад здоровья в общественное благополучие. Она призвана выразить общее понимание систем здравоохранения и того, к чему они стремятся, а также представить в положительно выраженной форме приверженность стран улучшению показателей деятельности своих систем здравоохранения, для чего они обязуются перейти от ценностных установок к практическим действиям. Ее основные тезисы заключаются в том, что

- системы здравоохранения – это нечто большее, чем медико-санитарная помощь, поскольку полноценные системы здравоохранения способствуют как укреплению здоровья, так и повышению уровня благосостояния;
- инвестиции в здравоохранение – это инвестиции в будущее развитие человеческого потенциала;
- надежно функционирующие системы здравоохранения в любом обществе являются неперенным условием для того, чтобы улучшалось здоровье населения и достигалась социальная справедливость в отношении здоровья (1).

В Таллиннской хартии изложены семь обязательств, касающихся практических действий:

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

Хартия была официально одобрена государствами-членами на 58-й сессии Регионального комитета резолюцией EUR/RC58/R4 «Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ». В данной резолюции Региональный комитет предложил Региональному директору «представить Региональному комитету доклад (в 2011 г.), а затем заключительный доклад (в 2015 г.) о поддержке, предоставленной Европейским региональным бюро ВОЗ, и о прогрессе, достигнутом государствами-членами в рамках выполнения решений Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, проведенной в Таллинне в июне 2008 г.»

В 2011 г. государствам-членам на 61-й сессии Регионального комитета был представлен предварительный доклад о реализации положений Таллиннской хартии (6). Резюме данного отчета будет представлено на 65-й сессии, которая состоится в Вильнюсе, Литва.

Методика

Цель и задачи

Цель данного доклада состоит в том, чтобы обобщить и представить пути воплощения положений Таллиннской хартии в практическую деятельность по укреплению систем здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ, уделяя первоочередное внимание тем видам и направлениям деятельности, о которых сообщили сами страны. Содержание доклада определялось стремлением дать ответ на главный вопрос: «В какой степени обязательства, сформулированные в Таллиннской хартии, повлияли на укрепление систем здравоохранения, осуществляемое государствами-членами и Региональным бюро?» Необходимо признать, что напрямую отнести отдельные стратегии или достигнутые результаты на счет Таллиннской хартии невозможно, поэтому задачи заключительного доклада были следующие:

- собрать из разных стран Региона представляющие интерес знания и опыт интегрирования обязательств, сформулированных в Таллиннской хартии;
- проанализировать эти знания и опыт с точки зрения того, как обязательства государств-членов, вытекающие из Таллиннской хартии, привели к улучшению показателей деятельности систем здравоохранения;
- представить фактические данные о действиях и инициативах, предпринимаемых странами в соответствии с положениями Хартии, которые можно было бы использовать при планировании будущей деятельности по укреплению систем здравоохранения в Регионе.

Тесное сотрудничество с государствами-членами

Общий надзор за планированием, выработкой подходов и написанием заключительного доклада осуществляла группа постоянного состава, включающая представителей государств-членов (Бельгии, Германии, Казахстана, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Франции и Эстонии). Группа собиралась на совещания с сотрудниками отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Регионального бюро (DSP) три раза:

- на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве, Швейцария, в мае 2014 г.;
- во время 64-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в Копенгагене, Дания, в сентябре 2014 г.;
- на Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве, Швейцария, в мае 2015 г.

С группой постоянного состава также несколько раз проводились консультации по электронной почте по разработке вопросника и рецензированию заключительного доклада перед представлением его на сессии Регионального комитета.

Помимо совещаний, проводимых между DSP и группой постоянного состава, в планировании и утверждении заключительного доклада также участвовал ПКРК. На первом совещании ПКРК двадцать второго созыва в Хельсинки, Финляндия, в декабре 2014 г. группа сотрудников DSP представила подход к подготовке доклада и доложила о ходе его составления. Государства-члены, представленные в ПКРК, одобрили резюме заключительного отчета на четвертом совещании ПКРК двадцать второго созыва, которое состоялось в Женеве, Швейцария, в мае 2015 г., для последующего представления на 65-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в Вильнюсе, Литва, в сентябре 2015 г.

С информацией, собранной для заключительного доклада, была ознакомлена группа, которая готовит стратегический документ о приоритетах в сфере укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на период 2015-2020 гг. (документ EUR/RC65/13) для представления на 65-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ.

Источники информации

Для того, чтобы собрать требуемые знания и опыт из разных стран Региона, было использовано несколько основных источников информации. Самым важным из них была консультация по интернету, проведенная в августе–октябре 2014 г., в ходе которой странам был разослан вопросник, содержащий вопросы об их работе по укреплению систем здравоохранения после принятия Таллиннской хартии. Вопросник был одобрен группой постоянного состава из представителей государств-членов, которую привлекли для консультации по организации процесса. Из 53-х государств-членов в Регионе ответы на вопросник прислали 40 – это необычайно высокий процент ответивших, свидетельствующий о важности и непреходящей актуальности Хартии и заложенных в ней ценностей.

Был проведен целенаправленный и прозрачный тематический обзор литературы по системам здравоохранения и Таллиннской хартии, опубликованной в Европейском регионе после 2008 г. В обзор вошли журналы по данной тематике, публикации ВОЗ (в том числе планы действий и рамочные программы действий), документы, касающиеся региональных и национальных стратегий (например, оценки деятельности систем здравоохранения – ОДСЗ, национальные стратегии и планы в области здравоохранения, документы, отражающие региональные и программные стратегии), публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и отчеты о подготовительных совещаниях перед Таллиннской конференцией.¹ Ценная информация была также почерпнута из промежуточного доклада о реализации положений Таллиннской хартии, особенно результаты обработки ответов на вопросник, предложенный странам с целью наполнения этого доклада фактическими данными (6). В обзоре литературы были выделены проекты, осуществляемые в настоящее время странами, и программы Регионального бюро, имеющие целью укрепить системы здравоохранения.

С руководителями программ Регионального бюро из всех отделов были проведены полуструктурированные интервью. Для облегчения обсуждения вопросов, касающихся Хартии и деятельности по укреплению систем здравоохранения, а также потенциального воздействия Хартии в областях, лежащих вне системы здравоохранения, было подготовлено руководство по ответам на вопросы. Цель заключалась в том, чтобы оценить как воздействие Хартии на другие области для отражения многосекторального характера систем здравоохранения, так и работу Секретариата ВОЗ по реализации положений Хартии, что является вторым элементом действий, предусмотренных в резолюции.

Формат доклада и его обоснование

Данный доклад организован и представлен в соответствии с семью обязательствами, содержащимися в Таллиннской хартии. Каждое из них рассматривается с точки зрения четырех основных функций систем здравоохранения, которые кратко описаны в Хартии

¹ Для подготовки Таллиннской конференции 2008 г. было проведено два консультативных совещания – в Вене 24-25 августа 2006 г. и в Барселоне 30-31 октября 2006 г. Также было проведено четыре подготовительных совещания: в Брюсселе 29-30 марта 2007 г., в Блэде 19-20 ноября 2007 г., в Риме 3-4 апреля 2008 г. и в Брюсселе 6 июня 2008 г.

(за основу для их описания были взяты функции, первоначально определенные в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.) (7): предоставление услуг здравоохранения на индивидуальном и общественном уровнях, финансирование системы, формирование ресурсов и стратегическое управление. Коренным отличием заключительного доклада от предварительного (6) является то, что здесь главное внимание уделяется вопросу о том, как меры, предпринятые государствами-членами в соответствии с каждым обязательством, привели или не привели к укреплению четырех функций системы здравоохранения.

Принцип перекрестных ссылок помогает недвусмысленно показать взаимосвязь между обязательствами, содержащимися в Хартии, и системами здравоохранения, и в этом имеется три главных достоинства. Во-первых, хотя в Хартии ясно очерчены границы систем здравоохранения и описаны различные виды деятельности и функции, которые эти системы должны выполнять (см. вставку 1), оценка с подробным разбором действий и мероприятий в рамках всех четырех основных функций систем здравоохранения помогает прийти к пониманию самих этих функций.

Вставка 1. Цели Таллиннской хартии и действия в рамках каждой из функций системы здравоохранения

Предоставление услуг здравоохранения на индивидуальном и общественном уровнях

- Руководители и организаторы здравоохранения во всем Регионе придают большое значение и прилагают усилия к тому, чтобы обеспечить предоставление высококачественных услуг всему населению, с особым вниманием к уязвимым группам в соответствии с имеющимися потребностями, а также чтобы создать для людей возможность делать выбор в пользу здорового образа жизни.
- Пациентам требуется доступ к высококачественной помощи, и они хотят быть уверенными в том, что поставщики услуг в своей работе опираются на самые современные и надежные данные медицинской науки, а также используют наиболее адекватные технологии, обеспечивая высокую эффективность и безопасность вмешательств.
- Пациенты также хотят, чтобы их взаимоотношения с медицинским персоналом строились на основе уважения личности, достоинства и соблюдения конфиденциальности.
- Важнейшее значение для достижения этих целей имеет эффективная первичная медико-санитарная помощь, которая служит прочной платформой для взаимодействия служб здравоохранения с местными сообществами и семьями, для межведомственного и междисциплинарного сотрудничества, а также для работы, направленной на укрепление здоровья людей.
- Системы здравоохранения должны интегрировать целевые программы борьбы с конкретными видами болезней в существующие структуры и службы в целях достижения более высоких и устойчивых результатов.
- Системам здравоохранения необходимо обеспечивать целостный подход к обслуживанию, включающий содействие улучшению здоровья населения, профилактику и интегрированные программы борьбы с болезнями, а также координацию между различными поставщиками услуг, учреждениями и звеньями оказания помощи как в государственном, так и в частном секторе, включая службы первичной медико-санитарной помощи, учреждения для оказания помощи при острых и хронических состояниях, помощь на дому и др.

Финансирование системы

- Единственно верного, наилучшего подхода к финансированию здравоохранения не существует; страны разрабатывают и внедряют новые сочетания механизмов сбора и консолидации средств и закупок услуг в соответствии со своими потребностями, историческими, финансовыми и демографическими условиями, социальными приоритетами и предпочтениями; это приводит к постепенному стиранию различий между «моделями».
- Механизмы финансирования должны обеспечивать: возможность перераспределения ресурсов в целях оптимального удовлетворения медико-санитарных потребностей; уменьшение финансовых барьеров для доступа к необходимым услугам; защиту от финансового риска, связанного с получением медицинской помощи, при условии соблюдения ответственного отношения к имеющимся государственным ресурсам.
- Механизмы финансирования должны также предусматривать: применение стимулов для эффективной организации и предоставления услуг здравоохранения; выделение ресурсов поставщикам в зависимости от качества и объема предоставляемых ими услуг и в соответствии с потребностями населения; содействие повышению уровня подотчетности и прозрачности в использовании средств.
- Общий характер распределения ресурсов должен обеспечивать необходимый баланс между оказанием медицинской помощи, профилактикой болезней и укреплением здоровья населения в целях наиболее полного удовлетворения текущих и прогнозируемых потребностей охраны здоровья

Вставка 1. продолжение

Формирование ресурсов

- В переживаемую ныне эпоху стремительной глобализации формирование знаний, инфраструктуры, технологий и, прежде всего, кадров, обладающих адекватным сочетанием навыков и квалификаций, требует долгосрочного планирования и инвестиций в соответствии с меняющимися потребностями в услугах здравоохранения и моделями организации процесса обслуживания.
- Инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения также имеют огромную важность, так как это влечет последствия не только для каждого государства-инвестора, но и для других стран по причине миграции работников здравоохранения. Международный найм кадров здравоохранения следует осуществлять с соблюдением принципов этики и межстрановой солидарности и руководствуясь кодексом практики.²
- Стимулирование научных исследований по проблемам политики и систем здравоохранения, а также эффективное и основанное на соблюдении этических норм использование инновационных медицинских технологий и лекарственных средств – это важная задача для всех стран.
- Для повышения уровня информационной обоснованности принимаемых решений следует использовать методики оценки технологий здравоохранения

Стратегическое управление

- Несмотря на то, что государства-члены используют различные механизмы руководства своими системами здравоохранения, важная роль принадлежит министерствам здравоохранения, которые определяют стратегические цели развития системы здравоохранения, обладают полномочиями и несут ответственность за законодательное закрепление, регулирование и практическую реализацию политики здравоохранения, а также за сбор и анализ информации о здоровье населения и его социальных, экономических и экологических детерминантах.
- Министерства здравоохранения должны всемерно содействовать эффективному отражению интересов здоровья в политике, проводимой всеми секторами, в целях максимального улучшения здоровья людей.
- Мониторинг и оценка показателей деятельности системы здравоохранения и сбалансированное сотрудничество заинтересованных сторон на всех уровнях руководства и управления имеют ключевое значение в обеспечении прозрачности и подотчетности.

Источник: Таллиннская хартия (1).

Во-вторых, на совещаниях по подготовке Таллиннской конференции была достигнута договоренность о том, что способом оценки того, как содержащиеся в Хартии обязательства переносятся из плоскости ценностных установок в плоскость практических действий, будет интерпретация укрепления систем здравоохранения с точки зрения усиления их основных функций. Вынесение на первый план четырех основных функций дает возможность систематизировать оценку деятельности систем здравоохранения, что в свою очередь позволяет правильнее распределить по категориям принятые в системах здравоохранения стратегии. Благодаря этому формат доклада вполне отвечает выраженным государствами-членами потребностям в разъяснении и уточнении целевых показателей здоровья, которые можно будет использовать для идеологических (политических), управленческих (программно-стратегических) и технических (практических) целей. Такая ориентация на цели в подходе к организации представленной государствами-членами информации о проводимой деятельности также может стать фундаментом, на котором можно углубить понимание систем здравоохранения.

В-третьих, оценивая прогресс, достигнутый в реализации каждой из четырех основных функций системы здравоохранения, можно также установить связи между самими этими функциями. Проведение полноценной реформы требует признания наличия этих связей и взаимозависимости между функциями системы здравоохранения (5).

² В соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения “Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах” (WHA57.19) и резолюцией Европейского регионального комитета ВОЗ о стратегиях развития кадров здравоохранения в Европейском регионе (EUR/RC57/R1).

Поэтому терминология и формулировки, используемые в тексте доклада, полностью совпадают с терминологией Таллиннской хартии с одним небольшим изменением. Для облегчения обсуждения и понимания чрезвычайно многогранной функции «формирование ресурсов здравоохранения» (которая в Хартии включает лекарственные средства, технологии здравоохранения, информационные системы и кадровые ресурсы) в докладе эта функция разделена на два подраздела – кадровые ресурсы здравоохранения и технологии здравоохранения и фармацевтические препараты (ТЗФП), что согласуется с Рамочной программой действий ВОЗ по укреплению систем здравоохранения (8). Кроме того, с 2008 г. в программных приоритетах и деятельности государств-членов особо подчеркивается, что функцию формирования ресурсов необходимо уравновешивать указаниями о том, как управлять этими ресурсами. Таким образом, анализ, приведенный в данном докладе, сосредоточен не только на том, как формируются кадровые ресурсы здравоохранения и ТЗФП, но и на том, каков эффект от их использования.

Матрица кодирования

По итогам совещаний и встреч, проходивших перед подписанием Таллиннской хартии, а также двухсторонних бесед с группой экспертов (9) и консультации с руководителями программ отдела DSP была разработана матрица для того, чтобы облечь семь обязательств, содержащихся в Хартии, в мероприятия, которые представляют оптимальное функционирование систем здравоохранения (см. рис. 1). Эта матрица использовалась для кодирования информации, представленной странами в консультационном вопроснике. Она также может служить руководством и платформой для мероприятий, которые будут проводиться Региональным бюро и в странах. Группа постоянного состава из представителей государств-членов одобрила такой подход как полезный способ изучения полученной от стран информации и как руководство для определения структуры заключительного доклада. С учетом того, что Таллиннская хартия касается только систем здравоохранения, такой подход позволяет глубже вникнуть в суть третьей приоритетной области, предусмотренной в политике Здоровье-2020 – основах новой европейской политики здравоохранения,

Рис. 1. Матрица кодирования: обязательства, содержащиеся в Таллиннской хартии, и функции систем здравоохранения

Таллиннские обязательства	Основные функции системы здравоохранения					Здоровье-2020: системы здравоохранения, охраняет праведные на нужды людей
	Оказание услуг здравоохранения	Финансирование здравоохранения	Кадровые ресурсы здравоохранения	Медицинская продукция и технологии	Стратегическое управление/руководство	
1. Претворять в жизнь общие ценности солидарности, справедливости и общественного участия	→					Здоровье-2020: системы здравоохранения, охраняет праведные на нужды людей
2. Инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать соответствующим инвестициям в других отраслях	→					
3. Развивать атмосферу гласности и повышать уровень подотчетности	→					
4. Повышать уровень отзывчивости систем здравоохранения	→					
5. Вовлекать заинтересованные стороны	→					
6. Всемерно содействовать обмену опытом и сотрудничеству	→					
7. Обеспечивать готовность систем здравоохранения к преодолению кризисов	→					

разработанных через четыре года после Таллиннской Хартии, а именно: укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования (10).

После того, как информация была проанализирована, совместно с руководителями программ из отдела DSP и несколькими экспертами по укреплению систем здравоохранения были определены и согласованы основные тезисы. Специальная группа, состоявшая из руководителей программ, экспертов и членов группы постоянного состава – представителей государств-членов, утвердила содержание доклада.

Структура доклада

В следующей после этого введения главе дается краткий обзор событий, происшедших в Регионе после подписания Хартии, включая все, что касается улучшения итоговых показателей здоровья населения и укрепления систем здравоохранения. В этой главе также рассматривается вопрос, который обсуждался на совещании высокого уровня по случаю пятой годовщины подписания Таллиннской хартии: какова позиция систем здравоохранения по отношению к политике Здоровье-2020 (11).

В последующих главах поочередно рассматривается каждое обязательство, содержащееся в Хартии, и описываются тенденции, выявленные в результате анализа ответов на консультационный вопросник. В каждой главе, касающейся обязательств, тенденции группируются в соответствии с тем, насколько эффективно предпринятые действия способствуют усилению четырех основных функций. Тем самым предлагается рабочий подход к пониманию того, что можно развивать дальше или укреплять в Регионе. Не следует считать примеры, приведенные по каждому обязательству, рекомендуемыми методами работы – они лишь иллюстрируют разнообразие ответов в странах Региона в рамках выявленных тенденций.

Завершается доклад уроками и выводами, которые могут быть полезны для будущих действий по укреплению систем здравоохранения в Регионе. Эти уроки и выводы были использованы для подготовки отдельного документа, посвященного приоритетам в деятельности по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на период 2015-2020 гг. (документ EUR/RC65/13), который будет представлен на 65-й сессии Европейского регионального комитета в Вильнюсе, Литва, в сентябре 2015 г. Данный доклад основан на результатах дополнительных исследований, консультациях с государствами-членами и предложениях и замечаниях экспертов и партнеров о будущих направлениях развития систем здравоохранения в Регионе (9). Он будет представлен на 65-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ вместе с проектом соответствующей резолюции.

Недостатки

У доклада есть несколько недостатков. Во-первых, как уже отмечалось выше, трудно отнести какие-либо изменения, происшедшие после 2008 года, непосредственно на счет Таллиннской хартии. Во-вторых, хотя все страны получили один и тот же вопросник, в котором содержалось краткое объяснение Хартии, у респондентов были разные уровни знакомства с Хартией и разные определения терминов. В-третьих, полученная информация различалась по своей полноте и по приводимым примерам. В-четвертых, страны часто представляли информацию, в которой особенно подчеркивались изменения, введенные для выполнения обязательств, содержащихся в Таллиннской хартии, но не сообщали о тех изменениях или бездействии, которые могли не соответствовать обязательствам. В-пятых, необходимость охватить все 53 государства-члена в Регионе в сочетании с необходимостью отразить разнообразие описанных странами инициатив означала, что не было возможности представить подробный анализ.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ И СВЯЗАННЫЕ С НЕЮ СОБЫТИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ПОСЛЕ ТАЛЛИННСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Глобальный экономический кризис

Вскоре после Таллиннской конференции на Европейский регион обрушился экономический кризис и стало ясно, что во многих странах обязательства, принятые в Хартии, будут подвергнуты испытанию. Наступление кризиса в 2008 г. привело к драматичному первоначальному шоку: в 2009 г. реальный валовый внутренний продукт на душу населения во всем Регионе сократился на 4,5%. В результате резко вырос уровень безработицы: в одном только Европейском союзе (ЕС) он вырос со среднегодового показателя 7,0% в 2008 г. до 10,2% в 2014 г., а пик его – 10,9% – пришелся на 2013 г. (12). В то же время почти в половине стран Региона государственные расходы на здравоохранение в процентах от суммарных государственных расходов застыли на одном уровне, а то и уменьшились (см. таблицу 1). Во многих странах экономический кризис повлек за собой обвал кредитных рынков, что во многих случаях заставило государство выделять финансовую помощь для спасения банков, а это в свою очередь повлекло быстрый спад деловой активности и рост безработицы. В некоторых странах рост безработицы был особенно значителен и затронул в первую очередь молодежь. В результате сокращения поступлений в бюджет в виде налога на фонд заработной платы и других налогов в распоряжение государства стало поступать меньше средств. Растущая безработица также заставила правительства увеличить государственные расходы на программы социального обеспечения.

Таблица 1. Государственные расходы на здравоохранение в процентах от суммарных государственных расходов в Европейском регионе

Страна	2008 г.	2012 г.	Разница между 2008 и 2012 г.
Беларусь	7,88	13,22	5,34
Монако	15,80	18,82	3,02
Казахстан	8,32	10,90	2,58
Босния и Герцеговина	14,06	16,60	2,54
Исландия	13,36	15,72	2,36
Таджикистан	5,04	6,82	1,78
Албания	8,38	9,86	1,48
Узбекистан	10,64	11,76	1,12
Болгария	12,32	13,30	0,98
Мальта	18,76	19,72	0,96
Нидерланды	13,68	14,62	0,94
Чешская Республика	7,00	7,86	0,86
Армения	15,22	16,06	0,84
Соединенное Королевство	3,08	3,88	0,80
Азербайджан	16,24	16,94	0,70
Австрия	8,36	9,00	0,64
Германия	18,56	19,12	0,56

Таблица 1. продолжение

Страна	2008 г.	2012 г.	Разница между 2008 и 2012 г.
Швеция	14,54	15,10	0,56
Грузия	4,78	5,22	0,44
Черногория	9,68	9,96	0,28
Республика Молдова	12,98	13,26	0,28
Российская Федерация	10,08	10,32	0,24
Израиль	10,22	10,38	0,16
Кипр	6,78	6,88	0,10
Венгрия	10,16	10,26	0,10
Бельгия	14,92	14,96	0,04
Франция	15,90	15,94	0,04
Андорра	0,00	0,00	0,00
Турция	12,80	12,80	0,00
Туркменистан	8,68	8,68	0,00
Румыния	11,34	11,28	-0,06
Украина	11,62	11,54	-0,08
Литва	12,84	12,74	-0,10
Эстония	11,88	11,72	-0,16
Финляндия	12,58	12,32	-0,26
Швейцария	20,90	20,62	-0,28
Италия	14,44	14,16	-0,28
Польша	11,44	11,14	-0,30
Бывшая югославская Республика Македония	14,04	13,58	-0,46
Сан-Марино	13,64	13,14	-0,50
Дания	16,74	16,08	-0,66
Сербия	14,08	13,36	-0,72
Испания	15,76	15,04	-0,72
Словения	13,94	13,10	-0,84
Словакия	15,58	14,70	-0,88
Кыргызстан	13,06	12,16	-0,90
Норвегия	19,14	17,76	-1,38
Греция	12,96	11,44	-1,52
Латвия	10,56	8,88	-1,68
Португалия	14,90	12,48	-2,42
Хорватия	17,74	15,06	-2,68
Люксембург	16,60	13,48	-3,12
Ирландия	15,86	12,38	-3,48
Европейский регион	13,21	13,40	0,19

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (13).

В некоторых наиболее пострадавших от кризиса странах, где программы профилактики (такие как обмен игл) и услуги лечения на ранних стадиях были урезаны в результате сокращений бюджета, резко возросла заболеваемость инфекционными болезнями (такими как ВИЧ-инфекция) (14, 15). Уменьшение доходов домохозяйств также негативно повлияло на нездоровые формы поведения, такие как вредные уровни курения и употребления алкоголя. Кроме того, некоторые последствия для здоровья проявляются не сразу. Эти несколько примеров демонстрируют важность сохранения профилактических услуг здравоохранения, спрос на которые во времена экономических кризисов возрастает. Столь же важна защита бедных и уязвимых групп от финансовых рисков, связанных с получением помощи, в период возрастания спроса, чтобы не допускать дальнейшего обнищания и роста бремени болезней.

Поэтому варианты, которые страны могли выбрать или выбирали для своих систем здравоохранения все эти годы после 2008 г., и то, как они защищали свой выбор, определялось не только обязательствами, принятыми в Таллиннской хартии, но и экономическим кризисом. Это особенно касается стран, которые получили финансовую помощь от «тройки» – Европейского центрального банка, Европейской комиссии и Международного валютного фонда. Этой трехсторонней комиссии поручено осуществлять мониторинг европейского долгового кризиса и давать рекомендации, помогающие преодолеть кризис. Страны, имеющие достаточные резервы или проявляющие готовность увеличить заимствования (дефицитное финансирование), смогли решить проблемы возникшего в результате фискального дисбаланса, не прибегая к резким мерам. Тем не менее, из-за своей доли в бюджете любого государства, а также вследствие зачастую слабой позиции министерств здравоохранения секторы здравоохранения и социального обеспечения особенно уязвимы перед сокращениями бюджета во времена экономического спада.

В апреле 2009 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и правительство Норвегии совместно организовали в Осло совещание высокого уровня (16). Это была первая попытка со стороны ВОЗ обдумать ответные меры в связи с экономическим кризисом и предложить странам свои рекомендации о том, как лучше пережить трудные времена. Был предложен ряд рекомендаций в отношении ответных мер на уровне политики в интересах здравоохранения и в интересах бедных; эти рекомендации находились в полном соответствии с обязательствами Таллиннской хартии и были приняты под их влиянием. Позже в том же 2009 г. Региональный комитет принял резолюцию EUR/RC59/R3, которая настоятельно призвала государства-члены принять меры к тому, чтобы их системы здравоохранения продолжали защищать наиболее нуждающиеся группы населения, демонстрировали эффективность в предоставлении индивидуальных и общественных услуг здравоохранения и поступали как мудрые хозяйствующие субъекты в вопросах инвестирования, расходования средств и трудоустройства.

На момент написания доклада затронутые кризисом европейские страны уже семь лет преодолевали связанные с ним тяготы, и это свидетельствует о его затяжном характере. Ожидается, что жесткие налогово-бюджетные условия и высокий уровень безработицы в среднесрочной перспективе сохранятся. Из имеющихся фактических данных со всей очевидностью вытекают два широких наблюдения. Первое: кризис негативно повлиял на многие социальные детерминанты здоровья, в первую очередь на доходы, занятость и уровни государственных расходов на здравоохранение и другие социальные секторы. В некоторых странах кризис имел далеко идущие социальные и политические последствия. И хотя для полного уяснения воздействия кризиса на национальные показатели здоровья нужно иметь больше фактических данных, уже имеющиеся на сегодняшний день данные указывают, что он внес весьма существенный вклад в увеличение неравенств в отношении здоровья между группами населения и странами Региона (17).

Во-вторых, важную роль в обеспечении функционирования действенных систем социального страхования и защиты доступа к необходимым услугам, равно как и в поддержании качества этих услуг играют ответные меры страны как в области налогово-бюджетной

политики (т.е. в какой степени страна взяла курс на жесткую экономию или же, напротив, на противочиклическое расходование), так и в области политики здравоохранения. Учитывая, что при росте безработицы и снижении доходов домашних хозяйств потребности в медицинских услугах и помощи возрастают, эти ответные меры политики могут повлиять на здоровье населения, если они не смогут сохранить систему социального страхования или защитить доступ к высококачественным услугам, особенно для более уязвимых групп населения. Например, даже при имеющихся недостатках и проблемах данных, которые используются при отнесении определенных последствий для здоровья на счет кризиса, совершенно очевидно, что чрезвычайно чувствительно реагирует на экономические спады психическое здоровье: повышается вероятность заболевания и замедляется выздоровление после болезни. В странах ЕС с 2007 г. также наблюдается рост числа самоубийств среди лиц в возрасте до 65 лет, что представляет собой противоположность прежней тенденции к сокращению этого числа (18). Главными факторами, способствующими этим тенденциям, являются как безработица, так и боязнь потерять работу (19).

Здоровье-2020: основы новой европейской политики здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ ведет активную работу с государствами-членами, направленную на выработку и принятие действенных решений в области политики, ведущих к улучшению здоровья населения и уменьшению неравенств в период кризиса. Фундаментом для такого взаимодействия служит политика Здоровье-2020 – основы новой европейской политики здравоохранения (10). Политика Здоровье-2020 направлена на то, чтобы значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, уменьшить неравенства в отношении здоровья, укрепить общественное здравоохранение и обеспечить наличие устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на нужды и интересы людей. Она обращена к органам государственного управления на всех уровнях и во всех секторах и ко всему обществу и предусматривает действия и результаты, которые выходят далеко за пределы сектора здравоохранения и сферу ответственности министерства здравоохранения. В политике Здоровье-2020 предусматривается установление связей и работа с другими министерствами, ведомствами, секторами, заинтересованными сторонами и гражданским обществом, а также с гражданами, пациентами и потребителями. Для обеспечения прогресса в достижении всех этих целей необходимо предпринять стратегические действия в четырех областях: инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан; решение наиболее актуальных проблем Европы в области здравоохранения, связанных с неинфекционными и инфекционными болезнями; укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения и потенциала общественного здравоохранения, включая готовность к чрезвычайным ситуациям и способность к принятию ответных мер; повышение «прочности» местных сообществ и создание поддерживающей среды.

Самим фактом выделения систем здравоохранения в качестве одной из четырех областей стратегических действий в политике Здоровье-2020 подтверждается центральный тезис Таллиннской хартии – инвестирование в системы здравоохранения и в улучшение показателей их деятельности как средство улучшения здоровья всех членов общества. Однако основы политики здравоохранения Здоровье-2020 идут дальше и ставят перед системами здравоохранения задачу быть более ориентированными на нужды и интересы людей, быть одним из элементов общегосударственного подхода к укреплению здоровья населения, следовать курсом на укрепление общественного здравоохранения и вносить вклад в уменьшение социальных несправедливостей на всех этапах жизни человека. Таким образом, политика Здоровье-2020 стала наиболее всеобъемлющим ответом на нерешенные проблемы здравоохранения в Регионе.

Подтверждение важности межведомственного сотрудничества в укреплении общественного здоровья

Политика Здоровье-2020 построена на признании и убедительных доказательствах того факта, что в любой стратегии укрепления здоровья населения должен быть принят широкий подход, предполагающий действия как внутри, так и вне системы здравоохранения (20). Имеется достаточно фактических данных, свидетельствующих о том, что за счет профилактических мер, принимаемых в рамках системы медико-санитарной помощи, можно добиться существенного снижения предотвратимой смертности, однако важнейшей детерминантой здоровья является социально-экономическая среда, в которой живут люди, и она по-прежнему является трудноразрешимой проблемой, оказывая серьезное негативное воздействие на риск преждевременной смертности и предотвратимой заболеваемости (21).

Широкий подход к укреплению здоровья населения предполагает сочетание вмешательств как на верхнем, так и на нижнем уровнях в цепи причин и следствий. К вмешательствам на верхнем уровне относятся меры воздействия на «причины причин», такие как поддержка малоимущих, улучшения в жилищных условиях или увеличение числа лет учебы. И хотя многие из этих мер осуществляются и финансируются ведомствами, не входящими в систему здравоохранения, очень важно, чтобы их воздействие на здоровье людей контролировалось и чтобы система здравоохранения подчеркивала это воздействие при обсуждении политики. К другим детерминантам верхнего уровня относятся профилактические программы, охватывающие всё население, такие как стратегии по борьбе с употреблением табака и вредным употреблением алкоголя, мониторинг качества воды и воздуха и законодательно-нормативные меры и иные мероприятия, обеспечивающие безопасность и защиту от несчастных случаев и травматизма. Вмешательства на нижнем уровне включают меры индивидуальной направленности, такие как консультирование по вопросам образа жизни (22).

Когда подписывалась Таллиннская хартия, у государств-членов было единое понимание того, что общественное здравоохранение находится как в сфере действия системы здравоохранения, так и за пределами этой сферы. Вот почему второе обязательство требует от организаторов систем здравоохранения всемерно развивать межведомственное сотрудничество. Из ответов на консультационный вопросник выясняется, что большинство стран стараются различными способами включить межведомственное сотрудничество в круг обязанностей своих министерств здравоохранения. Однако, судя по их ответам, политика Здоровье-2020 тоже играет немаловажную роль в том, чтобы ориентировать лиц, принимающих решения, на действия, не ограничивающиеся рамками системы здравоохранения, и благодаря политике Здоровье-2020 был инициирован процесс включения приоритетов охраны здоровья в политику всех секторов. В этом процессе политика Здоровье-2020 привлекает внимание к важному вопросу, на который должны дать ответ все правительства, стремящиеся улучшить здоровье населения: кто же в конечном счете несет ответственность за общественное здоровье? То, что ответить на этот вопрос непросто, было очевидно уже на совещании высокого уровня, посвященном пятой годовщине подписания Таллиннской хартии (11), участники которого размышляли о необходимости объединения всех защитников интересов общественного здоровья в единое сообщество, которое приняло бы на себя всю ответственность. На совещании также прозвучал призыв к обеспечению более специализированной подготовки по общественному здравоохранению как по отдельной дисциплине и к более выраженному признанию важности поддержки этой дисциплины как варианта профессиональной карьеры.

Усиление практики использования научных данных при принятии решений, касающихся политики здравоохранения

Еще одной важной переменной, произошедшей после подписания Таллиннской хартии, стало повышенное внимание, которое некоторые страны стали уделять использованию научных данных при выработке и принятии решений, прежде всего как средству обеспечения более

строгого направления, а затем и оправдания инвестиций на цели здравоохранения. В некоторых странах Региона потенциал научных исследований в области здравоохранения весьма ограничен (23), хотя есть признаки некоторого изменения ситуации. На фоне растущих расходов и финансовых трудностей приходится принимать трудные решения о том, какие меры вмешательства и услуги должна предоставлять система здравоохранения, которую может содержать государство и которая приемлема с точки зрения соотношения затрат и результатов. Оградить решения от влияния узких интересов и содействовать приемлемости решений для общественности также помогают политически безупречные и прозрачные процессы, в которых для принятия решений используются научные данные. Более точно и ответственно определить направления стратегий и вмешательств в области здравоохранения лицам, принимающим решения, помогают данные, дезагрегированные, например, по уровням доходов, географическому местоположению и полу (таких параметров дезагрегирования может быть и больше).

С течением времени страны, в которых произошел сдвиг в культуре в сторону более систематического использования научных данных при принятии решений, смогли создать три главных «опорных элемента»: регулярный спрос на научные данные в сфере здравоохранения со стороны лиц, формирующих политику, укрепление кадрового потенциала для предложения высококачественных научных данных в сфере здравоохранения и устойчивые организационные решения, соединяющие спрос и предложение. Первый опорный элемент знаменует собой изменение в культуре формирования политики, когда лица, формирующие политику, перед тем, как принимать решения, регулярно обращаются за научными данными. ВОЗ порождает спрос на использование данных научных исследований при формировании политики здравоохранения, поддерживая постоянный диалог с государствами-членами по различным аспектам укрепления систем здравоохранения, и ее экспертов приглашали выступать с научными свидетельствами перед национальными законодательными органами (например, в Латвии и Казахстане) по ключевым аспектам политики финансирования здравоохранения. В некоторых случаях ВОЗ и государства-члены договаривались об усилении процесса развития политики путем направления в страновые офисы ВОЗ консультантов и аналитиков по вопросам политики, которые должны постоянно проживать в стране и тесно сотрудничать с министерствами здравоохранения (как, например, в Кыргызстане в 2000-2009 гг., в Азербайджане в 2006-2008 гг., в Таджикистане с 2006 г. и в Республике Молдова с 2011 г.). Это позволяет выстроить долгосрочные отношения с лицами, формирующими политику в секторе здравоохранения и в других секторах; это также облегчает демонстрацию использования научных данных при принятии более аргументированных решений и проведение высококачественных диалогов по вопросам политики с ключевыми заинтересованными сторонами, такими как правительство, парламент и негосударственный сектор.

Вторым опорным элементом является окрепший кадровый потенциал для проведения высококачественных научных исследований и получения данных высокого качества, оценок показателей деятельности, анализа политики и мониторинга положения дел в секторе. Популярными способами укрепления кадрового потенциала являются тематические курсы, такие как курсы на международном и страновом уровне по укреплению систем здравоохранения (включая флагманские курсы, проведенные совместно с Институтом Всемирного банка в Эстонии, Венгрии, Казахстане и Испании), мониторинг сектора здравоохранения (в Кыргызстане и Республике Молдова), летние школы Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и различные аспекты анализа политики. Еще одним методом является проведение аналитических работ совместно со странами. В качестве примеров таких проектов можно привести изучение вопросов, связанных с улучшением финансовой защиты в Кыргызстане посредством сокращения неформальных платежей, воздействием базовых пакетов льгот на пользование услугами и расходы пациентов в Таджикистане, расширением охвата населения медицинской страховкой в Республике Молдова. Кроме этого ВОЗ осуществляла методическое руководство проектированием инструментов мониторинга сектора здравоохранения в Венгрии, Кыргызстане, Республике Молдова и Таджикистане. Такие совместные аналитические

работы дают возможность укреплять кадровый потенциал во всем секторе здравоохранения посредством обучения на рабочем месте, используя все преимущества метода практического обучения в процессе работы. Еще одним способом улучшения качества фактических данных в области здравоохранения является организация обменов между специалистами и организациями одного профиля из разных стран с целью изучения опыта друг друга. Например, специалисты по анализу политики из Кыргызстана помогали своим коллегам в Таджикистане в проведении ряда исследований, а также принимали группу экспертов из Азербайджана, когда там в министерстве здравоохранения создавался отдел анализа политики, чтобы поделиться опытом решения организационных вопросов и налаживания производственных процессов. ВОЗ также предпринимала меры по укреплению процессов принятия решений в системах здравоохранения стран Региона через свои сотрудничающие центры (24), такие как Сеть информации по вопросам ценообразования и компенсации расходов на фармацевтические препараты (25). С помощью этой сети ВОЗ предоставила поддержку нескольким государствам-членам, таким как Кипр, Эстония, Греция, Республика Молдова и Украина, в разработке национальных перечней основных лекарственных средств и политики в отношении компенсации расходов на лекарственные средства. Осуществлялись также проекты сотрудничества с Лондонской школой экономики, Лондонской школой гигиены и тропической медицины и Берлинским техническим университетом.

Третий опорный элемент касается институционального развития: обеспечение наличия устойчивых институциональных структур, в которых внятно формулируется спрос на научные данные в области здравоохранения, в которых этот спрос удовлетворяется путем предложения высококачественных научных данных и в которых благодаря платформам практического применения знаний создается мост между научными данными и политикой. В нескольких странах в министерствах здравоохранения уже созданы или создаются отделы анализа политики или мониторинга сектора здравоохранения. В 2013 г. министерство социальных дел Эстонии и Эстонский совет по научным исследованиям поручили Академии наук разработать стратегию в отношении научных исследований, разработок и инноваций в области здравоохранения. Эта стратегия содействует развитию систем здравоохранения и формированию политики на основе фактических данных. Опыт показывает, что там, где на высоком уровне есть политическая приверженность курсу на использование научных данных при формировании политики, эти отделы полностью укомплектованы кадрами, для них четко обозначен круг ведения и они делают работу, полезную для всего министерства и для других ведомств, относящихся к сектору здравоохранения. В ряде стран (Азербайджан, Кыргызстан, Республика Молдова и Таджикистан) для оптимизации механизмов стратегического руководства и определения наиболее правильного подхода к интегрированию научных данных в процесс формирования политики были проведены оценки институциональной структуры. Несколько стран начали создавать информационные системы для отслеживания подготовки медицинских сестер и курсов непрерывного повышения квалификации для врачей. Кыргызстан создает информационную систему для планирования кадровых ресурсов; Республика Молдова разработала и внедрила информационную систему по кадровым ресурсам здравоохранения; Сербия создала базу данных о персонале в государственных учреждениях здравоохранения для использования в процессе стратегического планирования, а Испания создала государственный реестр медицинских работников, который является одним из важнейших инструментов для планирования кадровых ресурсов и картирования мобильности. Разные страны выбирают для себя разные модели – какой-то одной модели, подходящей для всех, нет.

Осуществление мероприятий по укреплению организационно-кадрового потенциала для использования научных данных при формировании политики дало эффект синергизма в других областях укрепления систем здравоохранения. От хорошо организованного мониторинга сектора здравоохранения, качественных отчетов об ОДСЗ и аналитической работы выигрывают планирование развития сектора и разработка национальных стратегий и планов в области здравоохранения (НСПЗ). Учебные курсы по организации здравоохранения могут включать в свои программы результаты мониторинга сектора и анализа политики и тем самым обеспечивать распространение знаний как среди руководителей высшего звена,

так и среди руководителей учреждений здравоохранения. Наконец, система регулярного мониторинга сектора по согласованным показателям для оценки и целевым показателям, согласующимся с целями НСПЗ, является мощным инструментом координации деятельности сектора. Представляя различными способами результаты мониторинга разным партнерам в области развития, такая система снижает нагрузку на министерство здравоохранения и позволяет улучшить координацию и согласованность помощи, предоставляемой на цели развития.

Устойчивость системы здравоохранения к неблагоприятным внешним воздействиям

Помимо проблем, которые поставил перед системой здравоохранения экономический кризис, после подписания Таллиннской хартии произошли еще многие другие изменения. В 2014 г. вспышка Эболы создала для Африканского региона такие трудности, которые раньше невозможно было представить. И хотя последствия этой вспышки для стран Европейского региона не идут ни в какое сравнение с тем, что случилось в Африканском регионе, европейские страны, тем не менее, были вынуждены подумать, готовы ли они к ответным мерам в случае распространения данной вспышки или возникновения аналогичного бедствия в их Регионе.

Также Европейский регион сталкивался и с собственными тяжелейшими экологическими и биологическими или эпидемиологическими бедствиями. В период между 1990 и 2010 годами от стихийных бедствий непосредственно пострадали около 47 миллионов человек. Произошло 719 катастроф, 442 наводнения, 159 эпизодов экстремальных температур, 315 бурь, 107 землетрясений, 36 эпизодов засухи, 77 лесных пожаров и 59 оползней и сходов лавин, что общей сложности стало причиной гибели 132 тысяч человек. К другим тяжелым бедствиям недавнего прошлого относятся авария на Чернобыльской атомной электростанции в 1986 г., от которой, по оценкам Организации Объединенных Наций, пострадали несколько миллионов человек, и землетрясение в провинции Мармара (Турция) в 1999 г., в результате которого около 18 тысяч человек погибли и почти 45 тысяч получили ранения. К этому можно добавить серию ожесточенных войн и конфликтов, происходивших в Регионе после 1990 г. и повлекших за собой огромные политические, социальные и гуманитарные последствия и смерть более 300 тысяч человек. В последнее время страны указывают (в том числе в информации, представленной для подготовки настоящего доклада) на кризис Эболы, угрозы терроризма, кризисы безопасности в Грузии и на Украине и массовый приток мигрантов из Сирийской Арабской Республики и Северной Африки как на главные события, вызывающие тревогу и заставляющие задуматься о важности создания систем здравоохранения, устойчивых к неблагоприятным внешним воздействиям.

Стало очевиднее, чем когда-либо ранее, что для адекватного реагирования на растущую сложность вызовов в области безопасности общественного здоровья укрепившиеся, хорошо подготовленные и грамотно управляемые системы здравоохранения могут реально способствовать тому, чтобы события в области здравоохранения не вызвали кризиса в сфере безопасности. Исключительно важно в этом деле тесное сотрудничество правительств, международных организаций, гражданского общества, частного сектора и других партнеров. В обеспечении реальной готовности к кризисам и адекватного реагирования необходимо руководствоваться целым рядом универсальных стратегических принципов, которые ВОЗ настоятельно рекомендует принять государствам-членам. Они включают принцип обеспечения готовности к любым угрозам, принцип обеспечения готовности всего сектора здравоохранения и многопрофильный (внутрисекторальный) подход к обеспечению готовности, а также межведомственный (многосекторальный) и комплексный подход. ВОЗ в настоящее время реформирует свою систему ответных мер в случае чрезвычайных ситуаций на основе положений, содержащихся в обновленной рамочной программе ответных действий при чрезвычайных ситуациях – стратегическом

документе, который определяет действия ВОЗ в чрезвычайных ситуациях, имеющих последствия для общественного здоровья (26).

Кроме того, государства-члены наделили ВОЗ уникальными международными полномочиями по продвижению и поддержке пересмотренных ММСП (27). Соответствующая резолюция о пересмотре была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения на Пятьдесят восьмой сессии в мае 2005 г. (резолюция WHA58.3). Сфера применения пересмотренных ММСП намного шире, чем у предыдущей редакции 1969 г., в которой основное внимание уделялось международному уведомлению о конкретных инфекционных болезнях. Они служат новой правовой основой для укрепления возможностей эпиднадзора и ответных мер и для защиты населения от острых угроз здоровью, обладающих потенциалом распространения в международных масштабах, негативного влияния на здоровье людей и создания препятствий для международной торговли и поездок. Государства-стороны ММСП теперь обязаны оценивать и уведомлять ВОЗ о любом событии в области общественного здравоохранения, потенциально имеющем международное значение, независимо от его причины (биологической, химической или радиационно-ядерной) и происхождения (случайного или преднамеренного). Критерии оценки последствий любого такого события приводятся в Приложении 2 к ММСП. К ним относятся события, затрагивающие здоровье, которые являются необычными или серьезными, могут оказывать значительное воздействие на здоровье населения, распространяться через границы государств и негативно повлиять на свободу передвижения (товаров или людей).

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 1

Первое обязательство, содержащееся в Таллиннской хартии, состоит в содействии претворению в жизнь общих ценностей солидарности, справедливости и общественного участия – в политике здравоохранения, в распределении ресурсов и других действиях, уделяя должное внимание удовлетворению нужд менее обеспеченных слоев населения и других уязвимых групп.

Главные тезисы

- Страны сообщили о том, что используют инструменты политики для переориентации предоставления услуг на амбулаторную помощь, первичное звено и общественное здравоохранение. Однако службы и инфраструктура общественного здравоохранения во многих странах Региона по-прежнему слабы и являются устаревшими. К тому же сокращается объем финансирования общественного здравоохранения.
- На отношение к солидарности влияют экономические и социальные беды. Для того, чтобы способствовать укреплению солидарности и справедливости, страны, по их сообщениям, осуществили изменения в системах здравоохранения с целью удовлетворения потребностей уязвимых групп, включая меры по расширению охвата и достижению и поддержанию всеобщности прав, предоставляемых законом. Несмотря на эти меры, в Регионе насчитывается 1,5 миллиона человек, чьи потребности в медицинской помощи не удовлетворяются. Поэтому важно поддерживать Таллиннскую хартию и выраженное в ней в положительной форме обязательство проводить в жизнь принципы солидарности, справедливости и общественного участия как действенный инструмент формирования ответных мер в области политики в связи с экономическим кризисом.
- Во многих европейских странах наблюдается значительный прогресс в пересмотре потребностей в кадрах здравоохранения и разработке и реализации направлений политики, стратегий и планов, что является одной из важнейших составляющих укрепления системы здравоохранения. Важным инструментом для определения содержания таких направлений политики и стратегий в ближайшие годы будет концепция НДПК (единство наличия, доступности, приемлемости и качества) (28), которая была недавно одобрена на Третьем глобальном форуме по проблемам кадров здравоохранения.
- По мере того, как растет понимание необходимости внедрения процессов установления приоритетов для повышения рациональности в расходовании средств на ТЗФП, все страны предприняли или предпринимают меры по реформированию политики в области фармацевтических препаратов. Особенно активно страны применяют для установления приоритетов такие виды работ, как сканирование горизонтов и оценка технологий здравоохранения (ОТЗ). В области прав интеллектуальной собственности страны, вступающие в ЕС, могут столкнуться с такими проблемами, как охрана патентных прав. Поэтому сохраняется необходимость всегда помнить о поддержании доступа к лекарственным препаратам.
- Для установления целей и задач в Регионе используются разнообразные инструменты политики (НСПЗ, законодательство, нормы и правила). Несколько стран включили свои НСПЗ в более широкий контекст политики Здоровье-2020 и тем самым продемонстрировали приверженность действиям в более широком контексте общественного здравоохранения. Они сообщили об использовании этих инструментов политики для укрепления здоровья населения и удовлетворения потребностей малоимущих и уязвимых групп.

Это первое обязательство стоит обособленно от последующих обязательств, так как связывает государства-члены некоторой совокупностью ценностей, а не действий. Поскольку эти ценности являются универсальными и лежат в основе всех других обязательств, они рассматриваются только с точки зрения того, как страны выразили их в своих национальных и территориальных планах и инструментах политики здравоохранения. Данное обязательство отражает важный консенсус относительно того, что министерства здравоохранения (лидеры и

организаторы систем здравоохранения) должны принимать решения, которые способствуют укоренению ценностей солидарности, справедливости и общественного участия во всех направлениях политики, в распределении ресурсов и действиях, осуществляемых ими для улучшения итоговых показателей здоровья населения в своих странах.

В Таллиннской хартии также со всей определенностью подчеркивается, что для того, чтобы не подрывать добродетельный круг здоровья и благосостояния, который является одним из факторов общественного благополучия, и не создавать для него угрозы, страны должны обращать особое внимание на самые бедные и уязвимые группы своего населения. До сих пор сохраняются различия в показателях здоровья между мужчинами и женщинами, жителями города и деревни, местным населением и иммигрантами и группами населения, классифицируемыми по многим другим признакам. Во многих частях Европейского региона также происходит увеличение разрыва в показателях здоровья между группами населения (17, 29). Как богатые, так и бедные страны в одинаковой степени сталкиваются с существенными неравенствами в отношении здоровья как в относительном, так и в абсолютном выражении (30). Люди с более низким уровнем образования, входящие в профессиональные категории более низкого статуса или имеющие низкие доходы, по-прежнему отчетливо ассоциируются с более высокими рисками нездоровья, более высокой распространенностью полиморбидности и смертностью в более молодом возрасте (5).

Тем не менее, несмотря на этот непростой контекст, под флагом этого первого обязательства страны в Регионе предприняли важные и значительные шаги по улучшению показателей здоровья населения. В следующем разделе рассматривается, как они на практике реализовали воплощенные в нем ценности в своих НСПЗ и инструментах политики. В условиях, когда сохраняются существенные неравенства, продолжающие подрывать состояние здоровья и благополучия в стране, такие направления политики и стратегии оказались особенно актуальными для Европейского региона (5, 10), поскольку в них устанавливаются цели и задачи, в соизмерении с которыми системы здравоохранения могут начинать определять меры, позволяющие им направлять, планировать, осуществлять и оценивать действия (31). Для мониторинга и оценки прогресса в этих областях важно и то, что эти цели и приоритеты сформулированы в терминах четырех основных функций системы здравоохранения. Отсутствие таких приоритетов ведет к произвольным решениям и/или к полному отсутствию прогресса. По мере того, как эти приоритеты уточняются, оттачиваются и принимают вид целевых ориентиров для действия и становятся известными всей общественности, они превращаются в важный инструмент для стимулирования прозрачности и подотчетности как на национальном, так и на региональном уровнях.

Переориентация предоставления услуг на укрепление первичного звена и общественного здравоохранения

Реалии жизни таковы, что здоровье в основном создается дома, в местном сообществе и на работе; в поликлинике и больнице могут вылечить лишь меньшую часть нездоровья. Первичное звено медико-санитарной помощи и общественное здравоохранение создают благоприятные для укрепления здоровья условия окружающей среды и работы и занимаются первичной профилактикой, например, просвещением по вопросам питания, иммунизацией, дородовой помощью, физической активностью, предупреждением курения и социальными стратегиями, влияющими на грамотность, занятость, уровень преступности, качество жилья и благополучие в местных сообществах. Таким образом, осуществляя переориентацию услуг на первичную помощь и общественное здравоохранение, страны делают медицинские услуги более доступными для людей и населения и минимизируют бремя болезней, особенно для уязвимых групп (32).

Для укрепления общественного здравоохранения и переориентации услуг в этом направлении страны в Европейском регионе создают инструменты политики. Однако службы и инфраструктура общественного здравоохранения во многих частях Региона до

сих пор остаются слабыми и устаревшими, а объемы их финансирования сокращаются. Тем не менее, в нескольких странах, в том числе в Армении, Германии, Словении и бывшей югославской Республике Македония наблюдаются признаки принятия стратегий, предусматривающих планирование и осуществление мер вмешательства в области общественного здравоохранения. Такие страны, как Босния и Герцеговина, Португалия, Республика Молдова, Словакия и Словения инициировали процессы укрепления потенциала общественного здравоохранения, уделяя при этом особое внимание новым механизмам финансирования, организационной реформе и укреплению кадров общественного здравоохранения. Австрия подготовила стратегию по укреплению здоровья, которая сопровождается притоком денежных средств для финансирования мер в масштабах всей страны, касающихся проблемы питания. В Азербайджане в структуре министерства здравоохранения создан центр общественного здравоохранения и реформы, который вложил средства в исследование с целью изучения факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) для того, чтобы определить главные направления вмешательств. Центр также организует кампании по укреплению здоровья и издает клинические руководства и практические рекомендации по различным вопросам общественного здравоохранения. В Чешской Республике утверждена стратегия охраны и укрепления здоровья и первичной профилактики заболеваний. Новый концептуальный план развития общественного здравоохранения принят в Таджикистане: в нем главное внимание уделяется повышению качества услуг общественного здравоохранения и подготовке кадров общественного здравоохранения для реализации потенциала данной области.

Страны также используют инструменты политики для того, чтобы переориентировать услуги на оказание первичной и амбулаторной медико-санитарной помощи. Сообщается, что укрепление служб первичного звена является средством сдерживания роста расходов: услуги первичного звена ассоциируют с улучшением здоровья населения, снижением показателей госпитализации, уменьшением социально-экономического неравенства и, следовательно, с улучшением итоговых показателей здоровья населения (33). В Австрии, Швейцарии, Таджикистане и Узбекистане после принятия Таллиннской хартии были разработаны новые стратегии руководства развитием первичного звена. Программа развития здравоохранения Казахстана на 2011-2015 гг. нацелена на улучшение здоровья населения разнообразными средствами, в том числе путем укрепления межведомственного сотрудничества и улучшения доступа к первичной медико-санитарной помощи. Украина осуществила реформу здравоохранения с целью улучшения доступа к услугам первичного звена через центры первичной медико-санитарной помощи, которые по закону обязаны обслуживать граждан независимо от места проживания; для повышения их отзывчивости функции надзора за обслуживанием переданы муниципальному уровню. В законе предусмотрено, что в структуру этих центров должны входить амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты, которые предоставляют услуги по консультированию, диагностике и лечению болезни, травматологическую помощь, токсикологические услуги и целый ряд услуг в области профилактики и репродуктивного здоровья. Процесс создания центров и их подразделений продолжается. Таким образом, функция систем здравоохранения по предоставлению услуг все больше связана с организацией вводимых факторов и услуг и управлением ими так, чтобы обеспечить доступ, качество, безопасность и непрерывность помощи по всему спектру нарушений здоровья, в самых разных географических точках и в течение всего времени.

Наиболее кардинальные реформы в области первичной медико-санитарной помощи произошли в странах Центральной и Восточной Европы, входивших в состав Советского Союза, где была полностью перестроена старая система медико-санитарной помощи – система Семашко. Развитие первичного звена стало ответом на необходимость создать в этих странах более эффективные и отзывчивые системы медико-санитарной помощи. В ряде стран была создана такая система первичной помощи, в которой семейные врачи выполняют функции регулировщиков доступа к медицинским услугам, тогда как в некоторых странах Западной Европы были сделаны гораздо более скромные шаги в сторону укрепления позиций первичного звена (34–38).

Все активнее осуществляя переориентацию услуг на предоставление первичной помощи, страны начали признавать важность укрепления системы, предоставляющей эти услуги, и для этого принимают меры по улучшению непрерывности и преемственности помощи, организации работы поставщиков помощи и качества обслуживания. Кыргызстан планирует дальнейшие реформы для повышения действенности и качества услуг первичной медицинской помощи, в которых особо будут предусмотрены меры по расширению и повышению уровня квалификации семейных врачей и медицинских сестер, улучшению материально-технической базы, расширению административно-финансовой самостоятельности в практике семейных врачей и внедрению механизмов оплаты по результатам работы. В Республике Молдова действуют четко определенные принципы предоставления первичной медико-санитарной помощи, которые ранее были приняты в качестве общих приоритетов в ее национальной политике и стратегии здравоохранения на 2007-2021 гг. и в плане развития системы медико-санитарной помощи на 2008-2017 гг. Теперь основные усилия направлены на развитие услуг первичного звена и структур управления системой; поставщики услуг получили больше самостоятельности, которая сопровождается соответствующими изменениями в финансировании. В Испании реализована стратегия оказания помощи при хронических заболеваниях, которая была принята министерством здравоохранения в 2012 г. по согласованию с семнадцатью региональными органами. Эта инициатива явилась ответом на рост численности лиц пожилого возраста, рост числа обращений по поводу хронических состояний и потребность в переходе от экстренного лечения патологий к более согласованному и более междисциплинарному профилактическому подходу с привлечением социальных работников и самих пациентов. Руководящими принципами стратегии были ее ориентированность на нужды и запросы пациентов, укрепление здоровья на всех этапах жизни человека и особое внимание социальным детерминантам здоровья, первичному звену медико-санитарной помощи, расширению прав и возможностей пациентов и комплексному предоставлению медицинских услуг. Было определено шесть стратегических направлений действия: укрепление здоровья, профилактика медицинских состояний и хронического ограничения активности, непрерывность и преемственность помощи, переориентация медико-санитарной помощи, справедливость в отношении здоровья и равное обращение, а также содействие комплексным исследованиям и инновациям в области здравоохранения. Эта стратегия дополняет и усиливает инициативы, которые уже осуществляются в регионах страны, выполняющих исполнительные функции в сфере здравоохранения и социальной помощи.

Недвусмысленное выражение приверженности идеям солидарности через финансирование здравоохранения

Хотя в большинстве ответов на вопросник сообщалось о внесении изменений в системы здравоохранения с целью удовлетворения потребностей уязвимых групп и о принятии мер по расширению охвата услугами здравоохранения и достижению и поддержанию всеобщности прав, предоставляемых законом, в Регионе насчитывается 1,5 миллиона человек, чьи потребности в медицинской помощи до сих пор не удовлетворяются. Поэтому важно поддерживать Таллинскую хартию и выраженное в ней в положительной форме обязательство проводить в жизнь принципы солидарности, справедливости и общественного участия как действенный инструмент выработки ответных мер в области политики в связи с экономическим кризисом.

В Европейском регионе есть несколько примеров стран, которые расширили льготы для уязвимых групп. Австрия, Ирландия, Италия, Республика Молдова и Франция расширили охват льготами в области фармацевтических препаратов для групп населения с низким уровнем доходов. Хорватия снизила плату за пользование услугами, а Венгрия и Италия полностью отменили оплату услуг. Несколько стран сообщили о расширении предусмотренного законом охвата услугами на ранее незастрахованные группы людей (Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Республика Молдова) или о введении всеобщего охвата медицинскими услугами (бывшая югославская Республика Македония). Республики

бывшего Советского Союза, в частности, расширяют права на пользование льготами на целевые группы населения (39). Эстония распространила право на льготы по медицинскому страхованию на лиц, в течение длительного времени не имеющих работу, зарегистрированных и активно занимающихся поиском работы; эта мера сыграла важную роль в защите растущего числа безработных в период экономического кризиса. Грузия в 2013 г. ввела государственную программу всеобщего охвата медицинской помощью, которая предусматривает финансирование медико-санитарных услуг, предоставляемых людям без медицинской страховки. Программа охватывает первичную помощь, неотложную помощь и некоторые избирательные стационарные услуги. В Республике Молдова правительство приняло два новых законодательных акта, расширяющих льготы для наиболее уязвимых категорий. В первом из них, принятом в 2009 г., гарантируется автоматическое получение полностью субсидируемой медицинской страховки всеми лицами, зарегистрированными как бедные (40); в нем также предусматриваются дополнительные меры, в соответствии с которыми работодатели обязаны вносить средства в фонд медицинского страхования от имени своих работников. Вторым законом, который был принят в 2010 г., полные услуги первичной медико-санитарной помощи распространяются на всех граждан, независимо от их статуса в национальной программе медицинского страхования. Эта поправка, которая, по сути, гарантирует всем молдаванам доступ к жизненно важным услугам, включает амбулаторные лекарственные препараты по субсидируемым ценам и неотложную амбулаторную помощь. В Словении благодаря поправкам к закону о медицинской помощи и медицинском страховании, принятым в 2008 г., примерно 100 тысяч граждан, входящих в категорию наименее обеспеченных, получили право на то, чтобы их взнос по добровольному медицинскому страхованию был оплачен за счет государственного бюджета. В Словении добровольное медицинское страхование охватывает плату за пользование услугами здравоохранения, финансируемыми государством; эта мера, которая снижает финансовые барьеры, частично изменила прежнюю регрессивную систему, при которой страховые взносы совершенно не зависели от доходов. Ключевым фактором успеха этих изменений стало обеспечение согласованности между политикой расширения охвата услугами и ресурсами, необходимыми для ее осуществления. В Турции в рамках программы «Преобразование здравоохранения» льготы по различным схемам страхования были объединены в единую национальную систему всеобщего охвата (включая субсидированный охват для малообеспеченных), и предоставляются обусловленные денежные выплаты беременным женщинам для стимулирования дородовой помощи.

По имеющимся данным, во многих странах Центральной и Юго-Восточной Европы медицинские страховки реже бывают у народности рома (41). Оценок с публикацией результатов пока никто не проводил, однако в Сербии принята политика, предусматривающая охват медицинскими услугами безработных цыган, проживающих в бедных «традиционных» поселениях. Осуществлению этой политики способствует программа по работе с людьми на индивидуальном уровне через медицинских посредников из числа цыган, которые помогают людям зарегистрироваться в фонде медицинского страхования. Однако в 2010 г. миссия ВОЗ установила, что серьезные препятствия для доступа рома к услугам по-прежнему сохраняются, и предложила практические шаги по повышению эффективности этой действительно замечательной политики в интересах бедных: в соответствии с обязательствами, содержащимися в Таллиннской хартии, Региональное бюро рекомендовало расширить предоставляемое право на льготы на лиц, долгое время не имеющих работы, особенно во время экономического кризиса.

Несмотря на то, что экономические и социальные трудности потенциально могут негативно сказываться на отношении к солидарности, Таллиннская хартия стала подлинным ориентиром для ответных мер на уровне политики в связи с экономическим кризисом. Разные страны (например, Австрия, Литва, Соединенное Королевство, Франция, Чешская Республика и Эстония) руководствовались ее положениями в своих действиях, направленных на то, чтобы избежать урезания всех без разбора государственных расходов на здравоохранение и социальное обеспечение, поскольку такие урезания увеличивают бедность и снижают уровень здоровья населения. Показателен в этом смысле пример Эстонии, где, несмотря

на экономический кризис, сокращения бюджета не коснулись программ обмена игл как одной из мер по борьбе с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией и трансмиссивными болезнями родственной категории. В других странах огульные урезания, к сожалению, привели к росту распространенности инфекционных болезней и НИЗ (42) и оставили как минимум полтора миллиона человек в Регионе с неудовлетворенными потребностями в медицинской помощи (43).

Страны активизировали свои усилия в поддержку перераспределительного принципа сбора поступлений в целях укрепления солидарности. Например, Дания, Ирландия и Португалия отменили или уменьшили налоговые субсидии для добровольного медицинского страхования или платежей из собственного кармана, которые в значительной степени были выгодны более обеспеченным группам людей. Республика Молдова и Черногория выборочно уменьшили суммы страховых взносов для менее обеспеченных людей, тогда как Румыния и Франция выборочно увеличили суммы взносов для богатых. В Болгарии, Нидерландах и Словакии были повышены потолки страховых взносов. В некоторых странах (в Австрии, Албании, Беларуси, Бельгии, Болгарии, Боснии и Герцеговине, Венгрии, Германии, Грузии, Израиле, Италии, Казахстане, на Кипре, в Монако, Нидерландах, Польше, Республике Молдова, Сербии, Соединенном Королевстве, Таджикистане, Турции, Узбекистане, Чешской Республике, Швейцарии, Швеции, Эстонии) была повышена приоритетность здравоохранения в государственных бюджетных ассигнованиях, включая финансирование социального медицинского страхования.

Страны также стали уделять больше внимания потенциально разрушительным для благосостояния людей последствиям высоких уровней платежей из собственного кармана за медицинские услуги: многие страны постарались снизить плату за пользование услугами и другие формы платежей из собственного кармана, а в большинстве стран такие меры были направлены на облегчение положения уязвимых групп (44). Австрия установила общий предельный уровень платежей за выписывание рецептов (2% чистого годового дохода) и полностью освободила от оплаты рецептов уязвимые группы населения, такие как лица с низким уровнем доходов или с хроническими заболеваниями, а также ввела систему минимальных льгот на основе индивидуальных потребностей, чтобы гарантировать наличие у людей средств к существованию и жилья в случае потери доходов. В Бельгии, Боснии и Герцеговине и Сербии население, живущее ниже черты бедности, освобождено от пользовательских платежей и оплаты услуг. Эти страны сообщают о том, что у них ведется постоянный мониторинг уровней бедности, в соответствии с результатами которого порог бедности корректируется, если необходимо предоставить дополнительные освобождения от платежей и льготы для удовлетворения потребностей населения в услугах здравоохранения. В Чешской Республике недавно были отменены некоторые платежи за пользование услугами стационарной помощи, и теперь в процессе отмены находятся и другие аналогичные платежи. В ответах Украины и Эстонии на вопросник было отмечено, что ведется работа по продлению финансового покрытия лечения ВИЧ-инфекции после прекращения деятельности Глобального фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, который до этого покрывал оплату жизненно необходимых лекарственных препаратов. Продолжая оплачивать расходы на лечение ВИЧ-инфекции, Украина и Эстония демонстрируют приверженность солидарности и обеспечению доступа к помощи для уязвимых групп населения. Кыргызстан постепенно увеличил финансирование предоставления медико-санитарных услуг и уменьшил объем платежей за пользование услугами, особенно во вторичном и третичном звене медико-санитарной помощи, для наиболее уязвимых групп населения. В Латвии приняты законодательные акты, согласно которым медицинские работники и пациенты привлекаются к ответственности за получение или предложение незаконных платежей из собственного кармана или взяток. В Литве и Словении в настоящее время обеспечивается финансовое покрытие услуг медико-санитарной помощи в первичном, вторичном и третичном звене, при этом дифференцированные уровни платы за пользование услугами или освобождение от оплаты определяются в зависимости либо от услуг, либо от группы населения. В Польше в 2009 г. был определен базовый пакет услуг, в соответствии с которым большинство медико-санитарных услуг целиком покрываются за счет государственных источников

финансирования. В Туркменистане Фонд народонаселения Организации Объединенных Наций совместно с министерством здравоохранения работает над тем, чтобы покрывались расходы на получение услуг репродуктивного здоровья. Фонд в настоящее время сворачивает этот проект, а Туркменистан принимает меры к сохранению этого покрытия, чтобы не допустить возвращения к платежам за пользование этими услугами.

Постановка целей и задач по удовлетворению потребностей в кадрах здравоохранения

Одной из важнейших областей, в которых требуются улучшения, является планирование устойчивых кадров здравоохранения. Во многих европейских странах наблюдается реальный прогресс в выполнении резолюций EUR/RC57/R1 и EUR/RC59/R4 о стратегиях в отношении кадров здравоохранения, которые призывают государства-члены активизировать усилия по разработке и осуществлению политики, стратегий и планов в отношении кадров здравоохранения, что является одной из важнейших составляющих деятельности по укреплению систем здравоохранения. Региональное бюро и европейские государства-члены ВОЗ сыграли ведущую роль в разработке Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, принятого на Шестидесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2010 г. (резолюция WHA63.16), в котором устанавливаются и поддерживаются этические принципы международного найма медицинского персонала как один из элементов укрепления систем здравоохранения (45).

Хотя реализация положений Кодекса и отчетность об этом являются важнейшим средством оценки кадровых ресурсов здравоохранения, первостепенное значение имеют содержание и цели национальной стратегии, в которой всем заинтересованным сторонам указывается, как руководить кадрами здравоохранения таким образом, чтобы они имелись в наличии, были доступны, приемлемы и отличались высоким качеством, и как обеспечивать удовлетворение их потребностей. Важным инструментом для определения содержания таких направлений политики и стратегий в ближайшие годы будет концепция НДПК (единство наличия, доступности, приемлемости и качества) (28)³, которая была недавно одобрена на Третьем глобальном форуме по проблемам кадров здравоохранения. На сегодняшний день стратегии в отношении кадровых ресурсов здравоохранения разрабатывают несколько стран: о серьезной активности в этом направлении сообщили Бельгия, Италия, Норвегия, Республика Молдова, Соединенное Королевство, Турция и Финляндия. В Чешской Республике признана необходимость иметь комплексную систему планирования кадровых ресурсов, однако начать осуществление замыслов пока не удастся. В ответе страны на вопросник отмечается, что необходимость обеспечения достаточной численности кадров и нужного профессионально-квалификационного состава для удовлетворения как нынешних, так и будущих потребностей находится в числе наиболее приоритетных пунктов политической повестки дня, особенно учитывая теперешнюю мобильность кадров. В Латвии был начат процесс разработки комплексной стратегии в отношении кадровых ресурсов для сектора здравоохранения на период до 2020 г. В Черногории разработан план развития кадровых ресурсов на период до 2022 г., в котором поставлены цели обеспечить страну компетентными, квалифицированными, знающими и мотивированными медицинскими работниками. В этом плане также предусматривается оптимальное распределение кадров по географическим регионам страны, по уровням медицинской помощи и медицинским специальностям в соответствии с эпидемиологическими потребностями. В Республике Молдова принят комплексный план развития кадровых ресурсов для сектора здравоохранения как один из элементов более широкого плана развития системы здравоохранения. Приоритеты в этом плане включают повышение престижа работников первичного звена, укрепление их потенциала, выработку у них должной мотивации, обеспечение достаточного финансирования и укрепление имеющейся у них материально-технической базы, включая информационные

³ На момент написания доклада в свою стратегию в отношении кадров здравоохранения эту концепцию ввела только Ирландия.

технологии. Серьезное внимание уделено укреплению потенциала семейных врачей, в том числе организационному управлению и пересмотру программ начальной подготовки семейных врачей и медсестер. Также в стратегии страны в области общественного здравоохранения усилено внимание к развитию его кадров, для чего была поставлена задача изменить баланс кадровых ресурсов так, чтобы он соответствовал приоритетам сегодняшнего дня (например, посредством подготовки большего числа специалистов общественного здравоохранения в области профилактики НИЗ). Однако во всем Регионе переориентации кадров здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь угрожает старение этих кадров (33). В бывшей югославской Республике Македония ярким примером политики страны в области сохранения кадров в секторе здравоохранения является субсидия, предоставляемая поставщикам первичной помощи, таким как врачи общей практики (ВОП) и аптеки, которые работают в местах, где не обеспечивается достаточный уровень медицинского обслуживания – прежде всего в сельских, малонаселенных и труднодоступных районах. Многие страны, в том числе Португалия, Республика Молдова, Словакия и Словения особое внимание уделяют укреплению кадров общественного здравоохранения. Несколько стран Юго-Восточной Европы разработали и приняли стратегию «Юго-Восточная Европа (ЮВЕ)-2020», в которой поставлена цель создать рабочие места и обеспечить процветание в Европе (46). В этой стратегии есть раздел, посвященный здравоохранению, и конкретный план действий по созданию рабочих мест в секторе медико-санитарной помощи.

Обеспечение справедливого доступа к высококачественной медицинской продукции

Во всех европейских странах были осуществлены меры по реформированию политики в области фармацевтических препаратов, и эта работа продолжается – данная область отличается высокой динамичностью и поэтому в настоящем докладе невозможно привести полный перечень этих мер. Реформы в области фармацевтических препаратов, осуществленные в Регионе, включают множество стратегических изменений, таких как снижение цен, использование скидок, уступки, компенсация сумм, израсходованных на увеличение государственных пособий, дополнительными налогами, пересмотр условий вознаграждения за дистрибуцию, изменения в НДС и процедуры возмещения расходов. В целом в странах с высоким уровнем доходов общая цель заключается в контроле за государственными расходами на фармацевтические препараты (сдерживании расходов). В странах со средним уровнем доходов акцент делается на расширении доступа, однако в некоторых странах остаются высокими платежи из собственного кармана за медицинскую продукцию – это особенно характерно для стран Центральной Европы и новых независимых государств. Все страны, готовящиеся к вступлению в ЕС, в настоящее время обновляют свои системы обеспечения фармацевтическими препаратами с целью сближения их с системами, принятыми в ЕС. Эти страны могут столкнуться с такими проблемами в области прав интеллектуальной собственности, как охрана патентных прав, поэтому субрегиональное сотрудничество и сотрудничество с Европейским патентным ведомством должно осуществляться таким образом, чтобы не забывать о необходимости поддержания доступа к лекарственным препаратам. В целом в большинстве ответов на вопросник сообщалось о ведении работы по обеспечению наилучших возможных исходов путем расширения доступа к лекарствам и усиления внимания к изучению возможностей использования дженериков.

Хотя некоторые европейские страны традиционно не занимались активным установлением приоритетов относительно доступа к ТЗФП, подобные стратегии все чаще рассматриваются как критически важные для повышения рациональности расходов при сохранении разумного баланса между доступом и обеспечением положительного соотношения затрат и эффективности. Страны, в которых имеются стратегии относительно ТЗФП, выдвигают в качестве приоритетов ценовую доступность, физический доступ, справедливость, качество и инновационность: такие стратегии помогают уравновешивать спрос на новые лекарственные препараты и финансовые последствия их внедрения. В некоторых странах

реформы политики были весьма существенными и затронули весь жизненный цикл ТЗФП. В 2012 г. в Армении был разработан новый закон о лекарственных препаратах с целью совершенствования регуляторных функций, касающихся разрешений на сбыт, контроля импорта, регулирования цен, регламентирования клинических испытаний, рекламы, фармаконадзора и контроля качества. Эстония также осуществила полную реформу в сфере фармацевтических препаратов, и министерство социальных дел в настоящее время разрабатывает национальную политику в области лекарственных средств в предвидении множества трудностей, которые возникнут в будущем, в частности, в области расходов на фармацевтические препараты. Новая политика Республики Молдова в области лекарственных препаратов охватывает вопросы разрешений, финансирования, ценообразования и закупок. При поддержке ВОЗ как до, так и во время реформы этой политики были проведены оценки рынка фармацевтических препаратов, чтобы подкрепить реформу новейшими фактическими данными. Эти оценки касались таких вопросов, как возможные препятствия, мешающие наличию и ценовой доступности жизненно необходимых лекарств, цены на лекарства, отпускаемые по рецепту, в сравнении с ценами в других странах, преобладающая практика при назначении дженериков и патентованных лекарственных средств, компоненты цен на лекарственные средства и закупки.

Одним из методов сдерживания расходов на фармацевтические препараты является увеличение поддержки лекарств-дженериков. Венгрия приступила к реформированию рынка фармацевтических препаратов с целью оптимизации применения лекарственных средств и улучшения конкурентной среды для дженериков в условиях глобального экономического кризиса. Было решено преодолевать как краткосрочные, так и долгосрочные проблемы, созданные кризисом, а также осуществлять необходимую модернизацию. Финансовые меры включают значительные сокращения бюджета в секторе фармацевтических препаратов, однако эти сокращения были компенсированы за счет изменений в платежных обязательствах производителей фармацевтических препаратов, усиления конкуренции со стороны дженериков, требований по обеспечению соблюдения пациентами режима лечения, пересмотра протоколов медикаментозного лечения, изменения в объемах субсидирования и введения рецептов с указанием международных непатентованных наименований для отдельных действующих ингредиентов. В результате цены на фармацевтические препараты снизились, финансовое бремя для пациентов не увеличилось, а в схему возмещения расходов был введен целый ряд новых, инновационных лекарственных средств. В Ирландии в последние годы была проведена серия реформ, включающих систему замены оригинальных препаратов на дженерики и референтное ценообразование. Были также снижены цены и плата за аптечные услуги и увеличены платежи, взимаемые с пациентов. Эти изменения привели к снижению цен на тысячи лекарств: в период с 2009 по 2013 г. было достигнуто снижение примерно на 30% по каждому препарату, расходы на приобретение которого подлежат компенсации. Недавно в Таджикистане принято постановление, согласно которому назначение лечения дженериками является обязательным.

Одной из самых трудных задач, стоящих перед системами здравоохранения в Европе и во всем мире, является обеспечение устойчивого наличия ТЗФП и доступа к ним в долгосрочной перспективе. Лица, принимающие решения, все чаще оказываются перед непростым выбором между различными вариантами новых ТЗФП. В 2012 г. Кыргызстан, Туркменистан и Украина получили от Регионального бюро техническую помощь для пересмотра своих перечней основных лекарственных средств с тем, чтобы их лекарственные средства стали более доступными по цене для населения. Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Мальта, Республика Молдова, Словакия и Черногория также сообщили о том, что доступ к фармацевтическим препаратам у них улучшается.

В нескольких странах усилия были сосредоточены на реформировании формуляров лекарственных средств. В Беларуси формуляр включает все фармацевтические препараты, разрешенные к использованию в стране, и все они должны пройти проверку на действенность и безопасность, а также на приемлемость по затратам и стоимости с точки зрения имеющихся в наличии финансовых ресурсов, выделяемых на медико-санитарную помощь. Формуляр

увязан с перечнем основных лекарственных средств, ежегодными планами централизованных закупок, протоколами лечения и маршрутами помощи. Кыргызстан сообщил о реформе, направленной на создание системы гарантии качества фармацевтических препаратов в стране. Основными этапами реформы являются введение регистрации фармацевтических препаратов для использования в стране, оценка их безопасности, качества и действенности, лицензирование всех видов деятельности в фармацевтическом секторе и инспектирование сектора. Литва разрабатывает положение о клинических испытаниях медицинской продукции, предназначенной для использования людьми, и законодательство в сфере медицинских приборов. В Турции создана новая и эффективная система управления в области фармацевтических препаратов и был проведен целый ряд региональных мероприятий, организованных ВОЗ, по обеспечению регулирования оборота медицинской продукции, в том числе учебные курсы для координаторов из центральных директивных ведомств по применению системы надзора и мониторинга для уведомления ВОЗ о некачественных, поддельных, имеющих ложную маркировку, фальсифицированных и контрафактных медицинских изделиях. Туркменистан тоже сотрудничает с ВОЗ в совершенствовании своей системы регулирования фармацевтических препаратов. Узбекистан создает систему контроля качества фармацевтических препаратов.

Механизмы обеспечения качества включают регулирование цепи поставок медицинской продукции, включая медицинские технологии, таким образом, чтобы можно было контролировать торговлю и использование этой продукции. Там, где предпринимаются попытки разработать системы и процессы для оптимизации внедрения и использования ТЗФП, важными механизмами являются нормативное и законодательное регулирование, причем как для стран, уже имеющих давно сложившиеся политику и традиции регулирования лекарственных средств, так и для стран с менее развитыми системами. Армения начала реформы в области регулирования лекарственных средств с целью создания системы, которую можно будет постоянно адаптировать к изменениям, вызываемым глобальным научно-техническим прогрессом. В соответствии с новым законодательством, лекарственные препараты, продаваемые в Армении, должны проходить оценку и регистрироваться. Было принято и гармонизировано со стандартами ЕС руководство по надлежащей практике производства и создана инспекция в структуре Научного центра экспертиз лекарственных препаратов и медицинской технологии министерства здравоохранения. Это руководство внедрено во всех национальных фармацевтических компаниях. В Республике Молдова новая политика в отношении лекарственных средств охватывает вопросы разрешений, финансирования, ценообразования и закупок; допускается импорт только разрешенных лекарств, зарегистрированных в государственной номенклатуре, а врачи назначают лекарственные средства, используя международное непатентованное название действующего вещества в лекарстве. Для улучшения стратегического руководства системой министерством здравоохранения было образовано агентство по лекарственным препаратам и медицинским технологиям и была внедрена информационная система управления медицинскими приборами. В Сербии создана база данных об оборудовании общенационального значения, которая используется для обеспечения наличия такого оборудования.

В интересах улучшения доступа к инновациям и самым необходимым технологиям страны особенно активно ведут работу по определению приоритетности, прибегая к таким методам, как сканирование горизонтов и оценка технологий здравоохранения (ОТЗ). ОТЗ используется главным образом в области фармацевтических препаратов и для составления клинических руководств; ОТЗ также применяется, хотя и в более ограниченной степени ввиду политических и технических трудностей, для определения пакетов льгот (39). В этой области доминирует опыт таких стран, как Соединенное Королевство, где существует Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (NICE), и Франции, где действует Национальное агентство здравоохранения (Haute Autorité de Santé). В опубликованном недавно докладе Регионального бюро о доступе к новым лекарственным препаратам в Европе (47) в обобщенном виде представлена работа европейских стран в области сканирования горизонтов и прогнозирования для внедрения

новой медицинской продукции, а также перечислены инициативы по ОТЗ в разных странах. Более подробно эта тема раскрывается в разделе, посвященном третьему обязательству, содержащемуся в Таллиннской хартии.

Обеспечение соответствия деятельности систем здравоохранения целям политики Здоровье-2020

Организаторы систем здравоохранения (обычно это министерства здравоохранения) несут ответственность за разработку НСПЗ и других подобных им документов, в которых определяется общая направленность и логическая последовательность работы по улучшению здоровья населения (48); с этой целью многие страны в Регионе разработали новые национальные и территориальные стратегии и планы развития здравоохранения и эквивалентные им документы (49). В таких странах, как Австрия, Германия, Испания, Италия и Соединенное Королевство процесс формирования политики здравоохранения был децентрализован, тогда как Латвия, Литва, Республика Молдова, Таджикистан, Франция и Эстония в большей или меньшей степени сохранили этот процесс на национальном уровне. Постольку, поскольку в этих стратегиях и планах принципы и ценности систем здравоохранения применяются к постановке стратегических целей, задач и целевых ориентиров в области здравоохранения, они успешно служат инструментами повышения уровня подотчетности в секторе здравоохранения. Другими механизмами, которые страны в Регионе используют для установления национальных целей и задач в области здравоохранения, являются такие инструменты политики, как национальные целевые показатели здоровья, наборы национальных приоритетов или приоритетные области здравоохранения, а также цели и задачи для систем здравоохранения, включенные в более широкую многосекторальную программу реформ. В нескольких странах важным аспектом разработки НСПЗ по-прежнему являются усилия по улучшению и совершенствованию самого процесса установления приоритетов. В других странах принят иной подход: устанавливаются целевые показатели деятельности организаций, влияющие на стратегические направления развития систем здравоохранения в тех областях, в которых министерство здравоохранения уполномочено выполнять функции планирования. Иногда цели и задачи в области здравоохранения определяются в программах реформирования системы здравоохранения; к другим механизмам, посредством которых они устанавливаются, относятся законодательство и нормативное регулирование.

Несколько стран использовали свои национальные и региональные стратегии или планы в области здравоохранения для того, чтобы встроить свои системы здравоохранения в более широкий контекст политики Здоровье-2020 и тем самым укрепить общественное здравоохранение с тем, чтобы решать проблемы несправедливости в отношении здоровья. Некоторые страны, например, используют формулировки, в которых внимание концентрируется на уязвимых группах. Азербайджан сообщил об успехе своей программы снижения бедности на период 2008-2015 гг., которая предусматривает социальную защиту и улучшение доступа к высококачественным медицинским услугам и образованию и обеспечение их ценовой доступности. Однако из ответов на вопросник не вполне понятно, как в этих стратегиях будет определена приоритетность либо научных исследований и научных данных, необходимых для понимания неравенств, касающихся поведения людей по отношению к своему здоровью и услуг здравоохранения, либо формирования общественной поддержки принципа справедливости в отношении здоровья (например, посредством информационных кампаний и мер по повышению осведомленности населения). В начале 2013 г. Совет Министров Болгарии принял национальную стратегию снижения бедности и содействия вовлечению в жизнь общества до 2020 г. Цель ее состоит в том, чтобы выработать и осуществить единый, логически связанный и устойчивый курс на вовлечение граждан в жизнь общества и улучшение их жизни. Сообщается, что главный упор делается на улучшение качества жизни уязвимых групп болгарского общества, в первую очередь – молодых людей, бросивших школу, и лиц пожилого возраста. Во Франции министерство здравоохранения для того, чтобы исправить ситуацию с неравномерным распределением

медицинских работников и устранить неравенства в доступе к помощи, подготовило новый законопроект, в котором речь идет о «территориальном здравоохранении». В стратегии поставлены три большие цели: обновление начальной подготовки врачей, улучшение условий труда медицинских работников и вложение средств в удаленные районы. Этим целям сопутствуют 12 обязательств. Они были представлены парламенту в первой половине 2015 г. В стратегии в области общественного здравоохранения Латвии на 2014-2020 гг., которая была принята правительством в 2014 г., ясно выделены две главные цели – предупреждение несправедливости в отношении здоровья и гарантирование равных возможностей для всех жителей Латвии в вопросах укрепления здоровья и медицинской помощи. В национальной стратегии Норвегии в области охраны здоровья иммигрантов на 2013-2017 гг. особый упор сделан на роль кадров здравоохранения в обеспечении гарантированного доступа для иммигрантов. Одной из трех стратегических целей национальной программы здравоохранения Польши на период 2007-2015 гг. является снижение неравенств в отношении здоровья и доступа к медицинскому обслуживанию. Эта цель была определена в результате подготовки двух докладов, основанных на эмпирических анализах социальных неравенств в отношении здоровья и медико-санитарных и социально-экономических характеристик населения Польши на районном уровне; оба доклада готовили многопрофильные группы польских экспертов в тесном сотрудничестве с ВОЗ. Польша также ввела систему региональных карт потребностей в медико-санитарной помощи, которые помогают правительству выявлять региональные неравенства и направлять помощь туда, где она нужна более всего. Российская Федерация сообщила о том, что в ее политике особое внимание уделяется справедливости услуг и потребностям уязвимых групп. С этой целью в стране разработаны и приняты различные программы и постановления, включая программу дополнительного охвата лекарственными препаратами, действующую в амбулаторных и стационарных учреждениях.

Несколько стран в положительно выраженной форме усилили значение общегосударственного подхода и принципа участия всего общества, которые заложены в политике Здоровье-2020, что отражает обнадеживающую тенденцию и актуальность рамочных основ политики здравоохранения – Здоровье-2020. Это касается НСПЗ в Венгрии, Израиле (50), Латвии, Литве, Российской Федерации, Украине и Хорватии. Хорватская стратегия здравоохранения на 2012-2020 гг. является рамочным документом, содержащим конкретные приоритеты, цели и меры, которые необходимо принимать вплоть до 2020 г., и в нем поставлена главная цель в контексте современного этапа – преодолеть трудности и использовать благоприятные возможности, связанные с вступлением страны в ЕС в июле 2013 г. Источником вдохновения для этой стратегии служит политика Здоровье-2020, и это проявляется в разных формах: фундаментальные ценности и принципы стратегии соответствуют ценностям и принципам основ европейской политики здравоохранения; в качестве положительно сформулированной цели определено сотрудничество с другими секторами, да и охватываемый период был выбран такой же, как в политике Здоровье-2020. Чешская Республика подготовила национальную стратегию охраны и укрепления здоровья и профилактики заболеваний, связанную с политикой Здоровье-2020, которая была принята правительством и парламентом в 2014 г. Цель стратегии – усилить систему мер по охране и укреплению здоровья и профилактике заболеваний и внедрить рациональные и устойчивые механизмы улучшения здоровья населения. В ней подтверждается целостный подход к здравоохранению и принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях и направлениях политики, в соответствии с которым здоровье входит в число главных общественных и экономических ресурсов и ценностей. Аналогичным образом, принятая парламентом Литвы программа здравоохранения на 2014-2025 гг. была разработана под влиянием целей и принципов политики Здоровье-2020. Она охватывает широкий круг областей общественного здравоохранения, включая укрепление здоровья на всех этапах жизни человека и меры воздействия на более широкие детерминанты здоровья. Главные подходы к укреплению здоровья населения и снижению неравенств в этой программе полностью совпадают с передовой практикой в Европе и во всем мире, и в ней ясно выражены связи между социальными и экологическими детерминантами здоровья и подходом к здоровью, охватывающим все этапы жизненного цикла. Стратегической целью программы является улучшение здоровья и достижение большей продолжительности

жизни для населения Литвы, а также снижение неравенств в отношении здоровья. В 2013 г. парламент Норвегии принял новую национальную стратегию учета интересов здоровья во всех направлениях политики, которая описана в правительственном документе – Белой книге «Хорошее здоровье – общая ответственность» и направлена на то, чтобы заново определить национальные цели в области здравоохранения после окончания действия национального плана здравоохранения 2007-2010 гг.

Эти стратегии еще более эффективны там, где политика здравоохранения не только вписывается в рамки принципов политики Здоровье-2020, но и интегрирована в более широкие национальные планы в области развития. Цели политики в области социального обеспечения и здравоохранения Финляндии изложены в национальном плане развития страны «Социально устойчивая Финляндия-2020». Его главная идея состоит в том, что в 2020 г. Финляндия будет представлять собой социально устойчивое и живущее полноценной жизнью общество, в сбалансированное развитие которого будут вносить свой вклад ценности равенства, духовного и материального благополучия, гендерного равенства и экономической, социальной и экологической устойчивости. В Латвии главным документом стратегического планирования для системы здравоохранения является ее стратегия в области общественного здравоохранения на период 2014-2020 гг. – среднесрочный план, базирующийся на политике Здоровье-2020, который был синхронизирован с национальным планом развития страны до 2020 г. и новым финансовым программным периодом ЕС.

ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ 2

Вторым в Таллиннской хартии является обязательство инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать соответствующим инвестициям во всех отраслях, влияющих на здоровье, используя фактические данные, подтверждающие связи между социально-экономическим развитием и здоровьем.

Главные тезисы

- Страны в Европейском регионе все чаще сообщают о том, что они предоставляют медико-санитарные услуги в нетрадиционных местах (таких как школы, предприятия и организации, где работают люди, микрорайоны социального жилья и коммунальные службы). В нескольких странах особенно активно осуществляется сотрудничество с другими секторами в вопросах охраны здоровья детей и предоставления услуг лицам пожилого возраста.
- Межведомственное сотрудничество служит средством обеспечения согласованности финансовых потоков в контексте планирования инвестиций, причем потоки увязываются с определенными в законе целями. Подобное совместное финансирование укрепляет приверженность партнеров и тем самым обеспечивает больше определенности в вопросах финансирования.
- Ширится межведомственное сотрудничество для решения проблем кадров здравоохранения на глобальном, региональном, субрегиональном и страновом уровнях. Большинство действий на межведомственном уровне в интересах кадров здравоохранения предполагает тесное сотрудничество между министерствами здравоохранения, финансов, труда и образования. В некоторых странах межведомственное сотрудничество также позволило улучшить условия труда работников здравоохранения.
- В большинстве стран активизировалось сотрудничество между министерством здравоохранения и сектором торговли в целях оптимизации доступности, наличия, приемлемости и качества ТЗФП. Несколько стран активно поддерживают передачу знаний между научно-исследовательскими институтами и промышленностью для облегчения доступа к новой медицинской продукции.
- Для того, чтобы улучшить ведение и профилактику заболеваний, страны благодаря межведомственному сотрудничеству также добились улучшений в доступности ТЗФП по приемлемым для государства ценам. Однако в случае некоторых новейших видов медицинской продукции это не всегда оказывается возможным.
- Для осуществления стратегий укрепления здоровья с участием многих секторов особенно полезны международные механизмы. В частности, страны активно координировали действия в различных секторах с целью изменения тенденций в курении, потреблении алкоголя, ожирении, дорожно-транспортном травматизме и неправильном питании.
- Распространенными инструментами налаживания межведомственного сотрудничества являются межведомственные комиссии и совместное планирование и установление приоритетности действий.
- Некоторые страны занимают лидирующие позиции в организации методического руководства деятельностью других секторов по улучшению здоровья населения посредством проведения оценок воздействия на здоровье (ОВЗ) и оценок воздействия на справедливость в отношении здоровья.

Чаще всего в ответах на вопросник фигурировали действия, связанные с межведомственным сотрудничеством, осуществляемым по инициативе или под руководством министерств здравоохранения. Страны в Европейском регионе недвусмысленно признали, что для улучшения итоговых показателей здоровья населения системы здравоохранения должны участвовать в межведомственном сотрудничестве. Анализ и оценка видов деятельности, о которых сообщалось в связи с этим вторым обязательством, сосредоточены на тех из

них, в которых министр здравоохранения является основным организатором и выполняет роль катализатора и/или ведущего исполнителя.

По мере того, как обрабатывались ответы на вопросник, становилось ясно, что межведомственное сотрудничество приносит пользу системе здравоохранения в самых разных формах, помогая ей укрепить ее собственные основные функции предоставления услуг, обеспечения финансирования и формирования и организации использования ресурсов.

Нетрадиционные места предоставления медицинских услуг как точка приложения усилий

Реалии жизни таковы, что здоровье отдельно взятого человека в основном поддерживается дома и в местном сообществе, тогда как лечебные учреждения и работники здравоохранения, занимающиеся лечебной работой, поддерживают здоровье или удовлетворяют потребности в медицинских услугах лишь в течение определенных этапов жизненного цикла или у меньшинства населения (32). Поэтому так важно, чтобы министерства здравоохранения координировали установление приоритетов в предоставлении медицинских услуг с другими министерствами (прежде всего образования, труда, жилищно-коммунального хозяйства и окружающей среды). И действительно, страны в Европейском регионе сообщили, что у них расширяется доступ к медицинским услугам и повышается адекватность и действенность услуг, предоставляемых совместно с различными другими секторами в не традиционных для этого местах и условиях (например, в рамках инициатив по охране здоровья в школе, в виде услуг по гигиене труда, в микрорайонах социального жилья и через коммунальные службы). В нескольких странах особенно активно организуется сотрудничество с другими секторами для принятия мер по охране здоровья детей и медицинскому обслуживанию лиц пожилого возраста. Однако, если не предоставлять таких услуг непрерывно, на всех этапах жизни человека или не принимать мер в связи с полиморбидностью, возникает риск того, что эти меры будут недолговечными и не будут стабильными. На Кипре министерство здравоохранения сотрудничает с министерством образования и культуры в предоставлении таких медицинских услуг в школах, как диспансеризация, иммунизация и осмотры полости рта. Кроме того, в средних школах осуществляются программы укрепления здоровья и санитарного просвещения по ВИЧ-инфекции и заболеваниям, передаваемым половым путем, а в начальных школах – по курению, здоровому питанию, здоровью сердечно-сосудистой системы и профилактике несчастных случаев. В Чешской Республике совместно с министерством образования, по делам молодежи и спорта были организованы программы школьного питания, сопровождаемые проведением оздоровительных кампаний и применением методов социального маркетинга. Также в школах улучшаются условия окружающей среды, способствующие укреплению здоровья, благодаря наличию здоровых вариантов выбора продуктов в торговых автоматах и школьных столовых. Принятая в Финляндии политика в области пищевых продуктов и питания предписывает предоставлять здоровую пищу бесплатно всем детям и подросткам в начальной и средней школе, в детских садах и центрах дневного пребывания, а студентам и на предприятиях и в организациях должно предоставляться субсидируемое питание. Питание, приготовление пищи и санитарное просвещение являются обязательной частью базового образования в Финляндии. Министерство здравоохранения Латвии сотрудничает с министерствами сельского хозяйства и образования и науки в реализации программ поддержки предоставления молока и фруктов в школах. Оно также взаимодействует с Центром по профилактике и контролю заболеваний, продовольственной и ветеринарной службой и министерствами сельского хозяйства и образования и науки в реализации национальной программы «Здоровые школы», которая включает меры по выработке здоровых пищевых привычек и повышению уровней физической активности. Польша осуществила инвестиции в инфраструктуру медико-санитарной помощи с целью поддержки строительства игровых площадок и спортивных сооружений для детей.

Также сообщается, что учреждения, не входящие в систему здравоохранения, тоже играют важную роль в обслуживании лиц пожилого возраста. Среди действующих субъектов в этом процессе отмечаются сектор социального обслуживания, который в Нидерландах и Соединенном Королевстве организует на контрактной основе предоставление услуг на дому, и службы телездоровоохранения. В Дании и Норвегии развитием реабилитации на дому активно занимаются муниципалитеты. Вместе со службами волонтеров они создают условия для здорового образа жизни и осуществляют целый ряд социальных программ для лиц пожилого возраста; также было внедрено обслуживание в домах инвалидов и престарелых (35).

Упорядочение и согласование финансовых потоков внутри секторов и между секторами

Проблемы раздробленности, негибкости структур финансирования и неудовлетворительное сотрудничество между секторами в вопросах ведения хронических нарушений здоровья и инвалидности в сочетании с трудностью поддержания инициатив в областях укрепления здоровья и общественного здравоохранения в странах с высоким уровнем доходов вызвали к жизни инициативы по совместному составлению бюджета и контролю за его исполнением (51). Совместные бюджеты также рассматриваются как путь к экономии ресурсов за счет их рационального использования и расширяют возможности выбора для пользователей услуг в таких моделях, где они получают прямой контроль над исполнением бюджетов. Примеры совместного составления бюджета и контроля его исполнения и обсуждения этого подхода в стратегических документах в сфере здравоохранения можно найти в целом ряде стран, в том числе в Англии, Германии, Ирландии, Италии, Нидерландах, Норвегии, Швеции, Финляндии и Франции.

Межведомственное сотрудничество служит средством согласования финансовых потоков в контексте планирования инвестиций, причем потоки увязываются с определенными в законе целями. Подобное совместное финансирование укрепляет приверженность партнеров и тем самым обеспечивает больше определенности в вопросах финансирования. В Финляндии выделение средств на реализацию политики общественного здравоохранения гарантируется бюджетом, предусмотренным в межведомственных планах действий, таких как национальный план действий по снижению неравенств в отношении здоровья, принятый в 2008 г. Во Франции уровень финансовой согласованности между министерствами здравоохранения и социальной помощи особенно высок в областях охраны психического здоровья и долговременного ухода. Германия недавно приняла новый закон об общественном здравоохранении, согласно которому увеличивается объем финансирования областей укрепления здоровья и профилактики заболеваний с привлечением средств фонда социального медицинского страхования, социального пенсионного фонда, фонда социального страхования от травматизма и фонда долговременного сестринского ухода. В Соединенном Королевстве были приняты новые меры для поддержки сотрудничества и согласования планируемых инвестиций с целями, предусмотренными законом, благодаря чему направляются ресурсы на поддержку снижения неравенств в отношении здоровья. Создано два механизма управления: первый включает ревизии расходов по всем статьям, касающимся целей снижения неравенств; второй представляет собой процесс заключения соглашения о достижении широких общенациональных целей, в котором одной стороной выступают центральное правительство и его министерства, а другой – местный уровень. Такие соглашения между государственными службами связаны с ревизиями расходов и служат основой для того, чтобы министерства, местные органы власти и другие организации местного уровня договаривались о целевых показателях для руководства действиями государственных органов и их координации. Так вопросы здравоохранения и благополучия оказываются включенными в национальную политику.

Одна из особенностей многих инициатив подобного рода состоит в том, что они направлены на легко определяемые группы населения, имеющие выраженную потребность не только

в медико-санитарных услугах, но и в поддержке со стороны служб социальной помощи, образования, жилья и занятости. Для обеспечения непрерывности оказания помощи и поддержки таким группам населения требуется согласованный подход всех секторов и программ. Часто предпринимаются инициативы с положительно выраженной целью преодолеть раздробленность в финансировании и предоставлении услуг, которая мешает развитию маршрутов помощи без резких переходов.

В организации совместного финансирования служб и программ, оказывающих помощь лицам пожилого возраста, у которых может быть слабое здоровье, а также людям с ограниченными физическими возможностями или хроническими расстройствами здоровья, в том числе с нарушениями психического здоровья, особенно продвинулись Швеция и четыре региона, образующих Соединенное Королевство (52). Объединенные бюджеты также используются для того, чтобы помочь в разработке совместных подходов к реабилитации и возвращению трудоспособности лицам с хроническими нарушениями здоровья, как, например, в случае заболеваний костно-мышечной системы в Швеции, где для решения такой проблемы сотрудничают секторы здравоохранения, социального страхования и социальной работы. В Англии, Шотландии и Уэльсе инициативы по повышению безопасности дорожного движения тоже объединяют партнеров из секторов здравоохранения, транспорта, охраны детства и техники безопасности.

При всех разговорах и стратегических документах о сотрудничестве и совместном финансировании (51) лишь небольшое число стран сообщили в своих ответах на вопросник сведения по этой теме. Совместное финансирование может способствовать распространению устойчивых перемен в политике разных секторов, поскольку оно создает общую финансовую ответственность и отношение полноправного хозяина. Вполне возможно, что экономический спад будет препятствовать мобилизации финансирования.

Важным видом деятельности, отражающим приверженность принципам и ценностям Таллиннской хартии, является мониторинг того, насколько сильно в результате изменений в бюджетах здравоохранения пострадало здоровье бедных людей. На сегодняшний день только Ирландия сообщила о том, что такая оценка в стране была проведена.

Обеспечение наличия кадров здравоохранения усилиями всех секторов

Помочь странам планировать более устойчивые кадровые ресурсы здравоохранения может межведомственное сотрудничество, в частности, потому, что на спрос и предложение в сфере кадровых ресурсов большое влияние оказывает целый ряд факторов, действующих за пределами системы здравоохранения. Во всех дискуссиях по поводу сценариев будущего необходимо принимать во внимание весь спектр движущих сил, под воздействием которых формируются кадровые ресурсы, включая меняющиеся потребности в медицинской помощи, демографические тенденции, такие как старение, мобильность населения, в том числе самих кадров здравоохранения, меняющиеся ожидания потребителей, рост частных медицинских услуг и наличие глобального рынка труда для медицинских работников. Для облегчения анализа рынка труда и прогнозирования и планирования кадров здравоохранения как внутри страны, так и за рубежом, страны могут организовывать взаимодействие с другими секторами в развитии и укреплении информационных систем по кадрам здравоохранения.

Большинство действий на межведомственном уровне в интересах кадров здравоохранения предполагает тесное сотрудничество между министерствами здравоохранения, финансов, труда и образования. Планирование и прогнозирование с участием различных секторов может помочь лицам, принимающим решения, предвосхищать изменения и вносить коррективы в планы так, чтобы в соответствии с этим формировать кадры здравоохранения и направлять их работу. Например, в Финляндии осуществляется сотрудничество между разными секторами на национальном уровне, позволяющее включать вопросы кадров

здравоохранения во все программы социального развития и здравоохранения, принимаемые правительством. Важнейшим инструментом планирования будущих потребностей является национальная система мониторинга спроса и предложения кадров здравоохранения. Решающими факторами успеха Финляндии были хорошо отлаженная система мониторинга запасов и потоков, традиция партнерства и сотрудничества между разными секторами, прогнозирование и планирование для обоснования принимаемых политических решений, поощрение молодежи к получению высшего образования и тесное взаимодействие с министерством образования и культуры. Министерство финансов совместно с министерствами здравоохранения, образования, культуры и занятости населения публикует доклады с долгосрочными прогнозами потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения.

Большинство действий на межведомственном уровне, о которых сообщается в Европейском регионе, связано с обеспечением соответствия между быстро меняющимися потребностями и образованием работников здравоохранения. Министерство здравоохранения Чешской Республики тесно сотрудничает с министерствами образования и финансов, добиваясь увеличения объемов финансирования программ непрерывного повышения квалификации и учения на протяжении всей жизни и улучшения возможности сектора здравоохранения определять программы и формы образования исходя из потребностей своих кадров. Министерство здравоохранения также привлекло другие министерства к работе по совершенствованию правовых инструментов, защищающих интересы кадров здравоохранения и гарантирующих безопасность их труда. Совместно с министерством труда ему удалось не только увеличить зарплату на 15%, но и повысить уровень соблюдения трудового законодательства страны, благодаря чему медицинские сестры не доводятся до истощения моральных и физических сил из-за нехватки персонала. Правительство также начало создавать при больницах детские ясли, чтобы у работников здравоохранения был легкий доступ к уходу за детьми и чтобы облегчить возвращение на работу после отпуска по беременности и родам. Еще одним примером межведомственной инициативы, направленной на создание рабочих мест в секторе здравоохранения, является межведомственная стратегия «ЮВЕ-2020», которая действует в странах Юго-Восточной Европы – кандидатах на вступление в ЕС (Албании, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова, Сербии и Черногории) (46).

Стимулирование сотрудничества в целях повышения качества научных исследований и разработок ТЗФП

Как отмечалось выше, в области ТЗФП в результате реформ произошли колоссальные изменения. Между всеми пятьюдесятью тремя странами, входящими в Европейский регион, существуют огромные различия в деятельности по улучшению доступа к жизненно необходимой медицинской продукции. Однако общим для всех признаком является расширение сотрудничества между министерством здравоохранения и сектором торговли, направленного на оптимизацию доступности, наличия, приемлемости и качества ТЗФП.

Все более важной сферой приложения усилий в межведомственном сотрудничестве является развитие электронного здравоохранения и ТЗФП. В июле 2014 г. Эстония сформировала межотраслевую специальную рабочую группу, в которую вошли представители различных министерств, Эстонского фонда медицинского страхования, научных кругов, пациентов, сектора здравоохранения и частного сектора. Группе было поручено к ноябрю 2015 г. разработать национальную стратегию в области электронного здравоохранения.

Усиление роли стратегического управления

Наиболее заметно роль стратегического управления усилилась благодаря межведомственному сотрудничеству: другие секторы осуществили стратегии, позволяющие добиться

максимального улучшения здоровья и в результате улучшить итоговые показатели здоровья населения и минимизировать бремя болезней (53). Особенно важную роль в осуществлении межведомственных стратегий укрепления здоровья играют международные рамочные механизмы (например, в таких областях, как борьба против потребления табака и алкоголя, предупреждение насилия и травматизма, безопасность дорожного движения и так далее), поскольку они содержат научно обоснованные методические указания относительно высокоэффективных, экономически оправданных, приемлемых по стоимости и осуществимых мер вмешательства.

Несколько стран активно осуществляют координацию действий различных секторов, направленных на изменение тенденций в потреблении табака. Например, в Европейском регионе 47 стран используют Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) для формирования собственных межведомственных стратегий в отношении табака. В Беларуси ежегодно повышаются цены на табачные изделия. В странах Таможенного союза ЕС⁴ проводится последовательная политика постепенного установления единых цен на табачные изделия. В Беларуси в указе президента о государственном регулировании производства, оборота и потребления табака и табачных изделий также определены общественные места, где курение запрещено (кроме специально обозначенных мест), включая учреждения здравоохранения, культуры, образования и спорта, объекты торговли и бытового обслуживания населения, все виды общественного транспорта и т.п. С начала 2008 г. Эстония шесть раз повышала акцизный сбор на табачные изделия. Словакия 1 октября 2013 г. изменила свои акцизы на табачные изделия, и это привело к тому, что налоговое бремя на сигареты составляет 89%: в Европейском регионе Словакия, Венгрия и Израиль являются странами с самым высоким налоговым бременем на табачные изделия. Туркменистан ратифицировал РКБТ ВОЗ в мае 2011 г., а в августе 2014 г. присоединился к Протоколу о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями. В соответствии с требованиями РКБТ, совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ был разработан и реализован национальный план действий по борьбе против табака на 2012-2016 гг. За курение в общественных местах взимается штраф, а продажа или передача табачных изделий лицам моложе 18 лет запрещена. В июле 2011 г. вступили в силу новые стандарты на упаковку и маркировку табачных изделий, а в 2015 г. будет введена маркировка, иллюстрирующая вред курения. В 2011 г. вступил в силу запрет на любую прямую рекламу, а с 2016 г. будут запрещены все виды непрямого рекламирования. С 2011 г. цены на сигареты возросли в три раза; также на табачные изделия установлена 30-процентная надбавка к цене производителя.

Страны координируют действия различных секторов, направленные на изменение моделей потребления алкоголя. В основном это делается посредством налогообложения, регламентации тары и маркировки, просветительских кампаний, запретов на рекламу и мер по прекращению употребления алкоголя. В 2011 г. Шотландия для снижения потребления алкоголя приняла закон об алкоголе, которым запрещается предлагать скидки в зависимости от приобретаемого количества и вводятся ограничения на выставление и пропаганду алкоголя в общественных местах. Через год эти меры привели к снижению на 2,6% продажи алкоголя навынос в расчете на одного взрослого. В реализации этих норм закона приняли участие секторы здравоохранения и образования, полиция и частный сектор.

Страны также принимали меры на межотраслевом уровне в отношении ожирения, неправильного питания и дорожно-транспортного травматизма. На Кипре организовано сотрудничество по вопросам безопасности пищевых продуктов и здорового питания между министерствами здравоохранения, сельского хозяйства, природных ресурсов и окружающей среды, торговли, промышленности и туризма, образования и культуры. Совместно с Кипрской ассоциацией потребителей было проведено несколько кампаний для повышения осведомленности населения о рисках пищевого отравления и о мерах профилактики, которые можно принимать на протяжении всего процесса производства

⁴ В него входят все страны-члены ЕС и соседние страны – Андорра, Монако, Сан-Марино и Турция.

пищевых продуктов. В Чешской Республике министерство здравоохранения является одной из сторон в реализации национальной стратегии по развитию езды на велосипеде, разработанной министерством транспорта; стратегия направлена на содействие устойчивым и экологичным способам передвижения, таким как езда на велосипеде, и на развитие необходимой инфраструктуры. Венгрия в 2012 г. ввела налог на продукты в интересах общественного здоровья, чтобы ограничить потребление нездоровой пищи и увеличить поступление средств на нужды здравоохранения. В число облагаемых этим налогом продуктов входят безалкогольные напитки, энергетические напитки, расфасованные сладкие продукты, подсоленные легкие закуски, заправки, ароматизированное пиво, алкогольные освежающие напитки и джемы, если содержание сахара, соли или кофеина в них достигает определенного уровня. Далее, в 2014 г. вступило в силу новое положение об общественном здравоохранении, регулирующее количество транс-жиров (ненасыщенных жиров) в пищевых продуктах. Продажа пищевых продуктов, в которых в 100 г общего жира содержится более 2 г транс-жиров, теперь запрещается. Положение предусматривает льготный период 12 месяцев для тех расфасованных продуктов, которые были произведены до его принятия. Оно распространяется на масла, жиры и жировые эмульсии, но не на транс-жиры, естественно присутствующие в животных жирах. Словения для борьбы с эпидемией ожирения предпринимает согласованные действия с участием многих секторов, таких как секторы здравоохранения, образования, сельского хозяйства, спорта, транспорта, и частных секторов под руководством министерств здравоохранения и образования. Эти министерства приняли меры по содействию здоровому образу жизни и увеличению производства и сбыта здоровых пищевых продуктов. Так, министерство здравоохранения разработало программу «Давайте жить здоровой жизнью», в которой была поставлена цель содействовать здоровому образу жизни среди взрослых, живущих в сельских общинах, и ввело руководство по здоровому питанию в больницах, школах, на курортах и в домах престарелых. В 2009 г. были также инициированы дискуссии с пищевой промышленностью по вопросу о снижении содержания соли и сахара в пищевых продуктах. Одной из стран, где происходит меньше всего дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом относительно численности населения, является Швеция. Успех страны основан на ее решении искоренить случаи гибели или пожизненных страданий людей в результате дорожно-транспортного травматизма. В 2009 г. шведский парламент принял закон, согласно которому к 2020 г. дорожно-транспортный травматизм должен сократиться на 50%. Управление транспорта Швеции в 2013 г. опубликовало анализ тенденций в области безопасности дорожного движения, в котором было показано, что общее число случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий в стране составило 260: это на 9% меньше, чем в 2012 г., и самое низкое число случаев смерти на дорогах за год в новейшей истории страны.

Общепринятой организационной формой межотраслевого сотрудничества являются межведомственные комиссии. Они способствуют пониманию различных обязанностей, однако они же могут создавать дополнительную организационную сложность. В Англии была создана подкомиссия при кабинете министров, за работу которой отвечал министр здравоохранения; ее цель состояла в том, чтобы различные министерства вносили вклад в достижение национальных целевых показателей по снижению неравенств. В структуре министерства здравоохранения также был создан отдел по неравенствам в отношении здоровья, задача которого заключалась в поддержке стратегии и достижении целевых показателей по снижению неравенств в отношении здоровья.

В Европейском регионе также отмечено наличие нескольких процедурных механизмов обеспечения межотраслевого сотрудничества. Возможность ставить общие цели – а это является важной предпосылкой успешного сотрудничества – дает совместное планирование и установление приоритетов. Наиболее часто межотраслевое сотрудничество в установлении приоритетов отмечается между секторами социального обеспечения и здравоохранения. Примерами стран, где между этими секторами налажено сотрудничество в установлении приоритетов и распределении ресурсов, являются Армения, Ирландия, Латвия, Норвегия, Сербия, Финляндия и Эстония. В Армении была разработана национальная стратегия в

области охраны здоровья детей и подростков; ее разработкой занималась межведомственная рабочая группа, состоявшая из представителей министерств здравоохранения, образования и финансов, полиции и других местных и международных партнеров при постоянной поддержке ВОЗ. В Латвии межведомственное сотрудничество направлено на предоставление услуг долговременного ухода. Директорат здравоохранения Норвегии, начиная с 2009 г., представляет ежегодные доклады о вкладе всех министерств и секторов в общественное здравоохранение. В Норвегии также предпринимаются многие другие меры, например, ОВЗ; на муниципальном уровне внедрено планирование социальной защиты и землепользования, при котором принимается план действий по уменьшению неравенств. В Сербии налажено межведомственное сотрудничество для предоставления паллиативной помощи.

Действенными рычагами интеграции являются законы и нормативные акты. В Финляндии все министерства по закону обязаны представлять информацию, необходимую для оценки показателей деятельности в сопоставлении с национальными и межведомственными целями в области общественного здравоохранения.

В странах также активно развивается практика проведения ОВЗ и оценок воздействия на справедливость в отношении здоровья для того, чтобы устанавливать ориентиры для деятельности других секторов по укреплению здоровья. Такие оценки являются важным средством, помогающим лицам, принимающим решения, делать выбор из различных вариантов и прогнозировать последствия этого выбора. До сих пор этими методами чаще всего пользовались на провинциальном и местном уровнях, однако сам подход применяется на национальном уровне. В Словении была проведена ОВЗ сельскохозяйственной и продовольственной стратегий, которые были предложены стране в результате ее вступления в ЕС. Это, по-видимому, первый случай, когда какое-либо правительство попыталось оценить последствия для здоровья сельскохозяйственной политики на национальном уровне. Процесс ОВЗ проходил в шесть этапов: анализ политики, семинары по проведению экспресс-оценки исходной ситуации с участием заинтересованных сторон из различных отраслей знания и практики, обзор научных данных по тематике сельскохозяйственной политики, анализ данных Словении по основным показателям здоровья, отчет о результатах перед межведомственной группой ключевых должностных лиц и общая оценка проведенной работы. Опыт Словении показывает, что процесс ОВЗ является полезным механизмом для вынесения более широких вопросов здоровья населения на повестку дня в области сельского хозяйства и дает положительные результаты при формулировании политики. Уменьшение неравенств в отношении здоровья является одним из приоритетов для Национального собрания Уэльса, которое проводит ОВЗ, касающиеся влияния вполне конкретных мер на справедливость в отношении здоровья. Например, по инициативе одной из организаций местных жителей была проведена ОВЗ с целью анализа последствий проекта строительства дороги, чтобы документально показать, как этот проект повлияет на здоровье и без того бедного и уязвимого населения. В этой ОВЗ учитывалось, как будут воздействовать на здоровье загрязнение окружающей среды, шум и уровни физической активности, и собранные данные позволили сделать вывод, что строительство дороги будет иметь негативные последствия для здоровья местного населения. Отражая требование статьи 152 Амстердамского договора, которая гласит, что «при определении и реализации всех стратегий и мероприятий Сообщества должен гарантироваться высокий уровень защиты здоровья людей», ЕК включила аспект здоровья в свою процедуру оценки воздействий.

ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ 3

Третье обязательство, принятое в Таллиннской хартии, заключается в том, чтобы развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения в целях достижения измеримых результатов.

Главные тезисы

- Многие страны сообщили, что для повышения общего уровня прозрачности в деятельности систем здравоохранения у них все шире используется публичная отчетность, позволяющая предъявлять спрос как поставщикам помощи, так и учреждениям. Развитию атмосферы гласности и подотчетности способствует также подготовка и публикация ежегодных отчетов фондов медицинского страхования и агентств по закупкам.
- Новая Система счетов здравоохранения в редакции 2011 г. (ССЗ-2011), разработанная совместно Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростатом и ВОЗ (54), позволяет более целенаправленно отслеживать источники поступлений и расходы на здравоохранение для формирования политики.
- Для повышения прозрачности и подотчетности в нескольких странах открыто публикуется информация о предоставляемых по закону правах на льготы и обязанности оплачивать услуги.
- Приверженность стран принципу прозрачности продемонстрирована отчетностью назначенных государственных органов о реализации Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма медицинского персонала (45). Ответы на вопросник охватывали темы прав, международного найма и мобильности трудовых мигрантов – медицинских работников.
- В нескольких странах большое внимание уделяется выдаче медицинским работникам разрешения на ведение практики: это называется регулированием, лицензированием, аттестацией или аккредитацией. При разумно построенной и грамотно управляемой системе разрешений на ведение практики эти разрешения способствуют повышению качества услуг, предоставляемых медицинскими работниками, и, таким образом, могут служить средством защиты здоровья и безопасности населения.
- При принятии решений о выборе медицинской продукции и при разработке руководств для обоснования выбора используемых и компенсируемых лекарственных препаратов страны обращаются к использованию научных данных.
- Полезными механизмами являются действия, связанные с определением приоритетности, такие как ОТЗ, результатами которых страны могут руководствоваться в процессе внедрения и использования новой продукции, в том числе при решении вопроса о возмещении расходов.
- Страны Региона сообщают об использовании технологий электронного здравоохранения для отслеживания показателей деятельности систем здравоохранения и усиления подотчетности.
- Важная роль в максимальном использовании всего потенциала оценки деятельности системы здравоохранения принадлежит организаторам системы здравоохранения.
- Когда речь идет об обязательстве развивать атмосферу гласности и повышать уровень подотчетности, особенно часто сообщается о разработке показателей, однако странам гораздо хуже удается определить показатели бедности и вести их мониторинг. Во всем Европейском регионе усилилось внимание к базисным показателям, позволяющим посредством ведения мониторинга качества предъявлять спрос поставщикам услуг и больницам за их услуги, к показателям безопасности пациентов, к пользованию медицинскими услугами и оценкам в сравнении с эталонами. По сравнению с лечебными учреждениями намного меньше активности наблюдается в применении показателей к общественному здравоохранению и медицинскому обслуживанию на уровне населения, однако сообщество работников общественного здравоохранения все чаще рассматривает вопрос о том, можно ли внедрить механизмы повышения

качества (например, аккредитацию) для услуг общественного здравоохранения (а не только для лабораторных услуг).

- Для оценки деятельности системы здравоохранения одни страны применяют различные подходы, исходя из первоначальных допущений, или *ex-ante* (например, оценивают свои НСПЗ, используя заранее принятые показатели и системы мониторинга и оценки), в то время как другие страны приняли подходы *ex-post* (или «оценка задним числом»), например, ОДСЗ.
- В Регионе наблюдаются различия в степени централизации или децентрализации систем здравоохранения относительно мониторинга показателей их деятельности.

Меры по обеспечению подотчетности поставщиков помощи и учреждений

Совершенно очевидно, что во всем Европейском регионе усилилось внимание к базисным показателям, позволяющим посредством ведения мониторинга качества предъявлять спрос поставщикам услуг и больницам за их услуги, к показателям безопасности пациентов, к пользованию медицинскими услугами и оценкам в сравнении с эталонами. В нескольких странах также созданы на центральном уровне специальные учреждения или органы, которым поручено заниматься развитием в области качества медико-санитарной помощи. На Мальте надзором за тем, чтобы все лечебно-профилактические учреждения как в государственном, так и в частном секторе и на всех уровнях стационарной помощи соответствовали стандартам, установленным в законодательстве и руководящих документах Мальты и Европейского союза, занимается Инспекция общественного здравоохранения. В Черногории учреждены комиссии по контролю качества в медицинских центрах. В Республике Молдова образованы учрежденческие системы управления качеством и созданы органы, ответственные за обеспечение качества помощи во всех лечебно-профилактических учреждениях. Учрежденческие системы управления качеством в первую очередь отвечают за обеспечение безопасности и защищенности пациентов; для поддержки этих мер создана система внешних медицинских аудитов, организовано непрерывное повышение квалификации и проводятся другие подобные мероприятия. Министерством здравоохранения определен набор показателей качества для мониторинга качества услуг и итоговых показателей здоровья населения в стране, который также позволяет отдельно оценивать работу учреждений, предоставляющих услуги. В Сербии образована национальная комиссия экспертов по мониторингу качества помощи и безопасности пациентов.

Во многих странах в мероприятиях по улучшению предоставления услуг большое внимание уделяется безопасности пациентов. В Австрии стратегия обеспечения безопасности пациентов сопровождается подробным перечнем показателей, которые позволяют постоянно контролировать безопасность и исходы лечения пациентов и служат платформой для обоснования вмешательств с целью дальнейшего улучшения помощи. Результаты по отдельным показателям сверяются с заранее установленными целевыми ориентирами. Если какой-либо показатель для какой-либо больницы значительно выше целевого ориентира, начинается второй этап анализа (взаимная проверка экспертами в данной области). Такие проверки проводятся в форме собеседований между внешними экспертами и ответственными работниками данного отделения; эксперты анализируют и обсуждают случаи заболеваний пациентов в соответствии с установленными критериями, стараясь выявить основные недостатки в работе отделения и определить меры по их устранению. В Ирландии проводится всеобъемлющая кампания по повышению информированности «Безопасность пациентов прежде всего», в рамках которой лечебно-профилактические организации декларируют свою неизменную приверженность курсу на обеспечение безопасности пациентов. Кампания проводится под единым лозунгом, для ее поддержки открыт специальный вебсайт. В рамках этой кампании была образована национальная консультативная группа по вопросам безопасности пациентов и были проведены три национальных конференции по этим вопросам. Параллельно была учреждена национальная

комиссия по эффективности лечебной работы и было издано несколько руководств, а стратегическое лидерство в разработке и внедрении моделей передовой практики в области медицинской помощи на национальном уровне обеспечивается национальной программой по лечебной работе с участием ассоциаций врачей и поставщиков услуг. Обязанности работников и администрации по формированию оптимальной культуры безопасности, а также ответственность за стратегическое руководство и показатели деятельности организации ясно изложены в кодексе поведения работников и руководителей медицинских служб. Кроме того, были приняты и внедрены национальные стандарты более безопасной и качественной медико-санитарной помощи; в рамках инициативы «Раскрытая информация: национальная политика» публикуются данные об отдельных поставщиках услуг (неотложной помощи). В 2011 г. в Норвегии тоже была проведена кампания по обеспечению безопасности пациентов, которая была возобновлена в 2014 г. Общей задачей кампании под девизом «В надежных руках» является уменьшение возможности причинения вреда пациенту и повышение уровня безопасности. Для этого были определены три цели: уменьшить предотвратимый вред для пациента, создать долговечные структуры обеспечения безопасности пациентов и повысить культуру безопасности пациентов в службах здравоохранения и социальной помощи. Группой экспертов в области медицинской помощи было определено несколько целевых областей, обладающих значительным потенциалом для совершенствования лечебной работы, в которых возможные меры вмешательства имеют подтвержденную на практике эффективность. Группы экспертов в каждой целевой области предлагают пакеты или блоки вмешательств, которые будут апробированы в ходе кампании. Перед осуществлением вмешательств в масштабах всей страны проводится оценка результатов экспериментальных проектов. Кампания помогает предприятиям и общинным службам медико-санитарной помощи осуществлять и контролировать вмешательства. В 2012 г. во всех лечебных отделениях в каждой больнице было проведено обследование культуры безопасности пациентов с помощью вопросника об отношении к безопасности. Для того, чтобы обеспечить охват всех аспектов повышения качества помощи, были предприняты и другие инициативы и созданы другие органы (часто межотраслевые), в том числе организованная ВОЗ Сеть активных поборников безопасности пациентов.

Важным механизмом обеспечения качества услуг и безопасности пациентов являются системы аккредитации учреждений. Система аккредитации медицинских учреждений создана в Болгарии. В Чешской Республике для повышения качества и безопасности предоставляемых медицинских услуг разработана система отчетности о неблагоприятных событиях. В Словении принята модель для создания системы аккредитации, и сегодня международное свидетельство об аккредитации уже получили более двух третей всех больниц в стране. В Соединенном Королевстве учреждения, предоставляющие помощь самого низкого качества, подпадают под особые меры. Эти меры включают партнерство с учреждением, имеющим высокие показатели качества работы, разработку плана неотложных мероприятий, предусматривающего подробный публичный анализ достигнутого прогресса, назначение директора, единственной обязанностью которого является улучшение качества помощи с ясно выраженной ответственностью за достигнутые результаты, и проверка руководства учреждения, позволяющая убедиться в его способности коренным образом улучшить ситуацию в учреждении.

Базисные показатели используются для мониторинга не только учреждений, но и медицинских работников, предоставляющих услуги. В Республике Молдова для содействия непрерывному повышению качества помощи принята комплексная система аккредитации и регулярной оценки поставщиков помощи (каждые пять лет). Профессиональное качество медицинских услуг в Словении обеспечивает Медицинская палата Словении, которая проводит плановые и специальные проверки работы врачей и стоматологов в соответствии с требованиями о выдаче лицензии на право работать в стране. В июле 2014 г. правительство бывшей югославской Республики Македония образовало самостоятельное ведомство по аккредитации поставщиков медико-санитарной помощи, которому поручено устанавливать стандарты и критерии качества помощи, а также критерии оценки соответствия и соблюдения этих стандартов.

Многие страны сообщили о том, что для повышения в целом уровня прозрачности систем медико-санитарной помощи у них все больше используется публичная отчетность. В Австрии, Бельгии, Венгрии, Ирландии, Сербии, Соединенном Королевстве, Чешской Республике и Швейцарии ежегодно публикуются показатели качества помощи, чтобы и пациенты и поставщики помощи могли лучше представлять деятельность поставщиков с точки зрения качества и исходов помощи. В Литве на основании данных из административных источников в информационной системе обязательного медицинского страхования вырабатывается огромный объем информации о деятельности лечебно-профилактических учреждений. Данные о ресурсах и деятельности лечебно-профилактических учреждений открыто публикуются на вебсайте Института гигиены, который также издает ежегодный доклад о состоянии здоровья населения. В 2012 г. в Норвегии создана национальная система показателей качества, предназначенная для мониторинга качества и улучшения стратегического управления службами медико-санитарной помощи. Система состоит из 60 показателей (по состоянию на 2014 г.), по которым оцениваются аспекты качества в учреждениях вторичной, первичной, долговременной и стоматологической помощи. Система ежегодно пересматривается, и разрабатываются новые показатели.

Таллиннская хартия сыграла важную роль в применении механизмов прозрачности и подотчетности в области общественного здравоохранения. Все чаще для услуг общественного здравоохранения (не только лабораторных услуг) внедряются механизмы аккредитации и контроля качества. Во Франции в 2009 г. было начато осуществление нового национального плана по борьбе с онкологическими заболеваниями, рассчитанного на период 2009-2013 гг., в котором была предусмотрена регулярная промежуточная отчетность. В этом плане пять основных вертикальных областей – научные исследования, мониторинг, профилактика и скрининг, помощь и жизнь до и после постановки диагноза онкологического заболевания – и три горизонтальных, или поперечных области – неравенства, индивидуальные факторы и факторы окружающей среды и усиление роли всех лечащих врачей, задействованных на протяжении всего течения заболевания. Эти два аспекта объединены тридцатью показателями в самых важных точках пересечения, где они используются для мониторинга прогресса и демонстрируют ясно выраженный многосекторальный и многодисциплинарный подход. В настоящее время приоритетом является мобилизация населения на прохождение скрининга с целью выявления рака прямой и ободочной кишки. На уровне политики здравоохранения проявляется внимание к целому ряду других проблем общественного здравоохранения, таким как уменьшение употребления алкоголя, роль взрослых в предупреждении злоупотребления наркотиками среди детей и подростков и кампания за повышение уровня физической активности. В Израиле в национальной программе показателей качества медицинской помощи в местных сообществах, в которой особое внимание уделяется первичной профилактике, годами не удавалось разработать позитивные показатели здоровья для лучшего понимания качества здоровья в отличие от «негативных» показателей, касающихся смертности и заболеваемости. В настоящее время эта программа представляет собой налаженную систему мониторинга, которая позволила Израилю продемонстрировать (как собственному населению, так и в сравнении с другими странами) постоянные улучшения в медико-санитарной помощи, т.е. рост показателей качества на протяжении всего времени. Кроме того, посредством этой системы мониторинга в последние годы улучшилось общее качество медико-санитарной помощи в местных общинах, и Израиль смог сохранить высокий уровень по большинству показателей. Во многом эти результаты достигнуты благодаря целенаправленным действиям, предусмотренным в планах здравоохранения Израиля, и активной роли этих планов в развитии общинной медицины. В Швеции целевые ориентиры по здравоохранению сгруппированы в 11 основных целей, сформулированных так, чтобы отразить организацию государственного управления. На эти целевые ориентиры опирается политика общественного здравоохранения страны, в которой поставлена общая цель – создать условия для обеспечения хорошего здоровья на равных условиях для всего населения. Ответственность за мониторинг реализации политики и достижение поставленных в ней целей возложена на Шведский национальный институт общественного здравоохранения, который разработал новые показатели согласно с общими для всех областей целями. В политике содержится требование о том, чтобы каждые

четыре года в парламент представлялся отчет об оценке ее эффективности, хотя, учитывая высокую степень децентрализации шведской системы государственного управления с множеством действующих субъектов на разных уровнях, такая оценка является весьма трудной задачей, состоящей из многих компонентов.

Полезным механизмом обеспечения подотчетности на уровне предоставления услуг являются руководства, направляющие работу поставщиков помощи, поскольку на них могут ссылаться не только работники управления, но и сами поставщики помощи для того, чтобы отчитываться о проведенных процедурах. Клинические руководства помогают лицам, принимающим решения, отойти от медицины, основанной на мнении экспертов; они также могут служить лакмусовой бумажкой, показывающей отзывчивость системы, в том смысле, что они могут включать или не включать соображения, касающиеся нужд и запросов пациентов. Например, хотя все страны включили лекарственные препараты, воздействующие на репродуктивный цикл, в свои перечни основных лекарственных средств, решающее значение для безопасности пациентов имеет правильное использование таких препаратов (например, сульфата магния). Подход, принятый в Республике Молдова, направлен на стандартизацию медицинских услуг как на средство перехода к доказательной медицине, в которой важным требованием является наличие руководств по практике, клинических протоколов, алгоритмов лечения и медицинских стандартов. Одной из областей, в которых клинические руководства распространены меньше и поэтому требуют большего внимания, является психическое здоровье. В целом в ходе различных мероприятий, проводимых Региональным бюро (таким как оценки распространенности НИЗ), использование руководств определялось как немаловажная исходная точка, отталкиваясь от которой можно улучшить предоставление услуг, но странами в их ответах на вопросник было сказано мало о том, как обеспечивается использование клинических руководств или как они фактически используются.

Повышение прозрачности в финансировании систем здравоохранения

У стран имеются инструменты сбора данных для мониторинга и отчетности об уровнях расходов на здравоохранение, особенно государственных расходов на здравоохранение в процентах от общих государственных расходов и платежей из собственного кармана в процентах от суммарных расходов на здравоохранение (повышающихся, неизменных или снижающихся). Страны, демонстрирующие улучшения в отношении прозрачности и подотчетности в области финансирования системы здравоохранения, открыто публикуют информацию о процессах сбора поступлений, объединения ресурсов и закупок. В частности, подготовка и публикация ежегодных отчетов фондами медицинского страхования и агентствами по закупкам помогла повысить уровень прозрачности и подотчетности в Республике Молдова и в Эстонии. Эти отчеты показывают, как внутренние целевые показатели деятельности и их связи с общими целями политики могут улучшать деятельность системы в целом и подотчетность в частности. Вклад в формирование содержания этого процесса также могут вносить регулярно проводимые обследования удовлетворенности пациентов, которые повышают уровень прозрачности и отзывчивости. Уровень прозрачности также повышается, когда предоставляемые по закону права на льготы и обязанность оплачивать услуги ясны и понятны для населения. Чешская Республика, Кыргызстан и Республика Молдова в своей деятельности по повышению уровня прозрачности достигли значительного прогресса в генерировании более качественной информации о предоставляемых правах на льготы и в разработке простых стратегий в отношении платы за пользование услугами.

Из ответов стран на вопросник становится очевидно, что во всем Регионе широко практикуется отслеживание расходов на здравоохранение. Более точно отслеживать формирование ресурсов и их расходование на нужды здравоохранения позволяет ССЗ-2011, разработанная совместно ОЭСР, Евростатом и ВОЗ (54). Эту новую систему отчетности приняли все страны, входящие в ЕС и ОЭСР, и все больше стран в Европейском регионе,

не входящих в эти две структуры, разрабатывают собственные системы отчетности, соответствующие новым руководящим принципам. В результате во всем Регионе после Таллинна сбор данных значительно улучшился.

Содействие повышению уровня подотчетности кадров здравоохранения

Австрия сообщила, что стала более регулярно проводиться оценка и адаптация рамочных условий и практической реализации нормативных положений о доступе к медицинским профессиям (о лицензировании профессиональной деятельности). Повысилось значение лицензирования медицинских специалистов в Словении и Эстонии. В обеих странах существуют системы последующей обязательной аттестации, а в Словении медицинский специалист для того, чтобы иметь право работать, должен каждые семь лет проходить переаттестацию. В Туркменистане и Узбекистане обязательна аттестация при переходе в категорию более высокой заработной платы, где соответственно более высокие требования к профессиональной подготовке. При разумно построенной и грамотно управляемой системе разрешений на ведение практики эти разрешения способствуют повышению качества услуг, предоставляемых медицинскими работниками, и, таким образом, могут служить средством защиты здоровья и безопасности населения. Однако при этом важно, чтобы эти меры не способствовали возникновению почти эксклюзивных сфер практики, ограниченных лишь немногими профессиями, что может создавать необоснованные препятствия в получении высококачественной помощи по доступной стоимости. Потребность в доступной медицинской помощи требует гибких сфер практики, в которых признается реально демонстрируемая компетентность различных практикующих медицинских работников и способность оказывать такие же медицинские услуги. Некоторые страны сообщили, что с этой целью у них проводится пересмотр подходов к выдаче разрешений на ведение практики.

Такое пристальное внимание к вопросу разрешений в некоторых странах обернулось также повышенным вниманием к выдаче разрешений учреждениям первичного обучения, программам непрерывного образования, непрерывному повышению квалификации (НПК) и профессиональной дисциплине. Несколько государств-членов предпринимают шаги по повышению подотчетности посредством более широкого публичного представления практикующих медицинских работников и раскрытия информации о них с тем, чтобы потребители могли сознательно выбрать, к кому обратиться за помощью. Восприятие профессионализма населением и его потребность в информации о медицинских работниках привели во всем Регионе к повышению уровня публичной отчетности. Также все больше ожидается, что и профессиональные регулирующие органы станут более подотчетными перед населением, которому они служат.

Приверженность стран принципу прозрачности и подотчетности была также продемонстрирована отчетностью назначенных государственных органов о реализации Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма медицинского персонала (45). Ответы на вопросник охватывали темы прав, международного найма и мобильности трудовых мигрантов – медицинских работников. Все больше внимания уделяется процессу регламентации практики медико-санитарной помощи (регистрации, лицензированию, аттестации и аккредитации). Первый отчет на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2013 г. о ходе реализации Кодекса показал, что в Европейском регионе имеется больше всего стран, в которых действуют назначенные национальные органы мониторинга реализации Кодекса (42 из 85 стран во всем мире). Кроме того, 40 стран в Регионе сообщили о действиях по практическому использованию Кодекса. В регионе имеется немало примеров передовой практики, в том числе в Бельгии, Германии, Ирландии, Италии, Норвегии, Республике Молдова, Соединенном Королевстве, Швейцарии и Финляндии.

Стимулирование рационального и научно обоснованного использования ТЗФП

При принятии решений о выборе медицинской продукции и при разработке руководств для обоснования выбора используемых и компенсируемых лекарственных препаратов страны обращаются к использованию научных данных. Полезными механизмами являются мероприятия по определению приоритетности, такие как сканирование горизонтов и ОТЗ, результатами которых страны могут руководствоваться в процессах внедрения и использования новой продукции и при решении вопроса о возмещении расходов. Недавно Региональное бюро опубликовало доклад о доступе к новым лекарственным средствам в Европе (47), в котором обобщаются действия европейских стран по сканированию горизонтов и прогнозированию для внедрения медицинской продукции и приводится перечень инициатив по ОТЗ в странах Региона. Растет популярность ОТЗ как инструмента, помогающего решать вопросы возмещения расходов, о чем сообщают Австрия, Венгрия, Испания, Италия, Латвия, Литва, Мальта, Норвегия, Польша, Сербия, Словения, Соединенное Королевство, Швеция, Франция и Эстония. Двумя наиболее развитыми моделями в Регионе являются, по общему признанию, Haute Autorité de Santé во Франции и NICE в Соединенном Королевстве. Это независимые органы, которые дают методические рекомендации и заключения о клинической эффективности и соотношении затрат и эффективности лекарственных средств и способов лечения. Институт NICE дважды обновлял свое руководство по методике оценки технологий, консультируясь при этом с заинтересованными сторонами (55). Кроме этого, NICE принял новую программу работ по оценке медицинских технологий и средств диагностики, которая обеспечивает ускоренное и последовательное внедрение клинически эффективных технологий с положительным соотношением затрат и эффективности в национальной службе здравоохранения. Этому примеру последовали несколько стран (Венгрия, Испания, Литва, Польша, Сербия, Словения и Эстония), которые тоже создали у себя агентства или комиссии по ОТЗ. Австрия и Литва разработали национальные стратегии ОТЗ, а в Швейцарии на консультацию с заинтересованными сторонами было вынесено предложение правительства о принятии закона о создании структуры ОТЗ, после чего состоялись дискуссии в парламенте. Венгрия, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Швеция и Эстония предприняли шаги по усилению роли ОТЗ при расчете затрат на услуги медико-санитарной помощи и принятии решений о государственном финансировании медико-санитарной помощи. Для содействия сотрудничеству между странами ЕС была создана сеть по вопросам ОТЗ – EUnetHTA. Совместно с научно-исследовательским проектом ADVANCE-HTA, финансируемым из средств Рамочной программы научных исследований ЕК (FP7), была проведена работа по расширению сотрудничества в сфере методики ОТЗ на страны Восточной Европы (56). Все чаще результаты ОТЗ становятся общественным достоянием в таких странах, как Австрия, Италия и Норвегия; после этого их могут использовать другие страны при условии, что приняты надлежащие меры для проведения вторичных проверок, чтобы убедиться в приемлемости выводов ОТЗ в данном культурном контексте.

Важными информационными инструментами для улучшения адекватности лечения пациентов являются руководства по клиническим программам. Сложилась определенная методика их разработки, которая на сегодняшний день включает методологию GRADE (ранжирование обоснованности рекомендаций, оценки, разработок и анализа). Несколько стран усилили свои руководства по клиническим программам. В 2010 г. Эстония в рамках всеобъемлющей программы повышения качества медицинской помощи начала пересматривать свой процесс разработки клинических руководств и подготовила национальное пособие по разработке руководств, в котором собраны весь имеющийся опыт и общепринятые международные методики. Данный процесс предусматривает последовательный подход к разработке руководств; в 2010-2011 гг. он был апробирован в экспериментальном проекте по разработке нового руководства по ведению гипертонии в первичном звене. В апреле 2015 г. новый процесс был полностью внедрен, и на сегодняшний день на разных этапах разработки находятся 15 руководств, из которых три уже утверждены. Также в большинстве стран Региона может быть усилено непрерывное повышение квалификации врачей в области

рационального использования лекарственных средств, что сыграет заметную роль в разумном использовании медицинской продукции.

Несколько стран в настоящее время внедряют или уже внедрили систему установления цен на лекарственные препараты на основе их воспринимаемой ценности. Хотя в Швеции установление цен на новые лекарственные препараты по-прежнему не подлежит контролю, для того, чтобы компании, занимающиеся сбытом новых патентованных лекарств, могли получить листинг в национальной системе фармацевтических льгот, они обязаны доказать их превосходство по соотношению затрат и эффективности над существующими лекарствами. Такая ценность лекарственного средства выражается соотношением исходов для пациента или клинических исходов и стоимости продукта. Фирмы-производители могут повысить вероятность получения листинга, если снизят стоимость продукции. Аналогичные системы действуют в нескольких странах ЕС в комбинации с системами регулирования цен. Поскольку для правительств многих стран ценовая доступность и финансирование новых лекарственных средств создают немалые проблемы, такие средства нажима означают, что лица, принимающие решения, в том числе плательщики, должны выбирать, какие новые лекарства нужно финансировать и для каких категорий пациентов, при этом не переставая стимулировать благоприятные условия для инноваций. Однако для многих стран это новая или зарождающаяся область, в которой пока не полностью разработаны стратегии, а лица, принимающие решения, все еще не уверены, как им действовать.

В странах Европейского региона разработаны технологии электронного здравоохранения, помогающие усилить подотчетность. Болгария осуществила особенно крупные инвестиции в области информационных систем. В 2008 г. министерства здравоохранения и по делам государственной администрации начали осуществление проекта «Информационная технология в здравоохранении», ключевым партнером в котором является международная компания InterComponentWare, а поставщиком программного обеспечения для врачей общей практики выступает фирма Kontrax. Проектом охвачены 40000 служащих государственной администрации. Он предусматривает сбор информации в трех ключевых областях: основная информация о побочных эффектах, аллергиях, нынешних способах лечения и диагнозах; подробные сведения о предпочтениях пациентов относительно пользования услугами, обращениях к медицинским работникам и документации, связанной с этими обращениями; подробные сведения о выбираемых пациентами способах лечения и поставщиках помощи. О разработке нескольких проектов в области электронного здравоохранения для повышения рациональности в работе системы здравоохранения сообщила Польша. Цель ее самого крупного проекта – электронная платформа для сбора, анализа и совместного использования медицинской документации в цифровом формате – состоит в том, чтобы дать возможность органам государственного управления, компаниям (в том числе лечебно-профилактическим учреждениям, аптекам и центрам врачебной практики) и гражданам собирать, анализировать и совместно использовать информацию в цифровом виде о показателях деятельности. Реализация проекта также будет способствовать повышению качества работы государственной администрации, отвечающей за сектор здравоохранения, укрепит потенциал государственных учреждений посредством компьютеризации услуг и улучшит возможности бизнеса использовать услуги электронного здравоохранения. В начале 2013 г. в Польше была создана и введена в действие платформа для медицинской документации; она представляет собой универсальное средство информационной технологии для ведения регистров и предоставления электронных услуг, которые гарантируют оптимальный уровень безопасности. В процессе интегрирования с этой платформой регистры реформатируются и приводятся в соответствие с эталонной архитектурой, которая позволяет им общаться с платформой посредством веб-услуг или быть целиком внедренными в платформу. Турция вложила большие средства в новые информационные системы, включая систему электронных рецептов и систему отслеживания лекарственных препаратов, облегчающую мониторинг цепи поставок.

Во многих странах были приняты меры по укреплению системы фармаконадзора, однако многие учреждения все еще сталкиваются с серьезными проблемами и пробелами в

реализации систем фармаконадзора, улучшении регистрации и представлении данных о негативных побочных эффектах лекарственных средств. ВОЗ приняла специальные меры для укрепления экспертного потенциала в области регламентации лекарственных препаратов и борьбы с туберкулезом в восьми странах Восточной Европы (в Азербайджане, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине) с целью улучшения упреждающего мониторинга использования новых противотуберкулезных препаратов и связанных с этим негативных побочных эффектов.

Закрепление за организаторами здравоохранения роли в сфере измерения и оценки результатов деятельности систем здравоохранения

Создание действующих и действенных механизмов и структур подотчетности, способных осуществлять мониторинг и оценку результатов деятельности, представляет особую трудность, учитывая тот факт, что системы здравоохранения характеризуются рассредоточением ответственности и проводимых мероприятий между государственным, частным и некоммерческим секторами, а также национальным, провинциальным и местным уровнями. Поэтому организаторам системы здравоохранения принадлежит важная роль в обеспечении максимального использования всего потенциала измерения и оценки деятельности системы здравоохранения ввиду различий в мотивации и поведении множества действующих субъектов и разнообразия повестки дня, финансовых и организационных структур.

Использование показателей для измерения результатов деятельности системы здравоохранения

Как минимум 31 государство в Европейском регионе имеет национальные репозитории или платформы для информации о результатах деятельности системы здравоохранения с пакетами показателей, которые регулярно измеряются в течение всего времени. Число показателей колеблется от 26 в Австрии до более 1000 в Финляндии.

Многие страны приняли стратегии измерения результатов деятельности, связанные с целями, изложенными в НСПЗ, или, в отсутствие НСПЗ, с общими целями системы здравоохранения. В Бельгии нет всеобъемлющих НСПЗ, вместо них существуют «области показателей». В стране разработано в общей сложности 74 показателя для мониторинга результатов деятельности системы здравоохранения в пяти областях: укрепление здоровья, профилактическая помощь, лечебная помощь, долговременный уход и помощь на последнем этапе жизни. Кроме того, каждая из пяти областей может оцениваться по аспектам доступности, качества, рациональности и устойчивости. Хорватия измеряет результаты деятельности системы здравоохранения, используя набор показателей, касающихся финансирования здравоохранения, качества и ведения помощи; эти показатели сформулированы в НСПЗ страны. В Германии информационная система здравоохранения приводит данные о показателях, связанных с национальными целями здравоохранения, полученные из примерно 100 источников. Эти показатели охватывают все секторы, имеющие значение для системы медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения, включая мониторинг состояния здоровья населения, демографическую и социально-экономическую ситуацию, риски для здоровья, обусловленные окружающей средой и образом жизни, заболевания/состояния, собственно систему медико-санитарной помощи, а также расходы, издержки и финансирование. В Ирландии для оценки результатов деятельности системы медико-санитарной помощи используется пакет показателей, увязанный с национальной политикой здравоохранения «Здоровая Ирландия». Эти показатели дезагрегируются по следующим категориям: ограничения возможностей, лица пожилого возраста, неотложные услуги, психическое здоровье, включенность в жизнь общества, дети и семьи, паллиативная помощь и первичная помощь (включая укрепление здоровья). Количественные оценки (измерения) подаются ежемесячно в министерство здравоохранения. В Кыргызстане имеется около 80 показателей (их число было постепенно уменьшено со 100) для оценки реализации

принятой в стране стратегии перестройки системы здравоохранения. За измерение этих показателей отвечают несколько управлений в министерстве здравоохранения. В Нидерландах с тремя широкими заявленными целями системы здравоохранения (доступ, качество и издержки) связаны для их мониторинга 13 областей показателей. Сербия сообщает о показателях здоровья, касающихся восьми широких областей (демографические и другие социально-экономические показатели, смертность, заболеваемость, образ жизни, окружающая среда, ресурсы здравоохранения, пользование медицинскими услугами и охрана материнства и детства), которые связаны со стратегией страны в отношении общественного здравоохранения. Швеция не указала какого-либо национального плана или стратегии. Вместо этого оценка результатов деятельности проводится с использованием показателей, связанных с руководствами по ведению определенных состояний, в то время как другие показатели определяются совместно с организацией окружных советов. В общей сложности Швеция представляет информацию по более 800 отдельным показателям. В январе 2013 г. Федеральный совет Швейцарии утвердил всеобъемлющую стратегию Gesundheit 2020 («Здоровье-2020»). На поддержание качества жизни, расширение равных возможностей, повышение качества помощи и улучшение прозрачности в стране направлены в общей сложности 36 мер во всех областях системы здравоохранения. Эти меры будут реализованы в ближайшие годы с участием всех основных заинтересованных сторон, дабы сделать швейцарскую систему здравоохранения способной принять будущие вызовы, но при этом сохранить расходы на приемлемом уровне. В Таджикистане за регулярную оценку реализации национальной стратегии здравоохранения на 2010-2020 гг. отвечает управление реформ в министерстве здравоохранения, которое дает точную информацию лицам, формирующим политику, о достижении целевых показателей и о прогрессе в реализации стратегии.

Важность систематических и повторяющихся обзоров показателей деятельности систем здравоохранения

Обзоры показателей деятельности систем здравоохранения должны проводиться систематически и постоянно использоваться для определения приоритетов. Для анализа показателей деятельности систем здравоохранения чаще всего используют одну из двух общих формул: оценку НСПЗ *ex-ante* (исходя из некоторых первоначальных допущений) и автономные/*ex-post* ОДСЗ (задним числом). Результаты обеих типов оценки могут привести к определению новых приоритетов для принятия дальнейших мер. Даже там, где здравоохранение не является первоочередным вопросом в повестке дня правительства, непрерывные систематические обзоры показателей деятельности системы здравоохранения могут указать на возможные варианты политики. Недавно Европейское региональное бюро ВОЗ начало изучение способов использования различных инструментов для оценки результатов деятельности за пределами систем здравоохранения.

Страны, проводящие оценки НСПЗ на основании поставленных заранее целей и задач, включают Казахстан, Кыргызстан, Мальту, Польшу, Португалию, Республику Молдова и Таджикистан. В Казахстане наиболее всеобъемлющим обзором данного сектора является ежегодный доклад министерства здравоохранения, базирующийся на обзоре всех компонентов системы здравоохранения и их оценке в сравнении с показателями достижения, заданными в национальной программе. В последнем таком докладе были представлены результаты работы министерства в 2013 г. и задачи министерства на 2014 г. Эта оценка была проведена широкой группой заинтересованных сторон, в которую входили премьер-министр, парламент и неправительственные организации. По аналогичному пути обзора сектора здравоохранения следуют многие страны бывшего Советского Союза. На Мальте рабочая группа для разработки плана действий была создана на основе списка заинтересованных сторон, указанных в НСПЗ. По этому же принципу были назначены ответственные государственные органы по всем стратегиям, касающимся отдельных заболеваний, и также будут образованы органы для руководства проведением ОДСЗ, которая будет выполнена после того, как будет окончательно доработана общая система оценки. Примерами других стран, где ежегодные обзоры связаны с НСПЗ, являются Польша, в которой готовится и представляется Совету Министров ежегодный

доклад о ходе реализации национальной программы здравоохранения, и Испания, где данные о показателях, собранные с помощью механизма мониторинга, представляются в межрегиональный совет национальной системы здравоохранения.

В методике оценки задним числом – ОДСЗ – во главу угла ставятся общие цели и основные функции системы здравоохранения с упором на оценку результатов деятельности и достижения всей системы, а не на конкретные программы. Поэтому ее можно применять при выработке решений на уровне политики. Многие объясняют рост использования этой методики тем, что в Таллиннской хартии большое внимание уделяется повышению уровня прозрачности и подотчетности в управлении системой здравоохранения (57). Совокупный опыт проведения ОДСЗ в Европейском регионе растет, и ЕК создала платформу, на которой страны-члены ЕС могут обмениваться этим опытом (58). Еще важнее то, что такие инструменты оценки результатов деятельности систем здравоохранения, как ОДСЗ, должны применяться постоянно и их результаты должны использоваться при определении будущих приоритетов. О наличии действующих процессов ОДСЗ (на национальном или территориальном уровнях) сообщают Азербайджан, Армения, Бельгия, Грузия, Италия, Кыргызстан, Португалия, Республика Молдова, Турция, Швеция, Соединенное Королевство и Эстония. Все еще разрабатывают процесс ОДСЗ Венгрия, Казахстан и Мальта.

ОДСЗ связана с определенными финансовыми обязательствами и с учреждением, отвечающим за оценку показателей деятельности и отчетность о ее результатах. В Армении ОДСЗ в настоящее время является составной частью цикла формирования политики и управления с использованием фактических данных и применяется как самый первый метод предъявления заинтересованным сторонам спроса за их действия. Еще одна страна, где ОДСЗ получила официальный статус, – это Грузия, в которой принято соответствующее постановление министерства, а последний обзор был проведен в 2012 г. ОДСЗ можно применять и адаптировать для отслеживания прогресса в реализации недавно внедренных программ и мер вмешательства. Например, реализация программы обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения в Грузии началась в феврале 2013 г. В настоящее время страна проводит первую оценку этой программы.

Бельгия опубликовала результаты двух ОДСЗ в 2010 и 2012 гг., проведенных на основании регулярного анализа пакета показателей системы здравоохранения, который отныне будет проводиться раз в три года. Недавно Венгрия также придала официальный статус процессу проведения ОДСЗ с участием многих заинтересованных сторон – в оценке и подтверждении правильности полученных результатов участвуют несколько специализированных учреждений, в том числе постоянная рабочая группа в министерстве здравоохранения, отвечающая только за ОДСЗ. Ожидается, что министерство будет публиковать отчеты об ОДСЗ раз в два года, а стандартная версия отчета, содержащая только показатели, будет обновляться ежегодно. В Португалии была проведена ОДСЗ, в ходе которой межведомственной наблюдательной комиссией совместно с центральным правительством и португальскими провинциями регулярно, несколько раз в году проверялось и оценивалось достижение целей, поставленных в национальном плане здравоохранения на 2004-2010 гг. ОДСЗ помогла португальским органам здравоохранения привлечь ключевые заинтересованные стороны и уточнить цели системы для того, чтобы подготовить национальную политику здравоохранения на 2011-2016 гг. (59).

Децентрализация измерения и оценки результатов деятельности систем здравоохранения

Еще одним аспектом измерения результатов деятельности систем здравоохранения является степень централизации или децентрализации мониторинга этой деятельности. В разных странах Европейского региона эта степень разная. Часто этот фактор зависит от того, на каком административном уровне принимаются решения о типах собираемых показателей, что в свою очередь может влиять на национальный охват и на степень однородности таких наборов показателей во всех провинциях. В Дании одни показатели деятельности системы здравоохранения министерство здравоохранения определяет

самостоятельно, тогда как другие показатели устанавливаются вместе с провинциями. Примером высокой степени децентрализации системы здравоохранения является Финляндия: за мониторинг отвечают провинции и 320 муниципалитетов. В результате число показателей, по которым собираются данные, очень велико – более 1000. Однако охват среди провинций не всегда одинаков, и частота и глубина мероприятий по мониторингу значительно различаются между муниципалитетами, во многом в зависимости от местных возможностей и приверженности этой важной работе. В Испании оценивается набор из 110 показателей, которые публикуются раз в три года: сообщаются данные по таким областям, как здоровье населения, детерминанты здоровья, ресурсы здравоохранения и расходы на здравоохранение. Эти показатели отбираются путем консенсуса между административными уровнями, представленными в межрегиональном совете национальной системы здравоохранения. Разработка таких показателей также является результатом сотрудничества с автономными коммунами. В Таджикистане проводится регулярная оценка реализации национальной стратегии здравоохранения на 2010-2020 гг.; на национальном уровне за это отвечает управление реформ министерства здравоохранения.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 4

Четвертое обязательство, содержащееся в Таллиннской хартии, состоит в повышении уровня отзывчивости систем здравоохранения к нуждам, запросам и ожиданиям людей, признавая их права, но также и ответственность по отношению к собственному здоровью.

Главные тезисы

- Стало уделяться больше внимания удовлетворению ожиданий граждан и повышению уровня удовлетворенности как населения в целом, так и пациентов, с особым акцентом на соблюдение конфиденциальности и уважение человеческого достоинства. Учреждениями здравоохранения проводятся регулярные обследования опыта и впечатлений пациентов от получения доступа к медицинским услугам и пользования ими.
- Несколько стран сообщили о мерах по укреплению первичного звена медико-санитарной помощи. При осуществлении этих мер также использовались все преимущества реорганизации системы обслуживания и новых рабочих партнерств и сетей между поставщиками медико-санитарной помощи и службами здравоохранения.
- Реорганизация системы обслуживания также включала реорганизацию больниц и повышение частоты направлений к специалистам для оптимизации использования ресурсов.
- Страны все больше демонстрируют акцент на нужды людей, адаптируя предоставление услуг ко всему разнообразию индивидуальных потребностей, которые зависят от пола, культуры, языка и политического и экономического статуса.
- Благодаря расширению универсального пакета услуг на первичное звено и общественное здравоохранение, уменьшению финансовых барьеров, повышению прозрачности в отношении страхового покрытия медицинских услуг и направлению финансовых средств на улучшение деятельности при сохранении устойчивости, страны повысили уровень отзывчивости своих систем здравоохранения.
- Передача части функций другим категориям работников и внимание к изменяющимся ролям способствовали большей отзывчивости медицинских работников к нуждам, предпочтениям и ожиданиям людей.
- Растут требования к согласованности между образованием и обучением медицинских работников и реформой системы здравоохранения, нуждами населения и безопасностью пациентов. Достижению этого способствует возрастающая тенденция к межпрофессиональному обучению и растущее внимание к непрерывному повышению квалификации и обучению на протяжении всей жизни. Особый акцент делается на обучение медицинских работников первичного звена и гармонизацию образовательных структур таким образом, чтобы медицинские работники имели возможность трудоустройства во всем Регионе.
- Для повышения отзывчивости услуг и показателей пользования ими в Регионе используются инновационные технологии и инструменты электронного здравоохранения и электронной выписки рецептов. Технологии также применяются при предоставлении медико-санитарной помощи труднодоступным группам населения. В результате этого повысилась важность обеспечения конфиденциальности информации о пациенте.
- В Европейском регионе был принят ряд мер по приданию официального статуса естественным и предоставляемым законом правам пациентов, соблюдение которых все чаще обеспечивается с помощью омбудсменов по правам пациентов.

Изначально мысль о том, что отзывчивость к ожиданиям граждан должна стать основной целью всех систем здравоохранения, была высказана в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (7), посвященном деятельности систем здравоохранения. Это дало толчок обсуждениям, в результате которых отзывчивость обрела качество ценного и желаемого исхода вмешательств со стороны систем здравоохранения вне зависимости от того, в какой степени эти вмешательства ведут к улучшению здоровья (5). Страны сообщили о различных

вариантах придания большей отзывчивости системам здравоохранения, что само по себе иллюстрирует путаницу в самом определении отзывчивости. Во многих случаях ответы на вопросник содержали примеры расширенного выбора и вариантов услуг и поставщиков помощи, в то время как в других ответах акцент делался на улучшение технологий и услуг и реорганизацию услуг с целью расширения возможностей получения помощи, доступной на уровне первичного звена и для более широкой группы населения, включая уязвимые группы.

Реорганизация обслуживания с целью улучшения доступа к качественным услугам

Несколько стран, включая Беларусь, Грецию, Ирландию и Литву, сообщили о мерах по укреплению служб первичного звена и амбулаторной помощи. Первичная медико-санитарная помощь, предоставляемая по принципу упреждения, может помочь при ведении заболевания до и после эпизодов болезни. Примерами этого служит проведение плановых медицинских осмотров, которые включают анализ крови, измерение артериального давления, тщательный физикальный осмотр, проверку зрения и слуха у определенных популяций, программы вакцинации, скрининг здоровья детей и программы скрининга для раннего выявления заболеваний. Ряд стран (включая Андорру, Великобританию, Ирландию, Казахстан, Люксембург, Норвегию, Республику Молдова и Швецию) сообщили о разработке специализированных услуг по консультированию по вопросам здоровья на уровне первичного звена. Охватываемые этими услугами вопросы включают прекращение курения, сокращение употребления алкоголя, наркоманию, питание и пищевой рацион, гигиену полости рта, репродуктивное здоровье, здоровье сердечно-сосудистой системы (включая мультилекарственную терапию для людей с высоким риском инфаркта миокарда и инсульта, таких как больные с выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями), гигиену, санитарную и качество воздуха в помещениях. В условиях, когда учреждения первичного звена могут эффективно вести многие заболевания и решать большее число проблем здоровья, ряд стран расширили свои службы и включили в них местные аптеки, травмопункты, отделения неотложной помощи, услуги по оказанию помощи в нерабочее время с использованием мобильного здравоохранения и информационных технологий.

В этих инициативах в области первичного звена также использовались все преимущества реорганизации медицинского обслуживания в Европейском регионе, для осуществления которой создавались рабочие партнерства и сети поставщиков медико-санитарной помощи и услуг (в Армении, Франции, Венгрии, Исландии, Литве, Нидерландах и Республике Молдова). Об этой реорганизации сообщается как о мере по содействию непрерывному спектру эффективной и высококачественной медико-санитарной помощи. Такая переориентация помощи от ведения болезни после ее наступления на упреждающие меры по укреплению здоровья и благополучия и воздействию на социальные детерминанты здоровья при участии граждан расширяет права и возможности отдельных лиц и сообществ и обеспечивает их участие в качестве партнеров, а не пассивных получателей помощи. В Дании при предоставлении услуг общественного здравоохранения в общинных центрах применяют планы укрепления здоровья, основанные на индивидуальных и культурных потребностях людей. В 2014 г., воспользовавшись близостью лиц, принимающих решения на муниципальном уровне, к гражданам, для оказания им содействия в организации на местном уровне инициатив по укреплению здоровья и профилактике заболеваний были приняты муниципальные пакеты услуг по укреплению здоровья. Они направлены на решение проблем в областях, в которых присутствуют факторы высокого риска, с акцентом на употребление табака и алкоголя, физическую активность, психическое здоровье, сексуальное здоровье, защиту от воздействия солнечных лучей, климат внутри помещений в школах, гигиену, здоровую еду и питание, ожирение и профилактику наркотической зависимости. Во Франции, где существует традиция ведения врачом практики в одиночку, с помощью национального плана было успешно увеличено число групповых практик и многопрофильных «домов здоровья» в первичном звене. План также позволил противодействовать угрозе нехватки медицинских работников в районах, не имеющих достаточного доступа к медицинскому

обслуживанию (33). В Венгрии были созданы многопрофильные бригады медицинских работников, включающие работников общественного здравоохранения, общинных медсестер, физиотерапевтов, диетологов и специалистов в области психологии здоровья. В регионах Северная Венгрия и Северный Альфельд были созданы четыре групповые практики, состоящие из 24 практик первичной медико-санитарной помощи. Эти бригады используются для оказания широкого спектра ранее не предоставляемых услуг и для планирования и осуществления услуг общественного здравоохранения. Министерство здравоохранения Ирландии опубликовало отчет общинных организаций здравоохранения о реорганизации системы медицинских услуг вне системы учреждений неотложной стационарной помощи; эта реорганизация главным образом направлена на предоставление людям максимально большей доли медицинской помощи в местных общинах, где они проживают, и на достижение объединенного, комплексного характера услуг. Имеющиеся на данный момент ресурсы реорганизуются в 90 сетей первичного звена, каждая из которых обслуживает около 50000 человек. Каждую сеть возглавляет назначенное ответственное лицо, отвечающее за предоставление медицинскими работниками, такими как медсестры, терапевты и социальные работники, медицинской помощи для комплексного удовлетворения широкого диапазона потребностей людей. Существенную роль играет участие врачей общей практики, и здесь главным аспектом является принятие решений на местном уровне. В новых структурах большое внимание также уделяется выстраиванию прочных деловых связей с системой неотложной стационарной помощи для адекватного планирования маршрутов помощи пациентам и удовлетворения их потребностей в нужных учреждениях. В рамках этой реорганизации для улучшения доступа пациентов и обеспечения комплексного ведения помощи по всей цепочке учреждений, предоставляющих услуги, разрабатываются программы комплексного ведения хронических заболеваний, что приводит к улучшению исходов для здоровья, повышению качества принимаемых клинических решений и наиболее эффективному использованию ресурсов. Нидерланды предложили инновационную модель помощи на дому – модель Бууртцорга, или «помощь в сообществе». К 2010 году бригады, работающие по данной модели, ежегодно оказывали помощь около 30000 пациентов по всей стране. Модель направлена на интегрирование помощи на дому с социальными службами, врачами общей практики и иными формальными и неформальными поставщиками помощи с целью оказания высококачественной медико-санитарной помощи всем людям, нуждающимся в помощи на дому.

Одним из укоренившихся способов координации помощи является наделение врачей общей практики функциями регулятора доступа к медицинской помощи (39). В ряде стран бывшего Советского Союза (Армении, Азербайджане, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова, Российской Федерации, Таджикистане, Туркменистане, Украине и Узбекистане) была реализована модель семейной медицины. Другой способ вовлечения поставщиков в обеспечение согласованности помощи включает в себя стратегии, в которых ведущую роль играют медицинские сестры (Франция, Нидерланды, Швеция и Соединенное Королевство). В том же ключе страны начали улучшение системы направлений к специалистам для оптимизации работы всех служб, особенно для укрепления роли первичного звена медико-санитарной помощи. Эти системы также способствуют укреплению линий коммуникации и представляют собой эффективное средство снижения ненужной траты больничных ресурсов. Например, реформа первичного звена в Болгарии была направлена, среди прочего, на укрепление первичного звена и улучшение системы направлений к специалистам между различными медицинскими учреждениями.

Укрепление первичного звена и реорганизация обслуживания сопровождались повышенным вниманием к очередям на получение услуг, к услугам неотложной помощи, к затратам времени на дорогу для получения услуг и к сети поставщиков помощи (в Армении, Беларуси, Румынии, Словении, Испании, бывшей югославской Республике Македония, в Соединенном Королевстве, а также в других странах). Многие такие улучшения в обслуживании включали в себя слияния и уменьшение числа больничных служб. Число больничных коек в Беларуси было снижено в попытке направить предоставление медицинских услуг по пути более эффективного использования ресурсов. Кроме того, некоторые больничные койки для

неотложной помощи были перепрофилированы на реабилитацию и сестринский уход. Как и в других частях Региона, это сопровождалось увеличением доступности дневного хирургического стационара и амбулаторной помощи. Также было укреплено управление больничным сектором, и некоторые больницы были переданы в ведение министерства здравоохранения в рамках более широких мер по снижению средней длительности пребывания в больницах и излишней траты ресурсов при оказании стационарной помощи. В Чешской Республике министерство здравоохранения учредило региональные центры высокоспециализированной медицинской помощи (такие как онкологические, травматологические, кардиологические центры) и определило максимальное время в дороге и время ожидания для получения индивидуальных медицинских услуг. Латвия во время глобального экономического кризиса в 2009-2010 гг. в течение короткого периода осуществила значительные изменения. Реформы включали существенное снижение за четыре года числа больниц (на 63%) при параллельном развитии системы амбулаторных услуг, укреплении первичного звена и оптимизации числа услуг, оказываемых на различных уровнях помощи. В Литве слияния больниц сопровождались централизацией высокоспециализированной помощи и диагностического оборудования. Данный процесс также включал назначение критериев минимального объема для услуг стационарной помощи, установление требований в отношении услуг по каждому обслуживаемому району, перераспределение финансирования от стационарных служб к амбулаторным и к первичному звену, а также развитие амбулаторной и сестринской помощи. Основными целями реформы были улучшение качества и доступности услуг и оптимизация охвата и структуры служб под потребности жителей в медицинской помощи. Реформа привела к более рациональному использованию имеющихся ресурсов, повышению безопасности пациентов, упорядочению потоков пациентов, прекращению дублирования услуг, улучшению доступа к услугам и приближению услуг к людям.

Страны все больше адаптируют свои услуги к разнообразию индивидуальных потребностей, зависящих от пола, культуры, языка и политического и экономического статуса. Для улучшения работы по укреплению здоровья маргинальных групп населения Эстония и Литва смогли успешно организовать предоставление услуг наркологической помощи наряду с услугами по поводу туберкулеза и гепатита С, а также с услугами по охране здоровья матерей и детей. Важной областью были изменения, направленные на то, чтобы сделать услуги более «дружественными к мигрантам», для чего потребовалось сочетание индивидуальной работы по месту жительства и услуг по укреплению здоровья специально для мигрантов, а также обучение и непрерывное образование медицинских работников с тем, чтобы лучше адаптировать услуги на базе медицинских учреждений к нуждам и культурному контексту отдельных контингентов мигрантов. Австрия сообщила об экспериментальном использовании нескольких методик для улучшения коммуникации с контингентами мигрантов в рамках стратегии обеспечения безопасности пациентов. В соответствии с этой стратегией было построено центральное отделение, имеющее в штате переводчиков, владеющих турецким, боснийским, хорватским, сербским языками и языком жестов. Все они прошли специальное обучение в области здравоохранения и могут оказывать услуги по аудиовизуальному переводу 16 часов в сутки. В Болгарии мобильные кабинеты и бригады, предоставляемые министерством здравоохранения, проводят профилактические медицинские осмотры лиц цыганского происхождения, не имеющих страховки, и лиц с ограниченным доступом к учреждениям здравоохранения. Кабинеты располагаются в районах компактного проживания народности рома, чтобы охватить максимальное число людей, которым сложно получить доступ к медицинским услугам. Мероприятия проводятся при поддержке медицинских посредников, региональных санитарных инспекторов, акушеров, врачей общей практики и педиатров из местных учреждений здравоохранения. Кампании организуются в сотрудничестве с национальной сетью медицинских посредников и Национальным советом по сотрудничеству по этническим и интеграционным вопросам при Совете Министров. В Германии для обеспечения возможности получить услуги, учитывающие культурные особенности и адаптированные к этим особенностям, многие регионы предоставляют информацию о поставщиках помощи и услуги на различных языках, чтобы охватить услугами контингент мигрантов, не говорящих на немецком языке.

Венгрия начала использование модели первичной медико-санитарной помощи в наиболее уязвимых районах страны. Ориентированная на общественное здравоохранение модельная программа по организации услуг первичной медико-санитарной помощи, поддерживаемая центром оказания виртуальных услуг, направлена на улучшение состояния здоровья всего населения Венгрии и уменьшение неравенств в отношении здоровья, причем особое внимание уделяется регионам страны, находящимся в наиболее неблагоприятных условиях. Профилактические программы были также приняты в Черногории. В 2010 году ВОЗ в рамках сотрудничества с Еврокомиссией опубликовала методические рекомендации о том, как системы здравоохранения могут наиболее эффективно решать проблемы несправедливости в отношении здоровья, связанные с миграцией и этнической принадлежностью (60).

Появление и успешная реализации этих немногих инициатив показывает, что можно и нужно делать больше для понимания того, как лучше включать людей в процесс оказания им медико-санитарной помощи. Это требует более четкого понимания того, что означает помощь, ориентированная на интересы и нужды людей, и как достичь разумного соотношения между тем, чего хотят и в чем нуждаются люди, и тем, что может быть им предоставлено.

Повышение отзывчивости системы услуг с помощью финансовых механизмов

Ответы стран на вопросы об отзывчивости касались пяти областей:

- расширение универсального пакета услуг на первичное звено и общественное здравоохранение;
- снижение финансовых барьеров и усиление финансовой защиты, особенно для уязвимых групп;
- повышение прозрачности финансовых льгот для осознанного выбора и снижение злоупотреблений финансовыми средствами;
- направление финансовых средств на улучшение качества услуг, снижение потерь, улучшение результатов деятельности и повышение устойчивости;
- внедрение финансовых стимулов для повышения отзывчивости поставщиков помощи.

Как показано в предыдущем разделе, реорганизация медицинских услуг в направлении усиления первичного звена была тем методом, который страны применяли для обеспечения отзывчивости систем здравоохранения. Следующим шагом является обеспечение адекватного финансирования услуг и включение их в универсальный страховой пакет. Например, все услуги общественного здравоохранения на Мальте предоставляются населению без дополнительных платежей. Единственным исключением являются схемы частичной оплаты долговременного ухода, при которых лица, проживающие в лечебнице, предоставляющей уход, лишаются 60% или 80% своей пенсии (в зависимости от учреждения) в качестве частичной платы за пребывание. Республика Молдова сообщила, что доступ к первичной медико-санитарной помощи и услугам неотложной помощи обеспечивается вне зависимости от страхового статуса, также как и определенные услуги общественного здравоохранения, такие как иммунизация и услуги для пациентов с ВИЧ-инфекцией или туберкулезом. В Румынии с 2014 года новый страховой пакет включает ряд услуг профилактического характера и первичной медико-санитарной помощи, основанных на методике оценки рисков. В стране также с недавнего времени расширен доступ к лечению туберкулеза и к противотуберкулезным лекарственным препаратам. Некоторые страны, включая Сербию, гарантируют несколько программ скрининга в рамках плана всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Некоторые страны также сообщили о расширении страхового покрытия путем введения обязательных требований к планам медицинского страхования. В 2010 году Республика Молдова расширила пакет медицинских услуг, которые должны покрываться планами медицинского страхования, до приблизительно 300 новых медицинских обследований,

диагностических услуг и хирургических вмешательств; в общей сложности от этого выиграли более 2,8 миллионов человек. Швейцария и Литва сообщили о гарантированном доступе к широкому спектру услуг для всех граждан через систему обязательного частного страхования. В бывшей югославской Республике Македония план страхования включает широкий спектр услуг первичного, вторичного и третичного звеньев.

Некоторые страны сообщили о снижении доли платежей из собственного кармана в целях снижения финансовых барьеров, выделяя их в качестве показателя доступа и отзывчивости. Болгария сообщила о начале обсуждения на национальном уровне вопроса о том, как снизить процент платежей из собственного кармана, на которые все еще приходится значительная доля суммарных расходов на здравоохранение. Эстония также использовала долю платежей из собственного кармана в качестве меры оценки справедливости и отзывчивости к нуждам пациентов. В Литве, Сербии, Словении и бывшей югославской Республике Македония медико-санитарные услуги покрываются страховым пакетом на первичном, вторичном и третичном уровнях, причем различные размеры соплатежей и освобождения от них определяются в зависимости от услуги или группы населения. В Черногории все услуги из пакета медицинских услуг финансируются за счет обязательного медицинского страхования; хотя символические соплатежи и существуют, уязвимые группы населения от них освобождены. Республика Молдова сообщила, что одним лишь расширением покрытия услуг государством и компаниями медицинского страхования удалось добиться снижения платежей из собственного кармана.

Несколько стран сообщили, что им удалось повысить уровень прозрачности путем опубликования предоставляемых по закону прав на получение услуг – это было сделано для того, чтобы ускорить снижение доли неофициальных платежей и повысить информированность при принятии решений о пользовании медицинскими услугами. Болгария сообщила о расследованиях случаев коррупции и снижении объема неформальных платежей путем обнародования данных о размерах вознаграждения. Венгрия ввела обязательное опубликование сведений о правах, которые дает медицинское страхование. Польша использовала свою карту потребностей в медицинской помощи для выявления областей, в которых требуется увеличить финансирование и инвестиции. Словакия использует приложение «Спросите врача» для информирования пациентов о более дешевых дженериках или лекарственных средствах для терапевтической замены предписанного препарата и для предоставления важной информации о здоровье.

Несколько стран подчеркнули важную роль перераспределения финансирования в повышении качества услуг и отзывчивости. Об этом сообщили Хорватия и Чешская Республика, которые централизовали высокоспециализированную и дорогостоящую медико-санитарную помощь для улучшения согласованности и рационального использования услуг, тем самым снизив ненужные расходы и улучшив надлежащее использование и рациональность. Чешская Республика выделила средства на снижение внутрибольничных инфекций. Швеция в 2009 году выделила 2 миллиарда крон на укрепление стимулов для районных советов к снижению времени ожидания в очередях.

Материальные стимулы представляют собой целенаправленный способ улучшения показателей деятельности, о котором сообщили несколько стран, хотя фактические данные о том, каким образом это лучше всего делать, не вполне однозначны (61). Большинство тех стран, которые применяют материальное стимулирование терапевтов и врачей-специалистов первичного звена медико-санитарной помощи, выплачивают премии за достижение целевых показателей деятельности, таких как предоставление профилактической помощи, рациональность помощи, удовлетворенность пациентов и ведение хронических заболеваний. Для больниц программы включают премии или штрафы, в основном за процесс оказания помощи, но в некоторых случаях также и за клинические исходы и за удовлетворенность пациентов. Болгария использует материальные стимулы для того, чтобы убедить врачей общей практики работать в местах, где не обеспечивается достаточный уровень медицинского обслуживания, и в службах неотложной помощи, и сообщает о

применении стимулов для улучшения лечения пациентов в амбулаторных условиях. В 2010 году Черногория ввела новую схему платежей в стационарных учреждениях неотложной помощи на основе исходов лечения и предоставленных услуг. Бельгия, Турция и Соединенное Королевство сообщили о применении стимулов в первичном звене и в системе оказания специализированной и больничной помощи. В список стран, которые применяют целевые стимулы для поощрения ряда услуг, включая первичную и стационарную помощь, входят Венгрия и бывшая югославская Республика Македония, где стимулы были введены в сочетании с внедрением компонента платежей на основе клинико-статистической группы. Кроме того, Эстония и Сербия ввели принцип клинико-статистической группы в механизмы платежей при стационарном лечении.

Достижение соответствия между возможностями кадров здравоохранения и потребностями пациентов

По общему мнению, численность кадров здравоохранения недостаточно велика для удовлетворения потребностей населения, а активно работающие кадры используются нерационально. В результате этого возможности обеспечения большей отзывчивости к потребностям, предпочтениям и ожиданиям населения страны видят в передаче части функций другим категориям работников и повышении внимания к изменяющимся ролям медицинских работников. Австрия приняла новые правила, касающиеся помощников врачей-стоматологов и фельдшеров. Беларусь ввела вспомогательный медицинский персонал в кадры здравоохранения. Эти «помощники врачей» предназначены для снижения нагрузки на врачей, особенно в первичном звене. В 2011 г. на Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Бельгия организовала заседание по вопросам профессионального состава кадров для того, чтобы выяснить у государств-членов их мнения о проблемах кадров здравоохранения. В ходе той дискуссии участники со всей определенностью выразили согласие с тем, что следует прекратить рассматривать медицинских работников как изолированные блоки – медицинские сестры, врачи и т.д., и хотя врачи могут открыто не высказываться о своем нежелании отказаться от монополии на лечение, имеются фактические данные о том, что результаты деятельности медсестер в некоторых областях ничуть не хуже, чем у врачей. Возможности передачи части функций другим категориям работников имеются во всех областях, но востребованы они были лишь в областях охраны здоровья матерей и детей и сексуального здоровья. В Чешской Республике министерство здравоохранения проводит реформу образования и регуляторных механизмов для достижения большей гибкости в численности и профессиональном составе кадров здравоохранения как средства обеспечения необходимого количества и более рационального использования кадровых ресурсов. В рамках мер по более рациональному использованию образовательных ресурсов был сокращен срок обучения работников парамедицинских профессий, и в настоящее время этим работникам легче получить доступ к высшему медицинскому образованию. Во Франции в 2009 году была одобрена концепция передачи полномочий, позволяющая работникам здравоохранения передавать обязанности по предоставлению помощи и ухода другим категориям работников. Грядущий закон о здравоохранении будет акцентирован, среди прочего, на принятии новых моделей обучения медицинских работников, чтобы обеспечить более полное удовлетворение потребностей лечения НИЗ. Ирландия одобрила использование фармацевтов для предоставления различных услуг, включая вакцинацию во время кампаний по иммунизации, измерение артериального давления и гликемического индекса. Словения расширяет роль медсестер и вводит их в бригады первичного звена для повышения качества программ укрепления здоровья и профилактики. Соединенное Королевство разрешило фармацевтам проводить лечение метадоном, что стало важной мерой по обеспечению большей доступности данных услуг для пациентов.

Изменяющаяся структура заболеваний и требование более рационального предоставления медицинских услуг повышают необходимость достижения соответствия между образованием (как базовым, так и НПК) медицинских работников и потребностями пациентов. Международная

независимая комиссия по образованию медицинских работников под руководством Julio Frenk (62) призвала к коренной реорганизации профессионального образования, отнеся перманентные и вопиющие разрывы и несправедливости в отношении здоровья на счет устаревших и негибких образовательных стратегий. Для проведения необходимой реформы здравоохранения, по утверждению комиссии Френка, «все медицинские работники во всех странах должны быть обучены тому, как мобилизовать знания и мыслить критически и соблюдать нормы этического поведения, чтобы быть компетентными участниками деятельности систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы пациентов и населения, в качестве членов бригад, отзывчивых на местном уровне и связанных между собой на мировом уровне». Почти во всех странах, ситуацию в которых проанализировала комиссия, было обнаружено, что «образование медицинских работников не смогло преодолеть неблагоприятное и несправедливое в системах здравоохранения из-за негибкости образовательной программы, профессиональной изоляции, статичной педагогики (науки об обучении), недостаточной адаптации к местному контексту и меркантильности среди работников». В результате имеющиеся на сегодняшний день кадры здравоохранения с трудом осваивают знания, суждения и социальные установки (виды компетентности), необходимые для продуктивного междисциплинарного взаимодействия, и не проявляют способностей к адаптации, лидерских качеств и положительного отношения к изменениям, необходимым для преобразования систем здравоохранения и моделей предоставления медицинских услуг.

Для исправления такой ситуации в странах Европейского региона были приняты различные ответные меры. Австрия сообщила, что проводится реформа системы образования и обучения медицинских работников с основной целью повысить качество обучения врачей, а также включить аспекты обучения ВОП во врачебных практиках (особенно в районах, где не обеспечивается достаточный уровень медицинского обслуживания). Кыргызстан считает приоритетом укомплектование кадрами медицинских университетов, обеспечение доступности современной литературы для медицинского образования, обеспечение наличия хорошо оснащенной базы для практического обучения и системы последипломного и непрерывного профессионального образования. Польша сократила срок базового обучения врачей с семи до шести лет и сделала его более ориентированным на практику. Также был сокращен срок, необходимый для специализации (с 6-9 лет до 5-6 лет в зависимости от вида специализации), и министерство здравоохранения прорабатывает изменения в базовом обучении медицинских сестер. В Словакии после изменений в программе обучения усилился акцент на первичной медико-санитарной помощи и увеличился объем общемедицинских предметов на последнем году обучения врачей. Испания и Венгрия сократили сроки обучения медсестер и сделали его более ориентированным на практику. Швеция увеличила общий объем программы обучения как врачей, так и медсестер. Таджикистан и Украина также сообщили об акцентировании внимания на обучении семейных врачей: за последние годы число специалистов, получающих такую подготовку, ежегодно возрастало приблизительно на 20%. Туркменистан начал программу обучения новым специальностям (таким, как спортивная, военная, восстановительная и альтернативная медицина).

В Регионе наблюдается тенденция придания базовому обучению более межпрофессионального характера как способа повышения способности медицинских работников быть более отзывчивыми к пациентам. Примерами стран, где межпрофессиональное обучение практикуется шире, являются Финляндия, Германия, Казахстан, Испания и Швейцария. Однако, несмотря на то, что образование медицинских работников было признано в ряде стран важной и приоритетной областью, лишь немногие страны начинают применять трансформационные модели образования, предложенные Frenk с соавторами (62). Странами, которые развивают более трансформационные модели, являются Австрия, Бельгия, Англия, Литва и Шотландия. Эти программы выносят образование медицинских работников за пределы больницы – в учреждения первичного звена и общественного здравоохранения, действующие в местных сообществах. Такие модели обучения лучше отражают реалии жизни и содействуют обучению в процессе непрерывного предоставления помощи, бригадной работы, наставничества и повышения квалификации.

Повышенное внимание также уделяется НПК и учению на протяжении всей жизни, что очевидно способствует повышению безопасности пациентов при условии, что вмешательства в этой области в первую очередь будут предусматривать актуализацию знаний и навыков кадров здравоохранения и иметь непосредственное отношение к потребностям пациентов. В одних странах такие формы повышения квалификации были введены в качестве обязательных, в то время как в других они были приняты в виде этических обязательств. Методы электронного и дистанционного обучения в процессе НПК применяются также и в Беларуси, где к дополнительным приоритетам в обновлении системы НПК относятся усиление ориентации на практику, повышение квалификации преподавателей, ведущих курсы повышения квалификации, и внедрение новых технологий в практику. Кипр разработал и реализовал программу непрерывного обучения работников для повышения рациональности, эффективности и продуктивности в работе медицинского персонала и в предоставлении медико-санитарных услуг. В настоящее время непрерывное образование является в стране обязательным для всех медсестер и акушерок, и продление лицензии на ведение практики зависит от участия в такой программе. Чешская Республика внесла изменения в законодательство в отношении обучения на протяжении всей жизни для практикующих медсестер и начала реформу системы зачетных единиц при непрерывном образовании. Основной поправкой к существующей системе является отсутствие ограничений на количество отвечающих требованиям зачетных единиц, полученных на курсах электронного обучения и семинарах, организуемых учреждениями здравоохранения. Это обеспечило более гибкую организацию обучения в соответствии с потребностями кадров здравоохранения. Другие изменения включают адаптацию последиplomного образования и обучения на протяжении всей жизни с целью улучшения мотивационных, рабочих, образовательных и социальных условий для работников парамедицинских профессий. В сотрудничестве с несколькими другими странами была инициирована национальная программа обучения для специалистов из Туркменистана на курсах длительностью несколько месяцев. Узбекистан создал региональную сеть центров НПК для врачей узких специальностей, а также расширенную сеть классов НПК для медсестер первичного звена в 159 населенных пунктах страны. В целом количество работников, принимающих участие в этих программах, существенно повысилось, особенно среди врачей, работающих в сельской местности. Система НПК в настоящее время связана с обязательной аккредитацией (по крайней мере каждые пять лет).

Наконец, исследование RN4CAST (63) показало, что, наряду со значимостью надлежащей подготовки и навыков, для того, чтобы добиться прогресса в сохранении и оптимизации использования кадров здравоохранения, также должно приниматься во внимание и благополучие медицинских работников. Некоторые страны, такие как Чешская Республика, Венгрия и Республика Молдова занимаются повышением престижа и статуса кадров здравоохранения, особенно семейных врачей и медсестер. Министерство здравоохранения Чешской Республики учредило награды в рамках Международного дня медсестер, Национального дня медсестер и конкурса «Медсестра года». В Венгрии с 2011 года день рождения знаменитого венгерского врача Игнаца Земмельвейса является официальным праздником работников здравоохранения, а в 2014 году в качестве меры по повышению социального признания медицинских работников 19 февраля было объявлено Днем венгерских медсестер. Чешская Республика в основном акцентировала внимание на условиях труда медсестер. Для упрощения ведения сестринской и врачебной документации в стране была введена должность главной медсестры. Эти меры по снижению нагрузки на медсестер также нацелены на улучшение бригадной работы и организации предоставления медицинских услуг. Для того, чтобы не допускать перегрузки медсестер из-за нехватки кадров, применяется трудовой кодекс страны. В течение последних трех лет Венгрия акцентировала внимание на улучшение условий труда, оплаты труда и иных стимулов для мотивации людей к возвращению в профессию и в страну. Турция признала важность поддержки медицинских работников на уровне законодательства, которое предусматривает более гибкий рабочий график, и пересмотрела систему обучения медицинских работников, включая врачей и медсестер (11). В Соединенном Королевстве был подготовлен независимый доклад об оценке вовлеченности персонала и расширении его прав и возможностей

в национальной системе здравоохранения. В этом докладе приведены убедительные доказательства того, что учреждения здравоохранения с высоким уровнем вовлеченности персонала, в которых работники преданы своему делу и участвуют в принятии решений, обеспечивают лучшее качество помощи. В продолжение реализуемых в настоящее время инициатив, таких как программа «Взаимная поддержка», было объявлено о создании государственного фонда в 1 миллион фунтов стерлингов для поддержки дальнейших исследований с целью изучения потенциальных преимуществ модели взаимопомощи в секторе неотложной помощи.

Повышение приоритетности инноваций и справедливого ценообразования

Во всем Европейском регионе для содействия отзывчивости к нуждам и предпочтениям людей вводятся финансовые стимулы. Они включают внедрение стимулов к назначению лекарственных средств-дженериков и плату (более высокую) за пользование менее эффективными в сопоставлении с затратами фармацевтическими препаратами и услугами. Венгрия сообщила, что в последние несколько лет стимулируется применение дженериков и что одним из используемых для этого средств является частичное назначение лекарств по действующему веществу (обязательным это требование является лишь для гипохолестеринемических препаратов). В то же время аптекам предоставляются материальные стимулы для того, чтобы они более активно предлагали дженерики. Кроме того, конкурентоспособность дженериков – заменителей патентованной продукции активно стимулируется компаниями медицинского страхования. Литва разработала национальную программу по дженерикам. Цена на первый произведенный дженерик должна быть на 50% ниже цены оригинального препарата, а цены на второй и третий дженерики должны быть на 15% ниже цены самого дешевого препарата в данной группе. Словения сообщила о введении системы взаимозаменяемых лекарственных средств: в случае, когда имеется самое дешевое лекарственное средство, обеспечиваемое системой обязательного медицинского страхования, любые другие лекарственные средства на основе того же действующего вещества, цена на которые превышает минимальную, можно получить по цене, равной разнице в стоимости. Эта система также включает сведение всех фармацевтических препаратов в терапевтические группы на основе действующих веществ. Такие меры позволили снизить цены на лекарства в Словении на 20-30%.

Для повышения отзывчивости и оптимизации пользования услугами в Регионе также используются инновационные технологии и средства электронного здравоохранения и электронной выписки рецептов. Хотя до настоящего времени применение технологий здравоохранения концентрируется в больницах и аптеках, похоже, что их роль будет повышаться и в учреждениях первичного звена (33), что и произошло уже в некоторых странах (Хорватия, Латвия и бывшая югославская Республика Македония). Электронное здравоохранение стало для стран ценным инструментом для снижения потребностей в ресурсах, необходимых для предоставления медицинских услуг, и повышения рациональности услуг. В целом такие страны, как Австрия, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Кипр, Эстония, Кыргызстан, Литва, Черногория, Польша, Республика Молдова, Словения, Швейцария и бывшая югославская Республика Македония в своих ответах на консультационный вопросник отметили развитие услуг электронного здравоохранения. Польша применяет решения, предлагаемые электронным здравоохранением, для повышения способности к принятию быстрых и согласованных мер реагирования на угрозы для здоровья и для принятия эффективных мер по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Кроме того, информационные системы страны обеспечивают предоставление более качественной информации и знаний для развития общественного здравоохранения. Также предполагается, что при более широком использовании услуг электронного здравоохранения повысятся надежность и качество данных (включая их полноту, своевременность и последовательность), что в свою очередь обеспечит последовательность в процессах оказания медико-санитарной помощи, системах здравоохранения и руководстве здравоохранением.

Дания успешно расширила масштабы применения мониторинга на дому пациентов с хроническими респираторными заболеваниями и внедрила на всей территории страны систему электронных историй болезни. Польша и Эстония ввели системы электронного направления к специалистам.

Хорватия внедрила инструменты ведения пациентов в учреждениях первичного звена, позволяющие с помощью «экспертных групп по НИЗ» давать подсказки и оказывать поддержку семейным врачам, ведущим пациентов с НИЗ. Постепенно их использование расширяется, обеспечивая доступ к данной информации многим другим медицинским работникам (узким специалистам, медсестрам первичного звена и медсестрам, занятым в общественном здравоохранении) для улучшения ведения пациентов.

Технологии также используются для предоставления медико-санитарной помощи труднодоступным группам населения. В Регионе широко используется телемедицина, особенно для ведения хронических заболеваний. В то время как масштабы использования телемедицины в Западной и Центральной Европе существенно различаются, она широко применяется в Дании, Нидерландах, Норвегии и Швеции; растет ее использование и в Польше. В результате этого большое значение приобрела защита данных электронных историй болезни: такие страны, как Кипр, Эстония и Республика Молдова осуществили меры по защите информации о пациенте.

Укрепление естественных и предоставляемых законом прав пациентов

Многие страны сообщили о принятии стратегий и законодательных/регуляторных инструментов для определения прав пациентов и повышения осведомленности о них. Важную роль в обеспечении такой осведомленности сыграла Директива ЕС 2011/24/EU о применении прав пациентов при предоставлении медицинской помощи за рубежом. В Латвии в марте 2010 года вступил в силу закон о правах пациента, который был разработан при технической поддержке ВОЗ. В нем перечислены права в целом ряде аспектов, таких как право людей на информацию о своей медицинской документации, на лечение (в том числе на согласие или отказ от него), на выбор врача и учреждения здравоохранения, на защиту личных данных и пр. В национальном плане здравоохранения Норвегии ясно обозначены ключевые аспекты таких прав, например, как приемлемое время ожидания доступа к медицинским услугам. Регуляторные инструменты также применяются в Португалии, где министерство здравоохранения приняло хартии о правах и обязанностях пользователей национальной системы здравоохранения и о правах госпитализированных граждан. В Румынии для оказания помощи пациентам в мониторинге своего доступа к услугам были разработаны сложные электронные платформы. Словения после принятия в 2008 г. закона о правах пациентов начала применять его для управления очередями, а также создала службу защиты интересов пациентов, которая предоставляет им информацию и рекомендации по реализации этих прав при получении медико-санитарной помощи или обсуждении медицинских услуг с поставщиками помощи и страховыми компаниями. Другие страны все еще находятся на стадии подготовки проектов законодательных инструментов для защиты прав пациентов.

Кроме того, Хорватия, Кипр, Дания, Эстония, Финляндия, Венгрия, Словения, Швеция, Республика Молдова и Соединенное Королевство сообщили о принятии мер по наделению пациентов правом выбора поставщика первичной медико-санитарной помощи. Несмотря на то, что фактические данные о том, можно ли действительно считать наделение пациентов правом выбора поставщиков помощи «помощью, ориентированной на интересы пациента», неоднозначны (9), сообщалось, что данное право повышает удовлетворенность пациентов и конкуренцию между поставщиками помощи, что может улучшить качество и оперативность предоставляемой медико-санитарной помощи (64). В Республике Молдова пациенты, опираясь на законы о здравоохранении и обязательном медицинском страховании, могут

свободно выбирать своего семейного врача и поставщика первичной медико-санитарной помощи. Однако на практике пациенты обычно бывают приписаны к врачу в ближайшем учреждении первичного звена, и все члены одной семьи приписаны к одному и тому же врачу.

После подписания Таллиннской хартии некоторые страны, включая Хорватию, Кипр, Латвию и Черногорию, для оказания помощи в реализации прав пациентов ввели также посты омбудсменов по правам пациентов для защиты интересов и прав пациентов в системе здравоохранения. Другие страны пошли по пути не столько использования правовых инструментов, сколько создания среды, в которой всем становится легко делать выбор в пользу здоровья и у людей становится больше прав и возможностей в отношении собственного здоровья. В Эстонии предоставляются рекомендации о мерах, которые могут быть приняты каждым человеком для сохранения и улучшения своего здоровья, а обязательство защищать права пациентов реализуется с помощью намерения повысить информированность граждан о своих правах в системе здравоохранения. Знания о здоровье и здоровые модели поведения будут преподаваться в школах. Влияние этих изменений, включая изменения в модели поведения населения в отношении здоровья, будет оцениваться путем ежегодного обследования.

Еще одним механизмом, применяемым министерствами здравоохранения для определения улучшений в отзывчивости систем здравоохранения, является оценка удовлетворенности пациентов. В настоящее время многие страны используют «горячие линии» или механизмы с использованием Интернет-технологии для оценки удовлетворенности пациентов. Как правило, это служит двум целям: получать отзывы и предложения граждан по вопросам здоровья и системы здравоохранения и дать гражданам средство подачи жалобы. Веб-сайт министерства здравоохранения Азербайджана содержит телефонный номер горячей линии министерства, по которому жители страны могут звонить по любым вопросам. В Португалии все учреждения имеют отдел официальных жалоб, в обязанности которого входит реагирование на поступление официальной жалобы. Проведенная Турцией оценка своей программы «Преобразование здравоохранения» с помощью данных центра обработки звонков показала, что уровень удовлетворенности населения медицинскими услугами возрос с 30% в 2003 г. до 75% в 2011 г. Центр обработки звонков обладает возможностью обрабатывать 1 миллион запросов в год, и для него установлен стандарт: отвечать на 90% запросов в течение 24 часов с момента поступления. Для медицинских работников был создан отдельный интернет-форум для доклада непосредственно министру здравоохранения.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 5

Пятое обязательство, содержащееся в Таллиннской хартии, касается вовлечения всех заинтересованных сторон в процессы формирования и реализации политики.

Главные тезисы

- Во всем Европейском регионе наблюдается политическая и административная децентрализация, в том числе в вопросах ответственности за здравоохранение, как мера по повышению отзывчивости.
- Некоторые страны сообщили об улучшении диалога и взаимодействия с министерствами финансов, особенно благодаря усилиям ОЭСР и ВОЗ по организации совместных совещаний сотрудников министерств здравоохранения и финансов.
- Важнейшим инструментом укрепления кадров здравоохранения в Регионе является взаимодействие с другими заинтересованными сторонами, и его роль в улучшении условий занятости медицинских работников (наем, расстановка, сохранение кадров, финансовые стимулы и миграция) постоянно повышается. Тем не менее, повсеместно сохраняется и остается барьером для комплексного и эффективного взаимодействия институциональная замкнутость медицинских работников.
- Для повышения оперативности в проведении ОТЗ страны вовлекают в этот процесс целый ряд заинтересованных сторон, включая пациентов, поставщиков помощи, представителей промышленности.
- Все страны начали диалог с другими заинтересованными сторонами, в определенной мере с целью формирования и реализации политики. Механизмы сохранения вовлеченности заинтересованных партнеров менее очевидны.

Децентрализация планирования и реализации медицинских услуг

Во всем Европейском регионе в качестве меры по повышению степени вовлеченности заинтересованных сторон сообщается о политической и административной децентрализации. В Дании, Финляндии, Норвегии и Швеции контроль за предоставлением услуг первичного звена был децентрализован до уровня муниципальных органов управления, что обеспечило возможность интеграции первичного звена с другими услугами местного уровня (такими как социальная помощь), улучшило согласованность услуг с вторичным звеном и укрепило профилактические мероприятия. По имеющимся данным, передача полномочий по принятию решений муниципальным властям обеспечила большую согласованность вмешательств с потребностями местных сообществ в медицинских и социальных услугах. Интеграция между организациями и администрацией позволила осуществлять полноценную координацию медико-санитарной помощи, общественного здравоохранения и социальной помощи. Внедрение комплексных маршрутов помощи с использованием единой организационно-плательщика, которая материально стимулирует наиболее эффективный в сопоставлении с затратами маршрут, позволило успешно перенести услуги из дорогостоящих стационарных учреждений в систему помощи на дому, особенно при ведении пациентов более старшего возраста.

После структурной реформы в Дании в 2008 году был принят новый закон о здравоохранении, который наделил датское Управление по здравоохранению и лекарственным препаратам правом определять специализированные функции и решать, кто должен их выполнять. В ходе процесса, проходившего «снизу вверх», в котором участвовали врачи-специалисты и представители региональных органов здравоохранения, на основе таких критериев, как сложность, редкость и ресурсы, было определено 1200 специализированных функций. План был полностью реализован в 2010 году, и проведенная недавно оценка показала широкую приверженность этому плану всех заинтересованных сторон и продемонстрировала

преобразование больничного сектора в направлении сокращения числа больниц и увеличения объемов специализированной помощи. Для онкологических заболеваний было определено 26 маршрутов помощи и разрабатываются дополнительные маршруты, однако стало очевидно, что пациенты с нехарактерными симптомами проходят достаточно длинные и неудовлетворительные маршруты помощи. Поэтому, основываясь на опыте одного региона, во всех регионах были созданы диагностические маршруты для пациентов, которыми руководит персонал, работающий в многопрофильных больницах. Литва сообщила, что в попытке улучшить качественное согласование услуг в муниципалитетах для повышения доступности услуг общественного здравоохранения была развита их инфраструктура. В Швеции задача оказывать влияние на общественное здравоохранение и выявлять дальнейшие направления действий лежит на центральных службах, окружных советах и муниципалитетах. Национальное обследование общественного здоровья показывает современное состояние здоровья населения, а также отслеживает его динамику на протяжении длительного времени. Продолжается сотрудничество между Национальным институтом общественного здоровья Швеции, окружными советами и регионами. В Соединенном Королевстве реформы управления поставщиками услуг были сосредоточены на укреплении руководящих структур в виде фондовых трастов. Обязанности советов директоров фондовых трастов Национальной службы здравоохранения определены в законодательстве, где подчеркивается, что они должны действовать так, чтобы добиться максимальной пользы траста для его членов, включая персонал, пациентов и общество в целом. При реализации этих мер также были расширены полномочия совета попечителей больницы: ему была вменена установленная законом обязанность привлекать к отчету директоров, не осуществляющих исполнительных функций, и осуществлять надзор за всеми значительными финансовыми операциями больницы. На основании ограниченных фактических данных можно предположить, что децентрализация привела к улучшениям в инновациях в вопросах политики, ограничила расходы на здравоохранение без расширения неравенств в отношении здоровья и позволила улучшить итоговые показатели здоровья населения.

Улучшение диалога и взаимодействия с министерствами финансов

В качестве одной из наиболее важных мер обеспечения финансирования систем здравоохранения министерствам здравоохранения необходимо улучшить диалог и взаимодействие с министерствами финансов. В нескольких странах это стало признанным приоритетом и все больше предполагает изменение формулировки приоритетов в области здравоохранения таким образом, чтобы они согласовывались с формулировками и приоритетами министерств финансов. Экономический кризис привел к изменению воззрений на финансовую устойчивость систем здравоохранения. С чисто фискальной точки зрения вопрос устойчивости ограничивается поддержанием баланса между доходами и расходами государства. Однако взгляд с точки зрения показателей деятельности позволяет подойти к концепции устойчивости более избирательно, акцентируя внимание на том, какой уровень достижения целей общественного здоровья страны могут или хотят поддерживать. Повышение или поддержание абсолютных уровней расходов на здравоохранение во время экономического спада может быть неосуществимым, однако правительства могут выбирать способы урезания бюджета, что в свою очередь отражает их приоритеты.

Многие страны сообщили об улучшении диалога и взаимодействия с министерствами финансов, особенно благодаря усилиям ОЭСР и ВОЗ по организации совместных совещаний сотрудников министерств здравоохранения и финансов. В таких мероприятиях принимали участие представители Австрии, Бельгии, Чешской Республики, Дании, Эстонии, Франции, Германии, Греции, Нидерландов, Норвегии, Польши, Словакии, Словении, Швеции, Швейцарии, Турции и Соединенного Королевства.

Вовлечение кадров здравоохранения в процесс формирования политики

Важнейшим инструментом укрепления стратегического управления кадрами здравоохранения в Европейском регионе является взаимодействие с другими заинтересованными сторонами. Укрепление сотрудничества со всеми имеющими отношение к данному вопросу заинтересованными сторонами и секторами, помимо сектора здравоохранения, такими как секторы образования, финансов, труда, государственной службы и внутренних дел, имеет особое значение для координации и планирования кадров здравоохранения. Этот вопрос был рассмотрен в разделе, посвященном второму обязательству, содержащемуся в Таллиннской хартии. Реализуемая в Соединенном Королевстве программа «Налаживание связей» является образцом того, как нужно требовать от чиновников высокого ранга и лиц, формирующих политику, проводить, соответственно, 20 и 5 дней в году в одном или нескольких учреждениях медицинской помощи и ухода, чтобы ходить по пятам за персоналом и наблюдать их повседневную работу и таким образом узнавать их потребности, а также потребности пациентов. Программа позволила 130 поставщикам помощи в ряде служб, включая трасты неотложной и психиатрической помощи, дома престарелых и бригады по работе с бездомными, наладить связи с чиновниками и лицами, формирующими политику. Персонал учреждений также получает выгоды от таких связей, и к настоящему времени департамент здравоохранения организовал несколько дней информирования работников, оказывающих медицинскую помощь и осуществляющих уход, о процессе выработки политики и работе парламента. Также важно формировать у кадров здравоохранения в частном и государственном секторе, в научных кругах, в профессиональных объединениях и у представителей пациентов общее видение планирования, обучения, сохранения и поддержки кадров здравоохранения. В данной области также наблюдается значительная степень вовлеченности организаций пациентов. Бельгия, Финляндия, Германия, Израиль, Италия и Нидерланды достигли существенного прогресса в вовлечении организаций пациентов в разработку новых стратегий в отношении кадров здравоохранения.

В Регионе возникли профессиональные объединения, и хотя они не всегда в полной мере участвуют в процессе улучшения предоставления медицинских услуг, они дают возможность экспертам вносить большой вклад в процесс формирования политики, и это очень важно. Во времена Советского Союза в странах бывшего СССР существовали различные профессиональные объединения, в реальности обладающие, однако, лишь незначительной независимостью или не обладающие ею вовсе: медицинские работники не могли лоббировать профессиональные стандарты или интересы своих членов (65), но теперь положение начало меняться. Например, в Кыргызстане такие профессиональные объединения, как Ассоциация семейных групповых практик и Ассоциация больниц тесно сотрудничают с министерством здравоохранения в вопросах реформирования сектора здравоохранения. В Республике Молдова также имеются сильные местные сети неправительственных организаций, которые играют все более важную роль в разработке политики здравоохранения в таких областях, как ВИЧ/СПИД, туберкулез и борьба против табака и потребления алкоголя. В Словакии были созданы рабочие группы для решения самых разных вопросов, таких как определение стандартов для сети медицинских учреждений и стратегии в отношении неотложных медицинских услуг и лекарственных препаратов. Вовлеченные в данный процесс заинтересованные стороны включают компании медицинского страхования, ассоциации больниц, экспертов и профессиональные организации.

Тем не менее, институциональная замкнутость медицинских работников остается большой проблемой. Для ее решения в таких странах, как Австрия, Финляндия, Ирландия, Испания и Соединенное Королевство создаются межпрофессиональные бригады по планированию, а также принимаются меры по содействию межпрофессиональному образованию и практике. Однако, поскольку кадры здравоохранения – это сфера, в которой сплетается так много противоречивых интересов, формирование политики не может строиться исключительно на консенсусе. Без сильных лидеров национальные стратегии начинают спотыкаться на комбинации ситуативных решений, многие из которых нацелены на защиту

интересов конкретной профессиональной категории. Поэтому для того, чтобы инициировать процесс, добиваться прорывных решений, вовлекать ключевые заинтересованные стороны (работников, государство и гражданское общество), поддерживать синергические роли каждой стороны и побуждать их к принятию партнерского подхода, необходимо лидерство на национальном уровне.

Привлечение заинтересованных сторон к повышению оперативности ОТЗ

В Европейском регионе в процесс ОТЗ вовлечен целый ряд заинтересованных сторон, включая пациентов и медицинских работников. Это повышает прозрачность и доверие при принятии решений и способствует поддержанию взаимоуважения между пациентами, промышленностью и регулирующими органами (66). Примером этого является Шотландский консорциум по лекарственным средствам (ШКЛС) – консорциум заинтересованных сторон, включающий лиц, формирующих политику, медицинских работников, фармацевтов, представителей пациентов и промышленности. Совещательный процесс, используемый ШКЛС, позволил обеспечить достаточно активное взаимодействие и прочные отношения с территориальными комитетами по лекарственным средствам и клинической медицине, которые реализуют решения ШКЛС в НСЗ Шотландии (67). В Швеции представители пациентов заседают в совете по компенсациям Агентства по льготному стоматологическому и лекарственному обеспечению и являются членами Шведского совета по ОТЗ. В их обязанности входит участие в обсуждении этических вопросов и интерпретация результатов исследований (68).

Также поддерживается связь между ведомствами по ОТЗ и производителями с целью улучшения оперативности в проведении ОТЗ и недопущения задержек в процессе оценки (69). Такие меры, как неформальный диалог на начальных этапах между Норвежским агентством по лекарственным средствам и производителями для выявления соответствующих препаратов для сравнения (70) направлены на недопущение повторной подачи документов на регистрацию препаратов и на экономию ресурсов как органов здравоохранения, так и самих компаний. В Соединенном Королевстве Национальный институт клинического совершенствования в 2009 году учредил службу платного научного консультирования для фармацевтических компаний, услуги которой включают предоставление письменных консультаций. За первые три года функционирования этой службы были выполнены проекты по формальному письменному консультированию (69, 71, 72).

На европейском уровне заслуживают внимания две инициативы по содействию диалогу на начальном этапе между регулирующими органами и производителями. Во-первых, Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕАЛС) в 2013 году выпустило пресс-релиз, в котором сообщалось, что «тесное взаимодействие между регулирующими органами и органами ОТЗ является критически важным условием для того, чтобы инновации могли доходить до пациентов и в конечном итоге приносить пользу общественному здоровью» (73). Начиная с 2010 года ЕАЛС осуществляет экспериментальный проект параллельного научного консультирования. Эта программа позволяет разработчикам одновременно получать отзывы и комментарии от регулирующих органов и от органов ОТЗ о своих планах разработки новых лекарственных средств. Во-вторых, Консорциум по формированию начальных европейских диалогов, возглавляемый Национальным агентством по здравоохранению Франции и финансируемый Европейской комиссией, ставит перед собой цель искать пути улучшения начального диалога между экспертами по ОТЗ и производителями еще на этапе разработки лекарственных средств (74).

Стратегическое руководство с общественным участием

Важность процессов с более выраженным участием заинтересованных сторон была подчеркнута в Люблянской хартии по реформированию здравоохранения, принятой в 1996 году (2), в которой указано, что министерствам здравоохранения следует «меньше грести, а больше рулить». В этом ключе почти все ответы на вопросник содержали сведения о поощрении диалога между гражданским обществом и лицами, формирующими политику. Все страны сообщили, что у них действуют директивы и механизмы, способствующие вовлечению и участию заинтересованных сторон, включая консультации по конкретным стратегиям или реформам и постоянные платформы для получения отзывов и предложений (либо по электронным каналам, либо путем создания комитетов или консультативных советов). В Австрии был создан консультативный совет для реализации 10 рамочных целей страны в области здравоохранения на 2012-2032 гг., который проводит регулярные и интенсивные обсуждения реформы первичного звена с различными заинтересованными сторонами. При разработке рамочной программы, принятой в июне 2014 года, учитывался важный вклад консультативного совета, а также мнения и предложения более 30 учреждений и более 4000 граждан. Министерство здравоохранения Бельгии пригласило к участию в процессе разработки стратегии комплексных медицинских услуг внешних партнеров и экспертов, исходя из допущения, что планируемые изменения должны использовать преимущества существующей системы и улучшать ее сильные стороны путем гармонизации методов работы. В Чешской Республике министерство здравоохранения консультируется с экспертами, профессиональными объединениями и другими министерствами по всем законам, декретам и иным готовящимся материалам. В ходе процесса разработки материалы рассылаются всем принимающим участие сторонам, включая компании медицинского страхования, профессиональные объединения, ассоциации больниц, организации пациентов и региональные органы власти. В Эстонии все имеющие отношение к вопросу заинтересованные стороны, включая неправительственные организации, представляющие кадры здравоохранения и больницы, такие как Эстонская ассоциация защиты интересов пациентов и профсоюзы, вовлечены в обсуждение тех решений, которые их затрагивают или которые могут выиграть от их вклада. В Германии для принятия и обновления семи национальных целей в области здравоохранения проводилась работа с участием более 120 учреждений. Ожидается, что результаты оценки целей в период с 2013 по 2015 г. будут учтены при разработке новой программы национальных целей в области здравоохранения. На региональном, районном и муниципальном уровнях также реализуется множество проектов, связанных с постановкой целей. В Венгрии необходимость регулярных консультаций с организациями пациентов при разработке стратегий в области здравоохранения и участие организаций пациентов в консультациях регламентируется декретом. Национальный форум пациентов, представляющий интересы более 200 организаций пациентов, принимает участие в разработке программ в области здравоохранения, проектов законодательных актов и помогает разработке профессиональных стандартов. В конце 2009 года Кыргызстан начал разработку новой стратегии сектора здравоохранения на 2012-2016 гг. под руководством рабочей группы министерства здравоохранения, которая проводила регулярные совещания с представителями гражданского общества для обсуждения ключевых элементов стратегии. ВОЗ оказывала техническую поддержку на протяжении всего процесса разработки. В Швейцарии для оказания поддержки в разработке проекта федерального закона о профилактике заболеваний и укреплении здоровья была создана рабочая группа, в состав которой входили представители кантонов, государственных и частных учреждений и федерального правительства. Она сформулировала требования к национальным целям в области профилактики заболеваний, которые в дальнейшем были включены в предварительную версию закона.

Во всем Европейском регионе отдельной задачей является получение мнений и предложений от пациентов, что привело к созданию постов омбудсменов и представительных органов пациентов при самих министерствах. Например, Чешская Республика сообщила о создании при министерстве здравоохранения совета пациентов для максимального использования ценных предложений пациентов относительно предоставления медицинских услуг.

Страны все больше вовлекают в процесс принятия решений по установлению приоритетов профессиональные группы и уязвимые группы населения. Примером являются услуги, связанные с ВИЧ-инфекцией, в которых доминирует принцип «большого участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом». Такие страны, как Эстония, Таджикистан, Турция и Украина для более полного отражения потребностей потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами, заключенных, мигрантов и работников секс-индустрии в стратегиях в отношении ВИЧ-инфекции ведут тесное сотрудничество с общественными организациями. Это привело к кардинальному изменению итоговых показателей здоровья. Азербайджан сообщил о широком участии гражданского общества в разработке стратегического плана в области репродуктивного здоровья на 2008-2015 гг. Этот подход был также использован в ходе реформы общественного здравоохранения страны в 2013-2014 гг., которая не только включала приоритеты в области репродуктивного здоровья, но и охватывала здоровье детей, борьбу с табакокурением, здоровые модели поведения и решение проблемы домашнего насилия. Тем не менее, не всегда понятно, в какой мере данные группы участвуют также и в оценке реализации этих приоритетов.

Наиболее распространенной формой мобилизации участия заинтересованных сторон является создание веб-платформ, позволяющих получать отзывы и оценки в отношении законодательства, решений, стратегий и политики. Эти механизмы получения отзывов и оценок играют важную роль в укреплении диалога между гражданским обществом и лицами, формирующими политику, однако необходимо следить за тем, чтобы коммуникация была двухсторонней и министерство тоже отвечало на отзывы и предложения. Эстония проводит ежегодные обследования удовлетворенности пациентов, данные из которых напрямую учитываются в двух показателях – качества и доступности услуг – в национальном плане здравоохранения. Испания применяет инструмент, известный как «барометр медицинской помощи», для ежегодного изучения общественного мнения о медицинских услугах. Соединенное Королевство в 2012 году ввело так называемый «тест на рекомендацию друзьям и родственникам»: в нем содержится единственный простой вопрос о том, порекомендуют ли пациенты воспользоваться полученной ими помощью своим друзьям и родственникам в случае, если им понадобится аналогичная помощь или лечение. Получение отзывов происходит буквально в режиме реального времени, что означает, что службы могут изучить полученные отзывы и сразу принять меры к устранению недостатков. Данная инициатива была реализована в апреле 2013 года в отделениях интенсивной терапии, службах родовспоможения и неотложной помощи, а в декабре 2014 года – в общей практике, поликлиниках и психиатрических службах. Для всех остальных служб она была реализована в марте 2015 года, и, начиная с апреля 2014 года, служба здравоохранения получила более 4 миллионов отзывов пациентов.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 6

Шестое Таллиннское обязательство состоит в том, чтобы всемерно содействовать международному обмену опытом и развивать сотрудничество в области планирования и осуществления реформ здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях.

Главные тезисы

- Укрепление согласованности/комплексного характера предоставления услуг признается фактором, играющим главенствующую роль в реагировании как на потребности в медицинских услугах, так и на недостатки существующих моделей помощи. Эта задача стала первоочередной для стран в Регионе и вышла на первый план в международном сотрудничестве.
- Страны активно участвуют в международных мероприятиях, на которых ведется диалог по вопросам политики между многими странами, и их представители принимают участие в учебных курсах ВОЗ по вопросам финансирования здравоохранения для достижения всеобщего охвата медицинскими услугами, а также во флагманских курсах по укреплению систем здравоохранения.
- Серьезные инициативы в международном сотрудничестве были предприняты ВОЗ, Евростатом и ОЭСР в области совместного сбора данных. В последнее время важной платформой для обмена опытом в области информационных систем и статистики, передовой практики, укрепления кадрового потенциала и реализации Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения стал проект ЕС «Совместные действия по планированию и прогнозированию кадровых ресурсов» (45).
- Для получения доступа к отчетам об ОТЗ из других частей Региона несколько стран активно участвуют в деятельности сетей EUnetHTA (для стран ЕС) и ADVANCE-HTA (для стран Центральной Европы и Балканских стран), направленной на стандартизацию методики оценки медицинской продукции и лекарственных препаратов.
- Несколько стран поддерживают межстрановую и региональную коммуникацию и обмениваются информацией с целью разработки планов, концепций и стратегий здравоохранения для своих систем здравоохранения.

Развитие концепции согласованной/комплексной помощи

Организация служб здравоохранения таким образом, чтобы они стремились предоставлять высококачественные услуги всем и в первую очередь наиболее уязвимым группам населения и были более отзывчивыми к нуждам людей, – это одновременно краеугольный камень Таллиннской хартии и центральный тезис в концепции совершенствования деятельности систем здравоохранения, заложенной в политику Здоровье-2020. Укрепление согласованности и комплексного характера в предоставлении медицинских услуг все больше признается фактором, играющим центральную роль в реагировании как на потребности в медицинских услугах, так и на недостатки существующих моделей помощи. В этом контексте и в ответ на требования стран предложить им варианты политики, соответствующие конкретным условиям, обоснованные научными данными и дающие возможность осуществить широкие системные изменения, для Европейского региона в настоящее время разрабатывается рамочная основа для действий по организации согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг (СКПМУ). Процесс разработки предполагает широкие консультации и открыт для всех – в нем принят принцип широкого участия всех заинтересованных сторон, позволяющий учесть мнения и предложения стран, консультативной группы экспертов и представителей заинтересованных партнеров, поставщиков помощи, пациентов и гражданского общества.

В соответствии с принципом широкого вовлечения заинтересованных сторон, консультации с партнерами по вопросу СКПМУ дали различным действующим субъектам, таким как лица, формирующие политику, поставщики помощи и пациенты, уникальную возможность принять участие в процессе разработки рамочной основы и определить свою роль в переориентации медицинских услуг на удовлетворение нужд и запросов людей. Представители европейских ассоциаций пациентов, поставщиков помощи и медицинских работников имели возможность представить свое видение форм и методов перехода к системе СКПМУ и те роли, которые эти заинтересованные стороны могут играть в осуществлении этого процесса. Такие международные консультации стали для заинтересованных сторон форумом, на котором можно обмениваться идеями и опытом и обсуждать важные темы с международными экспертами и представителями стран. Они будут и впредь использоваться для разработки и отшлифовки рамочной основы и достижения наивысшей степени ее актуальности и практической применимости в равной мере для стран и для заинтересованных сторон.

Учение на опыте проведения реформ в сфере финансирования здравоохранения

Для того, чтобы лучше разбираться в вопросах соотношения расходов на медико-санитарную помощь, профилактику заболеваний и укрепление здоровья и принимать по этим вопросам более грамотные решения, страны в качестве важных направлений развития определили обмен информацией и решение проблем. Обмену опытом осуществления реформ в области финансирования здравоохранения в странах бывшего Советского Союза способствовали учебные мероприятия и диалоги по вопросам политики, проводимые на региональном уровне и специально для отдельных стран. Экономический кризис пробудил еще больший интерес к международному обмену знаниями и сотрудничеству по различным ответным мерам на уровне политики. В своих ответах на вопросник страны указали, что особенно ценными для них были совещания высокого уровня по проблеме кризиса в Европе, организованные в Осло в 2009 и 2013 гг. (16,75).

Фактические данные об ответных мерах на уровне политики в связи с экономическим спадом собирались, документировались и использовались на учебных курсах по вопросам финансирования. Как отмечали страны, участие в этих учебных мероприятиях было самой распространенной формой обмена знаниями между странами. В общей сложности 42 страны сообщили о том, что направляли участников на учебные курсы ВОЗ по финансированию здравоохранения в целях достижения всеобщего охвата медицинской помощью и на флагманские курсы по укреплению систем здравоохранения, организуемые в Барселоне.

Изучение проблем кадровых ресурсов здравоохранения

Общепризнано, что критически важными факторами, способствующими улучшению стратегического руководства на национальном, региональном и глобальном уровнях, являются более точные и полные фактические данные и достоверная статистика. Эксперты определили их как области, которые требуют к себе большого внимания, и в этих областях наблюдается повышенная активность. Многие страны усилили работу по улучшению качества фактических данных и сведений о динамике кадров здравоохранения, тенденциях на рынке труда и ответных мерах на уровне политики для того, чтобы разумно планировать и принимать взвешенные решения. Результаты, полученные в ходе проекта ЕК по изучению мобильности медицинских работников в странах ЕС (Health PROMeTHEUS), отражают ситуацию в 17 европейских странах (76). В ходе проекта ЕК по изучению мобильности медицинских работников (MoHPRof) были получены фактические данные о международной миграции медицинского персонала в 25 странах с акцентом на миграцию внутри ЕС, из других стран в ЕС и из ЕС в другие страны (77). Среди наиболее активных участников этих проектов – Австрия, Бельгия, Дания, Венгрия, Германия, Испания, Италия, Нидерланды, Португалия, Республика Молдова, Соединенное Королевство, Швеция и Франция. Проект

по улучшению управления мобильностью медицинского персонала в Республике Молдова привел к резким улучшениям в наличии и использовании сведений и фактических данных о кадровых ресурсах здравоохранения для формирования политики и планирования в странах, которые выигрывают от миграции молдавских медицинских работников.

Для того, чтобы обеспечить бесперебойное предоставление услуг, страны принимают различные меры по противодействию как внешней, так и внутренней миграции. Все страны, сообщающие о мерах в отношении мобильности кадровых ресурсов здравоохранения, используют для этого финансовые стимулы, которые часто сочетаются с поощрением в натуральном выражении или с социальными мерами стимулирования. Эти механизмы дополнительно подкрепляются в некоторых случаях увеличением объемов профессиональной подготовки и целенаправленным улучшением условий труда, а также повышением в целом гибкости рынка труда в секторе здравоохранения. Республика Молдова, Соединенное Королевство и Швейцария сообщили о том, как у них используется Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (45).

В постоянном сотрудничестве между странами достигнут значительный прогресс в улучшении и гармонизации определений для сбора данных о занятости и образовании работников здравоохранения для совместной базы данных, созданной ОЭСР, Евростатом и Европейским региональным бюро ВОЗ (78). Такие страны, как Венгрия, Казахстан и Республика Молдова приступили к созданию национальных и субрегиональных обсерваторий по кадровым ресурсам здравоохранения.

В апреле 2013 г. был начат проект «Совместные действия по планированию и прогнозированию кадровых ресурсов здравоохранения», рассчитанный на 36 месяцев. Цель этого проекта – создать платформу для сотрудничества и обменов между странами для оказания им поддержки в подготовке будущих кадров здравоохранения в Европе (79). В проекте предусматривается сбор данных, необходимых для планирования кадров здравоохранения, расширение прав и возможностей для обмена передовой практикой и методикой планирования, оказание поддержки в использовании метода сканирования горизонта и принятие мер по доведению результатов до соответствующих целевых групп. Проект «Совместные действия» является важной платформой для обмена опытом в области информационных систем и статистики, передовой практики, укрепления кадрового потенциала и повышения актуальности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения и соблюдения норм этики при найме медицинских работников. Ведущую роль в этой инициативе играют Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Исландия, Испания, Италия, Мальта, Нидерланды, Португалия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия и Франция. Кроме них в инициативе участвуют 30 ассоциированных партнеров и 44 сотрудничающих партнера.

Гармонизировать образовательные структуры таким образом, чтобы медицинские работники могли обеспечить себе возможность трудоустройства во всем Европейском регионе, помогает Болонский процесс, который направлен на укрепление системы гарантирования качества в профессиональном образовании медицинских работников и на стандартизацию квалификационных требований и сроков обучения для облегчения признания дипломов во всех странах ЕС (80). Помимо предпринимаемых больших усилий по прогнозированию кадровых ресурсов в ЕС, страны, не входящие в Евросоюз, также сотрудничают между собой по этим вопросам. Так, Азербайджан, Беларусь, Российская Федерация и Турция сотрудничают в области развития системы профессионального медицинского образования. Болгария провела оценку своей системы образования и подготовки медицинских работников, чтобы выявить потребности общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи и эффективно решать первоочередные проблемы здоровья населения. В результате были приняты изменения в положении о получении диплома о высшем образовании в области медико-санитарной помощи.

Стандартизация методик ОТЗ

Для обеспечения более рационального соотношения затрат и эффективности и повышения отзывчивости в использовании ТЗФП в Регионе нужно создавать возможности постоянного повышения уровня знаний, чтобы усилить потенциал систем здравоохранения для проведения исследований, посвященных изменениям в системе, связанным с лекарственными средствами и медицинской продукцией. Ценными видами деятельности, которые могут принести большую пользу системам здравоохранения, также являются совместные мероприятия по прогнозированию и закупкам стратегической продукции. Наконец, полезными механизмами зарекомендовали себя платформы для обмена идеями относительно передовой практики в области использования лекарственных средств и медицинских технологий.

Несколько стран активно участвуют в деятельности сетей EUnetHTA и ADVANCE-HTA, направленной на стандартизацию методик оценки медицинской продукции и лекарственных препаратов. Болгария, Кипр, Словакия, Чешская Республика и Эстония гармонизировали свое национальное законодательство о фармацевтических препаратах с регламентами ЕС в этой области, а на Мальте, в Республике Молдова и Черногории созданы национальные агентства по лекарственным средствам. Такое сотрудничество облегчает обмен отчетами об ОТЗ между странами.

Повышение уровня знаний для выполнения функции стратегического управления

В ответах на вопросник страны отметили важность таких мероприятий, как диалоги по вопросам политики, на которых происходит обмен опытом, касающимся роли и функций министерств здравоохранения. Несколько стран поддерживают межстрановую и региональную коммуникацию и обмениваются информацией с целью разработки планов, концепций и стратегий здравоохранения для своих систем здравоохранения. Особенно активную деятельность ведет Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, которая при сотрудничестве с отделом DSP осуществляет посредничество в распространении знаний и проводит в государствах-членах и совместно с ними диалоги по вопросам политики на национальном и территориальном уровне.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 7

Седьмое Таллиннское обязательство предусматривает обеспечение готовности и способности систем здравоохранения к эффективному преодолению кризисных ситуаций, оперативное сотрудничество между странами, а также выполнение Международных медико-санитарных правил.

Главные тезисы

- Страны сообщили о том, что уделяется определенное внимание и вкладываются средства в создание действующих служб сортировки больных и раненых как механизма реагирования на резкие всплески спроса на медицинские услуги.
- Важным условием готовности к чрезвычайным ситуациям и способности к управлению в таких ситуациях является наличие финансовых ресурсов в бюджете министерства здравоохранения, а также в других секторах; однако в ответах на вопросник ни одна страна об этом ничего не сообщила.
- Во всех странах Европейского региона на институциональной основе проводятся учения и имитационные тренировки медицинского персонала. Однако без отчетности о показателях или официальных проверках умений и возможностей медицинского персонала действовать в условиях кризисов в области здравоохранения трудно выявить пробелы в знаниях, умениях и возможностях.
- В странах растет признание того, что для реагирования на кризисы необходимо увеличивать численность кадров общественного здравоохранения и повышать уровень компетентности медицинского и немедицинского персонала. Некоторые страны сообщили о том, что работа в этой области ведется.
- Способность адекватно реагировать на чрезвычайные ситуации зиждется на заблаговременной подготовке медицинской продукции, вакцин и технологий, обеспечивающей их эффективное использование при приеме и лечении больных и раненых. Однако о достижении соответствия современным требованиям в этой области сообщили очень немногие страны.
- Сильные, хорошо подготовленные и грамотно управляемые системы здравоохранения могут реально способствовать тому, чтобы события в области здравоохранения не вызывали кризиса в сфере безопасности. Действенные ответные меры требуют тесного сотрудничества правительств, международных организаций, гражданского общества, частного сектора и других партнеров.
- В обеспечении реальной готовности к кризисам и адекватного реагирования необходимо руководствоваться целым рядом универсальных (стратегических) принципов, которые ВОЗ настоятельно рекомендует принять государствам-членам. Они включают принцип готовности к любым угрозам, принцип готовности всего сектора здравоохранения и многопрофильный (внутрисекторальный) подход, а также многосекторальный и комплексный подход.
- Кроме того, государства-члены наделили ВОЗ уникальными международными полномочиями по продвижению и поддержке ММСП.
- Подготовленные системы здравоохранения, устойчивые к неблагоприятным внешним воздействиям, начинаются в прежде всего с разумного стратегического управления, обеспечивающего твердое руководство действиями. Страны в Регионе сообщили о росте потенциала и о сосредоточении усилий, в частности, в области ответственности за готовность к чрезвычайным ситуациям. Ответы на вопросник продемонстрировали, что безопасность общественного здоровья все больше рассматривается как вопрос межведомственный.
- Для нескольких стран в Регионе ключевое значение для реализации планов готовности к чрезвычайным ситуациям имеют информационные системы и налаженные линии коммуникации. Многие страны вложили средства в информационные системы, помогающие осуществлять эпиднадзор, предупреждать чрезвычайные ситуации и координировать действия при их возникновении.

Совершенно очевидно, что, когда дело касается готовности к кризису, на карту поставлено очень многое. Кризисы в области здравоохранения и человеческие страдания, которые они вызывают, могут поставить под угрозу прогресс в укреплении систем здравоохранения и обеспечении их устойчивого развития и достижение прогресса в улучшении итоговых показателей здоровья населения. Вот почему такую важную роль играет планирование готовности. Системы здравоохранения, достигающие высоких показателей в своей деятельности и работающие более эффективно и рационально, лучше подготовлены к кризисам и отличаются большей жизнестойкостью во время кризисов. Данное обязательство находится на втором месте по действиям по его выполнению, о которых сообщили страны.

В рамках мер по укреплению возможностей страны приняли программы, охватывающие весь сектор здравоохранения, по созданию кадрового потенциала, необходимого для прогнозирования и предупреждения кризисов в области здравоохранения, обеспечения готовности к ним, реагирования на них, смягчения последствий и восстановления нормальной жизни после кризисов. Это включает разнообразные мероприятия, связанные со всеми функциями системы здравоохранения, такие как постоянное уточнение и обновление плана ответных мер сектора здравоохранения на случай чрезвычайных ситуаций исходя из принятых стратегий, обеспечение готовности персонала здравоохранения, создание структур кризисного управления и систем сортировки больных и раненых, создание запасов медикаментов и внедрение технологий, облегчающих принятие оперативных и отзывчивых мер по снижению рисков с участием местных сообществ.

Обеспечение наличия жизненно важных услуг и быстрого доступа к ним

Основными признаками готовности служб к принятию ответных мер в случае чрезвычайных ситуаций являются наличие механизмов, помогающих работникам справляться с резкими всплесками спроса на медицинские услуги (таких как эффективные системы сортировки раненых и больных) и наличие планов ответных мер на случай чрезвычайных ситуаций на территориальном уровне или для каждой отдельной службы. В Европейском регионе уделяется серьезное внимание расширению доступа к неотложным услугам и созданию полноценных служб сортировки больных и раненых как средства реагирования на резкий всплеск спроса, и на эти цели выделяются значительные ресурсы. Министерства здравоохранения Сербии и Хорватии сообщили, что во время наводнений в мае 2014 г. первоочередной задачей для них было оказание помощи раненым и наиболее уязвимым группам, беременным женщинам, детям и больным хроническими заболеваниями, которые нуждались в неотложной помощи (например, больным на гемодиализе). Все больные, нуждавшиеся в неотложной помощи, безопасно доставлялись к месту оказания услуг. Польша вложила много ресурсов в свою программу санитарно-спасательной авиации. Пересмотренный закон Польши о национальных службах медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации предусматривает совершенствование систем уведомления о чрезвычайных ситуациях, создание минимального числа специализированных санитарно-спасательных подразделений и оптимизацию числа медицинских диспетчерских центров во избежание путаницы в линиях коммуникации. В стране также внедрена современная технология для более оперативного управления действиями медицинских бригад в условиях чрезвычайной ситуации. Отличная система медицинских услуг в условиях чрезвычайной ситуации создана в Румынии, и ее используют в качестве примера несколько других стран. Турция, имеющая опыт работы с жертвами землетрясений и беженцами из Сирии, в качестве приоритета определила сохранение бесперебойного предоставления высококачественных медицинских услуг беженцам, в первую очередь тем, кто зарегистрировался у турецких органов власти.

Создание финансовых резервов на случай кризисов

Несмотря на всю важность финансовой готовности к кризисам, ни одна страна не сообщила о механизмах, с помощью которых она обеспечила наличие финансовых ресурсов в бюджете министерства здравоохранения для предупреждения, планирования готовности к чрезвычайным ситуациям и управления действиями при их возникновении. Ни одна из стран также не сообщила о механизмах, с помощью которых финансировалось обеспечение многосекторальной готовности и управления в случае чрезвычайных ситуаций. Это отражает тревожное положение – отсутствие должного понимания важности финансовой готовности во времена кризисов. В то же время ответы могут быть отражением того, как первоначально был составлен вопросник, в котором не было положительно выраженной просьбы давать ответы с точки зрения основных функций системы здравоохранения. Тем не менее, в работе по изучению ответных мер в связи с экономическим кризисом в порядке реализации положений Хартии подчеркивались аргументы в пользу противочиклического финансирования, позволяющего увеличивать расходы в трудные времена и создавать резервы (или потенциал перехода к дефицитному расходованию) в благополучные времена (16, 44, 75, 81).

Подготовка кадровых ресурсов здравоохранения

Для того, чтобы иметь кадры, способные смягчать последствия чрезвычайной ситуации, министерства здравоохранения – совместно с другими министерствами – должны принять на себя ответственность за оценку потребностей системы медико-санитарной помощи в кадровых ресурсах во время чрезвычайных ситуаций и за внедрение механизмов планирования для устранения пробелов и недостатков. Необходимо определить нормативы по численности различного персонала, принимаемого на работу, с указанием требуемых знаний и видов компетентности, предпочтительно на основании рекомендаций комиссий экспертов, образованных для этой цели; это может быть оговорено в документе с изложением кадровой стратегии здравоохранения. Также важны планы по найму как отдельных лиц, так и организаций. В идеале текущее состояние наличного персонала в сопоставлении с обновленными оценками потребностей должно быть подробно представлено в центральной компьютерной базе данных о персонале. Наконец, страны должны добиваться того, чтобы базовая учебная программа подготовки кадров здравоохранения включала тему готовности к чрезвычайным ситуациям, а также давать возможность кадрам проходить соответствующую специализацию, чтобы помочь системам здравоохранения повысить уровень своей готовности к чрезвычайным ситуациям.

Помимо усилий по улучшению стратегического управления в интересах охраны здоровья во время чрезвычайных ситуаций, второй областью, о которой чаще всего говорилось в ответах на вопросник, было укрепление кадров здравоохранения для реализации программ действий при чрезвычайных ситуациях. Несколько стран сообщили о проведении на базе учреждений учений и имитационных тренировок медицинского персонала. Такие мероприятия помогают закреплять у медицинского персонала здравоохранения знания, компетентность и навыки, необходимые для оказания специфических услуг в условиях чрезвычайной ситуации. Региональное бюро ведет работу с Азербайджаном, Грузией и Турцией над тем, чтобы в программы начальной подготовки студентов медицинских вузов и программы последипломного образования врачей была в обязательном порядке включена тема охраны здоровья населения во время чрезвычайных ситуаций. В Азербайджане в ответ на вспышку Эболы были даны специальные указания врачам, которые могут оказаться в контакте с инфицированными больными. Чешская Республика сообщила о вложении средств в подготовку квалифицированных кризисных менеджеров, экспертов по медицине чрезвычайных ситуаций и спасательной медицине, логистике и управлению качеством. Финляндия сообщила о системе имитационных тренировок во всех учреждениях. Министерство здравоохранения Израиля составляет ежегодные и многолетние программы в области подготовки кадров, включающие проведение учений,

и эти программы распространяются в качестве обязательных по всем медицинским учреждениям и осуществляются в больницах. Ежегодная программа согласовывается со всеми заинтересованными сторонами, в том числе с полицией и министерством обороны, и каждый год проводится несколько совместных учений. Сценарии каждого учения определяются совместно по результатам оценки рисков на данный момент. В Литве недавно был принят план по обеспечению готовности к вспышке Эболы, профилактике этого заболевания и организации действий в случае его распространения в стране, который включает меры по информированию населения, выявлению случаев, ведению случаев (транспортировка, изоляция и лечение). План также предусматривает тренировки и учения по облачению в защитные средства, улучшению коммуникации и межведомственного сотрудничества. Для того, чтобы лучше подготовиться к наплыву мигрантов, Мальта провела несколько учебных семинаров по вопросам готовности общественного здравоохранения и основных возможностей для принятия ответных мер. Также были проведены имитационные учения на территории страны и совместно с другими странами в районе Средиземного моря. Пересмотренный закон Польши о национальных службах медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации предусматривает реформы в образовании и профессиональной подготовке кадров здравоохранения, расширение штатов бригад медицинской помощи при чрезвычайной ситуации и новый порядок обращения с трупами. Испания также усиливает программы обучения медицинских работников, работающих в больницах, для обеспечения надлежащего ведения больных Эболой. Обучение проводится в Национальной школе общественного здравоохранения в Мадриде. В бывшей югославской Республике Македония проводятся ежегодные учения, имитирующие ситуацию массовых несчастных случаев, с участием всех служб экстренной медицинской помощи, больниц, полиции, пожарных команд и Красного Креста.

В странах также растет признание того, что для реагирования на кризисы необходимо увеличивать численность кадров общественного здравоохранения и расширять компетентность медицинского и немедицинского персонала. В Дании, Израиле, Казахстане, Российской Федерации, Соединенном Королевстве и Турции ведется работа по развитию в общественном здравоохранении навыков и умений, необходимых для готовности к чрезвычайным ситуациям, их предупреждения и планирования действий на случай их возникновения. Важную роль в определении этих видов компетентности общественного здравоохранения играет Ассоциация школ общественного здравоохранения в Европейском регионе. Не вполне ясно, однако, как эти умения и навыки контролируются и отслеживаются. Очень немногие страны используют показатели или проводят официальные проверки имеющихся у медицинского персонала навыков и способности работы в условиях кризиса здравоохранения, хотя это могло бы помочь выявить пробелы в знаниях, навыках и возможностях.

Обеспечение наличия жизненно важных технологий и лекарственных средств

Способность адекватно реагировать на чрезвычайные ситуации зависит от заблаговременной подготовке медицинской продукции, вакцин и технологий, обеспечивающей их эффективное использование при приеме и лечении больных и раненых. Министерства здравоохранения, исходя из оценки и анализа рисков, должны определить нормативы и номенклатуру жизненно важных медицинских материалов и оборудования для действий в условиях чрезвычайной ситуации. Они также должны обеспечить наличие видов и объемов запасов, которые считаются необходимыми для создания и поддержания возможности немедленного реагирования на потенциальные угрозы. Для того, чтобы минимизировать необходимость утилизации запасов с истекшим сроком хранения или более не пригодных для использования в медицинских целях, важно иметь планы хранения и соответствующие руководства. Важно также иметь запасы материалов и оборудования, которые нужны при пандемиях, например, противовирусные препараты, средства индивидуальной защиты, вакцины, оборудование для визуализации и лабораторное оборудование. Для обеспечения оперативной доставки

материалов и оборудования в случае чрезвычайной ситуации большое значение имеет система распределения вакцин, включая холодильную цепь. Министерство здравоохранения Израиля обеспечило наличие всего этого и также имеет в своей структуре национальный центр снабжения уникальными лекарственными препаратами, которые в обычной жизни используются редко; такие препараты доставляются в медицинские учреждения в любое время суток по мере необходимости. В тех случаях, когда необходимые материалы в стране недоступны, осуществлять закупки позволяет механизм оперативной поставки. Медицинское оборудование, материалы и фармацевтические препараты закупаются министерством и хранятся в разных местах, разбросанных по всей территории, чтобы в случае чрезвычайной ситуации можно было быстро доставить их в больницы, принимающие пострадавших. Определенная часть оборудования распределяется по больницам в обычной обстановке; оно хранится в отделениях неотложной помощи для того, чтобы можно было немедленно развернуть его при возникновении чрезвычайной ситуации и расширить возможности приема больных при резком всплеске их числа. Кроме этого, в ведении министерства имеется несколько складов для буферных и неприкосновенных запасов. Запасы постоянно контролируются, чтобы обеспечить их пригодность для немедленного использования. Медицинские материалы проверяются и периодически заменяются, чтобы использовать их до истечения срока годности, так что запасы на складах непрерывно пополняются.

Эксперты выражают озабоченность по поводу того, что одним из главных узких мест в системе реагирования на чрезвычайные ситуации биологического или медицинского характера является безопасность лабораторных служб, но в ответах на вопросник этот момент был отмечен лишь считанными странами. На национальном, провинциальном и местном уровнях должна действовать цепь лабораторий, включая референс-лаборатории по различным потенциальным рискам. Там, где такой возможности нет ввиду отсутствия ресурсов и знаний, должны заключаться соглашения о получении этих услуг и специалистов в случае необходимости. Особое значение при этом имеют протоколы безопасной перевозки биологических и экологических образцов для проведения анализа и/или подтверждения результатов анализов в национальных или международных референс-лабораториях. Все имеющиеся лабораторные материалы и оборудование должны периодически проходить проверку.

Страны вкладывают значительные средства в информационные системы, помогающие осуществлять эпиднадзор, предупреждать чрезвычайные ситуации и координировать действия при их возникновении. В Израиле созданы три автоматизированные информационные системы, находящиеся в ведении министерства здравоохранения, которые позволяют иметь в режиме онлайн точную картину потенциала больниц для работы в условиях возможного резкого увеличения числа больных. Это онлайн-система, получающая данные о приеме, переводе и выписке больных и представляющая сведения обо всех больницах общего профиля для оценки использования коечного фонда; система на базе интернета, посредством которой больницы представляют отчетность о пациентах, находящихся на искусственной вентиляции легких в отделениях интенсивной терапии или вне этих отделений, а также о степени тяжести травм всех пострадавших, поступивших в отделения неотложной помощи, включая острые стрессовые реакции; и автоматизированная система идентификации пострадавших для облегчения передачи информации населению. В Сербии были внесены коррективы в веб-сайт министерства здравоохранения таким образом, чтобы можно было обновлять информацию, необходимую специалистам и гражданам во время чрезвычайных ситуаций. Сюда входят перечни рекомендаций, руководства, брошюры и плакаты для граждан и методические указания для учреждений. Агентство по безопасности потребительских продовольственных товаров и питанию Испании приняло стратегию в области оценки рисков (предоставление научных рекомендаций и анализ данных), управления рисками (нормативное регулирование и контроль) и информирования населения о рисках. Для того, чтобы облегчить раннее выявление рисков, функционирует сеть оповещений о пищевых продуктах, которая действует через координируемую систему оперативного обмена информацией. Предварительные результаты показывают, что благодаря такой

информационной системе во всей службе здравоохранения была достигнута высокая степень организованности и компетентности на национальном и провинциальном уровнях.

Подготовка организаторов для руководства и координации действий в кризисных ситуациях

Подготовленные системы здравоохранения, устойчивые к неблагоприятным внешним воздействиям, начинаются с разумного стратегического управления, обеспечивающего твердое руководство действиями. К числу основных рекомендаций в этом отношении относится разработка и принятие четких национальных планов на случай кризисных ситуаций, в которых содержатся указания по обеспечению надежного функционирования информационных систем здравоохранения, предназначенных для укрепления и поддержания здоровья населения, а также сотрудничество между всеми секторами, принятие стратегических и оперативных решений и стратегий в отношении информирования о рисках для уменьшения ощущения страха и неопределенности у населения. За последние семь лет из всех четырех основных функций систем здравоохранения наибольший прогресс был достигнут в сфере стратегического управления.

В Европейском регионе наблюдается увеличение возможностей обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, особенно в сфере подотчетности. Помимо реализации положений ММСГП, несколько стран приняли планы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, которые либо представляют собой всеобъемлющие национальные планы, либо входят в другие документы, которые в законодательном порядке требуют осуществлять планы обеспечения готовности на провинциальном, местном или учрежденческом уровне. В Грузии в соответствии с планом ответных мер в связи с природными и антропогенными катастрофами, утвержденным указом президента, в каждом медицинском учреждении должен быть план действий на случай чрезвычайной ситуации. На сегодняшний день свои планы готовности к чрезвычайным ситуациям разработали, согласовали и представили в министерство здравоохранения 184 лечебно-профилактических учреждения. Аналогичным образом, Литва сообщает, что все учреждения медицинской помощи и центры общественного здравоохранения имеют планы управления на случай чрезвычайной ситуации. В Норвегии имеются комплексные национальные и местные планы обеспечения готовности как в секторе здравоохранения и социальной помощи (у всех поставщиков помощи), так и в других секторах (разработанные для них Норвежским управлением гражданской защиты). Планы обеспечения готовности в секторе здравоохранения охватывают роли и обязанности в кризисных ситуациях и меры, которые надлежит принимать. Местные органы власти обязаны разрабатывать планы обеспечения готовности и проводить учения. В Республике Молдова в утвержденном правительством национальном плане обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и ответных мер содержатся разделы по различным аспектам общественного здравоохранения на национальном уровне. В Сербии в соответствии с национальным планом поддержания готовности к чрезвычайным ситуациям, стихийным бедствиям, эпидемиям и природным и антропогенным катастрофам все учреждения и отделения общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи обязаны иметь планы действий в нештатных ситуациях, которые должны ежегодно пересматриваться. В Словении приняты девять национальных планов реагирования на чрезвычайные ситуации, которые включают как указания для отдельных служб здравоохранения, так и всеобъемлющий национальный план, определяющий координацию действий служб здравоохранения всех уровней. В бывшей югославской Республике Македония в 2009 г. министерством здравоохранения был утвержден план готовности к кризисам и чрезвычайным ситуациям и ответных мер в случае их возникновения, а в 2013 г. комиссией министерства по пандемическому гриппу был одобрен план действий в случае пандемии. Оба плана были апробированы на практике и обновлены. Также имеются планы действий по предупреждению вредных последствий периодов сильной жары и холодов, которые были подготовлены и апробированы совместно с заинтересованными сторонами из других секторов.

Министерства здравоохранения также сообщили, что они готовы руководить процессом планирования мер по обеспечению готовности системы здравоохранения к кризису в области здравоохранения и осуществлять управление в кризисных ситуациях с тем, чтобы в любой момент можно было начать выполнение руководящей и координирующей роли и руководить действиями других секторов во время чрезвычайной ситуации в области здравоохранения. Это подтверждается и частотой, с которой страны сообщают о наличии специально назначенных органов и комиссий для надзора за мерами реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения. Например, во всех 53-х странах в Европейском регионе назначены работающие в круглосуточном режиме национальные координаторы по ММСП. В Грузии, Израиле и Латвии в структуре министерства здравоохранения образованы отделы по чрезвычайным ситуациям и бедствиям. На Кипре создано управление медицинских услуг и услуг общественного здравоохранения, которое отвечает за эпиднадзор за всеми инфекционными болезнями, раннее выявление и контроль эпидемий и за мониторинг и оценку эффективности программ борьбы с эпидемиями. В Венгрии в 2010 г. был создан департамент быстрого реагирования, а в 2011 г. – центр кризисного управления при канцелярии главного санитарного врача. В Литве при министерстве здравоохранения создан центр по чрезвычайным операциям в области здравоохранения, одним из исполнительных подразделений которого является центр по чрезвычайным ситуациям в этой области. В случае возникновения широкомасштабных чрезвычайных ситуаций или просьб о помощи со стороны муниципалитетов этот центр координирует деятельность учреждений, оказывающих медицинскую помощь на индивидуальном и общественном уровне, независимо от их ведомственной принадлежности или формы собственности. Все частные и государственные службы здравоохранения должны быть готовы организовать свою деятельность в соответствии с планом действий учреждения на случай чрезвычайной ситуации, который должен быть составлен согласно рекомендациям, утвержденным министерством здравоохранения. В Республике Молдова в министерстве здравоохранения была образована комиссия по чрезвычайным ситуациям, которая будет принимать конкретные решения по вопросам общественного здоровья в случае чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. В Румынии после принятия национального плана обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения была создана система медицинской готовности к чрезвычайным ситуациям, входящая в национальную систему управления при чрезвычайных ситуациях. Цель этой системы – координация необходимых кадровых, материальных и финансовых ресурсов для оперативного предупреждения чрезвычайных ситуаций и организации действий в случае их возникновения. Эта система была создана еще до вступления Румынии в ЕС, поэтому за последние несколько лет она претерпела значительные изменения, направленные на интеграцию всех министерств и секторов, важной составляющей деятельности которых является медицинская помощь в чрезвычайных ситуациях. Некоторые страны также сформировали специальные рабочие группы по проблемам, связанным с отдельными событиями – например, в Швейцарии и Черногории по кризису Эболы.

Программа кризисного управления в секторе здравоохранения должна включать организацию связей с другими секторами, задействованными в кризисном управлении, и предусматривать стандартизацию системы управления. Ответы стран на вопросник показывают, что безопасность общественного здоровья все больше рассматривается как вопрос межведомственный, и есть примеры отлаженных механизмов координации, в которых участвуют не только многие государственные секторы, но и негосударственные учреждения. В Грузии государственным ведомством, ответственным за управление действиями в чрезвычайных ситуациях, назначено министерство внутренних дел. Во время чрезвычайной ситуации оно осуществляет координацию действий всех других министерств и государственных структур. В министерстве здравоохранения есть управление по координации и режиму в условиях чрезвычайной ситуации – специальное структурное подразделение, которое отвечает за обеспечение готовности национальной системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям и координацию всех необходимых для этого работ. В Израиле министерство здравоохранения осуществляет мероприятия, предусмотренные национальным планом, который требует применения принципа готовности к

любым угрозам и многопрофильного подхода к снижению рисков и кризисному управлению. Генеральный директор министерства и его/ее представитель является членом национального межведомственного органа по управлению при чрезвычайных ситуациях. Италия для решения проблем, связанных с массовым наплывом мигрантов, приняла ответные меры на межведомственном уровне, в соответствии с которыми органы здравоохранения области Сицилия разработали план координации, охватывающий различные секторы, в выполнении которого участвуют директора всех служб здравоохранения области. Цель состоит в том, чтобы разработать модульный план на случай чрезвычайных ситуаций и непредвиденных обстоятельств для предоставления полноценных медицинских услуг и координировать ответные действия в случае возникновения чрезвычайной ситуации в здравоохранении на острове Лампедуза (82). В Испании координационным центром национальной системы раннего оповещения и быстрого реагирования в 2012 г. официально определен Центр по координации предупреждений и действий при чрезвычайных ситуациях при министерстве здравоохранения; он координирует работу сети, в которую входят соответствующие структуры всех областей страны. Кроме того, Центр проводит мероприятия по сбору информации об эпидемиях, занимается организацией мер по противодействию угрозам здоровью населения и мониторингом этих угроз, а также выполняет оценку рисков, анализ ситуации и работы, связанные с обеспечением готовности и ответных действий в области общественного здравоохранения.

Страны также сообщили о том, что особое внимание уделяется информационным системам и установлению линий коммуникации, особенно там, где уже внедрены ММСП. В Азербайджане были назначены национальный координатор и его дублер, а ММСП были переведены на азербайджанский язык, опубликованы и распространены по всей стране для обеспечения их понимания во всех пунктах оказания помощи. В стране также придается приоритетное значение постоянному обмену информацией через сеть координаторов ММСП. В ответ на вспышку Эболы центр общественного здравоохранения и реформ Азербайджана разработал и распространил информацию о вирусе Эболы по всем пунктам въезда в Азербайджан. В Израиле министерство здравоохранения назначено головным ведомством по организации работ в секторе здравоохранения в случае бедствия национального масштаба. В этом качестве министерство разрабатывает и распространяет стратегии и руководства среди всех медицинских учреждений и ведомств – как государственных, так и частных. В Литве центр по чрезвычайным операциям в области здравоохранения координирует обеспечение готовности и ответные меры национальной системы здравоохранения при возникновении чрезвычайной ситуации; его главной задачей является координация обмена информацией с другими министерствами, лечебно-профилактическими учреждениями и населением. В Республике Молдова национальным координатором по ММСП был назначен Национальный центр общественного здравоохранения. Его основными функциями являются обеспечение круглосуточной коммуникации, сбор информации от системы эпиднадзора и отчетности (система здравоохранения, пункты въезда в страну, неформальные источники) и распространение информации и последних данных среди заинтересованных секторов государственного управления (включая секторы, ответственные за эпиднадзор и отчетность, службы общественного здравоохранения и поликлиники). В Словении создана координационная группа, которая отвечает за раннее выявление, оценку, распространение информации и межведомственную координацию ответных действий в связи с угрозами инфекционных болезней и факторов окружающей среды, сбор и анализ информации (из провинциальной, национальной или международной отчетности) и, при необходимости, за приведение в действие, поддержание связи и координацию действий межведомственной группы для управления рисками, которые могут представлять прямую угрозу для населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При том, что напрямую отнести отдельные стратегии или достигнутые результаты на счет Таллиннской хартии трудно, данный доклад показывает, что странами предприняты многие действия в рамках всех четырех основных функций систем здравоохранения в соответствии с духом и буквой семи обязательств, содержащихся в Хартии. Из 53-х стран в Европейском регионе ВОЗ ответы на консультационный вопросник прислали 40 стран. Конкретные мероприятия, стратегии или вмешательства соотносились с матрицей кодирования (см. рис. 1 в вступительном разделе) или привязывались к ней перекрестной ссылкой, чтобы показать число мероприятий и вмешательств, соответствующих положениям Хартии. Результаты кодирования дают основание говорить о том, что в достигнутом прогрессе между странами Региона существуют значительные различия и что какой-либо одной модели, пригодной для всех, нет.

Кроме того, Хартия подверглась испытанию глобальным экономическим кризисом. Как проведенный обзор литературы, так и ответы на вопросник показывают, что кризис сыграл важную роль в определении стратегий и инициатив по укреплению систем здравоохранения, которые страны выбирали для себя. Одни страны подходили к проведению новой политики консервативно, другие были очень активны и предпринимали множество инициатив. Некоторые системы здравоохранения были лучше других подготовлены к реагированию на кризис благодаря заранее накопленным фискальным резервам. Ответные меры, предпринятые странами в связи с кризисом, позволяют лучше понять силу принятых в Хартии обязательств на практике, особенно в таких ключевых областях, как усиление солидарности, стимулирование межведомственных и межотраслевых партнерств и инвестиций и повышение отзывчивости систем здравоохранения. Решающую роль в поддержке этих действий и пропаганде и защите обязательств сыграло Европейское региональное бюро ВОЗ. Появление политики Здоровье-2020 – новой рамочной основы европейской политики здравоохранения – как всеобъемлющего документа, определяющего генеральную линию для всего Региона, может только усилить дальнейшую деятельность и подтвердить курс на обеспечение более устойчивых и жизнестойких систем здравоохранения.

Экономический кризис

Экономический кризис затронул многие системы здравоохранения в Регионе, причем некоторые очень болезненно. Меры в области налогово-бюджетной политики, принятые до кризиса (такие как накопление финансовых резервов, применение противочиклических формул к государственным бюджетным трансфертам и обеспечение достаточного финансирования систем здравоохранения), а также докризисные усилия по минимизации пробелов в охвате услугами здравоохранения и уменьшению платежей из собственного кармана привели к тому, что некоторые страны оказались лучше, чем другие, подготовленными к противостоянию спаду в экономике. Тем не менее, все страны, затронутые кризисом, столкнулись с аналогичными вызовами.

- Системам здравоохранения нужны стабильные, прогнозируемые источники поступлений. Резкие нарушения потоков государственных поступлений могут затруднить поддержание необходимых уровней медико-санитарной помощи.
- Урезания государственных расходов на здравоохранение в ответ на экономический шок обычно происходят в тот момент, когда системам здравоохранения нужно больше, а не меньше ресурсов – например, для преодоления негативных последствий безработицы и для реагирования на возрастающую потребность людей иметь доступ к услугам здравоохранения, предоставляемых за государственный счет.
- Произвольные сокращения жизненно важных услуг могут еще больше дестабилизировать систему здравоохранения, если они подрывают финансовую защиту, справедливый доступ к помощи и качество предоставляемой помощи, а в долгосрочной перспективе

могут привести к росту расходов. Добавляя новые проявления нерациональности, огульные сокращения вряд ли помогут преодолеть старые и в принципе усугубляют фискальную напряженность.

Большинство стран сообщили, что, принимая меры в ответ на кризис, они осуществили положительные изменения (44). Несколько стран мобилизовали государственные поступления для нужд сектора здравоохранения, иногда делая это такими методами, которые позволили получить дополнительные выгоды: например, вводили налоги, связанные с пользой для здоровья населения, или предпринимали меры по обеспечению большей справедливости в финансировании здравоохранения. Кризис подтолкнул к принятию мер по укреплению финансовой защиты, включающих расширение охвата услугами здравоохранения на новые группы людей и снижение или отмену платы за пользование услугами. Оказавшись перед лицом растущих фискальных затруднений, страны также принимали меры к тому, чтобы получать больше при имеющихся ресурсах, и здесь особенно часто предпринимались шаги по усилению политики в области фармацевтических препаратов. Тем не менее, страны не всегда принимали необходимые меры и не всегда им удавалось достигать желаемых результатов, и иногда они вводили изменения, которые с большой долей вероятности могли вредить эффективности. В итоге несколько стран испытали резкое и продолжительное сокращение государственных расходов на здравоохранение, и есть ограниченные данные, свидетельствующие о том, что произошел рост распространенности нарушений психического здоровья, частоты случаев катастрофических расходов из собственного кармана и неудовлетворенных потребностей. Кризис все еще продолжается, и по мере того, как начнут проявляться более долгосрочные последствия сплошных сокращений расходов и ограничений охвата медицинскими услугами, доказательств этих негативных эффектов может стать еще больше (особенно в странах, где по-прежнему высок уровень безработицы).

В последние годы для большинства европейских стран одним из важных приоритетов было устранение нерациональности в системах здравоохранения, и не только из-за кризиса. В тех случаях, когда кратковременная ситуация вынуждает правительства сокращать государственные расходы на здравоохранение, акцент в Таллиннской хартии поставлен совершенно определенно: урезать расходы нужно разумно, чтобы минимизировать неблагоприятные последствия для показателей деятельности системы здравоохранения, повышать отдачу на затраченные средства и в более долгосрочной перспективе способствовать реформам, ведущим к повышению рациональности. Системы здравоохранения, имеющие сильных лидеров и разумно осуществляемое стратегическое руководство, показывают лучшие результаты деятельности всегда, а в условиях кризиса тем более. Учитывая трудоемкую природу сектора здравоохранения, одной из важнейших составляющих этого процесса является осуществление стратегий, направленных на поддержку кадров здравоохранения. Поскольку часто стоимость медицинской продукции (особенно многих новых лекарственных препаратов) часто бывает высокой, страны все чаще прибегают к более активному использованию научных данных и к разработке руководств при выборе используемых и компенсируемых лекарственных препаратов и для обоснования этого выбора. Различные страны Региона сообщают о применении ОТЗ и инвестировании в технологии электронного здравоохранения как о полезных механизмах, помогающих странам ориентироваться в процессе внедрения и использования новой продукции, в том числе при решении вопроса о возмещении расходов, а также способствующих улучшению показателей деятельности систем здравоохранения и повышению уровня подотчетности.

Странам, в которых принимаемые решения носили стратегический характер, были прозрачными, охватывали деятельность многих секторов и открывали широкие перспективы в будущем и в которых сильна приверженность ценностям справедливости, солидарности и финансовой защиты, в большей степени удалось не допустить ухудшения показателей деятельности. В Таллиннской хартии, таким образом, убедительно доказана важность создания и сохранения добродетельного круга «здоровье – системы здравоохранения – благосостояние». Выраженные в Хартии обязательства, если соотнести и увязать их с основными функциями системы здравоохранения, образуют весьма нужную рамочную

основу для того, чтобы правильно определить приоритеты и выработать все необходимые знания и информацию и создать потенциал для укрепления систем здравоохранения, что так важно для защиты бюджетов здравоохранения и улучшения вклада здоровья и систем здравоохранения в повышение благосостояния и благополучия общества.

Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния, политика Здоровье-2020 и направления развития в будущем

В ознаменование пятой годовщины подписания Таллиннской хартии и для рассмотрения достигнутого прогресса и возможных дальнейших шагов в октябре 2013 г. в Таллинне состоялось совещание высокого уровня (11). Совещание подтвердило тот большой энтузиазм, с которым страны выполняют и намерены и впредь выполнять принятые в Хартии обязательства, и эти обязательства были соотнесены с третьей приоритетной областью, предусмотренной в политике Здоровье-2020 (укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования), чтобы тем самым помочь определить приоритеты и направления работы по укреплению систем здравоохранения в Регионе (10).

Был сделан вывод о том, что, в то время как Таллиннская хартия определила общее системное мышление, политика Здоровье-2020 представляет собой стройную систему целей и принципов, которая определяет стратегические задачи и приоритеты и соединяет вместе нужные стратегии и системное мышление. Такой контекст дает возможность более целенаправленно и стратегически подходить к нашему пониманию укрепления систем здравоохранения. На рис. 2 показаны стратегические направления, в которых происходит укрепление четырех функций системы здравоохранения таким образом, чтобы она стала более ориентированной на нужды и интересы людей. Сегодня дискуссии по поводу финансирования систем здравоохранения более точно нацеливают усилия на то, чтобы обеспечить всеобщую защиту от рисков с целью уменьшения несправедливости. В системе предоставления услуг на первое место выдвигается задача осуществить преобразования, направленные на организацию более согласованных/комплексных моделей медицинской помощи, так как именно такой подход необходим для того, чтобы преодолеть разобщенность услуг общественного здравоохранения и медико-санитарных услуг и создать непрерывный спектр высококачественных услуг, ориентированных на нужды и запросы людей. Стратегическое управление предусматривает применение общегосударственного подхода и принципа участия всего общества для улучшения взаимодействия с другими секторами и их вовлечения в общее дело. Формирование ресурсов более конкретно касается

Рис. 2. Системы здравоохранения в контексте политики Здоровье-2020



множества новых и чрезвычайно интересных разработок как в области медицины, так и в области информационной технологии, а также создания условий для того, чтобы кадровые ресурсы шли в ногу с инновациями в этих областях.

В соответствии с этим контекстом и основываясь на опыте, о котором сообщали страны, государства-члены определили и предложили несколько стратегических приоритетных областей работы, в которых в предстоящие годы должны проводиться мероприятия по укреплению систем здравоохранения.

- Необходимо продолжать оказывать помощь в осуществлении политики Здоровье-2020 и укреплении услуг общественного здравоохранения, а также в усилении потенциала местных органов общественного здравоохранения для реализации десяти основных функций общественного здравоохранения, определенных в Европейском плане действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (83).
- Одну самых больших трудностей, стоящих перед Регионом, представляет интегрирование и согласование услуг первичной медико-санитарной помощи с услугами больниц и общественного здравоохранения. Был сделан вывод о том, что переориентацию на первичное звено и общественное здравоохранение можно ускорить с целью улучшения итоговых показателей здоровья населения только одновременно с выработкой более полного понимания потребностей пациентов.
- Учитывая, что миллионы людей при получении доступа к необходимым им медицинским услугам по-прежнему испытывают финансовые трудности, сохраняется необходимость принятия мер по уменьшению объема платежей из собственного кармана и усилению финансовой защиты уязвимых групп населения.
- Требуются методические указания относительно усиления механизмов подотчетности и управления ими, а также улучшения подготовки и распределения кадров здравоохранения (особенно медицинских сестер и другого персонала первичного звена) таким образом, чтобы они были вооружены необходимыми навыками для продвижения в практику этих моделей предоставления помощи.
- Предстоит еще многое сделать для разработки целевых стратегий в отношении кадров здравоохранения, которые лучше согласуются с потребностями пациентов и всего населения.
- Сохраняющаяся ведомственная и профессиональная замкнутость создает трудности для организации поставщиков помощи и остается важной областью, в которой требуются улучшения.
- Необходимо, чтобы ТЗФП и впредь шли в ногу с потребностями людей и инновациями.
- Требуется продолжать поддержку развития ОТЗ; это требование сохраняется во всем Регионе.
- Также нуждается в улучшении ситуация с наличием дезагрегированной информации, которая очень важна для принятия целенаправленных мер воздействия на социальные детерминанты здоровья и несправедливостей в отношении здоровья.

Государства-члены отметили ряд сильных сторон ВОЗ, таких как ее престиж и нейтралитет, ее мобилизующая сила, ее способность организовывать взаимные проверки силами экспертов равного уровня и профиля и дальновидность политики Здоровье-2020 и Таллиннской хартии. Особенно эффективными были признаны четыре основных метода работы Регионального бюро: генерирование и распространение фактических данных, обеспечение подотчетности стран перед своим населением, создание кадрового потенциала на региональном уровне и на уровне отдельных стран и предоставление технической поддержки согласно с потребностями каждой страны.

Дальнейшие действия

Принципы и обязательства, закрепленные в Таллиннской хартии, претворяются в жизнь в такой среде программных целей и принципов, которая характеризуется сложностью,

неопределенностью, высокими ставками, а иногда и противоречивыми ценностями. Как свод обязательств для всего Европейского региона, в котором во главу угла поставлена подотчетность и ответственность за результаты деятельности систем здравоохранения, Таллиннская хартия представляет собой чрезвычайно важный акт, и из опыта государств-членов и Регионального бюро по ее реализации были извлечены весьма ценные уроки.

Политика Здоровье-2020, в свою очередь, поставила в центр систем здравоохранения людей с их нуждами и интересами (см. рис. 2). Это знаменует собой сдвиг парадигмы, который подчеркивает, что пациенты являются в системе здравоохранения работниками переднего края. Проведение в жизнь трансформационных перемен, необходимых для более системного мышления в подходах к достижению большей ориентированности систем здравоохранения на нужды людей, является сложной задачей; для этого требуется уделять больше внимания жизненно важной функции управления и лидерства, которую должны выполнять организаторы системы здравоохранения.

Принимая во внимание всё это, Региональное бюро разработало стратегический документ высокого уровня о приоритетах в деятельности по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе на период 2015–2020 гг., который будет представлен на 65-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. После консультаций с государствами-членами были определены два важнейших стратегических направления будущей работы Секретариата в области укрепления систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей: преобразование медицинских услуг для адекватного ответа на вызовы XXI века и достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения в Европе, в которой не будет места разорительным расходам на здравоохранение из собственного кармана.

Для того, чтобы преобразовать систему предоставления медицинских услуг, Региональное бюро будет оказывать государствам-членам поддержку:

- в укреплении кадрового потенциала для перестройки служб общественного здравоохранения;
- в обеспечении всеобъемлющего и непрерывного спектра услуг;
- в отходе от традиционных форм и методов предоставления услуг;
- в устранении границ между уровнями и местами предоставления помощи;
- в организации процессов улучшения исходов помощи.

Для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения Региональное бюро будет оказывать государствам-членам поддержку:

- в продвижении стратегий, направленных на уменьшение объемов платежей из собственного кармана;
- в обеспечении достаточных объемов государственного финансирования систем здравоохранения;
- в преодолении раздробленности каналов финансирования систем здравоохранения;
- во внедрении механизмов стратегических закупок;
- в принятии действенных и справедливых решений об охвате услугами.

Таким образом, миссия Регионального бюро остается прежней: оказание поддержки государствам-членам в укреплении систем здравоохранения с тем, чтобы ускорить улучшение показателей здоровья, уменьшить неравенства в отношении здоровья, гарантировать финансовую защиту и обеспечить рациональное использование общественных ресурсов, в том числе посредством действий на межсекторальном и межведомственном уровне в соответствии с принципом участия всего общества и с общегосударственным подходом. Это предполагает отзывчивость к разнообразным потребностям всех людей, причем особое внимание должно уделяться ценностям солидарности и справедливости. Это значит, что люди, получая доступ к нужным медицинским услугам, не должны сталкиваться с финансовыми трудностями. Для этого требуется на первый план выдвигать рациональность,

чтобы ценные ресурсы не расходовались впустую, а также обеспечить больше прозрачности и возобновить приверженность практике проведения оценки деятельности, необходимой для соблюдения принципа подотчетности. Все это отражается в духе и букве Таллиннской хартии 2008 г.

Хартия по-прежнему вдохновляет на новые дела и служит знаменем в борьбе за укрепление систем здравоохранения в Регионе и за его пределами – эту мысль особо подчеркивали страны в своих ответах на консультационный вопросник. В этом смысле Таллиннская хартия представляет собой сильное объединяющее начало в третьей приоритетной области, предусмотренной в политике Здоровье-2020, которое позволит выполнить обязательства в рамках более широкой, более всеобъемлющей повестки дня в области здравоохранения в Европе.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
2. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/113304/E55363R.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
3. Inequalities in health: report of a research working group (the Black Report). London: Department of Health and Human Services; 1980.
4. Wanless D. Securing good health for the whole population: final report. London: HM Treasury; 2004.
5. Figueras J, McKee M. Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems. [Системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и социальное благополучие: анализ аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения, на англ. языке]. Maidenhead: Open University Press; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications2/2011/health-systems,-health,-wealth-and-societal-well-being.-assessing-the-case-for-investing-in-health-systems>, accessed 18 June 2015).
6. Резюме предварительного доклада о ходе реализации положений Таллиннской хартии. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. (EUR/RC61/11; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/147728/wd11R_InterimTallinnCharter_111359-las.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. – Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42281/4/WHR_2000_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
8. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>, accessed 26 September 2014).
9. Укрепление систем здравоохранения в контексте политики Здоровье-2020: вызовы и приоритеты в Европейском регионе ВОЗ (2015). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/278727/Barcelona-Health-systems-strengthening-Health2020-challenges-priorities-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
10. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
11. Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте политики Здоровье-2020: реализация положений Таллиннской хартии 2008 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/249732/HEALTH-SYSTEMS-FOR-HEALTH-AND-WEALTH-IN-THE-CONTEXT-OF-HEALTH-2020-FOLLOW-UP-MEETING-ON-THE-2008-TALLINN-CHARTER,-Tallinn,-Estonia,-1718-October-2013-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).

12. Eurostat [online database]. Luxembourg: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, accessed 19 June 2015).
13. Европейская база данных «Здоровье для всех» [база данных в режиме онлайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. (http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
14. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011;378(9801):1457–8. doi:10.1016/S0140-6736(11)61556-0.
15. Arie S. Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster? *BMJ*. 2013;346:f3773. doi:10.1136/bmj.f3773.
16. Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2015 г.).
17. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. [обновленное репринтное издание] (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
18. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124–5.
19. Reeves A, McKee M, Gunnell D, Chang S-S, Sanjay S, Barr B, Stuckler D. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *Eur J Publ Health*. 2014; 25(3):404–9. doi:10.1093/eurpub/cku168.
20. Оттавская хартия по укреплению здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1986 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf, accessed 19 June 2015).
21. Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*, second edition. Oxford: Oxford University Press; 2006.
22. The case for investing in public health: a public health summary report for EPHO 8. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/170471>, accessed 19 June 2015).
23. McKee M, Stuckler D, Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLOS Med*. 2012;9(4): e1001209. doi:10.1371/journal.pmed.1001209.
24. WHO collaborating centres. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/collaboratingcentres/en/>, accessed 19 June 2015).
25. WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies [website]. Vienna: Gesundheit Österreich GmbH; 2015 (<http://whocc.goeg.at/About/Activities>, accessed 19 June 2015).
26. Emergency response framework (ERF). Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hac/about/erf/en/>, accessed 24 June 2015).

27. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). 2-е изд. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789244580417_rus.pdf, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
28. Human resources for universal health coverage: a template for eliciting commitments. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/3gf_commitments/en/, accessed 19 June 2015).
29. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. London: Allen Lane; 2009.
30. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*; 2008;358:2468–81.
31. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Custer T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(5): 377–98.
32. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract*. 2015;24(2):103–16.
33. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe [Выстраивание первичной медико-санитарной помощи в условиях меняющейся Европы, на англ. языке]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe>, accessed 24 June 2015).
34. Liseckiene I, Boerma WGW, Milasauskiene Z, Valius L, Miseviciene I, Groenewegen P. Primary care in a post-communist country 10 years later: comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004. *Health Policy*. 2007;83(1):105–13.
35. Grielen SJ, Boerma WGW, Groenewegen P. Science in practice: can health care reform projects in central and eastern Europe be evaluated systematically? *Health Policy*. 2000;53(2):73–89.
36. Atun RA, Menabde N, Saluvere K, Jesse M, Habicht J. Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*. 2006;79(1):79–91.
37. Schäfer WL, Boerma WGW, Kringos D, De Ryck E, Greß S, Heinemann S et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. *Qual Prim Care*. 2013;21(2):67–79.
38. Groenewegen P, Dourgnon P, Greß S, Jurgutis A, Willems S. Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected western and eastern European countries. *Health Policy*. 2013;113(1–2):170–9. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.024.
39. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S et al. Меры, предусматриваемые в политике здравоохранения в Европе в ответ на финансовый кризис. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (HEN-OBS Краткое изложение принципов № 5; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/185056/e96643-final-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 7 августа 2015 г.).
40. Jowett M, Shishkin S. Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (Health Financing Policy Paper 2010/1; <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/20101-extending-population-coverage-in-the-national-health-insurance-scheme-in-the-republic-of-moldova>, accessed 26 June 2015).

41. Kühlbrandt C, Footman K, Rechel B, McKee M. An examination of Roma health insurance status in central and eastern Europe. *Eur J Publ Health*. 2014;24: 707–12.
42. Marais B, Lönnroth K, Lawn S, Battista Migliori G, Mwaba P, Glaziou P et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating services and control efforts. *Lancet*. 2013;13(5):436–48.
43. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Publ Health*. 2015;25(3):364–5.
44. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе: последствия и значение для выработки политики. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/283354/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
45. Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. (<http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/ru/>, по состоянию на 7 августа 2015 г.).
46. South East Europe (SEE) 2020 Strategy: jobs and prosperity in a European perspective. Sarajevo: Regional Cooperation Council; 2013 (<http://rcc.int/pages/72/about-see-2020>, accessed 29 June 2015).
47. Access to new medicines in Europe: technical review of policy interventions and opportunities for collaboration and research. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/medicines/publications2/2015/access-to-new-medicines-in-europe-technical-review-of-policy-initiatives-and-opportunities-for-collaboration-and-research>, accessed 29 June 2015).
48. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf, accessed 19 June 2015).
49. Tello J, Baez C. Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/strengthening-health-system-accountability-a-who-european-region-multi-country-study>, accessed 19 June 2015).
50. Rosenberg E, Lev B, Bin Nun G, McKee M, Rosen L. Healthy Israel 2020: a visionary national health targeting initiative. *Public Health*. 2008;122(11):1217–25.
51. McDaid D. Joint budgeting: can it facilitate intersectoral action? In: McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones C, Davies M (editors). *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences* [Межсекторальное стратегическое руководство в целях учета интересов здоровья во всех направлениях политики: структуры, действия и опыт стран, на англ. языке]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012:111–27 (Observatory Studies Series No. 26; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>, accessed 30 June 2015).
52. Weatherly H, Mason A, Goddard M, Wright K. Financial integration across health and social care: evidence review. Edinburgh: Scottish Government; 2010 (<http://www.gov.scot/Publications/2010/02/19133206/0>, accessed 30 June 2015).

53. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (OBS Policy Summary No. 6; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/promoting-health,-preventing-disease-is-there-an-economic-case>, accessed 29 June 2015).
54. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts: 2011 edition. Paris: OECD Publishing; 2011 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/sha2011.htm>, accessed 30 June 2015).
55. Guide to the methods of technology appraisal 2013 [website]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 (<http://publications.nice.org.uk/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pmg9>, accessed 1 July 2015).
56. ADVANCE_HTA [website]. London: London School of Economics and Political Science; 2015 (<http://www.advance-hta.eu/index.php>, accessed 1 July 2015).
57. Оценка деятельности систем здравоохранения: инструмент стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/160814/HSPA_A-tool-for-health-governance-in-the-21st-century-RUS.pdf?ua=1, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
58. Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) [website]. Brussels: European Commission; 2015 (http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/expert_group/index_en.htm, accessed 30 June 2015).
59. Практический опыт проведения оценки деятельности систем здравоохранения: многолетний процесс в Европейском регионе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/168876/Case-studies-for-HSPA-RUS.pdf?ua=1, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
60. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity [Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью, на англ. языке]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2010/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>, accessed 1 July 2015).
61. Cashin C, Chi Y-L, Smith P, Borowitz M, Thomson S, editors. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. Maidenhead: Open University Press; 2014.
62. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58.
63. RN4CAST [website]. Leuven: Catholic University of Leuven; 2015 (<http://www.rn4cast.eu/en/>, accessed 1 July 2015).
64. Sanderson M, Allen P, Peckham S, Hughes D, Brown M, Kelly G et al. Divergence of NHS choice policy in the UK: what difference has patient choice policy in England made? *J Health Serv Res Policy*. 2013;18(4):202–8. doi: 10.1177/1355819613492716.
65. Л. Попович, Е. Потапчик, С. Шишкин, Richardson E, Vacroux A, Mathivet B. Российская Федерация: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. 2011; т.13(7):1–190.

66. Kaplan W, Wirtz V, Mantel-Teeuwisse A, Stolk P, Duthey B, Laing R. Priority medicines for Europe and the world: 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/en/, accessed 19 November 2014).
67. An evaluation of how SMC has engaged with its key stakeholders and shaped medicines use across NHS Scotland. Glasgow: Scottish Medicines Consortium; 2008 (https://www.scottishmedicines.org.uk/About_SMC/Publications/Evaluation, accessed 27 November 2014).
68. Bowman-Busato J. Patient engagement in health technology assessment (HTA). *Pharmaceuticals Policy and Law*. 2011;13(3):193–201.
69. Wonder M. What can be gained from increased early-stage interaction between regulators, payers and the pharmaceutical industry? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2014;14(4):465–67.
70. Veileder til formøter i forbindelse med refusjonssøknad [Guidance related to preparatory meetings in connection with a reimbursement application]. In: Norwegian Medicines Agency [website]. Oslo: Norwegian Medicines Agency; 2014 (http://www.legemiddelverket.no/Blaa_resept_og_pris/soeknad_om_refusjon/Formoeter_soeknad%20om_refusjon/Sider/default.aspx, accessed 27 November 2014).
71. Carone G, Schwierz C, Xavier A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Brussels: European Commission; 2012 (Economic Papers 461; http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/ecp461_en.htm, accessed 21 November 2014).
72. Phillips S, Crowe E, Chivers R, Longson C. Three years of NICE scientific advice: comprehensive analysis of requests to the programme. *Value Health*. 2012;15(7):A278. doi:10.1016/j.jval.2012.08.473.
73. Early dialogue between regulators and health technology assessment bodies key to medicines development. In: European Medicines Agency [website]. London: European Medicines Agency; 2013 (www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/11/news_detail_001979.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1, accessed 27 November 2014).
74. Call for expression of interest for health care product developers – SEED (Shaping European Early Dialogues). In: EUnetHTA [website]. Copenhagen: European Network for Health Technology Assessment; 2013 (<http://www.eunetha.eu/news/call-expression-interest-health-care-product-developers-seed-shaping-european-early-dialogues>, accessed 27 November 2014).
75. Системы здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: последняя информация о ситуации в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/249873/HEALTH-SYSTEMS-IN-TIMES-OF-GLOBAL-ECONOMIC-CRISIS-AN-UPDATE-OF-THE-SITUATION-IN-THE-WHO,-Oslo,-Norway,-1718-April-2013-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
76. Wismar M, Maier C, Glinos I, Dussault G, Figueras J. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries [Мобильность медицинских работников и системы здравоохранения. Фактические данные из 17 стран, на англ. языке]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-professional-mobility-and-health-systems.-evidence-from-17-european-countries>, accessed 6 July 2015).

77. Mobility of Health Professionals (MoHProf) [website]. Bonn: Scientific Institute of the German Medical Association; 2015 (<http://www.mohprof.eu/LIVE/about.html>, accessed 6 July 2015).
78. Европейская база данных кадровых и технических ресурсов здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health-hlthres-db>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
79. Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting [website]. Brussels: Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment; 2015 (<http://euhwforce.weebly.com/about-the-project.html>, accessed 7 July 2015).
80. The Bologna Process and the European Higher Education Area [website]. Brussels: European Commission; 2015 (http://ec.europa.eu/education/policy/higher-education/bologna-process_en.htm, accessed 7 July 2015).
81. Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г. (EUR/RC59/7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/66963/RC59_rdoc07.pdf?ua=1, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
82. Second assessment of migrant health needs, Lampedusa and Linosa, Italy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/countries/italy/publications3/second-assessment-of-migrant-health-needs,-lampedusa-and-linosa,-italy>, accessed 7 July 2015).
83. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rus-updated.pdf?ua=1, по состоянию на 19 августа 2015 г.).

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

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

MEMBER STATES

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



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 30 70 00, Факс: +45 45 30 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int